



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

**“HÁBITOS ALIMENTARIOS Y FACTORES CULTURALES EN
MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL BASICO Dr. EDUARDO
MONTENEGRO DEL CANTON CHILLANES, PROVINCIA DE
BOLIVAR, 2010”**

TESIS DE GRADO

Previo a la obtención del título de:

NUTRICIONISTA DIETISTA

DANNY BOLIVAR ESTRADA PANCHO

**RIOBAMBA – ECUADOR
2010**

CERTIFICADO.

La presente investigación fue revisada y se autoriza su presentación

Dr. Phd. Marcelo Nicolalde.
Director de tesis

CERTIFICACION

El tribunal de tesis certifica que la presente investigación **“HÁBITOS ALIMENTARIOS Y FACTORES CULTURALES EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BASICO Dr. EDUARDO MONTENEGRO DEL CANTON CHILLANES, PROVINCIA DE BOLIVAR, 2010”** de responsabilidad de Sr. Danny Bolívar Estrada Pancho ha sido presentada y se autorizada su publicación.

Dr. Marcelo Nicolalde
DIRECTOR DE TESIS

Dra. Carmita Plaza
MIEMBRO DE DE TESIS

2010/10/05

AGRADECIMIENTO

Agradezco especialmente a la ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO, FACULTAD DE SALUD PÚBLICA, ESCUELA DE NUTRICION Y DIETETICA, por abrirme las puertas de la enseñanza y formarme como un profesional, creativo, innovador, competitivo, humanístico, crítico, preparado para los retos profesionales del mundo. Agradezco al Dr. Marcelo Nicolalde, Director de Tesis y a la Dra. Carmita Plaza Miembro, por su paciencia para transmitir sus conocimientos y enseñanzas, los que me sirvieron de mucho para realizar el presente trabajo.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo, a mis padres los cuales con su esfuerzo y dedicación, me formaron como persona, inculcándome valores de respeto, humildad perseverancia y esfuerzo, me apoyaron, sin desconfiar de mis capacidades en el largo trajín de mi vida estudiantil, y lucharon para que llegue a culminar mis estudios y darme la mejor herencia y orgullo de ser profesional. Dedico también este trabajo a mis profesores que con sus enseñanzas, me formaron como un profesional capaz de enfrentar cualquier reto profesional del mundo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	CONTENIDO PAGINAS
I. INTRODUCCION.....	1
II. OBJETIVOS	
A) General	3
B) Específicos	3
III. MARCO TEORICO	
 CAPITULO 1	
EMBARAZO	
1.1 Generalidades.....	4
1.1.1 Estado nutricional en el embarazo.....	4
1.1.2 Cambios fisiológicos en el embarazo.....	8
1.2 Requerimientos nutricionales en el embarazo.....	9
1.2.1 Requerimientos nutricionales.....	9
1.3 Alimentación en el embarazo.....	19
1.3.1 Alimentos no nutritivos en el embarazo.....	20
1.4 Factores de riesgo en el embarazo.....	20
1.5 Riesgos nutricionales en el embarazo.....	21
1.5.1 Riesgo nutricional.....	22
 CAPITULO 2	
HABITOS ALIMENTARIOS Y CULTURA ALIMENTARIA	
2.1 Hábitos alimentarios.....	24

	2.2 Cultura alimentaria.....	25
IV.	HIPOTESIS	28
V.	METODOLOGIA.....	29
	A. Localización y temporalización.....	29
	B. Variables.....	29
	1. Identificación.....	29
	2. Definición.....	29
	3. Operacionalización.....	30
	C. Tipo y diseño de estudio.....	36
	D. Población, muestra o grupo de estudio.....	36
	E. Descripción de procedimientos.....	38
	F. Esquema de análisis de resultados.....	40
VI.	RESULTADOS.....	41
VII.	CONCLUSIONES.....	66
VIII.	RECOMENDACIONES.....	67
IX.	RESUMEN.....	68
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	70
XI.	ANEXOS.....	73

INDICE DE GRAFICOS Y CUADROS

N.

1. Distribución de mujeres embarazadas por edad. Pag. 41
2. Distribución de mujeres embarazadas según estado civil. Pag. 42
3. Distribución de mujeres embarazadas según ocupación . Pag. 43
4. Distribución de mujeres embarazadas según periodo gestacional.
Pag. 44
5. Distribución de mujeres embarazadas según nivel de instrucción.
Pag. 45
6. Distribución de mujeres embarazadas según nivel índice de riesgo
de la vivienda. Pag. 46
7. Distribución de mujeres embarazadas según nivel de inserción
social Pag. 47
8. Distribución de mujeres embarazadas según tiempos de comida
Pag. 48
9. Distribución de mujeres embarazadas según frecuencia de consumo
de lácteos Pag. 49
10. Distribución de mujeres embarazadas según frecuencia de consumo
de cereales Pag. 50
11. Distribución de mujeres embarazadas según frecuencia de consumo
de carnes Pag. 51

12. **Distribución de mujeres embarazadas según frecuencia de consumo de leguminosas Pag. 52**
13. **Distribución de mujeres embarazadas según frecuencia de consumo de vegetales Pag. 53**
14. **Distribución de mujeres embarazadas según frecuencia de consumo de frutas Pag. 54**
15. **Distribución de mujeres embarazadas según frecuencia de consumo de aceites y grasas Pag. 55**
16. **Distribución de mujeres embarazadas según frecuencia de consumo de azúcar y dulces Pag. 56**
17. **Distribución de mujeres embarazadas según frecuencia de consumo de bebidas y líquidos Pag. 57**
18. **Distribución de mujeres embarazadas según creencia, de alimentos perjudiciales en el embarazo Pag. 58**
19. **Distribución de mujeres embarazadas según creencia, de alimentos beneficiosos en el embarazo Pag. 59**
20. **Distribución de mujeres embarazadas según tabúes, de alimentos prohibidos en el embarazo Pag. 60**
21. **Distribución de mujeres embarazadas según costumbres, de alimentos acostumbrados en el embarazo Pag. 61**
22. **Asociación de creencias de alimentos perjudiciales en el embarazo y frecuencia de consumo Pag. 62**

23. Asociación de creencias de alimentos beneficiosos en el embarazo y frecuencia de consumo Pag. 63

24. Asociación de tabúes de alimentos prohibidos en el embarazo y frecuencia de consumo Pag. 64

25. Asociación de costumbres; entre alimentos acostumbrados en el embarazo y frecuencia de consumo Pag. 65

I. INTRODUCCION.

Uno de los grupos más vulnerables de la población corresponde a las mujeres embarazada, ya que los problemas alimentarios y nutricionales que vive gran parte de estas mujeres en el país, compromete no sólo sus condiciones fisiológicas, sino que es más grave, ya que atenta en su vientre, donde se está formando un nuevo ser, en forma irreversible con desnutrición en su crecimiento y desarrollo, por tal motivo la mujer embarazada se expone a un riesgo de origen nutricional debido a que no se observan hábitos alimenticios adecuados que propician que su alimentación se vuelva errática.

Otro aspecto que determina sus hábitos de alimentación es la cultura. Su concepto es complejo y desde el punto de vista de su influencia sobre los hábitos de alimentación ha sido poco explorado. La antropología ha sido la ciencia que, en forma sistemática, se ha acercado más a la investigación y comprensión de la cultura-hábito de alimentación, incluyendo sus preferencias y aversiones, así como a las prácticas en torno a la adquisición, distribución, preparación y consumo de alimentos, proporcionando así que las dietas que consumen no provean la cantidad suficiente de nutrientes que se necesitan para asegurar su salud y la de su hijo. Así, los aportes de energía, hierro, zinc, calcio, folato, magnesio y vitaminas como D, E y B₆ son inadecuados.

Según datos recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 600.000 mujeres y 5.000 recién nacidos mueren cada día. En Ecuador según (CEPAR) mediante la encuesta Demográfica y de Salud Materna e infantil, de 1999 a 2004 se produjeron 107 muertes maternas por mil nacidos vivos en mujeres de 15 a 49 años de edad y aproximadamente 300 muertes cada año a consecuencia de complicaciones en el embarazo parto y postparto,(CEPAR/1 999- 2004).(1)(2)

La alimentación juegan un papel preponderante en los factores socioculturales de la población, de los cuales no se conoce que hábitos y cultura alimentaría se practica en el país y en nuestra región, de esta manera este tipo de dificultades, se han venido constituyendo en un gran

problema de salud pública para nuestra región y por ende nuestro país, es así que el número de casos en la tasa de incidencia anual de muerte materna va en aumento ya que en 2007 en el país, se presentaron 165 casos de muertes maternas, distribuidas en las regiones costa con 85 casos y en la región sierra 64 casos, de los cuales en la provincia de Bolívar, presenta 2 casos de muertes maternas(3).

El cantón Chillanes es parte de la provincia de Bolívar, su población es de alrededor de 21.897 habitantes, de los cuales las tres cuartas partes se asientan en el cantón, siendo la población joven la predominante, el cantón Chillanes tiene poca población indígena en relación a la provincia, el 49% corresponde a la población femenina en la cual el 20% se encuentra en edad fértil. (4)

La atención de la salud del cantón Chillanes está a cargo del Hospital básico Dr. Eduardo Montenegro el cual atiende, en el área de consulta externa aproximadamente a 300 embarazadas anualmente que representa un 1% de la población total, en este hospital no se han presentado muertes maternas en los últimos 3 años, pero si existen mujeres embarazadas con bajo peso que son un riesgo latente para que aumenten las estadísticas de muertes maternas. (5)

Otro aspecto que trae consigo la malnutrición en la mujer embarazada es el nacimiento de un hijo con bajo peso al nacer, el cual estará en peligro de morir o de empezar una etapa de desnutrición marcada el cual se irá manifestando con el pasar del tiempo, ya que en la edad adulta estos niños estarán en riesgo de presentar enfermedades degenerativas no transmisibles y cardiovasculares como obesidad, diabetes, hipertensión arterial, arteriosclerosis.

II. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre los factores culturales y los hábitos alimentarios que tienen las mujeres embarazadas que acuden a consulta externa del Hospital Básico Dr. Eduardo Montenegro del cantón Chillanes, provincia de Bolívar, 2010

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características socio-económicas y educacionales de las mujeres embarazadas.
- Identificar los hábitos alimentarios de las mujeres embarazadas.
- Establecer los factores culturales alimentarios que tienen las mujeres embarazadas.

III. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

A. EMBARAZO

1. GENERALIDADES

Se denomina embarazo al estado fisiológico de 9 meses (40 semanas) de duración en el que se halla la mujer gestante a partir de la fecundación, cuyo diagnóstico precoz y control prenatal (norma MSP) debe realizarse desde el inicio de la gestación.

Es importante el buen estado nutricional de la mujer previo al embarazo. Durante la gestación se produce un aumento de los requerimientos nutricionales (energéticos, proteicos, minerales y vitamínicos) y la calidad de la alimentación constituye un factor fundamental que afecta la salud de la embarazada y del niño a medida que avanza la gestación.

En general, del 36% de la ganancia de peso es responsable el feto y concepto (membranas, líquido amniótico, placenta) mientras que el incremento de peso de la madre (64%), el 30% es grasa y constituye una importante reserva energética para la lactancia.⁽⁶⁾

a. ESTADO NUTRICIONAL EN EL EMBARAZO.

Hay dos indicadores del estado nutricional de la madre que se han correlacionado especialmente con el peso del lactante al nacer: tamaño de la madre (altura y peso antes del embarazo) y aumento de peso durante el embarazo.

- Tamaño de la madre

Las mujeres de gran estatura y salud general buena tienden a tener hijos grandes. Se ha propuesto que el tamaño de la madre es un factor condicionante del tamaño final de la placenta en ausencia de enfermedad. El tamaño de la placenta es un indicador de salud de la placenta y determina la cantidad de nutrición y el oxígeno que llega al feto. Las mujeres con peso insuficiente tienen placentas de menor peso y mayor riesgo de dar a luz a un lactante con peso bajo al nacer. Se desconoce si es un factor teleológico protector, pero es probable que si las mujeres con infrapeso tienen niños de mayor tamaño se necesitará el parto quirúrgico. El aumento de peso recomendado se basa en el IMC previo al embarazo.

- Aumento del peso de la madre durante el embarazo

Menos de la mitad del aumento de peso total de un embarazo con feto único en una mujer de peso normal se debe al feto, la placenta y el líquido amniótico; el resto se encuentra en los tejidos reproductores de la madre, líquido, sangre y reservas maternas, formadas principalmente por la grasa corporal. El aumento gradual de la grasa subcutánea en el abdomen, espalda y parte alta del muslo sirve como reserva de calorías para el embarazo y la lactancia.

En las mujeres de peso normal que viven en entornos saludables el aumento de peso de 11 a 16 kg durante la gestación se asocia a un desenlace satisfactorio. Las directrices emitidas por el Instituto de Medicina (IOM) recomiendan un aumento de peso de 11 a 16 kg. En mujeres con un peso normal (IMC 18,5 a 24,9), 13 a 18 en mujeres con bajo peso (IMC <18,5) y 7 a 11 kg en las mujeres con sobrepeso (IMC 25 a 29,9).(7)

La obesidad se describe como clase I, cuando el IMC es de 30 a 34,9, de clase II cuando el IMC es de 35 a 39,9 y de clase III si es mayor de 40. Dado que la crisis de obesidad también afecta a las mujeres en su embarazo, el aumento de peso óptimo de

un lactante sano de una madre obesa se debe valorar teniendo en cuenta el aumento de riesgo potencial para la salud de la madre asociado a su propio aumento de peso.

Una mujer cuyo IMC sea de 22 se clasificaría como un peso normal y se le aconsejará que aumente entre 11 y 16 kg durante su embarazo. Las curvas de aumento de peso durante el embarazo que se usan en la actualidad reflejan el peso antes del embarazo, la talla y la edad de la madre. Varios estudios indican que el 50% de las mujeres con sobrepeso ganan más peso que el recomendado. Se debe valorar siempre el aumento de peso con respecto a la ingesta calórica. Si el aumento de peso es excesivo y no se apoya en un consumo excesivo de calorías, es probable que la mujer esté acumulando líquidos en forma de edema o exceso de líquido amniótico (Ej. polihidramios). Las mujeres más mayores con gestaciones múltiples son más propensas al compromiso cardíaco y puede tener una retención de líquidos global mayor.

La matriz de peso durante el embarazo es un modelo que utiliza categorías de peso a lo largo del embarazo analizando dos de los aspectos del mismo: el estado corporal de la madre antes del embarazo, que es una variable constante, y el factor variable (el aumento de peso durante los 9 meses del embarazo). En los diagramas de aumento de peso creados por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de EE. UU. Se propone un patrón de aumento de peso prenatal normal. Estas cuadrículas de peso son herramientas de evaluación estándar que se usan en maternidades. La situación de peso ideal se refiere al aumento apropiado en todos los IMC, aun que la realidad clínica demuestra que hay situaciones de aumento de peso excesivo e insuficiente.

