

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE NUTRICION Y SALUD COMUNITARIA

Tesis de grado previo a la obtención del título de licenciadas en Nutrición y Salud
Comunitaria

**PRÁCTICAS, CREENCIAS ALIMENTARIAS Y ESTADO NUTRICIONAL DE
LAS MUJERES EMBARAZADAS Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO
DE SALUD Nº1 DE LA CIUDAD DE IBARRA. DICIEMBRE DEL 2009 A
DICIEMBRE 2010.**

Autoras:

María Belén IpiALES

Fernanda Rivera

Directora: Dra. Rosa Quintanilla.

Asesora de tesis: Dra. Mariana oleas

Ibarra- Ecuador

PAGINA DE APROBACIÓN

En calidad de directora de tesis de grado, presentada por las señoritas: Fernanda Victoria Rivera Martínez y María Belén Ipiates Cheza, para optar por el grado de Licenciada en Nutrición y Salud comunitaria, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y meritos suficientes para ser sometido a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se digne.

En la ciudad de Ibarra, 06 de Diciembre del 2010.

Dra. Rosa Quintanilla.

C.I.: 060137864-9

PAGINA DE PRESENTACION

El trabajo de investigación con el tema: **“PRACTICAS, CREENCIAS ALIMENTARIAS Y ESTADO NUTRICIONAL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N°1 DE LA CIUDAD DE IBARRA. Y ELABORACION DE UNA GUIA ALIMENTARIA DICIEMBRE 2009 A NOVIEMBRE 2010”** realizados es de suma autoría de las Srtas. María Belén Ipiales Cheza y Fernanda Victoria Rivera Martínez quienes se hacen responsables respecto a todos los datos obtenidos en el mismo.

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a Dios, a mis padres, por su apoyo incondicional.

Fernanda Rivera

A Dios, a mis padres a mi hija, que han sabido apoyarme en todo momento y han hecho lo posible para la culminación de mis estudios.

María Belén Ipiates.

AGRADECIMIENTO

A la institución “Centro de salud N° 1 de la ciudad de Ibarra” que ha colaborado con el desarrollo de la investigación, también aquellas personas que nos han ayudado con la formación humana y profesional a la Dra. Rosa Quintanilla Directora y un agradecimiento muy especial a la Dra. Mariana Oleas por su invaluable aporte y apoyo.

INDICE GENERAL

PORTADA	i
PAGINA DE APROBACION	ii
PAGINA DE PRESENTACION	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
INDICE GENERAL	vi
LISTA DE TABLAS	xi
RESUMEN	xiii
SUMMARY	xiv
CAPITULO I.	
1.1. Introducción	1
1.2. Planteamiento del problema	3
1.3. Formulación del problema	5
1.4. Justificación	6
1.5. Objetivos	7
1.6. Preguntas de investigación	8
CAPITULO II.	
2.1. Marco Teórico	9
2.2. Definiciones	9
2.3. Creencias y prácticas alimentarias de mujeres embarazadas y madres lactantes según estudios realizados	10
2.4. Creencias alimentarias en algunos países	11

2.5.	Factores que determinan las creencias y prácticas alimentarias	12
2.5.1.	Factores Culturales	12
2.5.2.	Factores Económicos	12
2.5.3.	Factores Sociales	13
2.5.4.	Factores Geográficos	13
2.5.5.	Factores Religiosos	13
2.5.6.	Factores Educativos	14
2.5.7.	Factores relacionados con urbanización e industrialización	14
2.6.	Alimentación de la mujer embarazada	14
2.7.	Necesidades nutricionales de la embarazada	15
2.7.1.	Energía	15
2.7.2.	Proteínas.	15
2.7.3.	Ácidos grasos esenciales	15
2.7.4.	Hierro	15
2.7.5.	Folato (ácido fólico o folacina)	16
2.7.6.	Calcio	16
2.7.7.	Sodio	16
2.7.8.	Vitamina D	17
2.7.9.	Fósforo	17
2.7.10.	Magnesio	17
2.7.11.	Zinc	17
2.7.12.	B2 (riboflavina)	17
2.7.13.	Vitamina C (ácido ascórbico)	17

