



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“PRÁCTICAS Y CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y TABÚS ALIMENTARIOS QUE INFLUYEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE HUACHI CHICO DURANTE EL PERÍODO JUNIO-NOVIEMBRE DEL 2013”.

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autora: Chimbo Oyaque, Cristina Elizabeth

Tutora: Dra. Villacís Valencia, Sandra Elizabeth

Ambato – Ecuador

Mayo, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“PRÁCTICAS Y CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y TABÚS ALIMENTARIOS QUE INFLUYEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE HUACHI CHICO DURANTE EL PERÍODO JUNIO-NOVIEMBRE DEL 2013”de Cristina Elizabeth Chimbo Oyaque, estudiante de la Carrera de Medicina considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, Marzo de 2014.

LA TUTORA

Dra. Sandra Villacís

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **“PRÁCTICAS Y CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y TABÚS ALIMENTARIOS QUE INFLUYEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE HUACHI CHICO DURANTE EL PERÍODO JUNIO-NOVIEMBRE DEL 2013”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Marzo de 2014.

LA AUTORA

Cristina Elizabeth Chimbo Oyaque

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Marzo de 2014

LA AUTORA

Cristina Elizabeth Chimbo Oyaque

APROBACIÓN DEL JURADO CALIFICADOR

Los miembros del Tribunal Examinador, aprueben el Informe de Investigación, sobre el tema **“PRÁCTICAS Y CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y TABÚS ALIMENTARIOS QUE INFLUYEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE HUACHI CHICO DURANTE EL PERÍODO JUNIO-NOVIEMBRE DEL 2013”**.de Cristina Elizabeth Chimbo Oyaque, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Mayo de 2014

Para constancia firman:

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios.

Fue el pilar principal durante todos estos años.

Todo lo que tengo y lo que soy, soy por ti Dios, mi Carrera y esta tesis la he titulado TODO SE LO DEBO A DIOS.

Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente, no temas ni desmayes porque Jehová tu Dios estará contigo por donde quiera que vayas (Josué 1-9)

Padre hasta aquí hemos llegado, tu fidelidad ha sido grande.

Cristina Chimbo

AGRADECIMIENTO

A Dios, verdadera fuente de sabiduría, mi fuerza, mi fortaleza durante todos estos años.

Agradezco a mis padres que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento. Gracias por todo papá y mamá por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor, por todo esto les agradezco de todo corazón de que estén conmigo.

También me gustaría agradecer a mis profesores que aparecieron durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación, y en especial a mi profesora la Dra. Aida Aguilar por sus consejos, su enseñanza y más que todo por su amistad.

A mis familiares, viejos amigos y a quienes recién se sumaron a mi vida para hacerme compañía con sus sonrisas de ánimo. Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO CALIFICADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xiii
RESUMEN.....	xv
ABSTRACT	xvii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1 TEMA.....	3
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2.1 Contextualización.....	3
1.2.2 Análisis Crítico.....	5
1.2.3 Prognosis	6
1.2.4 Formulación del Problema.....	6
1.2.5 Preguntas Directrices	7
1.2.6 Delimitación del Problema	7
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	7
1.4 OBJETIVOS.....	8
1.4.1 Objetivo General.....	8
1.4.2 Objetivos	9
CAPÍTULO II.....	10
MARCO TEÓRICO	10
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	10

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA	14
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	14
2.4 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA (CATEGORÍAS FUNDAMENTALES)...	18
CAPÍTULO III.....	46
METODOLOGÍA.....	46
3.1 ENFOQUE	46
3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	46
3.3 NIVEL o TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	46
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA	46
3.4.1 Muestra.....	47
3.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	48
3.5.1 Variable Independiente	48
3.5.2 Variable dependiente.....	49
3.6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	50
3.7 MÉTODOS DE ANÁLISIS APLICADOS EN LA INVESTIGACIÓN	50
3.8 CRITERIOS ÉTICOS APLICADOS EN LA INVESTIGACIÓN	51
3.8.1 Criterios de Inclusión	51
3.8.2 Criterios de Exclusión	51
CAPÍTULO IV	52
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	52
4.1 MUJERES EMBARAZADAS	52
4.1.1 Características Generales	52
4.1.2. Estado Nutricional.....	57
4.1.3. Practicas Alimentarias	58
4.1.4. Conocimientos Alimentarios	64
4.1.5. Creencias Alimentarias	71
4.1.6. Tabúes Alimentarios	73
4.2 MUJERES LACTANTES.....	75
4.2.1 Características Generales	75
4.2.2. Estado Nutricional.....	80
4.2.3. Practicas Alimentarias	81
4.2.4. Conocimientos Alimentarios	86

4.2.5. Creencias Alimentarias	90
4.2.6. Tabúes Alimentarios	92
4.3. VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS	93
CAPÍTULO V	102
5.1 CONCLUSIONES	102
5.2 RECOMENDACIONES	103
CAPÍTULO VI	104
6.1 PROPUESTA.....	104
6.1.1 Datos informativos	104
6.1.2 Institución ejecutora.....	104
6.1.3 Beneficiarios	104
6.1.4 Ubicación.....	104
6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución:	104
6.1.6 Equipo técnico responsable.....	104
6.1.7 Costo	104
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	104
6.3 JUSTIFICACIÓN.....	105
6.4 OBJETIVOS.....	106
6.4.1 Objetivo general	106
6.4.2 Objetivo específicos.....	106
6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	107
6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICO	107
6.6.1 Nutrición	107
6.6.2 Embarazo	108
6.6.3 Lactancia	109
6.7 METODOLOGÍA	111
6.7.1 Modelo Operativo	112
6.8 PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA.....	113
6.9 EVALUACIÓN.....	113
BIBLIOGRAFÍA.....	114
ANEXO 1.....	118
ANEXO 2.....	122

ANEXO 3.....	124
--------------	-----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1: Recomendaciones.....	22
Gráfico N°2: Recomendaciones.....	25
Gráfico 1. Relación talla/peso con Edad gestacional, ScS H.Ch 2013.	57
Gráfico 2. Consumo de Hidratos de Carbono, ScS H.Ch 2013.	58
Gráfico 3. Consumo de Frutas, ScS H.Ch 2013.....	60
Gráfico 4: Consumo de leche, ScS H.Ch 2013.	62
Gráfico 5. Consumo de Proteínas, ScS H.Ch 2013.....	63
Gráfico 7. Consumo de Ácido Fólico, CS Huachi Chico 2013.	66
Gráfico 8. Consumo del Hierro, CS Huachi Chico 2013.	68
Gráfico 9: Información Alimentaria por parte del personal de salud.	70
Gráfico 10. Relación peso/talla, ScS H.Ch 2013.	80
Gráfico 11. Consumo de Hidratos de Carbono, ScS H.Ch 2013.	81
Gráfico 12. Consumo de Frutas, ScS H.Ch 2013.....	83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Ganancias de peso total y tasas de ganancia de peso recomendadas para mujeres con embarazos simples.....	40
Tabla 2: Peso para la talla según Edad Gestacional > o igual a 13 semanas	41
Tabla 3.: Clasificación de la OMS del estado nutricional de acuerdo con el IMC	44
Tabla 4.: Distribución según Edad, ScS H.Ch 2013.	52
Tabla 5.: Distribución según Estado Civil, ScS H.Ch 2013.....	53
Tabla 6.: Distribución según Etnia, SCS H Ch 2013.....	54
Tabla 7.: Distribución según Instrucción, ScS H.Ch 2013.	55
Tabla 8.: Distribución de mujeres según Ocupación, ScS H.Ch 2013.	56
Tabla 9.: Consumo de HC/ Estado nutricional, ScS H.Ch 2013.	59
Tabla 10. Consumo de frutas/Estado nutricional, ScS H.Ch 2013.....	61
Tabla 11.: Aumento de peso durante el Embarazo, ScS H.Ch 2013.	65
Tabla 12.: Beneficios del Ácido Fólico, ScS H.Ch 2013.	67
Tabla 13.: Beneficios del Hierro, ScS H.Ch 2013.....	69
Tabla 14.: Frecuencia de las creencias alimentarias, ScS H.Ch 2013.....	71
Tabla 15: Frecuencia con que se presentan los tabúes alimentarios	73
Tabla 16.: Distribución según Edad, ScS H.Ch 2013.	75
Tabla 17.: Distribución según Estado Civil, ScS H.Ch 2013.....	76
Tabla 18.: Distribución según Etnia, ScS H.Ch 2013.	77
Tabla 19.: Distribución de mujeres según Ocupación, ScS H.Ch 2013.	78
Tabla 20. Distribución según Instrucción, ScS H.Ch 2013.	79
Tabla 21.: Consumo de HC/ Estado nutricional, ScS H.Ch 2013.	82
Tabla 22.: Consumo de leche, ScS H.Ch 2013.....	84
Tabla 23.: Consumo de Carnes, ScS H.Ch 2013.....	85
Tabla 24.: Frecuencia de comidas al día, ScS H.Ch 2013.	86
Tabla 25.: Se debe consumir Hierro, ScS H.Ch 2013.	87
Tabla 26.: Beneficios del Hierro, ScS H.Ch 2013.....	88
Tabla 27.: Información Alimentaria por parte del personal de salud.	89
Tabla 28.: Frecuencia de las creencias alimentarias, ScS H.Ch 2013.....	90
Tabla 29.: Frecuencia con que se presentan los tabúes alimentarios	92
TABLA DE FRECUENCIAS OBSERVADAS PRACTICAS A.	93
TABLA DE FRECUENCIAS ESPERADAS	93
TABLA DE CALCULO DE CHI-CUADRADO	93

TABLA DE FRECUENCIAS OBSERVADAS CONOCIMIENTOS.....	94
TABLA DE FRECUENCIAS ESPERADAS	94
TABLA DE CALCULO DE CHI-CUADRADO	94
TABLA DE FRECUENCIAS OBSERVADAS CREENCIAS	95
TABLA DE FRECUENCIAS ESPERADAS	95
TABLA DE CALCULO DE CHI-CUADRADO	95
TABLA DE FRECUENCIAS OBSERVADAS TABUS	96
TABLA DE FRECUENCIAS ESPERADAS	96
TABLA DE CALCULO DE CHI-CUADRADO	96
TABLA DE FRECUENCIAS OBSERVADAS PRACTICAS VS ESTADO NUTRICIONAL	97
TABLA DE FRECUENCIAS ESPERADAS	97
TABLA DE CÁLCULO DE CHI CUADRADO	97
TABLA DE FRECUENCIAS OBSERVADAS CONOCIMIENTOS VS ESTADO NUTRICIONAL	98
TABLA DE FRECUENCIAS ESPERADAS	98
TABLA DE CÁLCULO DE CHI CUADRADO	98
TABLA DE FRECUENCIAS OBSERVADAS CREENCIAS VS ESTADO NUTRICIONAL	99
TABLA DE FRECUENCIAS ESPERADAS	99
TABLA DE CÁLCULO DE CHI CUADRADO	99
TABLA DE FRECUENCIAS OBSERVADAS TABUS VS ESTADO NUTRICIONAL	100
TABLA DE FRECUENCIAS ESPERADAS	100
TABLA DE CÁLCULO DE CHI CUADRADO	100

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“PRÁCTICAS Y CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y TABÚS ALIMENTARIOS QUE INFLUYEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE HUACHI CHICO DURANTE JUNIO - NOVIEMBRE DEL 2013”.

Autora: Chimbo Oyaque, Cristina Elizabeth

Tutora: Dra. Villacís Valencia, Sandra Elizabeth

Fecha: Marzo 2014

RESUMEN

El presente trabajo investigativo tuvo como interrogante conocer las prácticas y conocimientos, creencias y tabús alimentarios y su influencia en el estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes atendidas en el Centro de Salud de Huachi Chico. Se realizó la presente investigación con 171 mujeres de las cuales 124 fueron embarazadas y 47 lactantes, mediante un estudio descriptivo de corte transversal para medir las variables: prácticas y conocimientos, creencias y tabús, IMC de la gestante y lactante. Se recolectaron datos en un cuestionario estructurado y se tabularon los datos en los programas de Microsoft Excel y EpiInfo 2008.

Los resultados mostraron: Que las mujeres embarazadas evaluadas según índice peso-talla y edad gestacional se encuentran en sobrepeso (44%) seguido en menor proporción embarazadas con bajo peso. Y las mujeres en periodo de lactancia se encuentran un 17% en Obesidad Grado 1, y un 40% en sobrepeso, presentándose también el bajo peso en un 17%. La mayor parte de embarazadas y lactantes no tienen conocimientos suficientes sobre cómo llevar una nutrición adecuada, una mínima cantidad de encuestadas no consideran ninguna creencia ni tabú. El personal de salud les brinda pocas veces o nula información sobre la alimentación durante el embarazo y periodo de lactancia.

Se concluyó que las mujeres embarazadas y lactantes presentan un alto índice el sobrepeso y la obesidad en comparación al bajo peso. Las madres realizan prácticas nutricionales desequilibradas, no tienen conocimientos suficientes, la mayor parte de encuestadas tienen creencias y tabúes que los consideran durante su embarazo y lactancia. Equipo de Salud no educa a las madres sobre nutrición alimentaria por lo que se considera importante dar apoyo y atención nutricional por parte de las entidades de salud a estos grupos vulnerables.

PALABRAS CLAVES: ESTADO NUTRICIONAL, GESTANTE, LACTANTE.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL CAREER

**PRACTICES AND KNOWLEDGE, BELIEFS AND FOOD
TABOOS INFLUENCING THE NUTRITIONAL STATUS OF PREGNANT
WOMEN AND INFANTS SERVED IN HEALTH CENTRE HUACHI CHICO DURING
JUNE- NOVEMBER 2013".**

Author: Chimbo Oyaque, Cristina Elizabeth

Guardian: Dra. Villacís Valencia, Sandra Elizabeth

Date: Marzo 2014

ABSTRACT

This research work was to understand the practices and question knowledge, beliefs and food taboos and how they influence the nutritional status of pregnant and lactating women treated at the Health Sub-Centre Huachi Chico. This research was conducted with 171 women of whom 124 were pregnant and 47 infants, a descriptive cross-sectional study to measure variables: knowledge and practices, beliefs and taboos, BMI of the mother and infant. Data were collected in a structured questionnaire and the data were tabulated in Microsoft programs Excel and Epi Info 2008.

The results showed: that pregnant women assessed as weight-length index and gestational age are overweight (44%) followed in smaller proportion underweight pregnant. And lactating women are 17% in Obesity Grade 1, and 40% overweight, also appearing underweight by 17%. Most pregnant and infants do not have enough knowledge about proper nutrition, a minimal amount of respondents do not consider any belief or taboo. Health staff provides them rarely or never about food

It was concluded that pregnant and lactating women have a high rate of overweight and obesity compared to low weight. Mothers carry unbalanced nutritional practices, do not have enough knowledge, most respondents have beliefs and taboos that consider during pregnancy and lactation. Health Team does not educate mothers about food nutrition what is considered important to give nutritional support and attention from health institutions to these vulnerable groups.

PALABRAS CLAVES: Nutritional status, pregnant, infant.

INTRODUCCIÓN

Los nueve meses del embarazo representan el período más intenso de crecimiento y desarrollo humano. Entre los cuidados que se tienen que tener durante un embarazo y en el periodo de lactancia, uno de los prioritarios y quizá el más importante es el de la alimentación. No se trata de comer más, o comer por dos, como muchas mujeres creen, sino tener en cuenta cuáles son las necesidades nutricionales que requieren los cambios metabólicos de la madre y el adecuado crecimiento y desarrollo del bebé. La madre debe consumir alimentos variados de los tres grupos alimenticios balanceados y evitar el consumo excesivo de alimentos grasos, sal y carbohidratos y controlar mucho su peso, ya que la salud de su hijo y su recuperación después del parto depende mucho de esto.

En este trabajo de investigación se estudian las prácticas y conocimientos, creencias y tabús alimentarios que influyen en el estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes ya que en ningún otro momento de la vida los beneficios de un estado nutricional óptimo son más obvios que durante el embarazo y el período de lactancia.

El análisis se centra en tres ámbitos:

- 1) Las equivocadas prácticas y conocimientos alimentarios que tiene las madres gestantes y lactantes.
- 2) La existencia de creencias y tabúes que realizan las madres durante la gestación y el periodo de lactancia.
- 3) Inadecuado estado nutricional que poseen las madres durante su embarazo o período de lactancia.

La información presentada en este estudio proviene del Centro de Salud de Huachi Chico de la provincia de Tungurahua, la cual aportó los datos más recientes sobre la nutrición que tiene las madres que acuden al control o consultas. Estos datos son el espejo de la situación de nutrición existente en la Parroquia de Huachi Chico ya que las mujeres embarazadas y lactantes son provenientes de este sector. De acuerdo con esta información encontramos que la mayor proporción de mujeres embarazadas evaluadas según índice peso-talla

y edad gestacional se encuentran en sobrepeso (44%), seguido en menor proporción embarazadas con bajo peso, en cuanto a las mujeres en periodo de lactancia se encuentra un 17% en Obesidad Grado 1, y un 40% en sobrepeso, presentándose también el bajo peso en un 17%. Datos que muestran que las madres gestantes y lactantes se encuentran en los extremos del estado nutricional.

En cuanto a las prácticas alimentarias se nota que consumen con más frecuencia hidratos de carbono (arroz, pan, pastas) por lo que se explicarían la presencia de sobrepeso. Además se revela que las embarazadas y lactantes consumen con muy poca frecuencia frutas, lácteos asimismo no todas las encuestadas consumen alimentos proteicos de origen animal con continuidad.

Sobre los conocimientos se evidencio que no poseen la correcta información que deberían tener durante estos períodos, además se observa que la mayor parte de encuestadas tienen creencias y tabúes que los consideran en el embarazo y en el periodo de lactancia.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA

Prácticas y conocimientos, creencias y tabús alimentarios que influyen en el estado nutricional de las mujeres gestantes y lactantes atendidas en el centro de Salud de Huachi Chico durante el periodo Junio-Noviembre del 2013.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Contextualización

La prevalencia de desnutrición en mujeres gestantes se ha determinado en diferentes regiones del mundo, existiendo considerables variaciones de un lugar a otro: 75% en la India, 39,2% en Egipto, 25,0% en Viena (Austria) y 12,3% en Australia. En Estados Unidos se han reportado cifras de 12 % en la ciudad de los Ángeles, 9,7% en San Francisco con prevalencias más altas (32,0%) cuando se trata de adolescentes. En Hispanoamérica las cifras de prevalencia de desnutrición son también variables: 20,0 % al inicio del embarazo en Chile y 39,1% en Dominica. En Venezuela, algunos estudios han señalado que la prevalencia de desnutrición en gestantes varía de 15,2% a 16,9%. ([OPS], 2006).

La Asociación Dietética Americana sostiene que la mujer durante la gravidez debe mantener un buen estado nutricional, a través de estilos de vida que optimicen la salud materna y reduzcan el riesgo de defectos en el nacimiento, su óptimo desarrollo fetal, problemas de salud crónicos en sus niños. Además sustenta que los componentes esenciales que promueven estilos de vida saludables en el embarazo incluyen apropiada ganancia de peso, consumo de una variedad de alimentos en relación a las necesidades nutricionales. (Zambrano, 2002).

En Ecuador según el SIISE22, la desnutrición es uno de los principales problemas de salud en los países en desarrollo. La frecuencia de desnutrición es

un indicador de resultado que sirve para identificar grupos de intervención prioritarios de las políticas de salud y específicamente grupos con alto riesgo de muerte entre los que se incluye a las mujeres embarazadas. (Viteri, 2004).

Los principales factores justificados están: la falta o desigual acceso a los alimentos, disponibilidad o acceso de servicios de salud, inadecuada atención pre y post-natal, deficiencias educativas de adultos y menores, la dieta y costumbres alimenticias inapropiadas. Un elemento creciente tiene que ver con el consumo de alimentos industrializados poco nutritivos. (Viteri, 2004).

La desnutrición en las provincias de la Sierra es hoy en día más alta que el promedio nacional de hace 20 años. Los grupos vulnerables habitan en zonas con poco acceso a servicios de agua potable y saneamiento, tienen bajo nivel educativo y son ancestralmente pobres. Este hecho evidencia la baja efectividad de las políticas de seguridad alimentaria del Estado Ecuatoriano y la escasa provisión de servicios de salud primaria y de saneamiento ambiental que el mismo provee. (UNICEF, 2009).

Las políticas de intervención en salud determinan que es necesario enfocarse en el embarazo y en los dos primeros años de vida del niño, de las áreas rurales y en particular en la población indígena, con estrategias que aseguren la vigilancia del crecimiento de feto durante el embarazo y la adopción de prácticas adecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria a partir de los 6 meses de vida, al igual que entender la vulnerabilidad nutricional y requerimientos aumentados de las adolescentes embarazadas, tanto por sus factores de crecimiento, como los psicosociales, que afectaran su crecimiento y desarrollo que además compiten con los del feto en sus demandas de crecimiento. ([MSP], 2010).

El estado nutricional de la madre se utiliza para predecir el riesgo inicial de peso bajo al nacer y para determinar las recomendaciones en relación con la ganancia de peso materna durante el embarazo y la intervención nutricional requerida. La evaluación antropométrica de la embarazada ha evolucionado en las últimas décadas actualmente se puede evaluar el índice de Masa Corporal. En nuestro país, se usa la gráfica de evaluación nutricional de la embarazada según índice de masa corporal proporcionadas por el MSP del Ecuador se evalúa con

indicadores antropométricos que permita observar la ganancia de peso. (Castillo, 2010).

La necesidad de evaluar el estado nutricional de la gestante se ha convertido en una prioridad, debido a que en los últimos años numerosos estudios han demostrado la relación entre el estado nutricional materno con el peso bajo al nacer, incremento de la morbilidad neonatal, retardo o detención del crecimiento y riesgo de déficit psicomotor posterior, fundamentalmente en los países en vías de desarrollo. El estado nutricional de la madre se utiliza para predecir el riesgo inicial de peso bajo al nacer y para determinar las recomendaciones en relación con la ganancia de peso materna durante el embarazo y la intervención nutricional requerida. (Pérez, 2009)

Los requerimientos nutricionales de la mujer que amamanta son mayores, incluso en comparación a los que hay en la etapa de embarazo. La lactancia es otra etapa especial para la mujer, ya que para producir leche materna los requerimientos nutricionales son superiores a los de la etapa de gestación, pues será el único alimento que recibirá el bebé durante los primeros meses de vida. (Jurado, 2012)

Durante la lactancia, la mujer debe seguir una alimentación adecuada y equilibrada, ya que el estado nutricional de la madre afectará a la composición de la leche que produce. Además se considera de gran importancia vigilar la alimentación de la madre en periodo de lactancia, ya que podría representar un riesgo para su estado nutricional. (Jurado, 2012)

1.2.2 Análisis Crítico

La alimentación durante el embarazo es un tema controvertido, muchas veces ignorado por los médicos o abordado en forma equivocada. Algunos alimentos han sido restringidos o prohibidos y otros alimentos se han considerado indispensables para evitar problemas de malnutrición tanto en la madre como en el niño. Ello puede deberse por una parte, a un conocimiento insuficiente del tema y por otra, a que los conceptos están en investigación y no debidamente comprobados. No obstante, es escasa la información disponible en relación a los

conocimientos, prácticas y creencias sobre alimentación y nutrición que poseen las gestantes y lactantes que controlan su embarazo en centros asistenciales del sector público.

En nuestro país existen variantes creencias y prácticas sobre la alimentación tanto de la embarazada como de la madre en período de lactancia, muchas de ellas con ideas infundadas que puede perjudicar la salud y estado nutricional tanto de la madre como del niño al omitir ciertos alimentos en estos períodos o al ofrecerle comida casera perjudicial que afectará el estado nutricional. Este fenómeno es evidente en comunidades rurales pobres, así como en zonas urbanas y en mujeres de bajo nivel educativo. Por lo que se ha considerado importante determinar las prácticas, creencias alimentarias y estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes atendidas en el centro de Salud con el fin de diseñar una guía alimentaria que contribuya a mejorar los hábitos alimentarios durante estas etapas.

1.2.3 Prognosis

Al no realizar esta investigación no se podrá determinar qué conocimientos poseen las mujeres gestantes y lactantes con respecto a la alimentación, además de no poder demostrar cuales son las prácticas, creencias, tabús más frecuentes en estos períodos.

Los datos de esta investigación están encaminados a describir la realidad alimentaria de las gestantes y lactantes, misma que no se podrá conocer al no ejecutar la presente investigación. Y posteriormente no serían corregidos además que no se lograría elaborar una guía alimentaria que ayude a las madres en su nutrición durante la gestación y lactancia.

1.2.4 Formulación del Problema

Ante los argumentos citados, surge la necesidad de plantear la pregunta de investigación:

¿Cuáles son las prácticas y conocimientos, creencias y tabús alimentarios y su relación con el estado nutricional de las gestantes y lactantes atendidas en el centro de Salud de Huachi Chico?

1.2.5 Preguntas Directrices

- ¿Qué prácticas, conocimientos, creencias y tabús alimentarios se presentan durante el embarazo y lactancia?
- ¿Cuál es el estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes?
- ¿Cuáles son las condiciones socioeconómicas, culturales y demográficas de las madres embarazadas y lactantes?
- ¿Qué estrategias sobre alimentación durante el embarazo y lactancia ayudaran a fortalecer la nutrición?

1.2.6 Delimitación del Problema

- **Campo:** Nutrición
- **Área:** Nutrición en mujeres embarazadas y lactantes
- **Aspecto:** Prácticas y conocimientos, creencias y tabús alimentarios.