- Obesidad

La tendencia de las mujeres revela un aumento de la prevalencia de la obesidad, El riesgo de diabetes gestacional, hipertensión inducida por el embarazo. Las mujeres con

sobrepeso y obesidad también tienen un mayor riesgo de pérdida fetal intrauterina o abortos tardíos en el embarazo (>semana 28 gestación) y a término. El riesgo de parto de un niño muy prematuro (<_32 semanas) o con un defecto cardíaco y macrosomía (peso al nacer mayor de 4000g) también aumenta en las mujeres obesas.

Las mujeres gestantes obesas (IMC >30) tienen duplicado el riesgo de dar a luz un lactante con defectos del tubo neural (DTN), anomalías que dan lugar a anencefalia o espina bífida, en comparación con las mujeres de peso normal. La asociación entre obesidad materna y aumento de la incidencia de DTN es desconcertante. La protección frente a los DTN que se consigue con la ingestión adecuada de folatos en dosis de 600 mg/día parece ser menor en las mujeres gestantes obesas que en las de peso normal. Se especula con que el aumento del tamaño corporal puede requerir un suplemento adicional. Como la vitamina B1 (metilcobalamina) es un cofactor de la sintasa metionina, una enzima que tiene un papel central en el metabolismo de los folatos, también es posible que se necesite en mayores cantidades para prevenir los DTN.

- Adolescencia

Las adolescentes tienen una incidencia mayor de dar a luz un lactante con PBN y se asocia a riesgos médicos nutricionales significativos. Muchas adolescentes llegan al embarazo con un estado nutricional deficiente, siendo lo más frecuente la ingesta insuficiente de hierro, calcio y ácido Fólico. La alimentación es uno de los factores más importantes y controlables en la adolescente y su hijo. Al aconsejar a las madres adolescentes, el nutricionista debe ser consciente del nivel psicosocial, cultural y de alfabetización, su nivel económico y las posibles dependencias, así como cualquier marco educativo que pudiera influir en la elección de alimentos.

En algunas culturas, la asistencia del embarazo se limita porque es esencial conocer los alimentos usados en Cada etnia y los comentarios sobre los alimentos inusuales o su preparación no deben ser negativos cuando nos deriven a una paciente para su evaluación nutricional. Con independencia del origen, se recomienda que las adolescentes de peso normal, como grupo, aumenten de peso durante el embarazo entre 12,5 y 18kg.(8)

b. CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL EMBARAZO

- Volumen sanguíneo y composición de la sangre

El volumen sanguíneo se expande en un 50%, y hay una disminución en la hemoglobina, en los valores de glucemia y en las concentraciones plasmáticas de albumina.

Aumenta las concentraciones de vitaminas liposolubles, triglicéridos, colesterol y ácidos grasos libres.

- Función Cardiovascular y Pulmonar

Disminución de la presión arterial en los primeros meses.

Aumentan los requerimientos de oxígeno y se reduce el umbral de CO₂.

Se dificulta la respiración.

- Función Gastrointestinal

Se presenta anorexia náuseas y vómitos en los primeros meses

Las avideces y las aversiones por los alimentos.

Aumento en la concentración de progesterona.

La baja motilidad intestinal.

- Función Renal

Alta tasa de filtración glomerular.

Por la orina se excretan mayores cantidades de aminoácidos, glucosa y vitaminas hidrosolubles.

Se reduce la capacidad para excretar agua.

Edema en las piernas y tobillos.

- Placenta

Conducto para el intercambio de nutrientes, oxígeno y productos de desecho.

Sitio principal de producción de varias hormonas que intervienen en el crecimiento fetal y en los tejidos de soporte de la madre.

- Energía

Es importante para apoyar las demandas metabólicas de la gestación y el crecimiento fetal.

- Ejercicio

Después de la 5ta semana de gestación, el ejercicio practicado con regularidad reduce el depósito de grasas y el aumento de peso.

La restricción energética es la mayor producción de cuerpos cetónicos y su liberación final por la orina.⁽⁸⁾

2. REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES EN EL EMBARAZO

a. Requerimientos nutricionales

El crecimiento fetal y el embarazo demandan más nutrientes, y esos requerimientos se definen como la nueva ingesta dietética de referencia (IDR), que comprende la ingesta adecuada (IA) y las RDA.

i. CALORÍAS. Se necesitan más calorías durante el embarazo para apoyar las demandas metabólicas del embarazo y el crecimiento fetal. El metabolismo aumenta un 15% durante el embarazo. Las IDR calculadas en 2002 para las calorías de la mujer embarazada son iguales a las de la mujer no embarazada en el primer trimestre, pero después aumentan en 340-360 kcal/día durante el segundo trimestre y en otras 112 kcal/día en el tercero. Si el aumento de peso de la madre se encuentra dentro de los límites deseables, el intervalo aceptable de la ingesta de calorías es muy variable, dadas las diferencias individuales en la producción de calorías y en el metabolismo basal. (8)

ii. PROTEÍNAS. La mujer embarazada tiene mayores requerimientos de proteínas para apoyar la síntesis de tejidos maternos y fetales pero se desconoce la magnitud del incremento. Los requerimientos de proteínas aumentan durante la gestación y son máximos durante el tercer trimestre. La cantidad diaria recomendada actual es de 0,66 g/kg/día de proteínas en mujeres gestantes es la misma que en las mujeres no gestantes en la primera mitad del embarazo y aumenta en la segunda mitad hasta 71 g/día. Por cada feto adicional se recomienda añadir otros 25 g/día. (8)

iii. CARBOHIDRATOS. La media estimada de requerimientos (MER) es de 135 g/día y la ingesta adecuada es de 175 g/día. Esta cantidad, 135 a 175 g/día, es la recomendada para proporcionar calorías suficientes en la dieta para prevenir la cetosis y mantener una glucemia apropiada durante el embarazo. Los 175 gramos se traducen en 700 calorías, que es el 35% de un régimen medio de 2000 calorías/día. Por tanto, es necesario elegir bien los alimentos para incluir todos los nutrientes necesarios en el embarazo en la dieta diaria. (8)

iv. FIBRA. Se debe favorecer el consumo diario de pan y cereales integrales, verduras de hoja verde y amarilla y frutas frescas y secas para aportar las cantidades adicionales de minerales, vitaminas y fibra. La ingesta diaria recomendada de fibra durante el embarazo es de 28 g/día. Es importante seleccionar alimentos que sean también buenas fuentes de hierro y ácido fólico. (8)

v. LÍPIDOS. No hay una ingesta diaria recomendada para lípidos durante el embarazo. La cantidad de grasa en la dieta dependerá de los requerimientos de calorías para que el aumento de peso sea el correcto. No obstante, por primera vez hay una recomendación (una ingesta adecuada de 13 g/día) para la cantidad de ácidos grasos n-6 poliinsaturados (ácido linoleico) y una adecuada ingesta de 1,4 g/día para la cantidad de ácidos grasos poliinsaturados n-3 (ácido α -linolénico) en la dieta. (8)

vi. VITAMINAS. Algunas vitaminas tienen especial importancia para que el resultado del embarazo sea óptimo. En algunos casos, estas vitaminas en concreto se pueden aportar con la dieta y en otros es necesario el suplemento con vitaminas y minerales. También se ha documentado que el uso de un suplemento multivitamínico en el momento de la concepción reduce el riesgo de defectos cardíacos en los lactantes en un 43% si se empieza al inicio del embarazo. (8)

vii. ACIDO FÓLICO. Los requerimientos de ácido fólico aumentan durante el embarazo en respuesta a las demandas de eritropoyesis materna y fetal y del crecimiento de la placenta, y, sobre todo, para la prevención de los defectos del tubo neural (DTN). La cantidad diaria recomendada de ácido fólico en el embarazo es de 600 μ g un incremento de 200 μ g con respecto a las mujeres no embarazadas. El Instituto de Medicina (IOM) recomienda proporcionar 400 μ g de los 600 μ g/día en forma de alimentos reforzados con folatos o con suplementos, porque se absorbe

mejor, y 200 ug en los alimentos y bebidas. La ingesta máxima tolerada (IMT) es de 800 a 1000 ug/día en forma de alimentos reforzados o suplementos. (8)

viii. COLINA. Se considera que la colina es un nutriente esencial porque no puede ser sintetizado en cantidades suficientes para cubrir las demandas metabólicas. Es necesaria para la integridad estructural de las membranas celulares, la señalización celular y la transmisión del impulso nervioso y es una fuente importante de grupos metilo, al igual que el folato. El instituto de medicina (IOM) recomienda recibir 450 mg/día durante el embarazo, 25 mg más que la mujer no embarazada. La colina protege frente a la pérdida de memoria después de las convulsiones de gran mal y previene el desarrollo del deterioro de la memoria en los hijos de madres alcohólicas. Los alimentos que contienen grandes cantidades de colina son el hígado de ternera, cerdo, pollo, pavo, pescado, yemas de huevo, lecitina de soja y germen de trigo. El suplemento puede ser necesario para cubrir la IDR. (9)

ix. VITAMINA B6. La cantidad diaria recomendada de vitamina B6 durante el embarazo es de 1,9 mg/día. Los 0,6 mg que se añaden a esa cantidad recomendada con respecto a las mujeres adultas no embarazadas se deben al aumento de las necesidades asociadas a la síntesis de aminoácidos no esenciales durante el crecimiento y a la síntesis de niacina a partir de triptófano dependiente de la vitamina B. La ingesta máxima tolerada de vitamina B6 es de 80 a 100 mg/día. (9)

x. ACIDO ASCÓRBICO. Se recomienda añadir 10 mg/día de vitamina C en las mujeres gestantes. La recomendación total de 80 a 85 mg/día se cumple mediante la dieta, si se comen al día cinco raciones de fruta. Aunque la deficiencia de ácido ascórbico no se ha asociado a un resultado adverso del embarazo en estudios poblacionales de gran tamaño, en algún estudio se ha sugerido una asociación

entre concentraciones plasmáticas bajas de vitamina C y preeclampsia, así como con la rotura prematura de membranas (RPM). La idea de que un consumo excesivo de vitamina C en el embarazo puede provocar un escorbuto de rebote en el recién nacido sólo se ha defendido en un artículo, y no parece ser motivo de preocupación. (8)

xi. VITAMINA A. La CDR de vitamina A es de 770 ug de equivalentes de retinol (RAE) o 2564 unidades internacionales (UI) en las mujeres gestantes y no gestantes. Las reservas maternas de vitamina A cubren con facilidad la tasa de excreción fetal. En el hombre, las concentraciones de la vitamina A en sangre de cordón se han correlacionado con el peso al nacer, el perímetro craneal, la talla y la duración de la gestación.

Contrariamente a lo publicado en informes previos, según los cuales 10.000 UI o más de vitamina A aumentaban el riesgo de un defecto de la cresta neural, las dosis moderadas de vitamina A (8000 a 10.000 UI) no suponen riesgo de defectos congénitos. No obstante, en el aviso se desaconseja el uso de dosis altas de vitamina A, por ejemplo, las ingestas involuntarias mayores de 30.000 UI. Es necesario vigilar estrechamente a las mujeres que siguen dietas con contenidos altos de vitamina A, por ejemplo por el consumo de grandes cantidades de hígado animal regularmente. (8)

xii. VITAMINA D. La ingesta adecuada de vitamina D es de 5 ug (200 unidades internacionales [UI])/día en mujeres gestantes y no gestantes. La IDR también indica una IMT de 50 ug (2000 UI)/día durante el embarazo. La vitamina D es muy apreciada por sus efectos positivos en el balance de calcio durante el embarazo. Esta vitamina y sus metabolitos atraviesan la placenta y aparecen en sangre fetal en la misma concentración que en la circulación materna. Nuevos datos indican otras

funciones de la vitamina D, como potenciación de la función inmunitaria y del desarrollo cerebral. La vitamina D puede participar en la regulación de las citocinas (Th1 y Th2) y está implicada en la esclerosis múltiple y en la pérdida recurrente de embarazos. Los datos indican que las concentraciones bajas de vitamina D durante el embarazo predisponen al desarrollo de preeclampsia, una afección hipertensiva del embarazo que afecta hasta el 8% de las mujeres gestantes.

La deficiencia materna de vitamina D se asocia a hipocalcemia neonatal e hipoplasia del esmalte dental, y puede afectar a la mineralización ósea fetal. Las concentraciones sanguíneas de vitamina D suelen ser bajas en los lactantes nacidos de madres con deficiencia de esta misma vitamina, y esta deficiencia se encuentra cada vez más en mujeres de piel oscura y que usan velo, donde la exposición solar es baja. El exceso de vitamina D es peligroso durante la gestación. Se ha descrito un caso de hipercalcemia grave del lactante en un recién nacido cuando la ingestión de la madre era excesiva. (8)

xiii. VITAMINA E. Los requerimientos de vitamina E están aumentados durante el embarazo, pero su deficiencia en el ser humano es rara y no se ha relacionado con un descenso de la fertilidad con malformaciones fetales, como se ha hecho en los animales. No obstante, la cantidad diaria recomendada de 15 mg de α -tocoferol en las mujeres no embarazadas es la misma que en las embarazadas. La ingesta máxima tolerada (IMT) se ha fijado en 800 mg/día en las mujeres gestantes de 18 años de edad o menores, y de 1000 mg/día en las de 19 a 50 años de edad. (8)

xiv. VITAMINA K. La CDR de vitamina K durante el embarazo (90 μ g/día en las mujeres de 19 a 50 años) se aplica también a las mujeres, no gestantes. Las dietas normales proporcionan cantidades adecuadas de vitamina K, si bien no se han definido IMT de vitamina K durante el embarazo. La vitamina K también es

responsable de la salud del hueso, por lo que es importante ingerir cantidades adecuadas durante el embarazo. (8)

xv. MINERALES CALCIO. Los factores hormonales influyen fuertemente en el metabolismo del calcio en las mujeres gestantes. La somatotropina coriónica humana procedente de la placenta acelera el Ciclo metabólico óseo de la madre. Los estrógenos, que también proceden principalmente de la placenta, inhiben la reabsorción ósea, provocando la liberación compensadora de hormona paratiroidea que mantiene las concentraciones maternas de calcio sérico a la vez que potencia la absorción intestinal de calcio de la madre. El efecto neto de estos cambios, que preceden a la mineralización ósea fetal, es el aumento de la retención progresiva de calcio para cubrir las demandas óseas fetales, que aumentan progresivamente para efectuar la mineralización. La hipercalcemia fetal y los consecuentes ajustes endocrinos estimularán, en último término, el proceso de mineralización

Durante el embarazo se acumulan aproximadamente 30 g de calcio, casi todo en el esqueleto fetal (25 g). El resto se almacena en el esqueleto materno, mantenido presumiblemente en reserva para cubrir las demandas de calcio de la lactancia. La mayoría de la acumulación fetal tiene lugar durante el último trimestre del embarazo, unos 300 mg/día como media.

La última ingesta adecuada de calcio durante el embarazo es de 1300 mg/ día en las mujeres de 18 años de edad o menores y 1000 mg/día en las de 19 años y mayores con un embarazo de feto único. Esta recomendación es la misma que en las mujeres no gestantes porque los cambios hormonales del embarazo aumentan la absorción y el uso de calcio. Las ingestiones diarias de productos lácteos menores de la ingesta adecuada aumentan la pérdida de calcio del esqueleto

materno. Las mujeres multíparas que ingieren una cantidad insuficiente de calcio desarrollan osteomalacia.