2.8.	Guía de alimentación diaria de la mujer embarazada	18
2.9.	Recomendaciones generales de la dieta	19
2.10.	Evaluación nutricional de la mujer embarazada	20
2.10.1.	Incremento de peso	20
2.10.2.	Indicadores antropométricos utilizados	21
2.10.2.1.	Talla	21
2.10.2.2.	Peso corporal	22
2.10.2.3.	Peso al inicio del embarazo	22
2.10.2.4.	Clasificación del Estado Nutricional de la Embarazada según el IMC y Edad Gestacional	23
2.11.	Ganancia de peso durante el embarazo	24
2.12.	Perímetro de la parte media del brazo	26
2.13.	Pliegues	26
2.14.	Pliegues cutáneos	27
2.15.	Valores de referencia	27
2.16.	Diagnostico y manejo nutricional de la embarazada	28
2.17.	Nomograma para el cálculo del índice peso-talla de la embarazada	29
2.18.	Diagnóstico nutricional según índice peso-talla y edad gestacional durante el embarazo	30
2.19.	Ventajas del índice de masa corporal	30
2.20.	Para la valoración nutricional de las embarazadas	32
2.21.	Indicadores bioquímicos para la evaluación del estado nutricional	32
2.21.1.	Pruebas bioquímicas estáticas	33
2.21.2.	Pruebas funcionales o dinámicas	33

2.21.3.	Valoración del estado proteico	33
2.21.3.1.	Albúmina	34
2.21.3.2.	Transferrina	34
2.21.3.3.	Prealbúmina	34
2.21.3.4.	Proteína ligada a retinol	34
2.21.3.5.	Somatomedina C (IGF-I)	34
2.21.3.6.	Fibronectina	34
2.22.	Alimentación de la madre en periodo de lactancia	34
2.23.	Necesidades nutricionales de la madre en el periodo de lactancia	35
2.23.1.	Energía	35
2.23.2.	Proteínas	36
2.23.3.	Ácidos grasos esenciales omega 3 y omega 6	36
2.23.4.	Hierro	36
2.23.5.	Vitamina C	36
2.23.6.	Zinc	36
2.24.	Pérdida de peso durante la lactancia	36
2.25.	Líquidos durante la lactancia	36
2.26.	Dieta materna y cólicos infantiles	37
2.27.	Efecto de lactancia sobre el estado nutricional materno	37
2.28.	Evaluación nutricional de la madre lactante	40
2.29.	CIN/CAD	42
2.30.	Guías alimentarias	43
2.31.	Elaboración de Guías Alimentarias	43

2.31.1.	Primera Fase	44
2.31.2.	Segunda Fase	45
2.31.3.	Tercera Fase	45
2.31.4.	Cuarta Fase	45
2.31.5.	Quinta Fase	46
2.32.	Implementación de las Guías Alimentarias	46
2.33.	Evaluación de las guías alimentarias	47
2.33.1.	Evaluación de efectos	47
CAPITULO III.		
3.1.	Metodología	49
3.2.	Tipo de investigación	49
3.3.	Localización	49
3.4.	Población	49
3.5.	Identificación de variables	49
3.6.	Operacionalización de variables	50
3.7.	Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	54
3.8.	Procedimiento para tomar medidas antropométricas	55
3.9.	Técnicas para el procesamiento y análisis de datos	56
3.10.	Elaboración de la guía alimentaria	56
CAPITULO IV.		
4.1.	Resultados	57
4.2.	Discusión	93
4.3.	Respuesta a las preguntas de investigación	100

CAPITULO V.	
5.1. Conclusiones	102
5.2. Recomendaciones	104
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	106
GLOSARIO DE TÉRMINOS	109
GUIAS ALIMENTARIAS	114
ANEXOS	13