Delimitación

- **Temporal:** Se realizada en el periodo junio-noviembre del 2013.
- **Espacial:** Esta investigación será realizada en el centro de Salud Huachi Chico, de la ciudad de Ambato, provincia de Tungurahua, país Ecuador.
- **Persona:** Madres gestantes y lactantes

1.3 JUSTIFICACIÓN

El embarazo es una etapa que requiere un incremento de las necesidades de energía y nutrientes que son difíciles de cubrir. La falta de estos nutrientes pueden tener repercusiones más graves que en otras etapas de la vida y afectar el estado nutricional, no sólo a la madre, sino también a su hijo.

Por lo tanto, un adecuado estado nutricional materno, está íntimamente ligado a una alimentación adecuada en cantidad y calidad, y esto se refleja en la gestante, en un incremento adecuado de peso, mejor estado general, mayor

defensa a infecciones, menor riesgo de morbilidad, y óptimas condiciones para la lactancia materna.

Esta investigación está encaminada principalmente a las mujeres gestantes y lactantes, puesto que se pretende conocer la situación nutricional y predecir como afrontará las exigencias de la gestación y la lactancia.

Los resultados de las evaluaciones que se realizarán permitirán identificar los problemas que las propias embarazadas perciben como prioritarios en base a sus conocimientos previos, percepciones y actitudes y de esta manera aportar en la formulación de futuras intervenciones nutricionales para así ayudar a mejorar en un buen porcentaje las condiciones de alimentación y el estado nutricional en este grupo poblacional con el fin de lograr un punto de partida para el diseño de material de intervención nutricional aplicado al control prenatal el mismo que será un aporte más a la población y a la comunidad médica.

Los beneficiados con este proyecto son las mujeres embarazadas y lactantes ya que este proyecto pretende conocer cuáles son las prácticas y conocimientos nutricionales que tienen las gestante o lactante para así fortalecerlos o suprimirlos de la alimentación, además intenta conocer las creencias y tabús más frecuentes y los factores que con mayor frecuencia en la actualidad predisponen a que se presenten en estos periodos.

Este proyecto es factible debido a que se podrá efectuar en las madres gestantes y lactantes que acuden al centro de Salud de Huachi Chico.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

- Identificar las prácticas y conocimientos, creencias y tabús alimentarios más comunes que influyen en el estado nutricional de las gestantes y lactantes en el centro de Salud de Huachi Chico de la ciudad de Ambato.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Evaluar el estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes mediante indicadores antropométricos.
- Determinar las condiciones socioeconómicas, culturales y demográficas que influyen las madres embarazadas y lactantes.
- Conocer si a las madres se les brinda información sobre la nutrición que deben llevar durante su embarazo.
- Diseñar un esquema de intervención nutricional aplicado a madres gestantes y lactantes.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

En todas las épocas se han buscado explicaciones para los nacimientos anormales. Las creencias antiguas relacionaban tales situaciones con pecados pasados, copulación con animales o demonios, o profecías del futuro. Hace 100 años se consideraba que la impresión materna sobre el ambiente era un factor importante en la teratogenia. (Gangotena, 2007)

A principios de este siglo se encontró que los factores genéticos eran más importantes que las influencias ambientales y se determinó que el feto era un parásito capaz de extraer todos los nutrimentos necesarios de los tejidos maternos. La primera manipulación nutricional para producir malformación congénita fue realizada en 1933 en cerdas deficientes en vitamina A. Del 65 al 70% de los defectos de desarrollo de la actualidad no son explicables. (Elaine, 1990)

La hambruna reduce la fertilidad, fenómeno que se observó en la Segunda Guerra Mundial, cuando las tasas de nacimiento en áreas afectadas por hambruna cayeron en dos terceras partes. Las tasas de aborto aumentaron cinco veces, y las muertes neonatales fueron más de tres y media veces más altas que el índice normal. (Wilson Jaqher, 1995)

El estado nutricional de la madre tiene un efecto determinante en el crecimiento fetal y en el peso del recién nacido. Hay pruebas concretas de que el aumento de peso total durante el embarazo sirve para predecir el peso al nacer, aunque este último también se ve afectado por el estado nutricional de la madre. (Gangotena, 2007)

Según Saidman N & Ráele G & Basile M & Barreto L & Mackinnon M & Poy M & Terraza R & López B (2012) Conocimientos, intereses y creencias sobre alimentación y nutrición en gestantes en la ciudad Buenos Aires, Argentina:

Realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal y exploratorio con análisis cualitativo. Se incluyeron mujeres embarazadas sanas a partir de los 17 años de edad que acudieron voluntariamente al control de embarazo a los servicios de obstetricia y ginecología en los Hospitales de Argentina.

Este estudio tenía como objetivo: Explorar en un grupo de gestantes cambios alimentarios, conocimientos sobre alimentación y nutrición, mitos, tabúes y creencias; Conocer e interpretar las dudas e intereses acerca de la alimentación y el embarazo, con el fin de diseñar un programa de intervención nutricional aplicado al control prenatal. Resultados: El 31% de las embarazadas atribuyó connotaciones negativas a algún alimento, por asociarlos con posibles daños hacia el bebé o con una ganancia de peso mayor a la deseada, entre ellos apareció llamativamente la carne. El 65% refirió realizar cambios en la selección de alimentos a partir del embarazo, y aumentar la ingesta de frutas, verduras, cereales y leche; el principal grupo disminuido fue el de las carnes.

Se evidencia desconocimiento sobre la ganancia de peso y sobre la anemia diversos inconvenientes con respecto a la suplementación de hierro. El 92% de las embarazadas manifestaron tener interés en recibir mayor información nutricional durante el control. (Saidman, 2012)

La influencia de la dieta materna en la composición de la leche depende del antecedente nutricional de la madre, si sus depósitos son importantes, el consumo de una dieta de mala calidad durante algún tiempo no tiene mucho impacto en la calidad de la leche; los nutrientes se tomarán de sus depósitos si su dieta no es óptima. Las vitaminas hidrosolubles se encuentran en concentraciones bajas en la leche materna cuando la dieta de la madre es baja en estos nutrientes. Cuando la madre está desnutrida también puede reducirse la secreción de las inmunoglobulinas de la leche materna. (Baremo, 1999)

Según Gangotena M & Lamerá G & Panchi V (2009) Nutrición durante en Embarazo en la Ciudad Madrid, España: en un estudio que realizo cuyo propósito fue: Analizar la importancia de la Dieta en el período de gestación para que de esta forma se pueda conocer la relación existente entre la alimentación realizada y la adecuada. Cuya conclusión fue Que el período de gestación de la

mujer es una fase importante, tanto para la madre como para el feto, ya que si no existe el cuidado especial que amerita, ambos corren riesgos de transmisión de enfermedades o hasta la muerte. Durante éste periodo la madre debe de consumir alimentos que la nutran e ingerir alimentos saludables, tales como: hierro, calcio, vitamina A, vitamina C y ácido fólico, Si la madre hace lo indicado tendrá un bebé saludable y su restauración física será en un período normal por lo que es importante mantener la talla y el peso adecuado en la gestante. En consecuencia, los datos y el desarrollo de esta investigación permitirán dar prioridad a la nutrición de pacientes gestantes y lactantes para así dar un seguimiento nutricional específico que la gestante y lactante requieren y de esta manera poder evitar patologías producidas por la falta de nutrientes principales durante el embarazo; desnutrición, sobrepeso y disminuir la tasa de mortalidad que se vive en nuestro país. (Gangotena, 2007)

Según Fernando O & Luz T & Wilson A (2007) Comportamiento, Actitudes y Prácticas de Alimentación y Nutrición en Gestantes en la ciudad de Perú, Lima: Realizo un estudio cuyo Objetivo fue Tener una línea base de los conocimientos, actitudes y prácticas de las gestantes que permita realizar intervenciones educativas para diseñar mensajes a favor de la nutrición de la gestante.

Método.- Se aplicó 156 encuestas divididas en 6 ejes: (i) Datos generales; (ii) Conocimiento sobre nutrición; (iii) Actitudes nutricionales; (iv) Prácticas nutricionales; (v) Otros alimentos; (vi) Hábitos.

Resultados.- El 86% conoce que debe tomar leche, sin embargo solo el 35% la consume todos los días, el 33% 2 ó 3 veces por semana y el 27% a veces.

El 85% conoce que debe tomar sulfato ferroso, el 91% que debe consumir 3 comidas principales y 1 refrigerio. El 59% conoce qué alimentos facilitan la absorción del hierro y el 47 % cuáles son ricos en hierro.

Además señalan que el huevo consumen a veces el 44%, 2 a 3 veces por semana el 38 % y todos los días el 13%. Consumen pollo a la brasa el 58%, hamburguesa 30%, helados 79%, tortas y golosinas 56%, gaseosa 66%.

Conclusiones.- Las gestantes saben cuántas comidas deben consumir por día. La mitad conocen qué alimentos son ricos en hierro y cuáles facilitan su

absorción. Los alimentos ricos en hierro no son de su agrado. Un alto porcentaje tienen malos hábitos de alimentación. Los alimentos proteicos son poco consumidos. (Orgendo, 2008)

Según Pedro F, & Clara R & María G &, Josmery F & Ramón G & Lila Á & Milagros L (2012) Estudio nutricional de la embarazada y su neonato en el Estado Carabobo, Venezuela: Realizó un estudio cuyo objetivo fue Determinar el estado nutricional de la embarazada y su neonato.

Método: Estudio descriptivo epidemiológico, analítico, prospectivo, basado en una entrevista-encuesta, en pacientes consultantes a sala de partos. Análisis de 400 casos durante el año 2012. A cada paciente se le recabó su historia (antecedentes, situación obstétrica, estado neonatal). Luego se realizó una evaluación del estado nutricional tomando en cuenta medidas antropométricas de peso, talla, semana de gestación y su condición ideal, incremento de peso durante el embarazo. Su neonato se estudió en base a peso y talla.

Resultados: En antecedentes familiares destacó la hipertensión arterial 88 casos (22 %) y diabetes 55 (13,75 %); en antecedentes personales: abortos 93 casos (23,25 %) y cesáreas 75 (18,75 %); el motivo de ingreso: trabajo de parto 252 pacientes (63 %). El 66 % 267 casos no hizo control prenatal, la mayoría fueron multigestas 220 (55 %), con embarazo a término 356 (89 %), y partos vaginales 245 casos (61,25 %). Hubo predominio de recién nacidos masculinos 225 (56,11 %), con peso de 2 500 g y más 371 (92,51 %), talla de 45 cm y más 371 (92,52 %), índice Apgar mayor de 7 en 310 casos (77,77%).

El estado nutricional materno fue: adecuado 355 (88,75 %), deficiente 15 (3,75%), sobrepeso 30 (7,5 %). El estado nutricional neonatal fue: adecuado 385 (95,51 %), deficiente 6 (1,5 %), sobrepeso 12 (2,99 %). Hubo un gemelar y dos mortinatos.

Conclusión: Las embarazadas a pesar de pertenecer a los estratos socioeconómicos precarios y alimentación deficiente presentan un nivel adecuado de nutrición materno y neonatal. Estamos a tiempo de instaurar planes para elevar su nivel de vida y orientación nutricional. (Montero, 2012)

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

Esta investigación se realizará con paradigma critico-propositivo:

Crítico: Porque se determinará los conocimientos y prácticas, creencias y tabús que tienen las madres gestantes respecto a la nutrición durante la gestación y lactancia para así elaborar material de intervención nutricional aplicado al control prenatal para que futuros resultados sean madres gestantes en buen estado nutricional y por tanto madres lactantes en óptimo estado nutricional para amamantar a su hijo.

Se trata de implementar estrategias para así evitar desnutrición y de esta manera disminuir las malformaciones congénitas producidas por la falta de nutrientes principales durante el embarazo y evitar desnutrición de las mujeres en periodo de lactancia, problemas de salud pública, que son prevenible y que tiene solución, es por ello que vemos la necesidad de investigar este tema.

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Según la nueva CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, en el capítulo segundo, donde se estipulan los Derechos del Buen Vivir, en la sección séptima correspondiente al ámbito de la salud contempla lo siguiente:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art 38. En particular, el Estado tomará medidas de: Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.

En el capítulo tercero donde se menciona los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria.

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad

Sección cuarta/ Mujeres embarazadas

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas:

El derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios

Sección/ Seguridad Alimentaria

Art. 281.- La soberanía alimentaria constituye un objetivo estratégico y una obligación del Estado para garantizar que las personas, comunidades, pueblos y

nacionalidades alcancen la autosuficiencia de alimentos sanos y culturalmente apropiados de forma permanente.

1. Prevenir y proteger a la población del consumo de alimentos contaminados o que pongan en riesgo su salud o que la ciencia tenga incertidumbre sobre sus efectos.
2. Adquirir alimentos y materias primas para programas sociales y alimenticios, prioritariamente a redes asociativas de pequeños productores y productoras.

Sección Segunda/ Salud

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar Prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.

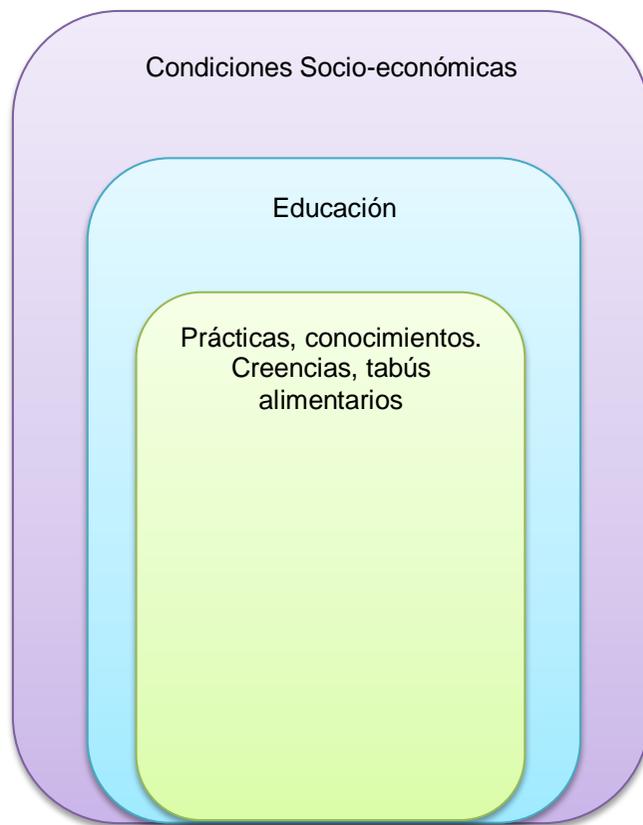
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.
7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.
8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

Art. 365.- Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.

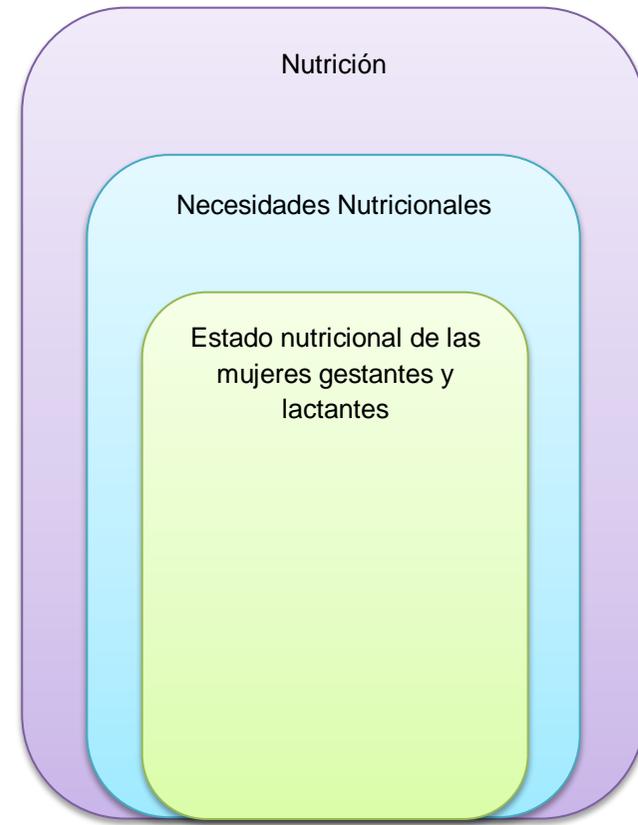
Art. 366.- El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud.

El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado.

2.4 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA (CATEGORÍAS FUNDAMENTALES)



VI Prácticas y conocimientos, creencias y tabús alimentarios



VD Estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes

2.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Definiciones:

La alimentación.-Es la ingestión de alimento por parte de los organismos para proveerse de sus necesidades alimenticias, fundamentalmente para conseguir energía y desarrollarse. (Zambrano, 2002)

La nutrición.- Proceso por cual el organismo absorbe y asimila las sustancias necesarias para el funcionamiento del cuerpo. Este proceso biológico es uno de los más importantes determinantes para el óptimo funcionamiento y salud. También se ocupa solventar las necesidades energéticas del cuerpo aportándole los hidratos de carbono necesario, las grasas, las vitaminas, proteínas y todas aquellas sustancias que requiere el cuerpo para poder desarrollarse. (Zambrano, 2002)

Embarazo.- El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). (OMS, 2008)

Lactancia.- La lactancia materna es la alimentación con leche de la madre. La OMS y el UNICEF señalan asimismo que "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños" (OMS, 2013)

PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN EL EMBARAZO Y LACTANCIA

Práctica alimentaria.- Se define como "conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y la alimentación. Incluye desde la manera como se seleccionan los alimentos hasta la forma en que los consumen o los sirven a las personas cuya alimentación está en sus manos. (Limón, 2005)

Dentro de las Prácticas alimentarias, se encontró que un alto porcentaje de mujeres embarazadas y lactantes no consumen alimentos que proporcionan proteínas de origen animal y vegetal, de igual manera alimentos fuentes de carbohidratos, y de vitaminas y minerales. (Limón, 2005)

La mujer se enfrenta a dobles jornadas de trabajo conllevando como consecuencia un estado de salud y nutrición deficiente. En forma general se puede afirmar que un gran porcentaje de familias se apega más a sus prácticas y tradiciones ancestrales, sumándose a esto sus bajos ingresos económicos. La alimentación durante el embarazo debería procurar una nutrición óptima para la madre y el niño, puesto que de una buena alimentación depende la buena salud de la madre y el nuevo ser. (Cepal, 2010)

Las mujeres embarazadas de hogares indígenas con el cuidado de los animales y en especial el trabajo de campo les impiden cumplir con una alimentación adecuada y saludable. Durante el embarazo mantienen una alimentación igual que cuando no está embarazada, pocas veces varía su alimentación y otra parte disminuyen su alimentación por falta de hambre y sueño. (Castillo, 2010)

Requerimientos y recomendaciones nutricionales en la gestación

En la gestación es imprescindible que la dieta de la mujer reúna todos los nutrientes necesarios para asegurar el crecimiento adecuado y óptimo desarrollo del feto y mantener además el estado de salud de ambos. Así, la dieta de la madre debe garantizar ciertas reservas de nutrientes, que se utilizarán más tarde en la etapa de lactancia. Durante la gestación, la mayoría de nutrientes deben incrementarse debido al aumento del gasto metabólico basal. Puesto que cada nutriente cumple una determinada función en el crecimiento y desarrollo de los tejidos, los requerimientos de nutrientes varían en función de las necesidades. (Hernandez, 2009)

Energía En la gestación, los requerimientos energéticos diarios aumentan de 250 a 300 kcal, aunque es importante establecer dichos requerimientos en función de las necesidades específicas de la madre. El aumento de los requerimientos energéticos basales en la gestación, se justifica por la formación de nuevos tejidos corporales, el crecimiento de útero, placenta y el feto, además

del aumento del esfuerzo cardiaco materno. La primera fase de la gestación se caracteriza por ser una etapa anabólica, donde las necesidades de energía del feto y la placenta están reducidas, y el metabolismo de la madre se dirige a la acumulación de reservas de grasa. Conforme avanza la gestación, disminuye la cantidad de energía destinada a la unidad feto placentaria y la energía almacenada por la madre. Esta segunda fase se caracteriza por ser más catabólica, donde las reservas de grasa acumuladas comienzan a movilizarse. (Hernandez, 2009)

Hidratos de carbono: Los hidratos de carbono deben suponer entre el 45 y 60 % del valor calórico total de la dieta, aconsejando la ingesta de hidratos de carbono complejos y el incremento del consumo de fibra total a 28 g por día.

Proteínas: Durante el embarazo estas necesidades aumentan dada la enorme síntesis de nuevos tejidos tanto maternos como fetales, especialmente en el último trimestre. El Consejo Nacional de Investigaciones Americano propuso que a partir del segundo trimestre, la mujer embarazada debe consumir de 10 a 12 grs. de proteínas adicionales cuando es mayor de 24 años y 15 grs/día cuando es menor de 24 años

Lípidos: La grasa ingerida por la dieta debe adaptarse a las cantidades recomendadas y suponer entre un 20% y 35% del valor calórico total

Es importante destacar los ácidos grasos esenciales como el linoleico, alfa-linolénico, ácidoaraquidónico, eicosapentanoico (EPA) y el docosahexaenoico (DHA). La ingesta adecuada de estos ácidos grasos esenciales es primordial para el correcto desarrollo de la placenta y el feto y para que el embarazo llegue a término con éxito.

Vitaminas y Minerales: En general, los micronutrientes tienen una importancia especial en la gestación, en parte por la función que desempeñan en la formación de los tejidos del feto y por lo que suponen para el futuro estado de salud del niño.

Durante el embarazo, la alimentación está directamente implicada en la correcta formación y desarrollo del feto. Por ello, debe ser variada y equilibrada y debe incluir todos los alimentos propuestos en la pirámide nutricional, respetando el número de raciones diarias (ver *Tabla*) para alcanzar el aporte adecuado de nutrientes (Hernandez, 2009)

Grafico N°1: Recomendaciones

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA LA MUJER ADULTA Y GESTANTES REFERIDAS AL NÚMERO DE RACIONES DIARIAS			
ALIMENTOS	MUJER ADULTA	EMBARAZADA	PRINCIPALES ALIMENTOS
Farináceos	3 - 6	4 - 5	Pan, pasta, arroz, legumbres, cereales, cereales integrales, patatas
Verduras y Hortalizas	2 - 3	2 - 4	Gran variedad según el mercado. Incluir ensaladas variadas.
Frutas	2	2 - 3	Gran variedad según estaciones
Lácteos	2	3 - 4	Leche, yogur y quesos.
Alimentos proteicos	1 - 2	2	Carnes, aves, pescados, huevos. Legumbres y frutos secos.
Grasas de adición	3 - 6	3 - 6	Preferentemente aceite de oliva y/o de semillas
Agua: de red, mineral. Infusiones, bebidas sin alcohol	4 - 8	4 - 8	Agua de red, minerales, infusiones y bebidas con poco azúcar y sin alcohol

Fuente: Guía alimentación saludable. SENC, 2004.

Habitualmente, los requerimientos de micronutrientes se cubren siguiendo una dieta variada y equilibrada, aunque hay que prestar especial atención a algunos de ellos para evitar los riesgos de malnutrición que se describen a continuación:

- Se requiere un aporte extra de hierro de 0,9 mg al día. Este mineral se encuentra implicado en el aumento de los tejidos de la madre y el feto y también en la formación de los depósitos hepáticos fetales de hierro.
- En el tercer trimestre de embarazo es necesario un aporte adicional de calcio, ya que en esta etapa el feto necesita de 200 a 250 mg diarios de este mineral.
- Los requerimientos de la mayoría de vitaminas hidrosolubles se encuentran aumentados, teniendo especial relevancia el ácido fólico, cuya ingesta se debe incrementar en 400 µg al día. Para evitar malformaciones en el feto, se debe aportar esta vitamina de 8 a 10 semanas antes de la concepción.
- Los requerimientos de vitamina B6 también deben incrementarse durante la gestación, ya que está implicada en el correcto funcionamiento de las enzimas que se relacionan con el metabolismo proteico. (Hernandez, 2009)

Requerimientos y recomendaciones nutricionales en la lactancia

Los requerimientos nutricionales durante la lactancia son más elevados que en la gestación. El aumento de estas necesidades de energía se debe al volumen y valor energético de la leche producida, ya que la secreción de 800 ml de leche al día tiene un valor energético aproximado de 550 kcal. Los déficits nutricionales durante la lactancia, pueden afectar a la producción de leche materna y en menor medida a su calidad, ya que la composición de la leche depende de las reservas de la madre. Por ello, es importante que la madre mantenga un estado de nutrición óptimo para evitar un estado de desnutrición. (Campo, 2010)

Energía: En el período de lactancia, los requerimientos energéticos diarios se incrementan en 500 kcal aproximadamente, aunque es importante establecer los requerimientos en función de las necesidades específicas de cada madre. Para cubrir estas necesidades, la mujer necesita incrementar la cantidad de alimentos sólidos y líquidos en la dieta. De esta manera se asegura que la producción de leche ofrezca la calidad y cantidad que el niño necesita para satisfacer sus

necesidades. Hay que tener en cuenta que para el mantenimiento de la lactancia, la necesidad de energía es proporcional a la dosis de leche generada. Aproximadamente, se necesitan ingerir unas 85 kcal/100 g de leche que produce la madre. Durante la lactancia, las pérdidas de los depósitos grasos que se producen en la mujer, facilitan que se recupere el peso inicial previo a la gestación.