La ingesta máxima tolerada de calcio durante el embarazo es de 2500 mg/día. El consumo excesivo de calcio desde los alimentos no es frecuente, pero la concentración sérica elevada de este ión puede ser consecuencia del exceso de antiácidos por pirosis o reflujo gastroesofágico (RGE) durante el embarazo, y se han descrito concentraciones peligrosas de calcio por el síndrome de leche y alcalinos.

xvi. FÓSFORO. La cantidad diaria recomendada de fósforo es la misma en las mujeres gestantes y no gestantes: 1250 mg/día en mujeres menores de 19 años de edad y 700 mg/día en las de 19 años o mayores. La IMT durante el embarazo es de 3500 mg/día.

El fósforo se encuentra en una variedad tan amplia de alimentos, que es raro encontrar una deficiencia cuando el sujeto come. Puede haber concentraciones bajas cuando las mujeres tienen hiperémesis gravídica. La hipofosfatemia puede poner en peligro la vida del paciente porque el fósforo es importante para el metabolismo de las calorías como componente del trifosfato de adenosina (ATP). (8)

xvii. HIERRO. El importante aumento de la demanda de sangre materna durante el embarazo aumenta mucho la demanda de hierro. El volumen normal de eritrocitos aumenta de un 20% a un 30% en el embarazo y la mujer embarazada debe consumir 700-800 mg de hierro adicional durante su embarazo: 500 mg para la hematopoyesis y 250-300 mg para los tejidos fetales y placentarios. El mayor aumento tiene lugar después de la semana 20 de gestación, cuando las demandas maternas y fetales son máximas. Los requerimientos de hierro están aumentados, por lo que la CDR de hierro durante el embarazo se situó en el 2001 en 27 mg/día,

un incremento de 9 mg/día con respecto a la de una mujer no embarazada, 12 mg/día más que en una adolescente no embarazada. La IMT es de 45 mg/día.

xviii. CINCO. La CDR de cinc en el 2001 es de 11-13 mg durante el embarazo, 3-5 mg más que en la mujer no grávida. La ingestión media de cinc es de 11,1 mg y 13 mg en adultos, debido al cinc incluido en los suplementos. Una dieta con deficiencia de cinc no provoca la movilización del cinc desde sus reservas en el esqueleto materno, por lo que se desarrolla con rapidez un estado de deficiencia de cinc.

El estado de cinc en la madre está inversamente relacionado con el grado de suplemento de hierro prenatal porque el exceso de la ingestión de hierro inhibe la absorción de cinc (IOM, 1990). La IMT de la ingesta de cinc durante el embarazo es de 34 mg/día en una adolescente embarazada y de 40 mg/día en la mujer embarazada de 19 a 50 años de edad.

xix. COBRE. El contenido de cobre en las dietas de mujeres gestantes a menudo se encuentra en el límite bajo, pero no se ha determinado si una deficiencia moderada de cobre en la dieta afecta al desarrollo del feto humano. La CDR de cobre durante el embarazo es de 1000 ug/día, 100 ug/día más que en la mujer no embarazada. El suplemento excesivo de hierro inhibe la absorción de cobre. La IMT de cobre es de 8000 ug/día en las mujeres de 18 años o menor y 10.000 ug/día en las de 19 a 50 años embarazadas, igual que en las mujeres no embarazadas. (8)

xx. SODIO. El medio hormonal del embarazo afecta al metabolismo del sodio. El aumento del volumen sanguíneo de la madre aumenta la filtración glomerular de sodio de 5000 a 10.000 mEq/día. Los mecanismos compensadores mantienen el

balance hidroelectrolítico. No se recomienda restringir el sodio en la dieta o el uso de diuréticos en mujeres gestantes con edema.

xxi. MAGNESIO. La CDR de 350 a 400 mg de magnesio en el embarazo supone un aumento de 40 mg con respecto a las mujeres no gestantes. El feto a término acumula 1 g de magnesio durante la gestación. Según el IOM, el suplemento de magnesio durante el embarazo reduce la incidencia de preeclampsia. No obstante, este organismo también establece una IMT de magnesio con suplementos o medicamentos (aparte de los alimentos y la bebida) durante el embarazo de 350 mg/día.

xxii. FLÚOR El papel del flúor en el desarrollo prenatal es controvertido. El desarrollo de la dentición primaria empieza a las 10-12 semanas de gestación; a partir del sexto o noveno mes se forman los primeros cuatro molares y ocho de los incisivos permanentes. Por tanto, durante la gestación se desarrollan 32 dientes. La controversia surge al plantear el grado en que el flúor se transporta a través de la placenta y su valor intraútero en el desarrollo de dientes permanentes resistentes a la caries. La IA de flúor en el embarazo es de 3 mg/día y la IMT es de 10 mg/día.

xxii. YODO. Se han añadido otros 70 g de yodo a la CDR de 150 ug en las mujeres, con lo que la CRD de yodo durante el embarazo es de 220 ug/día. La IMT en el embarazo se establece en 900-1100 ug/día. El único papel conocido de yodo es el de formar parte de la molécula de tiroxina, una hormona que tiene papeles esenciales en el metabolismo de los macronutrientes. Hace tiempo que sabemos que la deficiencia materna de yodo causa cretinismo neonatal, pero una ingesta deficiente sin deficiencia clara en las mujeres gestantes compromete el desarrollo fetal, incluso en ausencia de cretinismo, con retraso del desarrollo del lactante. En estudios previos se establece que el suplemento de yodo antes de la concepción

previene el cretinismo endémico. En algunos casos en los que no se puede garantizar la ingesta de yodo en esa etapa, el suplemento antes de terminar el segundo trimestre también puede proteger al cerebro fetal de los efectos de la deficiencia de yodo. (8)

3. ALIMENTACION EN EL EMBARAZO

La buena alimentación durante el embarazo constituye uno de los aspectos fundamentales a tener en cuenta durante la gestación. Se Puede modificar los menús según los gustos personales siempre que considere las raciones diarias o semanales imprescindibles en su dieta gestacional.

Por estos motivos, resulta importantísimo alimentarse de manera adecuada durante el embarazo y vale la pena el esfuerzo de cumplir con los siguientes principios nutricionales:

- Cada comida cuenta para el bienestar del bebé.
- Consuma calorías provenientes de comidas que realmente alimenten.
- No ayune ni elimine comidas. - Prefiera los alimentos ricos en proteínas y bajos en grasas.
- Prefiera los alimentos naturales frescos en lugar de procesados.
- Aun que los carbohidratos engordan, no deben ser eliminados de su dieta.
- Limite su consumo de azúcar refinado.
- Es más fácil mantener una dieta sana cuando la siguen todos los miembros del grupo familiar.

El primer paso para alimentarse debidamente consiste en prestar atención a los alimentos que constituyen su dieta diaria e introducir aquellos cuyas necesidades van a

estar aumentadas durante los meses que dura la gestación con el fin de tener un embarazo saludable.

b. Alimentos no nutritivos en el embarazo.

i. Sal El exceso de sal no es saludable para ninguna persona y menos aún para la embarazada, pero no se deberá eliminar de la dieta ya que cierta cantidad es necesaria para el mantenimiento de un nivel adecuado de líquidos.

Para consumir una cantidad adecuada de sal, se recomienda utilizarla únicamente en la mesa y no mientras se preparan los alimentos. Restrinja su uso, sin eliminarla.

ii. Cafeína. Los efectos sobre el peso al nacimiento, el trabajo de parto y las malformaciones congénitas parecen interactuar entre la cafeína y condiciones socioeconómicas deficientes, factores genéticos y farmacocinéticos.

iii. Edulcorantes Artificiales. Sería mejor que no se consumiera por que contienen aspartame sustancia que da lugar a la liberación de fenilalanina, aminoácido que se degrada con rapidez a una sustancia relativamente inocua.

No obstante en personas con fenilcetonuria no está presente la enzima necesaria para su conversión y podría sufrir el niño de altas concentraciones del aminoácido en la sangre. (8)

4. FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO

- a.** Diversos factores aumentan la posibilidad de que una mujer tenga un embarazo de riesgo:
- Edad menor a 14 años o mayor a 35 años.

- Enfermedades anteriores o durante el embarazo: anemia, alcoholismo, diversas cardiopatías, diabetes, hipertensión, obesidad, diversas enfermedades infecciosas, afecciones renales o trastornos mentales.
- Embarazos múltiples.
- Problemas en un embarazo previo.
- Hijos anteriores con alguna malformación.
- Peso corporal menor de 45 kg o mayor a 90 kg (varia de acuerdo a talla)
- Talla menor a 140 cm.
- Riesgos alimenticios:

Los pescados con alto contenido de mercurio deben ser evitados, como el tiburón, pez espada, carita, blanquillo y algunos atunes. Otros pescados como los camarones, salmón, bacalao y bagre, no deben ingerirse más de una vez por semana por tener un bajo contenido de mercurio. (8)

5. RIESGOS NUTRICIONALES EN EL EMBARAZO

Hay embarazos que, por sus especiales circunstancias, requieren un cuidado y un seguimiento específico. En ellos pueden surgir complicaciones o problemas imprevistos que deben ser atendidos pronta y profesionalmente para evitar colocar a la madre o al bebé en situación de riesgo.

Embarazos en Adolescentes El 40% de mujeres en países en vías de desarrollo tiene un parto antes de cumplir 20 años. Muy pocos de estos embarazos son planeados o deseados por las adolescentes. Muchas de ellas son forzadas por las presiones sociales a tener matrimonios tempranos y embarazos tempranos, o son resultado de adolescentes a las que se les negó libre acceso a anticonceptivos.

El embarazo en adolescentes puede tener consecuencias adversas para la salud tanto de corto plazo como de largo plazo. En el corto plazo el resultado del embarazo será muy probablemente desfavorable. Una razón es biomédica. La niña adolescente embarazada es más propensa a sufrir toxemia de embarazo y desproporción cefalo-pélvica cuando los huesos de la pelvis no se han desarrollado completamente. y tiene más probabilidades de tener un bebé con bajo peso de nacimiento. Otro tipo de consecuencias a largo plazo son las fístulas obstétricas, que a consecuencia del trabajo de parto prolongado u obstruido, es un orificio entre la vagina y la vejiga o el recto, lo cual causa que la mujer padezca de incontinencia crónica. Este padecimiento afecta a más de dos millones de niñas y mujeres en todo el mundo y se estima que cada año se agregan entre 50.000 y 100.000 nuevos casos. (8)

a. RIESGO NUTRICIONAL

i. Anemia. El estado de anemia ya existente no es obstáculo para el embarazo: un 20% de las mujeres pueden estar algo anémicas antes de concebir. La forma más común de anemia se debe a la pérdida de sangre durante la menstruación, y es una anemia por deficiencia de hierro (cuando el nivel de hemoglobina es inferior a 11 g/100 ml de sangre). Antes de concebir sería conveniente consultar al médico, quien podrá corregir fácilmente la anemia por deficiencia de hierro con un tratamiento específico. También podrá aumentar la ingestión de alimentos ricos en hierro.

ii. Diabetes. Si la embarazada tiene diabetes mellitus debe asegurarse de tener bajo control su situación antes de quedarse embarazada, para que las posibilidades de tener un hijo sano y un parto normal sean lo más altas posibles. Es probable que necesite una mayor cantidad de insulina durante el embarazo y su doctor se encargará de hacer un seguimiento detallado de la cantidad que precise en cada momento, pues puede variar.

También es probable que deba acudir con mayor frecuencia al hospital para realizar las pruebas prenatales y deberá poner un especial cuidado en su dieta. Hay mujeres a quienes se les diagnostica diabetes mellitus gestacional, un tipo de diabetes que se desarrolla sólo durante el embarazo y que suele desaparecer poco después del parto. Los riesgos de este tipo de diabetes son menores y raramente se precisa insulina; con reducir la ingesta de azúcar suele ser suficiente. La complicación principal en los hijos de madres con diabetes gestacional es la macrosomía fetal (niños con peso mayor de 4 kilos)

iii. Hipertensión. Se denomina hipertensión al aumento de la presión sanguínea. Esta tiene dos componentes, por ejemplo: 120/70. Un aumento de la cifra menor, la presión diastólica, es motivo de preocupación para los médicos, ya que corresponde a la medida del bombeo cardíaco en reposo. Si padece hipertensión, es recomendable que la mujer consulte a su médico antes de quedarse embarazada. Posiblemente se le indique un cambio de fármacos y se le haga un seguimiento de su estado renal. Con una atención correcta, no hay ninguna razón que impida tener un embarazo y un parto normales, aunque puede que la mujer ingrese antes de tiempo en el hospital. Si durante el embarazo desarrolla hipertensión, la atenderán en un centro de día, donde controlarán su presión. Ahora bien, en algunos casos más severos se recomendará el ingreso. A veces, será necesario avanzar el parto, mediante cesárea, a causa de la presión de la sangre materna en el bebé. Un aumento de la presión arterial al final del embarazo puede ser síntoma de pre-eclampsia, una afección muy seria. (8)

B. HABITOS ALIMENTARIOS Y CULTURA ALIMENTARIA

1. HÁBITOS ALIMENTARIOS

Es el conjunto de costumbres que determina el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y la alimentación.

La alimentación es un conjunto de acciones por medio de las cuales se le proporcionan alimentos al organismo, este proceso inicia desde que somos muy pequeños, con el proceso de ingerir e ir probando ciertos alimentos a medida que vamos creciendo cuando hablamos de hábitos alimenticios, nos referimos a la forma en la cual comemos y nos alimentamos diariamente. Esta es influenciada por nuestra cultura, religión, etc.

Para investigadores y analistas del campo de la alimentación, se hace necesario comprender y entender las relaciones que tienen los sujetos con los alimentos y en las que predomina una lógica propiciada por las formas de economía, convivencia y de socialización, estas conservadas o bien con diferencias a través de los tiempos, sobre todo de aquellas sociedades compuestas por instituciones y grupos tan diversos y dinámicos que se hacen llamar modernas civilizaciones, denotando la importancia significativa de los alimentos en las estructuras sociales para la funcionalidad de ellas.

Es muy válido cuando señala que las vinculaciones entre lo que la gente es y lo que come, tiene profundas raíces en su historia destacando las influencias manifiestas de género, raza y clase sobre ciertas preferencias en materia de comida desde épocas prehispánicas hasta la actualidad, y que incluso como grupo o comunidad se configura en la evolución de la cocina y su relación con la identidad nacional

Otro aspecto que determina sus hábitos de alimentación es la cultura. Su concepto es complejo y desde el punto de vista de su influencia sobre los hábitos de alimentación ha sido poco explorado. La antropología ha sido la ciencia que, en forma sistemática, se ha acercado más a la investigación y comprensión de la cultura-hábito de alimentación, aunque no ha profundizado suficientemente sobre las implicaciones nutricias que tiene esta sobre los diferentes grupos de población. (13)

2. CULTURA ALIMENTARÍA

Es la interacción entre la cultura y el medio ambiente los cuales se van transmitiendo de una generación a otra.