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres embarazadas que se controlan en el centro de salud N° 1. Ibarra.	57
Tabla 2. Estado nutricional según IMC/edad gestacional y curva patrón incremento de peso de las mujeres embarazadas que se controlan en el centro de salud N° 1. Ibarra.	58
Tabla 3. Prácticas alimentarias durante el primer trimestre de las mujeres embarazadas que se controlan en el centro de salud N° 1. Ibarra.	59
Tabla 4. Consumo de alimentos durante el segundo y tercer trimestre del embarazo de las mujeres embarazadas que se controlan en el centro de salud N° 1. Ibarra.	63
Tabla 5. Número de comidas al día de las mujeres embarazadas que se controlan en el centro de salud N° 1. Ibarra.	66
Tabla 6. Consistencia de las preparaciones de las mujeres embarazadas que se controlan en el centro de salud N° 1. Ibarra.	67
Tabla 7. Alimentos que mejoran el apetito, que producen náuseas y vómitos y antojos durante el embarazo de las mujeres embarazadas que se controlan en el centro de salud N° 1. Ibarra.	68
Tabla 8. Trimestres en que sintieron antojos las mujeres embarazadas que se controlan en el centro de salud N° 1. Ibarra.	70
Tabla 9. Creencias alimentarias de las mujeres embarazadas que se controlan en el centro de salud N° 1. Ibarra.	71
Tabla 10. Estado nutricional (IMC) según características sociodemográficas de las mujeres embarazadas que se controlan en el centro de salud N° 1. Ibarra.	75
Tabla 11. Relación entre el estado nutricional (IMC) y prácticas alimentarias de las mujeres embarazadas que se controlan en el centro de salud N° 1. Ibarra.	76
Tabla 12. Características sociodemográficas de las mujeres lactantes que se controlan en el centro de salud N° 1. Ibarra.	78
Tabla 13. Estado nutricional según IMC de las mujeres lactantes que se controlan en el centro de salud N° 1. Ibarra.	79

Tabla 14. Consumo de alimentos durante la lactancia de mujeres lactantes que se controlan en el centro de salud N° 1. Ibarra.	81
Tabla 15. Número de comidas al día de las mujeres lactantes que se controlan en el centro de salud N° 1. Ibarra.	84
Tabla 16. Consistencia de las preparaciones de las mujeres lactantes que se controlan en el centro de salud N° 1. Ibarra.	85
Tabla 17. Alimentos que no consumen las mujeres lactantes que se controlan en el centro de salud N° 1. Ibarra.	86
Tabla 18. Alimentos que aumentan la producción de leche de las mujeres lactantes que se controlan en el centro de salud N° 1. Ibarra.	87
Tabla 19. Creencias alimentarias de las mujeres lactantes que se controlan en el centro de salud N° 1. Ibarra.	88
Tabla 20. Estado nutricional (IMC) según características sociodemográficas de las mujeres lactantes que se controlan en el centro de salud N° 1. Ibarra.	91
Tabla 21. Relación entre el estado nutricional (IMC) y prácticas alimentarias de las mujeres lactantes que se controlan en el centro de salud N° 1. Ibarra.	93

RESUMEN

PRACTICAS, CREENCIAS ALIMENTARIAS Y ESTADO NUTRICIONAL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N°1 DE LA CIUDAD DE IBARRA. DICIEMBRE A MARZO 2010.

Autoras: Fernanda Victoria Rivera Martínez

María Belén IpiALES Cheza

Con el propósito de conocer las prácticas, creencias alimentarias y evaluar el estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes atendidas en el centro de salud N°1 de la ciudad de Ibarra. Se realizó la presente investigación con 200 mujeres de las cuales 50 fueron embarazadas y 150 lactantes, mediante un estudio descriptivo de corte transversal, utilizando el método de la entrevista directa a los grupos que intervinieron en el estudio. Con la ayuda de un cuestionario el cual contenía preguntas para determinar las prácticas alimentarias, creencias y tabús durante el embarazo y lactancia. Se estableció las condiciones sociodemográficas. Para evaluar el estado nutricional de las mujeres embarazadas se valoró con el (IMC) Índice de Masa Corporal en relación a la edad gestacional y la Curva patrón incremento de peso, para las mujeres lactantes IMC. Entre los principales resultados de la investigación se encontró: Prácticas alimentarias, hay un alto porcentaje (44%) de mujeres embarazadas y lactantes que no consumen alimentos que proporcionan proteínas de origen animal y vegetal, también se encontró que el 14,5% de mujeres no consumen alimentos que son fuentes de carbohidratos, en lo referente al consumo de alimentos que aportan vitaminas y minerales el 20% no consumen. La mayoría de las mujeres dijeron que no consumen condimentos el (62,5%). A diferencia en el consumo de grasas y azúcares todas las mujeres consumen. No se encontró muchas creencias relacionadas con la alimentación. En la evaluación del estado nutricional de las mujeres embarazadas se encontró que, el 8,0% presentó bajo peso, el 44,0% Sobrepeso, el 12% Obesidad, en cambio las mujeres lactantes, el 1,3% presentó bajo peso, el 41,3% Sobrepeso, el 8,7% Obesidad I, y el 0,7% Obesidad tipo II.