Hidratos de carbono: Los hidratos de carbono -al igual que ocurre en la gestación, deben suponer entre el 45 y el 60% del valor calórico total de la dieta. Es aconsejable incrementar el consumo de fibra total a 29 g por día. (Campo, 2010)

Proteínas: Además de las pautas de ingesta de proteínas de referencia para la población general, se aconseja una ingesta adicional de 19 g de proteína al día durante primeros los seis meses de lactancia y a partir de los seis meses, aumentar en unos 13 g de proteína por día. Es aconsejable que estas proteínas sean de alto valor biológico. (Campo, 2010)

Lípidos: La grasa ingerida por la dieta debe adaptarse a las cantidades recomendadas para mujeres lactantes y suponer entre un 20% y 35% del valor calórico total. Las ingestas recomendadas son semejantes a las indicadas para mujeres gestantes, así como los valores de referencia para los ácidos grasos esenciales. (Campo, 2010)

Vitaminas y minerales: En el período de lactancia, también son de especial relevancia en la dieta de la madre los micronutrientes. Para evitar carencias o déficit de micronutrientes, a continuación se describen los más importantes en esta etapa:

- Debe incrementarse la ingesta de vitaminas liposolubles (A y E) con respecto a la mujer gestante.
- La mayoría de las vitaminas hidrosolubles se encuentran aumentadas, especialmente la B2, B6 y la C. (Campo, 2010)

En la lactancia, al igual que ocurre en la gestación, para alcanzar el aporte adecuado de nutrientes es fundamental que la dieta de la mujer sea variada y

equilibrada, incluyendo todos los alimentos de la pirámide nutricional y respetando el número de raciones y el peso. Si la dieta no es equilibrada ni variada, tendrá déficit de nutrientes, y esto va a repercutir en la calidad de la leche materna y por tanto en el correcto desarrollo del niño. Además, la desnutrición también afecta a algunas reservas de nutrientes, pudiendo afectar al estado de salud de la madre. (Campo, 2010)

Gráfico N°2: Recomendaciones

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA LA MUJER ADULTA Y LACTANTES REFERIDAS AL NÚMERO DE RACIONES DIARIAS			
ALIMENTOS	MUJER ADULTA	MUJER LACTANTE	PRINCIPALES ALIMENTOS
Farináceos	3 - 6	4 - 5	Pan, pasta, arroz, legumbres, cereales, cereales integrales, patatas
Verduras y Hortalizas	2 - 3	2 - 4	Gran variedad según el mercado. Incluir ensaladas variadas.
Frutas	2	2 - 3	Gran variedad según estaciones
Lácteos	2	4 - 6	Leche, yogur y quesos.
Alimentos proteicos	1 - 2	2	Carnes, aves, pescados, huevos. Legumbres y frutos secos.
Grasas de adición	3 - 6	3 - 6	Preferentemente aceite de oliva y/o de semillas
Agua: de red, mineral. Infusiones, bebidas sin alcohol	4 - 8	4 - 8 vasos	Agua de red, minerales, infusiones y bebidas con poco azúcar y sin alcohol

Fuente: Guía alimentación saludable. SENC, 2004.

Influencia de la nutrición en la lactancia

Diferentes estudios han correlacionado el estado nutricional o variables del estado nutricional materno con la lactancia:

- El estado nutricional materno al inicio del embarazo (medido por el índice peso/talla) influye en el volumen de la leche producida y en su contenido graso, ambos son mayores en las mujeres mejor nutridas.
- En mujeres que amamantan con frecuencia similar, su estado nutricional y el incremento de peso durante el embarazo influyen en la duración de la lactancia.
- El estado nutricional de la embarazada y el incremento de peso durante el embarazo influyen en el peso de los niños al nacer. A su vez los niños de mayor peso tienen más posibilidades de tener una lactancia prolongada.
- La ingesta de la madre durante la lactancia influye en el contenido de aminoácidos, ciertos ácidos grasos y vitaminas hidrosolubles de la leche, pero no en el contenido de proteínas totales y el calcio. (Bender, 2009)

CONOCIMIENTOS ALIMENTARIOS EL EMBARAZO Y LACTANCIA

Conocimiento.- es un cumulo de información alimentaria almacenada mediante la experiencias vividas acerca de su entorno y de sí mismo. (Raele, 2012)

Conocimientos que tienen las mujeres acerca de la ganancia de peso durante la gestación.

En estudios realizados: Un determinado número de mujeres con respecto a la ganancia de peso no le dan la respectiva importancia o no la consideran importante.

En conocimientos científicos acerca de la ganancia de peso durante el embarazo:

Los cambios durante el embarazo pueden observarse a través de la ganancia de peso. De hecho, una de las mejores formas para prevenir el nacimiento de bebés con bajo peso es por medio de la observación de la ganancia de peso materna. (Feldman, 2009)

Para tener una idea más amplia, se puede decir que una mujer embarazada debe aumentar en promedio 20 % de su peso inicial. Sin embargo, el aumento de peso no es uniforme; se calcula que aproximadamente las dos quintas partes de ese aumento de peso ocurren durante el tercer trimestre y una quinta parte se gana en el primero. Ello significa que durante los primeros meses se gana muy poco peso, pero con frecuencia se observa que algunas mujeres no sólo no suben de peso con esa etapa, sino que incluso lo pierden a causa de las náuseas y el vómito. (Disilvestro, 2004)

A partir de la segunda mitad del embarazo el aumento de peso sugerido es de 400 a 450 gramos por semana, aunque la ganancia de peso varía de acuerdo con las condiciones específicas de cada mujer. El feto representa la mayor parte de la ganancia de peso, además del líquido amniótico y la placenta, así como aumento en el volumen sanguíneo materno, líquido intersticial y tamaño del útero y las mamas. Se pueden agregar aproximadamente 3 kg al tejido adiposo materno. (Feldman, 2009)

El modelo usual del aumento de peso comienza con 0.65 kg a las 10 semanas de gestación; 4 kg a las 20 semanas; 8.5 a las 30 semanas, y 12.5 a las 40 semanas. Como la mitad de este total son productos de la concepción, y la mayor parte de este peso se aumenta en la segunda mitad del embarazo, muchas mujeres sienten que están engordando antes de que se alcance el segundo trimestre de la gestación.

La tasa máxima de almacenamiento de grasa se produce hacia la mitad del embarazo, y proporciona una reserva de calorías para el tercer trimestre y la lactación. La ganancia de peso en el segundo trimestre se debe en gran parte al aumento del volumen de sangre materno, al tamaño de las mamas y el útero, y al tejido adiposo. En el tercer trimestre crecen el feto, placenta, volumen del líquido amniótico y retención de líquidos en los miembros inferiores y en la pelvis. (Mora, 2007)

No es aconsejable ganar peso con exceso, ya que puede provocarse un aumento en la glucemia y desencadenar diabetes gestacional, o bien, un aumento en la presión arterial que elevaría el riesgo de enfermedad hipertensiva

aguda en el embarazo (pre eclampsia). Cuando la mujer presenta sobrepeso antes del embarazo se debe procurar que conserve la misma velocidad de ganancia de peso durante toda la gestación. En ningún caso se deberá restringir la ganancia de peso en forma absoluta. Por otro lado, el bajo peso de la madre aumenta el riesgo de que el bebé sea prematuro o tenga bajo peso al nacer, así como de que surjan dificultades al inicio de la lactancia. (Aranceta, 2008)

El riesgo de complicaciones del embarazo aumenta en los dos extremos de la clasificación del estado nutricional según el IMC la obesidad y el bajo peso o desnutrida, entre las gestantes obesa y sobrepeso tienen un riesgo alrededor de dos a seis veces más de diabetes gestacional, que la de peso normal además el riesgo de sufrir de hipertensión y posterior a esta el riesgo de pre eclampsia y es aún un riesgo más elevado de operaciones de cesáreas, complicaciones postoperatoria y contribuyen al incremento de la mortalidad perinatal. ([OPS], 2006)

Conocimientos que tienen las mujeres acerca del consumo de hierro en el embarazo y lactancia.

Se han investigado también los conocimientos en relación a la anemia en el embarazo, cerca de la mitad de embarazadas escuchó hablar alguna vez sobre la misma, solo un tercio de embarazadas conocen que la patología se debía a la falta o disminución del hierro y/o glóbulos rojos. En cuanto al conocimiento que tienen sobre la función del hierro surgen diversidad de nociones, algunas veces se relaciona con la prevención de la anemia, también lo relacionado a una mala alimentación “me lo dan porque no como bien” también asocian el hierro a beneficios para la salud del bebé como: “es para fortalecer al bebé en la panza”. (Ipiales, 2010)

Acerca de los conocimientos que las gestantes y madres lactantes tienen en relación al inicio del consumir el hierro. Aunque según el análisis de los datos provenientes de investigaciones anteriores, más de la mitad de las mujeres refirió haber recibido suplementos durante el curso del embarazo y al inicio de la lactancia, las entrevistas en profundidad revelan el desconocimiento de los beneficios. (Ipiales, 2010)

El consumo del suplemento es irregular y generalmente la suplementación puede no iniciarse o interrumpirse. Los principales motivos que se identifican son los económicos o problemas relacionados al sistema de salud que no garantiza continuidad en la provisión de la dosis. (Esparsa, 2007)

También se visualizan dificultades relacionadas a traslados de las madres, largas esperas, desorganización administrativa y la agravante del faltante del suplemento en los centros asistenciales como los principales factores que promueven la no adherencia a la suplementación. Otro condicionante que surge es que este tipo de población suele rotar por diferentes centros de salud, por lo cual no hay un profesional de cabecera y las gestantes suelen confundir o perder las indicaciones recibidas. (Esparsa, 2007)

En conocimientos científicos con respecto al consumo de hierro.

El hierro es un oligoelemento esencial para la vida que nuestro organismo no puede producir por sí mismo, por lo que, en condiciones normales, debe ser aportado cada día a través de la dieta alimentaria. La mayor parte del hierro se utiliza para la formación de la sangre (basta decir que la molécula de la hemoglobina contiene un átomo de hierro en su núcleo), mientras que el resto se almacena como depósito o participa como componente de las enzimas en los múltiples procesos metabólicos destinados a mantener el estado de salud. (Ipiales, 2010)

El hierro se absorbe en el intestino delgado a partir de los alimentos y es transportado por la sangre hasta la médula ósea, donde interviene en la formación de la hemoglobina, el pigmento rojo de los eritrocitos. La función más importante de la hemoglobina es la llamada respiración celular, es decir, el transporte de oxígeno a través de las arterias desde los alveolos pulmonares hasta todas y cada una de las células del organismo, incluido el feto en el caso de las mujeres en gestación. (Ipiales, 2010)

La mujer, durante el embarazo, prácticamente duplica su volumen de sangre, lo que también implica un considerable aumento en sus necesidades de hierro, que deberán ser cubiertas adecuadamente para que su sangre sea de calidad, máxime si se considera que el feto se alimenta a través de la sangre de su

madre, hecho del que dependerá su desarrollo durante la gestación. (Aranceta, 2008)

Para muchas mujeres, el hierro en la dieta es insuficiente para satisfacer las mayores necesidades del embarazo y, en consecuencia, sus reservas de hierro se agotan. Esto se puede prevenir con suplementos de hierro. Algunos autores consideran que el hierro debe ser reservado para aquellas con anemia por deficiencia de hierro pre-existente, embarazos múltiples, o la mala alimentación. La recomendación predominante, es que las mujeres embarazadas reciben suplementos de hierro, especialmente durante la segunda mitad del embarazo. La dosis recomendada es de 30 a 60 mg diarios de hierro elemental. La mayoría de las vitaminas prenatales contienen 60 mg de hierro. (Ipiales, 2010)

CREENCIAS ALIMENTARIAS EN EL EMBARAZO

Creencia.- Se define como cualquier "expresión o proposición simple consciente o inconsciente, inferida de lo que una persona dice o hace en relación con los alimentos y la alimentación". (Limón, 2005)

- En cuanto al “Consumo del plátano y el huevo crudo” cree que el niño saldrá más blanco. El plátano puede dar cólico en algunas personas, cuando se consume en la noche, mas no hará que el niño salga mas blanco. El huevo crudo no debe consumirse ya que la proteína del huevo se absorbe cocida y no cruda, también para evitar la salmonella, que se ha dado a conocer en estudios realizados recientemente, al igual que por la cantidad de antibióticos y hormonas que se utilizan en la alimentación de estos animales, asociados con la telarquía o desarrollo sexual precoz en los niños y la homosexualidad. Entonces no hay ningún estudio que compruebe dicha creencia no es más que una superstición. (Rivera, 2010)
- “Otras creencias” el comer muchas frutas y verduras el niño sale más blanco y cabello claro, piensa que comer mucho maní nacen gemelos, creen que comer plátano vede mejorara la anemia, Desde el punto de vista nutricional, comer frutas y verduras durante el embarazo aporta; vitaminas y minerales, esto no tiene nada que ver que el niño salda más

blanco y con cabello claro, lo único que puede suceder es que el niño nacerá saludable. Ya que no hay ningún estudio que compruebe dicha creencia. El maní aporta ácidos grasos esenciales, y no hace que nazcan niños gemelos, el plátano verde es rico en potasio y carbohidratos, y no mejora la anemia. (Rivera, 2010)

- Se analiza en cuanto al “Consumo excesivo de carnes” el 10% de las mujeres embarazadas cree que, la cabeza del niño se crecerá, dice que se le puede salir la placenta al momento del parto. Si analizamos el alto consumo de carnes rojas en los países industrializados, vemos que es mayor el consumo de proteína que el recomendado por la OMS, que es de un gramo por kilogramo de peso. El exceso de ingestión hace que el organismo recargue el trabajo de los riñones y del hígado y haya deshidratación intracelular que trae como consecuencia ureas altas, albúminas y por ende, retención de líquidos e inflamación de los miembros inferiores y gota. Entonces el consumo de carnes debe ser de acuerdo a cada persona, pero hay que tomar en cuenta que durante el embarazo; se aumenta una porción de carnes ya que durante los tres primeros meses su consumo es primordial, pero tampoco hay que sobrecargar al organismo para evitar las consecuencias mencionadas anteriormente. Entonces se descarta cualquier creencia errónea en cuanto al consumo de carnes. (Ipiales, 2010)

CREENCIAS ALIMENTARIAS EN LA LACTANCIA

- Una creencia de madres lactantes es que el consumo de batidos con agua de hinojo, ortiga ayuda a la secreción de leche.

Eusebia Romano-Santos¹, Beatriz Fernández-González², Lidia Díez-Soro³, Sylvia Martínez-Bonafont² 2009, Catalán: realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cochrane Library, CINAHL, MEDLINE, CUIDEN.

El objetivo es revisar la evidencia científica de las plantas utilizadas tradicionalmente como galactogogos así como su eficacia y seguridad.

Resultados: no tienen suficiente eficacia probada y poseen una insuficiente relación riesgo/beneficio.

Concluyen diciendo que el uso de remedios a base de plantas con el fin de aumentar la producción láctea se ha hecho de forma generalizada a lo largo de la historia. El desconocimiento sobre la fisiología láctea, la preocupación por el bienestar del recién nacido, la inseguridad en las propias capacidades intrínsecamente femeninas, etc. han hecho que, aun hoy en día, la mujer que decide lactar busque «ayudas» exteriores para solucionar supuestas hipogalacticas. A pesar de que el uso de remedios naturales puede aumentar la autoestima y la sensación de poder en la mujer lactante, consideramos que la matrona y otros profesionales sanitarios relacionados con la salud materno infantil tienen un papel crucial en el inicio y mantenimiento de la lactancia. Habría que ofrecer información sanitaria veraz y actualizada, así como transmitir a las mujeres seguridad en sus capacidades. (Romano, 2009)

- Algunas madres tienen la creencia de consumir bebidas alcohólicas para quemar grasa y aumentar la producción de leche materna.

De acuerdo a investigaciones científicas a nivel mundial existe la teoría de que la cerveza puede estimular la secreción de prolactina, principal hormona que induce la lactogénesis o secreción láctea. El componente de la cerveza responsable del efecto en la secreción de prolactina no es el alcohol contenido sino aparentemente un hidrato de carbono complejo (polisacárido) de la cebada, lo que explica que el efecto sobre la prolactina puede ser también inducido por cerveza sin alcohol. No obstante, dado que los estudios en los que se basan estas teorías no son concluyentes, no se puede generalizar ni abogar por el regular uso de bebidas alcohólicas durante la lactancia, aunque éstas sean de baja graduación. (Ipiates, 2010)

- Algunas mujeres creen que se debe “Aumentar el consumo de agua para aumentar la secreción de leche”

El mejor indicador de la cantidad de líquidos que la mujer requiere es la sed; por esto es importante que consuma agua, leche o jugos cada vez que sienta sed y es importante ingiera la suficiente cantidad de agua,

pero sin olvidar que la producción de la leche se garantiza por la succión del bebé.

TABÚS ALIMENTARIOS EN EL EMBARAZO

Tabú: Es la restricción que limita el uso de alimentos que son considerados como prohibidos. (Raele, 2012)

- El “Consumo de vísceras” en las mujeres embarazadas se prohíben consumir porque el niño saldrá ahogado por el cordón umbilical. Desde el punto de vista nutricional, el consumo de vísceras aporta proteínas en cantidades menores que las carnes. Ningún estudio demuestra que el consumo de vísceras especialmente las (tripas) hace que el niño nacera ahogado por el cordón umbilical. (Ipiales, 2010)
- Se prohíben El “Consumo de alimentos gemelares o deformes” porque hace que nazcan niños gemelos, los niños nacerán pegados. En realidad se trata de una malformación poco común, incluso a nivel mundial, atribuible por lo general al consumo de medicamentos durante el embarazo o el consumo de alimentos contaminados con plaguicidas, así como la exposición a los mismos. Desde el punto de vista nutricional, el consumo de frutas y verduras es bueno ya que aporta vitaminas y minerales, y no importa que las frutas, verduras, estén pegadas o unidas o deformes ya que no altera la formación del niño. (Ipiales, 2010)
- Se restringen “El consumo de cítricos” algunas de las mujeres embarazadas porque se le cortará la sangre al niño, el niño nacera alérgico, cree que el niño nace desnutrido, piensan que le puede dar gastritis a la madre gestante. El consumo de cítricos durante el embarazo aporta vitamina C en la dieta, es bueno ya que la misma favorece en la absorción del hierro, contribuye a disminuir la incidencia de parto prematuro porque participa en la formación del tejido conectivo de la bolsa amniótica de las membranas. Estudios demuestran que el consumo de cítricos no es malo durante el embarazo ni en ninguna etapa de la vida, es una excelente fuente de vitamina C o ácido ascórbico y es el responsable del buen funcionamiento de muchos de nuestros órganos,

incluido el mantener las defensas en un buen nivel ayuda para el correcto funcionamiento del sistema inmunológico, indispensable para combatir las enfermedades infecciosas, y su papel en la cicatrización, que permite a las heridas curar más rápidamente. Mantiene además a las encías en un estado saludable; es como un antioxidante por lo que ayuda a nuestro cuerpo a producir colágeno y así retrasar el envejecimiento además de que está asociado con prevenir enfermedades cardíacas y cánceres, también ayuda para el buen mantenimiento de los músculos y huesos. (Rivera, 2010)

TABÚS ALIMENTARIOS EN LA LACTANCIA

- Algunas madres consideran prohibido “comer verduras porque ocasiona que se altere el olor y sabor de la leche o que se produzcan cólicos en los niños”.

En definitiva el consumo de verduras es importante durante la lactancia por el aporte de nutrientes (vitaminas y minerales), La madre puede comer de todo, por supuesto puede haber algún caso esporádico en que a un bebé en concreto le disguste algún sabor determinado o que durante las noches no sea aconsejable el consumo de algunas verduras, pero no significa que no se deba dejar de consumir. Una madre lactante puede comer cualquier alimento apto para el consumo humano. (Ipiates, 2010)

- Continuando con los tabúes durante la lactancia “consideran prohibido consumir arroz, el arroz de cebada, alimentos fríos o helados y alimentos cítricos como el limón disminuyen la cantidad de leche”.

Estudios a nivel de Latinoamérica aseguran que situaciones de estrés, cansancio o enfermedades de la madre, puede hacer que el volumen de leche materna, se vea afectado o disminuido, una alimentación deficiente o inadecuada, también puede comprometer el éxito de la lactancia.(Ipiates, 2010)

- No puede tomar agua la madre mientras esté dando de lactar porque daría agua en vez de leche la oxitocina suele producir sed mientras esté dando la madre de lactar, y la producción de la leche se da con

normalidad sin afectar en absoluto la composición de la leche. (Rivera, 2010)

FACTORES QUE DETERMINAN LAS PRÁCTICAS, CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS Y TABÚS ALIMENTARIOS.

Factores Culturales

La cultura se define como el estilo de vida propio de un grupo de personas, casi siempre de la misma nacionalidad o procedentes de una localidad determinada. Las creencias y hábitos alimentarios de una cultura se van transmitiendo de una generación a otra por instituciones como la familia, escuela e iglesia. Uno de los factores culturales que más orientan las creencias y hábitos alimentarios lo constituye la tradición.

La transculturación es también un factor que determina los hábitos pues la migración de personas de un país a otro, así como la llegada de productos extranjeros a la localidad, ha hecho que se adopten nuevas creencias y/o practicas alimentarias. (Montesdeoca, 2009)

Factores Económicos

El alza del costo y la escasez de víveres han hecho sentir su impacto en las comunidades y los hábitos de numerosas familias a nivel mundial. La diferencia entre pobres y ricos se ha acentuado aún más, ya que para los primeros las limitaciones para adquirir comidas diferentes y de origen animal son cada día mayor.

Es también importante mencionar que muchas amas de casa seleccionan los alimentos en el mercado basándose únicamente en el precio y en las preferencias culturales y familiares, sin tomar en cuenta el valor nutritivo de los mismos. (Montesdeoca, 2009)

Factores Sociales

El individuo pertenece a diversos grupos sociales, por lo cual no puede prescindirse del efecto que tenga la conducta colectiva sobre sus creencias y hábitos alimenticios.

En los grupos sociales a que se está adscrito (iglesia, colegio, trabajo, club, sindicato y otros) a menudo se sirven comidas y los menús tienden a reflejar los gustos del grupo. El prestigio social es también uno de los factores sociales que determinan las creencias y hábitos alimentarios, pues existen algunos alimentos que gozan de significado social.

Factores Geográficos

Las sociedades viven casi completamente de los alimentos que producen y la naturaleza de sus dietas está determinada por la calidad de la tierra, el clima, el suministro de agua, la capacidad de producción en materia de agricultura, la caza, la pesca y la ubicación geográfica. Esto se debe a que en las montañas o en el mar, cerca de los ríos y lagos, en el trópico o en zonas templadas, la tierra y el agua les ofrecen diferentes alimentos (Montesdeoca, 2009)

Factores Educativos

El nivel educativo ha influenciado el patrón alimentario el cual se ha observado que varía según el grado de escolaridad de las personas y familias. Así lo muestran algunos estudios realizados sobre el tema, en diferentes partes del mundo. No han sido únicamente los patrones alimentarios que cambian según la escolaridad, sino que también el horario de las comidas, los métodos de preparación, almacenamiento y otros de alguna u otra manera han variado (Montesdeoca, 2009)

ESTADO NUTRICIONAL EN EMBARAZADAS

Influencia de la nutrición en el embarazo

La alimentación cobra un papel importante en la preparación de un cuerpo sano más de cuarenta nutrientes están trabajando en la formación, el desarrollo y el crecimiento del bebé, pero además de esto, no pueden perderse de vista la existencia de situaciones peligrosas. (Lourenco, 2004)

Embarazadas desnutridas

La alimentación materna incorrecta puede, por ejemplo, provocar un desarrollo menor de las células cerebrales del embrión. El período de formación de las neuronas comienza en el quinto mes de gestación y termina a los dieciocho

meses de vida. Por lo tanto, los hijos cuyas madres hayan tenido una dieta insuficiente durante el embarazo, no recuperarán jamás el nivel de desarrollo de las neuronas que no alcanzaron durante ese período. (Lourenco, 2004)

La desnutrición en los países occidentales no ha desaparecido, sino que se presentan de una forma más sutil. Esto ocurre porque, si bien hay gran cantidad y variedad de alimentos disponibles en el mercado, nuestra alimentación es deficiente; ya que estos alimentos son cada vez más refinados, edulcorados, precocinados, esterilizados, etc. Sacian el apetito, pero no nutren nuestro organismo. (Cuadrado, 2006)

Después de una importante investigación se descubrió que uno de cada diez niños nace con poco peso debido a la incorrecta nutrición de la madre; fenómeno observado en toda la población, sin distinción de diferencia de clases sociales. Los recién nacidos con un peso inferior a la media, tienen un treinta por ciento más de posibilidades de morir durante el primer mes y diez veces más de sufrir retraso mental que los bebés con peso normal. También pueden sufrir más problemas de tipo psicológico y, según algunos expertos, son más lentos en el aprendizaje.

Cuando el peso escaso del bebé es fruto de desnutrición maternal el tema cobra mayor gravedad, ya que puede significar una relación entre su peso al nacer y el futuro desarrollo de su vida. (Martinez, 2007)

Se considera, por lo general (existen casos individuales excepcionales, en los que el peso bajo ni implica necesariamente problemas futuros si no es consecuencia de una nutrición materna deficiente, sino simplemente a la contextura física de la mujer que da a luz), que los bebés pequeños tienen menos defensa que los grandes.

Además el nacimiento con peso bajo se relaciona con la mortalidad infantil como ya apuntamos, con la aparición de deformaciones congénitas, crecimiento y desarrollo pobres y posibles retardos mentales. Sin embargo, es necesario señalar que existen muchas opiniones autorizadas al respecto que descartan la

idea de que el peso de nacimiento y la nutrición prenatal sean factores de tan vital importancia (Martinez, 2007)

Embarazadas Sobrepeso

Todos los consejos en lo referente a la alimentación de la embarazada están dirigidos principalmente a lograr una nutrición ideal, tanto para la madre como para el bebé.