Así cultura es la totalidad compleja que incluye conocimientos, creencias, arte, ley, costumbres y cualquier otra capacidad y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de una sociedad con pautas más o menos organizadas y persistentes de hábitos, ideas, actitudes y valores que son transmitidos a los niños por sus mayores o por otros grupos mientras crecen.

Cultura Alimentaria, ya que las anteriores definiciones nos permiten revalorar al alimento como un elemento de funcionalidad o disfunción dado que establece la sociabilidad, contribuye a la armonía entre algunos grupos e individuos, además de que representa valores, costumbres y tradiciones, y en algunos grupos o sociedades se distingue como un símbolo que en sus diversidades y características representa unidad, tradición, status, distinción, en ciertos casos conlleva una carga de significados espirituales o de éxito al ser considerado un elemento de transferencia de actitudes, sentimientos negativos o positivos para con los demás.

Los antropólogos han enfatizado que, siendo todos los individuos miembros de una cultura y la cultura una guía aprendida de comportamientos aceptables, los modos de alimentación deben ser necesariamente influidos por la cultura. Por modos de alimentarse (cultura alimentaria) se entiende a los hábitos alimentarios de una cultura en particular, incluyendo sus preferencias y aversiones, así como a las prácticas en torno a la adquisición, distribución, preparación y consumo de alimentos.

La cultura abarca tantos aspectos objetivos como subjetivos, y la civilización aspectos concretos, objetivos, cuantificables para identificar mejor los avances tecnológicos de la cultura. A mayor complejidad tecnológica mayor civilización, lo cual no significa que por ello los aspectos subjetivos sean menos importantes para el desarrollo de la cultura. De hecho la historia y las investigaciones nos han proporcionado los datos para el conocimiento del hombre y su cultura alimentaria, y destacan de ello el hecho de que en todas las épocas de la historia se ha planteado este como un problema para el hombre ya que los alimentos son el determinante de la supervivencia como un valor que reconoce el hombre sobre lo que ingiere y que es adquirido y producido para su beneficio, y que con el transcurrir de los años se antepone en muchas de las ocasiones por su valor apreciativo social al del conocimiento científico cuando se le señala que (la salud del individuo) es gracias al valor nutritivo del alimento.

En el campo de la alimentación: comida, dieta y cultura son dimensionados a diferentes campos para su análisis; el histórico, biológico, económico, político y social. El hecho radica en que la humanidad por tener una relación con la alimentación se convierte en el actor principal y es ahí donde la comida, dieta y cultura ocupan un lugar relevante por la función que desempeña y que mucho tiene

que ver con el conocimiento y el equilibrio de una sociedad o comunidad saludable en toda la extensión de sus instituciones.

La alimentación de las mujeres embarazadas se encuentra inmersa en la gran diversidad cultural de la población; y desde luego, la cultura alimentaría comparte esta diversidad. Por tanto, es necesario partir de ciertos conceptos que nos faciliten el abordaje y la comprensión de los factores culturales que inciden sobre los hábitos de alimentación de este grupo vulnerable a la mala nutrición. De hecho, algunos de estos conceptos tienden a ser confundidos por la población y convendría tratar de definirlos para identificarlos de manera adecuada.

Costumbre. Significa la “expresión colectiva que forma parte de la cultura local”. De tal manera que el término costumbre se reserva para lo social y hábito para lo individual.

Mito. Es un conjunto de ideas creadas por la imaginación que no tiene realidad concreta. Se trata de propiedades benéficas atribuidas a ciertos alimentos cuando en realidad éstos no los poseen.

Prejuicio. Es una opinión preconcebida. Supone que ciertas sustancias se aceptan o rechazan como alimento principalmente debido a las consecuencias anticipadas de su ingestión.

Tabú. Es la restricción que limita el uso de alimentos que son considerados como prohibidos.

Creencia. Implica cualquier expresión o proposición simple consciente o inconsciente de lo que una persona dice o hace en relación con los alimentos. (13)

IV. HIPOTESIS

Los factores culturales, en las mujeres embarazadas que acuden a consulta externa del Hospital Básico Dr. Eduardo Montenegro del Cantón Chillanes Provincia de Bolívar, determinan sus hábitos alimentarios

V. METODOLOGÍA

A.- LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN

1. LOCALIZACION

La presente investigación se realizo en consulta externa del Hospital Básico Dr. Eduardo Montenegro del cantón Chillanes provincia de Bolívar.

2. TEMPORALIZACIÓN

El proyecto de investigación se lo realizo en un lapso de 2 meses que comprende el periodo de julio- agosto del 2010.

B.- VARIABLES

1. Identificación

- a. Características generales, socioeconómicas y educacionales
- b. Hábitos alimentarios
- c. Factores culturales

2. Definición

- a. **Características generales, socioeconómicos y educacionales:** Identifican a un individuo o población, ubicación geográfica, social, económica y educacional.
- c. **Hábitos alimentarios:** Conjunto de costumbres que determina el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y la alimentación.
- d. **Factores culturales:** es la interacción entre la cultura y el medio ambiente los cuales se van transmitiendo de una generación a otra.

3. Operacionalización

VARIABLE	ESCALA	VALOR
Edad	Continua	- Años
Estado civil	Nominal	- Soltera - Casada - Viuda - Divorciada - Unión libre
Ocupación	Nominal	- Estudiante - Empleada - Comerciante - Artesana - Agricultora - Quehaceres domésticos
Periodo Gestacional	Ordinal	- 1er trimestre - 2do trimestre - 3er trimestre

VARIABLE	ESCALA	VALOR
<p>Educativas:</p> <p>Nivel de instrucción de la madre (NIM)</p>	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Superior - Secundaria - Primaria - ninguna
<p>Socioeconómicas:</p> <p>Índice de riesgo de la vivienda</p>	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Vivienda de bajo riesgo - Vivienda de mediano riesgo - Vivienda de alto riesgo
<p>Nivel de inserción social</p>	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Estrato medio alto - Estrato medio - Estrato popular alto - Estrato popular bajo

VARIABLE	ESCALA	VALOR
Hábitos alimentarios: Tiempos de comida	Ordinal	- < 3 veces al día - 3-4 veces al día - 5-6 veces al día - > 6 veces al día
Frecuencia de consumo: - Lácteos Frecuencia de consumo: - Cereales Frecuencia de consumo: - Carnes Frecuencia de consumo: - Leguminosas	Ordinal	- Diario - Semanal - Mensual - Nunca - Diario - Semanal - Mensual - Nunca - Diario - Semanal - Mensual - Nunca - Diario - Semanal - Mensual - Nunca

<p>Frecuencia de consumo: - Vegetales</p>	<p>Ordinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diario - Semanal - Mensual - Nunca
<p>Frecuencia de consumo: - Frutas</p>	<p>Ordinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diario - Semanal - Mensual - Nunca
<p>Frecuencia de consumo: - Aceites y grasas</p>	<p>Ordinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diario - Semanal - Mensual - Nunca
<p>Frecuencia de consumo - Azúcar y dulces</p>	<p>Ordinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diario - Semanal - Mensual - Nunca
<p>Frecuencia de consumo - Bebidas y líquidos</p>	<p>Ordinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diario - Semanal - Mensual - Nunca

Factores culturales:		
<p>Creencias</p> <p>- Alimentos perjudiciales en el embarazo según grupo de alimentos</p>	<p>Nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lácteos - Cereales - Carnes - Leguminosas - Frutas - Vegetales - Aceites y grasas - Azúcar y dulces - Bebidas y líquidos
<p>Creencias</p> <p>- Alimentos beneficiosos en el embarazo según grupo de alimentos</p>	<p>Nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lácteos - Cereales - Carnes - Leguminosas - Frutas - Vegetales - Aceites y grasas - Azúcar y dulces - Bebidas y líquidos

<p>Tabúes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentos prohibidos en el embarazo según grupo de alimentos 	<p>Nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lácteos - Cereales - Carnes - Leguminosas - Frutas - Vegetales - Aceites y grasas - Azúcar y dulces - Bebidas y líquidos
<p>Costumbres:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentos que acostumbran comer durante el embarazo según grupo de alimentos 	<p>Nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lácteos - Cereales - Carnes - Leguminosas - Frutas - Vegetales - Aceites y grasas - Azúcar y dulces - Bebidas y líquidos

C. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

La presente investigación fue un estudio no experimental, de tipo transversal.

D. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo de estudio lo constituyeron las mujeres embarazadas que acuden a consulta externa del Hospital Básico Dr. Eduardo Montenegro del cantón Chillanes, provincia de Bolívar julio-agosto 2010

- Población fuente: Mujeres en edad fértil del cantón Chillanes, provincia de Bolívar
- Población elegible: Mujeres embarazadas que acudieron a consulta externa del Hospital básico Dr. Eduardo Montenegro del cantón Chillanes, provincia de Bolívar, 2010.
- Población participante: 50 Mujeres embarazadas que acudieron a consulta externa del Hospital básico Dr. Eduardo Montenegro del cantón Chillanes, provincia de Bolívar, 2010.

Para determinar la muestra se aplicará la siguiente fórmula

FORMULA, VARIABLE CUALITATIVA CON MUESTREO SIMPLE

$$n = \frac{t^2 (pq) N}{Nxd^2 + t^2 (pq)}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

t = a nivel de confianza 95% (1.96)

d = nivel de precisión 5% (0.05)

N = población 100 Mujeres embarazadas

p = proporción estimada que posee cada variable 0.5

q = proporción estimada sin la variable 0.5

Desarrollo de la fórmula

$$n = \frac{t^2 (pq) N}{Nxd^2 + t^2 (pq)}$$

$$n = \frac{1.96^2 (0.5 \times 0.5) 100}{100 \times (0.05)^2 + 2.58^2 (0.5 \times 0.5)}$$

$$n = \frac{96.04}{0.25 + 1.6641}$$

$$n = \frac{96.04}{1.9141}$$

$n = 50$

E. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

1. Recolección de datos

a. Acercamiento.

i. Se contacto de primera mano a la Directora del Hospital, en donde se le explico de forma general y especifica en qué consiste el proyecto, y así se tuvo la autorización respectiva.

ii. Se realizo una reunión general con los médicos, ginecólogos, nutricionistas y enfermeras con los cuales se coordino el trabajo de investigación.

iii. Se abordo y se explico de forma clara y concisa en qué consiste el proyecto a las madres que acudieron a consulta externa de este Hospital. En el cual se le informo sobre la investigación y se procedio a pedir el consentimiento formal mediante la firma de la hoja del consentimiento informado el cual se describe en el (anexo 1)

iv. Se realizo la entrevista personal, individual y confidencial, en el cual se lleno las encuestas las cuales sirvieron para la recolección de la información.

b. Diagnóstico.

i. En la entrevista se recolecto la siguiente información mediante las encuestas

Los datos como nombre, edad, estado civil, ocupación y el periodo gestacional se lo recolecto en la hoja de registro de datos. (Anexo 1)

ii. Los datos como:

- Nivel de instrucción de la madre.
- Índice de Riesgo de la Vivienda
- Hacinamiento.
- Pisos: material que están contruidos los pisos de la vivienda.
- Eliminación de excretas y basura
- Aproveccionamiento de agua

Se los recogió en la encuesta de información socioeconómica (anexo 2)

iii. En la obtención de los datos de ingesta alimentaría, se realizo una encuesta con la finalidad de determinara, tiempos de comida, frecuencia de consumo de cada grupo de alimentos (anexo 3)

iv. En la obtención de los datos de factores culturales alimentarios se aplico la encuesta, donde se obtuvo información sobre 3 aspectos básicos como: creencias, tabúes y costumbres que tienen las mujeres embarazadas durante este periodo. En esta etapa se recopiló datos como: Alimentos perjudiciales y beneficiosos en el embarazo (Creencias), Alimentos prohibidos en el embarazo (Tabúes), Alimentos acostumbrados en el embarazo (Costumbres).

2. Procesamiento de Información:

La información se proceso manualmente y se analizo en el software estadístico JMP 5.1 - Copyright © 1989 - 2003 SAS Institute Inc.

Los datos fueron analizados de acuerdo a las categorías designadas en cada dimensión de la variable. (Ver operacionalización).

F. ESQUEMA DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados se analizaron de acuerdo a estadísticas descriptivas de cada una de las variables.

Método de análisis

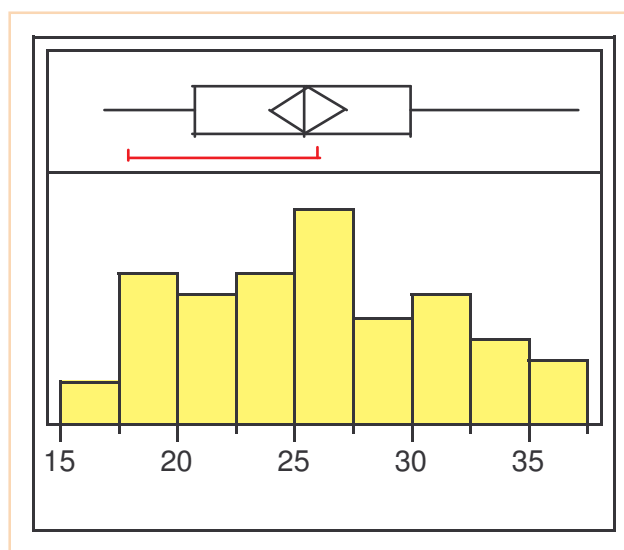
VARIABLE	NOMINAL	ANALISIS	FRECUENCIA
			PORCENTAJES
	ORDINAL		FRECUENCIA
	PORCENTAJES		
	CONTINUA		MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL
	MEDIDAS DE DISPERSIÓN		

VI. RESULTADOS

CARACTERISTICAS GENERALES

GRAFICO N° 1

DISTRIBUCION DE MUJERES EMBARAZADAS POR EDAD

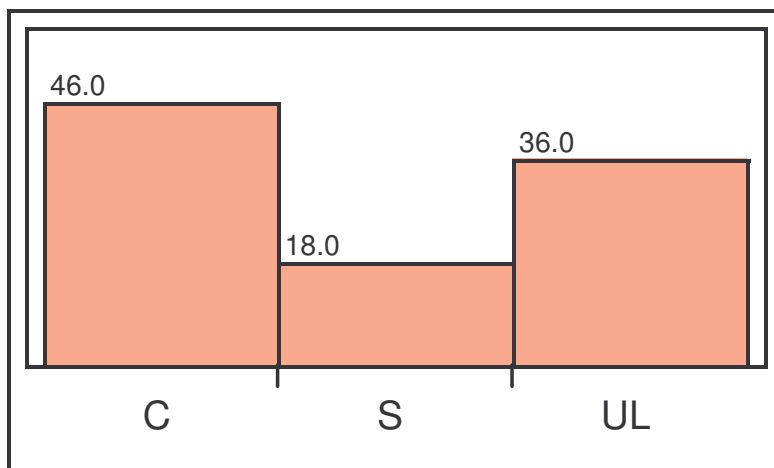


Valor máximo	37.000
Valor mínimo	17.000
Mediana	25.500
Cuartil 75%	30.000
Promedio	25.6
Desviación estándar	5.436085
Varianza	29.55102
Coefficiente de variación	21.234707

En el cuadro se identifica que las edades de las mujeres embarazadas tiene una distribución asimétrica, la desviación es positiva y en consecuencia el promedio es mayor a la mediana. También se determina que el 75% de las madres embarazadas se ubican al rededor de los 30 años de edad, teniendo como valor mínimo la edad de 17 años y como valor máximo la edad de 37 años.