Se concluyó que las mujeres embarazadas y lactantes presentan un alto índice de sobrepeso y la obesidad por lo que necesita el apoyo y atención de las entidades de salud y de los programas sociales gubernamentales y no gubernamentales.

Palabras clave: Mujeres embarazadas y lactantes, prácticas alimentarias, creencias alimentarias, estado nutricional.

SUMMARY

PRACTICES, ALIMENTARY BELIEFS AND THE PREGNANT WOMEN'S NUTRITIONAL STATE AND NURSLINGS ASSISTED IN THE CENTER OF HEALTH N°1 OF THE CITY DE IBARRA. DECEMBER TO MARCH 2010.

Authors: Fernanda Victoria Rivera Martínez

María Belén IpiALES Cheza

With the purpose of knowing the you practice, alimentary beliefs and to evaluate the nutritional state of the pregnant women and nurslings assisted in the center of health N°1 of the city of Ibarra. He/she was carried out the present investigation with 200 women of which 50 were embarrassed and 150 nurslings, by means of a descriptive study of traverse court, using the method from the direct interview to the groups that intervned in the study. With the help of a questionnaire which contained questions to determine the alimentary practices, beliefs and taboos during the pregnancy and nursing. He/she settled down the conditions sociodemográficas. To evaluate the nutritional state of the pregnant women you values with the (IMC) Index of Corporal Mass in relation to the age gestacional and the Curve pattern increment of weight, for the suckling women IMC. Among the main results of the investigation he/she was: Practical alimentary, there are a high percentage (44%) of pregnant women and nurslings that don't consume foods that provide proteins of animal and vegetable origin, it was also found that 14,5% of women doesn't consume foods that are sources of carbohydrates, regarding the consumption of foods that you/they contribute vitamins and minerals 20% they don't consume. Most of the women said that they don't consume condiments the one (62,5%). To difference in the consumption of fatty and sugar all the women they consume. He/she was not many beliefs related with the feeding. In the evaluation of the nutritional state of the pregnant women it was found that, 8,0% presents under weight, 44,0% Overweight, 12% Obesity, on the other hand the suckling women, 1,3% presents under weight, 41,3% Overweight, 8,7% Obesity I, and 0,7% Obesity type II.

You concluded that the pregnant women and nurslings present a high index the overweight and the obesity for what needs the support and attention of the entities of health and of the social government and not government programs.

Words key: Pregnant and suckling, practical alimentary women, alimentary beliefs, nutritional state.

CAPITULO I.

1.1. INTRODUCCIÓN

El consumo de alimentos está condicionado por las creencias y hábitos alimentarios que la población tiene, los que pueden mantenerse, modificarse o adquirirse durante períodos como el embarazo y la lactancia.

La Asociación Dietética Americana sostiene que la mujer potencialmente reproductiva, 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. Los componentes esenciales que promueven estilos de vida saludables durante el embarazo incluyen apropiada ganancia de peso, consumo de una variedad de alimentos en concordancia las recomendaciones nutricionales; suplementación con vitaminas y minerales apropiados y oportunos, evitar el alcohol, tabaco y otras sustancias nocivas; seguridad en el manejo de alimentos. La valoración del estado nutricional es fundamental, debido a que permite conocer la situación nutricional de la madre y predecir como afrontará las exigencias de la gestación. En términos antropométricos, las mediciones reflejan el estado nutricional de la mujer e indirectamente, el crecimiento del feto y posteriormente, la cantidad y la calidad de la leche materna.