"El impacto de la obesidad es diferente para cada grupo racial", dice Gladys Ramos, una médica obstetra y ginecóloga. Ramos es coautora de un estudio publicado en 2006 en el *American Journal of Obstetrics and Gynecology* sobre la influencia del sobrepeso las complicaciones del embarazo. "Por ejemplo, las mujeres latinas tienen una mayor incidencia de diabetes y preeclampsia durante el embarazo, comparado con las mujeres anglosajonas. Las mujeres afroamericanas tienen un mayor índice de cesáreas que las mujeres obesas de raza blanca. Las mujeres obesas de raza blanca tienden a tener bebés más grandes, mientras que las afroamericanas no".

Además indicó que durante el embarazo la mujer obesa o con sobrepeso puede desarrollar diabetes gestacional e hipertensión; en el parto puede presentar preeclampsia y estar propensa a trombosis venosa y pulmonar. Señaló que la mayoría de pacientes embarazadas con obesidad son programadas para cesárea, debido a que aumenta el riesgo de que sus bebés sean macrosómicos es decir que tengan alto peso al nacer (mayor de cuatro kilogramos).

Asimismo, dijo, aunque pueda sonar contradictorio, existe el riesgo de que los bebés de madres obesas, puedan nacer también con bajo peso, debido a la deficiente nutrición de la madre durante el embarazo "Pueden tener peso bajo los bebés debido a la nutrición deficiente de la madre, así como puede tener un niño de alto peso, porque puede desarrollar diabetes, también es un riesgo para que el feto no crezca", apuntó la experta. (Ramos, 2002)

Incremento de peso recomendado durante el embarazo

La ganancia de peso gestacional es un factor pronóstico importante de los desenlaces de salud a corto y largo plazo, tanto para mujeres en edad fértil como

para su descendencia. En estudios epidemiológicos se ha observado que las ganancias de peso gestacional materno más elevadas se asocian a anomalías de la glucemia prenatal materna, trastornos hipertensivos gravídicos y complicaciones del parto, junto a un mayor riesgo de retención de peso postparto, obesidad incidental y secuelas cardiometabólicas adversas en mujeres en la mediana edad. Además, datos derivados de la observación han vinculado las mayores ganancias de peso gestacional al incremento del crecimiento fetal y a la obesidad infantil ulterior. (Bender, 2009)

Indicadores del Estado Nutricio Maternos

Existen 2 indicadores del estado nutricio materno que han demostrado una relación constante con el peso del niño al nacer: la talla de la madre y el aumento de peso durante el embarazo. (Bender, 2009)

Talla.- Las madres grandes tienen niños grandes, se ha propuesto que la talla es un factor condicionante del tamaño final de la placenta y ésta determina el flujo de nutrimentos disponibles para el feto lo que coincide con el peso del niño al nacer.

Peso materno.- La frecuencia de bajo peso al nacer y prematuras en niños de madres con peso bajo es mayor que aquellos que nacen de madres con peso adecuado. Las mujeres con bajo peso antes del embarazo, tienen placentas más pequeñas que las madres con peso adecuado o más alto.

El peso materno adecuado antes de la gestación y el aumento satisfactorio durante el embarazo son particularmente importantes para el crecimiento y desarrollo del producto. (Bender, 2009)

En estos controles se hace una evaluación física en la cual se miden el peso y la talla y se comparan con los estándares de Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC se obtiene del cociente entre el peso de la persona en kilogramos y su altura en centímetros al cuadrado ($\text{peso}/\text{estatura}^2$). Si el resultado está por debajo de 18 la mujer puede tener problemas de desnutrición; si está entre 25 y 29,9 se considera con sobrepeso, y si está por encima de 30 quiere decir que tiene obesidad.

Tabla 1. Ganancias de peso total y tasas de ganancia de peso recomendadas para mujeres con embarazos simples

Situación del peso antes del embarazo (Categoría de índice de masa corporal)	Intervalos recomendados de ganancia de peso total, kg	Tasas recomendadas de ganancia de peso en el segundo y tercer trimestres ¹ kg/semana
Peso inferior al normal (<18,5)	12,5-18	0,51 (0,44-0,58)
Normal (18,5-24,9)	11,5-16	0,42 (0,35-0,50)
Sobrepeso (25-29,9)	7-11,5	0,28 (0,23-0,33)
Obesidad (≥30)	5-9	0,22 (0,17-0,27)

Adaptado del IOM [1].

¹ Los cálculos suponen una ganancia de peso de 0,5 a 2 kg en el primer trimestre.

Fuente: normas del IOM de 2009

Durante el embarazo hay unas gráficas especiales que ayudan a evaluar los niveles de nutrición, comparando el peso y la talla con la semana de gestación. Normalmente, una mujer embarazada debe subir entre 11 y 12 kilos. Si está desnutrida, 15 o 16 kilos; si tiene sobrepeso, no puede aumentar más de 9 kilos. (Bender, 2009)

Tabla 2: Peso para la talla según Edad Gestacional > o igual a 13 semanas

Sem.	Perc.	140	143	146	149	152	155	158	161	164	167
		142	145	148	151	154	157	160	163	166	169
13	10	38,6	40,0	41,3	42,8	42,8	42,2	45,6	47,2	49,0	52,2
	90	51,3	53,1	54,9	57,0	58,8	60,7	62,7	65,1	67,2	69,4
14	10	39,5	40,9	42,3	43,8	45,2	46,7	48,3	50,1	51,8	53,4
	90	52,7	54,5	56,9	58,5	60,3	62,3	64,4	66,8	69,0	71,2
15	10	40,4	41,8	43,3	44,9	46,3	47,8	49,4	51,3	53,0	54,6
	90	53,1	55,0	56,9	59,0	60,8	62,8	64,9	67,4	69,6	71,8
16	10	41,3	42,8	44,2	45,9	47,3	48,9	50,5	52,4	54,1	55,9
	90	53,6	55,5	57,3	59,5	61,4	63,4	65,5	68,0	70,2	72,5
17	10	42,4	43,7	45,2	46,9	48,4	49,9	51,6	53,6	55,3	57,1
	90	54,0	55,9	57,8	60,0	61,9	63,9	66,0	68,5	70,8	73,1
18	10	42,7	44,2	45,7	47,4	48,9	50,5	52,2	54,1	55,9	57,7
	90	54,0	55,9	57,8	60,0	61,9	63,9	66,0	68,5	70,8	73,1
19	10	43,6	45,1	46,1	48,4	49,9	51,6	53,3	55,3	57,1	58,9
	90	54,0	55,9	57,8	60,0	61,6	63,9	66,0	68,5	70,8	73,1
20	10	44,5	46,1	47,6	49,4	51,0	52,6	54,4	56,4	58,3	60,2
	90	54,5	56,4	58,3	60,5	62,4	64,4	66,6	69,1	71,4	73,7
21	10	45,4	47,0	48,6	50,4	52,0	53,7	55,5	57,6	59,5	61,4
	90	54,5	56,4	58,3	60,5	62,4	64,4	66,6	69,1	71,4	73,7
22	10	45,9	47,5	49,1	50,9	52,5	54,2	56,1	58,2	60,1	62,0
	90	54,9	56,9	58,8	61,0	62,9	65,0	67,2	69,2	72,0	74,3
23	10	46,3	47,9	49,6	51,4	53,0	54,8	56,6	58,8	60,7	62,6
	90	54,9	56,9	58,8	61,0	62,9	65,0	67,2	69,7	72,0	74,3
24	10	46,8	43,4	50,1	51,9	53,6	55,3	57,2	59,3	61,3	63,2
	90	55,4	57,3	59,3	61,5	63,4	65,5	67,7	70,3	72,6	74,9
25	10	47,2	48,9	50,5	52,4	54,1	55,8	57,7	59,9	61,9	63,9
	90	55,8	57,8	59,8	62,0	64,0	66,1	68,5	70,8	73,2	75,5
26	10	47,2	48,9	50,5	52,4	54,1	55,8	57,7	59,9	61,9	63,9
	90	56,3	58,3	60,3	62,5	64,5	66,6	68,8	71,4	73,8	76,1
27	10	47,7	49,3	51,0	52,9	54,6	56,4	58,3	60,5	62,5	64,5
	90	56,3	58,3	60,3	62,5	64,5	66,6	68,8	71,4	73,8	76,1
28	10	47,7	49,3	51,0	52,9	54,6	56,4	58,3	60,5	62,5	64,5
	90	56,8	58,8	60,8	63,0	65,0	67,1	69,4	72,0	74,4	76,8
29	10	47,7	49,3	51,0	52,9	54,6	56,4	58,3	60,5	62,5	64,5
	90	56,8	58,8	60,8	63,0	65,0	67,1	69,4	72,0	74,4	76,8
30	10	48,1	49,8	51,5	53,4	55,1	56,9	58,8	61,6	63,1	65,1
	90	57,2	59,2	61,2	63,5	65,5	67,7	69,9	72,6	75,0	77,4
31	10	48,1	49,8	51,5	53,4	55,1	56,9	58,8	61,1	63,1	65,1
	90	57,2	59,2	61,2	63,5	65,5	67,7	69,9	72,6	75,0	77,4
32	10	48,6	50,3	52,0	53,9	55,6	57,5	59,4	61,6	63,7	65,7
	90	57,2	59,2	61,2	63,5	65,5	67,7	69,9	72,6	75,0	77,4
33	10	48,6	50,3	52,0	53,9	55,6	57,5	59,4	61,6	63,7	65,7
	90	57,2	59,2	61,2	63,5	65,5	67,7	69,9	72,6	75,0	77,4
34	10	48,6	50,3	52,0	53,9	55,6	57,5	59,4	61,6	63,7	65,7
	90	57,9	59,7	61,7	64,0	66,0	68,2	70,5	73,2	75,6	78,0
35	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	66,3
	90	58,1	60,2	62,2	64,5	66,6	68,7	71,0	73,7	76,2	78,6
36	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	66,3
	90	58,1	60,2	62,2	64,5	66,6	68,7	71,0	73,7	76,2	78,6
37	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	66,3
	90	58,6	60,6	62,7	65,0	67,1	69,3	71,6	74,3	76,8	79,2
38	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	67,1
	90	59,0	61,1	63,2	65,5	67,6	69,8	72,1	74,9	77,3	80,7
39	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	67,1
	90	59,5	61,1	63,7	66,0	68,1	70,3	72,7	75,5	77,9	81,4

Fuente: Dirección Provincial de Salud

ESTADO NUTRICIONAL EN MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA

Mujer lactantes es la mujer preparada para secretar leche. Para ello se producen una serie de cambios fisiológicos debido a ciertas hormonas que harán posible que la mujer cumpla una función importante: la lactación.

La lactancia es la fase de la vida en la cual la madre proporciona su leche al niño recién nacido, siendo éste su único alimento, que le proporcionará los nutrientes necesarios para un desarrollo normal. Los riesgos nutricionales del embarazo y la lactancia dependen de la alimentación de la mujer en estos períodos. (Ortega, 2007)

Influencia de la nutrición en la lactancia

Diferentes estudios han correlacionado el estado nutricional o variables del estado nutricional materno con la lactancia:

- El estado nutricional materno al inicio del embarazo (medido por el índice peso/talla) influye en el volumen de la leche producida y en su contenido graso, ambos son mayores en las mujeres mejor nutridas.
- En mujeres que amamantan con frecuencia similar, su estado nutricional y el incremento de peso durante el embarazo influyen en la duración de la lactancia.
- El estado nutricional de la embarazada y el incremento de peso durante el embarazo influyen en el peso de los niños al nacer. A su vez los niños de mayor peso tienen más posibilidades de tener una lactancia prolongada.
- La ingesta de la madre durante la lactancia influye en el contenido de aminoácidos, ciertos ácidos grasos y vitaminas hidrosolubles de la leche, pero no en el contenido de proteínas totales y el calcio. (Ortega, 2007)

Lactante desnutrida

Las mujeres mal nutridas pueden tener una lactancia prolongada, con niños creciendo en mejores condiciones que los destetados precozmente. Ellas producen leche que es similar en muchos aspectos a la de mujeres normales. Esto beneficia sin duda a los niños, evitando las enfermedades nutricionales

severas que se presentan después del destete (un caso extremo es lo que se ha llamado Kwashiorkor). (Carvajal, 2009)

El aumento del gasto nutricional durante la lactancia en las mujeres con cobertura nutricional insuficiente se hace a costa de sus propios nutrientes. Esto puede producir depleción tisular, deterioro que se intensifica a medida que avanza la lactancia. Sin embargo, este impacto no es siempre evidente, lo que sugiere que podría haber también otros mecanismos adaptativos, además de los mencionados. La adaptación al déficit nutricional actuaría más bien, disminuyendo el volumen de leche que alterando la calidad. Al producir un volumen de leche menor, llega un momento en que esta no es suficiente para los requerimientos nutricionales del lactante, los que van en aumento. Por eso otro mecanismo compensatorio sería en algunos casos, una lactancia más corta en lo que influirían los niveles más bajos de prolactina que se han descrito en la nodrizas desnutridas. (Carvajal, 2009)

Es importante considerar, cuando es realmente eficiente una intervención nutricional destinada a proteger a la madre, al niño/a y a la lactancia. Un estudio realizado en Gambia demostró que la suplementación durante la lactancia no alteró de modo significativo la duración de la lactancia. Sí se consiguió una prolongación cuando la intervención nutricional se hizo durante el embarazo, ésta fue aún mayor cuando se acompañó de educación a la madre. Por lo tanto la mujer desnutrida no solo requiere nutrientes adicionales en el embarazo y durante la lactancia, más allá del aporte recomendado para las mujeres eutróficas; sino que esta intervención debe ir acompañada de educación nutricional. (Carvajal, 2009)

Lactante con sobrepeso u obesa

Pese a que existe un alto número de mujeres con sobrepeso al término del embarazo (alrededor de 52% al año 2003), las mujeres obesas no han sido suficientemente estudiadas durante el período de lactancia. Sí se sabe que una lactancia materna prolongada contribuye eficazmente a la recuperación del peso pregestacional. Siendo la obesidad una patología muy compleja, requiere muchas veces de un manejo multidisciplinario, capaz de abordar tanto los aspectos nutricionales como los psicológicos y de actividad física. (Ortega, 2007)

En Chile a nivel de la red pública de salud existen el programa EGO (estrategia global contra la obesidad) y el PASAF (programa de alimentación saludable y actividad física) en los cuales se aborda esta patología con una mirada integral. El programa incluye consejería individual, talleres grupales, atención nutricional y algunos exámenes. La madre cuenta además con 2 controles nutricionales, programados al tercer y sexto mes postparto, con el objetivo de cautelar la recuperación del peso materno a los niveles pre gestacionales. (Ortega, 2007)

Indicadores del Estado Nutricionales en las Adultos/Lactantes

El índice de masa corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo ideada por el estadístico belga Adolphe Quetelet, por lo que también se conoce como índice de Quetelet.

Se calcula según la expresión matemática:

$$IMC = \frac{\text{masa}}{\text{estatura}^2}$$

Donde la masa o peso se expresa en kilogramos y la estatura en metros, siendo la unidad de medida del IMC. En el caso de los adultos se ha utilizado como uno de los recursos para evaluar su estado nutricional, de acuerdo con los valores propuestos por la Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2013)

Tabla 3.: Clasificación de la OMS del estado nutricional de acuerdo con el IMC

PESO	IMC	RIESGO
Bajo	< 18,5	Bajo (Aumento de riesgo de otros problemas)
Normal	18.5 - 24.9	Normal (Peso saludable)
Sobrepeso	25 - 29.9	Aumentado
Obesidad grado I	30 - 34.9	Moderado
Obesidad grado II	35 - 39.9	Severo
Obesidad grado III	Mayor a 40	Muy severo (Obesidad mórbida)

Fuente: Organización Mundial de la Salud

DEFICIENCIAS/ EXCESOS NUTRICIONALES EN LA MADRE GESTANTE Y LACTANTE

Un aporte insuficiente de ácido fólico durante el embarazo, puede provocar nacimientos de bebés con bajo peso, desprendimiento prematuro de la placenta, defectos del tubo neural y otras malformaciones congénitas. Algunos estudios han encontrado una mayor incidencia de malformaciones fetales y complicaciones feto-maternas cuando la madre tiene bajos niveles séricos de zinc. (Orgendo, 2008)

Se relaciona la anemia por deficiencia de hierro al comienzo del embarazo con partos prematuros y peso bajo de los bebés al nacer que son causas frecuentes de morbilidad y mortalidad neonatal. El aporte insuficiente de calcio, relativamente frecuente durante el embarazo, puede afectar negativamente al contenido mineral del hueso de la madre, y aumentar su riesgo de padecer osteoporosis al llegar a una edad más avanzada. También puede asociarse con un menor contenido de calcio en el esqueleto del bebé. (Bender, 2009)

La situación nutricional de la madre también puede condicionar el éxito de la lactación. La administración regular de vitaminas en la alimentación, durante el embarazo y la lactancia, ayudaran a mejorar la restitución de la madre de manera normal y aumentaría el contenido en vitaminas de la leche materna. (Barriga, 2010)

2.5 HIPÓTESIS

EL conocimiento y prácticas, las creencias y los tabús alimentarios influyen en el estado nutricional de las madres gestantes y lactantes.

5.6 SEÑALAMIENTO DE LAS VARIABLES

Variable independiente: Prácticas y conocimientos, creencias y tabús alimentarios

Variable dependiente: Estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE

La investigación fue cualitativa por que se tomaron de los pacientes estudiados los valores de peso, talla, IMC entre otros; es cualitativa porque se recopiló los conocimientos prácticas creencias y tabús de las gestantes y lactantes además factores sociales, culturales entre otros que fueron de importancia en el momento del análisis de la información para obtener un estudio de interés y aplicable sin márgenes de error fuera de los aceptados.

3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación que se quiere realizar tiene una modalidad de investigación de campo ya que se interactuará con pacientes gestantes y lactantes que acuden al centro de Salud de Huachi Chico Ambato en el periodo septiembre-noviembre del 2013.

3.3 NIVEL o TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio realizado tuvo un nivel de investigación de tipo descriptivo de corte transversal; ya que su objetivo que determinar cuáles eran las prácticas y conocimientos que poseían y cuáles son las creencias y tabús que realizan durante la gestación y lactancia, y de corte transversal ya que se encontraba delimitado en el tiempo (septiembre-noviembre del 2013).

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Está constituido por el total aproximado de 124 madres gestantes y 47 madres en periodo de lactancia de la Parroquia de Huachi Chico, en el periodo septiembre-noviembre del 2013

Los perfiles de las pacientes son variados, pero todos tienen una cosa en común son mujeres y están cursando su gestación, están en periodo de lactancia.

3.4.1 Muestra

En este estudio se pretende estimar las prácticas y conocimientos, creencias y tabúes alimentarios que tienen las madres gestante y lactantes a través de una selección de forma intencionada y aunque pueda parecer una muestra escasa y poco representativa, del muestreo intencionado consisten en estudiara profundidad y para obtener muchas aclaraciones sobre el tema.

3.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.5.1 Variable Independiente: Prácticas y conocimientos, creencias y tabús alimentarios

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Práctica alimentaria. "Acción alimentaria aplicada a la alimentación de la gestante y lactante desde la selección de alimentos hasta el consumo.	Acción Alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> • Macronutrientes • Micronutrientes 	¿Qué acciones alimentarias realiza durante su Embarazo/ Lactancia?	Encuesta	Cuestionario estructurado
Conocimiento. -Información que la madre posee acerca de la alimentación en el embarazo y lactancia.	Alimentación en el embarazo y lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Horarios de alimentación • Ganancia de Peso • Consumo de hierro 	¿Qué conocimientos posee con respecto a su alimentación durante su gestación o lactancia?	Encuesta	Cuestionario estructurado
Creencia. - Ideas sin fundamento científico sobre los alimentos que debe consumir durante la gestación y lactancia.	Ideas sin fundamento científico en la gestante y lactante	<ul style="list-style-type: none"> • Distinción de alimentos nutritivos o peligrosos. 	¿Tiene alguna creencia acerca de la alimentación durante la gestación o lactancia?	Encuesta	Cuestionario estructurado
Tabú: Prohibiciones alimentarias que se consideran perjudiciales durante la gestación y lactancia.	Prohibiciones alimentarias en la gestación y lactancia.	<ul style="list-style-type: none"> • Evadir el consumo de alimentos perjudiciales durante la gestación y lactancia. 	¿Qué alimentos considera que son perjudiciales consumir durante la gestación o lactante?	Encuesta	Cuestionario estructurado

3.5.2 Variable dependiente: Estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Estado nutricional Condición física expresada en el Índice de masa corporal y su comparación con la edad gestacional y lactancia	IMC	Peso talla	¿Cuál es su estado nutricional? Normal Desnutrida Obesa	Encuesta	Cuestionario Estructurado Pesa Tallmetro Calculadora
	Gestante	FUM	¿Cuál es su fecha de última menstruación?	Encuesta	Cuestionario estructurado Calculadora
	Lactancia	Tiempo transcurrido Desde el Parto	¿Cuál es la fecha de su parto?	Encuesta	Cuestionario estructurado

3.6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

En esta investigación se realiza cuestionarios estructurados sobre la alimentación los mismos que serán contestados por mujeres embarazadas o que se encuentren en periodo de lactancia cuyo objetivo; Identificar las prácticas y conocimientos, creencias y tabús alimentarios más comunes que influyen en el estado nutricional de las gestantes y lactantes.

Para el estudio se requiere a mujeres que se encuentren en el segundo trimestre de embarazo o se hallen en período de lactancia que pertenezcan a la parroquia Huachi Chico en el periodo junio - noviembre del 2013.

Sobre las Prácticas y conocimientos, creencias y tabús alimentarios durante la gestación o lactancia se analizara: acciones alimentarias, horarios de alimentación, consumo de hierro, compensación corporal, distinción de determinados alimentos creídos nutritivos o peligrosos, limitación de alimentos considerados perjudiciales.

Estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes se investigara: semanas de gestación, lapso de lactancia, peso, talla, mismos que nos ayudaran en la evaluación nutricional expresados como bajo peso, normal o sobrepeso.

3.7 MÉTODOS DE ANÁLISIS APLICADOS EN LA INVESTIGACIÓN

Presentación de datos: registró y análisis de los datos con base de datos que se introducirá características de encuesta.

Variable cualitativa

Estadísticas evaluativas con frecuencia absoluta y relativa

Variable cuantitativa

Medidas de tendencia central: promedio, media, moda

Se realizara un cruce de las siguientes variables: practicas, y conocimientos, creencias y tabús / Estado nutricional

3.8 CRITERIOS ÉTICOS APLICADOS EN LA INVESTIGACIÓN

Se incluyen los criterios de autonomía, beneficencia y no maleficencia pues se conservará en absoluto anonimato la información con respecto a sus datos, pues solo van a ser utilizados para la presente investigación.

3.8.1 Criterios de Inclusión

Se incluirá a los pacientes que cumplan con:

- Mujeres que se encuentren en el 2do y 3er trimestre de gestación que pertenezcan a la parroquia de Huachi Chico
- Mujeres que se encuentren en periodo de lactancia.

3.8.2 Criterios de Exclusión

Se excluirá de la muestra a los pacientes que:

- Mujeres que se encuentren en el primer trimestre de gestación.
- Madres con comorbilidades: HTA, Diabetes, VIH, tuberculosis, etc.

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La investigación se realizó en una muestra de 124 mujeres embarazadas y 48 mujeres Lactantes seleccionadas en forma intencional en el centro de Salud de Huachi Chico durante el periodo Junio - Noviembre del 2013.

4.1 MUJERES EMBARAZADAS

4.1.1 Características Generales

Tabla 4.: Distribución según Edad, ScS H.Ch 2013.

Grupos Edad	Frecuencia	Porcentaje
15-19	32	25,81
20-35	77	62,10
35 a +	15	12,10
TOTAL	124	100,00

Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En la tabla 1. La mayoría de madres se encuentran entre los 20-35 años de edad, un 25.81% de mujeres embarazadas están comprendidas entre los 15-19 años de edad, etapa de la Adolescencia.

Hay que tomar en cuenta que mujeres <19 años y >35 años están en riesgo de complicaciones durante el embarazo por encontrarse en edades extremas.

El embarazo durante la adolescencia es un factor de riesgo por la alta demanda de nutrientes de ambas partes. Las recomendaciones nutricionales de adolescentes embarazadas suelen ser mayores por la necesidad de nutrientes para mantener su crecimiento y dar lo necesario para el desarrollo del feto. (Ramos, 2002)

Tabla5.:Distribución según Estado Civil, ScS H.Ch 2013.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	59	47,58
Soltera	24	19,35
Unión libre	41	33,06
TOTAL	124	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En la tabla 2. Se evidencia que la mayor parte de embarazadas se encuentran casadas o en unión libre Cabe destacar que las mujeres embarazadas solteras alcanzan un 19,35%, en estos hogares generalmente las mujeres tienen que hacerse cargo tanto del trabajo doméstico, como de la manutención diaria, lo cual pudiera influir en sus actitudes y prácticas alimentarias.

Ser solteras implica tener la responsabilidad de proveer el ingreso familiar y desarrollar sus funciones de madre. Esta situación genera altos niveles de cansancio, estrés y ansiedad, mismos que llevan al agotamiento físico y mental y muchas veces es causa de depresión derivada de la exigencia por cumplir múltiples roles. (Rosalva, 2010)

Tabla6.: Distribución según Etnia, SCS H Ch 2013.

