

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE NUTRICIÓN

*Tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en
Nutrición.*

**GUÍA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE
PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE
POBREZA DE LA COMUNIDAD DE CIRUELAS
DE ALAJUELA EN EL AÑO 2018**

LUZDYLLARY ROJAS PRENDAS

2018

Tabla de contenido

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.1 Planteamiento del problema de investigación.....	8
1.1.1 Antecedentes del problema.....	8
1.1.2 Pobreza y estado nutricional en América Latina y el Caribe.	8
1.1.3 Guías alimentarias basadas en alimentos en países de América Latina y el Caribe.	9
1.1.4 Pobreza y estado nutricional en Costa Rica.	12
1.1.5 Guías alimentarias basadas en alimentos en Costa Rica.	16
1.1.6 Delimitación del problema.	18
1.1.7 Justificación.....	19
1.2 Pregunta de investigación.....	20
1.3 Objetivos de la investigación.....	20
1.3.1 Objetivo general.	20
1.3.2 Objetivos específicos.....	20
1.4 Alcances y limitaciones.....	21
1.4.1 Alcances de la investigación.....	21
1.4.2 Limitaciones de la investigación.....	21
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	23
2.1 Revisión del concepto pobreza.....	24
2.2 La medición de la pobreza en Costa Rica.....	25
2.3 Elementos que interaccionan con la inseguridad alimentaria.....	27
2.3.1 Hambre.....	27
2.3.2 La desnutrición.....	27
2.3.3 Las deficiencias de micronutrientes.....	28
2.3.4 El sobrepeso y obesidad.....	29
2.4 Situación de la salud en Costa Rica.....	30
2.5 Patrones alimentarios.....	30
2.6 Proceso de elaboración de guías alimentarias INCAP/OPS.....	31
2.6.1 Paso 1: conformación del Comité Intersectorial de Guías Alimentarias.	33
2.6.2 Paso 2: caracterización del grupo objetivo.....	34
2.6.3 Paso 3: definición de los objetivos de la guía alimentaria.....	34
2.6.4 Paso 4: Elaboración de guías técnicas.	34
2.6.5 Paso 5: selección y prueba de las recomendaciones factibles.	35
2.6.6 Paso 6: guías alimentarias, mensajes y gráfica.	36
2.6.7 Paso 7: validación, ensayo y ajuste de las guías alimentarias.	36
2.6.8 Paso 8: implementación de las guías alimentarias.	37

2.6.9 Paso 9: evaluación de las guías alimentarias.....	37
2.7 Metodología para la elaboración de guías alimentarias utilizada en Costa Rica	37
2.7.1 Etapa I. Lineamientos metodológicos y criterios técnicos para la elaboración de las guías alimentarias.	38
2.7.2 Etapa II. Guías alimentarias para educación nutricional.	39
2.7.3 III Etapa. Guías didácticas para la educación nutricional formal, no formal e informal.	40
2.8 Actualización de las Guías Alimentarias para Costa Rica	40
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	42
3.1 Enfoque de investigación	43
3.2 Tipo de investigación	43
3.3 Unidades de análisis	43
3.3.1 Área de estudio.....	43
3.3.2 Población.....	43
3.3.3 Muestra.....	44
3.3.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	45
3.4 Instrumentos para la recolección de la información.....	45
3.4.1 Cuestionario.	46
3.4.2 Frecuencia de consumo.	46
3.4.3 Frecuencia de compra.....	47
3.4.4 Proceso metodológico de la guía alimentaria para personas en situación de pobreza. ...	49
3.5 Operacionalización de las variables.....	52
3.6 Plan piloto	60
CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	61
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	77
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	90
6.1 Conclusiones	91
6.2 Recomendaciones.....	93
BIBLIOGRAFÍA.....	94
ABREVIATURAS	103
ANEXOS	104
Anexo 1. Cuestionario.....	104
Anexo 2. Frecuencia de consumo.....	107
Anexo 3. Frecuencia de compra	111
Anexo 4. Presentación de resultados del plan piloto.....	115
Anexo 5. Proceso de elaboración de la Guía Alimentaria para personas en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela.....	130

Resumen

Desde siempre, los problemas nutricionales como la desnutrición han afectado a poblaciones pobres; sin embargo, en los últimos años esta problemática ha cambiado, ya que existe una estrecha relación entre el nivel socioeconómico y la obesidad, determinando que un menor nivel económico se asocia con mayor sobrepeso u obesidad. Costa Rica no es la excepción, ya que datos de investigaciones muestran una disminución de problemas asociados con deficiencias alimentarias pero un aumento significativo de sobrepeso y obesidad sin diferencia de condición económica.

El objetivo de este estudio es desarrollar una guía de alimentación saludable para personas en condición de pobreza con el fin de brindar un instrumento educativo sobre hábitos alimentarios y estilos de vida saludables adaptado a sus ingresos económicos.

Siguiendo los lineamientos metodológicos para la elaboración de guías alimentarias en Costa Rica, se desarrollaron las primeras cinco etapas. En la primera etapa se determinó la población objetivo, la cual fueron 88 personas en condición de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela. En la segunda etapa se realizó un diagnóstico de características socioeconómicas, estilos de vida y hábitos de consumo y compra de alimentos, para lo cual se aplicaron un cuestionario, una frecuencia de consumo y una frecuencia de compra. En la tercera etapa se determinaron los objetivos de la guía alimentaria según los resultados del diagnóstico. La cuarta etapa consistió en realizar un informe técnico como herramienta de apoyo para profesionales que deseen aplicar la guía alimentaria para finalmente llegar a la quinta etapa, donde se desarrolla el documento *Guía Alimentaria para Personas en Situación de Pobreza*.

De acuerdo con los resultados obtenidos y su análisis, el perfil sociodemográfico de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas es de adultos sanos entre 18 y 64 años de edad, casados o en unión libre, con bajas escolaridades, tanto costarricenses como nicaragüenses con un promedio de 3,8 habitantes por hogar, comprendidos en edades entre 18 y 64 años y 1 a 13 años de edad, con un ingreso promedio mensual de ₡91.300 y un gasto promedio mensual en compra de alimentos de ₡37.500 per cápita. El estilo de vida se caracteriza por el sedentarismo, con un bajo consumo de bebidas alcohólicas y una baja prevalencia de tabaquismo. Los hábitos de ingesta se distinguen por alto consumo de harinas refinadas, grasas saturadas, alimentos azucarados y alimentos fuente de sodio, además, bajo consumo de ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados, carnes, alimentos fuente de fibra alimentaria y fuentes de calcio y vitamina D.

El desarrollo de la guía alimentaria consta de tres capítulos: “Alimentación y estilos de vida saludables: la clave para la buena salud”, “Los buenos hábitos inician desde la compra de alimentos” y “Diseño de un menú semanal equilibrado, económico y saludable”.

Summary

Nutritional problems such as malnutrition has affected poor people, however in recent years this problem has changed since there is a close relationship between socioeconomic status and obesity, determining that a lower economic status is associated with increased overweight or obesity. Costa Rica is no exception as research data shows a decrease in problems associated with nutritional deficiencies but a significant increase in overweight and obesity without distinction of economic status.

The aim of this study is to develop a guide to healthy eating for people living in poverty in order to provide an educational tool on eating habits and healthy lifestyles tailored to your

income. Following the methodological guidelines for the development of dietary guidelines in Costa Rica, the first five stages were developed.

In the first stage the target population were 88 people living in poverty in the community of Ciruelas de Alajuela was determined. In the second stage a frequency questionnaire diagnosis was performed based on socioeconomic characteristics, lifestyles, consumer habits, buying food and purchase frequency. In the third stage the objectives of the food guide were determined according to the diagnostic results. The fourth step was to conduct a technical report as a support tool for professionals who wish to apply food guide to finally reach the fifth stage where the document Food Guide for People in poverty.

According to the results and analysis the socio-demographic profile of people in poverty in the community Ciruelas are healthy adults between 18 and 64 years old, married or cohabiting with low education, both Costa Ricans and Nicaraguans with an average of 3.8 persons per household included ages 18 to 64 and 1 to 13 years old with an average monthly income of ₡ 91300 and an average monthly expenditure on food purchases ₡ 37,500 per capita. Lifestyle characterized by physical inactivity, with low consumption of alcoholic beverages and a low prevalence of smoking. Drinking habits are distinguished by high intake of refined flours, saturated fat, sugary and sodium source food, also low-monounsaturated and polyunsaturated fatty acids, meat, dietary fiber source and food sources of calcium and vitamin D.

Development of the food guide consists of three chapters: food and healthy lifestyles: the key to good health, good habits start from buying food and a balanced design, economical and healthy weekly menu.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema de investigación

En este capítulo se desarrollan los antecedentes del problema, la pregunta de investigación, el objetivo general, los objetivos específicos y los alcances y limitaciones de la presente investigación.

1.1.1 Antecedentes del problema.

La alimentación es un derecho humano, así se establece en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde menciona que: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación” (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], 2008).

En la Cumbre Mundial sobre la Alimentación de 1996 se estableció que es un derecho el acceso a alimentos sanos y nutritivos en un contexto de alimentación apropiado, y no padecer hambre. Esto es una responsabilidad colectiva, lo que significa que el Estado tiene la obligación de asegurar, por lo menos, que las personas no mueran de hambre (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación [FAO], 2001).

1.1.2 Pobreza y estado nutricional en América Latina y el Caribe.

Según en el informe “Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe”, de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia de la obesidad y el sobrepeso ha aumentado, y los más afectados son la población infantil y las mujeres. Casi el 58% de los habitantes de la región vive con sobrepeso (360 millones de

personas) y la obesidad afecta a 140 millones de personas, el 23% de la población regional (FAO, 2013).

La desnutrición afecta a la población más pobre y a las zonas rurales, sin embargo, la región ha logrado reducir a 5,5% la población que vive subalimentada; además, la desnutrición crónica infantil cayó de 24,5% en 1990 a 11,3% en 2015, una reducción de 7,8 millones de niños. Actualmente, 6,1 millones de niños aún viven con desnutrición crónica: 3,3 millones en Sudamérica, 2,6 millones en Centroamérica y 200 mil del Caribe. 700 mil niños y niñas sufren desnutrición aguda, el 1,3% de los menores de cinco años (FAO, 2013).

1.1.3 Guías alimentarias basadas en alimentos en países de América Latina y el Caribe.

En la Conferencia Internacional sobre Nutrición, en 1992, se definieron las estrategias y acciones a realizar por parte de los gobiernos para elaborar guías alimentarias adaptadas a cada país con el fin de promover estilos de vida saludables, así como prevenir enfermedades relacionadas con el déficit o exceso de alimentación (Morón y Calderón, 1999). Desde ese momento, 32 países iniciaron el proceso de elaboración de guías alimentarias siguiendo etapas similares, tomando en cuenta aspectos como epidemiología, disponibilidad, costo, acceso, consumo y composición química de los alimentos y patrones alimentarios relacionados con la antropología social (Molina, 2014).

Las primeras publicaciones de guías alimentarias se realizaron en Venezuela en 1990; luego en Costa Rica, Panamá y Chile en 1997, además de Guatemala y Colombia en 1998 y 1999 respectivamente. Para el año 2000 se publicaron las de Argentina, Cuba y Uruguay, posteriormente El Salvador y Honduras. A partir de 2002 se instauraron en países del Caribe, así como Paraguay en 2003, Brasil en 2006 y República Dominicana en 2009, y las últimas por Belice y Nicaragua en 2012 (Molina, 2014).

Con el paso de los años se han destacado que los mensajes y los objetivos han girado en torno a la prevención de la desnutrición, deficiencia de micronutrientes, prevención de obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles con énfasis en el consumo de frutas y vegetales con sus respectivas porciones recomendadas, y el consumo de agua, además de la práctica de actividad física y moderación del consumo de alcohol, grasas, sal y azúcar (Molina, 2014).

Los íconos utilizados se adaptan a la cultura de cada país con el fin de representar de manera gráfica la proporción de cada grupo de alimentos; por ejemplo, en Guatemala, Paraguay y Guyana utilizan una olla; en Costa Rica, Uruguay, Cuba y Granada un plato; en Belice y República Dominicana una canasta; en Panamá y Chile una pirámide, y el resto utilizan variantes como un trompo, un molino o un pilón, entre otros (Molina, 2014).

Los alcances de las guías alimentarias han ido más allá de la educación a la población, ya que han sido utilizadas en diversos programas y políticas públicas del sector salud, sector privado, medios de comunicación y la industria de alimentos (Molina, 2014).

En el sector de educación países como Chile, Colombia, Cuba, Guatemala, Panamá, Paraguay, Uruguay, Brasil, Venezuela, las Bahamas, Barbados, República Dominicana, Guyana, Saint Kitts y Navis han incorporado las guías alimentarias en el plan escolar de las escuelas y universidades, y se han utilizado para la planificación de los menús para programas de alimentación escolar (Molina, 2014).

La aplicación de las guías alimentarias en el sector salud tanto en Uruguay como en Paraguay ha fortalecido el Plan Nacional de Salud y el Plan Nacional de la Niñez y la Adolescencia. En Guatemala y Cuba se han incluido en las Normas de Atención Primaria de Salud y en el trabajo de consejería nutricional, mientras que en las Bahamas son utilizadas por el Departamento de Nutrición como la principal herramienta de educación nutricional a

nivel nacional. Otro ejemplo es Chile, donde se incorporaron en un programa impulsado por el presidente, formando parte de la Estrategia Nacional de Salud (Molina, 2014).

Un aspecto a destacar es la aplicación en medios de comunicación, ya que países como Paraguay y Cuba han desarrollado programas tanto en radio, televisión y prensa escrita sobre las guías alimentarias. En Brasil se utilizan para reglamentar la publicidad relacionada con alimentos con alto contenido de azúcar, grasa y sodio para niños. En Chile, desde 1998, se difunde como información en nutrición al consumidor con un total de 3.415.130 ejemplares impresos (Molina, 2014).

Una menor incorporación se da en el sector privado y en la industria de alimentos, ya que solo Brasil ha utilizado las guías alimentarias para regular la calidad nutricional de los alimentos procesados con una reducción voluntaria y gradual de grasas trans y sodio, y ha incluido en el Programa de Alimentación del Trabajador la obligación de ofrecer una porción de fruta en las meriendas y una porción de verduras en las comidas principales, con el fin de aumentar el consumo de estos alimentos a nivel nacional (Molina, 2014).

Un punto deficiente se encuentra en el tema de obtener los avances mediante su evaluación, ya que solamente ocho países reportan algún tipo de evaluación enfocada principalmente hacia el proceso y no hacia el impacto generado (Molina, 2014).

De 1995 a 1998, los valores de mayor prevalencia del exceso de peso y de la obesidad corresponden, a excepción de Haití, a los países pobres de la región, afectando a la población de mujeres entre las edades de 15 y 49 años en Jamaica, Perú y Guatemala. (Peña y Bacallao, 2001).

Los datos en países pobres de Centroamérica, como Guatemala y Honduras, muestran que altos niveles socioeconómicos están asociados con una alta prevalencia de obesidad; así como en Brasil, donde los estudios nacionales como la Encuesta de

Presupuestos familiares 2002-2003 evidenciaron un aumento en las prevalencias de obesidad, la cual se ve más acentuada en el grupo femenino, especialmente en las mujeres de bajos ingresos, por lo que se concluye que el exceso de peso no es una problemática de una clase social en específico (Castaño, Rueda y Aguirre, 2012).

Las guías alimentarias han sido incluidas en planes y políticas nacionales en temas relacionados con la obesidad infantil. En Brasil se utilizan en el Programa Nacional de Alimentación Escolar con el fin de brindar la cantidad diaria recomendada de frutas y verduras, y en las Bahamas el punto focal para el Programa de Escuelas Saludables y un programa específico para niños con sobrepeso coordinado por la Unidad de Nutrición del Departamento de Salud Pública llamado *Shape Camp* (Molina, 2014).

Por otro lado, en Chile se ha utilizado la Estrategia Global contra la Obesidad en las escuelas, que fomenta la creación de *stands* informativos saludables, y la planificación de recreos activos incentivando la actividad física por medio de actividades recreativas, talleres de deportes y una mejor planificación de las clases de educación física (Molina, 2014). En el resto de países no se han estructurado programas específicos para la prevención de la obesidad infantil.

1.1.4 Pobreza y estado nutricional en Costa Rica.

En Costa Rica, la primera estimación de pobreza para el país se dio en 1961, cuando un 51% de los hogares se encontraba en situación de pobreza. Para 1971 se redujo a 39%, y para 1977 cerca del 25% se encontraban en esta situación, lo que evidencia que en un periodo de aproximadamente 16 años se lograron reducir a la mitad las familias pobres (Piñera, 1978).

En los años ochenta se realizaron las primeras dos encuestas a los hogares con cobertura nacional y con una medición integral de los ingresos de los hogares, las cuales

permitieron estimar la incidencia de la pobreza en el país con el fin de analizar el empobrecimiento provocado por la crisis los años ochenta (Solórzano, 2011).

La crisis económica de los ochenta hizo que los precios se duplicaran y el tipo de cambio aumentó en más de tres veces en todo este período, provocando que cerca del 54% de las familias estuvieran nuevamente en situación de pobreza, por lo que una iniciativa regional coordinada por la sede de la CEPAL en México precisó la metodología para la medición de la pobreza en el país, desarrollando la primera canasta básica de alimentos y la definición de las líneas de pobreza respectivas (Menchú y Osegueda, 2006).

A partir ese periodo, la pobreza pudo ser medida desde dos dimensiones diferentes: por insuficiencia de los ingresos monetarios de las personas u hogares a partir del método de la canasta básica alimentaria (CBA) y de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2014).

A lo largo de la década de los 80 y principios de los 90, la prioridad inmediata fue restablecer la estabilidad económica, por lo que se ajustaron reformas para definir un nuevo modelo de crecimiento económico y social basado en facilitar y ampliar las exportaciones, facilitar los créditos, la liberalización de las políticas comerciales, los ajustes salariales y reformas al sistema financiero y el aparato estatal, dando resultados favorables, ya que para 1986 el 30% de la población representaba la pobreza total, por lo que se redujo en más del 20% (Lizano, 1999).

A lo largo de la década de los años noventa se fortaleció el nuevo estilo de desarrollo económico y se dio una fuerte reducción en la incidencia de la pobreza, ya que pasó de afectar a un 27,1% de los hogares en 1990 a un 20,6% en 1999. La incidencia de pobreza y pobreza extrema fueron mayores en la zona rural que en la zona urbana, mientras que la incidencia de la pobreza fue mayor en las regiones Chorotega y Brunca, seguidas de la

Pacífico Central, la Huetar Norte y la Huetar Atlántica. En los hogares pobres, y especialmente en los indigentes, la jefatura femenina fue más frecuente que en los no pobres (Sauma, 2001).

Desde 1994 hasta 2013, la evolución de la incidencia de la pobreza total se mantuvo en 20% y 6% de pobreza extrema, con variaciones ligeramente superiores e inferiores en los años 2007 y 2009 (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2014). Para el año 2012 algunas variables no cambiaron con respecto a décadas anteriores. La incidencia de la pobreza y pobreza extrema fue mayor entre los hogares que residen en zona rural con 8,9%, que entre los urbanos con 4,8%. Asimismo, la incidencia de la pobreza extrema y la pobreza no extrema, y la vulnerabilidad, son mayores en las regiones Brunca y Chorotega. También, en el caso de los hogares en pobreza extrema, la jefatura femenina alcanza 41,4%, y en los pobres no extremos 37,8%. (PNUD, 2014).

La Encuesta Nacional de Hogares del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de julio 2016, muestra una reducción de la pobreza a 20,5%. En el caso de la pobreza en el área rural bajó de 30,3% en el 2014 a 25,7% en el 2016, y la urbana, en esos mismos años, de 19,5% a 18,6%. 10.400 hogares salieron de la pobreza, lo que representa 22.620 personas; y 9.700 hogares de situación de pobreza extrema, lo que significa que 30.800 personas ya no se encuentran en esta condición (INEC, 2016).

Las zonas rurales presentaron una reducción significativa en los dos últimos años, pasando de un 30,3% a un 25,7%, lo que implica una baja de 4,6%. La región brunca (bajó en un 4,2%) y Chorotega (bajó en un 9,6%) son los lugares que mayor avance mostraron (INEC, 2016).

Las encuestas nacionales de nutrición realizadas en Costa Rica, indican que la desnutrición no es actualmente un problema de salud pública en el país. La última Encuesta

Nacional de Nutrición (ENN) 2008-2009 en Costa Rica, muestra que la desnutrición en el grupo de niños y niñas menores de cinco años representó 1,1%, según el indicador peso/edad, y de 5,6% según talla/edad (Ministerio de Salud, 2009).

Si estos datos se comparan con los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Nutrición realizada en 1996, se observa una disminución en la desnutrición en este grupo de edad, pasando de 2,1% (1996) a 1,1% (2008-2009) según P/E, y pasó de 7,3% a 5,6% según T/E entre 1996 y 2008-2009 (Objetivos de Desarrollo Sostenible [ODS], 2016).

Según el mapa del hambre 2015 de la FAO, Costa Rica se encuentra en menos del 5% en la categoría de “muy bajo” de la proporción de personas subalimentadas en la población total 2014-2016, inferior al período 1990-1992, que fue del 5,2%, lo que significa que ha habido un progreso muy superior al del resto de países centroamericanos (ODS, 2016).

Los datos más actuales en cuanto a estado nutricional infantil se muestran en la Encuesta Nacional de Nutrición del 2008 y el Censo Escolar Peso-Talla. En el censo, los datos según IMC se distribuyeron de la siguiente manera: 64% Normal, 20% Sobrepeso, 14% Obesidad y 2% Desnutrición. A pesar de haber disminuido los valores en desnutrición, el aumento del sobrepeso y obesidad ha sido progresivo, ya que se pasó del 21% en la Encuesta Nacional de Nutrición del 2008 al 34% con el Censo Escolar Peso-Talla del 2016, mientras que la disminución de los niveles de desnutrición van del 6,2% al 1,8% en el censo (Ministerio de Educación Pública [MEP], 2016).

Las tendencias de aumento y de las diferencias sociales en la obesidad hacen que la población con menor nivel educativo y socioeconómico pueda ser la más afectada. En cuanto a sobrepeso y obesidad, se observa que hay mayor prevalencia en la zona urbana (34,9%) que en la zona rural (31,4%); sin embargo, ambas zonas no mantienen una diferencia

significativa en los datos, por lo que se maneja la problemática con la misma importancia (MEP, 2016).

Al estudiar la información de las prevalencias de sobrepeso y obesidad a nivel distrital, se muestra que los distritos con índice de desarrollo social más bajos presentan mayores prevalencias de obesidad, por lo que se concluyeron dos tipos de asociaciones, una en la cual los individuos de mayor nivel socioeconómico tienen, en general, una mayor frecuencia de obesidad, y otra a la inversa, en la cual los individuos de menor nivel socioeconómico tienen, en general, una mayor frecuencia de obesidad, por lo cual coinciden con estudios relacionados en otros países (MEP, 2016).

1.1.5 Guías alimentarias basadas en alimentos en Costa Rica.

La primera guía alimentaria para Costa Rica se publicó en 1997, luego de que en 1995 se presentara el análisis de la situación alimentaria nutricional en el país y tras definir las metas nutricionales (Ministerio de Salud, 1997).

Las guías alimentarias han servido de insumo para la formulación de políticas y planes en el ámbito nacional. Algunos ejemplos del uso de las guías para definir planes y políticas nacionales son:

Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional con amplia participación y concertación de los diferentes sectores de la sociedad civil de nivel nacional, regional y local involucrados en el campo alimentario y nutricional, con el objetivo de identificar y articular las acciones necesarias que contribuyan a mejorar el estado nutricional de la población costarricense (Ministerio de Salud, 2011).

Plan Nacional para la reducción del consumo de sal o sodio en la población de Costa Rica durante 2011-2021, con el fin de contribuir con la disminución de la mortalidad

atribuible a la hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular mediante la reducción de sal en los alimentos para alcanzar progresivamente la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (Ministerio de Salud, 2011).

Plan Nacional de la Niñez y la Adolescencia, específicamente en el Programa de Alimentación y Nutrición del Escolar y del Adolescente (PANEA), con el cual se ofrece alimentación complementaria a la población estudiantil para promover hábitos alimentarios saludables, hábitos de higiene y comportamientos adecuados en torno a la alimentación diaria basados en los mensajes expuestos en las guías alimentarias (Molina, 2014).

En el año 2010 se actualizaron las guías alimentarias basadas en alimentos tomando en cuenta el cambio del perfil epidemiológico, demográfico, alimentario y nutricional de la población. A continuación se comparan los mensajes incluidos en 1997 y 2010:

Tabla N° 1

Comparación de los mensajes en las guías alimentarias de Costa Rica entre 1997 y 2010.

Guías alimentarias basadas en alimentos 1997	Guías alimentarias basadas en alimentos 2010
Coma frutas frescas y naturales. Son ricas en vitaminas, minerales y fibra y ayudan a la digestión.	Una alimentación variada, higiénica y natural es saludable.
Coma frecuentemente frijoles, lentejas o garbanzos. Tienen mucha fibra, que es buena para la digestión.	Mantenga un peso que beneficie su salud.
Los vegetales como las espinacas, la mostaza, la zanahoria, el brócoli y el ayote sazón son ricos en vitamina A. Cómalos diariamente.	Coma arroz y frijoles, son la base de la alimentación diaria.

El calcio ayuda a evitar enfermedades de los huesos. Coma diariamente algo rico en calcio.	Consuma al menos cinco porciones al día entre frutas y vegetales frescos de varios colores.
La falta de hierro produce anemia. Consuma alimentos ricos en hierro como carnes rojas, yema de huevos, frijoles u hojas verde oscuro frecuentemente.	Seleccione alimentos de origen animal bajos en grasa.
Modere el consumo de frituras. Prefiera las comidas con poca grasa. Prevenga las enfermedades del corazón.	Elija grasas saludables (prefiera las grasas insaturadas).
Disminuya la cantidad de productos azucarados y de azúcar que utiliza para endulzar sus bebidas.	Coma menos azúcares.
Disfrute el gusto de los sabores naturales en los alimentos y evite el exceso de sal.	Disminuya el consumo de sal.
Tome de 6 a 8 vasos de agua diariamente.	Tome agua todos los días (entre seis y ocho vasos).
La práctica regular y constante de una actividad física en conjunto con una alimentación saludable es la clave para el mantenimiento de la salud.	Haga actividad física todos los días.
	Comparta los momentos de alimentación en un ambiente tranquilo.