GRAFICO N° 2

DISTRIBUCION DE MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN ESTADO CIVIL

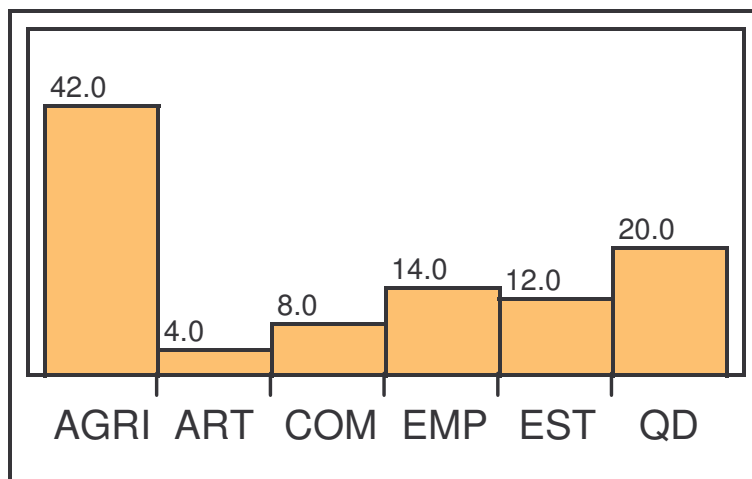


VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Casada	23	46%
Soltera	9	18%
Unión Libre	18	36%
Viuda	0	0%
Divorciada	0	0%
Total	50	100%

Las mujeres embarazadas en un mayor porcentaje son casadas, seguida de una considerada cantidad de mujeres, con unión libre y en una menor proporción, solteras, no se encontraron mujeres viudas ni divorciadas, así de esa forma en este grupo de estudio la mayor parte tiene un contexto familiar formado.

GRAFICO N° 3

DISTRIBUCION DE MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN OCUPACION

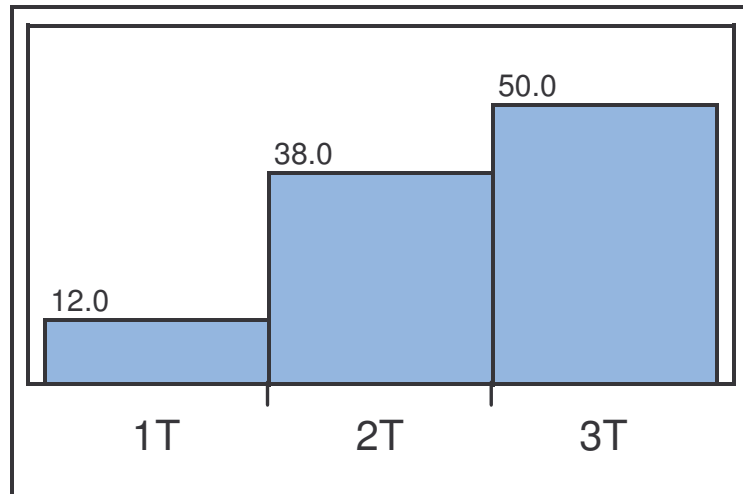


VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Agricultora	21	42%
Artesana	2	4%
Comerciante	4	8%
Empleada	7	14%
Estudiante	6	12%
Quehaceres domésticos	10	20%
Total	50	100%

En el grupo estudio todas las mujeres embarazadas realizan alguna actividad o ocupación, así el mayor porcentaje de las mismas son agricultoras, y un 20 por ciento se dedican a su hogar mediante los quehaceres domésticos, mientras que la proporción restante que es del 14 por ciento hacia abajo tiene otro tipo de ocupaciones.

GRAFICO N° 4

**DISTRIBUCION DE MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN PERIODO
GESTACIONAL**



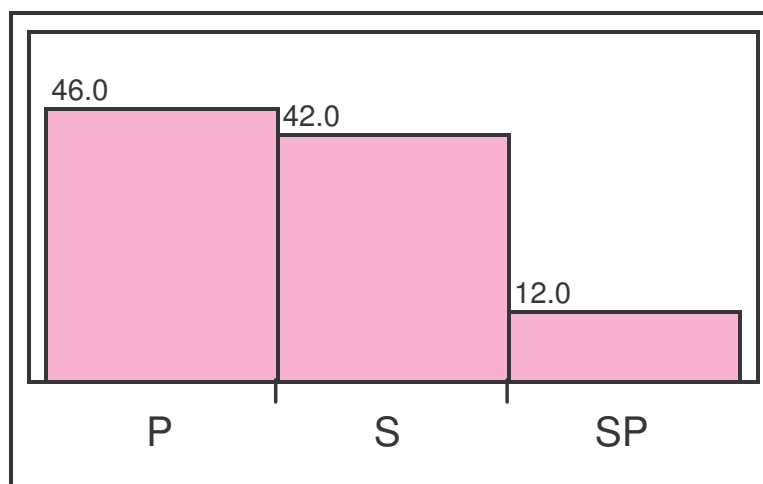
VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
1er Trimestre	6	12%
2do Trimestre	19	38%
3er Trimestre	25	50%
Total	50	100%

La mayor proporción de mujeres embarazadas se encuentran en el tercer trimestre del periodo gestacional, es decir de entre la 25 a 38ava semana de gestación, seguido de un porcentaje de 38 por ciento que se encuentran en el segundo trimestre, por ultimo y en menor cantidad las que están en el primer trimestre de gestación.

CARACTERISTICAS EDUCACIONALES

GRAFICO N° 5

DISTRIBUCION DE MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN



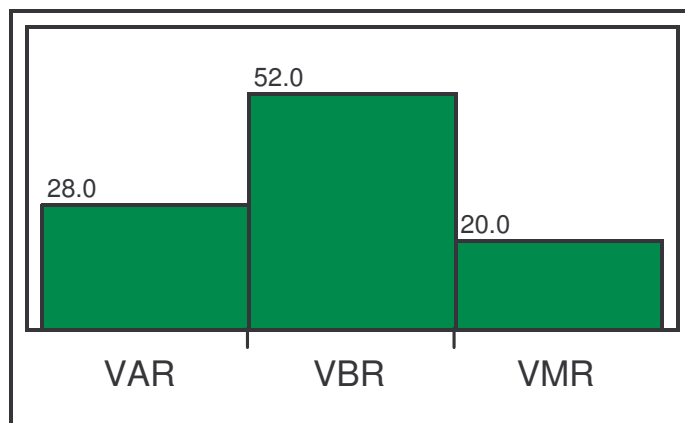
VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Primaria	23	46%
Secundaria	21	42%
Superior	6	12%
Ninguna	0	0%
Total	50	100%

La totalidad de mujeres embarazadas tienen algún tipo de instrucción, con un predominio de instrucción primaria, lo cual nos indica que tienen conocimientos básicos sobre una alimentación saludable en este periodo fisiológico.

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

GRAFICO N° 6

DISTRIBUCION DE MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN NIVEL INDICE DE RIESGO DE LA VIVIENDA

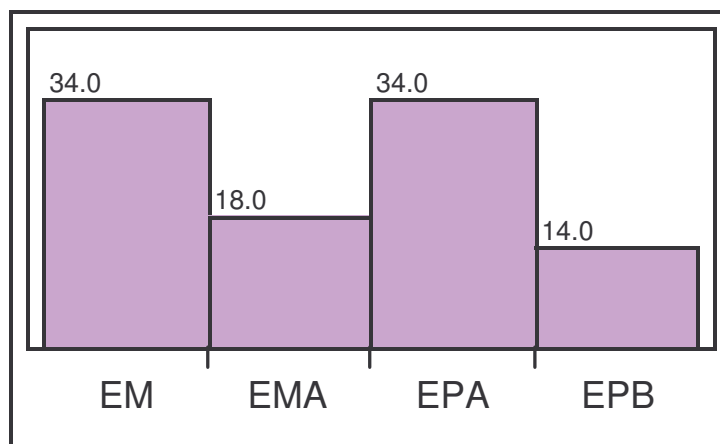


VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Vivienda de alto riesgo	14	28%
Vivienda de bajo riesgo	26	52%
Vivienda de mediano riesgo	10	20%
Total	50	100%

La mayor parte del grupo en estudio presentan una vivienda de bajo riesgo, lo cual nos indica que cuentan con servicios básicos, por su localización en la zona urbana, mientras que el porcentaje restante muestran viviendas de mediano y alto riesgo, por su colocación en la zona rural, ya que son agricultores y su situación los priva de los servicios básicos necesarios y algunos viven en hacinamiento.

GRAFICO N° 7

DISTRIBUCION DE MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN NIVEL DE
INSERCIÓN SOCIAL



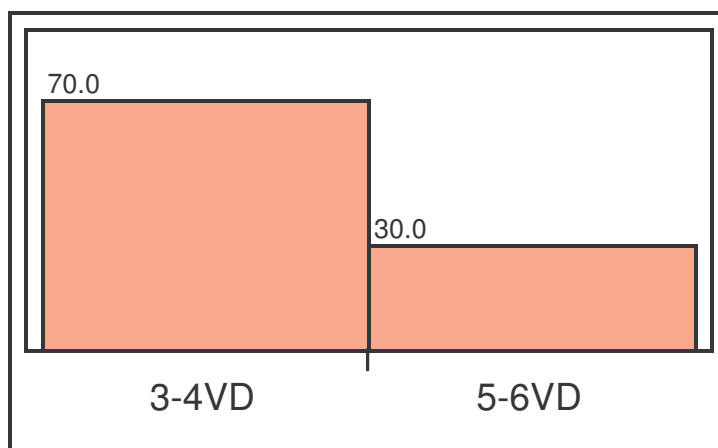
VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Estrato medio	17	34%
Estrato medio alto	9	18%
Estrato popular alto	17	34%
Estrato popular bajo	7	14%
Total	50	100%

La población estudiada se encuentra con una distribución similar entre el estrato medio y estrato popular alto, ya que los jefes de familia son empleados, agricultores o pequeños productores que tienen ingresos con los cuales pueden cubrir la mayoría de necesidades familiares, pero de la misma forma tenemos un porcentaje en el cual observamos un estrato popular bajo, que corresponde a subempleados, jornaleros o peones los cuales no cubren el mínimo de necesidades familiares.

HABITOS ALIMENTARIOS

GRAFICO N° 8

DISTRIBUCION DE MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN TIEMPOS DE COMIDA

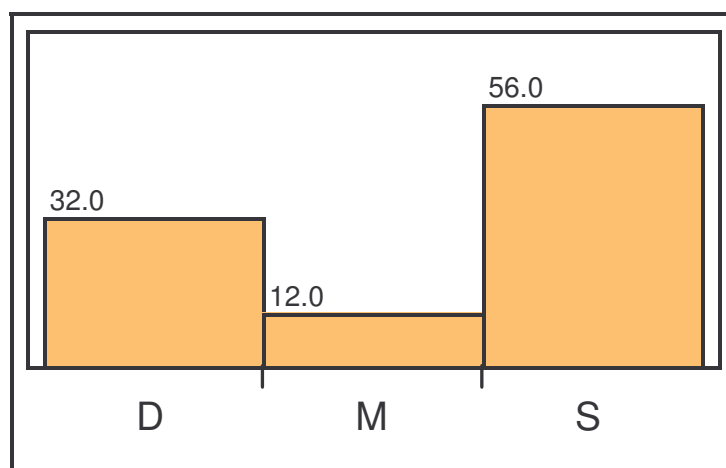


VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
< 3 veces al día	0	0%
3-4 veces al día	35	70%
5-6 veces al día	15	30%
> 6 veces al día	0	0%
Total	50	100%

Las mujeres embarazadas en su mayor proporción consumen de 3 a 4 veces alimentos al día, y solo un 30 por ciento consume alimentos de 5 a 6 veces al día, lo cual puede traer efectos negativos en el desarrollo del nuevo ser ya que es importante mantener una buena alimentación con comidas frecuentes y de calidad nutricional para mantener un estado nutricional y de salud óptimo en este periodo fisiológico, y así evitar complicaciones futuras.

GRAFICO N° 9

**DISTRIBUCION DE MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN FRECUENCIA DE
CONSUMO DE LÁCTEOS**

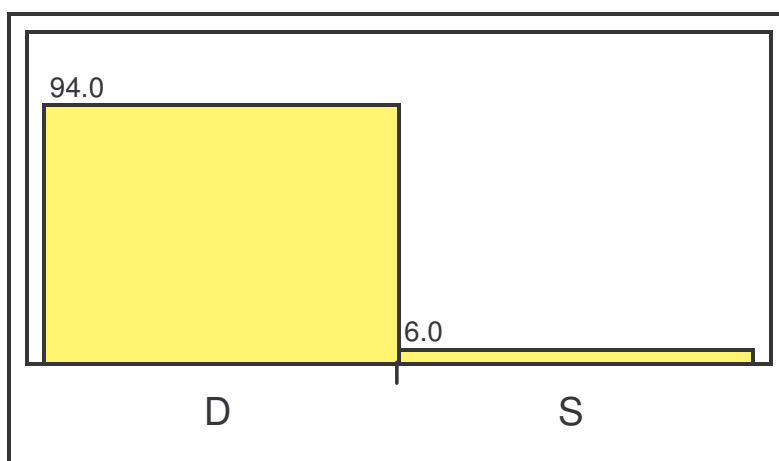


VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Diario	16	32%
Mensual	6	12%
Semanal	28	56%
Nunca	0	0%
Total	50	100%

El consumo de lácteos de las mujeres embarazadas, en su mayor proporción lo realizan con una frecuencia semanal, lo cual influye en la alimentación y por ende en el estado nutricional de las mismas ya que con esta frecuencia alimentaria no se cubren las necesidades diarias básicas nutricionales de calcio y fosforo, que son de mucha importancia en este periodo fisiológico, ya que estos minerales sirven de ayuda en la formación, crecimiento y fortalecimiento de los huesos en el niño y evita la pérdida de calcio del esqueleto materno.

GRAFICO N° 10

DISTRIBUCION DE MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE CEREALES

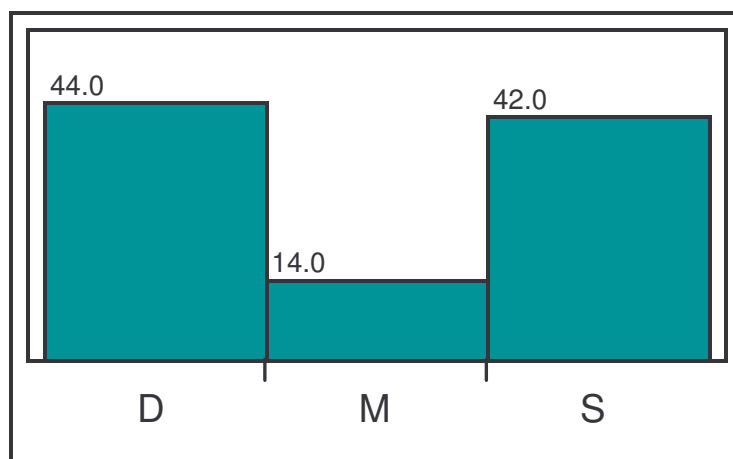


VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Diario	47	94%
Mensual	0	0%
Semanal	3	6%
Nunca	0	0%
Total	50	100%

Se determina en el estudio que el consumo de cereales de las mujeres embarazadas, en su mayor porcentaje lo consumen con una frecuencia diaria, lo cual nos indica que los cereales son la base de la alimentación de este grupo estudio, así de esta forma cubren en su mayor parte las necesidades calóricas recomendadas, pero se debe elegir bien los alimentos al momento de consumirlos para incluir todos los nutrientes necesarios, y así evitar el riesgo de caer en un sobre peso o obesidad que a futuro traerá complicaciones.