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Indígena	20	16,13
Mestiza	101	81,45
Negra	3	2,42
TOTAL	124	100,00

Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En la tabla 3. Se observa que un 16.13% se auto identifican como mestizas mientras que se encontró solo un 2.42% de la población negra.

En una revisión cuyo tema fue el Embarazo en las mujeres indígenas entre la discriminación y el desconocimiento; en la cual concluye entre otras cosas, que el problema de la falta de acceso a los servicios de salud, es aún más grave para las mujeres indígenas que además de la falta de información, se enfrentan a la poca sensibilidad cultural.

Para cambiar ello se finiquita que son necesarios cambios reales como la formación del personal médico en temas de interculturalidad, en derechos, pues si bien es cierto, aunque la Ley de Maternidad Gratuita se cumple, porque si son atendidas, el problema está en la calidad de la atención, respetando el derecho a ser atendidas con una sensibilidad intercultural. (Jaramillo, 2012)

Tabla 7.: Distribución según Instrucción, ScS H.Ch 2013.

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
analfabeta	5	4,03
Primaria	37	29,84
Secundaria	54	43,55
superior	28	22,58
TOTAL	124	100,00

Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En la tabla 4. Se observa que una mínima cantidad de mujeres (4.03%) son analfabetas, las demás mujeres encuestadas han cursado algún tipo de educación. En base de estos resultados se puede anotar que la mayoría de las mujeres embarazadas tienen algún grado de instrucción que directamente contribuye a mejorar su estado nutricional.

Tabla 8.: Distribución de mujeres según Ocupación, ScS H.Ch 2013.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Comerciante	16	12,90
Costurera	5	4,03
Empleada Publica	16	12,90
Estudiante	37	29,84
Quehaceres D	50	40,32
TOTAL	124	100,00

Fuente: Encuesta

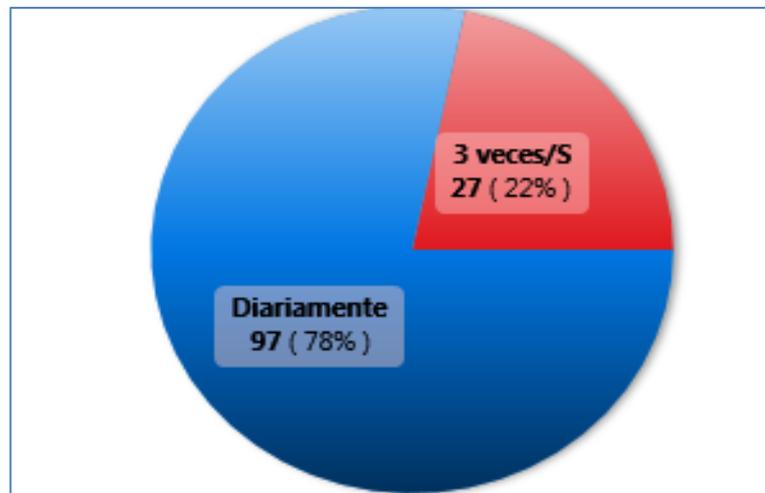
Elaboración: Cristina Chimbo

Según la tabla 6. Se observa que un 40.32% de mujeres embarazadas se dedican a los quehaceres domésticos mientras que un 29.84% son estudiantes.

Considerando lo que se vive actualmente: que las madres con labores estudiantiles mantienen una alimentación insuficiente y las madres que realizan labores en su hogar, ocupaciones varias mantienen una alimentación desordenada se considera realizar una intervención alimentaria en este grupo de población vulnerable como son las embarazadas. (Barriga, 2010)

4.1.2. Estado Nutricional

Grafico 1. Relación talla/peso con Edad gestacional, ScS H.Ch 2013.



Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

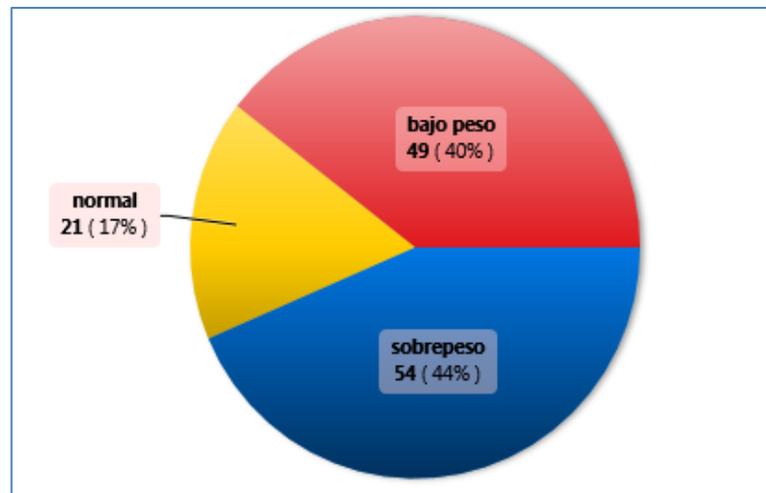
Al analizar el gráfico 1. Se observa que la mayor proporción de mujeres embarazadas evaluadas según índice peso-talla y edad gestacional se encuentran en sobrepeso (44%) seguido en menor proporción embarazadas con bajo peso (40%).

Las madres con bajo peso tienen gran probabilidad de dar a luz niños con bajo peso al nacer, peso insuficiente, retardo de crecimiento intrauterino o pequeños para la edad gestacional, mortalidad perinatal, y enfermedades crónicas en la vida adulta.

Al igual que el sobrepeso y la obesidad en las embarazadas pueden tener complicaciones durante el embarazo y el parto como macrosomía fetal, diabetes gestacional, hipertensión gravídica, cesárea, mortalidad perinatal y malformaciones congénitas incluyendo malformaciones del tubo neural, cardíacas. (Velgara, 2011)

4.1.3. Practicas Alimentarias

Grafico2. Consumo de Hidratos de Carbono, ScS H.Ch 2013.



Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En el Grafico 2. Se observa que el 78% que simbolizaría la mayor parte de mujeres embarazadas consumen con más frecuencia Hidratos de Carbono (arroz, pan, pastas) por lo que se explicarían el sobrepeso que presentan una predominante cantidad de mujeres embarazadas encuestadas.

Consumir una cantidad adecuada de carbohidratos ayudará a mantener controlado el aumento de peso. El exceso de carbohidratos puede ser responsable de muchos problemas de salud tales como la obesidad, exceso de colesterol y triglicéridos, entre otras enfermedades. Sin embargo, suprimirlos no es la solución más bien distribuirlos de manera adecuada, pues el cerebro usa la glucosa de los carbohidratos como su principal fuente de energía. (Jacome, 2012)

Tabla 9.: Consumo de HC/Estado nutricional, ScS H.Ch 2013.

	bajo peso	normal	sobrepeso	TOTAL
3 veces/S	11 40,74 % 22,45 %	5 18,52 % 23,81 %	11 40,74 % 20,37 %	27 100,00 % 21,77 %
Diariamente	38 39,18 % 77,55 %	16 16,49 % 76,19 %	43 44,33 % 79,63 %	97 100,00 % 78,23 %
TOTAL	49 39,52 % 100,00 %	21 16,94 % 100,00 %	54 43,55 % 100,00 %	124 100,00 % 100,00 %

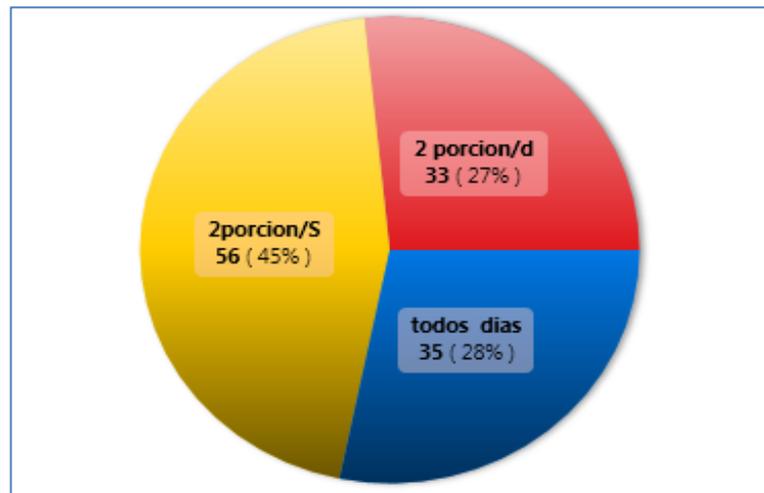
Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En la tabla 6. Se observa que del total de las mujeres embarazadas encuestadas un 78.23% pacientes consumen diariamente hidratos de carbono de estos un 44.33% se encuentran en sobrepeso. Esto no representa que deban eliminar de la dieta sino combinarlos adecuadamente con otro tipo de alimentos y consumirlos en las cantidades recomendadas.

Los nutricionistas recomiendan consumir mínimas cantidades de carbohidratos simples, que se encuentran en alimentos como azúcar de mesa, mieles, jaleas, chocolate y mermeladas y moderadamente los carbohidratos complejos que se encuentran en alimentos como pan, arroz, papa, pasta, y todos los derivados de los granos. (Jacome, 2012)

Grafico 3. Consumo de Frutas, ScS H.Ch 2013.



Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En el Grafico 3. Se observó que el 45% de mujeres embarazadas solo consumen 2 porciones de fruta por semana. Dato que revela que las mujeres consumen con muy poca frecuencia frutas

Investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Boston (BUSM) han observado en un estudio de mujeres embarazadas que el consumo de al menos siete raciones al día de fruta y vegetales aporta múltiples beneficios nutritivos durante el embarazo además señalan que reducen moderadamente el riesgo de desarrollar una infección de las vías respiratorias superiores. Asimismo recuerdan las propiedades de los cítricos desde el punto de vista nutricional, señalando que son fuente de vitaminas (Vitamina C, ácido fólico y pro vitamina A ó betacaroteno), minerales (potasio, con un ligero efecto diurético) y flavonoides (sustancias fotoquímicas con efecto antioxidante. (Orbit, 2009)

Tabla 10. Consumo de frutas/Estado nutricional, ScS H.Ch 2013.

	bajo peso	normal	sobrepeso	TOTAL
2 porcion/d	9 27,27 % 18,37 %	4 12,12 % 19,05 %	20 60,61 % 37,04 %	33 100,00 % 26,61 %
2porcion/5	31 55,36 % 63,27 %	6 10,71 % 28,57 %	19 33,93 % 35,19 %	56 100,00 % 45,16 %
todos días	9 25,71 % 18,37 %	11 31,43 % 52,38 %	15 42,86 % 27,78 %	35 100,00 % 28,23 %
TOTAL	49 39,52 % 100,00 %	21 16,94 % 100,00 %	54 43,55 % 100,00 %	124 100,00 % 100,00 %

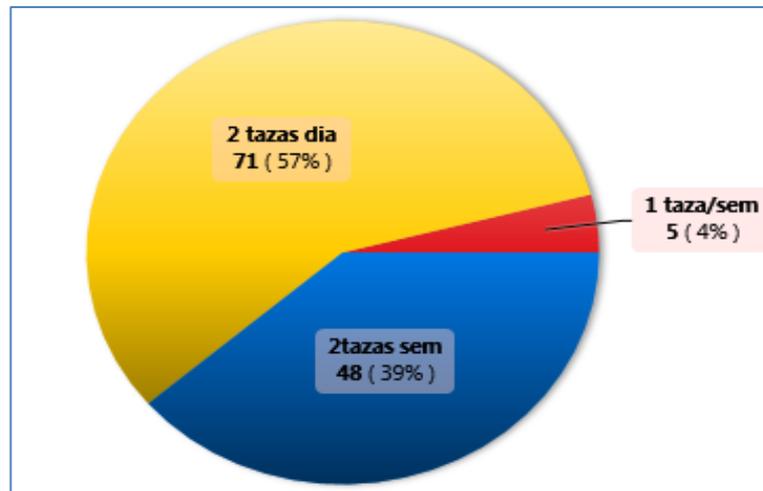
Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En la tabla 7. Se evidencia que del total de mujeres embarazadas que consumen solo 2porciones de frutas semanales un 55.36% de mujeres embarazadas se encuentran en bajo peso y una cantidad poco significativa en sobrepeso.

Es importante resaltar que durante el embarazo el consumo de frutas es esencial por el aporte de vitaminas y minerales por lo que sería fundamental enseñar a madres a seleccionar frutas ricas en vitamina C ya que la misma favorece en la absorción del hierro, contribuye a disminuir la incidencia de parto prematuro. (Orbit, 2009)

Grafico4: Consumo de leche, ScS H.Ch 2013.



Fuente: Encuesta

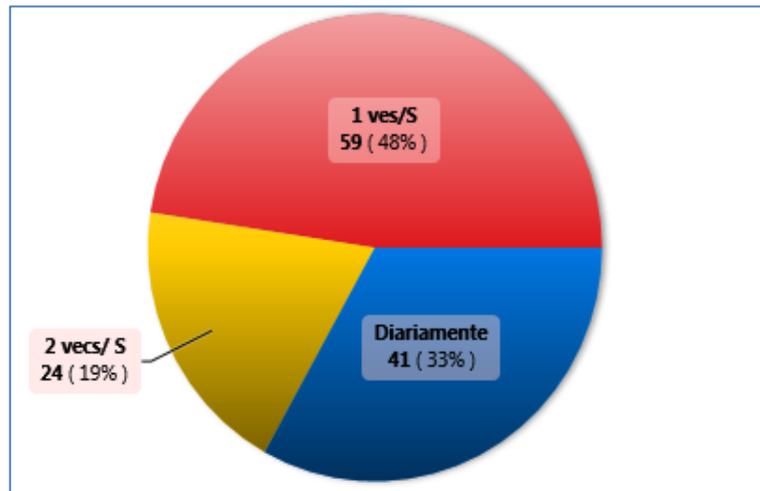
Elaboración: Cristina Chimbo

En el Gráfico 4. Se observó y lo que llama la atención es que un 39% de mujeres embarazadas consumen solo 2 tazas de leche semanal. Concluyendo que no todas consumen leche diariamente como debiera ser durante el embarazo.

Lo recomendado consumir es de 2 a 4 raciones diarias de leche, de yogur o de queso. Una ración equivaldría a una taza de leche o de yogur o una rebanada de queso. La leche es uno de los productos más ricos en calcio. Y está comprobado que esta sustancia es utilizada por todas las células del cuerpo ayudando a mantener huesos y dientes tan sanos como fuertes.

Con el consumo de leche, aseguran especialistas, se reducen hasta un 40% las posibilidades de sufrir justamente de hipertensión. (Quinteros, 2012)

Grafico 5. Consumo de Proteínas, ScS H.Ch 2013.



Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

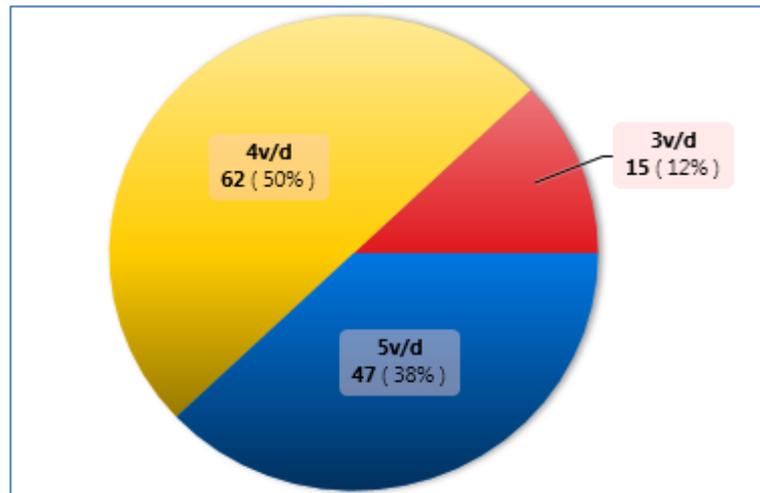
En el Grafico 5. Se observó que un 48 % de embarazadas consumieron 1 vez semanal, es decir alimentos proteicos de origen animal lo consumen con poca frecuencia.

Las proteínas desempeñan un papel esencial durante el embarazo, puesto que son las responsables de la formación del bebé. Es importante consumir suficiente proteína durante todo tu embarazo, pero es aún más crucial durante el segundo y tercer trimestre ya que aportan los aminoácidos necesarios para el desarrollo del feto y la placenta y para el aumento del tamaño del útero y los pechos. Las proteínas animales son la mejor fuente de todos los aminoácidos esenciales; por eso se las considera como “de alto valor biológico”

Si se consume proteínas en exceso, serán eliminadas de forma natural. Pero, cuidado, no pasa lo mismo con las calorías y los lípidos.(Perroni, 2011)

4.1.4. Conocimientos Alimentarios

Grafico 6.Frecuencia de comidas al día, ScS H.Ch 2013.



Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

Al observar el Grafico 6.Se evidencio que la mayoría de las mujeres embarazadas 50% consumen los cuatro veces comida al día, un grupo minoritario de mujeres embarazadas consumen 3 veces comida al día. Con estos datos se recalca el desconocimiento que tienen las madres embarazadas sobre el número de comidas diarias que deben ingerir.

Lo recomendable es que se consuman las cinco comidas al día ya que durante el embarazo la madre necesita no solo suplir sus necesidades nutricionales sino que también las del niño, es decir que la dieta debe ser variada y equilibrada que contenga una variedad de alimentos. (Merino, 2012)

Tabla11.:Aumento de peso durante el Embarazo, ScS H.Ch 2013.

Cuanto se debe ↑ de peso	Frecuencia	Porcentaje
11-15 kg	25	20,16
8-9kg	7	5,65
9-11kg	9	7,26
no sabe	83	66,94
TOTAL	124	100,00

Fuente: Encuesta

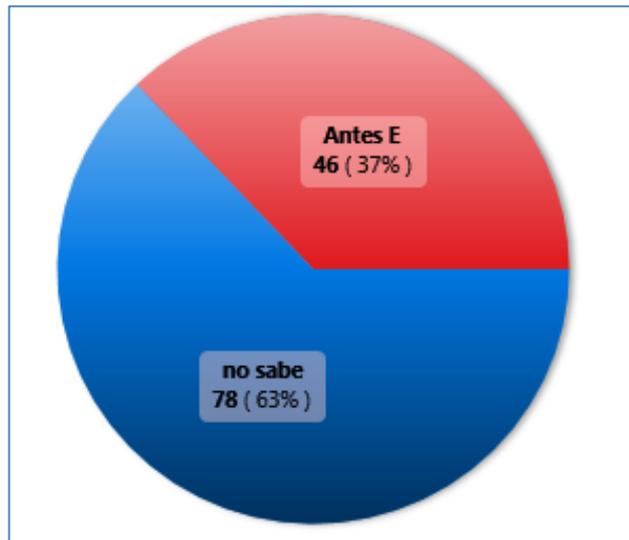
Elaboración: Cristina Chimbo

En la Tabla 8. Se observa que un 66.94% de mujeres embarazadas no saben cuánto deben de aumentar de peso durante su gestación. Evidenciándose que la mayor parte de mujeres encuestadas desconocen cuanto deben aumentar de peso durante su embarazo.

Dicho conocimiento sobre la ganancia de peso es importante ya que las mujeres que aumentan poco peso corren un riesgo mayor de tener un bebé de bajo peso y otras complicaciones posparto en las madres.

Mientras que el aumento de peso excesivo a través del embarazo, constituyen el grupo de mayor riesgo para resultados adversos fetales y maternos. Recientemente una revisión sistemática evaluó las distintas publicaciones en este sentido, y concluyó que las intervenciones dietéticas son eficientes en disminuir el exceso de ganancia de peso en el embarazo y la retención de peso a los seis meses postparto, pero sin otros beneficios sobre la salud del niño o la madre. (Barremo, 2009)

Grafico 7. Consumo de Ácido Fólico, CS Huachi Chico 2013.



Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En el Grafico 7. Se evidencia que un 37% de mujeres encuestadas saben desde cuándo se consume ácido fólico mientras que la mayor parte de encuestadas que equivale a un 63% no saben desde cuándo se debe consumir Ácido Fólico. Con este dato se puede indicar que más de la mitad de mujeres encuestadas muestran desconocimiento sobre cuándo se debe consumir ácido fólico.

Se recomienda un suplemento de ácido fólico desde por lo menos tres meses antes del embarazo y es fundamental durante el primer trimestre para prevenir malformaciones como defectos del tubo neural. Se sugiere suplementar a la embarazada con 5mg/diarios de ácido fólico y a todas las mujeres que piensan embarazarse en los próximos 3 a 6 meses. Alimentos fuentes: granos, vegetales de hoja verde, hígado, jugo de naranja, cereales. (Aranceta, 2008)

Tabla12.: Beneficios del Ácido Fólico, ScS H.Ch 2013.

Para qué sirve el Ácido Fólico	Frecuencia	Porcentaje
ayudar en el parto	10	8,06
mejorar estado de animo	9	7,26
no sabe	47	37,90
prevenir malformaciones	58	46,77
TOTAL	124	100,00

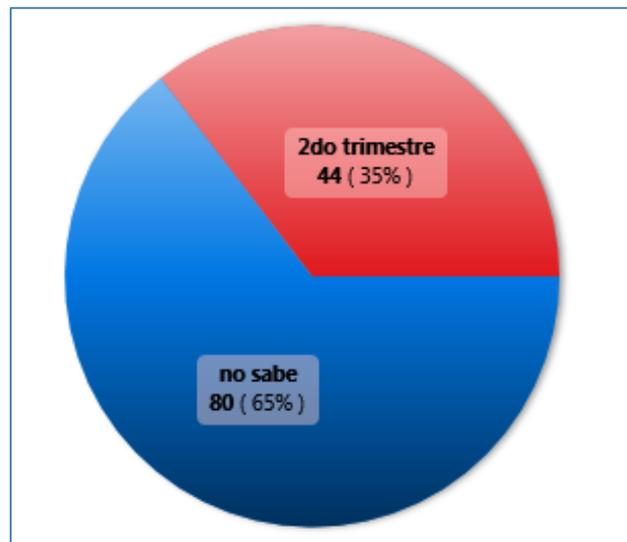
Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En la tabla9. Se evidencia que un equivalente al 53.23% responden incorrectamente, no saben para qué sirve el consumo de ácido fólico. Así se pudo estimar que la mayor parte de embarazadas no saben cuál es el principal beneficio del ácido fólico.

El consumo de ácido fólico previene defectos en el cierre de tubo neural -la estructura embrionaria que dará origen a la columna vertebral- y que termina de formarse el día 28 después de la concepción. Sin embargo, el ácido fólico presente en los alimentos de consumo diario no es suficiente para ayudar a proteger la salud femenina, por lo que adicionalmente la Secretaría de Salud recomienda la ingesta diaria de una tableta para obtener la cantidad de ácido fólico que requiere el cuerpo. (Noriega, 2010)

Grafico 8. Consumo del Hierro, CS Huachi Chico 2013.



Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En el Grafico 8. se observa que un 35% de mujeres embarazadas manifiestan tener conocimiento sobre el tiempo que se debe comenzar a consumir hierro, mientras la mayor parte de mujeres encuestadas 65% muestran desconocimiento acerca de tiempo en que se debe empezar a consumir hierro durante el embarazo.

Las anemias ferropénicas por falta de hierro se diagnostican en un 75 por ciento durante el embarazo y están causadas por una falta de hierro en la dieta o porque la dieta no es capaz de suministrar la suficiente cantidad de hierro que la mujer embarazada necesita. Por este motivo, es habitual que las futuras mamás tomen suplementos de hierro a partir del segundo trimestre de su embarazo y durante el tercero. En general, una mujer que llega al embarazo con unas reservas de hierro adecuadas y que no ingiere suplementos durante la gestación, finalizará el embarazo habiendo consumido todas sus reservas. (Vasquez, 2010)

Tabla 13.: Beneficios del Hierro, ScS H.Ch 2013.

Para qué sirve el Hierro	Frecuencia	Porcentaje
fortalecer al bebe en el vientre	9	7,26
no sabe	4	3,23
prevenir anemia	93	75,00
porque no como bien	18	14,52
TOTAL	124	100,00

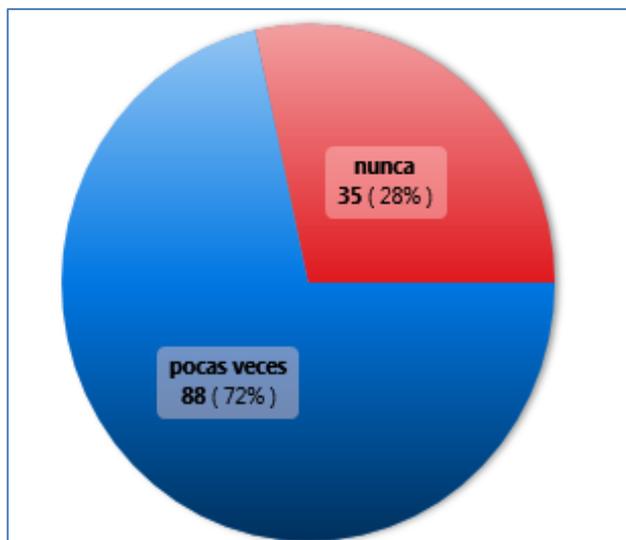
Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En la Tabla 10. Se evidencia que del total de mujeres encuestadas un 75% muestra tener conocimiento del beneficio de consumir hierro durante el embarazo mientras que un 25% revelan que sirven para fortalecer al bebe en el vientre, consume porque no come bien o simplemente no saben.