Fuente: Molina, 2014.

1.1.6 Delimitación del problema.

La presente investigación se desarrolló en un periodo de siete meses, de marzo a octubre del año 2018, en la comunidad de Ciruelas, Alajuela. Los beneficiados son principalmente de nacionalidad costarricense y nicaragüense, hombres y mujeres en vulnerabilidad socioeconómica.

1.1.7 Justificación.

Dado que la población con menor nivel socioeconómico es la más afectada por problemas de malnutrición y deficiencia de nutrientes en general en América Latina y Costa Rica, se deben proponer acciones para mejorar esta situación tomando en cuenta su realidad económica. Por lo tanto, la presente investigación se enfoca en crear una guía de alimentación saludable para las personas que se encuentran en situación de pobreza, adaptada a sus ingresos económicos y sus hábitos alimentarios, con el fin de probar que con un presupuesto limitado se puede mantener la cobertura de las necesidades nutricionales sin dejar de lado las costumbres alimentarias y los principios de alimentación saludable. Además, brinda recomendaciones prácticas para una adecuada selección, compra y preparación de los alimentos.

Se realiza mediante la creación de una guía alimentaria, ya que es un instrumento educativo que abarca los conocimientos científicos, nutricionales y alimentarios, y los transmite a la población objetivo de manera práctica, clara y sencilla, fortaleciendo la educación alimentaria nutricional.

El aporte de la investigación a las ciencias de la salud es trabajar de manera multidisciplinaria en una herramienta educativa como las guías alimentarias, con el fin de cambiar gradualmente prácticas alimentarias inadecuadas de la población objetivo, al explicar de manera sencilla las consecuencias negativas y brindar ejemplos prácticos para mantener hábitos alimentarios adecuados.

Los beneficiados directos son las personas en vulnerabilidad socioeconómica de la comunidad de Ciruelas de Alajuela, incluso personas que no pertenecen a la comunidad pero por diversas situaciones cuentan con un presupuesto limitado para la compra de alimentos.

De esta manera se pretende contribuir a combatir la problemática de malnutrición que afecta a este grupo vulnerable, tanto en tema de desnutrición como recientemente el de la obesidad.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles mensajes se pueden desarrollar en una guía de alimentación saludable para personas en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela en el año 2018?

1.3 Objetivos de la investigación

A continuación se presentan el objetivo general y los objetivos específicos de la presente investigación.

1.3.1 Objetivo general.

Desarrollar una guía de alimentación saludable para personas en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela en el año 2018.

1.3.2 Objetivos específicos.

- Describir el perfil sociodemográfico de la población en estudio.
- Describir el estilo de vida de la población en estudio.
- Establecer los hábitos de ingesta alimentaria de la población en estudio.
- Establecer los hábitos de compra de alimentos de la población en estudio.
- Esquematizar el proceso de diseño de guías de alimentación en instituciones públicas.
- Diseñar una guía de alimentación saludable para la población en estudio.

1.4 Alcances y limitaciones

A continuación se detallan los alcances y limitaciones de la presente investigación.

1.4.1 Alcances de la investigación.

No se registran alcances más allá de los objetivos planteados en la presente investigación.

1.4.2 Limitaciones de la investigación.

El proceso para elaborar una guía alimentaria consta de ocho etapas ampliamente desarrolladas, las cuales son la delimitación de la población meta, diagnóstico de hábitos alimentarios, estilo de vida y situación de la salud, informe técnico de uso profesional, delimitar los objetivos, desarrollo de los temas de la guía alimentaria, prueba de campo, adaptación y validación de los mensajes, y por último la implementación de la guía (Molina, 2008).

La presente investigación no abarca todas las etapas, ya que para desarrollar cada uno de los pasos se requiere de un equipo multidisciplinario y un lapso de tiempo de al menos dos años; por lo tanto, se inicia el proceso en sus primeros cinco pasos.

A nivel institucional se desarrolla la etapa de diagnóstico con encuestas y estudios nacionales previamente realizados, por lo que no se aplican instrumentos de recolección de datos ya que la información existe; sin embargo, para el desarrollo de la presente guía no existen datos que caractericen a la población pobre de la comunidad de Ciruelas, debido a lo cual se inicia desde el diseño de los instrumentos hasta el análisis de los resultados para lograr establecer el comportamiento económico y alimentario y compararlo con la realidad nacional, abarcando más tiempo del planeado.

La prueba de campo y las etapas siguientes de la guía alimentaria no son llevadas a cabo por la limitante del tiempo y de recurso humano, como un sociólogo, un antropólogo, entre otros que coordinen dicho proceso, por lo que el proyecto queda abierto para su continuidad.

Entre otras limitaciones se pretendió conocer el gasto mensual en compras por grupos de alimentos, pero no fue posible ya que a los participantes les fue difícil identificarlo, por lo cual se evaluó el gasto total. A pesar de ello, se registró un monto aproximado, debido a que cuando van de compras incluyen artículos de uso personal y limpieza.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Revisión del concepto pobreza

Para la definición del concepto pobreza se debe tomar en cuenta el contexto de interpretación de diferentes autores, ya que en la actualidad no existe una definición concreta.

El Banco Mundial define la pobreza como carencias multidimensionales, incluyendo falta de recursos económicos, falta de acceso a educación, vivienda, servicios de salud y agua potable; además, problemas nutricionales como la desnutrición, problemas sociales como violencia y criminalidad, y temas políticos como privación de libertad política y de expresión (Romero, 2002).

El Fondo Monetario Internacional (FMI) conceptualiza la pobreza según la renta de un país y no de las personas, otorgando préstamos a países con bajos ingresos con el fin de que implementen medidas para elevar su nivel de vida (Casas, 2017).

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) enfoca la pobreza mediante una serie de indicadores que determinan si las personas están en pobreza o pobreza extrema tomando en cuenta si pueden o no adquirir el costo de la canasta básica, la cual es definida por cada país. Es el método más utilizado en América Latina (ONU, 2010).

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo analiza la pobreza como un conjunto multidimensional de privaciones de las capacidades humanas, como por ejemplo la desigualdad, el racismo, la exclusión social, entre otros, y no lo vincula con recursos económicos. Lo define desde el punto de desarrollo humano con el fin de que cada persona logre desarrollar las capacidades para alcanzar el bienestar deseado (PNUD, 2017).

El premio Nobel de Economía Amartya Sen relaciona la pobreza con privación de capacidades y derechos de las personas; es decir, una persona a la que se le prive la educación, la salud o su libertad, ve limitada sus capacidades de desarrollarse en su entorno, aumentando su posibilidad de caer en la miseria (Sen, 1992).

Costa Rica ha adoptado el concepto como multidimensional, integrando la falta de ingresos económicos, salud, educación y empleo, por lo que ha evolucionado en la metodología empleada para medir la pobreza. Desde hace 20 años se utiliza el método de Línea de Pobreza (LP) en conjunto con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) para dar como resultado una medición integral llamada Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) (INEC, 2015).

2.2 La medición de la pobreza en Costa Rica

En Costa Rica se aplican tres métodos de medición de pobreza: uno unidimensional, como la línea de pobreza, y dos multidimensionales, los cuales son necesidades básicas insatisfechas y el índice de pobreza multidimensional.

La línea de pobreza representa el monto económico mínimo requerido para que una persona pueda satisfacer tanto las necesidades básicas alimentarias como las no alimentarias. Se clasifica como pobre extremo a aquel individuo cuyo ingreso es menor al precio de la canasta básica alimentaria, por lo tanto, no logra satisfacer sus necesidades alimentarias. Por otra parte, se define como pobre no extremo cuando el ingreso es menor al costo de la canasta básica total, pero logra solventar sus necesidades alimentarias. Los no pobres se catalogan como ingresos mayores al costo de la canasta básica total (INEC, 2015).

Mediante este método, en los últimos diez años la pobreza se ha mantenido cercana al 20%. Actualmente, el costo de la canasta básica total es de ₡103.851, mientras que la CBA urbana ₡49,999 y la rural ₡41.483 (INEC, 2018).

Las necesidades básicas alimentarias se expresan mediante la Canasta Básica Alimentaria, que está compuesta por alimentos que permiten satisfacer las necesidades energéticas de un individuo promedio de la población, los cuales han sido seleccionados según aporte energético y la frecuencia de consumo. Actualmente está conformada por 52 alimentos para la zona urbana y 48 para la rural, y su costo se actualiza mensualmente según la variación del Índice de Precios al Consumidor (IPM) (INEC, 2015).

Las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) identifican hogares pobres de acuerdo con las necesidades socialmente consideradas básicas, tomando en cuenta cuatro dimensiones: acceso a albergue digno, acceso a vida saludable, acceso al conocimiento y acceso a otros bienes y servicios (INEC, 2015).

Se aprovecha la ejecución de censos para medir las NBI, y como resultado los datos para los últimos tres censos evidencian una disminución de hogares en condición de pobreza, ya que en 1984 el 46,7% de hogares contaban con al menos una carencia, para el año 2000 disminuyó al 36,0%, mientras que para el 2011 fue de 24,6% (INEC, 2015).

Recientemente, Costa Rica adoptó otra metodología para medir el índice de pobreza multidimensional siguiendo las recomendaciones de la PNUD. Esta metodología integra de manera más amplia no solo las privaciones económicas de las personas, sino también lo hace en cinco dimensiones: educación, salud, vivienda y uso de internet, trabajo y protección social. Actualmente, el número de hogares en pobreza multidimensional bajó al 18,8%, cifra más baja desde el 2010 (INEC, 2015).

2.3 Elementos que interaccionan con la inseguridad alimentaria

2.3.1 Hambre.

Según la FAO, el hambre corresponde a una ingesta alimentaria diaria inferior al mínimo necesario para satisfacer los requerimientos energéticos de un individuo, que desde la perspectiva de la seguridad alimentaria repercute al ser humano física, fisiológica, psicológica, económica y socialmente, ocasionando mayores problemas de inserción social y pobreza en la población. Además, es un problema de voluntad política, ya que los gobiernos están obligados a brindar alimentos y garantizar la seguridad alimentaria del país (FAO, 2014).

Los problemas de salud asociados con la carencia de alimentos repercuten a lo largo de la vida, desde la infancia hasta la vejez, incluso de una generación a otra, ya que el retraso en el crecimiento de la madre aumenta las probabilidades de dar a luz a un niño con bajo peso, que a su vez tendrá un mayor riesgo de deterioro físico y cognitivo, y sufrirá las cargas económicas resultantes (FAO, 2014).

2.3.2 La desnutrición.

La OMS define la desnutrición como “la ingesta insuficiente de alimentos de forma continuada, que es insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria, sea por absorción deficiente y/o por uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos”. Desde el punto de vista nutricional existen tres tipos principales de desnutrición: emaciación, retraso del crecimiento e insuficiencia ponderal (OMS, 2018).

La emaciación se refiere a un peso insuficiente con respecto a la talla ocurrido en un corto periodo de tiempo como consecuencia de una baja en la ingesta o por presencia de una enfermedad infecciosa, como la diarrea. Por su parte, el retraso en el crecimiento es debido

a una talla insuficiente con respecto a la edad y está asociado a la desnutrición crónica a largo plazo. Los niños con un peso menor a su edad sufren de insuficiencia ponderal (OMS, 2018).

2.3.3 Las deficiencias de micronutrientes.

Los micronutrientes son los minerales y las vitaminas. Entre sus principales funciones destacan facilitar las reacciones químicas que ocurren en el organismo, el funcionamiento normal del metabolismo, la regulación de la función celular y la función enzimática en el cuerpo (Martínez *et al.*, 2009).

El yodo, la vitamina A y el hierro son los más importantes en lo que se refiere a la salud pública a escala mundial. Sus carencias suponen una importante amenaza para la salud y el desarrollo de las poblaciones de todo el mundo, en particular para los niños y las embarazadas de los países de ingresos bajos. (OMS, 2018)

Datos de la Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009 muestra que en Costa Rica la deficiencia más frecuente es la anemia, por carencia de hierro, la cual afecta principalmente a adultos mayores y mujeres en edad fértil y adultas. Además, hubo una notable disminución en la prevalencia de deficiencia de vitamina A sérica (Ministerio de Salud, 2014).

Costa Rica ha puesto en marcha acciones para combatir la deficiencia de micronutrientes, como la vigilancia de los reglamentos y normas de las intervenciones en micronutrientes, la implementación de alimentos fortificados, la promoción de la suplementación con vitaminas y minerales; la atención con alimentación complementaria para menores de cinco años, adultos mayores, personas en situación de pobreza, indígenas, mujeres gestantes y en periodo de lactancia que coadyuva a la reducción de la deficiencia

de micronutrientes; y además, fortalecer las acciones de información, educación y comunicación que promuevan el consumo de alimentos fuentes de micronutrientes (Ministerio de Salud, 2013).

La legislación actual muestra seis alimentos de consumo universal según la Encuesta Nacional de Nutrición de 1996 que deben estar fortificados, los cuales son la sal, el azúcar, harina de trigo, harina de maíz, el arroz y la leche (Calvo, 2012).

2.3.4 El sobrepeso y obesidad.

La OMS define la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud medida a partir del índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido entre el cuadrado de la talla en metros.

La situación del aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad de la población costarricense es significativa, ya que al comparar la evolución del sobrepeso y obesidad en los últimos cuarenta años se refleja que el sobrepeso incrementó en un 44,9%, la obesidad total en un 276,2%, y la obesidad mórbida en 1000% (Evans y Pérez, 2016).

Costa Rica muestra tendencias de aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad desde edades tempranas, ya que el incremento del sobrepeso y la obesidad inicia a los ocho años de edad (MEP, 2016).

En Costa Rica hay dos tipos de asociaciones inversas entre la obesidad y la situación socioeconómica, ya que los individuos de mayor nivel socioeconómico tienen una mayor frecuencia de obesidad y los individuos de menor nivel socioeconómico tienen una mayor frecuencia de obesidad. Esto se puede relacionar con que alimentos que se caracterizan por

su alto poder de saciedad, sabor agradable y bajo costo hacen que sean socialmente aceptables y preferidos por los grupos más pobres (MEP, 2016).

2.4 Situación de la salud en Costa Rica

Las enfermedades no transmisibles (ENT) o crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta, entre las que destacan las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, y entre sus factores de riesgo se encuentran el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la actividad física insuficiente y hábitos alimenticios y alimentación poco saludables (PAHO, 2014).

En la población costarricense, la principal causa de muerte se debe a las enfermedades del sistema circulatorio que afectan en su mayoría a personas mayores de 45 años. Entre estas se pueden mencionar las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebrovasculares y la enfermedad hipertensiva como las más comunes (Ministerio de Salud, 2014).

La *diabetes mellitus* es la cuarta causa de muerte prematura; no obstante, el impacto es aún mayor, ya que la diabetes es un factor de riesgo para la enfermedad coronaria, el accidente cerebrovascular, la enfermedad renal crónica y el cáncer, además de impactar directamente en la economía y producción, por lo cual se relaciona con el bienestar socioeconómico y el estado de salud de la población (Ministerio de Salud, 2014).

2.5 Patrones alimentarios

El consumo de alimentos muestra el comportamiento y los hábitos alimentarios de una población, de esta manera se logran caracterizar sus gustos y selección de los alimentos de acuerdo con sus capacidades sociales, económicas y culturales (PIMA, 2016).

Los grupos de alimentos más consumidos a nivel nacional corresponden a los vegetales, la leche y el arroz, mientras que los quesos, huevos, grasas y frijoles aparecen como menos consumidos; sin embargo, es necesario actualizar las bases metodológicas de los estudios sobre el tema (Ministerio de Salud, 2014).

A nivel nacional se observa una marcada tendencia en los patrones de consumo de pollo, carne de res y pescado en menor cantidad. En cuanto a las grasas, el mayor consumo corresponde al aceite vegetal y en segundo lugar la manteca, seguido por la margarina y la mantequilla (Ministerio de Salud, 2014).

La Encuesta de Consumo muestra un dato relevante, ya que el consumo de vegetales se reporta muy elevado, mientras que en la Encuesta de Factores de Riesgo realizada en el 2008 por la CCSS, solo un 22% de la población costarricense consume tres porciones de vegetales y frutas al día, por lo que es necesario reestructurar los instrumentos empleados. Las hortalizas más gustadas son el tomate, la papa, el repollo y la lechuga; en cambio, el chayote es la menos gustada (Ministerio de Salud, 2014, y PIMA, 2016).

En cuanto a las frutas, el comportamiento hacia el consumo ha aumentado con respecto a la década anterior. Los niños de 0 a 12 años son los principales consumidores, y en segundo lugar los adultos de 22 a 59 años. Las frutas se consumen más a la hora del desayuno y las más consumidas son el banano, la papaya, naranja y sandía, mientras que la menos gustada es el marañón (PIMA, 2016).

Por último, las zonas urbanas muestran una tendencia de aumento en cuanto a carnes y huevos, comidas preparadas, lácteos, bebidas, frutas, vegetales, sal, salsas y condimentos (Caravaca, 2014).

2.6 Proceso de elaboración de guías alimentarias INCAP/OPS

Las guías alimentarias son un instrumento educativo que traduce los conocimientos científicos nutricionales con el fin de transmitir información sobre prácticas alimentarias y estilos de vida saludables. La información de las guías alimentarias debe presentarse de manera ordenada, sencilla, clara y comprensible para lograr que todas las personas, sin importar su nivel educativo o de conocimientos científicos, comprendan los mensajes que en ella se describen (Ministerio de Salud, 2010).

Incluso las guías alimentarias tienen objetivos específicos en el ámbito gubernamental, ya que son base para la planificación y evaluación de programas sociales, de alimentación y nutrición; sirven de insumo para la formulación de políticas en alimentación y nutrición, y proporcionan información básica para incluir en los programas de educación formal y no formal a nivel de primaria, secundaria y universitario. Además, en la industria de alimentos dirigen la elaboración de alimentos de alta calidad nutricional y orienta el etiquetado nutricional (Molina, 2014).

Siguiendo las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre Nutrición en 1992, el INCAP y OPS han planteado maneras para implementar las guías alimentarias en los países de América Latina mediante capacitación, asistencia técnica directa y transferencia de metodologías. Asimismo, han propuesto un modelo de elaboración, implementación y evaluación de las guías alimentarias (Molina, 2008).

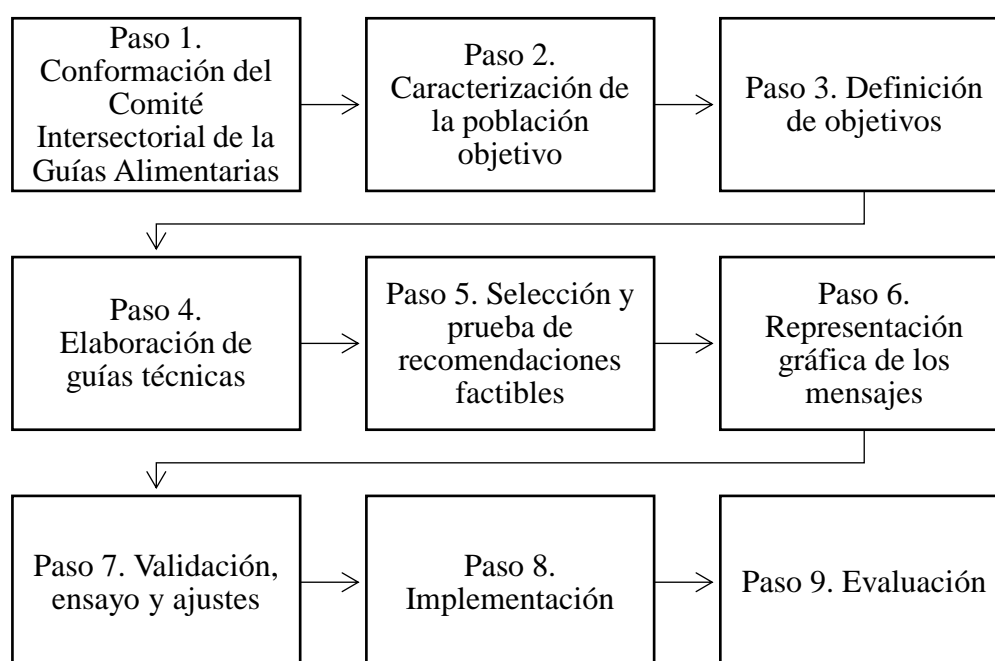
De manera genérica, se recomienda que las guías alimentarias sean dirigidas a dos tipos de población, la primera a niños sanos menores de dos años de edad y la segunda mayores de dos años de edad sanos. Ya establecidas las guías para ellos se puede pensar en otro tipo de colectividad (Ministerio de Salud y Asistencia Social, 2012).

En promedio, el proceso de elaboración de una guía de alimentación basada en alimentos tiene una duración de dos años desde su primer etapa hasta la última; sin embargo,

por razones políticas, económicas o de recurso humano, algunos países han tardado hasta cinco años en concluir las (Molina, 2014).

Para la elaboración de las guías alimentarias el INCAP/OPS propone el siguiente modelo:

Figura 1. Esquema del modelo metodológico propuesto para la elaboración de Guías Alimentarias INCAP-OPS.



Fuente: Molina, 2008.

2.6.1 Paso 1: conformación del Comité Intersectorial de Guías Alimentarias.

Este comité se conforma por un equipo multidisciplinario con representantes del sector salud, educación, comercio, economía, agricultura, asociaciones profesionales, entre otros del sector público y privado, con el fin de determinar los lineamientos técnicos y las acciones en el tema de guías alimentarias, desde la planificación, la implementación, la actualización y la evaluación, con el fin de contribuir con una mejor calidad de vida de la población (Ministerio de Salud, 2005).

2.6.2 Paso 2: caracterización del grupo objetivo.

El primer paso para iniciar con el proceso es identificar el grupo objetivo, para posteriormente realizar un diagnóstico de esa población con el fin de identificar la situación de salud y nutrición. Dicho diagnóstico se realiza con base en encuestas realizadas anteriormente, informes, publicaciones, estadísticas y datos sobre el tema. Luego de recopilar la información, se debe presentar un informe descriptivo que incluya los factores de riesgo y problemas asociados con la dieta y estilos de vida del grupo objetivo, así como la justificación de la necesidad de implementar la guía alimentaria (Molina, 2008).

2.6.3 Paso 3: definición de los objetivos de la guía alimentaria.

Se definen los de objetivos cognoscitivos y conductuales enfocados en los problemas más relevantes detectados en el diagnóstico realizado en la etapa anterior. Estos objetivos buscan definir el conocimiento que se desea transmitir a la población, lo que se espera que la población aprenda y lo que se espera que lleven a cabo o hagan (Molina, 2008).

2.6.4 Paso 4: Elaboración de guías técnicas.

Se elabora un documento técnico dirigido a profesionales de la salud y la nutrición, y no al público en general. Su producción está a cargo de profesionales en el área de nutrición y debe contener las bases científicas que sustentan las guías alimentarias en cuanto a metas y recomendaciones nutricionales para la población objetivo. Dependiendo de los resultados del diagnóstico de la primera fase, se consideran la calidad y cantidad de alimentos, el número y tamaño de las porciones, se definen grupos de alimentos, se recomiendan estilos de vida saludable y una serie de sugerencias adecuadas para el grupo meta (Molina, 2008).

2.6.5 Paso 5: selección y prueba de las recomendaciones factibles.

Esta fase es exclusiva de la metodología propuesta por INCAP/OPS y está a cargo de antropólogos y sociólogos. Consiste en una prueba de campo en pequeña escala para conocer la disposición de la población objetivo (Molina, 2008). Se indaga la factibilidad de la población para cumplir las metas y recomendaciones nutricionales descritas en el documento técnico de la fase anterior, y se identifica el vocabulario apropiado para describir la guía alimentaria tomando en cuenta factores como nivel de escolaridad, educativos, edad, nivel socioeconómico y una serie de factores que permitan adaptar los criterios científicos al punto de vista de la población objetivo (Molina, 2008)

A continuación, se muestran los mensajes más frecuentes en América Latina y el Caribe:

Tabla N° 2

Mensajes más frecuentes en las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos en América Latina y el Caribe.

Mensaje	América Latina	Caribe	Total
Moderación en el consumo de grasa, evitar grasas saturadas.	15	8	23
Disminución del consumo de sal.	13	9	22
Consumir una alimentación variada.	12	8	20
Consumir frutas y vegetales.	12	8	20
Disminuir el consumo de azúcar.	11	8	19

Realizar actividad física.	9	9	18
Consumo de agua.	9	4	13
Restringir el consumo de alcohol.	4	6	10

Fuente: Molina, 2014.

2.6.6 Paso 6: guías alimentarias, mensajes y gráfica.

Se representan de manera gráfica los mensajes de la guía alimentaria, siempre que sean variadas, proporcionales y culturalmente aceptados, tomando en cuenta los resultados de la prueba de campo de la fase anterior, esto con el fin de mejorar su comprensión por parte de la población objetivo (Molina, 2008).

En el campo de la enseñanza y el aprendizaje, la utilización de medios visuales como dibujos, fotografías e imágenes se considera indispensable, ya que aunque el sujeto no lo perciba, su cerebro identifica fácilmente el mensaje y lo logra guardar en la memoria a largo plazo, facilitando la adquisición de nuevo conocimiento; por lo tanto, se recomienda que los mensajes de las guías alimentarias se complementen con elementos visuales (Bastida y Morales, 2015).

El número ideal de mensajes en las guías alimentarias es de no más de 10, para que la población pueda recordarlos y para que facilite su difusión a través de medios televisivos, escritos, de comunicación o redes sociales (Molina, 2014).

2.6.7 Paso 7: validación, ensayo y ajuste de las guías alimentarias.

Para garantizar el cumplimiento del propósito de la guía alimentaria es necesario realizar una validación mediante una prueba de campo con una muestra de la población objetivo. Si las representaciones gráficas, los mensajes o el vocabulario utilizado no son claros y aplicables, prácticos o persuasivos, se deben corregir de acuerdo con los resultados en una nueva revisión técnica (Molina, 2008).