GRAFICO N° 11

DISTRIBUCION DE MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE CARNES

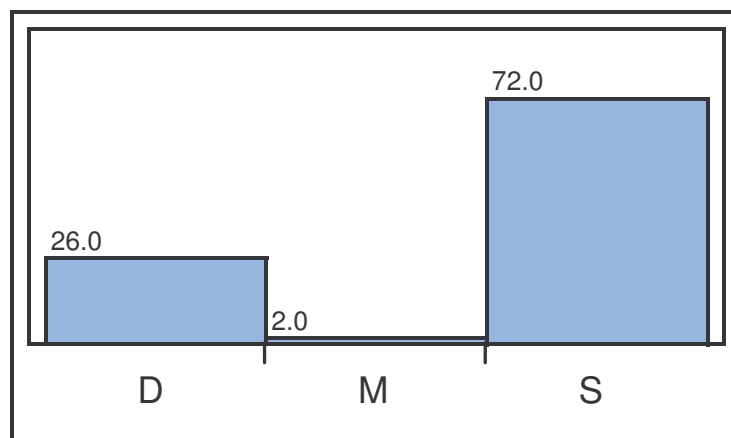


VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Diario	22	44%
Mensual	7	14%
Semanal	21	42%
Nunca	0	0%
Total	50	100%

El consumo de carnes en la población en estudio, está casi similarmente proporcional entre la frecuencia de consumo diaria y semanal, pero por una mínima parte el consumo diario sobresale, lo cual indica que la mayor parte de las mujeres embarazadas, está cubriendo las necesidades diarias de proteína, y así apoya a la síntesis de tejidos maternos y fetales, mientras que el porcentaje de mujeres embarazadas que consumen carnes semanalmente solo están cubriendo en una mínima parte las necesidades de este macronutriente, y al momento que lleguen al tercer trimestre de gestación, pueden tener problemas en cubrir esta necesidad nutricional ya que aumenta los requerimientos diarios de proteína.

GRAFICO N° 12

**DISTRIBUCION DE MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN FRECUENCIA DE
CONSUMO DE LEGUMINOSAS**

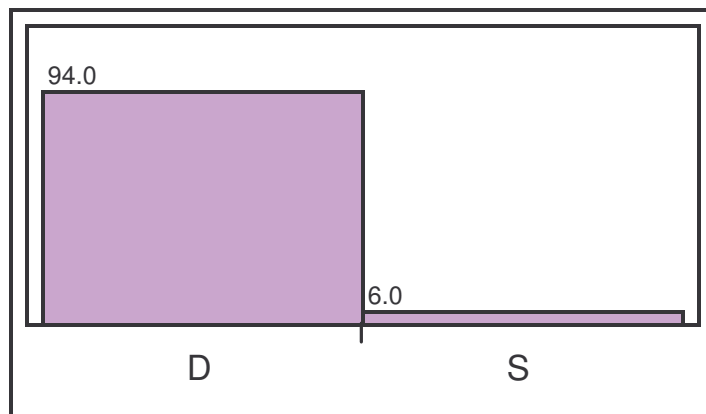


VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Diario	13	26%
Mensual	1	2%
Semanal	36	72%
Nunca	0	0%
Total	50	100%

Las mujeres embarazadas en su mayor porcentaje consumen semanalmente este alimento, lo cual no es recomendable ya que este debe ser uno de los alimentos con mayor frecuencia de consumo, para prevenir defectos en el tubo neural, como espina bífida, abortos espontáneos y anemia megaloblástica, ya que uno de los nutrientes que integran este tipo de alimentos es el ácido fólico, el cual aumenta sus requerimientos durante el embarazo, y así a futuro evitar cualquier complicación en el periodo gestacional.

GRAFICO N° 13

**DISTRIBUCION DE MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN FRECUENCIA DE
CONSUMO DE VEGETALES**

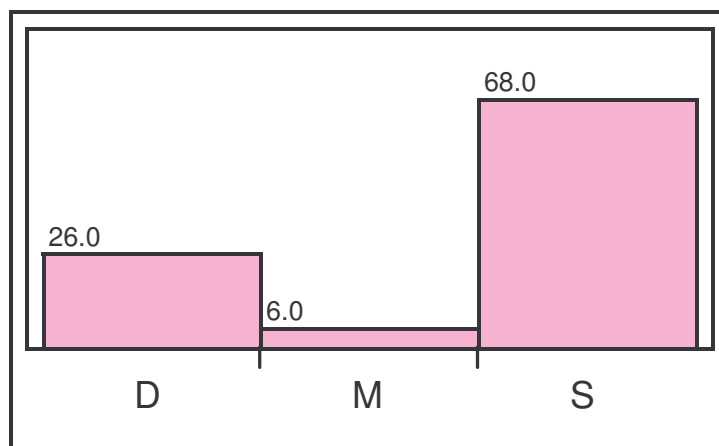


VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Diario	47	94%
Mensual	0	0%
Semanal	3	6%
Nunca	0	0%
Total	50	100%

El 94 por ciento de la población de las mujeres embarazadas consumen diariamente vegetales, lo cual es necesario ya que este tipo de alimentos se los incluye en la mayor parte de las preparaciones alimenticias, y así se aporta gran cantidad de vitaminas y minerales durante el embarazo, ya que estos son importantes para el mantenimiento de la madre y el niño, contribuyen en la formación de glóbulos rojos, ayudan en la prevención de enfermedades infecciosas, y estos son importantes ya que actúan como antioxidantes.

GRAFICO N° 14

**DISTRIBUCION DE MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN FRECUENCIA DE
CONSUMO DE FRUTAS**

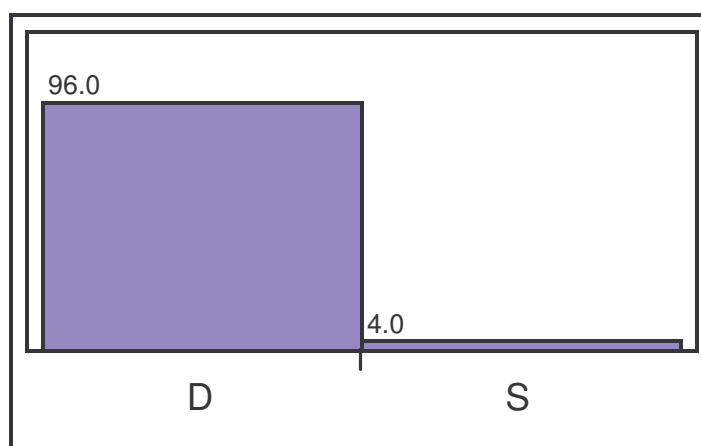


VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Diario	13	26%
Mensual	3	6%
Semanal	34	68%
Nunca	0	0%
Total	50	100%

Las mujeres embarazadas determinan al consumo semanal como mayor frecuencia alimentaria, lo cual no es lo recomendado en el periodo de embarazo ya que se debería consumir con mayor frecuencia, porque este tipo de alimentos aportan con gran cantidad de nutrientes, para el mantenimiento del niño y su madre, pero este bajo consumo se ve relacionado con la falta de adquisición de los alimentos que por falta de recursos se los reemplaza con otro tipo de alimentos de menor valor económico y menor valor nutricional.

GRAFICO N° 15

**DISTRIBUCION DE MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN FRECUENCIA DE
CONSUMO DE ACEITES Y GRASAS**

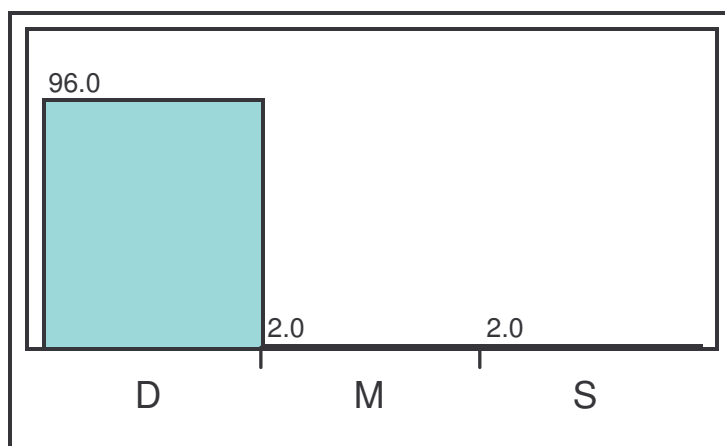


VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Diario	48	96%
Mensual	0	0%
Semanal	2	4%
Nunca	0	0%
Total	50	100%

La mayor proporción de mujeres embarazadas, tienen una frecuencia de consumo diaria, ya que este alimento se lo integra a otras preparaciones, de ahí su alta frecuencia, con lo cual se estaría cubriendo con las necesidades diarias recomendadas, pero es necesario considerar que las grasas consumidas por la mayoría no son netamente las recomendables, ya que el factor económico incide en la adquisición de grasas saludables como los ácidos grasos esenciales, y de esa manera tener un mejor aporte nutricional de estos alimentos.

GRAFICO N° 16

DISTRIBUCION DE MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE AZUCAR Y DULCES

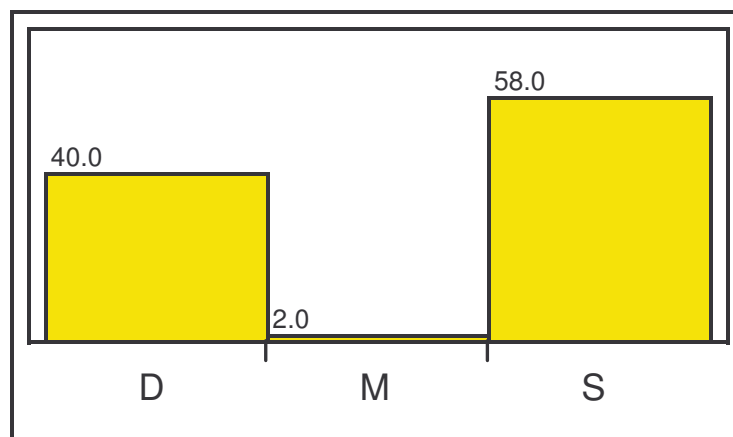


VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Diario	48	96%
Mensual	1	2%
Semanal	1	2%
Nunca	0	0%
Total	50	100%

En el grupo estudio la mayor proporción de mujeres embarazadas consumen azúcar y dulces, ya que es otro de los alimentos que se le agrega a preparaciones mas con el interés de dar sabor a las mismas, y así el aporte es de energía en las necesidades diarias de la embarazada, aquí se determino que hay un consumo importante de panela o dulce ya que por cuestione económicas, agrícolas o gustos esta remplaza a la azúcar común.

GRAFICO N° 17

DISTRIBUCION DE MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS Y LIQUIDOS



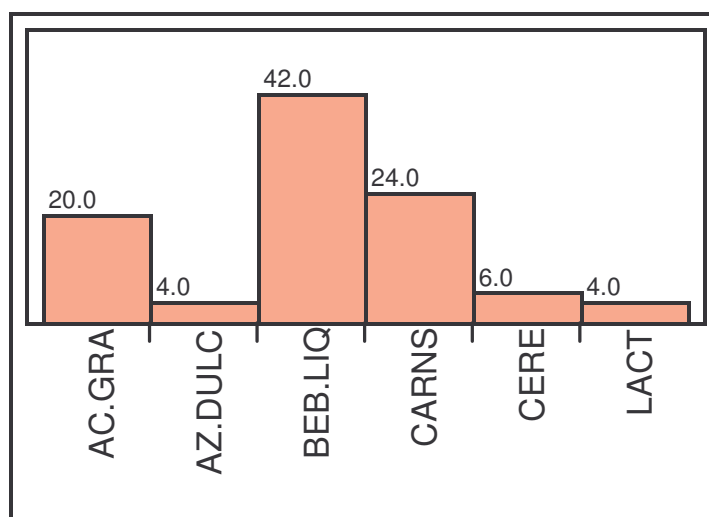
VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Diario	20	40%
Mensual	1	2%
Semanal	29	58%
Nunca	0	0%
Total	50	100%

En relación a la frecuencia de consumo de bebidas y líquidos, hay un alto porcentaje que lo hace semanalmente, pero también hay una considerable proporción que consume diariamente bebidas y líquidos, lo cual puede constituirse un riesgo para la salud de la madre y el niño ya que la cantidad de sodio, colorantes, edulcorantes pueden provocar una diabetes gestacional.

FACTORES CULTURALES

GRAFICO N° 18

DISTRIBUCION DE MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN CREENCIA, DE ALIMENTOS PERJUDICIALES EN EL EMBARAZO

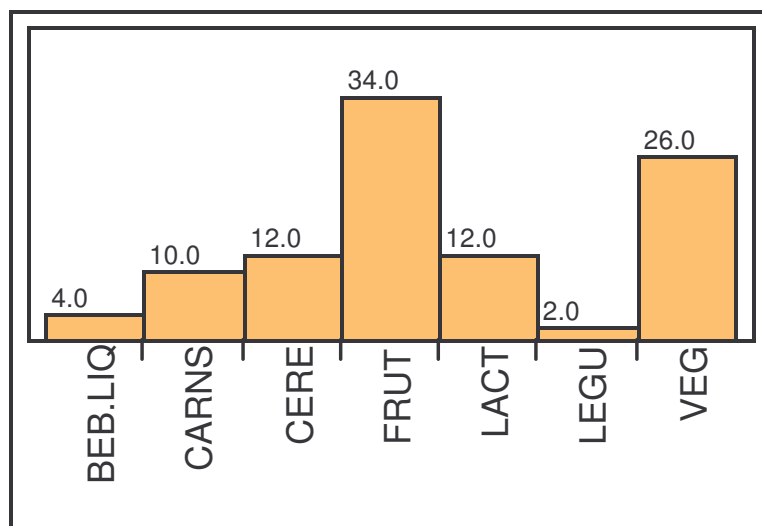


VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Aceites y grasas	10	20%
Azúcar y dulces	2	4%
Bebidas y líquidos	21	42%
Carnes	12	24%
Cereales	3	6%
Lácteos	2	4%
Total	50	100%

En el estudio se determinó que los factores culturales de las mujeres embarazadas, en su mayor proporción creen que las bebidas y líquidos son alimentos perjudiciales en el embarazo, en el cual incluye como bebidas gaseosas, café, y jugos procesados, de igual forma un considerable porcentaje cree que las carnes y aceites y grasas son perjudiciales consumirlos durante el embarazo, mencionando como a la carne blanca y a la manteca animal alimentos que perjudican el embarazo.