Teniendo en cuenta que durante el embarazo, el hierro presente en el torrente sanguíneo de la madre, se utiliza también para incrementar el volumen de sangre que aumenta durante la gestación en un 50 por ciento y el resto es utilizado por la placenta y el feto para su desarrollo, el consumo de hierro se le considera de vital importancia para la mujer y su bebé, pues una carencia importante de este elemento podría aumentar los riesgos de mortalidad en el posparto. (Vasquez, 2010)

Grafico 9: Información Alimentaria por parte del personal de salud.



Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En el Grafico 9. Se observa que 72% de mujeres embarazadas encuestadas respondieron que el personal de salud les brinda pocas veces información sobre la alimentación durante este período, mientras que un 28% de embarazadas encuestadas respondieron que nunca se les ha impartido información sobre dicho tema.

Casi en los umbrales del siglo XXI se revela que el problema nutricional continúa: ni las embarazadas tienen orientación para alimentarse correctamente, ni los médicos, ni obstetras tienen una guía de alimentación para las embarazadas. Cargo importante que debe poseer todo el personal Médico para ayudar a mejorar el estado nutricional de las embarazadas. (Aranceta, 2008)

4.1.5. Creencias Alimentarias

Tabla 14.: Frecuencia de las creencias alimentarias, ScS H.Ch 2013.

Creencias	Frecuencia	Porcentaje
creencia 1	50	40,32
creencia 2	26	20,97
creencia 3	24	19,35
ninguna	24	19,35
TOTAL	124	100,00

Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En la tabla 10. Se observa que la mayor parte embarazadas tienen creencias que las consideran durante su embarazo, solo un 19.35% de mujeres responden no tener ninguna creencia.

La creencia 1: “Hay que comer por dos durante la etapa del Embarazo” alcanza un 50% en las mujeres embarazadas.

En el embarazo no hay que comer más sino comer mejor. Es real que aumentan los requerimientos de proteínas y de minerales en el embarazo, pero una buena dieta que contenga todos los grupos de alimentos y que básicamente responda más a la calidad nutricional que a la cantidad, harán que el embarazo se desarrolle correctamente. (Ipiales, 2010)

La creencia 2: “Un tiene la creencia de que si se come frutas y verduras el niño sale más blanco y cabello claro” alcanza un 26%.

Desde el punto de vista nutricional, comer frutas y verduras durante el embarazo aporta; vitaminas y minerales lo único que puede suceder es que el niño nacerá saludable. Ya que no hay ningún estudio que compruebe dicha creencia. (Ipiales, 2010)

La creencia 3: “Creer que hay que aumentar en consumo de carne para evitar abortos y que sus hijos nazcan antes de tiempo “alcanzo un 19.35%

Si analizamos el alto consumo de carnes rojas en los países industrializados, vemos que es mayor el consumo de proteína que el recomendado por la OMS, que es de un gramo por kilogramo de peso. El exceso de ingestión hace que el organismo recargue el trabajo de los riñones y del hígado y haya deshidratación intracelular que trae como consecuencia ureas altas, albúminas y por ende, retención de líquidos e inflamación de los miembros inferiores y gota. Entonces el consumo de carnes debe ser de acuerdo a cada persona, pero hay que tomar en cuenta que durante el embarazo; se aumenta una porción de carnes ya que durante los tres primeros meses su consumo es primordial, pero tampoco hay que sobre cargar al organismo para evitar las consecuencias mencionadas anteriormente. Entonces se descarta cualquier creencia errónea en cuanto al aumento del consumo de carnes. (Ipiates, 2010)

4.1.6. Tabúes Alimentarios

Tabla 15: Frecuencia con que se presentan los tabúes alimentarios

Alimentos prohibidos	Frecuencia	Porcentaje
ninguno	12	9,68
tabú 1	71	57.29
Tabú 2	41	32,66
TOTAL	124	100,00

Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En la tabla 12. Se observa que la mayor parte de mujeres embarazadas encuestadas consideran tabúes durante su embarazo, solo un 9.68% no afirma ningún tabú

Un 49 % de mujeres embarazadas se prohíben de comer vísceras de animales porque tiene riesgo que sus niños saldrán ahogados por el cordón umbilical.

Desde el punto de vista nutricional, el consumo de vísceras aporta proteínas en cantidades menores que las carnes. Ningún estudio demuestra que el consumo de vísceras hace que el niño nacerá ahogado por el cordón umbilical. (Rivera, 2010)

Un 19% se prohíben de comer “frutas gemelares o deformes” ya que corren el riesgo de que sus hijos nazcan niños gemelos, el piensa que los niños nacerán pegados.

En realidad se trata de una malformación poco común, incluso a nivel mundial, atribuible por lo general al consumo de medicamentos durante el embarazo o el consumo de alimentos contaminados con plaguicidas, así como la exposición a los mismos. Desde el punto de vista nutricional, el consumo de frutas y verduras es bueno ya que aporta vitaminas y minerales, y no importa que las frutas,

verduras, estén pegadas o unidas o deformes ya que no altera la formación del niño (Rivera, 2010)

Un 35.48% señalan que se inhiben “consumir cítricos porque le cortará la sangre al niño o que nacerá alérgico, cree que el niño nace desnutrido”.

El consumo de cítricos durante el embarazo aporta vitamina C en la dieta, es bueno ya que la misma favorece en la absorción del hierro, contribuye a disminuir la incidencia de parto prematuro porque participa en la formación del tejido conectivo de la bolsa amniótica de las membranas. Estudios demuestran que el consumo de cítricos no es malo durante el embarazo ni en ninguna etapa de la vida, es una excelente fuente de vitamina C o ácido ascórbico y es el responsable del buen funcionamiento de muchos de nuestros órganos, incluido el mantener las defensas en un buen nivel ayuda para el correcto funcionamiento del sistema inmunológico, indispensable para combatir las enfermedades infecciosas, y su papel en la cicatrización, que permite a las heridas curar más rápidamente. (Rivera, 2010)

4.2 MUJERES LACTANTES

4.2.1 Características Generales

Tabla 16.: Distribución según Edad, ScS H.Ch 2013.

Grupos Edad	Frecuencia	Porcentaje
15-19	20	42,55
20-35	25	53,19
35 a +	2	4,26
TOTAL	47	100,00

Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En la tabla 13. Llama la atención que hay un porcentaje del 42.55% de mujeres lactantes que están entre los 15-19 años, y por ultimo esta hay un porcentaje del 4.26% que son mayores de 35 años.

Esto nos indicó que la mayoría de mujeres están entre los 20-35 años de edad, es decir que las madres los tuvieron en una edad adecuada por lo tanto también están en capacidad de dar de lactar a sus hijos, mientras que hay que tomar en cuenta algo tan importante de estos datos que son a las madres adolescente que se encuentran en el periodo de lactancia.

La madre adolescente es una mujer joven, necesita vivir esa etapa de su vida, ya que la maternidad temprana no la hace mujer adulta; no está preparada, en un corto tiempo debe lograr importantes metas, asumir su sexualidad, su salud reproductiva, auto cuidado, alimentación, relaciones afectivas con la familia, con su pareja, con su hijo. (Lanceta, 2009)

Tabla 17 : Distribución según Estado Civil, ScS H.Ch 2013.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
casada	20	42,55%
soltera	9	19,15%
unión libre	18	38.30%
TOTAL	47	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En la tabla 14. Se observó que la mayor parte de madres lactantes están casadas o en unión libre, un 19.15%, de las madres son madres solteras. De esta manera se puede decir que la mayoría cuenta con un apoyo económico y afectivo en el hogar.

En madres solteras cabe recalcar que el éxito de la lactancia materna no sólo depende de la alimentación consumida por la madre, sino también de otros factores como el apoyo afectivo y efectivo del padre del niño y la familia, así como de la confianza de la madre en su capacidad de amamantar. (Lanceta, 2009)

Tabla 18 : Distribución según Etnia, ScS H.Ch 2013.

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Indígena	8	17,02
Mestiza	37	78,72
Negra	2	4,26
TOTAL	47	100,00

Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En la tabla 3. Se observó que un 17.02% se auto identifica como indígenas, la mayoría de madres se auto identifican como mestizas, la raza negra se encuentra minoritariamente.

Tabla 19: Distribución de mujeres según Ocupación, ScS H.Ch 2013.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Comerciante	5	10,64
empleada Publica	1	2,13
Estudiante	14	29,79
Quehaceres D	27	57,45
TOTAL	47	100,00

Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

Según la tabla 16. Se observa que la mayor parte de mujeres en periodo de lactancia son estudiantes (29.79%), y el 57.45% se dedican a los Quehaceres domésticos de la casa. La mujer se enfrenta a dobles jornadas de trabajo conllevando como consecuencia un estado de salud y nutrición deficiente.

Tabla 20. Distribución según Instrucción, ScS H.Ch 2013.

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	4	8,51
Primaria	15	31,91
Secundaria	21	44,68%
superior	7	14,89%
TOTAL	47	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

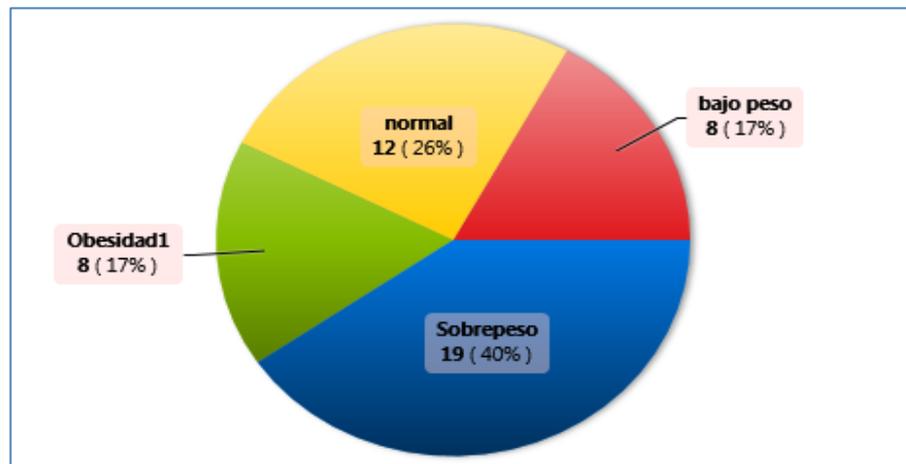
En la tabla 17. Se observa que solo un 8.52% son madres analfabetas, la mayor parte de mujeres han cursado estudios académicos.

Si analizamos estos resultados concluimos que la mayoría tiene algún grado de instrucción que influiría en la alimentación y por ende en el estado nutricional, sin embargo que las madres tengan algún grado de instrucción no significa que estén adecuadamente informadas sobre cómo alimentarse correctamente en esta etapa de la vida.

En un Estudio transversal analítico observacional, realizado con las historias clínicas de las lactantes del Centro de Salud de Resistencia, Chaco, y clasificándolos en normo peso y mal nutrido (bajo peso) cuyo Objetivo: determinar la relación del estado nutricional de las madres con el nivel de instrucción. Concluyendo *que* el nivel de instrucción parece influir en el estado nutricional por lo que se debe brindar información a las madres que concurren a la consulta con sus acerca de una correcta alimentación. Claro está que todos no tenemos los mismo recursos económicos, pero hace falta enseñarles a utilizar lo poco que tienen, de manera de adquirir una dieta variada. (Feulladi, 2001)

4.2.2. Estado Nutricional

Grafico 10. Relación peso/talla, ScS H.Ch 2013.



Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

Al analizar el gráfico 10. Se observa solo un 26% se encuentran en un estado nutricional normal. Datos muestran que las madres lactantes se encuentran en los extremos del estado nutricional.

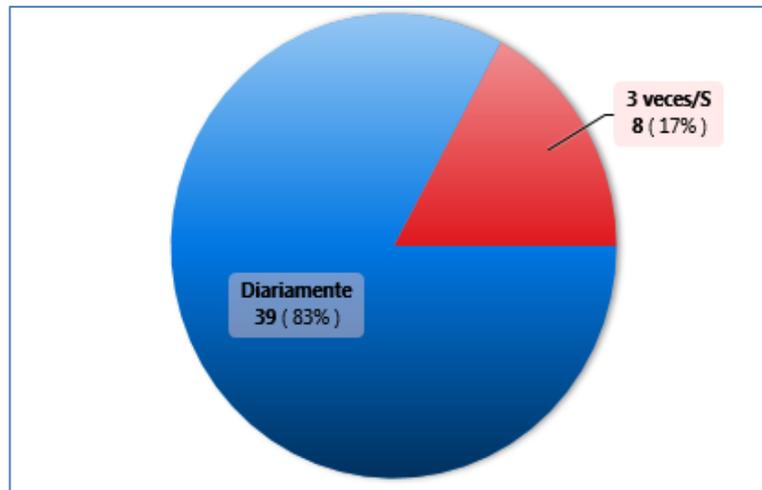
Una nutrición adecuada es importante; su alimentación debe cumplir tres finalidades:

1. Restaurar reservas alimenticias después del embarazo y del parto
 2. Proveer suficiente energía para la lactancia al pecho y para el desarrollo del nuevo niño.
 3. Proporcionar energía adicional a la madre para realizar sus actividades físicas.
- (Barriga, 2010)

Idealmente, las madres deben comer una dieta equilibrada y variada. Además del alimento requerido normalmente, una madre necesita alimento adicional para producir leche para su niño. Una mujer lactante necesita unas 500 calorías más al día que otra que no lacte. Es importante comer, tanto como sea posible, alimentos de todos los grupos: frutas, verduras, pan, cereales, y los ricos en proteínas.

4.2.3. Practicas Alimentarias

Grafico 11. Consumo de Hidratos de Carbono, ScS H.Ch 2013.



Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En el Grafico11. Se observa que un 83% de mujeres en periodo de lactar consumen Hidratos de carbono (pan, pastas). Es decir que según estos resultados fueron altos los porcentajes de consumo de hidratos de carbono.

Los hidratos de carbono al igual que ocurre en la gestación, deben suponer entre el 45 y el 60% del valor calórico total de la dieta El consumo de Hidratos de carbono son muy buenos sobre todo en este periodo ya que la mujer que da de lactar necesita aumentar la cantidad de alimentos, sin exagerar su consumo este debe ser en combinación con otros alimentos y no entre sí, ya que puede ocurrir que la madre suba de peso. (Perez, 2010)

Tabla 21.: Consumo de HC/ Estado nutricional, ScS H.Ch 2013.

	bajo peso	normal	Obesidad1	Sobrepeso	TOTAL
3 veces/S	1 12,50 % 12,50 %	3 37,50 % 25,00 %	0 0,00 % 0,00 %	4 50,00 % 21,05 %	8 100,00 % 17,02 %
Diariamente	7 17,95 % 87,50 %	9 23,08 % 75,00 %	8 20,51 % 100,00 %	15 38,46 % 78,95 %	39 100,00 % 82,98 %
TOTAL	8 17,02 % 100,00 %	12 25,53 % 100,00 %	8 17,02 % 100,00 %	19 40,43 % 100,00 %	47 100,00 % 100,00 %

Fuente: Encuesta

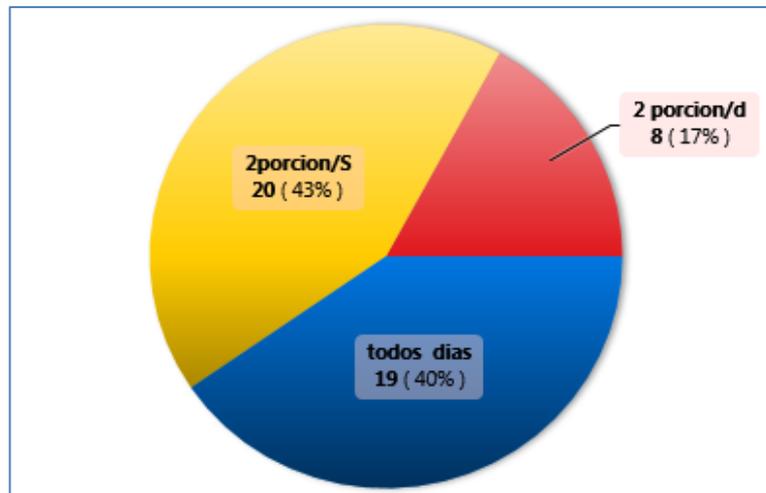
Elaboración: Cristina Chimbo

En la tabla 18: Se observa que del 82.98% de madres que consumen Hidratos de Carbono diariamente un 20.51% se encuentran en Obesidad grado I y un 38.46% se encuentran en sobrepeso. En definitiva se puede decir que en el período de lactancia predomina el sobrepeso y la obesidad.

Por otra parte, parece ser que las mujeres con sobrepeso y obesidad presentan niveles inferiores de prolactina, con una influencia baja en la iniciación y mantenimiento de la lactancia (Raimbault, 2007)

Pero con todo, el principal efecto de la madre desnutrida sobre la leche, es la disminución del volumen. Esto se demuestra en las madres lactantes que siguen dietas de adelgazamiento (hipocalóricas). Se recomienda que las madres lactantes no hagan dietas de pérdida de peso y tomen al menos 3 o 4 litros de agua al día. (Raimbault, 2007)

Grafico 12: Consumo de Frutas, ScS H.Ch 2013.



Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En el grafico 12. Se observa que 43% de madres lactantes consumen frutas 2 porciones semana, no todas las madres gestantes consumen diariamente frutas.

El consumo de frutas diariamente debe ser aumentado durante el periodo de lactancia, lo recomendado es 2-3 raciones diarias ya que hay que tomar en cuenta que el aumento del gasto nutricional durante la lactancia en las mujeres con cobertura nutricional insuficiente se hace a costa de sus propios nutrientes. Esto puede producir depleción tisular, deterioro que se intensifica a medida que avanza la lactancia.

La alimentación durante la lactancia debe ser rica en energía, lípidos, proteínas y vitaminas, con el fin de que cubra las necesidades para la producción de la leche. (Virginia, 2010)

Tabla 22: Consumo de leche, ScS H.Ch 2013.

Tazas leche	Frecuencia	Porcentaje
1 taza/semana	5	10,64%
2 tazas día	25	53,19%
2tazas semana	17	36,17%
TOTAL	47	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En tabla 19. Se observa un total de 46.81% ingiere de 2 a 1 vez por semana durante el periodo de lactancia. Por lo que se puede decir que no todas las madres ingieren diariamente como se lo debería hacer durante la lactancia.

Se estima que el 30% del calcio fetal proviene del esqueleto de la madre y el 70% de su ingesta. Durante el embarazo se recomienda una ingesta de 2-4 raciones de lácteos por día, lo que se mantiene en el período de lactancia, dado el alto contenido de calcio de la leche.

Un estudio realizado en Chile mostró que hay una pérdida mínima de masa ósea si la nodriza consume esta cantidad de calcio diariamente, y que esta pérdida se recupera rápidamente al suspender la lactancia. Por esto, también debe mantenerse un elevada ingesta de calcio después del destete ya que en este período se forma nueva masa ósea. (Virginia, 2010)

Tabla 23: Consumo de Carnes, ScS H.Ch 2013.

Consumo Proteínas	Frecuencia	Porcentaje
1 ves/S	30	63,83
2 veces/ S	10	21,28
Diariamente	7	14,89
TOTAL	47	100,00

Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En la tabla 8. Se observa que un total de 85.11% consumen de 1 a 2 veces por semana. Se puede decir que las madres en periodo de lactancia consumen con poca frecuencias algún tipo de carne de origen animal.

Es necesaria la ingesta de proteína de alto valor biológico para cubrir las demandas maternas y aportar aminoácidos esenciales que se encuentran en la leche con objeto de lograr un óptimo crecimiento y desarrollo del niño.

Se aconseja aumentar la cantidad de proteínas de origen animal de 2 -3 porciones diarias sobre todo en los primeros seis meses mediante un aumento en el consumo de lácteos, carne, pescado diariamente. (Virginia, 2010)

4.2.4. Conocimientos Alimentarios

Tabla 24: Frecuencia de comidas al día, ScS H.Ch 2013.

Cuántas veces come al día	Frecuencia	Porcentaje
3v/d	22	50,835
4v/d	16	33,33
5v/d	10	20,83
TOTAL	48	100,00

Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

Al observar el tabla 21. Se observa que un 50.83% de mujeres lactantes se alimentan 3 veces al día, siendo que la mayor parte de madres lactantes se alimentan como un adulto normal, no consideran el periodo de lactancia.

Los requerimientos nutricionales durante la lactancia son más elevados que en la gestación. Los déficits nutricionales durante la lactancia, pueden afectar a la producción de leche materna y en menor medida a su calidad, ya que la composición de la leche depende de las reservas de la madre. Por ello, es importante que la madre mantenga un estado de nutrición óptimo para evitar un estado de desnutrición.

Las frutas y verduras deben estar presentes en, al menos, cinco de las seis comidas propuestas, para asegurar un aporte adecuado de vitaminas, minerales y fibra. (Virginia, 2010)

Tabla25 :Se debe consumir Hierro, ScS H.Ch 2013.

Fe	Frecuencia	Porcentaje
no	17	35.42%
si	31	64,58%
TOTAL	48	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En la tabla 22.Se observa que un 64.58% tienen el conocimiento de que en el periodo de lactancia se debe consumir hierro mientras que un 35.42% no tienen ese conocimiento.

Tabla 26.: Beneficios del Hierro, ScS H.Ch 2013.

Para qué sirve el hierro	Frecuencia	Porcentaje
Aumentar leche materna	24	50,00
No sabe	15	31.25
Previene anemia en la madre	9	18,75
TOTAL	48	100,00

Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En la Tabla 23. Se observa que un equivalente del 81.25% no tienen conocimiento del beneficio del consumo de hierro durante la lactancia.

El requerimiento de hierro es elevado. El depósito de hierro puede ser de 500 mg en el embarazo (en hemoglobina y depósitos fetales, masa muscular y reservas de la madre). Se recomienda una ingesta diaria de 10 mg o más durante la lactancia. Por lo que es recomendable consumir alimentos ricos en vitamina C y evitar el té y el café por la influencia que tienen en la absorción del hierro. (Virginia, 2010)

Tabla 27.: Información Alimentaria por parte del personal de salud.

Personal de salud	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	14	29,17
pocas veces	33	70.83
TOTAL	48	100,00

Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En la tabla 24. Se observa que 70.83% de mujeres lactantes encuestadas respondieron que el personal de salud les brinda pocas veces información sobre la alimentación durante este período, mientras que un 29.17% de lactantes encuestadas respondieron que nunca se les ha impartido información sobre dicho tema.

La lactancia materna debe ser promovida por los beneficios nutricionales para los niños/ y sus madres. Las/os proveedores de salud pueden jugar un papel importante en el cuidado de salud: en la prevención de la desnutrición, anemia, riesgo de osteoporosis y sobrepeso. Desde sus distintas disciplinas y a lo largo de las diferentes etapas, especialmente durante la niñez y la adolescencia, pueden realizar educación nutricional a la mujer acerca de los requerimientos y las razones de las recomendaciones alimentarias. También pueden dar apoyo terapéutico tanto a las madres desnutridas como a las obesas, ayudándolas a identificar alimentos accesibles y que contengan los nutrientes necesarios para sus respectivos requerimientos (Cuadrado, 2006)

4.2.5. Creencias Alimentarias

Tabla 28.: Frecuencia de las creencias alimentarias, ScS H.Ch 2013.

Creencias	Frecuencia	Porcentaje
creencia 1	12	25,53
creencia 2	5	10,64
creencia 3	19	40,43
ninguna	11	23,40
TOTAL	47	100,00

Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En la tabla 25. Se observa un equivalente de 76.60% suponen algunas creencias como:

Un 26% de madres en periodo de lactancia tienen la creencia de “Consumir batidos con agua de hinojo, ortiga para aumenta la producción de leche materna”

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cochrane Library, CINAHL, MEDLINE, CUIDEN Cuyo objetivo de este trabajo fue revisar la evidencia científica de las plantas utilizadas tradicionalmente como galactogogos en nuestro medio, así como su eficacia y seguridad. Concluyendo no tienen suficiente eficacia probada y poseen una insuficiente relación riesgo/beneficio que el uso de remedios naturales puede aumentar la autoestima y la sensación de poder en la mujer lactante, consideramos que la matrona y otros profesionales sanitarios relacionados con la salud materno infantil tienen un papel crucial en el inicio y mantenimiento de la lactancia. (Romano, 2009)

Un 10.64% de mujeres creen que “el consumo de bebidas alcohólicas ayudan a quemar grasa y aumentan la secreción de la leche”. Estudios revelan que el efecto sobre la prolactina puede ser también inducido por cerveza sin alcohol. No obstante, dado que los estudios en los que se basan estas teorías no son

concluyentes, No se puede recomendar el consumo de cereza así sea bajo su contenido de alcohol. (Ipiates, 2010)

Un 40.43% de madres en período de lactancia creen que se debe “aumentar a ingesta de líquidos”

Lo importante es que ingiera agua, jugos o leche en cantidades adecuadas, pero sin olvidar que la producción de la leche se garantiza por la succión del bebé. (Ipiates, 2010)

4.2.6. Tabúes Alimentarios

Tabla 29.: Frecuencia con que se presentan los tabúes alimentarios

Alimentos prohibidos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	3	6,25%
tabú 1	41	85,42%
tabu2	4	8.33%
TOTAL	48	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Cristina Chimbo

En la tabla 26. Se observa que solo una mínima proporción (6.25%) no efectúan ningún tipo de tabú, mientras que las demás madres si lo hacen:

Un 85.42% de mujeres en periodo de lactancia se limitan “consumir verduras porque puede ocasionar que se altere el olor y sabor de la leche o que se produzcan cólicos en los niños”

En definitiva el consumo de verduras es importante durante la lactancia por el aporte de nutrientes (vitaminas y minerales). La madre puede comer de todo, por supuesto puede haber algún caso esporádico en que a un bebé en concreto le disguste algún sabor determinado o que durante las noches no sea aconsejable el consumo de algunas verduras, pero no significa que no se deba dejar de consumir. Una madre lactante puede comer cualquier alimento apto para el consumo humano. (Ipiales, 2010)

Mientras que un 8.33% se restringen de comer arroz, el arroz de cebada, alimentos fríos o helados y alimentos cítricos como el limón por miedo a que se disminuya la cantidad de leche”. Un Estudios a nivel de Latinoamérica aseguran que situaciones de estrés, cansancio o enfermedades de la madre, puede hacer que el volumen de leche materna, se vea afectado o disminuido, una alimentación deficiente o inadecuada, también puede comprometer el éxito de la lactancia.(Ipiales, 2010)

4.3. VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS

PRACTICAS ALIMENTARIAS

¿CON QUE FRECUENCIA CONSUME HIDRATOS DE CARBONO?