2.6.8 Paso 8: implementación de las guías alimentarias.

Es necesario realizar un plan de implementación mediante alianzas estratégicas del sector público y privado en áreas de la promoción de dietas y estilos de vida saludables de la población, con acciones orientadas a promover políticas públicas para la implementación de guías alimentarias, capacitación continua del personal humano, inserción de los mensajes en todos los niveles educativos desde la escuela hasta estudios superiores, inclusión de los mensajes en todos los sectores de la sociedad, difusión de los mensajes en medios masivos de comunicación, basar la asistencia alimentaria como entrega de alimentos o comedores institucionales en la guía alimentaria, y determinar el seguimiento, control y evaluación para modificar aspectos necesarios (Molina, 2008).

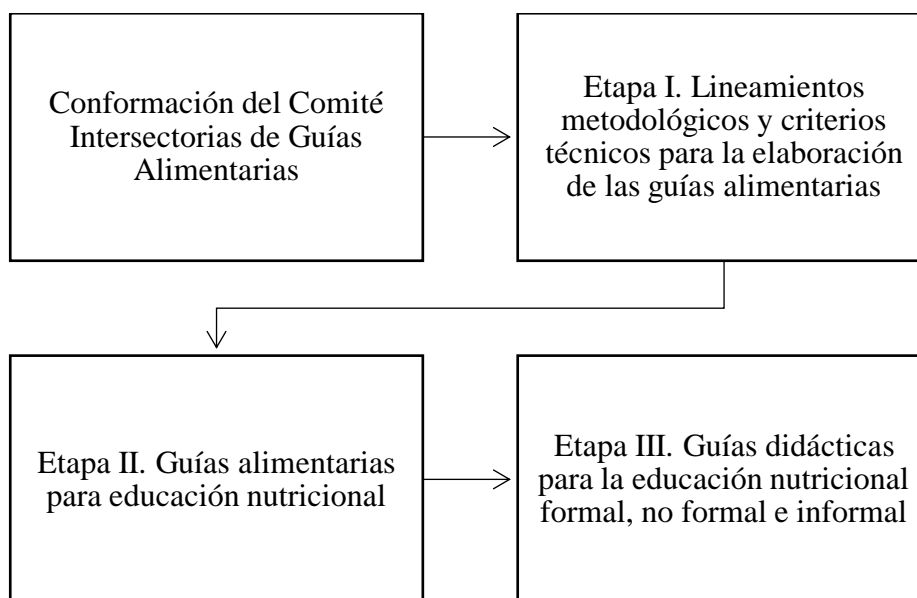
2.6.9 Paso 9: evaluación de las guías alimentarias.

Las guías alimentarias deben ser evaluadas en tres niveles. Con respecto a los dos primeros, el primer nivel corresponde a la evaluación del proceso de manera permanente en su fase de planificación e implementación, y el segundo nivel se realiza cada cinco años y valora si los objetivos se están cumpliendo en cuanto a conocimiento, opinión, expectativas, aceptación, adopción e impacto (Molina, 2008).

2.7 Metodología para la elaboración de guías alimentarias utilizada en Costa Rica

Costa Rica ha revisado la experiencia de la metodología utilizada en otros países para desarrollar sus propias guías alimentarias con el fin de plantear la suya. De esta manera se definen tres etapas:

Figura 2: Esquema de las etapas metodológicas para la elaboración de guías alimentarias en Costa Rica.



Fuente: Ministerio de Salud, 2005.

En Costa Rica, la institución encargada de la elaboración de las guías alimentarias es el Ministerio de Salud, por medio de la Comisión Intersectorial de Guías Alimentarias (CIGA) creada en 1994, la cual está conformada por representantes del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Caja Costarricense de Seguro Social y la Escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica; además, cuenta con la colaboración del Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá y la Organización Panamericana de la Salud (Ministerio de Salud, 2005).

2.7.1 Etapa I. Lineamientos metodológicos y criterios técnicos para la elaboración de las guías alimentarias.

En 1994 inició la primera etapa, luego de la conformación del Comité Interinstitucional de Guías Alimentarias, en conjunto con la asesoría técnica del INCAP/OPS, para realizar un diagnóstico sobre la situación alimentaria en Costa Rica sobre el estado nutricional, patrón alimentario, consumo de nutrientes, disponibilidad de alimentos y estilos de vida (Ministerio de Salud, 1997).

Esta etapa de diagnóstico constituye el punto de partida del proceso de elaboración de las guías alimentarias, ya que luego del análisis de los resultados se priorizan los problemas a intervenir, así como la población meta, a saber adultos sanos (Ministerio de Salud, 1997). Posteriormente, se realiza un informe técnico con el apoyo de nutricionistas y especialistas en Antropología y Sociología, en el cual se fundamentan con evidencia científica los temas prioritarios como el consumo deficiente o excesivo de carbohidratos, grasas, colesterol, vitamina A, hierro, calcio, sodio y yodo, además de energía, actividad física y fibra (Ministerio de Salud, 1997). Seguidamente, se definen los objetivos conductuales y cognoscitivos con base en las recomendaciones dietéticas diarias (RDD) para la población. Se utilizan las RDD del INCAP/OPS y se alcanzan las metas nutricionales en un plazo máximo de diez años (Ministerio de Salud, 1997).

2.7.2 Etapa II. Guías alimentarias para educación nutricional.

Adoptando la metodología INCAP/OPS, se realiza una prueba de campo para identificar inconvenientes en cuanto a vocabulario, aceptación cultural, adaptación económica y fisiológica que puedan impedir las modificaciones de las prácticas alimentarias ideales y validar el contenido de los mensajes educativos sobre alimentación que conforman la guía alimentaria por parte de profesionales en nutrición y comunicación (Ministerio de Salud, 1997).

Para cada uno de los mensajes validados se describen la función, alimentos fuente, situación actual, prácticas deseables, conocimientos que debe tener la población y mensajes educativos. Dichos mensajes fueron la alimentación saludable, energía, actividad física, carbohidratos y fibra dietética, grasas, colesterol, hierro, vitamina A, calcio, yodo y sodio (Ministerio de Salud, 1997).

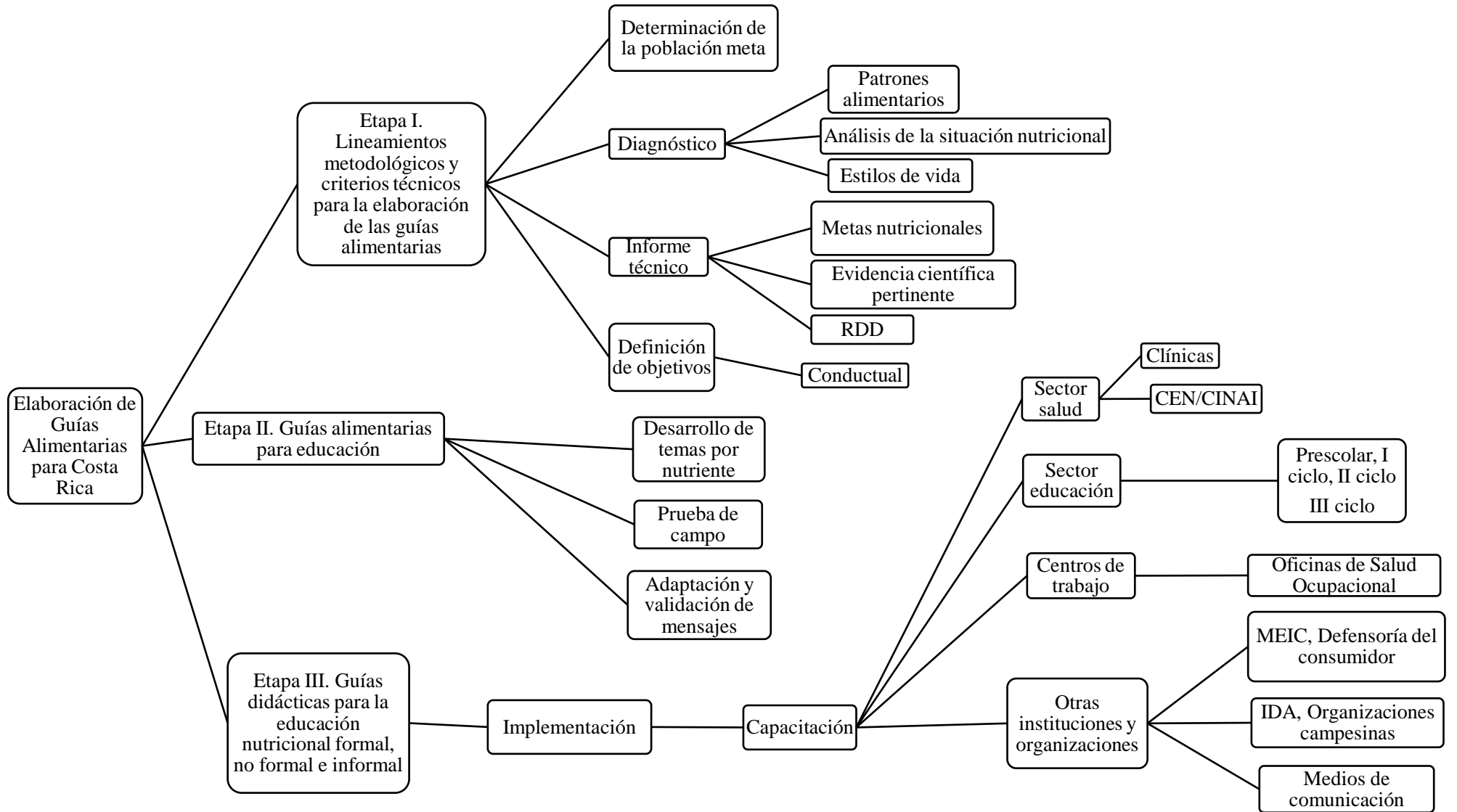
2.7.3 III Etapa. Guías didácticas para la educación nutricional formal, no formal e informal.

Luego de tres años de proceso se da la fase de implementación de la guía alimentaria en 1997, la cual se rigió bajo un plan de educación, capacitación y comunicación, para operacionalizar la enseñanza. Esta se realizó en el Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y CCSS, mediante capacitaciones a jefaturas del nivel central, asesores, supervisores, docentes y con personal del área de salud, y de esta manera trasmitirla a la población en general (Ministerio de Salud, 2005).

2.8 Actualización de las Guías Alimentarias para Costa Rica

En 2007 se definen las bases técnicas de la actualización de las Guías Alimentarias para Costa Rica con el fin de modernizar las metas nutricionales, orientar las acciones educativas, definir políticas, planes y programas, brindar a los profesionales en salud información fundamental en el campo de la nutrición, brindar a la industria alimentaria una referencia técnica del etiquetado nutricional, y renovar la legislación y los alimentos fortificados. En la figura 2 se comparan los mensajes de las Guías Alimentarias para Costa Rica de 1997 y 2010, luego de su actualización (Centro de Investigaciones en Geografía Ambiental [CIGA], 2007).

Figura 2. Esquema de metodología para la elaboración de Guías Alimentarias para Costa Rica.



CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque de investigación

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo de diseño no experimental de tipo transversal, ya que estudia el comportamiento de la población y de esta manera se analiza mediante técnicas cuantitativas para cumplir los objetivos propuestos.

3.2 Tipo de investigación

Se lleva a cabo una investigación descriptiva con el fin de conocer la situación económica, familiar, de estilo de vida y el comportamiento alimentario de la población en cuanto a consumo y compra de alimentos, para desarrollar los objetivos planteados.

3.3 Unidades de análisis

Las unidades de análisis corresponden a las personas en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela.

3.3.1 Área de estudio.

La presente investigación se realiza en la comunidad de Ciruelas, ubicada en la provincia de Alajuela, y es uno de los principales poblados del distrito de San Antonio del Tejar. Cuenta con un índice de desarrollo social a nivel económico de 19,7, y entre sus principales actividades productivas se destacan la industria y el comercio.

3.3.2 Población.

Datos facilitados por el IMAS de Alajuela muestran que la cantidad total de población en condición de pobreza es de 1142 personas, de los cuales 518 son hombres y 624 mujeres.

3.3.3 Muestra.

La selección de la muestra se calculó mediante la muestra no probabilística, de esta manera se determinó la cantidad de personas en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela que serían parte de la investigación. A continuación, se detalla el cálculo.

Cálculo de la muestra: muestra no probabilística.

n= tamaño de la muestra

N= población 1142

Z= nivel de confianza 95% 3,84

P= 0,5

Q= 1-P= 0,5

d= margen de error 0,01

$$n= \frac{N Z^2 P Q}{d^2 (N-1) + Z^2 P Q}$$

$$n= \frac{1142 * 3,84^2 * 0,5 * 0,5}{0,01^2 * (1142) + 3,84^2 * 0,5 * 0,5}$$

n= 88 personas

El tamaño de la muestra es de 88 unidades de análisis

3.3.4 Criterios de inclusión y exclusión.

La tabla N° 3 detalla los criterios necesarios de las unidades de análisis para participar o no en la investigación.

Tabla N° 3

Criterios de inclusión y exclusión de las unidades de análisis.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Habitantes de Ciruelas de Alajuela. Mayores de 18 años. Personas con conocimiento económico y hábitos alimentarios del núcleo familiar. Hogares con ingresos económicos menores a ₡104.000 mensuales por persona. Personas sanas con dieta normal.	Personas con soporte nutricional.

Fuente: elaboración propia

3.4 Instrumentos para la recolección de la información

Para la recolección de datos se utilizaron tres instrumentos: un cuestionario, una frecuencia de consumo y una frecuencia de compra, y se realizó en cuatro etapas.

La primera etapa consistió en definir aspectos logísticos, como diseñar los instrumentos a utilizar para la recolección de datos, realizar la prueba de instrumentos y los ajustes necesarios, y seleccionar a los participantes (según criterios de inclusión y exclusión) para aplicar los instrumentos en horario de conveniencia mutua.

3.4.1 Cuestionario.

El cuestionario consta de 23 ítems con preguntas cerradas en su mayoría, y fue de elaboración propia con base en las encuestas utilizadas por el INEC para determinar las características socioeconómicas y el estilo de vida de la población (ver anexo 1).

Información socioeconómica: en esta sección se recolectó información sobre los participantes en cuanto a sexo, rango de edad, nacionalidad, estado civil, nivel académico, ocupación, jornada laboral, cantidad de personas que habitan en el hogar según edad, número de personas ajenas al núcleo familiar que habitan en el hogar, número de personas que trabajan, principal sostén económico del hogar, ingresos económicos mensuales, gasto económico mensual en compra de alimento y la manera en que lo adquieren.

Información del estilo de vida: se tomaron en cuenta aspectos como el consumo de alcohol de algún miembro del hogar (tipo de bebida consumida y cantidad a la semana), práctica de fumado de algún miembro de la familia, así como la cantidad de cigarrillos fumados al día, además de determinar la práctica de ejercicio estructurado, tipo y frecuencia semanal.

3.4.2 Frecuencia de consumo.

Se realizó una frecuencia de alimentos consumidos en el último mes de elaboración propia adaptado al documento de “Evaluación dietética FAO 2018” con las siguientes clasificaciones: nunca, ocasional (menos de una vez al mes), 1-3 veces al mes, 1-2 veces por semana, 3-4 veces por semana y todos los días. Además, se agruparon los alimentos de la siguiente manera: lácteos, frutas y vegetales, harinas, carnes, grasas y otros alimentos (ver anexo 2).

3.4.3 Frecuencia de compra.

Se elaboró una frecuencia de compra de alimentos basada en el documento “Módulo de gastos en los hogares del INEC 2016”, con la siguiente frecuencia: nunca, ocasional, una vez al mes, una vez a la quincena, una vez a la semana, 1-3 veces por semana y todos los días, según grupo de alimentos. Además, se incluyó una sección del lugar de compra por grupo de alimentos (anexo 3).

La segunda etapa consistió en el trabajo de campo para aplicar los instrumentos. El investigador y el participante acordaron previamente un horario y lugar convenientes. Por lo general fue en horas de la mañana en la casa de los participantes o en actividades recreativas de la comunidad.

La tercera etapa consistió en realizar una base de datos en el programa Excel y representar de manera gráfica los resultados. Estos se presentaron en tablas de la siguiente manera: las características sociodemográficas se distribuyeron según rango de edad de los participantes tanto en frecuencia absoluta como en porcentajes, al igual que el tipo de ocupación y la jornada laboral. Las características de los hogares según integrantes se distribuyeron en frecuencia absoluta, porcentaje, promedio, desviación estándar, máximo y mínimo.

Con el fin de observar las características de tamaño del hogar, promedio de integrantes por rango de edad, ocupados, principal sostén económico, tipos de ingreso, gasto mensual en compra de alimentos y el estilo de vida de los participantes, se agruparon los hogares según ingresos de la siguiente manera:

Tabla N° 4

Grupos de hogares según ingresos económicos mensuales totales.

Grupo	Ingreso mensual del hogar
I	Menos de ¢100.000
II	Entre ¢101.000 y ¢200.000,
III	Entre ¢201.000 y ¢300.000
IV	Entre ¢301.000 y ¢400.000
V	Entre ¢401.000 y ¢500.000
VI	Más de ¢501.000

Fuente: elaboración propia.

Para calcular el promedio de ingresos y el gasto en compra de alimentos per cápita mensual, se tomó en cuenta el límite máximo del rango establecido y se dividió entre el tamaño promedio de los hogares según grupo de ingreso.

Las características de consumo de alimentos se presentan con la frecuencia absoluta y la distribución porcentual en tablas según grupos de ingresos económicos de la siguiente manera:

- Alimentos consumidos más de una vez a la semana: se tomaron en cuenta los alimentos consumidos todos los días, 3-4 veces por semana y 1-2 veces por semana, y se incluyeron aquellos que representaron un consumo mayor al 50% por parte de los participantes.
- Alimentos consumidos menos de tres veces al mes: se tomaron en cuenta los alimentos consumidos 1-3 veces al mes, de manera ocasional (menos de una vez al mes) y nunca, para incluir aquellos que representaron un consumo mayor al 50% por parte de los participantes.

Las características de compra se presentan con la frecuencia absoluta y la distribución porcentual en tablas según grupos de ingresos económicos de la siguiente manera:

- Alimentos comprados más de una vez a la semana: se incluyeron todos los alimentos comprados todos los días y tres veces por semana.
- Alimentos comprados una vez al mes: se tomaron en cuenta todos los alimentos comprados una vez al mes.
- Alimentos comprados ocasionalmente o nunca: se abarcaron todos los alimentos comprados de manera ocasional o nunca.

Además, se incluyó una sección sobre el lugar de compra, donde se muestran la frecuencia absoluta y la distribución porcentual en tablas según grupos de alimentos.

3.4.4 Proceso metodológico de la guía alimentaria para personas en situación de pobreza.

La cuarta etapa consistió en desarrollar el proceso metodológico de elaboración de Guías Alimentarias en Costa Rica descrito en el esquema (ver anexo 5).

3.4.4.1 I Etapa. Lineamientos metodológicos y criterios técnicos para la elaboración de las guías alimentarias.

3.4.4.1.1 Determinación de la población meta.

Con base en los resultados obtenidos en la presente investigación, se caracterizó la población objetivo en cuanto a características sociodemográficas, estilo de vida y comportamiento alimentario para priorizar y adaptar los mensajes de las guías alimentarias para personas pobres.

3.4.4.1.2 Diagnóstico.

Se compararon y analizaron los resultados obtenidos en el presente estudio con la realidad nacional, basados en publicaciones y encuestas de instituciones gubernamentales como el Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Educación Pública, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, entre otras, así como publicaciones de estudios realizados en los últimos cinco años.

Se presentaron mediante un cuadro descriptivo los factores de riesgo y problemas asociados con la dieta y estilos de vida del grupo objetivo, así como la justificación de la necesidad de implementar la guía alimentaria.

3.4.4.1.3 Informe técnico.

Se desarrolló un informe técnico de uso profesional en el cual se definen los mensajes de la guía alimentaria, las metas nutricionales y el sustento científico de cada contenido, con el fin de capacitar de manera rápida y sencilla a profesionales que deseen aplicar la guía.

Las metas de la guía de alimentación están diseñadas para modificar las prácticas alimentarias con pequeños pero representativos cambios en la población meta; de esta manera, al cabo de cinco años es necesaria una evaluación y actualización para ajustarlas.

3.4.4.1.4 Desarrollo de objetivos.

Se enumeraron cuatro objetivos enfatizados en educación nutricional mediante aplicaciones prácticas para la población meta y que con esto se facilite el proceso de aprendizaje y modificación de conductas alimentarias.

3.4.4.2 Etapa II. Guías Alimentarias para la Educación.

3.4.4.2.1 Desarrollo de temas por nutriente.

En esta sección se diseña y se representa de manera gráfica, mediante ilustraciones, la guía alimentaria. Los mensajes y las metas nutricionales están dirigidas a mantener una alimentación variada, controlar el consumo de harinas y azúcar simple, aumentar el consumo de frutas y vegetales, evitar grasas saturadas, aumentar el consumo de carne baja en grasa, reducir el consumo de sal, aumentar el consumo de lácteos y realizar actividad física. En cada mensaje se describen el valor nutricional, la importancia del consumo, las porciones adecuadas y se brindan ejemplos de recetas económicas para cumplir la meta nutricional.

Las etapas siguientes como la prueba de campo, los ajustes y validación de la guía alimentaria, así como la implementación, no se abordan en el presente proyecto por razones anteriormente descritas.

3.5 Operacionalización de las variables

Tabla N° 5

Operacionalización de las variables de estudio sociodemográficas de la población de la presente investigación.

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Describir el perfil sociodemográfico de la población en estudio.	Perfil sociodemográfico	Descripción de las características sociales, económicas y demográficas de la población.	Caracterizar a la población según condiciones sociales, demográficas y económicas de su núcleo familiar.	Sexo	Hombre/ mujer	Cuestionario
				Edad en años	Por rango: 18-30/ 31-40/ 41-50/ 51-64/ más de 65	
				Nacionalidad	Costarricense/ nicaragüense/ otro	
				Estado civil	Soltero(a)/ convive en pareja/ casado(a)/ separado(a)/ divorciado(a)/ viudo(a)	
				Nivel de escolaridad	Ninguno/ primaria incompleta/ primaria completa/ secundaria incompleta/ secundaria completa/ técnico/ bachillerato/ universitario	
				Actividad laboral	Sí/No	

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
				Tipo de ocupación	Tipo de ocupación	
				Jornada laboral	Medio tiempo diurno/ medio tiempo nocturno/ tiempo completo diurno/ tiempo completo nocturno/ turnos rotativos/ por horas/ otros	
				Cantidad de personas que habitan en el hogar	1/2/3/4/5/6/ más de 7	
				Cantidad de personas que habitan en el hogar según la edad	Por rango en años: menores 1/ 1-6/7-13/ 14-17/ 18-64/ más de 65	
				Cantidad de personas ajenas al núcleo familiar que habitan en el hogar	1/2/3/4/5/6/ más de 7	
				Cantidad de personas que trabajan en el hogar	1/2/3/4/5/6/ más de 7	

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
				Principal sostén económico del hogar	Cónyuge/ madre/ padre/ ambos/ hijos/ otros	
				Tipo de ingresos económicos	Salario fijo/ salario independiente/ dinero ocasional/ pensión alimentaria/ pensión por invalidez, vejez o muerte/ ayudas del estado/ otro	
				Ingreso económico mensual	Menos de ¢100.000/ ¢101.000-¢200.000/ ¢201.000- ¢300.000/ ¢301.000-¢400.000/ ¢401.000-¢500.000/ más de ¢501.000	
				Gasto mensual en compra de alimentos	Menos de ¢50.000/ ¢51.000-¢100.000/ ¢101.000- ¢150.000/ ¢151.000-¢200.000/ ¢201.000- ¢250.000/ ¢251.000-¢300.000/ más de ¢301.000	
				Fuente de obtención de alimentos	Compra/ producción propia/ donación/ otro	

Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 6

Operacionalización de las variables de estudio de estilos de vida de la población de la presente investigación.

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Describir el estilo de vida de la población en estudio.	Estilo de vida	Comportamientos habituales y cotidianos que caracterizan el modo de vida de un individuo permanente en el tiempo.	Describir el comportamiento en cuanto a consumo de alcohol y cigarrillos así como la realización de ejercicio estructural.	Consumo de alcohol	Sí/No	Cuestionario
				Tipo de bebida alcohólica	Cerveza/ vino/ licor/ otro	
				Cantidad de bebidas alcohólicas a la semana	Por rangos: 1/ 2-3/ 4-5/ 6-7/ más de 8	
				Fuma	Sí/no	
				Cantidad de cigarrillos fumados al día	Por rangos: menos de 4/ 5-10/ 11-15/ más de 16	
				Práctica de ejercicio estructurado	Sí/No	

Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 7

Operacionalización de las variables de estudio de hábitos de ingesta alimentaria de la población de la presente investigación.

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Establecer los hábitos de ingesta alimentaria de la población en estudio.	Hábitos de ingesta alimentaria	Comportamientos frecuentes que caracterizan la ingesta de alimentos de un individuo permanentes en el tiempo.	Describir el comportamiento de la frecuencia con que se consumen diferentes tipos de alimentos.	Frecuencia de consumo por grupos de alimentos	<p>Lácteos: leche líquida, leche en polvo, yogurt</p> <p>Frutas y vegetales: frutas frescas, jugo de frutas, vegetales no harinosos, vegetales enlatados.</p> <p>Harinas: leguminosas, arroz, pastas, pan blanco, pan integral, galletas con relleno, galletas sin relleno, repostería, tortillas de maíz, totillas de trigo, verduras harinosas.</p> <p>Carnes: res, pollo, cerdo, vísceras, embutidos, queso blanco, huevos, atún enlatado, sardina enlatada, mariscos enlatados, mariscos frescos, pescado fresco, carnes procesadas.</p> <p>Grasas: aceite vegetal, manteca vegetal, manteca animal, mantequilla o margarina, queso crema,</p>	Frecuencia de consumo

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
				Frecuencia de consumo de alimentos	natilla, mayonesa, semillas, aguacate. Otros: azúcar, dulces o confites, bebidas envasadas azucaradas, bebidas en polvo, <i>snacks</i> fritos, comidas rápidas, sal, consomé, sopas deshidratadas, sustitutos de azúcar, salsas tipo ketchup, salsas de tomate preparadas. Por rangos: Nunca/ menos de una vez al mes/1-3 veces al mes/ 1-2 veces por semana/ 3-4 veces por semana/ diario	

Fuente. elaboración propia.