La madre que da el pecho a su hijo tiene unas necesidades nutricionales mayores porque parte de los nutrientes se destinarán a la producción de leche.¹

Las necesidades nutricionales de la madre aumentan como consecuencia del esfuerzo metabólico que supone la lactancia. Durante varios meses, gran parte de los nutrientes ingeridos con la dieta se destinarán a la producción de leche para alimentar al niño.

El tipo de alimentación y el estado nutricional de la madre influirán en la cantidad y composición de la leche producida. La madre deberá alimentarse teniendo en cuenta las modificaciones que tiene la leche materna durante este periodo y el tipo de alimentación que necesita recibir el bebé de acuerdo a su edad.

La alimentación de la madre durante la lactancia debe ser variada y rica en energía, lípidos, proteínas y vitaminas con el fin de cubrir de forma óptima sus necesidades y las del lactante.

Durante el embarazo y la lactancia se debe tener cuidado especial al escoger los alimentos, para consumir la calidad y cantidad que realmente se necesita, sin comer el doble como se acostumbra. No se necesitan dietas especiales ni eliminar el consumo de algunos alimentos por creencias o tabúes equivocados; a menos que exista alguna contraindicación médica o nutricional.

Las creencias no son hechos comprobados, aunque se tiende a valorar los datos que las corroboran y olvidar los que los contradicen. No todas son lógicas, ni pueden demostrarse. Son las hipótesis de trabajo que se utilizan en la vida diaria, que dan sentido a las experiencias, les ofrecen estabilidad y validez, y eso explica porqué las personas muestran cierta satisfacción cuando ocurre lo esperado y pueden expresar: "sabía que eso sucedería".

Llama la atención las diferentes prácticas y creencias alimentarias de las embarazadas y lactantes, y conocer si pueden ser mitos o hechos comprobados por lo que la presente investigación, tiene el propósito de determinar las creencias y hábitos alimentarios durante el embarazo y la lactancia de mujeres que acuden al centro de salud No1. De la Ciudad de Ibarra. Esto permitió diseñar una guía alimentaria nutricional para las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.²

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer. Existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales con relación al período preconcepcional.

La desnutrición materna pregestacional o durante el embarazo, se asocia a un mayor riesgo de morbimortalidad infantil, en tanto que la obesidad también constituye un factor importante de riesgo, al aumentar algunas patologías del embarazo, la proporción de niños macrosómicos y por ese mecanismo, las complicaciones del parto.³

La alimentación durante el embarazo es un tema controvertido, muchas veces ignorado por los obstetras 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 revisión y no debidamente comprobados.

Los consejos nutricionales para la mujer embarazada han variado con el tiempo. Anteriormente, las mujeres eran estimuladas a tener modestos incrementos de peso durante la gestación y a consumir dietas hipercalóricas. En otros momentos, fueron incentivadas a “comer por dos”, lo que contribuyó a ganancias de peso excesivas con mayor patología materna y fetal. Hoy se comprende mejor las necesidades nutricionales durante el embarazo y el rol de los diferentes nutrientes específicos en esta etapa de la vida.⁴

La evaluación antropométrica de la embarazada ha evolucionado en las últimas décadas, incorporándose la valoración del estado nutricional preconcepcional, la ganancia de peso durante la gestación según el estado preconcepcional y la adecuación del peso para la talla. Esta última se puede evaluar en dos formas: peso/talla expresado como porcentaje de peso ideal (Curva de Rosso y Mardones) y más recientemente, el índice de Masa Corporal, que se usa en Chile. En nuestro país, se usa la curva de Rosso y Mardones y no se evalúa con indicadores antropométricos que permita observar la ganancia de peso.⁵

Así mismo la lactancia constituye la etapa de vida en que se producen los mayores requerimientos nutricionales, superando incluso las necesidades del embarazo, es fácil comprender los fundamentos en que se apoya esta recomendación, considerando la cantidad de nutrientes que se traspasan diariamente al niño y el costo metabólico de sintetizar la leche. Es decir el estado nutricional de la madre lactante va a depender del estado nutricional anterior, del aumento de peso en el embarazo, de la pérdida de peso inmediatamente después del parto, de la duración e intensidad de la lactancia, de la ingesta alimentaria y de la actividad física. No se cuenta con indicadores antropométricos

específicos para valorar el estado nutricional de las madres lactantes, se evalúa al igual que los adultos con el IMC.