Tabla de frecuencias observadas Prácticas A.

OPCIONES	diariamente	3v/semana	1v/semana	TOTAL
Embarazadas	97	27	0	124
Lactantes	39	8	0	47
TOTAL	136	35	0	171

Tabla de frecuencias esperadas

OPCIONES	diariamente	3v/semana	1v/semana	TOTAL
Embarazadas	98,62	25,38	0	124
Lactantes	37,38	9,62	0	47
TOTAL	136	35	0	171

Tabla de cálculo de chi-cuadrado

FO	FE	FO-FE	(FO-FE)²	(FO-FE)²/FE
97	98,62	-1,62	2,6244	0,02661124
39	37,38	1,62	2,6244	0,07020867
27	25,38	1,62	2,6244	0,10340426
8	9,62	-1,62	2,6244	0,27280665
TOTAL				0,47303081

Se puede ver que el valor de X^2 Calculado (0,473), es significativamente superior al valor de X^2 Tabular (0,103), con el 95% de confianza en los datos y 2 Grados de Libertad.

CONOCIMIENTO RESPECTO A SU ALIMENTACION
DURANTE SU EMBARAZO ¿CUANTAS VECES COME AL DIA?

Tabla de frecuencias observadas conocimientos

OPCIONES	5 veces día	4 veces día	3 veces día	TOTAL
Embarazadas	47	62	15	124
Lactantes	10	16	21	47
TOTAL	57	78	36	171

Tabla de frecuencias esperadas

OPCIONES	5 veces día	4 veces día	3 veces día	TOTAL
Embarazadas	41,33333333	56,5614035	26,1052632	124
Lactantes	15,66666667	21,4385965	9,89473684	47
TOTAL	57	78	36	171

Tabla de calculo de chi-cuadrado

FO	FE	FO-FE	(FO-FE)²	(FO-FE)²/FE
47	41,33	5,67	32,1489	0,7778587
10	15,66	-5,66	32,0356	2,04569604
62	56,56	5,44	29,5936	0,52322489
16	21,43	-5,43	29,4849	1,37587028
15	26,1	-11,1	123,21	4,72068966
21	9,89	11,11	123,4321	12,4804954
TOTAL				21,923835

Se puede ver que el valor de X^2 Calculado (21,923), es significativamente superior al valor de X^2 Tabular (0,103), con el 95% de confianza en los datos y 2 Grados de Libertad.

CREENCIAS

Tabla de frecuencias observadas creencias

OPCIONES	Creencias	ninguno	TOTAL
Embarazadas	100	24	124
Lactantes	36	11	47
TOTAL	136	35	171

Tabla de frecuencias esperadas

OPCIONES	Creencias	ninguno	TOTAL
Embarazadas	98,62	25,38	124
Lactantes	37,38	9,62	47
TOTAL	136	35	171

Tabla de cálculo de chi-cuadrado

FO	FE	FO-FE	(FO-FE)²	(FO-FE)²/FE
100	98,62	1,38	1,9044	0,01931048
36	37,38	-1,38	1,9044	0,05094703
24	25,38	-1,38	1,9044	0,07503546
11	9,62	1,38	1,9044	0,19796258
TOTAL				0,34325555

Se puede ver que el valor de X^2 Calculado (0,343), es significativamente superior al valor de X^2 Tabular (0,00393), con el 95% de confianza en los datos y 1 Grado de Libertad.

TABÚS

Tabla de frecuencias observadas tabús

OPCIONES	Tabús	ninguno	TOTAL
Embarazadas	112	12	124
Lactantes	44	3	47
TOTAL	156	15	171

Tabla de frecuencias esperadas

OPCIONES	Tabús	ninguno	TOTAL
Embarazadas	113,12	10,88	124
Lactantes	42,88	4,12	47
TOTAL	156	15	171

Tabla de cálculo de chi-cuadrado

FO	FE	FO-FE	(FO-FE)²	(FO-FE)²/FE
112	113,12	-1,12	1,2544	0,01108911
44	42,88	1,12	1,2544	0,02925373
12	10,88	1,12	1,2544	0,11529412
3	4,12	-1,12	1,2544	0,30446602
TOTAL				0,46010298

Se puede ver que el valor de X^2 Calculado (0,460), es significativamente superior al valor de X^2 Tabular (0,00393), con el 95% de confianza en los datos y 1 Grado de Libertad.

CONSUMO DE H CARBONO VS. ESTADO NUTRICIONAL

Tabla de frecuencias observadas Practicas vs Estado Nutricional

OPCIONES	bajo peso	normal	Sobrepeso	TOTAL
si diario	46	26	64	136
no diario	12	8	15	35
TOTAL	58	34	79	171

Tabla de frecuencias esperadas

OPCIONES	bajo peso	normal	Sobrepeso	TOTAL
Desacuerdo	46,128655	27,0409357	62,8304094	136
Acuerdo	11,871345	6,95906433	16,1695906	35
TOTAL	58	34	79	171

Tabla de cálculo de chi cuadrado

FO	FE	FO-FE	(FO-FE)²	(FO-FE)² / FE
46	46,128655	-0,12865497	0,0165521	0,00035882
12	11,871345	0,12865497	0,0165521	0,00139429
26	27,0409357	-1,04093567	1,08354707	0,04007062
8	6,95906433	1,04093567	1,08354707	0,15570298
64	62,8304094	1,16959064	1,36794227	0,02177198
15	16,1695906	-1,16959064	1,36794227	0,08459968
TOTAL				0,30389838

Se puede ver que el valor de X^2 Calculado (0,309), es superior al valor de X^2 Tabular (0,103), con el 95% de confianza en los datos y 2 Grados de Libertad.

**TABLA DE FRECUENCIAS OBSERVADAS CONOCIMIENTOS VS ESTADO
NUTRICIONAL**

Cuántas veces come al día vs. Estado Nutricional

OPCIONES	bajo peso	Normal	sobrepeso	TOTAL
3v día	16	9	11	36
4v día	24	16	39	79
5vdía	17	9	30	56
TOTAL	57	34	80	171

Tabla de frecuencias esperadas

OPCIONES	bajo peso	Normal	sobrepeso	TOTAL
3v día	12	7,16	16,84	36
4v día	26,33	15,71	36,96	79
5vdía	18,67	11,13	26,2	56
TOTAL	57	34	80	171

Tabla de cálculo de chi cuadrado

FO	FE	FO-FE	(FO-FE)²	(FO-FE)² / FE
16	12	4	16	1,333333333
24	26,33	-2,33	5,4289	0,20618686
17	18,67	-1,67	2,7889	0,14937868
9	7,16	1,84	3,3856	0,47284916
16	15,71	0,29	0,0841	0,00535328
9	11,13	-2,13	4,5369	0,40762803
11	16,84	-5,84	34,1056	2,02527316
39	36,96	2,04	4,1616	0,1125974
30	26,2	3,8	14,44	0,55114504
TOTAL				5,26374495

Se puede ver que el valor de X^2 Calculado (5,264), es significativamente superior al valor de X^2 Tabular (0,711), con el 95% de confianza en los datos y 4 Grados de Libertad.

CREENCIAS VS. ESTADO NUTRICIONAL

Tabla de frecuencias observadas creencias vs Estado Nutricional

OPCIONES	bajo peso	normal	Sobrepeso	TOTAL
Cree	44	26	65	135
No cree	13	8	14	35
TOTAL	57	34	79	170

Tabla de frecuencias esperadas

TOTAL	bajo peso	normal	Sobrepeso	TOTAL
Cree	45,2647059	27	62,7352941	135
No cree	11,7352941	7	16,2647059	35
TOTAL	57	34	79	170

Tabla de cálculo de chi cuadrado

FO	FE	FO-FE	(FO-FE)²	(FO-FE)² / FE
44	45,2647059	-1,26470588	1,59948097	0,03533616
13	11,7352941	1,26470588	1,59948097	0,13629662
26	27	-1	1	0,03703704
8	7	1	1	0,14285714
65	62,7352941	2,26470588	5,12889273	0,0817545
14	16,2647059	-2,26470588	5,12889273	0,31533879
TOTAL				0,74862026

Se puede ver que el valor de X^2 Calculado (0,749), es superior al valor de X^2 Tabular (0,103), con el 95% de confianza en los datos y 2 Grados de Libertad.

TABÚES VS. ESTADO NUTRICIONAL

Tabla de frecuencias observadas tabús vs Estado Nutricional

OPCIONES	bajo peso	Normal	sobrepeso	TOTAL
Tiene	52	30	76	158
No tiene	5	3	6	14
TOTAL	57	33	82	172

Tabla de frecuencias esperadas

OPCIONES	bajo peso	Normal	Sobrepeso	TOTAL
Tiene	52,3604651	30,3139535	75,3255814	158
No tiene	4,63953488	2,68604651	6,6744186	14
TOTAL	57	33	82	172

Tabla de cálculo de chi cuadrado

FO	FE	FO-FE	(FO-FE)²	(FO-FE)² / FE
52	52,3604651	-0,36046512	0,1299351	0,00248155
5	4,63953488	0,36046512	0,1299351	0,02800606
30	30,3139535	-0,31395349	0,09856679	0,00325153
3	2,68604651	0,31395349	0,09856679	0,03669586
76	75,3255814	0,6744186	0,45484045	0,00603833
6	6,6744186	-0,6744186	0,45484045	0,06814683
TOTAL				0,14462016

Se puede ver que el valor de X^2 Calculado (0,144), es superior al valor de X^2 Tabular (0,103), con el 95% de confianza en los datos y 2 Grados de Libertad.

DECISIÓN FINAL:

Como se puede apreciar en los análisis estadísticos realizados para todos los casos se obtiene que el valor de chi-cuadrado tabular es menor que los del chi-cuadrado calculado por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

DECISIÓN: Como se puede apreciar en cada uno de los análisis estadísticos aplicados a una pregunta referida a ACCIONES ALIMENTARIAS, CONOCIMIENTO RESPECTO A SU ALIMENTACIÓN, CREENCIAS Y TABÚS, los valores de X^2 Calculado, son significativamente superiores a los valores de X^2 Tabular para cada caso, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que dice: **“El conocimiento, prácticas, creencias y tabús alimentarios SI influyen en el estado nutricional de las madres gestantes y lactantes.**

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES

En la presente investigación la mayor proporción de mujeres embarazadas evaluadas según índice peso-talla y edad gestacional se encuentran en sobrepeso (44%) seguido en menor proporción embarazadas con bajo peso (40%), En cuanto a las mujeres en periodo de lactancia se encuentra un 17% en Obesidad Grado 1, y un 40% en sobrepeso, presentándose también el bajo peso en un 17%.

Con respecto a las practicas alimentarias se nota que consumen con más frecuencia Hidratos de Carbono (arroz, pan, pastas) por lo que se explicarían el sobrepeso que se presenta predominante en las mujeres embarazadas, mientras que en las madres lactantes resultaría beneficioso. Además se revela que las embarazadas y lactantes consumen con muy poca frecuencia frutas, alimentos proteicos de origen animal.

Sobre los conocimientos se evidencio que la mayor parte de embarazadas no saben cuánto deben aumentar de peso durante su embarazo. Asimismo las madres mostraron desconocimiento de los micronutrientes que se consideran durante estos periodos, se constató que el personal de salud les brinda pocas veces o nunca información sobre la alimentación durante este período.

Se observa que la mayor parte de encuestadas tienen creencias y tabúes que los consideran durante su embarazo y periodo de lactancia, una mínima cantidad de encuestadas no consideran ninguna creencia ni tabú.

Finalmente, se pudo decir que las prácticas y conocimientos influyen mayoritariamente en el estado nutricional de madres mientras que las creencias y tabús están presentes en un alto porcentaje, pero no influyen considerablemente en el estado nutricional, además se mostró no hay la debida importancia de la nutrición que debe llevar la gestante o lactante por lo que con este trabajo también se pretende concientizar al equipo de Salud.

5.2 RECOMENDACIONES

- Impartir educación nutricional a las mujeres en edad reproductiva y las que se encuentran en gestación o en el periodo de lactancia, con respecto a la importancia de una alimentación adecuada durante estos periodos informándoles que alimentos deben consumir en mayor cantidad. Así mismo durante la lactancia, las mujeres deben conocer que todos los alimentos son de gran importancia incluso más que en el embarazo, el número de comidas debe ser de acuerdo al estado nutricional en que la mujer embarazada y lactante se encuentre, es decir las mujeres con bajo peso deben consumir más de cinco comidas diarias, en cambio las mujeres que presenten sobrepeso y obesidad deben consumir los cinco tiempos de comida pero disminuyendo las cantidades de alimentos.
- Durante la lactancia no se debe restringir ningún alimento en especial, solo en caso de que presente algún tipo de cirugía. Por el contrario su alimentación debe ser rica en alimentos naturales.
- La madre durante el periodo de embarazo y lactancia debe eliminar aquellas creencias o tabúes que afectan negativamente su salud y nutrición como también del niño.
- Se recomienda que el personal que labora en el centro de salud de Huachi Chico de la ciudad de Ambato, aparte de concientizarse sobre la importancia que tiene la nutrición durante la gestación o lactancia, apliquen la guía educacional de nutrición para mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, y además que sea evaluada habitualmente para ajustarla de acuerdo a nuevas investigaciones.

CAPITULO VI

6.1 PROPUESTA

6.1.1 Datos informativos

Guía educacional nutricional para madres embarazadas y madres en periodo de lactancia

6.1.2 Institución ejecutora

Centro de Salud de Huachi Chico

6.1.3 Beneficiarios

Mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

6.1.4 Ubicación

Provincia de Tungurahua, Parroquia Huachi Chico

6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución:

Inicio: Mayo 2013

Finalización: Mayo 2014

6.1.6 Equipo técnico responsable

Estará conformada por los Médicos del centro de Salud, Enfermeras

6.1.7 Costo

El presupuesto para la realización propuesta planteada es alrededor de 200,00 USD

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

En el estudio realizado encontramos que la mayor proporción de mujeres embarazadas evaluadas según índice peso-talla y edad gestacional se encuentran en sobrepeso (44%) seguido en menor proporción embarazadas con bajo peso (40%), el (17%) mínima cantidad de embarazada que se encuentran dentro de un estado nutricional normal.

En cuanto a las mujeres en periodo de lactancia se encuentra un 17% en Obesidad Grado 1, y un 40% en sobrepeso, presentándose también el bajo peso en un 17%. Datos que muestran que las madres lactantes se encuentran en los extremos del estado nutricional y normal solo un 26% de mujeres en periodo de lactancia.

En cuanto a las practicas alimentarias se nota que consumen con más frecuencia Hidratos de Carbono (arroz, pan, pastas) por lo que se explicarían el sobrepeso que se presenta predominante en las mujeres embarazadas, mientras que en las madres lactantes resultaría beneficioso. Además se revela que las embarazadas y lactantes consumen con muy poca frecuencia frutas, poca cantidad de embarazadas consumen lácteos diariamente, asimismo no todas las encuestadas consumen alimentos proteicos de origen animal con frecuencia.

Sobre los conocimientos se evidencio que la mayor parte de embarazadas no saben cuánto deben aumentar de peso durante su embarazo, más de la mitad de mujeres embarazadas muestran desconocimiento sobre cuándo se debe consumir Ácido y su principal beneficio. Asimismo en cuanto a los conocimientos sobre el hierro, las gestantes y lactantes muestran desconocer el tiempo en que se debe comenzar a consumir y su principal función, se constató que el personal de salud les brinda pocas veces o nunca información sobre la alimentación durante este período.

Se observa que la mayor parte de encuestadas tienen creencias y tabúes que los consideran durante su embarazo y periodo de lactancia, una mínima cantidad de encuestadas no consideran ninguna creencia ni tabú.

6.3 JUSTIFICACIÓN

La propuesta planteada tiene mucha importancia social porque se basa en erradicar o disminuir estados nutricionales extremos como son bajo peso y sobrepeso en las madres embarazadas y en periodo de lactancia que acuden al centro de salud de Huachi Chico. Las más beneficiadas serán aquellas gestantes y madres lactantes que desconocen sobre las prácticas nutricionales adecuadas, que tengan escasa información de la nutrición en el embarazo y lactancia

además se beneficiaran aquellas madres que desarrollen algunas creencias y tabúes ya que se podrán aclarar algunas creencias y eliminar algunos tabúes que solían realizar.

Esta propuesta tiene el interés de dar a conocer a los miembros del equipo de salud y mujeres la importancia de una adecuada nutrición en gestantes y lactantes que acuden al centro de salud de Huachi Chico, este es el enfoque social de la investigación.

El planteamiento de la propuesta es factible por cuanto se cuenta con conocimientos teórico – práctico en el ámbito de la atención primaria, se dispone de bibliografía de diversos autores y recursos necesarios.

6.4 OBJETIVOS

6.4.1 Objetivo general

Elaborar una guía de alimentación para las madres gestantes y madres que se encuentren en periodo de lactancia en el centro de Salud de la Parroquia de Huachi Chico

6.4.2 Objetivo específicos

- Elaborar un manual con recetas y combinaciones de alimentos disponibles en el medio y accesibles por su costo y disponibilidad.
- Fomentar entre las gestantes y madres lactantes a que acudan al control de su embarazo o de sus hijos para beneficiarse de los micronutrientes respectivos que dispone el centro de Salud.
- Fortalecer los conocimientos que tienen las madres sobre la nutrición en la gestación y lactancia.
- Excluir creencias y tabúes MEDIANTE fundamentación científica que desarrollen las madres durante la gestación o lactancia.

6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

La propuesta es operable desde el punto de vista técnico ya que se tiene las bases suficientes en conocimientos, además del apoyo de los médicos de la institución.

Es factible desde el punto administrativo ya que se pedirán los respectivos permisos o autorizaciones a las autoridades del centro de Salud.

Los costos de la propuesta serán proporcionados por parte del investigador, se evaluará trimestralmente la propuesta para valorar su impacto y realizar actualizaciones o modificaciones.

La actual propuesta está direccionada a mujeres de todo nivel socio-económico y cultural, de tal manera que se utilizarán términos sencillos para mejor alcance de la población.

6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICO

6.6.1 Nutrición

La Nutrición ha sido definida de diferentes formas, quedando así entendida como "una serie de fenómenos complejos por los que el alimento se ingiere, se asimila y se utiliza para que puedan llevarse a cabo de manera adecuada todas las funciones del organismo, y posteriormente se elimina o excreta en forma de residuo no reutilizable por el propio individuo".

Por Alimentación se entiende al acto de proporcionar al cuerpo humano los alimentos necesarios. La alimentación es, por tanto un proceso consciente, voluntario y por lo tanto educable a diferencia de la nutrición (involuntaria, inconsciente y no educable, puesto que depende de procesos corporales tales como la digestión, la absorción o el transporte de los nutrientes contenidos en los alimentos a los tejidos).

Estas dos definiciones son importantes, ya que no debe olvidarse que nutrirse es algo más importante que alimentarse, siendo deseable que al alimentarnos pensemos en nutrirnos correctamente.

6.6.2 Embarazo

Durante el embarazo las necesidades nutricionales de la mujer son mayores que en otras etapas de su vida. La dieta debe suministrarle todos los elementos necesarios para que al crecer el óvulo o huevo fertilizado, se convierta en un feto viable y luego en un bebé a término (véase el Cuadro 4). A medida que la mujer se nutre a sí misma también nutre al feto en crecimiento y a la placenta que se une al feto por el cordón umbilical en el útero. Al mismo tiempo su tejido mamario se prepara para la lactancia.(Barriga, 2010)

Durante la primera mitad del embarazo se necesita alimento adicional para el útero de la madre, los pechos y la sangre - todos ellos aumentan en tamaño o cantidad - al igual que para el crecimiento de la placenta. La mayor necesidad de alimento continúa en la última mitad del embarazo, pero durante el último trimestre los nutrientes adicionales son sobre todo necesarios para el feto en rápido crecimiento que además necesita almacenar ciertos nutrientes, especialmente vitamina A, hierro y otros micronutrientes, y energía que almacena por medio de la grasa. Una dieta adecuada durante el embarazo ayuda a la madre a ganar peso adicional que es fisiológicamente deseable y a garantizar el peso normal del bebé al nacer.(Aranceta, 2008)

Las mujeres en buen estado de salud ganan peso durante el embarazo si no trabajan en exceso. Al igual que una persona gruesa necesita más energía para realizar la misma cantidad de trabajo físico que una persona delgada, una mujer embarazada también necesita más energía. La tasa metabólica basal (TMB) aumenta casi siempre durante el embarazo, lo que eleva además las necesidades de energía. Por lo tanto, casi todas las mujeres necesitan más energía cuando están embarazadas, inclusive aunque no trabajen en exceso. Para la mujer sobrecargada del mundo en desarrollo, con poco descanso e insuficientes alimentos, la pérdida de peso es una posibilidad real y peligrosa.(Aranceta, 2008)

La nutrición de la madre influye en el peso del niño al nacer: de madres desnutridas sólo se pueden esperar bebés de bajo peso. Inclusive, un aumento

modesto en el consumo de energía durante el embarazo tiende a aumentar el peso del niño al nacer.(Aranceta, 2008)

6.6.3 Lactancia

En casi todos los países en desarrollo la mayoría de las mujeres lactan a sus niños recién nacidos por un período de semanas o meses después del parto. Las reservas nutricionales de una madre lactante pueden estar más o menos agotadas como resultado del embarazo y la pérdida de sangre durante el parto. La lactancia aumenta las necesidades de nutrientes, sobre todo debido a la pérdida de nutrientes, primero por el calostro y luego a través de la leche materna.(Campo, 2010)

El volumen de leche materna varía ampliamente, pero para bebés de cuatro meses de edad que reciben lactancia exclusiva, casi siempre es de 700 a 800 ml por día. Puede aumentar más adelante hasta 1 000 ml o más. Los nutrientes en esta leche vienen de la alimentación de la madre o de sus reservas de nutrientes. Es recomendable que las madres amamenten en forma exclusiva a sus niños durante los seis primeros meses y luego empiecen a introducir otros alimentos mientras continúa la lactancia durante el tiempo que deseen, y que en algunos casos puede ser hasta los dos años o un poco más.(Campo, 2010)

Durante el período de lactancia la mujer por lo general no menstrúa. La duración de la amenorrea varía desde un período corto de cuatro meses hasta uno prolongado de 18 meses o más. La conversión de nutrientes de los alimentos a nutrientes de la leche materna no es total. En el caso de energía es alrededor del 80 por ciento, y por lo tanto, por cada 800 kcal de la leche materna, la madre necesita consumir 1 000 kcal en sus alimentos. Para mantener un buen estado nutricional la mujer que lacta tiene que elevar el consumo de nutrientes.(Cuadrado, 2006)

Existe la creencia, bastante arraigada, que la composición de la leche materna varía mucho. Esto no es así. La leche humana tiene una composición muy constante y se afecta única y selectivamente por la dieta de la madre. El contenido de grasa en la leche materna varía un poco. Los carbohidratos,

proteína, grasa, calcio y hierro no cambian mucho aunque la madre consuma poco de estas sustancias en su dieta. Una madre cuya dieta sea deficiente de tiamina y de vitaminas A y C produce, sin embargo, menos de estos nutrientes en su leche. La carencia de tiamina en la madre lactante puede ocasionar un beriberi infantil en el niño. En general, el efecto de una nutrición deficiente en la mujer que lacta, es la reducción en la cantidad antes que en la calidad de la leche materna.(Bender, 2009)

Es muy importante animar a las madres lactantes para que acudan con sus bebés a un servicio local de salud durante los meses siguientes al parto, para que ambos, madre y bebé, sean examinados. Se debe determinar el nivel de hemoglobina de la madre al igual que su peso, y suministrarle suplementos de hierro en la misma cantidad que se recomienda durante el embarazo.

La madre debe recibir orientación nutricional sobre el consumo de una dieta variada. Esta es además una buena oportunidad para conocer su interés por tener más embarazos, hablar sobre el espaciamiento ideal entre embarazos y darle información y ayuda en planear la familia. Un espaciamiento más o menos amplio entre partos es casi siempre una ventaja nutricional para la madre, el niño e inclusive el feto siguiente. Un espacio corto entre partos impide que la madre pueda restaurar sus reservas de nutrientes antes del siguiente embarazo, le ocasiona mayor trabajo y un período más corto para cuidar de modo exclusivo a su niño, además de disminuir el período de la lactancia a un tiempo más corto de lo deseable.(Aranceta, 2008)

En cada visita postnatal se debe examinar a la madre y al niño, y darle consejos a ésta sobre una alimentación correcta para los dos. Un aumento de peso satisfactorio en el niño es la mejor forma de juzgar lo adecuado de la dieta. En los primeros meses cuando existe lactancia exclusiva, la ganancia correcta de peso en el niño es una clara indicación que la madre produce suficiente leche. Casi todas las madres pueden amamantar a sus niños con éxito (Aranceta, 2008)

6.7 METODOLOGÍA

A través de una guía educacional de nutrición para las madres embarazadas y madres lactantes en el centro de Salud de Huachi Chico.