Tabla N° 8

Operacionalización de las variables de estudio de hábitos de compra de alimentos de la población de la presente investigación.

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Establecer los hábitos de compra de alimentos de la población en estudio.	Hábitos de compra	Comportamientos que caracterizan la compra de alimentos de un individuo permanentes en el tiempo.	Describir el comportamiento de la frecuencia de compra de diferentes tipos de alimentos.	Frecuencia de compra por grupo de alimentos	<p>Lácteos: leche líquida, leche en polvo, yogurt</p> <p>Frutas y vegetales: frutas frescas, jugo de frutas, vegetales no harinosos, vegetales enlatados.</p> <p>Harinas: leguminosas, arroz, pastas, pan blanco, pan integral, galletas con relleno, galletas sin relleno, repostería, tortillas de maíz, totillas de trigo, verduras harinosas.</p> <p>Carnes: res, pollo, cerdo, vísceras, embutidos, queso blanco, huevos, atún enlatado, sardina enlatada, mariscos enlatados, mariscos frescos, pescado fresco, carnes procesadas.</p> <p>Grasas: aceite vegetal, manteca vegetal, manteca animal, mantequilla o margarina, queso crema, natilla, mayonesa, semillas, aguacate.</p> <p>Otros: azúcar, dulces o confites, bebidas envasadas azucaradas, bebidas en polvo, <i>snacks</i> fritos,</p>	Frecuencia de compra

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
				Frecuencia de compra de alimentos	comidas rápidas, sal, consomé, sopas deshidratadas, sustitutos de azúcar, salsas tipo ketchup, salsas de tomate preparadas, helados. Nunca-ocasional/ una vez al mes/ una vez a la quincena/una vez por semana/ tres veces por semana/ todos los días.	
				Lugar de compra	Abastecedor/ supermercado/ feria del agricultor/ verdulería- frutería/ panadería/vendedores informales/ otro.	

Fuente: elaboración propia.

3.6 Plan piloto

Para la validación de los instrumentos de recolección de datos de la presente investigación se realizó una prueba piloto en la cual participaron 10 personas mayores de edad, pertenecientes a la comunidad de Calle el Urbano en El Roble de Alajuela.

Los problemas encontrados en el cuestionario corresponden a que la pregunta N° 12 no cuenta con la opción de cónyuge, siendo necesaria en la respuesta de los participantes, y en las preguntas N° 17 y 20 no se incluye a miembros de la familia en el consumo de alcohol y fumado. En cuanto a la frecuencia de consumo, existe confusión con la diferencia entre los tipos de leches, jugo y néctar de frutas, ya que las personas no los identifican con sus respectivos nombres; además, el rango de frecuencia es repetitivo en las opciones de 1-2 veces al mes y 2-4 veces al mes. Por otro lado, en la frecuencia de compra se evidencia dificultad por parte de los encuestados para recordar cuánto dinero gastan mensualmente por grupo de alimentos.

Las soluciones brindadas para el cuestionario son incluir al cónyuge entre las opciones de respuesta de la pregunta N° 12, además de añadir en las preguntas N° 17 y 20 si algún miembro de la familia consume bebidas alcohólicas o fuma. Con la frecuencia de consumo no se clasifican los diferentes tipos de leche, solo se mantiene leche en general; además, se unifican las bebidas comerciales como néctar y té frío con refrescos gaseosos en una sola opción de bebidas azucaradas, además de cambiar los rangos de frecuencia a nunca, ocasional, 1-3 veces al mes, 1-2 veces por semana, 3-4 veces por semana y diario. Con respecto a la frecuencia de compra, se eliminan las preguntas del gasto mensual por grupo de alimentos.

En el anexo 4 se presentan los resultados del plan piloto.

CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En la tabla 9 se observa que de los 87 participantes, el 80% son mujeres, en comparación con los hombres con un 20%. La mayoría reportan edades entre los 31 a 40 años, seguido de 18 a 30 años; además, el 83% son costarricenses y el 17% corresponde a nicaragüenses.

En cuanto al estado civil, predominan las personas casadas (45%) consecutivo a las personas que conviven en pareja (25%). Por otro lado, el último grado académico aprobado fue secundaria incompleta con un 40%, seguido de primaria incompleta y completa con un 26% y 17% respectivamente. Del total de la población, el 36% corresponde a personas que realizan actividades económicas remuneradas.

Tabla N° 9

Distribución según rango de edad y características sociodemográficas de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela en 2018.

Características sociodemográficas	Grupos por rango de edad					Total	
	Entre 18-30	Entre 31-40	Entre 41-50	Entre 51- 64	Más de 65	n	%
Sexo							
Mujeres	18	28	10	11	4	70	80%
Hombres	3	7	4	3	-	17	20%
Total	21	35	14	14	4	87	100%
Nacionalidad							
Costarricenses	14	29	12	14	4	72	83%
Nicaragüenses	7	6	2	-	-	15	17%
Estado civil							
Casados	3	17	8	11	-	38	45%
Conviven en pareja	9	9	3	1	-	22	25%
Otro estado civil*	1	7	2	2	4	16	18%
Solteros	8	2	1	-	-	11	12%

Nivel académico**							
Secundaria incompleta	9	18	5	3	-	34	40%
Primaria incompleta	5	7	5	5	1	23	26%
Primaria completa	5	6	1	3	-	15	17%
Secundaria completa	1	4	3	3	2	13	15%
Sin grado académico	1	-	-	-	1	2	2%

Nota: *Otro estado civil contempla separados y divorciados. **Ninguna persona encuestada tiene grado académico de técnico, bachillerato ni universitario.

Fuente: elaboración propia, 2018.

En la tabla N° 10 se observa que las ocupaciones predominantes son dependiente y labores agrícolas con un 22% cada uno, y operarios con un 19%. De estas ocupaciones, el 62% laboran en una jornada laboral de tiempo completo diurno (62%), consecutivo a medio tiempo diurno y por horas con un 19% cada uno.

Tabla N° 10

Distribución de la ocupación y jornada laboral de las personas que realizan actividades remuneradas en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela en 2018.

Ocupación	Jornada laboral							
	Por horas		Medio tiempo diurno		Tiempo completo diurno		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dependiente	-	-	1	3%	6	19%	7	22%
Labores agrícolas	-	-	-	-	7	21%	7	22%
Operario	-	-	4	13%	2	6%	6	19%
Labores domésticas	4	13%	1	3%	-	-	5	16%
Otros	2	6%	-	-	2	6%	4	12%
Chofer	-	-	-	-	3	9%	3	9%
Total	6	19%	6	19%	20	62%	32	100%

Nota: Otro toma en cuenta a un jardinero, una trabajadora independiente, una vendedora informal y un vendedor de frutas.

Fuente: elaboración propia, 2018.

En la tabla 11 se muestra que 340 personas conforman los hogares de las personas en situación de pobreza, en su mayoría en edades entre los 18 y 64 años con un 53%, seguido de entre 7 y 13 años con un 19%, y un 12% entre 1 y 6 años. Además, los hogares están conformados en promedio por 3,90 habitantes.

Tabla N° 11

Promedio de habitantes según rango de edad en el hogar de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela en 2018.

Rango de edad	Cantidad	Promedio	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
Menores de 1 año	15 5%	0.17	0,378	1	-
Entre 1 y menos de 6 años	42 12%	0.48	0,567	2	1
Más de 7 y menos de 13 años	63 19%	0.75	0,647	2	1
Más de 14 y menos de 17 años	27 8%	0.32	0,519	2	1
Más de 18 y menos de 64 años	183 53%	2.07	0,664	4	1
Más de 65 años	10 3%	0.11	0,319	1	1
Total general	340 100%	3,90	3,094	-	-

Fuente: elaboración propia, 2018.

La tabla N° 12 presenta que los hogares con mayor número de integrantes son los de ingresos económicos superiores, siendo los grupos VI, V y IV; además, reporta un mayor promedio de personas ocupadas. Del total de personas ocupadas, el cónyuge (54%) y el participante (30%) constituyen el principal sostén económico del hogar, mientras que otros (padres, hijos, expareja y ambos) corresponden al 15%.

La edad de los integrantes de los hogares según grupo de ingresos económicos está constituida entre 18 y 64 años con un promedio de 2,20, seguido de 1 a 6 años y 7 a 13 años con un promedio de 1,6 y 0,75 respectivamente. La minoría de los habitantes de los hogares corresponde a mayores de 65 años de edad, clasificándose en los grupos de menor ingreso como los grupos I y II.

Tabla N° 12

Principales características según grupo de ingreso promedio mensual* de los hogares en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela en 2018.

Características	Grupos según ingreso mensual por hogar						Total	
	I (n=1)	II (n=4)	III (n=32)	IV (n=38)	V (n=11)	VI (n=1)	n	%
Ingresos según sexo								
Hombres	-	1	7	6	3	-	17	20%
Mujeres	1	3	25	32	8	2	70	80%
Cantidad de personas que viven en el hogar	1	12	110	155	56	5	340	-
Tamaño promedio por hogar	1	3	3,4	4,07	5,09	6	3,90	-
Promedio de personas por rango de edad								
Menores de 1 año de edad	-	-	0,09	0,24	0,18	-	0,17	-
Entre 1 y menos de 6 años de edad	-	0,25	0,31	0,62	0,72	1	1,6	-
Entre 7 y menos de 13 años de edad	-	0,50	0,75	0,80	0,81	1	0,75	-
Entre 14 y menos de 17 años de edad	-	0,50	0,20	0,29	0,63	1	0,3	-
Entre 18 y menos de 64 años de edad	-	1,50	1,90	2,16	2,72	3	2,2	-
Mayores de 65 años de edad	1	0,25	0,09	0,08	0,18	-	0,11	-
Ajenos al núcleo familiar	-	-	0,06	0,13	1	1	0,21	-
Promedio de ocupados en el hogar	1	0,50	0,96	1,19	2	2	1,27	-
Porcentaje principal sostén económico								
Conyugue	-	2%	18%	27%	6%	-	-	54%
Participante	1%	2%	14%	11%	1%	-	-	30%
Otros*	-	-	5%	3%	6%	1%	-	15%

Nota: * padres, hijos, expareja y ambos.

Fuente: elaboración propia, 2018.

En la tabla N° 13 se muestra que la mayoría de los hogares cuentan con más de un ingreso económico. El salario fijo es el principal con un 82%; asimismo, las ayudas del Estado se concentran en los grupos IV, V y III.

Tabla N° 13

Distribución del tipo de ingreso económico según grupo de ingreso promedio mensual* de los hogares en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela en 2018.

Total de hogares según tipo de ingreso económico	Grupo según ingreso mensual por hogar						Total	
	Grupo I (n=1)	Grupo II (n=4)	Grupo III (n=32)	Grupo IV (n=38)	Grupo V (n=11)	Grupo VI (n=1)	n	%
Salario fijo	-	-	25	35	11	1	72	82%
Otro tipo de ingresos*	1	3	7	6	3	1	21	24%
Ayudas del Estado	-	1	3	7	4	-	15	17%
Pensión alimentaria	-	-	1	4	5	-	10	11%
Total	1	4	36	52	23	2	118	-

Nota: *Otro tipo de ingresos hace referencia a dinero ocasional, pensión por invalidez, vejez o muerte y salario independiente. Hay participantes con varios tipos de ingresos económicos.

Fuente: elaboración propia, 2018.

En la tabla N° 14 se distingue que el gasto mensual en compra de alimentos según grupo de ingreso promedio mensual es mayor para el rango entre ₡51.000 a ₡100.000, concentrados en los grupos IV y III; y ₡101.000 y ₡150.000, concentrados en los grupos III y IV. Los rangos entre ₡151.000 a ₡200.000 y ₡201.000 a ₡250.000 son los menores, con un 6% y 1% respectivamente, divididos en los grupos V y VI.

Tabla N° 14

Distribución del gasto mensual en compra de alimentos según grupo de ingreso promedio mensual* de los hogares en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela en 2018.

Gasto mensual en compra de alimentos	Grupo según ingreso mensual						Total	
	Grupo I (n=1)	Grupo II (n=4)	Grupo III (n=32)	Grupo IV (n=38)	Grupo V (n=11)	Grupo VI (n=1)	n	%
¢51.000 y ¢100.000	-	4	15	21	-	-	40	46%
¢101.000 y ¢150.000	-	-	17	5	6	-	28	32%
Menos de ¢50.000	1	-	-	12	-	-	13	15%
¢151.000 y ¢200.000	-	-	-	-	5	-	5	6%
¢201.000 y ¢250.000	-	-	-	-	-	1	1	1%

Nota: No hubo participantes con gastos mensuales en compra de alimentos mayores a ¢251.000.

Fuente: elaboración propia, 2018.

La tabla N° 15 muestra que el mayor ingreso económico por habitante se encuentra en el grupo I con ¢100.000, seguido de los grupos IV y V con montos por ¢98.000 cada uno. Por su parte, el grupo I es el que más gasta en compra de alimentos con ¢50.000, mientras que los grupos III y VI gastan ¢44.000 y ¢42.000 respectivamente.

Tabla N° 15

Promedio de ingresos económicos y gasto mensual en compra de alimentos por habitante según grupo de ingreso mensual en los hogares en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela en 2018.

Grupo de ingresos	Límite máximo de ingresos económicos	Límite máximo de compra de alimentos	Promedio de habitantes por hogar	Promedio de ingresos económicos por habitante	Promedio de gastos en compra de alimentos por habitante
I	₡100.000	₡50.000	1	₡100.000	₡50.000
II	₡200.000	₡100.000	3	₡67.000	₡34.000
III	₡300.000	₡150.000	3,4	₡88.000	₡44.000
IV	₡400.000	₡100.000	4,07	₡98.000	₡25.000
V	₡500.000	₡150.000	5,09	₡98.000	₡30.000
VI	Más de ₡500.000*	₡250.000	6	₡97.000	₡42.000
Total general	-	-	3,90	₡91.300	₡37.500

Nota: *Se especificó el monto exacto de ingresos.

Fuente: elaboración propia, 2018.

En la tabla N° 16 se describe el estilo de vida. Los tomadores activos representan un 18% de la población, concentrados en los grupos de ingresos IV y III, con un promedio de consumo de 3,5 bebidas alcohólicas por semana, siendo la cerveza la preferida por los tomadores con un 69%, mientras que el licor representa un 31%. El 7% de la población son fumadores activos, en su mayoría mujeres con un promedio de consumo diario de 4,8 cigarrillos agrupados en el nivel de ingreso IV. La práctica de ejercicio estructurado es realizada por el 16% de los encuestados, mayoritariamente los pertenecientes al grupo IV, mediante baile y caminatas, con un promedio de 3,8 veces a la semana.

Tabla N° 16

Características del estilo de vida según ingreso promedio mensual de los hogares en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela en 2018.

Características	Grupo por ingreso promedio mensual por hogar						Total	
	Grupo I (n=1)	Grupo II (n=4)	Grupo III (n=32)	Grupo IV (n=38)	Grupo V (n=11)	Grupo VI (n=1)	n	%
Total de tomadores								
Hombres	-	-	3	2	1	-	6	35%
Mujeres	-	-	2	7	1	-	10	14%
Total	-	-	5	9	2	-	16	18%
Bebida alcohólica de consumo*								
Cerveza	-	-	3	6	2	-	11	69%
Licor	-	-	2	3	-	-	5	31%
Promedio de bebidas alcohólicas consumidas por semana	-	-	3	3,4	4,5	-	3,5	-
Total de fumadores								
Hombres	-	-	1	1	-	-	2	2%
Mujeres	-	-	-	3	1	-	4	4%
Total	-	-	1	4	1	-	6	7%
Promedio de cigarrillos fumados al día	-	-	7,5	5	2	-	4,8	-
Total de personas que realizan ejercicio estructurado	-	1	3	8	2	-	14	16%
Tipo de ejercicio practicado								
Caminar	-	1	3	-	-	-	4	4,5%
Bailar	-	-	-	8	2	-	10	11%
Promedio de veces a la semana que realizan ejercicio estructurado	-	7	4,3	2	2	-	3,8	-

Nota: *No hubo participantes que tomen vino, bebidas alcohólicas saborizadas ni otro tipo de bebida alcohólica.

Fuente: elaboración propia, 2018.

En la tabla N° 17 se observan los alimentos con mayor frecuencia de consumo según grupos de ingresos. Las harinas más consumidas corresponden a arroz blanco (100%), pan blanco (95%), leguminosas (84%) y verduras harinosas (82%), mientras que las grasas como

el aceite y la mantequilla representan el 99% y 73% respectivamente. Por su parte, las carnes consumidas más de una vez a la semana son los huevos, con un 85%, y los embutidos, con un 50%, en su mayoría de los grupos VI y II. Otros alimentos que destacan son la sal (97%), el azúcar (94%), el consomé (73%), el polvo para preparar bebidas (72%) y los vegetales no harinosos (70%).

Tabla N° 17

Alimentos consumidos más de una vez a la semana según grupos de ingresos de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela en 2018.

Alimento	Grupo I (n=1)		Grupo II (n=4)		Grupo III (n=32)		Grupo IV (n=38)		Grupo V (n=11)		Grupo VI (n=1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aceite vegetal	1	100%	4	100%	32	100%	38	100%	11	100%	1	100%	87	100%
Arroz blanco	1	100%	4	100%	32	100%	38	100%	11	100%	1	100%	87	100%
Sal	1	100%	4	100%	32	100%	36	95%	11	100%	1	100%	85	97%
Pan blanco	1	100%	4	100%	32	100%	35	92%	11	100%	1	100%	84	95%
Azúcar	1	100%	3	75%	30	94%	37	97%	11	100%	1	100%	83	94%
Huevos	1	100%	2	50%	26	81%	34	89%	11	100%	1	100%	75	85%
Leguminosas	1	100%	3	75%	25	78%	34	89%	10	91%	1	100%	74	84%
Verduras harinosas	1	100%	4	100%	25	78%	31	81%	10	91%	1	100%	72	82%
Consomé	-	-	3	75%	18	56%	31	81%	11	100%	-	-	64	73%
Mantequilla	1	100%	2	50%	26	81%	35	92%	-	-	-	-	64	73%
Polvo para bebidas	1	100%	3	75%	25	78%	26	68%	7	64%	1	100%	63	72%
Vegetales no harinosos	1	100%	2	50%	21	66%	27	71%	10	91%	1	100%	62	70%
Embutidos	-	-	3	75%	14	44%	19	50%	7	64%	1	100%	44	50%

Fuente: elaboración propia, 2018.

La tabla N° 18 muestra que los alimentos menos consumidos por el 100% de la población total corresponden al arroz integral, carne de cerdo, mariscos frescos o enlatados, pescado fresco, manteca y semillas.

El grupo de ingresos I tiene menor frecuencia de consumo de pan integral, sardinas, sustitutos de azúcar, confites o dulces, tortillas de trigo, comida rápida, helados, aguacate, queso crema, vísceras, queso amarillo, atún, carne de res, sopas deshidratadas, galletas sin

relleno, salsa de tomate, *snacks*, pollo, mayonesa, queso blanco, natilla, manteca, refrescos, repostería, vegetales enlatados, galletas con relleno, frutas y pastas.

En el grupo II destacan el pan integral, sardinas, sustitutos de azúcar, confites o dulces, tortillas de trigo, comida rápida, helados, aguacate, queso crema, vísceras, queso amarillo, atún, carne de res, salsa de tomate, pollo, mayonesa, natilla, manteca, refrescos y vegetales enlatados como menos consumidos. Por su parte, el grupo III consume con menor frecuencia el pan integral, los confites o dulces, la comida rápida y los helados; asimismo, en el grupo IV las sardinas, los sustitutos de azúcar, el aguacate y las vísceras.

El pan integral, sardinas, sustitutos de azúcar, confites o dulces, tortillas de trigo, comida rápida, helados, aguacate, queso crema, vísceras, sopas deshidratadas, galletas sin relleno, natilla, manteca y refrescos envasados son menos consumidos por el grupo de ingresos V. Por otro lado, el grupo VI tiene menor frecuencia de consumo de pan integral, sardinas, sustitutos de azúcar, confites o dulces, tortillas de trigo, comida rápida, helados, aguacate, queso crema, vísceras, queso amarillo, atún, sopas deshidratadas, galletas sin relleno, salsa de tomate, *snacks*, mayonesa, natilla, manteca, refrescos, galletas con relleno y pastas. Los lácteos como la leche líquida, el yogurt y la leche en polvo son menos consumidos por los grupos I, III y VI.

Tabla N° 18

Alimentos consumidos menos de tres veces por mes según grupos de ingresos de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela en 2018.

Alimento	Grupo I (n=1)		Grupo II (n=4)		Grupo III (n=32)		Grupo IV (n=38)		Grupo V (n=11)		Grupo VI (n=1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Arroz integral	1	100%	4	100%	32	100%	38	100%	11	100%	1	100%	87	100%
Carne de cerdo	1	100%	4	100%	32	100%	38	100%	11	100%	1	100%	87	100%
Mariscos enlatados	1	100%	4	100%	32	100%	38	100%	11	100%	1	100%	87	100%
Mariscos frescos	1	100%	4	100%	32	100%	38	100%	11	100%	1	100%	87	100%
Pescado fresco	1	100%	4	100%	32	100%	38	100%	11	100%	1	100%	87	100%
Manteca	1	100%	4	100%	32	100%	38	100%	11	100%	1	100%	87	100%
Semillas	1	100%	4	100%	32	100%	38	100%	11	100%	1	100%	87	100%
Leche en polvo	1	100%	4	100%	32	100%	38	100%	10	91%	1	100%	86	98%
Yogurt	1	100%	4	100%	32	100%	37	97%	11	100%	1	100%	86	98%
Pan integral	1	100%	4	100%	32	100%	37	97%	11	100%	1	100%	86	98%
Sardinias	1	100%	4	100%	31	97%	38	100%	11	100%	1	100%	86	98%
Sustitutos de azúcar	1	100%	4	100%	31	87%	38	100%	11	100%	1	100%	86	98%
Confites o dulces	1	100%	4	100%	32	100%	37	97%	11	100%	1	100%	86	98%
Tortillas de trigo	1	100%	4	100%	31	97%	37	97%	11	100%	1	100%	85	97%
Comida rápida	1	100%	4	100%	32	100%	36	95%	11	100%	1	100%	85	96%
Helados	1	100%	4	100%	32	100%	36	95%	11	100%	1	100%	85	96%
Aguacate	1	100%	4	100%	28	87%	38	100%	11	100%	1	100%	84	95%
Queso crema	1	100%	4	100%	30	94%	37	97%	11	100%	1	100%	84	95%
Vísceras	1	100%	4	100%	28	87%	38	100%	11	100%	1	100%	83	94%
Queso amarillo	1	100%	4	100%	30	94%	36	95%	11	100%	1	100%	83	94%
Atún enlatado	1	100%	4	100%	29	91%	36	95%	10	91%	1	100%	81	92%
Carne de res	1	100%	4	100%	31	97%	35	92%	9	82%	1	100%	81	92%
Sopas deshidratadas	1	100%	3	75%	30	94%	36	95%	9	82%	1	100%	80	91%
Galletas sin relleno	1	100%	3	75%	30	94%	33	87%	11	100%	1	100%	79	90%
Salsa de tomate	1	100%	4	100%	30	94%	31	81%	10	91%	1	100%	77	87%
Snacks	1	100%	3	75%	29	91%	32	84%	10	91%	1	100%	76	87%
Pollo	1	100%	4	100%	28	87%	34	90%	9	82%	-	-	76	86%
Mayonesa	1	100%	4	100%	30	94%	30	79%	10	91%	1	100%	76	86%
Queso blanco	1	100%	3	75%	27	87%	35	92%	9	82%	-	-	75	85%
Natilla	1	100%	4	100%	29	91%	29	76%	11	100%	1	100%	75	85%
Manteca	1	100%	4	100%	31	87%	30	79%	11	100%	1	100%	74	84%
Refrescos envasados	1	100%	4	100%	27	84%	30	79%	11	100%	1	100%	74	84%
Leche líquida	1	100%	3	75%	27	84%	31	81%	9	81%	1	100%	72	82%
Repostería	1	100%	3	75%	28	87%	28	74%	8	73%	-	-	68	77%
Vegetales enlatados	1	100%	4	100%	25	78%	30	79%	5	45%	-	-	65	74%
Galletas con relleno	1	100%	2	50%	26	81%	24	63%	7	64%	1	100%	61	69%
Tortillas de maíz	-	-	3	75%	19	59%	24	63%	7	64%	-	-	53	60%
Frutas	1	100%	2	50%	25	78%	20	53%	4	36%	-	-	52	59%
Pastas	1	100%	-	-	20	62%	18	47%	6	55%	1	100%	46	52%

Fuente: elaboración propia, 2018.

En la tabla N° 19 se observa que alimentos como el pan blanco (92%), las leguminosas (64%), las verduras harinosas (64%) y el arroz blanco (62%) tienen la mayor frecuencia de compra semanal.

En los grupos I y VI destacan alimentos como pastas, huevos, tortillas de maíz, aceite, mantequilla o margarina y polvo para preparar bebidas. Por su parte, los grupos II y IV cuentan con mayor compra de consomé. En los grupos I y II sobresale la compra de sopas deshidratadas y azúcar. Asimismo, los grupos III y V con leche líquida. Por último, los grupos V y VI resaltan por compra de frutas, vegetales no harinosos y embutidos.

Tabla N° 19

Alimentos comprados más de una vez a la semana según grupos de ingresos por hogar de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela en 2018.