GRAFICO N° 19

DISTRIBUCION DE MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN CREENCIA, DE ALIMENTOS BENEFICIOSOS EN EL EMBARAZO

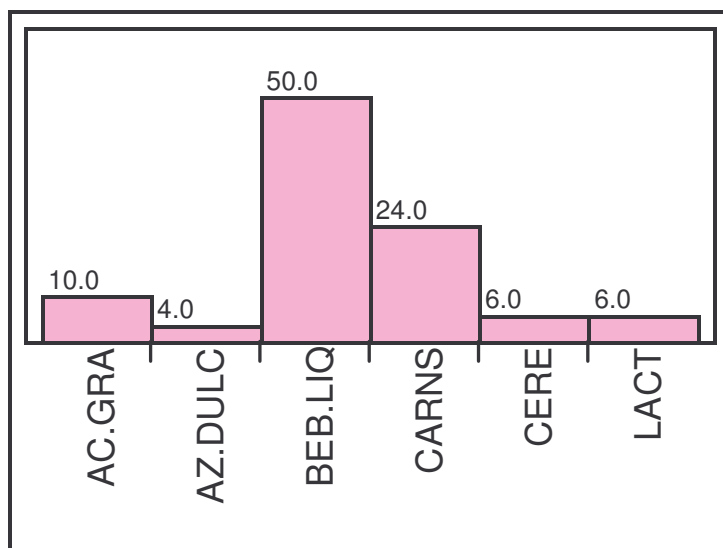


VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Bebidas y líquidos	2	4%
Carnes	5	10%
Cereales	6	12%
Frutas	17	34%
Lácteos	6	12%
Leguminosas	1	2%
Vegetales	13	26%
Total	50	100%

Las mujeres embarazadas al momento de consultarles cuales creen que son los alimentos beneficiosos para consumirlos durante el embarazo, el mayor porcentaje determino que las frutas en general son alimentos que se deberían consumir en este periodo fisiológico, de la misma forma una parte importante también considera que los vegetales son alimentos que prestan un beneficio durante el embarazo.

GRAFICO N° 20

DISTRIBUCION DE MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN TABÚES, DE ALIMENTOS PROHIBIDOS EN EL EMBARAZO

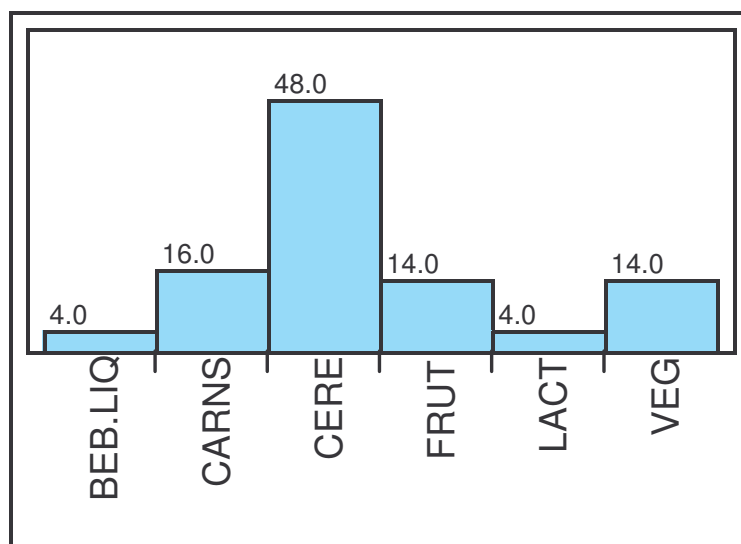


VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Aceites y grasas	5	10%
Azúcar y dulces	2	4%
Bebidas y líquidos	25	50%
Carnes	12	24%
Cereales	3	6%
Lácteos	3	6%
Total	50	100%

Con respecto a los tabúes se determinó que la mayor proporción de mujeres embarazadas, prohíbe el consumo de bebidas y líquidos durante el embarazo, mencionando a las gaseosas, café y jugos procesados, entre los alimentos prohibidos ya que estos son alimentos menos recomendables en el embarazo por que pueden provocar, alguna complicación para la madre y su bebe.

GRAFICO N° 21

DISTRIBUCION DE MUJERES EMBARAZADAS SEGÚN COSTUMBRES, DE ALIMENTOS ACOSTUMBRADOS EN EL EMBARAZO



VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
Bebidas y líquidos	2	4%
Carnes	8	16%
Cereales	24	48%
Frutas	7	14%
Lácteos	2	4%
Vegetales	7	14%
Total	50	100%

Se determinó en el estudio que el mayor porcentaje de mujeres embarazadas acostumbra a consumir cereales en el embarazo, ya que este grupo de alimentos es uno de las bases alimentarias de esta zona, y por cuestiones económicas resultan los más adquiridos por la población en estudio, así se puede decir que por el embarazo se consume en mayor cantidad este grupo de alimentos ya que esta alta frecuencia de consumo se da en cualquier momento.

ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES CULTURALES Y HÁBITOS ALIMENTARIOS

CUADRO N° 1

ASOCIACION DE CREENCIAS DE ALIMENTOS PERJUDICIALES EN EL EMBARAZO Y FRECUENCIA DE CONSUMO

ALIMENTOS PERJUDICIALES	FRECUENCIA DE CONSUMO	
	SEMANAL - MENSUAL	
	LACTEOS	50%
CEREALES	0%	
CARNES	75%	
LEGUMINOSAS	0%	
VEGETALES	0%	
FRUTAS	0%	
ACEITES YGRASAS	0%	
AZUCAR Y DULCES	50%	
BEBIDAS YLIQUIDOS	52%	

El cuadro determina que las mujeres embarazadas disminuyen el consumo de alimentos que creen que son perjudiciales, así las carnes es uno de los grupos que creen que son perjudiciales en este periodo fisiológico y por ende disminuye su consumo ya que lo realiza de forma mensual o semanal, lo mismo ocurre con las bebidas y líquidos, lácteos y azúcar y dulces pero en menor proporción.

CUADRO N^o 2

ASOCIACION DE CREENCIAS DE ALIMENTOS BENEFICIOSOS EN EL EMBARAZO Y FRECUENCIA DE CONSUMO

ALIMENTOS BENEFICIOSOS	FRECUENCIA DE CONSUMO	
	DIARIO	
	LACTEOS	50%
	CEREALES	100%
	CARNES	20%
	LEGUMINOSAS	0%
	VEGETALES	92%
	FRUTAS	41%
	ACEITES Y GRASAS	0%
	AZUCAR Y DULCES	0%
	BEBIDAS Y LIQUIDOS	50%

En el cuadro, se observa que las mujeres embarazadas, aumentan el consumo de alimentos como vegetales con una frecuencia diaria, los cereales son los más consumidos con mayor frecuencia a pesar de que no creen que son uno de los alimentos más beneficiosos en el embarazo, pero aquí interviene el factor económico ya que este tipo de alimentos por su bajo precio adquisitivo, es el más consumido, mientras que siendo las frutas el alimento que mas creen beneficioso su consumo no es tan mayoritario, ya que de la misma forma interviene el poder de adquisición.

CUADRO N° 3**ASOCIACION DE TABUES DE ALIMENTOS PROHIBIDOS EN EL EMBARAZO Y
FRECUENCIA DE CONSUMO**

ALIMENTOS PROHIBIDOS	FRECUENCIA DE CONSUMO	
	SEMANAL - MENSUAL	
	LACTEOS	66%
	CEREALES	0%
	CARNES	83%
	LEGUMINOSAS	0%
	VEGETALES	0%
	FRUTAS	0%
	ACEITES Y GRASAS	0%
	AZUCAR Y DULCES	0%
	BEBIDAS Y LIQUIDOS	52%

Se determina en el cuadro que las mujeres embarazadas, disminuyen en un gran porcentaje el consumo de carnes, seguido de las bebidas y líquidos, ya que estas tienen como tabú el prohibir este tipo de alimentos en el embarazo, a pesar que los lácteos no es uno de los alimentos mas prohibidos en el embarazo, también hay bajo consumo, este estaría relacionado a factores económicos o a disponibilidad del alimento.

CUADRO N^o 4

ASOCIACION DE COSTUMBRES; ENTRE ALIMENTOS ACOSTUMBRADOS EN EL EMBARAZO Y FRECUENCIA DE CONSUMO

ALIMENTOS ACOSTUMBRADOS	FRECUENCIA DE CONSUMO	
	DIARIO	
	LACTEOS	100%
	CEREALES	87%
	CARNES	62%
	LEGUMINOSAS	0%
	VEGETALES	100%
	FRUTAS	0%
	ACEITES Y GRASAS	0%
	AZUCAR Y DULCES	0%
	BEBIDAS Y LIQUIDOS	0%

En el cuadro se indica que las mujeres embarazadas aumentan la frecuencia de consumo de vegetales, a pesar que no es el alimento seleccionado como más acostumbrado a comer en el embarazo, pero esto se relaciona a que este tipo de alimento se lo utiliza mas como parte de preparaciones alimentarias, de igual forma los lácteos es uno de los alimentos que acostumbran a comer las mujeres embarazadas, a pesar de que muchas piensan que es perjudicial y prohibido comerlo en este periodo, tal como ocurre con las carnes, los cereales con ser el alimento mas seleccionado como acostumbradas a comer, es un gran porcentaje pero no el más mayoritario.

VII. CONCLUSIONES

- La edad promedio de las mujeres embarazadas fue de 25 años, con un límite entre 17 y 37 años, el 46% del grupo estudio son casadas, teniendo un núcleo familiar estable, fue más común que las mujeres embarazadas tenían como ocupación la agricultura 42%, y el 50% se encontraban en el tercer trimestre del periodo gestacional.
- La instrucción de las mujeres embarazadas presento en su mayoría 46% la primaria, el índice de riesgo de la vivienda 52% tiene una vivienda de bajo riesgo, mientras que en el nivel de inserción social se encontró igualdad entre el estrato medio 34% y el estrato popular alto 34%.
- En los hábitos alimentarios de las mujeres embarazadas, el 70% tiene de 3 a 4 tiempos de comidas diarias, los lácteos 56%, leguminosas 72%, y frutas 68%, se consumen semanalmente, mientras que los cereales 94%, carnes 44% vegetales 94%, aceites - grasas 96%, azúcar - dulces 96%, y Bebidas - Líquidos 82%, se lo consume diariamente.
- Los factores culturales de las mujeres embarazadas, en creencias el 42% cree que las bebidas y líquidos son perjudiciales en el embarazo, mientras que el 34% creen que las frutas son alimentos beneficiosos, con respecto a los tabúes, de que alimentos prohíben el consumo durante el periodo gestacional, las bebidas y líquidos son determinadas con 50% como prohibidas en el embarazo, y los cereales, con el 48%, fue designado como el alimento que más acostumbran a consumir durante el embarazo.
- En el estudio se determino que los factores culturales no inciden en los hábitos alimentarios ya que antes de este existen más factores correlacionantes para determinar el consumo, dentro de estos factores y el más importante es el factor económico ya que este si determina el consumo, por el poder adquisitivo de los alimentos, siendo así que la cultura alimentaria queda relegada a la sombra del factor económico.

VIII. RECOMENDACIONES

- Realizar otros estudios que ayuden a identificar cuáles son los factores que inciden en los hábitos alimentarios de las mujeres embarazadas, y así se despeje muchas interrogantes que inciden en el consumo de alimentos que es importante en este periodo.
- El presente estudio quede como antecedente de investigación sobre el tema abordado, y sirva como referencia bibliográfica para las posteriores investigaciones, y no sea un archivo más.
- Con este tipo de trabajos incentive mas a la investigación, que aborda temas de interés social, y ayude a descubrir muchos problemas que aquejan a la sociedad, para arrimar el hombro y dar la mejor solución.
- Se debe considerar a las personas participantes de las investigaciones, como lo que son seres humanos y no aprovecharse de ellos, invasivamente como entes materiales de información, sin tener conocimiento para que va a servir la información que brindan.

IV. RESUMEN.

En el estudio de hábitos alimentarios y factores culturales de las mujeres embarazadas que acuden a consulta externa del Hospital Básico Dr. Eduardo Montenegro del Cantón Chillanes, Provincia de Bolívar, se determinó la relación entre los factores culturales y los hábitos alimentarios que tienen las mujeres embarazadas, se estudiaron 50 mujeres de 17 a 37 años de edad, de las cuales se obtuvieron datos como características generales, socio-económicas, educacionales, hábitos alimentarios y factores culturales que se fueron explorados mediante encuestas de frecuencia de consumo de alimentos, y encuestas de creencias, tabúes, y costumbres. En los hábitos alimentarios el 70% de la población consume de 3 a 4 tiempos de comidas diarias, los lácteos 56%, leguminosas 72%, y frutas 68%, son consumidos con una frecuencia alimentaria semanal; mientras que los cereales 94%, carnes 44% vegetales 94%, aceites y grasas 96%, azúcar, dulces 96%, y Bebidas, Líquidos 82%, lo hacen con una frecuencia diaria. Los factores culturales en creencias el 42% cree que las bebidas y líquidos son perjudiciales en el embarazo, y 34% creen que las frutas son alimentos beneficiosos, en los tabúes, el 50% prohíben a las bebidas y líquidos durante el periodo gestacional, el 48% de la población acostumbra a comer en su mayoría cereales durante el embarazo. De esta manera en el estudio se determinó que los factores culturales no inciden en los hábitos alimentarios, ya que antes de este, existen muchos más factores correlacionantes para determinar el consumo. Es recomendable que se realice otros estudios que ayuden a identificar cuáles son los factores que inciden en los hábitos alimentarios de las mujeres embarazadas, y así se despeje muchas interrogantes que inciden en el consumo de alimentos que es importante en este periodo.

SUMMARY

In the study of dietary and cultural factors of pregnant women attending inner query Base Hospital Dr. Eduardo Montenegro Chillanes Canton, it was determined the relationship between cultural habits and dietary factors that have pregnant women were studied 50 women from 17 to 37 years old, of which data were collected as general characteristics, socio-economic, educational, dietary and cultural factors that were explored through surveys of food consumption frequency, and frequency of consumption survey of food, and surveys of beliefs, taboos and customs. In eating habits 70% of the population consumes 3 to four daily meals, dairy 56%, 72% legumes, and fruit 68%, food often consumed weekly, while 94% cereals, meat 44% vegetables 94%, 96% oils and fats, sugar, sweet 96%, and beverages, 82% do on a daily basis. Cultural factors in belief, 42% believe that beverages and are harmful in pregnancy, and 34% believe that food fruits are beneficial, taboos, 50% prohibit beverages and during the gestational period, 48% of the population used to eating cereal mostly during pregnancy. Thus the study determined that cultural factors do not affect eating habits, because before this, there are many more factors correlated to determine consumption. It is recommended that further studies are conducted to help identify what are the factors that affect the eating habits of these pregnant women, and so will clear many questions that affect the consumption of foods that are important in this period.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD.** Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10 ed. Washington, OPS, 1995, 1175p.
- 2- **ECUADOR. CEPAR.** Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil. CEPAR, 2004, 120p.
- 3- **ECUADOR. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.** Sistema de Vigilancia Nutricional Epidemiológica Poblacional. Quito MSP, 1998. 90p.
- 4- **ECUADOR. SANIGEST.** Proyecciones de la Población por Provincias, Cantones y Parroquias, Según Grupos Programáticos. Quito, MSP, OPS, UNICEF, UNFPA, Informe. 2005, 2006, 2007, 2008.
- 5- **ECUADOR. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.** Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional. Guaranda 2008. 80p.
- 6- **ECUADOR. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.** Saber Alimentarse Manual de Capacitación de Alimentación y Nutrición para el Personal de Salud de Guaranda. Quito. 2007. 200p.
- 7- **ALIMENTACION Y NUTRICION. (Embarazo).**
<http://www.iom.com>.
2009-11-09
- 8- **KRAUSE.** Nutrición y Dietoterapia en la Gestación. 10 ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2001. 1156p.
- 9- **FILER, LJ.** Conocimientos Actuales Sobre Nutrición del Embarazo. 6 ed. Canadá, 1999. 320p.
- 10- **ESTRELLA, G.** Función Maternal y Sexualidad: Un Estudio de Mujeres de una Población Campesina de la Provincia de Pichincha. 8 ed. Quito Atlas, 1991. 150p.
- 11- **CONTRERAS, J.** Alimentación y Cultura. Necesidades, Guatos y Costumbres. Mexico. Alfa Omega. 2002. 380p.