6.7.1 Modelo Operativo

Fases	Etapas	Metas	Actividades	Recursos	Presupuest o	Responsabilidad	Tiempo
Planificación	<p>Información /socialización de resultados investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoridades locales y de Salud • Pacientes/ • Comunidad <p>Autorización para probar la propuesta</p>	Cumplimiento del 100 % en junio	<p>Presentación de resultados</p> <p>Presentación de estrategias de nutrición.</p> <p>Solicitud de aprobación de la propuesta</p>	<p>Informe de resultados de la investigación</p> <p>Diseño de estrategia nutricional</p> <p>Aprobación de la solicitud de aprobación de la propuesta</p>	100 dólares	Investigadora	3 meses
Ejecución	<p>Capacitar Personal de Salud en la estrategia propuesta.</p> <p>Capacitar/ informar a madres gestantes y lactantes y que se encuentran en edad reproductiva de la existencia de la guía nutricional</p>	Cumplimiento del 100 % en septiembre	<p>Convocatoria a Médicos especializados en nutrición.</p> <p>Informar a todas las mujeres.</p>	<p>Concientización al personal médico sobre la importancia de la nutrición en gestantes y lactantes.</p> <p>Relación peso-talla/ edad Gestacional IMC en lactantes</p>	300 dólares	centro de salud de Huachi Chico	3 meses
Evaluación	Mujeres Gestantes y Lactantes	Cumplimiento del 100 % en Febrero del 2015	Información recolectada de las madres	Informe de resultados de propuesta	200 dólares	centro de salud de Huachi Chico	1 año

6.8 PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA

El seguimiento y la valoración del estado nutricional de la gestante o madre lactante será ejecutada una vez por mes durante los tres primeros meses mediante la clasificación según IMC en lactantes y relación talla/ peso y edad gestacional según los resultados obtenidos se hará una guía nutricional con las practicas conocimientos y creencias y tabús más frecuentes en estos grupos de población; esto servirá como tutoría de referencia para que las madres proporcionen una dieta balanceada para que presenten una buena nutrición Finalmente cuando con los controles próximos evaluaremos si habido mejoría en su estado nutricional.

6.9 EVALUACIÓN

La evaluación a que se estén cumpliendo la nutrición recomendada en la guía será a mediano y largo plazo y se evaluara a las gestantes mediante una nueva encuesta, en la embarazadas la medición de talla y peso, edad gestacional, y en madres lactantes medición peso talla, IMC, los cuales servirán como referencia para saber si las madres están aplicando las recomendaciones nutricionales que se encuentran en la guía.

BIBLIOGRAFÍAS

- Aranceta, J. (2008). "Guía práctica sobre hábitos de alimentación y salud", .
"Embarazo y Micronutrientes", 7-9.
- Arelis, R. (2002). Estado nutricional en gestantes. *Scielo*, 01-10.
- Baremo, N. (1999). Valoracion de las Situaciones de Minusvalia . En *Baremo para la Calificacion del grado de Minusvalia* (págs. 8-10).
- Barriga, G. (2010). *Nutricion en la lactancia*. Argentina: henufood.(págs 10-25)
- Bender, A. (2009). Seguridad Alimentaria y Nutricional. *Acribia S.A*, 240-255.
- Campo, J. (2010). Nutricion durante la gestacion o lactancia. *Tratado de nutricion Gil A*, 133-149.
- Carvajal, A. (2009). Pautas para conseguir los mejores resultados nutricionales en la lactancia. *National Academy*, 15-21.
- Castillo, A. (2010). Evaluacion nutricional de la mujere embarazada. *Vida es lo primero*, 2-5.
- Cepal. (2010). Autonomia e independencia el cuidado de las personas con discapacidad . *Cepal* , 1-56.
- cepal. (2010). Autonomia e independencia el cuidado de las personas con discapacidad. *cepal org*, 1-56.
- Correa, R. (2012). Ley Organica de Discapacidad Asamblea Nacional de la Republica del Ecuador. *suplemento registro oficial* (págs. 1-28).
- Cuadrado, O. (2006). Nutricion para Educadores. *Carvajal SA*, 56-82.
- Delgado, R. (2012). Ley Organica de Discapacidad. *Asamble Nacional de la Republica del Ecuador* (págs. 1-28). Quito: Suplemeno-Registro Oficial.
- Disilvestro, W. (2004). *Perspectivas de la nutricion*. Mexico: 6ta Edicion Mc Graww Hill Interamericana. (págs 7-15)
- Dominguez, V.(2012). Enfoque Bioetico de la Discapacidad y calidad de vida. *Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso"*, 1-7.
- Elaine, F. (1990). Principios de Nutrición Clínica. En E. Feldman, *Manual Moderno* (pág. 112). Mexico: 1ª edición.
- Esparsa, B. (2007). *Nutrición en las diferentes etapas de la vida*. México.: Mc Graw Hill Inteamericana.
- Feldman, A.(2009). *Principios de Nutrición Clínica*. México.: 1ª edición. Manual Moderno.
- Feulladi, C.(2001). Estado nutricional y su relacion con el nivel de instruccion. *Mathernal*, 04-08.

- Gangotena, V. (2007). *Nutricion y Embarazo*. Ecuador: Internacional Ecuador.
- Gomez Puerto, J.(2005). Estilos y calidad de vida .*Life styles and life quality*, 1-8.
- Gonzales. (2004). Discapacidad - Dependencia . *Imsero*, 7-102.
- Hernandez, M. (2009). *Maternal body weight and pregnancy outcome*.España:
Work Preganacy.(págs 142-151)
- Huesca, C.(2008). Maria Lucia Herrera Nivcela .*Memorias de Investigacion*,1-94.
- Ipiiales, M. (2010). *Creencias Alimentarias y estado nutricional de las mujeres embarazadas*. Ibarra,175-181
- Jacome, A. (2012). Consumo de carbohidratos en el embarazo. *pinback*, 81-92
- Jaramillo, J.(2012). *Estadísticas en gestantes*. Ecuador,Quito: Estadistic,1-9
- Jurado, F. (2012). *Población, alimentación, nutrición y planificación familiar*.
Europa: Nutricion,45-48
- Lanceta, P. (2009). *Nutricion en Lactantes*. Madrid-España: Dietetic Prodct.
- Larea, N. (2013). La politica publica en el Ecuadr y su incidencia en el
mejoramiento de las condiciones de vida de las personas con
discapacidad . *Tesis de Grado*. Loja, Loja, Ecuador,35-37
- Larrea, N.(2013). La politica publica en el Ecuador y su indencia en el
mejoramiento de las condiciones de vida de as personas con
discapacidad. *tesis de grado*. Loja, Loja, Ecuador.
- Lema. (2009). Calidad de Vida y Situacion de discapacidad hacia la promocion
de salud,112-125.
- Lema, C. (2009). Calidad de Vida Y Situacion de discapacidad . *Hacia la
promocion de salud* , 112-125.
- Leon. (2011). Proyecto para Mejorar la calidad de vida de los discapacitados .
Fundacion Metropolitana , 1-8.
- Leon, N. (2011). Proyecto para Muejoar la calidad de vida de los discapacitados .
Fundacion Metropolitana , 1-8.
- Limón, A. (2005). Nutrición del cuerpo y alma: Practica y creencias alimentaríaas
durante el embarazo en Tziscaco, Chiapas. *Revistas Científicas de
América Latina y el Caribe, España y Portugal,Nueva Antropología*, 5-8.
- Lourenco, G. (2004). Nutricion en la poblacion Gestante. *Elements*, 71-80.
- Mabelte, M. (2007). Características de la Calidad de Vida en familias con adulto
con discapacidad intelectual. *Diversitas- Perspectivas en Psicología*, 37-
54.

- Martinez, S.(2007). Nutricion en etapa fertil. En B. Martinez, *Nutricion en etapa fertil* (págs. 258-303).
- Merino, M. (2012). Alimentacion durante el embarazo. *babycenter*, 10-12.
- Monje. (2012). *Discapacidad Ecuador Mision Solidaria Manuela Espejo*. Quito : Discapacidad Online .
- Monje. (2012). Discapacidad Ecuador Mision Solidaria Manuela Espejo. *Discapacidad Online*, 2-40.
- Montero, P. (2012).Estado nutricional en la Embarazada. *advance Medical*, (pags 08-10)
- Montesdeoca, M. (2009). Factores sociales y culturales en la nutrición. *Nutricion gestacional*, 48-55.
- Mora, A. (2007). Nutricion en Gestantes y Lactantes. *diversitas*, 37-54.
- Moreno, A. (2001). Crecias en nutricion;Embarazadas. *Pregnaty*, 45-48.
- MSP. (2008). Embarazo, sus momentos y cuidados,. *Ministerio de Salud Publica*, 25-30.
- Nelson, J.(2009). *Dietetica y Nutrición*. . Madrid-España: 7ª edición.Harcourt Brace, 42-48
- Noriega, J. P. (2010). *Acido Folico en el Embarazo*. Argentina: advanced Medicin, 31-38
- OMS. (2013). *Estrategia para la alimentacion de lactante*. Ginebra & Suiza: Diseño minimum graphics.
- OPS. (2009). Nutricion en gestantes.*conocimientos actuales sobre nutricion*(pág. 123). Guatemala: Holliward,edicion 7.
- Orbit, R. (2009). Beneficios de consumir frutas durante el embarazo. *Public Health Nutrition*, 05.
- Orgendo, F. W. (2008). practicas alimentarias en Gestantes y lactantes. *MED*, 12-15.
- Ortega, J. (2007). Alimentacion en la lactancia. *Ergon*, 71-80.
- Panchi, G. (2010). Nutricion durante la gestacion y lactancia. *MED*, 5-7.
- Perez, B. (2010). Nutrition and alergies. *Scientific*, 02-03.
- Pérez, R.(2009). *Estado nutricional en gestantes de una comunidad menos privilegiada de Caracas*. Venezuela: Anales Venezolanos de Nutricion.
- Perroni, C. (2011). Proteinas durante el embarazo. *BabyCenter* , 09-10.
- Quinteros, M. (2012). Nutricion durante el embarazo. *pregnacy*, 05.

- Raele, S. (2012). Conocimientos, intereses, creencias, tabus sobre la alimentación en gestantes. *dieta (B.Aires)*, 2-10.
- Ramos, C. L. (2002). Embarazo y Lactancia en la Adolescencia. *Ginecología y Obstetricia*, 01-03.
- Rivera, F. (2010). *Creencias alimentarias y estado nutricional de las embarazadas*. Ibarra, 48-56.
- Rodriguez. (2013). Discapacidad Intelectual y enfermedades mentales analisis de vida . *Universidad de Oviedo*, 1-96.
- Rodriguez, L. (2013). Discapacidad Intelectual y enfermedades Mentales Analisis de Vida . *Universidad de Oviedo*, 1-96.
- Rodriguez, T. (2013). La Proyeccion Bioetica hacia los Dispacitados Mentales. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, 1-13.
- Romano, E. (2009). Galactogogos en la lactancia. *cochrane*, 01-04.
- Rosalva, F. (2010). Situacion de las madres solteras. *Actopan HGO*, 74-76.
- Saidman, G. (28 de julio de 2012). Conocimientos y creencias en el embarazo. *new public*, 04-10.
- UNICEF. (2009). *Informe sobre nutricion*. New York: Ramonela.
- Vasquez, A. (2010). *Hierro en el embarazo*. Ecuador: new infantil, 841-865
- Velgara, G. (2011). Sobrepeso durante el embarazo. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 07-09.
- Verdugo. (2002). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyo para personas con discapacidad intelectual. *Hastings Collage*, 1-18.
- Virginia, E. (2010). Nutricion en Lactantes. *Panamericana*, 04-10.
- Viteri, G. (2004). Boletin de Programas. *Situacion de la Salud en el Ecuador*, 9-10.
- Wilson Jaqher, C. (1995). WHO Maternal Anthropometry and Pregnancy Outcomes. *WHO Bulletin*, 73: IS-98S.
- Yerro, A. G. (2013). Calidad de Vida de las familias de mujeres embarazadas un estudio cualitativo realizado en la comunidad de Madrid . *reop*, 93-109.
- Zambrano, M. d. (2002). Position of the American Dietetic Association. *Journal of the American Dietetic Association*, 102.

BASE DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

DIALNET: Verdugo, M. & Gómez, L. Arias, B. & Santamaría, M. & Navallas, E. & Fernández, S. & Hierro, I. (2013) Evaluación de la gestante embarazada, Revista Española sobre Nutrición Gestacional, 6-20, www.academia.edu/4920098/Evaluacion_de_la_mujer_gestante_o_de_la_mujer_lactante_INICO-FEAPS

DIALNET: Verdugo, M. & Gómez, L. & Arias, B. & Santamaría, M. & Clavero, D. & Tamarit, J, (2013). Evaluación la alimentación en la madre embarazada: Revista Española sobre Nutrición vs alimentación durante la gestación, 6-20, www.academia.edu/4920098/Evaluacion_de_la_mujer_gestante_o_de_la_gestante_lactante_INICO-FEAPS_INICO-FEAPS

SCIELO; Gómez, A. & Córdoba, V. & (2013) Asumiendo juntos los retos: Madre alimentada durante la gestación, Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, 80-90, <http://www.unibague.edu.co/sitios/psicologia/images/pdf/ayc2013.pdf>.

SPRINGER LINK: Giné, C. & Gracia, M. & Vilaseca, R. & Balcells, A. (2011). Quality of Life of the families of people with gestation Disability in Spain, Social Indicators Research, España , 349-361, <http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F97>

TAYLOR FRANCIS ONLINE: López M. & Echeita G. & Martín E. (2009) Concepciones sobre la nutrición en las madres adolescentes gestantes, Universidad Autónoma de Madrid, España ,50-75, <http://www.redalyc.org/pdf/551/55124841012.pdf>.

ANEXO 1

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO CARRERA MEDICINA

Cuestionario Estructurado para mujeres embarazadas del centro de salud
Huachi Chico de la ciudad de Ambato Provincia Tungurahua.

Edad:.....	
Instrucción: Analfabeta.... Primaria.... Secundaria... Superior....	Estado civil: Soltera.... Casada.... Unión libre.... Divorciada...
Ocupación: Quehaceres Domésticos..... Comerciante..... Costurera..... Empleada Publica..... estudiante.....	Etnia Mestiza..... Negra..... Indígena.....

1: Que acciones alimentarias realiza durante su Embarazo:

Señale con una (...X...)

- ¿Con que frecuencia consume pan / cereales / arroz?
 Diariamente..... 3veces/semana..... 1v/semana.....
- ¿Con que frecuencia consume verduras?
 Diariamente..... 2veces/semana..... 1v/semana.....
- ¿Con que frecuencia consume frutas?
 Todos los días..... 2 porción/ día..... 2 porción /semana.....
- ¿Cuántas tazas de leche o huevos consume?
 2 tazas/día..... 2 tazas/semanal..... Ninguna taza...
- ¿Con que frecuencia consume carnes?
 Diariamente..... 2 veces/semana..... 1 v/ semana.....
- ¿Durante su gestación consume algún suplemento nutricional como ácido fólico, hierro?
 Si..... No.....

2: Que conocimientos posee con respecto a su alimentación durante su embarazo:

- ¿Durante su Embarazo cuantas veces come al día?
5v/día..... 4v/día..... 3v/día...
- ¿Sabe cuánto de peso debe aumentar durante el embarazo?
No sabe..... 8-9... 9-11... 11-13....
- ¿Conoce cuándo se debe consumir el Ácido Fólico?
Antes del embarazo.... Después del embarazo..... No sabe.....
- ¿Sabe para qué se debe consumir ácido fólico durante su embarazo?
.....Para prevenir malformaciones congénitas
.....Para ayudar en el parto
.....Para mejorar el estado de animo de la madre
.....No sabe
- ¿Sabe desde que mes de gestación debe consumir hierro?
.....1er trimestre de embarazo 2do trimestre de embarazo
.....3er trimestre de embarazo No sabe....
- ¿Sabe para que consume hierro durante su embarazo?
.....Es para fortalecer al bebe en el vientre.
.....Es para prevenirme anemia.
.....Ingiero porque no come bien.
.....No sabe
- ¿Ha recibido instrucciones de parte del personal de salud para mejorar la alimentación durante el embarazo?
Siempre..... Pocas veces..... Nunca.....

3: Conocer Ud. alguna creencia acerca de la alimentación durante su embarazo:

Señale con una X la creencia que conozca.

-**Creencia 1:** si consumen vísceras de animales sus niño saldrán ahogados por el cordón umbilical
-**Creencia 2**“ si se come frutas y verduras el niño sale más blanco y cabello claro”
-**Creencia 3** “El consumo de maní o plátano verde hará que tenga gemelos” “

-Ninguna

4: Durante su Embarazo: Que alimentos considera que están prohibidos consumir porque son peligrosos:

- Tabú 1:Café, alcohol, tabaco
- Tabú 2:cítricos (limón, naranja, toronja)
-Ninguna

5: ¿En qué estado nutricional se encuentra?

Peso.....

talla.....

Fecha de ultima menstruación.....

Edad gestacional.....

- Bajo Peso
- Normal
- Sobrepeso

ANEXO 2

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO CARRERA MEDICINA

Cuestionario Estructurado para mujeres en periodo de lactancia del centro de salud Huachi Chico de la ciudad de Ambato Provincia Tungurahua.

Edad:.....	
Instrucción: Analfabeta.... Primaria.... Secundaria... Superior....	Estado civil: Soltera.... Casada.... Unión libre.... Divorciada...
Ocupación: Quehaceres Domésticos..... Comerciante..... Costurera..... Empleada Publica..... estudiante.....	Etnia Mestiza..... Negra..... Indígena.....

1: Que acciones alimentarias realiza durante su periodo de lactancia

Señale con una (...X...)

- ¿Con que frecuencia consume pan / cereales / arroz?
Diariamente..... 3veces/semana..... 1v/semana.....
- ¿Con que frecuencia consume verduras?
Diariamente..... 2veces/semana..... 1v/semana.....
- ¿Con que frecuencia consume frutas?
Todos los días..... 2 porción/ día..... 2 porción /semana.....
- ¿Cuantas tazas de leche o huevos consume?
2 tazas/día..... 2 tazas/semanal..... Ninguna taza.....
- ¿Con que frecuencia consume carnes?
Diariamente..... 2 veces/semana..... 1v/ semana.....

2: Que conocimientos posee con respecto a su alimentación durante su periodo de lactancia:

- ¿Durante su lactancia cuantas veces come al día?
5v/día..... 4v/día..... 3v/día...

- ¿Se debe consumir hierro durante el periodo de lactancia?
No..... Si.....
- ¿Sabe si el hierro ayuda durante el periodo de lactancia?
.....Ayuda a aumentar leche materna.
.....Previene la anemia de la madre
.....No sabe
- ¿Ha recibido instrucciones de parte del personal de salud para mejorar la alimentación durante su periodo de lactancia?
Siempre..... Pocas veces..... Nunca.....

3: Conocer Ud. alguna creencia acerca de la alimentación durante su periodo de lactancia:

Señale con una X la creencia que conozca.

-**Creencia 1:** “Consumo de verduras Alteran el olor y sabor de la leche ”
-**Creencia 2**“Consumo de verduras Alteran el olor y sabor de la leche ”
-**Creencia 3** “Consumo excesivo de ají produce que se seque la leche”
-Ninguna

4: Durante su Periodo de Lactancia: Que alimentos considera que están prohibidos consumir porque son peligrosos:

-Tabu1:Café, alcohol, tabaco
-Tabú 2:cítricos (limón, naranja, toronja)
-Ninguna

5: ¿En qué estado nutricional se encuentra?

IMC= Peso..... / talla.....

-Bajo peso
-Normal
-Sobrepeso I
-Obesidad I
-Obesidad II

ANEXO 3

**PESO PARA LA TALLA SEGÚN EDAD GESTACIONAL MAYOR O IGUAL A
13 SEMANAS**

Sem.	Perc.	140	143	146	149	152	155	158	161	164	167
		142	145	148	151	154	157	160	163	166	169
13	10	38,6	40,0	41,3	42,8	42,8	42,2	45,6	47,2	49,0	52,2
	90	51,3	53,1	54,9	57,0	58,8	60,7	62,7	65,1	67,2	69,4
14	10	39,5	40,9	42,3	43,8	45,2	46,7	48,3	50,1	51,8	53,4
	90	52,7	54,5	56,9	58,5	60,3	62,3	64,4	66,8	69,0	71,2
15	10	40,4	41,8	43,3	44,9	46,3	47,8	49,4	51,3	53,0	54,6
	90	53,1	55,0	56,9	59,0	60,8	62,8	64,9	67,4	69,6	71,8
16	10	41,3	42,8	44,2	45,9	47,3	48,9	50,5	52,4	54,1	55,9
	90	53,6	55,5	57,3	59,5	61,4	63,4	65,5	68,0	70,2	72,5
17	10	42,4	43,7	45,2	46,9	48,4	49,9	51,6	53,6	55,3	52,1
	90	54,0	55,9	57,8	60,0	61,9	63,9	66,0	68,5	70,8	73,1
18	10	42,7	44,2	45,7	47,4	48,9	50,5	52,2	54,1	55,9	57,7
	90	54,0	55,9	57,8	60,0	61,9	63,9	66,0	68,5	70,8	73,1
19	10	43,6	45,1	46,1	48,4	49,9	51,6	53,3	55,3	57,1	58,9
	90	54,0	55,9	57,8	60,0	61,6	63,9	66,0	68,5	70,8	73,1
20	10	44,5	46,1	47,6	49,4	51,0	52,6	54,4	56,4	58,3	60,2
	90	54,5	56,4	58,3	60,5	62,4	64,4	66,6	69,1	71,4	73,7
21	10	45,4	47,0	48,6	50,4	52,0	53,7	55,5	57,6	59,5	61,4
	90	54,5	56,4	58,3	60,5	62,4	64,4	66,6	69,1	71,4	73,7
22	10	45,9	47,5	49,1	50,9	52,5	54,2	56,1	58,2	60,1	62,0
	90	54,9	56,9	58,8	61,0	62,9	65,0	67,2	69,2	72,0	74,3
23	10	46,3	47,9	49,6	51,4	53,0	54,8	56,6	58,8	60,7	62,6
	90	54,9	56,9	58,8	61,0	62,9	65,0	67,2	69,2	72,0	74,3
24	10	46,8	43,4	50,1	51,9	53,6	55,3	57,2	59,3	61,3	63,2
	90	55,4	57,3	59,3	61,5	63,4	65,5	67,7	70,3	72,6	74,9
25	10	47,2	48,9	50,5	52,4	54,1	55,8	57,7	59,9	61,9	63,9
	90	55,8	57,8	59,8	62,0	64,0	66,1	68,5	70,8	73,2	75,5
26	10	47,2	48,9	50,5	52,4	54,1	55,8	57,7	59,9	61,9	63,9
	90	56,3	58,3	60,3	62,5	64,5	66,6	68,8	71,4	73,8	76,1
27	10	47,7	49,3	51,0	52,9	54,6	56,4	58,3	60,5	62,5	64,5
	90	56,3	58,3	60,3	62,5	64,5	66,6	68,8	71,4	73,8	76,1
28	10	47,7	49,3	51,0	52,9	54,6	56,4	58,3	60,5	62,5	64,5
	90	56,8	58,8	60,8	63,0	65,0	67,1	69,4	72,0	74,4	76,8
29	10	47,7	49,3	51,0	52,9	54,6	56,4	58,3	60,5	62,5	64,5
	90	56,8	58,8	60,8	63,0	65,0	67,1	69,4	72,0	74,4	76,8
30	10	48,1	49,8	51,5	53,4	55,1	56,9	58,8	61,6	63,1	65,1
	90	57,2	59,2	61,2	63,5	65,5	67,7	69,9	72,6	75,0	77,4
31	10	48,1	49,8	51,5	53,4	55,1	56,9	58,8	61,1	63,1	65,1
	90	57,2	59,2	61,2	63,5	65,5	67,7	69,9	72,6	75,0	77,4
32	10	48,6	50,3	52,0	53,9	55,6	57,5	59,4	61,6	63,7	65,7
	90	57,2	59,2	61,2	63,5	65,5	67,7	69,9	72,6	75,0	77,4
33	10	48,6	50,3	52,0	53,9	55,6	57,5	59,4	61,6	63,7	65,7
	90	57,2	59,2	61,2	63,5	65,5	67,7	69,9	72,6	75,0	77,4
34	10	48,6	50,3	52,0	53,9	55,6	57,5	59,4	61,6	63,7	65,7
	90	57,9	59,7	61,7	64,0	66,0	68,2	70,5	73,2	75,6	78,0
35	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	66,3
	90	58,1	60,2	62,2	64,5	66,6	68,7	71,0	73,7	76,2	78,6
36	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	66,3
	90	58,1	60,2	62,2	64,5	66,6	68,7	71,0	73,7	76,2	78,6
37	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	66,3
	90	58,6	60,6	62,7	65,0	67,1	69,3	71,6	74,3	76,8	79,2
38	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	67,1
	90	59,0	61,1	63,2	65,5	67,6	69,8	72,1	74,9	77,3	80,7
39	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	67,1
	90	59,5	61,1	63,7	66,0	68,1	70,3	72,7	75,5	77,9	81,4