Alimento	Grupo I (n=1)		Grupo II (n=4)		Grupo III (n=32)		Grupo IV (n=38)		Grupo V (n=11)		Grupo VI (n=1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pan blanco	1	100%	3	75%	31	97%	35	92%	9	82	1	100%	81	92%
Leguminosas	1	100%	3	75%	18	56%	26	68%	7	64%	1	100%	56	64%
Verduras harinosas	1	100%	3	75%	19	59%	26	68%	6	55%	1	100%	56	64%
Arroz blanco	1	100%	3	75%	18	56%	25	78%	7	64%	1	100%	55	62%
Pastas	1	100%	3	75%	17	53%	19	50%	7	64%	1	100%	48	55%
Vegetales no harinosos	-	-	2	50%	18	56%	19	50%	7	64%	1	100%	47	53%
Huevos	1	100%	2	50%	14	44%	19	50%	8	73%	1	100%	45	51%
Frutas	-	-	2	50%	18	56%	17	45%	5	45%	1	100%	43	49%
Tortillas de maíz	1	100%	1	25%	16	50%	15	39%	5	45%	1	100%	39	44%
Aceite vegetal	1	100%	4	100%	13	41%	13	34%	5	45%	1	100%	37	42%
Mantequilla o margarina	1	100%	3	75%	12	38%	15	39%	5	45%	1	100%	37	42%
Polvo para bebidas	1	100%	3	75%	13	41%	15	39%	4	36%	1	100%	37	42%
Consomé	-	-	2	50%	9	28%	20	63%	5	45%	-	-	36	41%
Sopas deshidratadas	1	100%	2	50%	15	47%	13	34%	2	18%	-	-	33	37%
Embutidos	-	-	2	50%	10	31%	12	31%	6	55%	1	100%	31	35%
Azúcar	1	100%	2	50%	9	28%	14	37%	3	27%	-	-	29	33%
Leche líquida	-	-	1	25%	11	34%	6	16%	5	45%	-	-	23	26%

Fuente: elaboración propia, 2018.

La tabla N° 20 agrupa los alimentos con mayor frecuencia de compra mensual según grupo de ingresos, destacando la sal en todos los niveles. La carne de res, pollo y cerdo son comprados mensualmente por los grupos I, III y VI; por otra parte, la comida rápida se acentúa en los ingresos IV y V.

Tabla N° 20

Alimentos con mayor frecuencia de compra mensual según grupos de ingresos de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela en 2018.

Alimento	Grupo I (n=1)		Grupo II (n=4)		Grupo III (n=32)		Grupo IV (n=38)		Grupo V (n=11)		Grupo VI (n=1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sal	1	100%	3	75%	31	97%	34	89%	10	91%	1	100%	81	92%
Carne de cerdo	1	100%	2	50%	23	72%	19	50%	6	55%	1	100%	52	59%
Carne de pollo	1	100%	1	25%	19	59%	23	61%	5	45%	1	100%	50	57%
Queso blanco	1	100%	3	75%	19	59%	16	42%	4	36%	1	100%	43	49%
Mayonesa	1	100%	2	50%	16	50%	17	45%	5	45%	1	100%	43	49%
Carne de res	1	100%	2	50%	16	50%	17	45%	5	45%	1	100%	42	48%
Comida rápida	-	-	1	25%	14	44%	20	53%	7	64%	-	-	42	48%
Salsa de tomate	1	100%	1	25%	11	34%	19	50%	8	73%	-	-	40	45%
Azúcar	-	-	1	25%	12	38%	10	26%	4	36%	1	100%	28	32%

Fuente: elaboración propia, 2018.

La tabla N° 21 destaca al arroz integral, vísceras, pescado fresco, sustitutos de azúcar manteca, pan integral y mariscos como los alimentos que se compran de manera ocasional o nunca; además, sobresale el grupo de los lácteos.

Tabla N° 21

Alimentos con mayor frecuencia de compra ocasional o nunca según grupos de ingresos de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela en 2018.

Alimento	Grupo I (n=1)		Grupo II (n=4)		Grupo III (n=32)		Grupo IV (n=38)		Grupo V (n=11)		Grupo VI (n=1)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Arroz integral	1	100%	4	100%	32	100%	38	100%	11	100%	1	100%	87	100%
Vísceras	1	100%	4	100%	32	100%	38	100%	11	100%	1	100%	87	100%
Pescado fresco	1	100%	4	100%	32	100%	38	100%	11	100%	1	100%	87	100%
Sustitutos de azúcar	1	100%	3	75%	32	100%	38	100%	11	100%	1	100%	86	98%
Manteca	1	100%	3	75%	31	97%	38	100%	11	100%	1	100%	85	97%
Pan integral	1	100%	3	75%	30	94%	37	97%	10	91%	1	100%	82	93%
Mariscos enlatados	1	100%	3	75%	29	91%	35	92%	11	100%	1	100%	80	91%
Mariscos frescos	1	100%	3	75%	29	91%	35	92%	11	100%	1	100%	80	91%
Tortilla de trigo	1	100%	3	75%	25	78%	28	74%	10	91%	-	-	68	77%
Yogurt	1	100%	3	75%	27	84%	28	74%	7	64%	1	100%	67	76%
Leche en polvo	-	-	3	75%	27	84%	26	68%	8	73%	-	-	64	73%
Sardinias	1	100%	3	75%	19	59%	27	71%	10	91%	1	100%	61	69%
Queso crema	1	100%	3	75%	20	63%	29	76%	6	55%	1	100%	60	68%
Dulces o confites	1	100%	3	75%	26	81%	23	61%	6	55%	1	100%	59	67%
Semillas	1	100%	3	75%	21	66%	25	66%	8	73%	1	100%	58	66%
Helados	1	100%	3	75%	24	75%	23	61%	5	45%	1	100%	56	64%
Queso amarillo	1	100%	3	75%	19	59%	20	53%	7	64%	1	100%	51	58%
Galletas sin relleno	1	100%	2	50%	14	44%	24	63%	7	64%	1	100%	49	56%
Aguacate	1	100%	3	75%	17	53%	24	63%	3	27%	1	100%	49	56%
Natilla	1	100%	3	75%	19	59%	19	50%	5	45%	1	100%	47	53%
Repostería	1	100%	1	25%	20	62%	18	47%	4	36%	-	-	44	50%
Snacks	1	100%	2	50%	18	56%	16	42%	3	27%	1	100%	41	47%
Atún	1	100%	3	75%	12	38%	16	42%	5	45%	1	100%	38	43%
Galletas con relleno	1	100%	2	50%	12	38%	18	47%	2	18%	1	100%	36	41%
Bebidas envasadas	1	100%	3	75%	13	41%	14	37%	3	27%	1	100%	35	40%
Leche líquida	-	-	1	25%	10	31%	18	47%	2	18%	1	100%	32	36%
Vegetales enlatados	1	100%	2	50%	11	34%	14	37%	2	18%	-	-	30	34%

Fuente: elaboración propia, 2018.

En la tabla N° 22 se muestra que el supermercado es el lugar elegido por la mayor parte de la población para compra de frutas y vegetales (44%), harinas (56%), carnes (78%), grasas (57%) y otros alimentos (53%); seguido del abastecedor del pueblo, donde prefieren adquirir los lácteos (23%).

Tabla N° 22

Lugar de compra según grupos de alimentos de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela en 2018.

Lugar de compra	Lácteos		Frutas y vegetales		Harinas		Carnes		Grasas		Otros alimentos	
Supermercado	15	17%	39	44%	48	56%	68	78%	50	57%	46	53%
Abastecedor del pueblo	20	23%	32	36%	39	44%	3	3%	37	43%	41	47%
Vendedores informales	-	-	8	9%	-	-	-	-	-	-	-	-
Feria del agricultor	-	-	2	2%	-	-	-	-	-	-	-	-
Carnicería	-	-	-	-	-	-	16	18%	-	-	-	-
Total general	35	40%	81	92%	87	100%	87	100%	87	100%	87	100%

Fuente: elaboración propia, 2018.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Siguiendo el modelo metodológico para la elaboración de Guías Alimentarias en Costa Rica, se desarrolla el análisis de los resultados con el fin de diagnosticar el comportamiento alimentario y estilo de vida de las personas pobres de la comunidad de Ciruelas y compararlo con la realidad nacional.

El diagnóstico y el análisis de los resultados constituyen el inicio y una parte fundamental del proceso, ya que proporcionan información sobre la situación actual de las personas y con esto se logran priorizar los temas a tratar.

En el presente estudio, la participación de las mujeres fue mayor en comparación con los hombres, esto puede deberse a lo reportado en la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo que menciona que las mujeres tienen una mayor tasa de participación en actividades realizadas dentro del hogar que los hombres, por lo que colaboraron más mujeres que hombres (INAMU, 2018).

Al analizar las nacionalidades de los participantes, se encontró que la mayor parte son costarricenses, y la menor parte nicaragüenses, concordando con los datos suministrados en el censo de población 2011, donde los indicadores demográficos y sociales muestran que para el distrito de San Antonio, el cual pertenece la comunidad de Ciruelas, la mayoría de su población son costarricenses mientras que la población extranjera corresponde mayoritariamente a nicaragüenses (INEC, 2011).

El nivel educativo de los participantes afecta directamente sus fuentes de ingreso económico, ya que las personas en condición de pobreza tienen un bajo nivel educativo. La mayoría ni siquiera cuenta con secundaria completa, por lo que tienen una menor calificación para el mercado laboral y ocupan puestos de baja remuneración, como labores agrícolas, informales y asalariados con una jornada laboral mayoritariamente de tiempo completo diurno.

Lo anterior afirma lo reportado por Sauma y Trejos (2014), quienes afirman que a mayor educación del jefe de hogar, menor pobreza, esto porque en su estudio hubo pocas personas con un alto nivel educativo (más de secundaria completa) que se encuentren en pobreza. Dado el bajo nivel educativo realizan actividades de baja productividad e ingresos, lo cual incide en la precariedad laboral con ausencia de aseguramiento, ingresos por debajo del salario mínimo y jornadas laborales extensas.

En el estudio de Sauma y Trejos (2014) se determinó que los ingresos laborales y otras transferencias monetarias como programas sociales, pensiones contributivas y no contributivas representan los principales ingresos de los hogares pobres, resultado que coincide con el obtenido en este estudio, en donde la principal fuente de ingresos de las personas en condición de pobreza de la comunidad de Ciruelas proviene de salarios fijos, seguido de los ingresos no laborales como ayudas del Estado y la pensión alimentaria.

Otro aspecto importante es que el promedio de habitantes por hogar es de 3,90. Están conformados principalmente por adultos entre 18 y 64 años, seguido de niños entre 1 a 13 años, con un promedio de ocupados de 1,27. El cónyuge es el principal sostén económico.

Los datos publicados en la Encuesta Nacional de Hogares (2017) son contundentes al afirmar que el promedio de personas por hogar es mayor en los quintiles de menor ingreso; además, un estudio realizado en Costa Rica en 2014 encontró que los hogares pobres son relativamente más numerosos en comparación con los no pobres, con mayor presencia de niños, niñas y adolescentes, además de contar con más de la mitad de sus habitantes desocupados y cerca de una tercera parte ocupados (INEC, 2017). Cabe señalar que la minoría de los habitantes de los hogares corresponde a mayores de 65 años de edad, lo que coincide con los estudios de Sauma y Trejos (2014), ya que su presencia en hogares pobres es muy baja.

Un punto a resaltar es que a nivel nacional, en el área urbana, la proporción de jefatura femenina aumenta conforme aumenta la pobreza, contrario al comportamiento del área rural, donde la jefatura masculina es mayor; sin embargo, la comunidad de Ciruelas, a pesar de ser un área urbana, la mayor parte de los hogares pobres tienen como jefe de hogar al hombre (INEC, 2017).

Lo anterior puede explicarse analizando los cambios que ha experimentado el distrito de San Antonio y sus principales poblados, como lo es la comunidad de Ciruelas, en la última década, ya que anteriormente se consideraba un área rural; sin embargo, pasó a ser un área industrializada con múltiples zonas francas, grandes empresas, y el gran desarrollo urbanístico, por lo cual muchas personas han emigrado de áreas rurales (Municipalidad de Alajuela, 2012).

Un aspecto que se observa en la tabla N° 7 es un incremento en el tamaño de los hogares de mayor ingreso, lo cual ocasiona que el ingreso por habitante disminuya, exceptuando a los grupos II y III; además, el promedio general de ingresos per cápita es de ₡91.333, resultado que se ajusta a los de la Encuesta Nacional de Hogares (2017), en donde el ingreso per cápita en los quintiles I y II (de menor ingreso) es de ₡59.537 y ₡130.046 respectivamente, dando como promedio ₡94.792 (INEC, 2017).

La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (2013) muestra que la población pobre del país destina el 35,9% de sus ingresos en compra de alimentos y bebidas no alcohólicas, con un promedio de ₡35.466, correspondientes al quintil I y II, mientras que en la presente investigación se observa que todos los grupos destinan más de la tercera parte de sus ingresos en este punto, con un promedio general de ₡37.500 (INEC, 2013).

En cuanto al estilo de vida, los tomadores activos representan un 18% de la población, concentrados en los grupos de ingresos III, IV y V, con un promedio de consumo

de 3,5 bebidas alcohólicas por semana. La cerveza es la preferida por los tomadores con un 69%, mientras que el licor representa un 31%. El alcohol es la sustancia psicoactiva de mayor consumo según la última Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Costa Rica, con una prevalencia de consumo activo del 20,5%, y es una problemática aumentada en los hombres; sin embargo, la mayoría no supera el umbral de cuatro tragos a la semana (IAFA, 2010).

Al estudiar los datos según grupos de ingresos, destaca que el grupo IV tiene mayor número de tomadores, seguido de los III y V; además, el tabaquismo se da con mayor frecuencia en el grupo IV, seguido de los V y III, siendo este último el de mayor promedio de cigarrillos fumados al día con 7,5.

La Encuesta Mundial de Tabaquismo en adultos (2015) determinó que el 9,1% de la población costarricense son fumadores activos, en su mayoría hombres con un gasto promedio de ₡19.370 por mes y un promedio de 12 unidades fumadas por día, contrastando con lo reflejado por los participantes de la presente investigación, ya que el 7% son fumadores activos, en su mayoría mujeres con un promedio de consumo diario de 4,8 cigarrillos agrupados en el nivel de ingreso IV (OPS, 2015).

A pesar que los fumadores tienen un promedio de consumo de tabaco menor en comparación con la población en general, los efectos adversos a la salud son los mismos tanto para ellos como las personas a su alrededor, aumentando el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles. Además, en una revisión llevada a cabo por Escaffi *et al.* (2017), estos relacionan el consumo de tabaco con el sobrepeso y la obesidad, ya que las tasas de obesidad son mayores en aquellos grandes fumadores y quienes buscan un tratamiento para dejar de fumar, favoreciendo a largo plazo el desarrollo de enfermedades

cardiovasculares como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y la disminución de la capacidad pulmonar (Escaffi, Cuevas y Vergara, 2017).

Un aspecto sobresaliente es que el 84% de la población en estudio no realiza ejercicio estructurado, y el 16% restante realiza con un promedio de 3,8 días por semana. Esto es un punto crítico, ya que la actividad física previene la incidencia de enfermedades crónicas que amenazan la salud y la calidad humana.

Un dato a destacar es que el grupo IV realiza la mayor práctica de actividad física, seguido del grupo III, mientras que el grupo II registra el menor número; sin embargo, este cuenta con el mayor promedio de veces a la semana, con siete días, seguido del grupo III, y el menor promedio lo registra el grupo IV. Este último, a pesar de contar con el mayor número de personas que practican ejercicio estructurado, tiene la menor frecuencia de veces a la semana.

En esta población es importante incentivar estilos de vida saludable, principalmente la práctica de actividad física. Si bien el consumo de alcohol y el tabaquismo tienen una prevalencia menor en las personas participantes, es un tema notable a incluir en la Guía de Alimentación Saludable, para evitar los efectos adversos de las personas que habitan en el hogar, así como para reducir la compra de estas sustancias y aprovechar el dinero en alimentos saludables para la familia.

Al analizar los hábitos alimentarios de todos los grupos de ingresos destacan los carbohidratos complejos como los de mayor consumo, con alimentos como arroz blanco, pan blanco, leguminosas y verduras harinosas, lo cual coincide con los patrones alimentarios de los hogares costarricenses con menores ingresos, con un exceso en el consumo diario (Caravaca, 2014).

Existen diferencias notables en el consumo y compra de carbohidratos complejos según los niveles de ingresos. La frecuencia de consumo de verduras harinosas tiende a aumentar conforme mayores son los ingresos, mientras que las leguminosas son adquiridas mayormente por los hogares con menos ingresos. Otro tipo de alimentos como las galletas, repostería y tortillas se adquieren en mayor frecuencia por las familias de ingresos mayores, con excepción del grupo VI.

Las grasas más consumidas son el aceite vegetal y la mantequilla o margarina, mientras que las menos consumidas son la manteca animal y vegetal, dato que sigue constante desde el año 2001, cuando la Encuesta Nacional de Hogares destacó un importante cambio en cuanto al uso de aceite, ya que en encuestas anteriores se maximizaba el consumo de manteca. Este cambio se atribuye a la educación nutricional y a la promoción de hábitos alimentarios saludables propuestos por instituciones de salud (PIMA, 2016).

El aceite vegetal es comprado semanalmente por la población en estudio, razón por la cual se hace necesario resaltar lo mencionado por Cabezas y Hernández (2016), quienes afirman que un excesivo consumo de alimentos fuente de grasa acompañados por baja o nula actividad física afecta el peso corporal así como el perfil lipídico, aumentando el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Asimismo, se destaca el consumo de al menos una vez a la semana de alimentos fuente de grasas saturadas como la mantequilla o margarina y los embutidos, ya que un exceso de ácidos grasos saturados aumenta el colesterol LDL, lo cual se relaciona con la enfermedad coronaria, el desarrollo de la obesidad, la esteatosis hepática y la insulina resistencia (Cabezas y Hernández, 2016).

La problemática se agrava, ya que los alimentos fuente de ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados son muy poco consumidos, como las semillas secas, el

aguacate, los pescados y mariscos, los cuales son alimentos ricos en omega 3 y 6, y según un estudio realizado por Ros y Martínez (2014), previenen el riesgo cardiovascular, mejoran la presión arterial, los perfiles lipídicos, el estrés oxidativo, la aterosclerosis carotídea así como la expresión de genes proaterogénicos implicados en eventos vasculares y trombosis.

Comparando los diferentes grupos de ingresos, se observa que tanto el aceite vegetal como la margarina o mantequilla son adquiridos mayormente por los grupos de menores ingresos; sin embargo, la compra de alimentos como la natilla, el aguacate y las semillas es escasa para los hogares con ingresos más bajos.

Equilibrar el consumo de grasas es un tema prioritario de la guía alimentaria, tomando en cuenta que a nivel nacional las cifras elevadas de colesterol total en sangre representan el 42%. Dicho de otra manera, cuatro de cada 10 costarricenses mayores de 20 años de edad tienen valores altos de colesterol (Ministerio de Salud, 2014).

Tanto el azúcar como el polvo para preparar bebidas sobresalen dentro del consumo mayor a una vez por semana, con tendencia en los grupos de menores ingresos. Este último ha crecido recientemente dentro del consumo de los hogares de menores ingresos (Caravaca, 2014).

Por su parte, los alimentos fuente de proteínas reportados con mayor frecuencia de consumo son los huevos (85%), seguidos de los embutidos (50%). Estos últimos mantienen un consumo constante entre los hogares, con una leve baja para los grupos III y IV, ajustándose a los resultados obtenidos del estudio de Caravaca (2014), donde se muestra que los quintiles de menor ingreso económico tienen un mayor consumo de embutidos; sin embargo, el consumo de huevos es constante en todos los quintiles. Otro dato a destacar en dicho estudio es que el consumo de carnes aumenta conforme a los ingresos; por lo anterior, las personas pobres de la comunidad de Ciruelas reportan un consumo menor a tres veces al

mes de carne de cerdo, res, pollo, atún, sardinas, pescado y mariscos, ya que son alimentos con un precio mayor en comparación con los huevos y los embutidos (Caravaca, 2014).

La sal y el consomé destacan entre los alimentos consumidos más de una vez a la semana; sin embargo, al observar los resultados individuales, la sal tiene una frecuencia de consumo diaria, mientras que el consomé de tres a cuatro veces por semana. La adquisición de otros alimentos altos en sodio como la salsa de tomate y la comida rápida aumentan conforme son mayores los ingresos, caso contrario con los *snacks* fritos y vegetales enlatados, cuya compra es mayor en los hogares de menor ingreso.

Datos suministrados por la CCSS muestran que la prevalencia general de hipertensión arterial diagnosticada es del 31,5% y se mantiene en tratamiento antihipertensivo a casi un millón de personas. Este es un factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, las cuales son la primera causa de muerte en el territorio nacional, por lo que son necesarias estrategias para reducir el consumo de sodio en esta población (CCSS, 2014).

Las frutas y vegetales destacan entre los alimentos comprados una vez a la semana, coincidiendo con el Análisis de Consumo de Frutas y Hortalizas en los Hogares Costarricenses realizado en el 2015, que mostró que el 55,4% compra este tipo de alimentos una vez a la semana (PIMA, 2016).

Este comportamiento se observa en los resultados de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (2013), donde el gasto en frutas y vegetales tiene la brecha más amplia entre los quintiles de menor ingreso y los de mayor ingreso, ya que es 6,1 veces mayor entre el quintil I y V (INEC, 2013).

Al observar los resultados de manera detallada, la mayor parte de los encuestados consumen vegetales no harinosos de una a dos veces por semana, en contraste con los datos

publicados en la Encuesta Nacional de Hogares, donde se menciona un alto consumo de estos; sin embargo, se sugiere que sean valorados nuevamente, ya que en la Encuesta de vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular los costarricenses consumen un máximo de tres porciones al día entre frutas y vegetales, cuando lo recomendado son mínimo cinco porciones entre ambas, quizá porque la metodología empleada se centra en alimentos como la cebolla, el chile dulce y el apio, los cuales son poco representativos con respecto a la cantidad consumida (Ministerio de Salud, 2014).

Al analizar el comportamiento alimentario según grupos de ingresos, se observa que en todos se mantiene constante el consumo de aceite vegetal, arroz blanco, sal y pan blanco. En los grupos de ingresos II, III, IV y V existe la tendencia de que conforme aumenta el ingreso de los hogares aumenta la frecuencia de consumo de azúcar, huevos, leguminosas y vegetales no harinosos; caso contrario con el polvo para preparar bebidas, cuyo consumo disminuye según aumentan los ingresos.

Al comparar los tres alimentos que conforman el grupo de los lácteos, a saber, leche líquida, leche en polvo y yogurt, se muestra que la leche líquida tiene el mayor consumo; no obstante, este es poco frecuente, ya que el 82% de los participantes mencionaron una frecuencia de consumo menor a tres veces por mes o nulo. Este dato contrasta con lo reportado en 2017 por la Cámara Nacional de Productores de Leche, que expone que en Costa Rica el consumo de leche y sus derivados es 33% más del nivel recomendado por la FAO (Cámara Nacional de Productores de Leche, 2017). Además, contrapone lo mencionado en el análisis de disponibilidad y tendencias de los grupos de alimentos y nutrientes en los hogares, según zona y distribución socioeconómica en Costa Rica, el cual expresa una tendencia creciente en el consumo de lácteos y derivados por parte de la población del I quintil de ingresos, que corresponde a ingresos mensuales por persona menores a ₡113.100 (Caravaca, 2014).

Esta contradicción se debe a las metodologías empleadas en los estudios realizados que incluyen en el grupo de los lácteos alimentos como queso, natilla y yogurt, los cuales no se ajustan a la clasificación estándar utilizada a nivel nutricional, que clasifica la natilla como grasa y el queso como proteína. Si se clasifican la natilla y el queso en el grupo de los lácteos, denota una frecuencia de consumo mayor de una vez al mes con un 40% y 70% respectivamente, coincidiendo con lo reportado en los estudios realizados.

El consumo y la compra de yogurt y leche en polvo son los menos frecuentes en los hogares pobres de Ciruelas de Alajuela, con una frecuencia de consumo menor a tres veces al mes del 98% cada uno, y una compra menor a una vez al mes de 76% y 73% respectivamente. Esto se puede explicar ya que entre los lácteos, son los de mayor valor económico, por lo cual disminuye el acceso a su compra y consumo; sin embargo, son una fuente de calcio en la dieta, lo que ayuda a mantener la densidad ósea, por lo que se requieren recomendaciones prácticas para aumentar su consumo (Martín y Consuegra, 2015).

Al observar el comportamiento de compra por grupos de ingresos de los hogares, hay una mayor tendencia de compra de leche en el grupo V, seguido del grupo III; además, destaca una mayor frecuencia de compra de yogurt y leche en polvo en los grupos IV y V, lo cual resulta en que los lácteos son adquiridos por hogares de mayor ingreso.

En cuanto al lugar de compra de alimentos, el supermercado es el lugar elegido por la mayor parte de la población para la compra de frutas y vegetales (44%), harinas (56%), carnes (78%), grasas (57%) y otros alimentos (53%); seguido del abastecedor del pueblo, donde prefieren adquirir los lácteos (23%). Este dato contrasta con el comportamiento a nivel nacional, ya que la mayor parte adquiere frutas y vegetales en las ferias del agricultor, seguido de los supermercados. Esta diferencia se puede explicar si se toma en cuenta que ni

en la Comunidad de Ciruelas ni a sus alrededores se realizan ferias del agricultor, la más cercana se encuentra en el centro de Alajuela, a 40 minutos de distancia (PIMA, 2016).

Por lo analizado anteriormente se determina que los participantes tienen un alto consumo de cereales, leguminosas, verduras harinosas, grasas, embutidos, sodio y azúcar, y reportan un bajo consumo de productos altos en fibra, lácteos, frutas, vegetales, pescados y mariscos.

Actualmente se experimenta un cambio en los hábitos alimentarios de la población en general, y las personas pobres no son la excepción. Anteriormente se asociaban la delgadez y desnutrición con personas en pobreza, y el sobrepeso y la obesidad con los ricos; sin embargo, ya no hay estrato social para la obesidad, ya que es una enfermedad que afecta a todos, puesto que millones de muertes anuales en el mundo se deben a enfermedades no transmisibles, de las cuales el 80% se producen en países de bajos y medianos ingresos (OMS, 2018).

Un ejemplo reciente se demostró en el Censo de Peso y Talla Escolar (2016), con el cual se observó que tanto en los cantones de mayor Índice de Desarrollo Social y los de Índice de Desarrollo Social más bajos presentaron mayores prevalencias de obesidad, concluyendo que en Costa Rica hay dos tipos de asociaciones entre la obesidad y la situación socioeconómica: tanto los individuos de mayor nivel socioeconómico como los de menor nivel socioeconómico presentan una mayor frecuencia de obesidad (MEP, 2016).