Se ha observado valores más bajos del IMC en el período de destete en madres que amamantan o que lo hacen por mayor tiempo, confirmando un efecto protector de la obesidad de la lactancia materna. En comunidades con condiciones de vida más desfavorables, se ha observado un efecto negativo de la lactancia natural sobre el estado nutricional materno, con pérdida de peso, disminución de la masa muscular, anemia y déficit de otros micronutrientes.⁵

En resumen, una alimentación saludable desde la infancia y la conservación de hábitos saludables durante el embarazo y lactancia, ayudará a asegurar embarazos saludables, niños sanos posteriormente y a mantener un adecuado estado nutricional saludable de las mujeres embarazadas y lactantes.

En nuestro país, se considera que existen muchas creencias y prácticas sobre la alimentación tanto de la embarazada como de la madre en periodo 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 remedios caseros perjudiciales 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 practicas, creencias alimentarias y estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes atendidas en el centro de salud n°1 de la ciudad de Ibarra, con el fin de diseñar una guía alimentaria que contribuya a mejorar los hábitos alimentarios durante estas etapas.⁵

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las creencias, prácticas alimentarias y el estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes atendidas en el centro No. 1 de la ciudad de Ibarra?

1.4. 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.³

La valoración del estado nutricional es fundamental, debido a que permite conocer la situación nutricional de la madre y predecir como afrontará las exigencias de la gestación y la lactancia. En términos antropométricos, las mediciones reflejan el estado nutricional de la mujer e indirectamente, el crecimiento del feto y, posteriormente, la cantidad y la calidad de la leche materna. Además el aumento de peso materno puede reflejar el estado de crecimiento del feto.⁶

Por otra parte durante la lactancia, la madre debe consumir mayor cantidad de alimentos con el fin de proteger su estado de salud y nutrición y asegurar suficiente producción de leche para amamantar a su hijo o hija.

La madre en período de lactancia, puede comer toda clase de alimentos, sin restricciones, incluso en el primer mes después del parto. La producción de leche implica un gasto extraordinario de energía, que la madre debe cubrir con alimentos, con el fin de evitar el deterioro de su estado de salud y nutrición.⁵

La falta de información, el bajo nivel educativo, el apego a las tradiciones, el acondicionamiento cultural y la carencia de recursos económicos, explican el incremento de mujeres embarazadas con prejuicios alimentarios. Las explicaciones del no consumo de ciertos alimentos por su condición de gestantes, carecen de todo fundamento, toda vez que se ha demostrado la necesidad de que durante ese periodo la mujer incremente el consumo de alimentos y agregue otros, entre los cuáles se cuentan muchos de los que precisamente son eliminados de su alimentación. Llama la atención que las madres embarazadas con una condición nutricional desfavorable rechazan más el consumo de ciertos alimentos.

Por lo expuesto, es importante realizar la presente investigación la misma que permitió identificar las prácticas y creencias alimentarias y relacionar con el estado nutricional con

el fin de modificar las creencias desfavorables y fortalecer las creencias que presenten beneficios para mejorar el estado nutricional y de salud de las madres.

1.5. OBJETIVOS

General:

- Identificar las prácticas, Creencias Alimentarias y Estado nutricional en madres embarazadas y lactantes en el centro de salud N°1 de la ciudad de Ibarra.

Específicos:

- Identificar las condiciones socioeconómicas, culturales y demográficas de las madres embarazadas y lactantes.
- Determinar las prácticas alimentarias durante el periodo de embarazo y lactancia.
- Conocer las creencias y tabús durante el embarazo y lactancia.
- Evaluar el estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes mediante indicadores antropométricos.
- Diseñar una guía alimentaria sobre alimentación durante el embarazo y lactancia con el fin de fortalecer los hábitos alimentarios.