- 12- WEAVER, W.** The Collectors: Alimentacion and Culture. Photography by Robert Emmet Bright. Architectural digest, Diciembre 42: (12) 126-133pp. 1985.
- 13- EMBARAZO (Complicaciones)**
[http: www.erosky.eu.net](http://www.erosky.eu.net)
2010-03-30
- 14- CAMBIOS FISIOLÓGICOS (Embarazo).**
[http: www.drscope.com](http://www.drscope.com)
2010-05-03
- 15- ESTUDIOS DE FERTILIDAD, DIAGNOSTICO DE EMBARAZO.**
[http: www.fertilab.net](http://www.fertilab.net)
2010-04-12
- 16- VITAMINAS Y MINERALES (Embarazo)**
[http: www.who.com.es](http://www.who.com.es)
2009-12-02
- 17- CREENCIAS Y HABITOS DE ALIMENTACION (Embarazo)**
[http: www.benson.byu.edu](http://www.benson.byu.edu)
2010-01-23
- 18- PEREZ, G, ROMO, S.** Antropología, Género, Alimentación y Nutrición. México Tiempo (Revista Casa del Tiempo UAM) Diciembre, 5: (7). 23-24. Pp. 2000
- 19- CONOCIMIENTOS, CREENCIAS, ALIMENTACION Y NUTRICION (Embarazo)**
[http: www.nutrar.com](http://www.nutrar.com)
2010-06-07
- 20- PROGRAMAS DE ALIMENTACION Y NUTRICION.**
[http: www.ops.com.es](http://www.ops.com.es)
2010-07-10
- 21- MUERTES MATERNO INANTILES**
[http: www.ops.com.es](http://www.ops.com.es)
2009-05-23
- 22- CULTURA ALIMENTARIA (Embarazo).**
[http: www.kidsheldth.org.net](http://www.kidsheldth.org.net)
2009-11-25

-23- ANTROPOLOGIA (Alimentación)

[http: www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com)
2010-02-20

-24- HABITOS ALIMENTARIOS EN EL EMBARAZO

[http: www.nut.edu.net](http://www.nut.edu.net)
2010-08-15

-25- ALIMENTACION HUMANA (Embarazo).

[http: www.erosky.com.es](http://www.erosky.com.es)
2010-09-30

XI. ANEXOS

ANEXO 1

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE NUTRICION Y DIETETICA

HÁBITOS ALIMENTARIOS Y FACTORES CULTURALES EN MUJERES EMBARAZADAS

QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BASICO Dr. EDUARDO

MONTENEGRO DEL CANTON CHILLANES, PROVINCIA DE BOLIVAR, 2010

HOJA DE REGISTRO DE DATOS

Hoja de registro N°

NOMBRE:.....

FECHA DE EVALUACIÓN:.....

NOMBRE DEL INVESTIGADOR:.....

VARIABLE		CÓDIGO	
1. Características Generales			
V1.	Edad <input type="text"/> <input type="text"/>	V1.	<input type="text"/> <input type="text"/>
V2.	Estado civil 1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Divorciada 5. Unión libre <input type="text"/> <input type="text"/>	V2.	<input type="text"/> <input type="text"/>

V3.	Ocupación 1. Estudiante 2. Empleada 3. Comerciante 4. Artesana 5. Agricultora 6. Quehaceres domésticos 7. Otros	V3. <input type="text"/> <input type="text"/>
V4.	Periodo gestacional a. 1 trimestre (1-12s) b. 2 trimestre (13-24s) c. 3 trimestre (25-38 s)	V4. <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Características educacionales		
V5.	Nivel de instrucción de la madre (NIM) 1. Superior 2. 4 – 6 años de secundaria 3. 1 – 3 años de secundaria 4. 4 – 6 años de primaria 5. 1 – 3 años de primaria 6. ninguna	V5. <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Características socioeconómicas		
V6.	Índice de riesgo de la vivienda (IRV) 1. Vivienda de bajo riesgo 2. Vivienda de mediano riesgo 3. Vivienda de alto riesgo	V6. <input type="text"/> <input type="text"/>
V7.	Nivel de inserción social (NIS) 1. Estrato medio alto 2. Estrato medio 3. Estrato popular alto 4. Estrato popular bajo	V7. <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Hábitos Alimentarios		
V8.	Tiempos de comida 1. 1-2 veces 2. 3-4 veces 3. 5- 6 veces 4. > 6 veces	V8. <input type="text"/> <input type="text"/>
Frecuencia de consumo		

V9.	Leches y derivados 1. Muy frecuente 2. Frecuente 3. Poco frecuente 4. Eventual 5. Nunca	V9.
V10.	Cereales y derivados 1. Muy frecuente 2. Frecuente 3. Poco frecuente 4. Eventual 5. Nunca	V10.
V11.	Carnes y derivados 1. Muy frecuente 2. Frecuente 3. Poco frecuente 4. Eventual 5. Nunca	V11
V12.	Leguminosas 1. Muy frecuente 2. Frecuente 3. Poco frecuente 4. Eventual 5. Nunca	V12.
V13.	Vegetales 1. Muy frecuente 2. Frecuente 3. Poco frecuente 4. Eventual 5. Nunca	V13.
V14.	Frutas 1. Muy frecuente 2. Frecuente 3. Poco frecuente 4. Eventual 5. Nunca	V14.
V15.	Aceites y grasas 1. Muy frecuente 2. Frecuente 3. Poco frecuente 4. Eventual 5. Nunca	V15.
V.16	Azúcar 1. Muy frecuente	V.16

	2. Frecuente 3. Poco frecuente 4. Eventual 5. Nunca	<input type="text"/>	
V.17	Bebidas y líquidos 1. Muy frecuente 2. Frecuente 3. Poco frecuente 4. Eventual 5. Nunca	<input type="text"/>	V.17 <input type="text"/>
5. Factores Culturales			
V.18	Alientos perjudiciales 1. Leche y derivados 2. Cereales y derivados 3. Carnes y derivados 4. Leguminosas 5. Frutas 6. Vegetales y hortalizas 7. Aceites y grasas 8. Azúcar y dulces 9. Bebidas y líquidos	<input type="text"/>	V. 18 <input type="text"/>
V.19	Alientos beneficiosos 1. Leche y derivados 2. Cereales y derivados 3. Carnes y derivados 4. Leguminosas 5. Frutas 6. Vegetales y hortalizas 7. Aceites y grasas 8. Azúcar y dulces 9. Bebidas y líquidos	<input type="text"/>	V. 19 <input type="text"/>
V.20	Alientos prohibidos 1. Leche y derivados 2. Cereales y derivados 3. Carnes y derivados 4. Leguminosas 5. Fruta 6. Vegetales y hortalizas 7. Aceites y grasas 8. Azúcar y dulces 9. Bebidas y líquido	<input type="text"/>	V. 20 <input type="text"/>

V.21	Alientos acostumbrados 1. Leche y derivados 2. Cereales y derivados 3. Carnes y derivados 4. Leguminosas 5. Frutas 6. Vegetales y hortalizas 7. Aceites y grasas 8. Azúcar y dulces 9. Bebidas y líquidos	V. 21
------	--	-------

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, certifico que he sido informada sobre la investigación de:
HÁBITOS ALIMENTARIOS Y FACTORES CULTURALES EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BASICO Dr. EDUARDO MONTENEGRO DEL CANTON CHILLANES, PROVINCIA DE BOLIVAR, 2010, y el propósito de la misma, y a demás que los datos obtenidos sobre mi persona serán almacenados en absoluta confidencialidad.

 Danny Estrada
 Investigador

 Investigada

ANEXOS 2

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE NUTRICION Y DIETETICA

HÁBITOS ALIMENTARIOS Y FACTORES CULTURALES EN MUJERES EMBARAZADAS

QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BASICO Dr. EDUARDO

MONTENEGRO DEL CANTON CHILLANES, PROVINCIA DE BOLIVAR, 2010

ENCUESTADOR:..... ENCUESTADA:.....

INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

I. INSTRUCCIÓN DE LA MADRE (NIM)

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	PUNTAJE ASIGNADO	PUNTAJE CORRESPONDIENTE
SUPERIOR	1
SECUNDARIA	2	
PRIMARIA	3	
NINGUNA	4	

I. INDICE DE RIESGO DE LA VIVIENDA (IRV)

ONDICIONES DE LA VIVIENDA	ITEMS	PUNTAJE ASIGNADO	PUNTAJE CORRESPONDIENTE
HACINAMIENTO (sin tomar en cuenta a niños menores de 1 año)	# de habitantes / # de dormitorios	≥ 5 ----- 6
		3 – 4 ----- 3	
		1 – 2 ----- 1	
PISO	Tierra, caña, otro	2
	Madera, cemento, vinil	1	
ABASTECIMIENTO DE AGUA	Lluvia, río, pozo, vertiente, otro.	3
	Carro repartidor, entubada	2	
	Potable	1	
SERVICIO HIGIÉNICO	Campo abierto, otro.	3
	Letrina, excusado uso común	2	
	Excusado uso exclusivo	1	
ELIMINACIÓN DE AGUAS SERVIDAS	Superficial	2
	Red pública, pozo ciego	1	
ELIMINACIÓN DE BASURA	Aire libre, otro	3
	En tierra, incinera	2	
	Recolector público	1	
UBICACIÓN DE LA COCINA	Ambiente compartido	3
	Ambiente separado	1	

II. NIVEL DE CLASE SOCIAL DEL JEFE DEL HOGAR (NIS)		
ACTIVIDAD	PUNTAJE ASIGNADO	PUNTAJE CORRESPONDIENTE
Empleados públicos, propietarios de gran extensión de tierra, comerciantes, profesionales independientes.	1
Artesanos, panaderos, sastre, chofer, profesional, empleado público (menor gradación), técnico docente.	2	
Obreros, fábrica, minería, construcción, agrícola, pequeños productores rurales, empleados de mantenimiento y seguridad, militar tropa, jubilado.	3	
Subempleado, vendedor ambulante, cocinera, lavandera, lustrabotas, lustrabotas, peón, campesino pobre, cesante, desocupados, jornaleros.	4	

PUNTUACIÓN TOTAL			
IRV	PUNTAJE ASIGNADO	NIS	PUNTAJE ASIGNADO
De 7 – 8 puntos vivienda de bajo riesgo	1	Estrato medio alto	1
De 9 – 17 puntos vivienda de mediano riesgo	2	Estrato medio	2
De 18 – 22 puntos vivienda de alto riesgo	3	Estrato popular alto	3
		Estrato popular bajo	4

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA DE ACUERDO A PUNTUACIÓN

IRV:.....

NEM:.....

NIS:.....



ANEXO 3

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE NUTRICION Y DIETETICA

ESTUDIO DE HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y FACTORES CULTURALES EN MUJERES

EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BASICO Dr.

EDUARDO MONTENEGRO DEL CANTON CHILLANES, PROVINCIA DE BOLIVAR,2010

NOMBRE:.....

NOMBRE DEL INVESTIGADOR:.....

Frecuencia de alimentos

INGESTA ALIMENTARIA					
FECHA:					
GRUPO DE ALIMENTOS		FRECUENCIA DE CONSUMO			
		DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	NUNCA
LACTEOS	LECHE				
	YOGUR				
	QUESO				
CEREALES	PAN				
	ARROZ				
	HARINA				
	FIDEOS				
	GRANOS SECOS				
CARNES	CARNES ROJAS				
	CARNES BLANCAS				
	MARISCOS				
	HUEVOS				
LEGUMINOSAS					
FRUTAS					
VEGETALES					
ACEITES Y GRASAS					
AZUCAR					
LIQUIDOS					

ANEXO 4

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE NUTRICION Y DIETETICA

HÁBITOS ALIMENTARIOS Y FACTORES CULTURALES EN MUJERES EMBARAZADAS

QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BASICO Dr. EDUARDO

MONTENEGRO DEL CANTON CHILLANES, PROVINCIA DE BOLIVAR, 2010

Hábitos alimentarios (creencias, tabúes y costumbres)

Creencias

1. De los siguientes alimentos cuales cree que son perjudiciales y beneficiosos en el embarazo.

GRUPO DE ALIMENTOS		Creencias	
		Perjudiciales	Beneficiosos
LACTEOS	LECHE		
	YOGUR		
	QUESO		
CEREALES	PAN		
	ARROZ		
	HARINA		
	FIDEOS		
	GRANOS SECOS		
CARNES	CARNES ROJAS		
	CARNES BLANCAS		
	MARISCOS		
	HUEVOS		
LEGUMINOSAS			
FRUTAS			
VEGETALES			
ACEITES Y GRASAS			
AZUCAR			
LIQUIDOS			

TABÚES

2. De los siguientes alimentos cuales prohíbe durante el embarazo

GRUPO DE ALIMENTOS		Tabúes
		Prohíbe
LACTEOS	LECHE	
	YOGUR	
	QUESO	
CEREALES	PAN	
	ARROZ	
	HARINA	
	FIDEOS	
	GRANOS SECOS	
CARNES	CARNES ROJAS	
	CARNES BLANCAS	
	MARISCOS	
	HUEVOS	
LEGUMINOSAS		
FRUTAS		
VEGETALES		
ACEITES Y GRASAS		
AZUCAR		
LIQUIDOS		

COSTUMBRES

1. De los siguientes alimentos cuales acostumbra a comer durante el embarazo.

GRUPO DE ALIMENTOS		Costumbres
		Costumbre
LECHE Y DERIVADOS	LECHE	
	YOGUR	
	QUESO	
CEREALES Y DERIVADOS	PAN	
	ARROZ	
	HARINA	
	FIDEOS	
	GRANOS SECOS	
CARNES Y DERIVADOS	CARNES ROJAS	
	CARNES BLANCAS	
	MARISCOS	
	HUEVOS	
LEGUMINOSAS		
FRUTAS		
VEGETALES		
ACEITES Y GRASAS		
AZUCAR		
LIQUIDOS		