Si se toma en cuenta la definición de pobreza de Amartya Sen desde el punto de vista de privación de las capacidades y derechos de las personas, las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades crónicas respiratorias limitan las capacidades de un individuo para desarrollarse en su entorno, aumentando su posibilidad de

caer en la miseria y seguir una corriente de pobreza; por lo tanto, es necesaria la promoción de prácticas saludables de alimentación y actividad física (Sen, 1992).

A continuación, se muestra un cuadro descriptivo de los hábitos alimentarios, problemas asociados con la dieta y estilos de vida del grupo objetivo, así como la justificación, tomando en cuenta la situación de salud a nivel nacional para implementar la guía alimentaria.

Tabla N° 23

Descripción de los hábitos alimentarios y problemas asociados con la dieta y estilos de vida del grupo objetivo.

Justificación con respecto a la situación de salud nacional	Hábitos alimentarios, problemas asociados con la dieta y estilo de vida de la población en estudio
<p>Las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT) son actualmente la principal causa de mortalidad a nivel mundial, y causan casi el 25% de las muertes de personas entre 30 y 69 años.</p> <p>El 80% de las ECNT se dan en los países de ingresos bajos y medios.</p> <p>Las enfermedades cardiovasculares, obesidad, hipertensión, diabetes y diferentes tipos de cáncer, constituyen las principales causas de morbimortalidad a nivel nacional.</p>	<p>Alto consumo de harinas refinadas como arroz y pan blanco.</p> <p>Alto consumo de grasa saturada como margarinas y embutidos.</p> <p>Bajo consumo de ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados como semillas, aguacate, pescados y mariscos.</p> <p>Alto consumo de alimentos azucarados como polvo para preparar bebidas.</p> <p>Bajo consumo de frutas y vegetales.</p> <p>Alto consumo de alimentos fuente de sodio como la sal y condimentos.</p> <p>Bajo consumo de fuentes de calcio y vitamina D.</p> <p>Poca actividad física.</p> <p>Consumo de alcohol y cigarrillos.</p>

Fuente: elaboración propia con datos del Análisis de la Situación de Salud en Costa Rica (2014) y los resultados obtenidos en la presente investigación (2018).

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

Las guías alimentarias deben presentarse de manera ordenada, sencilla, clara y comprensible para lograr que todas las personas, sin importar su nivel educativo o de conocimientos científicos, comprendan los mensajes que en ella se describen.

El perfil sociodemográfico de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas es de adultos sanos de entre 18 y 64 años de edad, casados o en unión libre, con bajas escolaridades, tanto costarricenses como nicaragüenses.

En promedio, los hogares de las personas pobres están compuestos por 3,8 habitantes, comprendidos en edades entre 18 y 64 años, y 1 a 13 años de edad, con 1,2 ocupados, siendo el cónyuge el principal sostén económico.

El ingreso promedio mensual es de ₡91.300 por persona, siendo el salario fijo la principal fuente económica de los hogares, y se tiene un gasto promedio mensual en compra de alimentos de ₡37.500 per cápita.

El estilo de vida se caracteriza por el sedentarismo, con un bajo consumo de bebidas alcohólicas, siendo la cerveza la principal bebida de elección y una baja prevalencia de tabaquismo.

Los hábitos de ingesta se distinguen por alto consumo de harinas refinadas como arroz y pan blanco, grasa saturada como margarinas y embutidos, alimentos azucarados como polvo para preparar bebidas, y alimentos fuente de sodio como la sal y condimentos. También se define por bajo consumo de ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados como semillas, aguacate, pescados y mariscos, frutas y vegetales, carnes como cerdo, res y pollo, alimentos fuente de fibra alimentaria, y fuentes de calcio y vitamina D.

La tendencia de compra semanal consta de alimentos básicos como arroz, azúcar, leguminosas, pan blanco, verduras harinosas, pastas, huevos, frutas, tortillas de maíz, aceite vegetal, polvo para preparar bebidas, consomé, embutidos y leche líquida.

El supermercado es el lugar elegido por la mayor parte de la población para compra de frutas y vegetales, harinas, carnes, grasas y otros alimentos, seguido por el abastecedor del pueblo. La feria del agricultor representa el lugar menos utilizado para compra de alimentos.

El proceso de elaboración de guías alimentarias propuesto por el INCAP/OPS se clasifica en ocho etapas: caracterizar a la población meta, definición de objetivos, elaboración de guías técnicas, selección y prueba de recomendaciones factibles, representación gráfica de los mensajes; validación, ensayo y ajuste de los mensajes; implementación y evaluación de esta.

El proceso de elaboración de guías alimentarias que se aplica en Costa Rica se basa en el modelo propuesto por INCAP/OPS dividido en tres etapas. En la etapa I se definen los lineamientos metodológicos y criterios técnicos como la delimitación de la población, diagnóstico, informe técnico y la definición de objetivos. En la etapa II se determinan las guías alimentarias para la educación, desarrollando los temas por nutriente, y se realiza la prueba de campo para luego adaptar y validar los mensajes. Y en la etapa III se elaboran las guías didácticas para la educación formal, no formal e informal, donde se implementan mediante capacitaciones en el sector salud, educación, instituciones gubernamentales, organizaciones y medios de comunicación.

El desarrollo de la guía alimentaria para personas en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela consta de tres capítulos: “Alimentación y estilos de vida

saludables, la clave para la buena salud”, donde se desarrollan nueve mensajes; “Los buenos hábitos inician desde la compra de alimentos”, con recomendaciones sobre compra inteligente y saludable; y el último capítulo es el “Diseño de un menú semanal equilibrado, económico y saludable” (ver anexo).

6.2 Recomendaciones

- Recolectar información acerca de la cantidad de alimentos que consume la población para caracterizar de manera más amplia y profunda el comportamiento alimentario de la población.
- Incluir en la investigación más cantidad de hombres para determinar de manera más clara las diferencias en los hábitos de consumo de alimentos con respecto a las mujeres y así abarcar el tema equitativamente.
- Contar con la misma cantidad de participantes en los grupos según ingresos económicos, ya que hay grupos que los integra una persona mientras otros tienen hasta 38, por lo cual los resultados son poco representativos en estos.
- Contar con un equipo multidisciplinario para abarcar de manera integral los temas de las guías alimentarias.
- Anadir a la guía alimentaria un capítulo con recetas y preparaciones saludables y equilibradas de bajo costo.
- Dar continuidad al presente proyecto, completando las fases siguientes para que se termine de desarrollar y la población cuente con una herramienta alimentaria adaptada a los ingresos económicos.
- Incentivar la creación de guías alimentarias en poblaciones vulnerables, ya sea socialmente, económicamente o nutricionalmente, ya que son una herramienta de aprendizaje rápida y eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

- American Diabetes Association. (2014). *Listas de alimentos para la diabetes*. Chicago: Academy of Nutrition and Dietetics, American Diabetes Association, Inc. Bastida, C. y Morales, R. (2015). Los medios audiovisuales y su influencia en la educación desde alternativas de análisis. *Revista Universidad y Sociedad*, 7(3), 26-31. Obtenido de <http://scielo.sdl.cu>
- Cabezas, C. y Hernández, C. (2016). Aceites y grasas: efectos en la salud y regulación mundial. *Revista Facultad Médica*, 761-768.
- Cámara Nacional de Productores de Leche. (2017). Consumo de productos lácteos. *Cámara Nacional de Productores de Leche*. Obtenido de <http://proleche.com/consumo-de-productos-lacteos/>
- Caravaca, I. (2014). Disponibilidad y tendencias de los grupos de alimentos y nutrientes en los hogares, según zona y distribución socioeconómica en Costa Rica. Obtenido de http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/pobreza_y_presupuesto_de_hogares/gastos_de_los_hogares/metodologias/documentos_metodologicos/mepobrezasimposioenig2013-2014-02.pdf
- Carbajal, Á. (2013). Hidratos de Carbono. En *Manual de Nutrición y Dietética*. Obtenido de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/458-2013-07-24-cap-7-hidratos-carbono.pdf>
- Casas, J. (2017). Implicaciones de los acuerdos del Fondo Monetario Internacional sobre la pobreza en Colombia. *Económicas CUC*, 9-36.
- Castaño, L., Rueda, J. y Aguirre, C. (2012). Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 98-110.

Comisión Intersectorial de Guías Alimentarias en Costa Rica [CIGA]. (2007). *Actualización de lineamientos técnicos para la elaboración de Guías Alimentarias para la población costarricense*. San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/guiasalimentarias/presentacion.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2010). Indicadores de pobreza y pobreza extrema utilizadas para el monitoreo de los ODM en América Latina. *CEPAL*. Obtenido de www.cepal.org

Escaffi, M., Cuevas, M., y Vergara, K. (2017). Tabaco y peso corporal. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 249-251.

Evans, R. y Pérez, J. (2016). Tendencias del índice de masa corporal en Costa Rica de 1975 al 2014. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 153-160.

Farré, R. (2015). La leche y los productos lácteos: fuentes dietéticas de calcio. *Nutrición Hospitalaria*, 1-9.

Gaitán, D., Chamorro, R., Cediell, G., Lozano, G. y da Silva, F. (2015). Sodio y enfermedad cardiovascular: contexto en Latinoamérica. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 65(4), 206-215.

Gambi, M. (2005). *Pobreza, crecimiento económico y políticas sociales*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria.

Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia. [IAFA]. (2010). Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas Costa Rica 2010. *IAFA*. Obtenido de <https://www.iafa.go.cr/investigaciones/encuesta-nacional-sobre-consumo-de-drogas-costa-rica-2010>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2011). Censos 2011. *INEC*. Obtenido de <http://www.inec.go.cr/censos/censos-2011>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2013). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2013*. San José, Costa Rica: INEC. Obtenido de <http://www.inec.go.cr/documento/enigh-2013-encuesta-nacional-de-ingresos-y-gastos-de-los-hogares-principales-resultados>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2015). Canasta Básica Alimentaria. *INEC*.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2015). Índice de Pobreza Multidimensional: metodología. 76. *INEC*.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2016). Encuesta Nacional de Hogares 2016. *INEC*.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2017). ENAHO 2017. Encuesta Nacional de Hogares 2017. *INEC*. Obtenido de <http://www.inec.go.cr/multimedia/enaho-2017-encuesta-nacional-de-hogares-2017>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2018). CBA. Costo per cápita mensual por zona, según subgrupo en colones corrientes. San José, Costa Rica: INEC. Obtenido de <http://www.inec.go.cr/buscador?buscar=CBA.+Costo+per+c%C3%A1pita+mensual+por+zona%2C+seg%C3%BAn+subgrupo+en+colones+corrientes>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2018). *Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2017, resultados generales*. San José, Costa Rica: INEC. Obtenido de <http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documetos-biblioteca-virtual/reenut2017.pdf>

- Lizano, E. (1999). *Ajuste y crecimiento de la economía en Costa Rica 1982-1994*. San José, Costa Rica: Academia de Centroamérica.
- Martín, J. y Consuegra, B. (2015). Factores nutricionales en la prevención de la osteoporosis. *Nutrición Hospitalaria*, 49-55.
- Martínez, R., Palma, A., Atalah, E. y Pinheiro, A. (2009). Inseguridad alimentaria y nutricional en América Latina y El Caribe. *Programa Mundial de Alimentos*. Recuperado el 3 de mayo de 2018, de <http://es.wfp.org>
- Menchú, M. y Osegueda, O. (2006). La Canasta Básica de Alimentos en Centroamérica: revisión metodológica. *INCAP/OPS*.
- Ministerio de Educación Pública. (2017). *Informe ejecutivo: censo escolar peso/talla Costa Rica 2016*. San José, Costa Rica: MEP. Obtenido de <http://www.mep.go.cr/sites/default/files/page/adjuntos/informe-ejecutivo-censo-escolar-peso-cortofinal.pdf>
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2013). Índice de Desarrollo Social (IDS). *MIDEPLAN*. Obtenido de documentos.mideplan.go.cr
- Ministerio de Salud. (1997). *Guías Alimentarias para la Educación Nutricional de Costa Rica*. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud. Obtenido de www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/comisiones/guias-alimentarias-ciga
- Ministerio de Salud. (2005). *Comisión Intersectorial de Guías Alimentarias, resumen ejecutivo*. Obtenido de www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/guiasalimentarias/resumen%20ejecutivo.pdf
- Ministerio de Salud. (2009). *Encuesta Nacional de Nutrición Costa Rica 2008-2009*. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.

- Ministerio de Salud. (2010). *Guías alimentarias para Costa Rica*. San José, Costa Rica: CIGA. Obtenido de https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/guiasalimentarias/guia_alimentarias_2011_completo.pdf
- Ministerio de Salud. (2011a). *Plan Nacional para la reducción del consumo de sal/sodio en la población de Costa Rica 2011-2021*. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud. Obtenido de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/1103-plan-nacional-para-la-reduccion-del-consumo-de-sal-sodio-en-la-poblacion-de-costa-rica-2011-2021/file>
- Ministerio de Salud. (2011b). *Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021*. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud. Obtenido de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/politicas-en-salud/1106-politica-nacional-de-seguridad-alimentaria-y-nutricional-2011-2021/file>
- Ministerio de Salud. (2013). *Plan de acción de reducción y control de las deficiencias de micronutrientes 2011-2020*. Recuperado el 4 de mayo de 2018 de <https://www.ministeriodesalud.go.cr>
- Ministerio de Salud. (2014a). *Análisis de Situación de Salud en Costa Rica*. Obtenido de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2618-analisis-de-situacion-de-salud-en-costa-rica/file>
- Ministerio de Salud. (2014b). *Vigilancia de la Salud*. Obtenido de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud>
- Molina, V. (2008). Guías Alimentarias en América Latina. Informe de la consulta técnica regional de las Guías Alimentarias. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 31-41.

Molina, V. (2014). *El estado de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos en América Latina y el Caribe*. Roma: FAO.

Morón, C. y Calderón, T. (1999). Elaboración de guías alimentarias basadas en Alimentos en países de América Latina. *FAO/ILSI*, 19-28.

Municipalidad de Alajuela. (2012). *Plan de Desarrollo, distrito de San Antonio*. Alajuela, Costa Rica: Municipalidad de Alajuela. Obtenido de <http://www.munialajuela.go.cr/documentos/planificacion/INTEGRADO%20DOCUMENTOS%20IMPORTANTES%20ALCALDIA-selected/PLANES%20DISTRITALES/PlanDistritalSanantonio.pdf>

Objetivos de Desarrollo Sostenible. (2016). Inventario de Políticas Públicas según los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de www.ods.cr

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2001). Focus: Los alimentos, derecho humano fundamental. *FAO*. Obtenido de <http://www.fao.org/FOCUS/s/rightfood/right1.htm>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2012). Guías alimentarias para Guatemala. *FAO*. Obtenido de <http://www.fao.org>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2013). *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe*. Santiago, Chile.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2014). *Hambre de saber, saber de hambre. Quince años de cooperación para la seguridad alimentaria y nutricional*. España: PESA Centroamérica.

- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2014). *Informe SOFA: Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición*. Obtenido de <http://www.fao.org/publications/sofa/2014/es/>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2008). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Santiago, Chile. Obtenido de <http://unesdoc.unesco.org>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). OMS. Focus:patrones de crecimiento infantil de la OMS. Obtenido de http://www.who.int/childgrowth/4_doble_carga.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Enfermedades no transmisibles. *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos: resumen ejecutivo. *World Health Organización*. Obtenido de www.who.int
- Peña, M. y Bacallao, J. (2001). La obesidad y sus tendencias en la Región. *Revista Panamericana de Salud Pública*.
- Pérez, S. (2015). Beneficios y riesgos asociados en la actividad física para la salud. *Revista Digital de Educación Física y deportes*, 14-22.
- Piñera, S. (1978). Medición, análisis y descripción de la pobreza en Costa Rica. *Repositorio digital CEPAL*.
- Programa Integral de Mercadeo Agropecuario [PIMA]. (2016). *Análisis del consumo de frutas, hortalizas, pescado y mariscos en los hogares costarricenses*. Obtenido de <http://www.pima.go.cr/wp-content/uploads/2017/07/Analisis-Consumo.pdf>

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2014). Reducir la pobreza en Costa Rica es posible: propuestas para la acción Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - Costa Rica (PNUD-Costa Rica). *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*. Obtenido de www.pnud.or.cr
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2017). Pobreza multidimensional: la pobreza más allá del ingreso. Guatemala. *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*. Obtenido de www.pnud.or.cr
- Romero, A. (2002). *Globalización y pobreza*. Nariño, Colombia: Ediciones UNARIÑO.
- Ros, E. y Martínez, M. (2014). Dieta mediterránea y salud cardiovascular: enseñanzas del estudio PREDIMED. *PubMed.gov*, 330S-6S.
- Ros, E., López, J., Picó, C., Rubio, M., Babio, N., Sala, V. y Bulló, M. (2015). Consenso sobre las grasas y aceites en la alimentación de la población española adulta; postura de la Federación Española de Sociedades de Alimentación, Nutrición y Dietética (FESNAD). *Nutrición Hospitalaria*, 435-477.
- Sauma, P. (2001). Aportes para una estrategia en la reducción de la pobreza en Costa Rica. *Economía y Sociedad*, 7-44.
- Sauma, P. y Trejos, J. (2014). *Reducir la pobreza en Costa Rica es posible: propuestas para la acción*. San José, Costa Rica: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - Costa Rica. Obtenido de http://www.cr.undp.org/content/dam/costa_rica/docs/undp_cr_reducirpobreza_2014.pdf
- Secretaría Ejecutiva de Planificación Sectorial Agropecuaria. (2008). *Plan Nacional de Alimentos Costa Rica: oportunidad para la agricultura nacional*. San José, Costa Rica: Secretaría Ejecutiva de Planificación Sectorial Agropecuaria.

Sen, A. (1992). Sobre conceptos y medida de la pobreza. *Comercio Exterior*, 13.

Solórzano, J. (2011). *La pobreza en Costa Rica : estudios del Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas, tomo II*. San José: Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas, Universidad de Costa Rica.

Wong, R. (2016). *Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular, segunda encuesta 2014*. San José, Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social.
Obtenido de <http://www.binasss.sa.cr/informesdegestion/encuesta2014.pdf>

ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

P/E: Peso para la edad

T/E: Talla para la edad

ODS: Objetivos del Desarrollo Sostenible

MEP: Ministerio de Educación Pública

ONU: Organización de las Naciones Unidas

PAHO: Organización Panamericana de la Salud

PIMA: Programa Integral de Mercadeo Agropecuario

CIGA: Comisión Intersectorial de Guías Alimentarias

INCAP: Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá

RDD: Recomendaciones Dietéticas Diarias

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario

A continuación se presenta una serie de preguntas con el fin de elaborar una guía de alimentación saludable para personas del área urbana de Alajuela, por lo cual se solicita su respuesta. Toda la información que usted proporcione será estrictamente confidencial, y su nombre no aparecerá en ningún informe de los resultados de este estudio. Su participación es voluntaria y no tiene que contestar las preguntas que no desee.

Sexo:

A) Hombre

B) Mujer

1. ¿Cuántos años tiene?

A) Entre 18 y 30 años

B) Entre 31 y 40 años

C) Entre 41 y 50 años

D) Entre 51 y 64 años

E) Más de 65 años

2. ¿Cuál es su nacionalidad?

A) Costarricense

B) Nicaragüense

C) Otro (especifique)

3. ¿Cuál es su estado civil o de convivencia?

A) Soltero/a

B) Casado/a

C) Convive en pareja

D) Separado/a

E) Divorciado/a

F) Viudo/a

4. ¿Cuál es el último año, grado o nivel de enseñanza que usted cursó?

A) Ninguno

B) Primaria completa

C) Primaria incompleta

D) Secundaria completa

E) Secundaria incompleta

F) Técnico

G) Bachillerato

H) Universitario

5. ¿Realiza usted algún trabajo o alguna actividad remunerada económicamente? (Si su respuesta es "No", pase a la pregunta 9)

A) Sí

B) No

6. ¿Cuál es su ocupación?

7. ¿Cuál es su jornada laboral?

A) Tiempo completo diurno

B) Tiempo completo nocturno

C) Medio tiempo diurno

D) Medio tiempo nocturno

E) Turnos rotativos

F) Por horas

G) Otros (especificar)

8. ¿Cuántas personas viven en su hogar según la edad?

Menores a un año de edad	
Más de uno y menos de seis años	
Más de siete y menos de 13 años	
Más de 14 y menos de 17 años	
Más de 18 y menos de 64 años	
Más de 65 años	

9. ¿Cuántas personas ajenas al núcleo familiar viven en la casa? Por ejemplo, abuelos, suegros, tíos (as), sobrinos, primos (as), amigos(as), etc.

Indicar número: _____

10. En su familia, ¿cuántas personas trabajan?

Indicar número: _____

11. ¿Quién es el principal sostén económico en su hogar?

- A) Usted
- B) Su pareja
- C) Ambos
- D) Hijos
- E) Otros (especifique)

12. ¿Qué tipo de ingresos económicos llegan al hogar? Puede seleccionar una o varias opciones.

- A) Salario fijo
- B) Salario independiente
- C) Dinero ocasional
- D) Pensión alimentaria
- E) Pensión por invalidez, vejez o muerte
- F) Ayudas del Estado como becas, IMAS, etc.
- G) Otros (especifique)

13. ¿Cuál ha sido su ingreso promedio mensual en el último mes?

- A) Menos de ₡100.000
- B) Entre ₡101.000 y ₡200.000
- C) Entre ₡201.000 y ₡300.000
- D) Entre ₡301.000 y ₡400.000
- E) Entre ₡401.000 y ₡500.000
- F) Más de ₡500.000

14. En su hogar, ¿cuánto gastan habitualmente por mes en alimentos? Se incluye comestibles, restaurantes, sodas, etc.

- A) Menos de ₡50.000
- B) Entre ₡51.000 y ₡100.000

- C) Entre ₡101.000 y ₡150.000
- D) Entre ₡151.000 y ₡200.000
- E) Entre ₡201.000 y ₡250.000
- F) Entre ₡251.000 y ₡300.000
- G) Más de ₡301.000

15. ¿Cómo adquieren los alimentos? Puede seleccionar una o varias opciones.

- A) Compra
- B) Donación
- C) Producción propia como siembra de alimentos
- D) Otro (especifique) _____

II Parte. Estilo de vida

16. ¿Consume usted o algún miembro del núcleo familiar bebidas alcohólicas?

- A) Sí
- B) No (Pase a la pregunta 20)

17. ¿Qué tipo de bebida alcohólica consumen habitualmente?

- A) Cerveza
- B) Vino
- C) Licor
- D) Otro (indique)

18. ¿Cuántas bebidas alcohólicas se consumen a la semana?

- A) 1
- B) 2-3
- C) 4-5
- D) 6-7
- E) 8 o más

19. ¿Usted o algún miembro del núcleo familiar fuma?

- A) Sí
- B) No (Pase a la pregunta 22)

20. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

- A) Menos de cuatro cigarrillos
- B) Entre cinco y 10 cigarrillos
- C) Entre 11 y 15 cigarrillos
- D) 16 o más cigarrillos

21. Aparte de sus actividades cotidianas,
¿realiza algún ejercicio físico?

- A) Sí
- B) No

Si su respuesta es "Sí", conteste:

22. ¿Qué tipo de ejercicio realiza?

23. ¿Cuántas veces a la semana realiza
ejercicio?

- A) Una
- B) Dos
- C) Tres
- D) Cuatro
- E) Cinco
- F) Seis
- G) Todos los días

Anexo 2. Frecuencia de consumo

A continuación se presenta una lista de alimentos. Responda con la frecuencia en que los ha consumido en el último mes.

Lácteos	¿Cada cuánto lo consume?					
	Nunca	Ocasional (menos de una vez al mes)	1 a 3 veces al mes	1-2 veces por semana	3-4 veces por semana	Todos los días
Leche líquida						
Leche en polvo						
Yogurt						
Frutas y vegetales	¿Cada cuánto lo consume?					
	Nunca	Ocasional (menos de una vez al mes)	1 a 3 veces al mes	1-2 veces por semana	3-4 veces por semana	Todos los días
Frutas						
Jugos de frutas natural						
Vegetales no harinosos como chayote, zanahoria o zapallo						
Vegetales enlatados como <i>petit pois</i> , maíz dulce o vegetales mixtos						

Harinas	¿Cada cuánto lo consumes?					
	Nunca	Ocasional (menos de una vez al mes)	1 a 3 veces al mes	1-2 veces por semana	3-4 veces por semana	Todos los días
Leguminosas como frijoles o garbanzos						
Arroz blanco						
Arroz integral						
Pastas como macarrones o caracolitos						
Verduras harinosas como papas, yuca o plátano						
Pan blanco						
Pan integral						
Repostería dulce o salada						
Galletas con relleno como cremitas o chiky						
Galletas sin relleno como tipo maría o soda						
Tortillas de maíz						
Tortillas de harina						

Carnes	¿Cada cuánto lo consumes?					
	Nunca	Ocasional (menos de una vez al mes)	1 a 3 veces al mes	1-2 veces por semana	3-4 veces por semana	Todos los días
Carne de res						
Carne de pollo						
Carne de cerdo						
Vísceras como menudos de pollo						
Embutidos						
Queso blanco						
Huevos						
Atún enlatado						
Sardinas enlatadas						
Mariscos enlatados						
Mariscos frescos						
Pescado fresco						
Grasas	¿Cada cuánto lo consumes?					
	Nunca	Ocasional (menos de una vez al mes)	1 a 3 veces al mes	1-2 veces por semana	3-4 veces por semana	Todos los días
Aceite vegetal						
Manteca vegetal						
Manteca animal						
Mantequilla o margarina						
Queso crema						
Natilla						
Mayonesa						
Semillas como maní o almendras						
Aguacate						
Queso americano (amarillo)						

Otros	¿Cada cuánto lo consumes?					
	Nunca	Ocasional (menos de una vez al mes)	1 a 3 veces al mes	1-2 veces por semana	3-4 veces por semana	Todos los días
Sustitutos de azúcar como Splenda						
Sal						
Consomé en polvo						
Sopas deshidratadas como Maggi						
Salsa de tomate tipo ketchup						
Comida rápida como tacos o hamburguesas						
Helados						
<i>Snacks</i> fritos como tronaditas						
Azúcar						
Golosinas como confites o chocolates						
Refrescos envasados como gaseosos, néctar o té frío						
Polvo para preparar bebidas						
Jugo de frutas comercial						

Anexo 3. Frecuencia de compra

A continuación se presenta una lista de alimentos. Responda la información requerida según la compra de alimentos que han realizado en su hogar en el último mes.

Lácteos	¿Cada cuánto lo compra?						¿Dónde lo compra?			
	Ocasional/ Nunca	Una vez al mes	Una vez a la quincena	Una vez a la semana	1-3 veces por semana	Todos los días	Abastecedor del pueblo	Supermercado	Vendedores informales	Otro
Leche líquida										
Leche en polvo										
Yogurt										

Harinas	¿Cada cuánto lo compra?						¿Dónde lo compra?				
	Ocasional/ Nunca	Una vez al mes	Una vez a la quincena	Una vez a la semana	1-3 veces por semana	Todos los días	Abastecedor del pueblo	Supermercado	Panadería	Vendedores informales	Otro
Leguminosas como frijoles o garbanzos											
Arroz blanco											
Arroz integral											
Pastas como macarrones o caracolutos											
Galletas con relleno como cremitas o chiky											
Galletas sin relleno como tipo María o soda											
Tortillas de maíz											
Tortillas de harina											
Pan blanco											
Pan integral											
Repostería dulce o salada											

Frutas y vegetales	¿Cada cuánto lo compra?						¿Dónde lo compra?				
	Ocasional/ Nunca	Una vez al mes	Una vez a la quincena	Una vez a la semana	1-3 veces por semana	Todos los días	Abastecedor del pueblo	Supermercado	Frutería o verdulería	Vendedores informales	Otro
Frutas frescas											
Vegetales no harinosos como chayote, zanahoria o zapallo											
Vegetales enlatados como <i>petit pois</i> , maíz dulce o vegetales mixtos											
Verduras harinosas como papas, yuca o plátano											

Carnes	¿Cada cuánto lo compra?						¿Dónde lo compra?				
	Ocasional/ Nunca	Una vez al mes	Una vez a la quincena	Una vez a la semana	1-3 veces por semana	Todos los días	Abastecedor del pueblo	Supermercado	Carnicería/ pescadería	Vendedores informales	Otro
Carne de res											
Carne de pollo											
Carne de cerdo											
Vísceras como menudos de pollo											
Embutidos											
Queso blanco											
Huevos											
Atún enlatado											
Sardinas enlatadas											
Mariscos enlatados											
Mariscos frescos											
Pescado fresco											

Grasas	¿Cada cuánto lo compra?						¿Dónde lo compra?			
	Ocasional/ Nunca	Una vez al mes	Una vez a la quincena	Una vez a la semana	1-3 veces por semana	Todos los días	Abastecedor del pueblo	Supermercado	Vendedores informales	Otro
Aceite vegetal										
Manteca vegetal										
Manteca animal										
Mantequilla o margarina										
Queso crema										
Natilla										
Mayonesa										
Semillas como maní, almendras										
Aguacate										
Queso americano (amarillo)										

Otros	¿Cada cuánto lo compra?						¿Dónde lo compra?			
	Ocasional/ Nunca	Una vez al mes	Una vez a la quincena	Una vez a la semana	1-3 veces por semana	Todos los días	Abastecedor del pueblo	Supermercado	Vendedores informales	Otro
Sustitutos de azúcar como Splenda										
Sal										
Consomé en polvo										
Sopas deshidratadas como Maggi										
Salsa de tomate tipo ketchup										
Comida rápida como tacos o hamburguesas										
Helados										
Snacks fritos como tronaditas										
Azúcar										
Golosinas como confites o chocolates										
Refrescos envasados como gaseosos, néctar o té frío										
Polvo para preparar bebidas										
Jugo de frutas comercial										

Anexo 4. Presentación de resultados del plan piloto

Cuestionario

El 100% de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018 corresponde a mujeres.

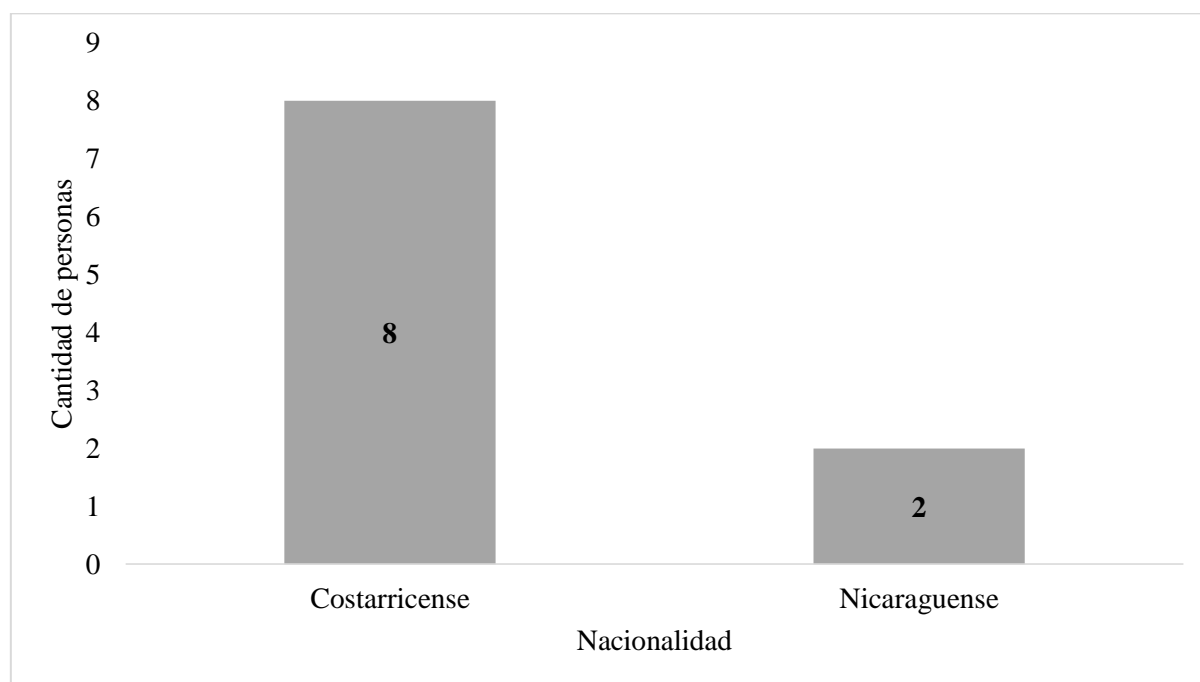
Tabla N° 1. Rango de edad de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.

Rango de edad en años	Cantidad	%
18-30	3	30%
31-40	5	50%
41-50	1	10%
51-64	1	10%
Total general	10	100%

Nota: No hubo participantes mayores a 65 años de edad.

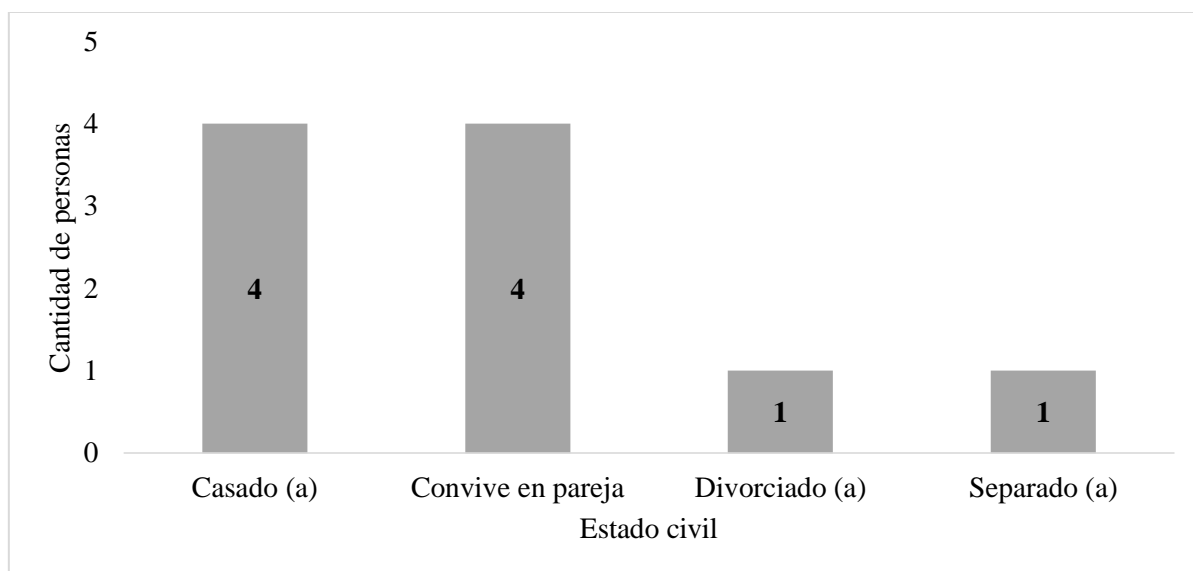
Fuente: elaboración propia.

Figura N° 1. Nacionalidad de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.



Fuente: elaboración propia.

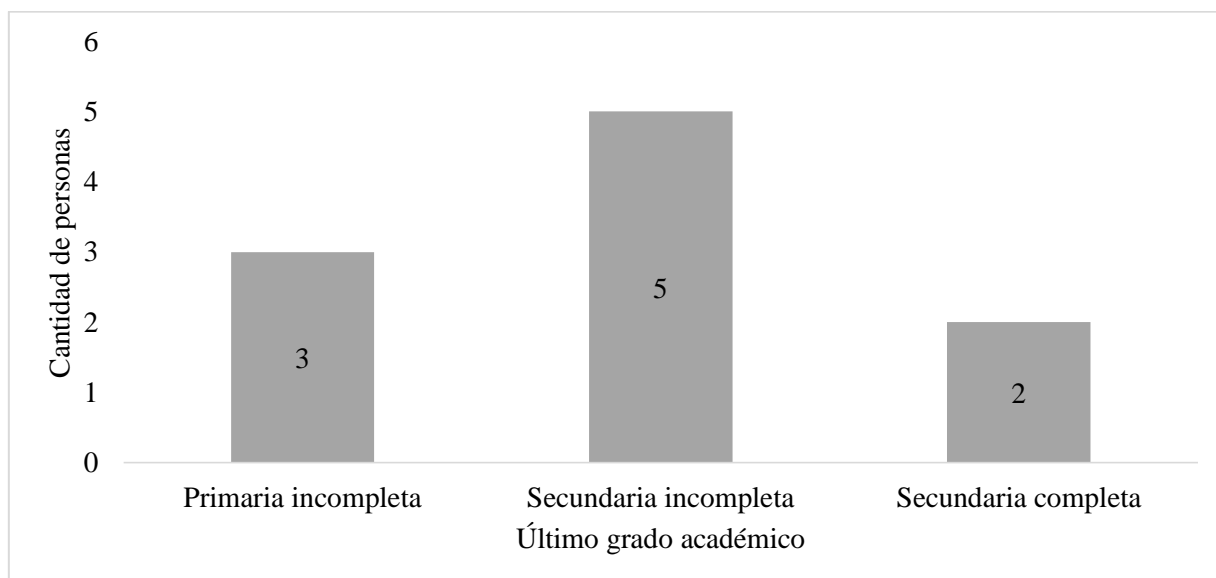
Figura N° 2. Estado civil de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.



Nota: No hubo participantes solteros ni viudos.

Fuente: elaboración propia.

Figura N° 3. Último grado académico cursado por las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.



Nota: No hubo participantes sin ningún nivel académico, así como con primaria completa, técnico, bachillerato o universitario.

Fuente: elaboración propia.

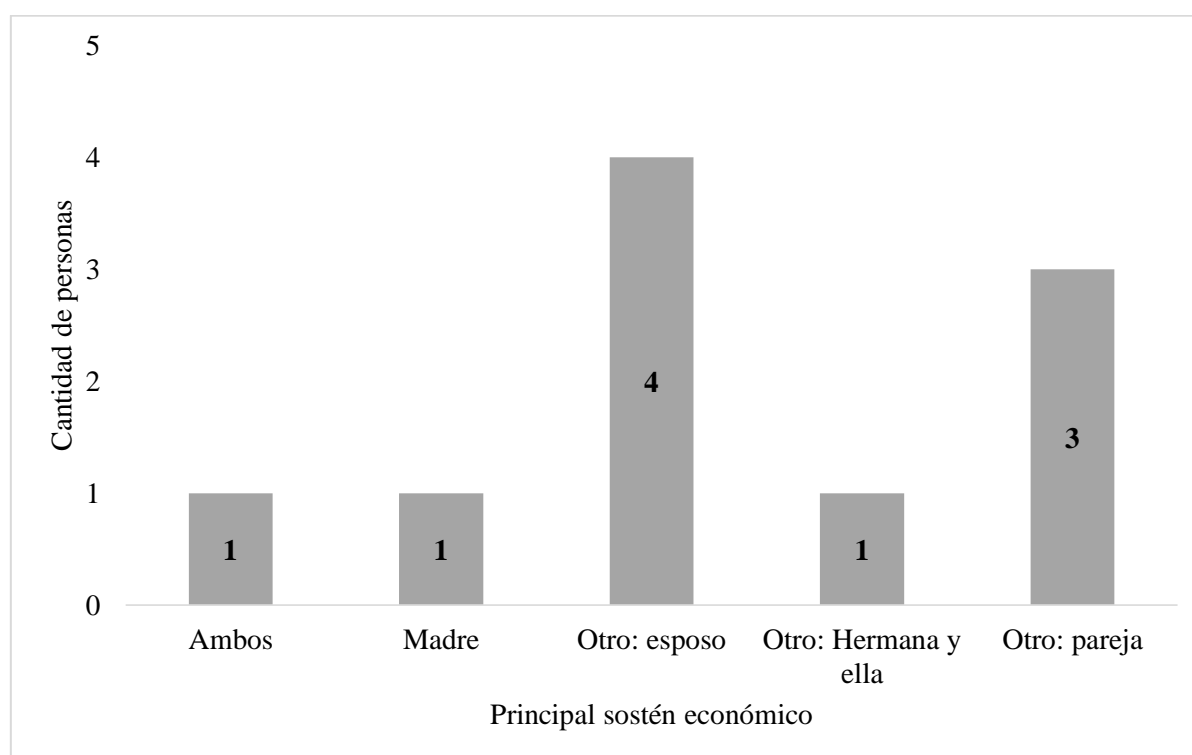
Tabla N° 2. Actividades remuneradas económicamente y jornada laboral de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.

Usted trabaja		Tipo de trabajo		Jornada laboral	
Sí	4	Operaria	1	Medio tiempo diurno	1
No	6	Trabajadora doméstica	2	Por horas	3
		Vendedora	1	Ninguno	6
		Ninguno	6		
Total general	10		10		10

Nota: No hubo participantes cuya jornada laboral sea tiempo completo diurno o nocturno, medio tiempo nocturno ni horarios rotativos.

Fuente: elaboración propia.

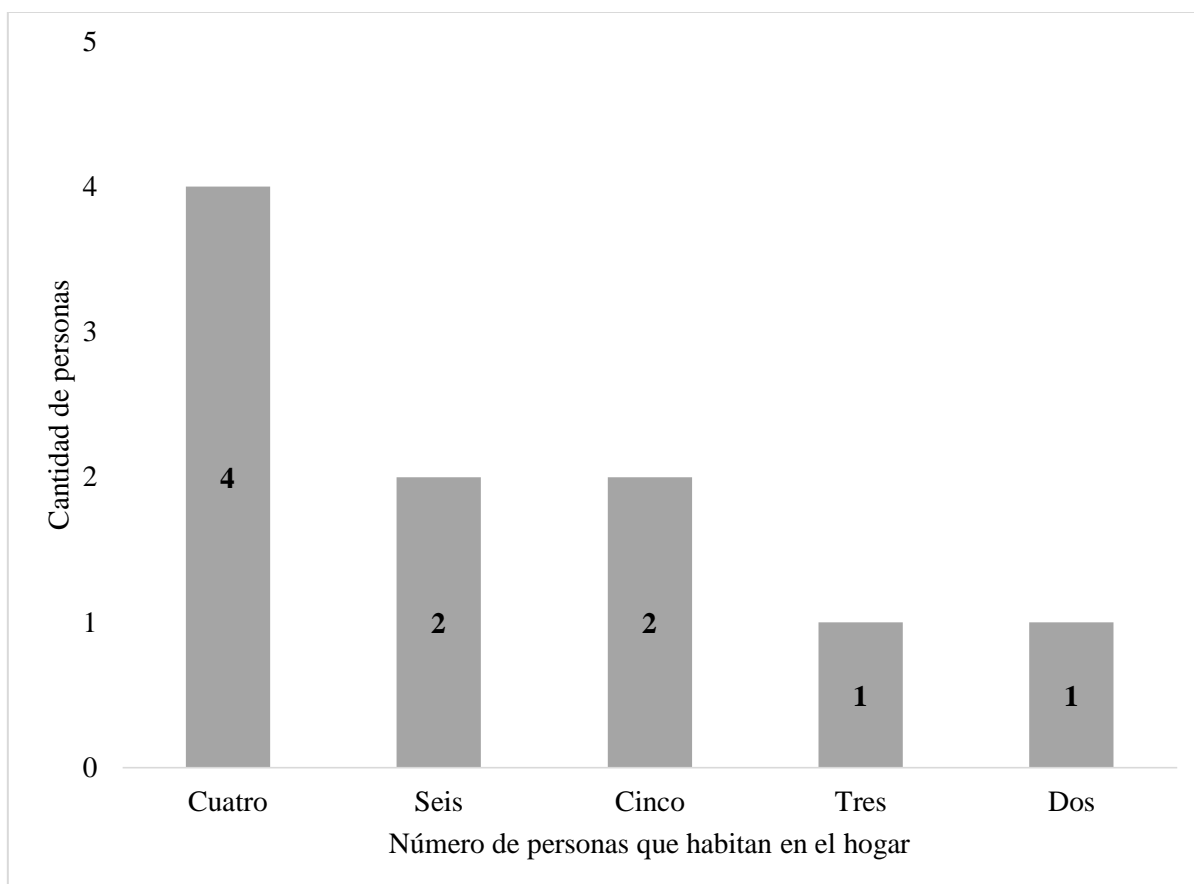
Figura N° 4. Principal sostén económico en el hogar de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.



Nota: No hubo participantes cuyo sostén económico sean hijos.

Fuente: elaboración propia.

Figura N° 5. Número total de personas que habitan en el hogar de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.



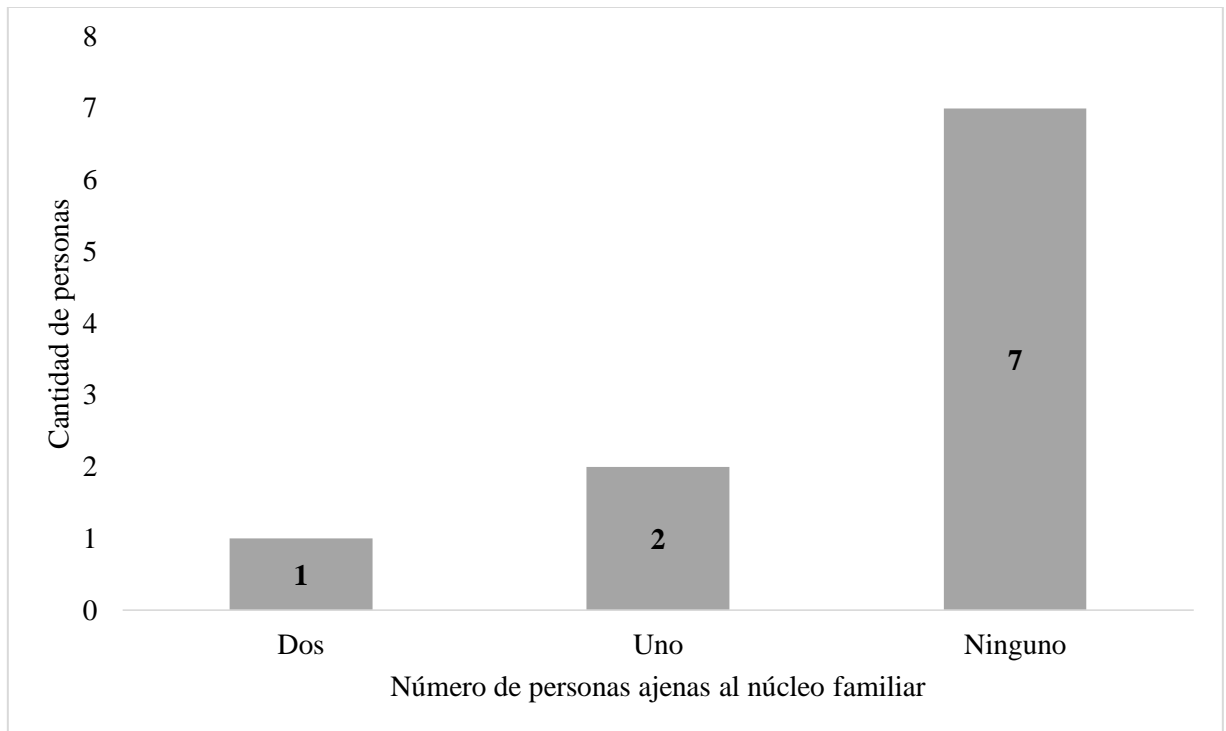
Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 3. Cantidad de personas por rango de edad en años que habitan en el hogar de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.

Rango de edad	Cantidad	%
Menores 1 año	1	2,5%
1-6 años	5	12,5%
7-13 años	11	27,5%
14-17 años	2	5%
18-64 años	20	50%
Más de 65 años	1	2,5%
Total general	40	100%

Fuente: elaboración propia.

Figura N° 6. Número total de personas que habitan en el hogar de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.



Fuente: elaboración propia.

Figura N° 7. Cantidad de personas que trabajan en el hogar de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.



Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 4. Tipo de ingreso económico en el hogar de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.

Tipo de ingreso	Total	%
Salario fijo	10	100%
Dinero ocasional	1	10%
Pensión alimentaria	2	0%
Pensión IVM	1	10%
Ayudas del estado	2	20%
Dinero ocasional	1	10%
Total general	17	

Nota: Algunos participantes cuentan con varios tipos de ingresos económicos.

Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 5. Comparación del ingreso promedio y la cantidad de dinero destinado a compra de alimentos mensual en el hogar de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.

Ingreso promedio mensual	Total	Gasto en compra de alimentos mensual	Total
₡401.000-₡500.000	1	₡201.000-₡250.000	2
₡301.000-₡400.000	9	₡151.000-₡200.000	2
		₡101.000-₡150.000	6
Total general	10		10

Nota: se toma en cuenta todos los tipos de ingresos económicos.

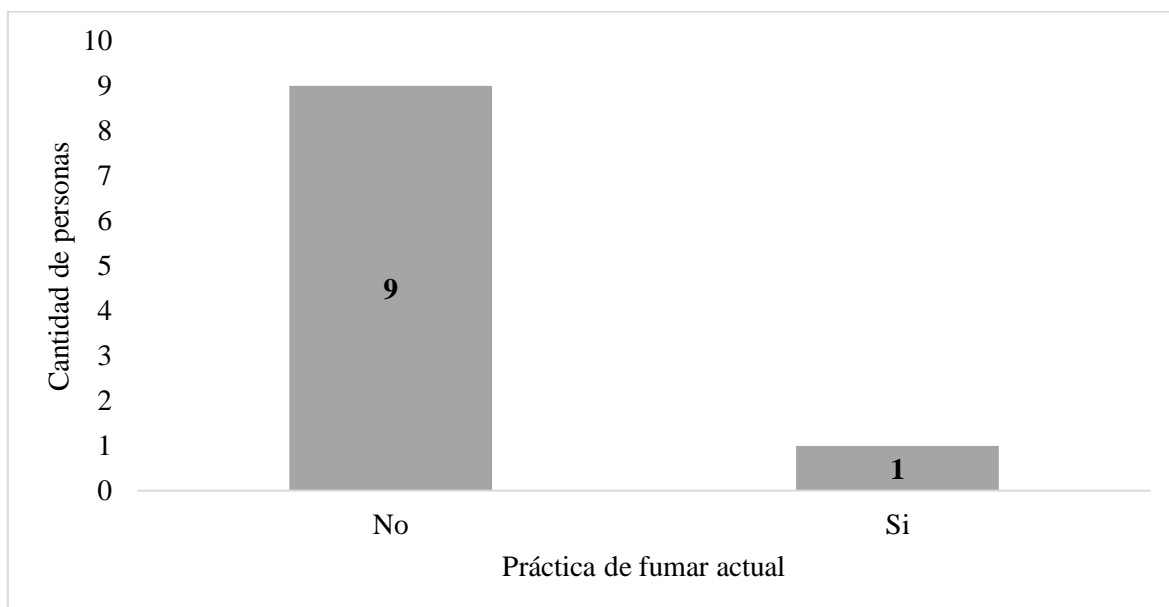
Fuente: elaboración propia.

El 100% de los hogares de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018 adquieren sus alimentos mediante su compra. No hubo participantes que manifiesten donación o producción propia de alimentos.

II parte. Estilo de vida

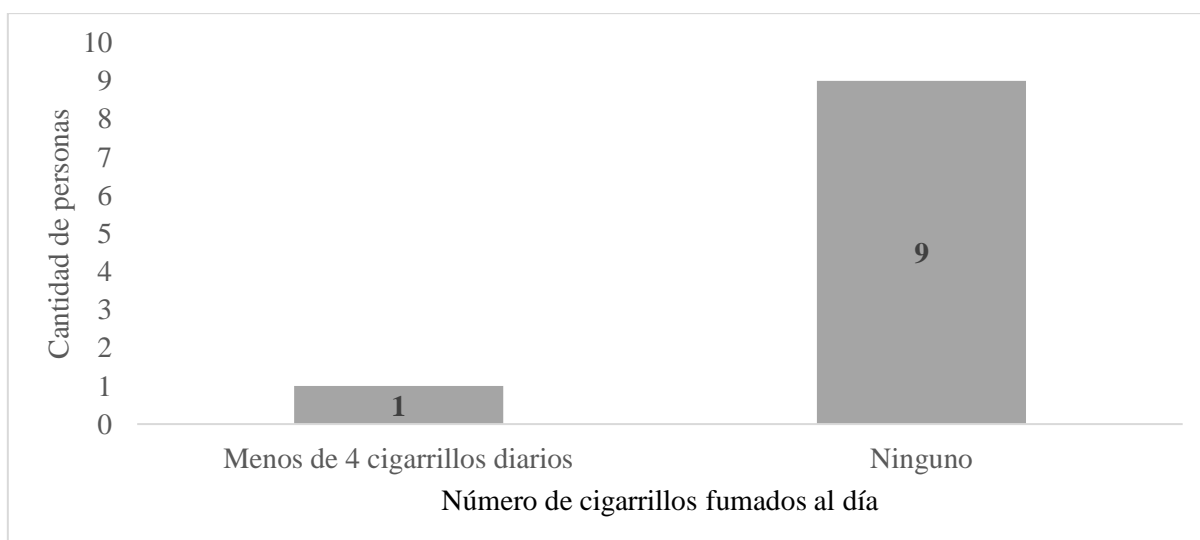
El 100% de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018 no consumen bebidas alcohólicas, ni realizan ejercicio estructurado.

Figura N° 8. Práctica de fumar de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.



Fuente: elaboración propia.

Figura N° 9. Cantidad de cigarrillos fumados al día por parte de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.



Fuente: elaboración propia.

Frecuencia de consumo

Tabla N° 6. Frecuencia de consumo de lácteos de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.

Tipo de lácteos	Diario	De 1-3 veces por semana	De 1-2 veces al mes	De 2-4 veces al mes	Nunca/ ocasional	Total general
Leche líquida entera					100%	100%
Leche líquida semidescremada	20%	30%	10%	10%	30%	100%
Leche líquida descremada				10%	90%	100%
Leche en polvo		10%	20%		70%	100%
Yogurt		10%	40%		50%	100%

Nota: no hubo participantes que consumieran lácteos de 4-6 veces por semana.

Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 7. Frecuencia de consumo de frutas y vegetales de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.

Frutas y vegetales	1-3 veces por semana	4-6 veces por semana	1-2 veces al mes	2-4 veces al mes	Nunca/ ocasional	Total general
Frutas frescas	100%					100%
Vegetales no harinosos	90%	10%				100%
Vegetales enlatados	40%		10%	10%	40%	100%

Nota: no hubo participantes que consumieran diariamente frutas, vegetales no harinosos o vegetales enlatados.

Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 8. Frecuencia de consumo de harinas de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.

Harinas	Diario	1-3 veces por semana	4-6 veces por semana	1-2 veces al mes	2-4 veces al mes	Nunca/ ocasional	Total general
Leguminosas	30%	50%	20%				100%
Arroz	80%	20%					100%
Pastas		60%		20%	20%		100%
Pan blanco	30%	50%	20%				100%
Galletas con relleno	10%	30%	10%	10%	20%	20%	100%
Galletas sin relleno		10%		30%	30%	30%	100%
Tortillas	20%	50%		10%	10%	10%	100%
Verduras harinosas	1%	80%	10%				100%

Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 9. Frecuencia de consumo de carnes de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.

Carnes	Diario	1-3 veces por semana	4-6 veces por semana	1-2 veces al mes	2-4 veces al mes	Nunca/ ocasional	Total general
Res				70%	10%	20%	100%
Pollo		80%		20%			100%
Cerdo				80%	10%	10%	100%
Vísceras		10%		20%		70%	100%
Embutidos		60%		20%	10%	10%	100%
Queso blanco		20%		60%		20%	100%
Huevos	20%	70%	10%				100%
Atún o sardinas		50%		40%		10%	100%
Mariscos frescos				10%		90%	100%
Pescado fresco				50%	10%	40%	100%

Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 10. Frecuencia de consumo de grasas de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.

Grasas	Diario	1-3 veces por semana	4-6 veces por semana	1-2 veces al mes	2-4 veces al mes	Nunca/ ocasional	Total general
Aceite vegetal	100%						100%
Manteca vegetal	10%					90%	100%
Manteca animal						100%	100%
Mantequilla o margarina	40%	50%	10%				100%
Queso crema		30%		40%		30%	100%
Natilla	10%	40%		40%		10%	100%
Mayonesa		50%		30%	20%		100%
Semillas				50%	10%	40%	100%
Aguacate		10%		50%	10%	30%	100%

Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 11. Frecuencia de consumo de otros alimentos de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.

Grasas	Diario	1-3 veces por semana	4-6 veces por semana	1-2 veces al mes	2-4 veces al mes	Nunca/ ocasional	Total general
Sustitutos de azúcar						100%	100%
Sal						100%	100%
Productos integrales				30%		70%	100%
Comida rápida		10%		70%		20%	100%
Helados		10%		60%		30%	100%
Snacks fritos		20%		50%	10%	20%	100%
Azúcar	90%	10%					100%
Refrescos gaseosos		30%		50%		20%	100%
Bebidas comerciales		50%	10%	40%			100%
Jugos comerciales		20%		60%	10%	10%	100%
Dulces o confites		20%	10%	40%		30%	100%

Fuente: elaboración propia.

Frecuencia de compra

Tabla N° 12. Frecuencia de compra de lácteos de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.

Lácteos	Una vez a la semana	Una vez a la quincena	Una vez al mes	Nunca/ocasional	Total general
Leche líquida	40%	50%		10%	100%
Leche en polvo		10%	20%	70%	100%
Yogurt		40%	10%	50%	100%

Nota: No hubo participantes que compren lácteos diariamente.

Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 13. Frecuencia de compra de frutas y vegetales de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.

Frutas y vegetales	Una vez a la semana	Una vez a la quincena	Nunca/ocasional	Total general
Frutas frescas	40%	60%		100%
Vegetales no harinosos	40%	60%		100%
Vegetales enlatados	20%	30%	50%	100%

Nota: No hubo participantes que compren diariamente, tres veces a la semana o una vez al mes frutas y vegetales.

Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 14. Frecuencia de compra de harinas de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.

Harinas	Todos los días	Una vez a la semana	Tres veces por semana	Una vez a la quincena	Una vez al mes	Nunca/ ocasional	Total general
Leguminosas		50%		50%			100%
Arroz		40%	10%	50%			100%
Pastas		30%		70%			100%
Pan, galletas, repostería	30%	20%	20%	30%			100%
Harina y masa (incluye tortillas de maíz y trigo)				10%	30%	60%	100%
Verduras harinosas		30%	30%	40%			100%

Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 15. Frecuencia de compra de carnes de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.

Carnes	Todos los días	Una vez a la semana	Tres veces por semana	Una vez a la quincena	Una vez al mes	Nunca/ ocasional	Total general
Res				50%	40%	10%	100%
Pollo		10%	10%	60%	20%		100%
Cerdo				50%	40%	10%	100%
Vísceras					30%	70%	100%
Embutidos		40%		60%			100%
Queso blanco		10%		40%	30%	20%	100%
Huevos	10%	20%		70%			100%
Atún o sardinas		10%		70%	10%	10%	100%
Pescado				10%	40%	50%	100%
Mariscos frescos						100%	100%
Carne procesada		20%		30%	50%		100%

Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 16. Frecuencia de compra de grasas de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.

Grasas	Una vez a la semana	Una vez a la quincena	Una vez al mes	Nunca/ ocasional	Total general
Aceite vegetal	30%	70%			100%
Manteca vegetal	10%			90%	100%
Manteca animal				100%	100%
Mantequilla o margarina	40%	40%		20%	100%
Queso crema	10%	40%	30%	20%	100%
Natilla	20%	60%	10%	10%	100%
Mayonesa	10%	60%	30%		100%
Semillas			30%	70%	100%
Aguacate		50%	10%	40%	100%

Nota: no hubo participantes que compren todos los días ni tres veces por semana grasas.

Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 17. Frecuencia de compra de otros alimentos de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.

Otros	Una vez a la semana	Una vez a la quincena	Una vez al mes	Nunca/ ocasional	Total general
Sustitutos de azúcar				100%	100%
Sal		30%	70%		100%
Productos integrales		30%		70%	100%
Comida rápida		20%	70%	10%	100%
Helados		30%	50%	20%	100%
Snacks fritos		50%	40%	10%	100%
Azúcar	40%	60%			100%
Refrescos gaseosos		30%	60%	10%	100%
Bebidas comerciales	20%	70%	10%		100%
Jugos comerciales	10%	40%	10%	40%	100%
Dulces o confites		50%	20%	30%	100%
Sopas deshidratadas	20%	50%	30%		100%
Salsas y aderezos		70%	30%		100%

Nota: No hubo participantes que compren otros alimentos a diario o tres veces por semana.

Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 18. Frecuencia de compra de bebidas alcohólicas de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.

Bebidas alcohólicas	Nunca/ ocasional	Total general
Cerveza	100%	100%
Licor como ron, tequila, vodka, etc.	100%	100%
Bebidas saborizadas	100%	100%

Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 19. Gasto mensual por grupo de alimentos de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.

Gasto mensual	Lácteos	Frutas y vegetales	Harinas	Carnes	Grasas	Otros
NS/NR	50%	40%	40%	40%	60%	50%
¢2000	10%					
¢3000	20%					
¢4000		10%			10%	
¢5000	20%	20%			10%	
¢6000		10				
¢10000		10%		10%	10%	
¢12000					10%	10%
¢15000				10%		
¢18000			10%			
¢20.000			20%	30%		20%
¢25.000			10%			
¢30.000		10%	20%			20%
¢35.000				10%		
Total general	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 20. Lugar de compra por grupo de alimentos de las personas en situación de pobreza de la comunidad de Calle el Urbano de Alajuela en el 2018.

Lugar de compra	Lácteos	Frutas y vegetales	Harinas	Carnes	Grasas	Otros alimentos
Supermercado	20%		40%	40%	20%	20%
Minisúper	80%	70%	60%	10%	80%	80%
Feria del agricultor		10%				
Vendedores informales		20%				
Otro: carnicería				50%		
Total general	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia.

Anexo 5. Proceso de elaboración de la Guía Alimentaria para personas en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela

I Etapa. Lineamientos metodológicos y criterios técnicos para la elaboración de las guías alimentarias.

1. Determinación de la población meta.

De acuerdo con los resultados obtenidos y su análisis, la población a la que va dirigida la presente guía alimentaria son las personas en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela, específicamente a adultos sanos entre 18 y 64 años de edad con baja escolaridad, tanto costarricenses como nicaragüenses, con hogares de 3,9 habitantes en promedio, con un ingreso aproximado de ₡91.300 por persona y con un gasto promedio en alimentos de ₡37.500 per cápita. Además, en los mensajes se toma en cuenta que en los hogares viven niños, adolescentes y personas adultas mayores, por lo que se incluyen recomendaciones para este rango de edad.

2. Elaboración de guías técnicas.

Dado que no se pueden modificar los hábitos alimentarios en un corto tiempo, es necesario proponer metas realistas adaptadas al ingreso económico de la población, por lo que se trabaja en cambios paulatinos para que a través del tiempo se logren alcanzar las recomendaciones nutricionales aceptables. Las siguientes metas se proponen en un periodo de tiempo de cinco años, las cuales deben evaluarse para comprobar su alcance.

Capítulo 1. Alimentación y estilos de vida saludables, la clave para la buena salud.

Mensaje 1. Consuma de todos los grupos de alimentos, ¡pero no todos de una vez!

Meta nutricional: mantener una alimentación variada que incluya todos los grupos de alimentos.

Ningún alimento por sí solo proporciona al ser humano todos los nutrientes necesarios para mantener las funciones vitales como el crecimiento, el desarrollo y el normal funcionamiento del organismo.

Costa Rica tiene como base alimentaria el “círculo de la alimentación saludable”, que agrupa los alimentos según su contenido nutricional y proporción de consumo adecuada. El grupo de los cereales, leguminosas y verduras harinosas se debe consumir en mayor proporción, seguido de las frutas y vegetales. Los alimentos de origen animal y las grasas se deben consumir en menor proporción (Ministerio de Salud, 2010).

Mensaje 2. Incorpore alimentos ricos en fibra alimentaria diariamente.

Meta nutricional: equilibrar el consumo de cereales, leguminosas y panes y aumentar las fuentes de fibra alimentaria.

Los carbohidratos deben representar entre 45-65% del total de kcal ingeridas al día. Si es menor al 45% puede haber mayor consumo de grasa aumentando el riesgo de obesidad y baja cantidad de fibra; por otra parte, si es mayor a 65% puede conducir a hipertrigliceridemia; además, la cantidad de proteína puede ser muy baja (Carbajal, 2013).

Los carbohidratos son la base de la alimentación diaria, ya que proporcionan energía con un rendimiento energético medio de 4 kcal/gramo; además, son fundamentales en el metabolismo de los centros nerviosos y suministran aproximadamente la mitad de toda la energía que los músculos y otros tejidos del organismo necesitan para llevar a cabo todas sus funciones (Carbajal, 2013).

Entre los cereales destacan el arroz, el trigo, el maíz, la cebada y la avena. Las lentejas, frijoles y garbanzos pertenecen al grupo de las leguminosas, mientras que las verduras harinosas son la papa, la yuca, camote, ñampí, ñame, tiquizque, entre otros.

Tamaño de la porción recomendada: ½ taza de arroz o leguminosas, 1 rebanada de pan, 1/2 taza de puré de papa o una unidad mediana (ADA, 2014).

Mensaje 3. ¡Póngale menos azúcar! Un exceso de azúcar puede ocasionar diabetes, no sobrepase dos cucharadas al día.

Meta nutricional: reducir el consumo de azúcares simples a una cucharada al día.

Los azúcares simples brindan energía rápida al organismo y tienen un amplio poder edulcorante. Lo componen alimentos como azúcar común, miel, mermeladas y dulces. Sin embargo, un excesivo consumo se asocia con la aparición de enfermedades como la obesidad y la diabetes tipo 2, por lo que se recomienda una ingesta menor al 10% del total de kcal consumidas al día (Carbajal, 2013).

El tamaño de la porción recomendada es 1 cucharada de azúcar, miel o mermelada (ADA, 2014).

Mensaje 4. Coma frutas y vegetales... ¡son baratos y deliciosos! Incluya por lo menos tres porciones al día.

Meta nutricional: aumentar el consumo de frutas y vegetales al menos a tres porciones al día.

Las frutas y vegetales son una fuente rica de antioxidantes, vitaminas y minerales, además de fibra alimentaria, las cuales ayudan con el buen funcionamiento del organismo. La OMS recomienda consumir más de 400 gramos de frutas y verduras al día, al menos cinco porciones diarias.

Tamaño de la porción recomendada: ½ taza de fruta picada, 1 unidad pequeña de fruta fresca, ½ taza de jugo de fruta, 2 cucharadas de fruta seca, ½ taza de vegetales cocidos o 1 taza de vegetales crudos (ADA, 2014).

Mensaje 5. Cocine con menos aceite... ¡utilice solo un poquito! Evite grasas recalentadas y aquellas que son sólidas a temperatura ambiente.

Meta nutricional: equilibrar el consumo de grasas disminuyendo la cantidad de aceite y margarina.

Son alimentos que aportan energía al organismo en pequeñas porciones. Las grasas tienen funciones metabólicas esenciales y son importantes como elementos estructurales, además de suministrar ácidos grasos esenciales, funciones importantes en el desarrollo embrionario, el transporte, metabolismo y mantenimiento de la función e integridad de las membranas celulares y el transporte de vitaminas liposolubles (Cabezas y Hernández, 2016).

En este grupo de alimentos destacan los aceites, margarinas, mantequillas, aguacate, nueces, aderezos, queso crema, entre otros, con un tamaño de la porción recomendada de 1 cucharadita de aceite o grasa sólida, 1 cucharadita de aderezo (ADA, 2014)

Se recomienda un consumo de entre el 20-35% del total de kcal, disminuyendo en la medida de lo posible las grasas saturadas y trans, y promoviendo mayor consumo de monoinsaturadas y poliinsaturadas.

Las grasas saturadas son sólidas a temperatura ambiente y su consumo debe ser tan bajo como sea posible, no más del 10% de la energía total. Sus fuentes proceden de origen animal (Ros *et al.*, 2015). Por su parte, el consumo de grasas *trans* debe ser lo más bajo posible, no superar el 1% de la energía total, ya que a partir de una ingesta del 2% de la energía surgen diversos factores de riesgo cardiovascular. Sus fuentes proceden de grasas recalentadas o procesos de modificación industrial (Ros *et al.*, 2015).

La recomendación de grasas monoinsaturadas es del 11 al 18% del total de energía. La FAO/OMS indica una recomendación de ingesta por diferencia de la suma de las

recomendadas para ácidos grasos saturados y ácidos grasos poliinsaturados, es decir, del 16 al 19% de la energía de la dieta. Sus fuentes proceden de aceites vegetales

Poliinsaturadas: son ácidos grasos que benefician la regulación del perfil lipídico, sus fuentes son pescados y semillas. La recomendación de consumo de omega 3 se sitúa en un 0,1-1,0% de la energía diaria, mientras que los omega 6 entre 3-8% de la energía total (Ros *et al.*, 2015).

Mensaje 6. Consuma carne baja en grasa por lo menos dos veces a la semana: las carnes son fuente de proteínas y hierro que ayudan a prevenir la anemia y mejorar los tejidos.

Meta nutricional: disminuir el consumo de carnes altas en grasa como embutidos para incorporar al menos dos veces a la semana carnes bajas en grasa.

Las carnes aportan proteínas de alto valor biológico, hierro, vitaminas del complejo B y grasas. La OMS recomienda consumir del 10 al 15% del total de calorías diarias.

Alimentos: carne de res, pollo, cerdo, pescado, mariscos, huevos, queso blanco, vísceras y embutidos.

Tamaño de la porción recomendada: 1 onza de carne, embutido, pescado o queso blanco, 1 unidad de huevo (ADA, 2014).

Mensaje 7. Tome leche al menos dos veces a la semana: los lácteos son alimentos fuente de proteínas, calcio y vitamina D que contribuyen a evitar enfermedades como la osteoporosis y ayudan al desarrollo de los niños.

Meta nutricional: aumentar el consumo de lácteos al menos a dos veces por semana.

La leche y sus derivados son la principal fuente de calcio, tanto por contenido como por biodisponibilidad, además de aportar otros nutrientes y proteínas de alto valor biológico,

favoreciendo la densidad ósea. Entre el grupo de lácteos se incluyen la leche líquida, el yogurt y la leche en polvo (Farré, 2015).

Tamaño de la porción recomendada: 1 taza de leche líquida, 2/3 taza de yogurt (ADA, 2014).

Mensaje 8. ¡Póngale menos sal! Un exceso de sodio causa hipertensión arterial y enfermedades cardíacas. Disminuya el uso de condimentos y utilice especias naturales para sazonar.

Meta nutricional: reducir el consumo de sodio máximo promedio de 5 g de sal al día.

La ingesta excesiva de sodio constituye uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares. Al reducir el consumo se regulan los niveles de presión arterial, así como el riesgo de mortalidad por causas asociadas. La OMS recomienda 2300 mg/día, lo cual se traduce a menos de 5 g/día de sal (Gaitán *et al.*, 2015).

Mensaje 9. ¡Muévase diariamente! Realice actividad física al menos una hora tres veces a la semana, le ayudará a controlar el peso, mejorar la salud y a sentirse mejor.

Meta nutricional: practicar actividad física al menos una hora tres veces a la semana.

Realizar actividad física mejora el sistema cardiorrespiratorio, músculo-esquelético y metabólico, disminuyendo los riesgos asociados con enfermedades crónicas no transmisibles y favorece el control de peso. Incluso a nivel psicológico mejora la ansiedad, el estrés, el estado de ánimo y en general proporciona bienestar psicológico. La OMS recomienda a adultos dedicar mínimo 150 minutos semanales de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana (Pérez, 2015).

Capítulo 2. Los buenos hábitos inician desde la compra de alimentos

La compra... más allá de adquirir alimentos.

Meta nutricional: educación nutricional enfocada en la selección de alimentos variados y saludables.

Lista de compras semanal por menos de ₡37.000 para una familia de cuatro personas.

Según el diagnóstico de la población, los hogares con un promedio de miembros de 3,82 gastan aproximadamente ₡37.500 mensuales en compra de alimentos. Ese monto se basó para realizar una observación de precios en un supermercado de la comunidad y lograr determinar una compra de un diario semanal para una familia de cuatro personas.

A continuación, se muestran los alimentos incluidos en el “diario semanal para cuatro personas de ₡37.500”.

Cantidad	Alimento	Precio
1	Arroz blanco 80% grano entero 4000g	₡2630
2	Frijoles negros 900g	₡1460
1	Lentejas 400g	₡600
1	Azúcar 1000g	₡630
1	Aceite vegetal 500ml	₡495
2	Café 250g	₡1600
2	Pasta caracolitos 250g	₡390
2	Pasta espagueti 250g	₡420
1	Sal 500g	₡140
1	Pan cuadrado integral 700g	₡1500
1	Galleta soda integral ocho unidades	₡530
1	Galleta María ocho unidades	₡540
1	Masa de maíz 500g	₡420
1	Avena integral 300g	₡500
1	Maní 180g	₡1000
1	Té de manzanilla 25 unidades	₡575
5	Especias surtidas 10g	₡650
1	Cereal hojuelas de maíz 800g	₡3025
1	Muslos de pollo sin piel 1000g	₡1500
1	Carne molida 1000g	₡3300
2	Atún en aceite 295g	₡1900
30	30 unidades de huevos	₡3125
2	Leche semidescremada 946ml	₡1000

12	Naranjas	¢1000
12	Bananos	¢660
2	Piñas	¢1500
1	Cebollas 1000G	¢450
2	Chiles dulces	¢360
1	Rollo de culantro	¢250
2	Cabezas de ajos	¢375
4	Chayotes tiernos	¢430
1	Lechuga	¢360
1	Aguacate pequeño	¢485
2	Pepinos	¢225
1	Tomates 1000g	¢700
1	Zanahorias 1000g	¢450
1	Zapallo	¢365
1	Papas 1000 G	¢850
8	Guineos	¢440
Total		¢36830

Capítulo 3. Diseño de un menú semanal equilibrado, saludable y económico

Meta nutricional: adaptar un menú semanal para un adulto sano con los productos adquiridos en el diario semanal de ¢37.500.

Se desarrolló un menú de siete días con cinco tiempos de alimentación: desayuno, dos meriendas, almuerzo y cena.

Dado que son personas de escasos recursos, se sugiere que las preparaciones del almuerzo y cena sean las mismas, pero disminuir la cantidad para este último tiempo de comidas.

3. Definición de objetivos.

- Orientar la educación alimentaria nutricional a la población meta.
- Adaptar una alimentación saludable de acuerdo con los ingresos de las personas en situación de pobreza.
- Modificar hábitos alimentarios que inciden en los problemas nutricionales asociados por exceso o deficiencia de consumo.
- Promover estilos de vida saludable adaptados a la población meta.

Etapa II. Guías alimentarias para la educación

4. Desarrollo de temas por nutriente.

En el documento adjunto, *Guía alimentaria para personas en condición de pobreza*, se muestra el desarrollo de los temas.

Declaración Jurada

Yo Luzdylary Rojas Prendas, cedula de identidad número 206640919, en condición de egresada de la carrera de nutrición de la Universidad Hispanoamericana, y advertida de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjuicio, declaro bajo la fe de juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura en Nutrición titulado “Guía de Alimentación Saludable para personas en situación de pobreza de la comunidad de Ciruelas de Alajuela en el año 2018” es una obra original y para su realización ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de derechos de Autor y Derechos Conexos, Número 6683 del 14 de octubre de 1982; y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece. “Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante un Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, el día 24 de setiembre del 2018.


Luzdylary Rojas Prendas

San José, 24 de setiembre del 2018

Departamento de Registro
UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

Estimados señores:

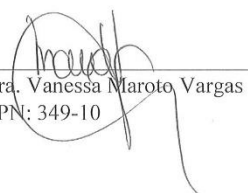
La estudiante Luzdyllary Rojas Prendas, cédula de identidad número 206640919, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "GUÍA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE POBREZA DE LA COMUNIDAD DE CIRUELAS DE ALAJUELA EN EL AÑO 2018". el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Nutrición. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	28
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20
	TOTAL		96

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura.

Atentamente,


Dra. Vanessa Maroto Vargas
CPN: 349-10

San José, 29 de octubre de 2018

Señores

Comisión de Revisión de Tesis

Universidad Hispanoamericana

S.D.

Estimados Señores:

Por este medio hago constar, en mi calidad de lector de la carrera de Nutrición, que he revisado en forma detallada el documento bajo el formato Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición de la estudiante **Luzdillary Rojas Prendas**, cédula de identidad 2 0664 0919, titulado "GUIA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE POBREZA DE LA COMUNIDAD DE CIRUELAS DE ALAJUELA EN EL AÑO 2018".

El documento cuenta con las características y condiciones de una modalidad de graduación, razón por la cual lo doy por aprobado, dando el visto bueno para continuar con las siguientes fases

Atentamente



Lector

Dr. Víctor Rodríguez Arias

Nutricionista

María Bonilla Sequeira

Filóloga Clásica
Universidad de Costa Rica

Tel.: (506) 8898 0758

/ 2253 8359

Correo electrónico:

nemesiscr@yahoo.com

nemesistica@gmail.com



San José, 12 de noviembre, 2018

Señores
Departamento de Registro
UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
Presente

Estimados señores

Por medio de la presente me permito comunicar que la alumna: **LUZDYLLARY ROJAS PRENDAS**, ha solicitado la revisión filológica de la tesis denominada: “**GUÍA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE POBREZA DE LA COMUNIDAD DE CIRUELAS DE ALAJUELA EN EL AÑO 2018**”, la cual se presenta para ostentar al grado de Licenciatura en Nutrición.

Para el efecto he procedido a revisar aspectos gramaticales, errores de construcción, ortografía, morfología, sintaxis y estilo. Asimismo, se destaca que en la revisión del documento se ha respetado el estilo propio de la autora, por lo cual estimo que el documento está listo para su presentación.

Adjunto a la presente copias de las certificaciones del Colegio de Licenciados y Profesores y de la Asociación Costarricense de Filólogos, donde se me acredita como Correctora de Estilo.

María de los Ángeles Bonilla Sequeira

Cédula: 1-0672-0683 Código ACFIL: No.009

Filóloga Clásica, Universidad de Costa Rica

Correctora de Estilo

Teléfono: 8898 0758 / 2253 8359

Correos electrónicos: nemesiscr@yahoo.com // nemesistica@gmail.com