1.6. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las condiciones socioeconómicas, culturales y demográficas relacionadas con la alimentación de la mujer embarazada y madre lactante?

¿Las mujeres embarazadas y madres en periodo de lactancia atendidas en el centro de salud N°1 de la ciudad de Ibarra están desnutridas o tienen sobrepeso y obesidad?

¿Cuáles son las prácticas alimentarias de las mujeres embarazadas y madres en periodo de lactancia?

¿Cuáles son las principales creencias alimentarias durante el embarazo y lactancia?

¿La guía alimentaria ayudará a mejorar los hábitos alimentarios de las mujeres embarazadas y lactancia?

CAPITULO II.

2.34. MARCO TEÓRICO

2.35. Definiciones:

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" (Diccionario Enciclopédico Ilustrado Sopena, 1986).⁹

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."⁹

La alimentación.- Es una de las necesidades básicas del hombre, razón por la cual los más diversos aspectos concernientes a los alimentos han sido de su interés a través de toda la historia. Si la introducción de un nuevo alimento en la dieta de un individuo o de una población, se asocia a eventos poco gratos como enfermedades o cambios perjudiciales en la organización social, ese alimento puede ser considerado inconveniente o tabú y consecuentemente ser evitado por cierto grupo o sector de la sociedad. Por otro lado, la religión arraigada en nuestra población, puede influir en el consumo de alimentos de alto valor nutritivo, ya sea eliminando su consumo o en ocasiones limitarlos a épocas de celebración de ciertas festividades. Muchas de las prácticas y creencias sobre la alimentación han ido desapareciendo paulatinamente, pero al igual que en otros países, las ideas populares infundadas y la afición por el consumo de algunos alimentos promocionados masivamente permanecen como prácticas alimentarias.⁹

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). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. En la especie humana, las mujeres atraviesan un proceso que dura aproximadamente 40 semanas a partir del primer día de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación, lo que equivale a unos 9 meses.⁸

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".¹

2.36. Creencias y prácticas alimentarias de mujeres embarazadas y madres lactantes según estudios realizados

Se cree que las embarazadas deben evitar el consumo de alimentos pesados, grasosos, con exceso de condimentos, sal, ajo, o expuestos largamente al sol, los cuales aumentarían la condición de calidez de su estado, así como las guaguas salen con su carita roja, con pintas rojas".⁹

Otros alimentos prohibidos para la embarazada son aquellos que provocarían daño o imperfecciones al feto, entre estos indicaron todos los alimentos gemelares y deformes. Por ejemplo, si la embarazada come huevos de doble yema es probable que tenga hijos gemelos. Durante el debate realizado sobre el embarazo gemelar, las mujeres concluyeron que este tipo de embarazo no es beneficioso para la familia: "no es bueno, trae problemas a los niños, trae desgracia", "siempre hay uno que es débil y se muere".

Por otra parte, las mujeres indicaron que durante el embarazo no se pueden ingerir alimentos con algún grado de deformidad, generalmente papas o frutas, ya que esta anomalía es traspasada al feto: "si la mujer come una papa rara así, le sale deforme la guagua, sale enfermo, a veces chuequito".

No se deben dejar restos de alimentos con los cuales se pueda hacer *mal*, hechicerías.

Se debe comer repollo cuando se está amamantando. No se debe comer frutas unidas, ni huevos de dos yemas porque se puede tener un parto doble.

Si una mujer encinta desea comer algo y no lo obtiene, corre el peligro de que la criatura nazca con la imagen de lo que deseaba comer, impresa en alguna parte de su cuerpo.

Si no se satisface el antojo, el niño nace con la boca abierta. Las personas que andan habitualmente con la boca abierta, han nacido de antojo; es decir, su nacimiento ha sido prematuro, provocado por algún deseo no satisfecho de la madre.

Si no se satisface el antojo, sale el niño defectuoso las llamadas manchas de vino, son antojos no cumplidos.

Al principio del embarazo no debe la mujer comer banana ni huevo crudo, hace tener parto seco: es decir, sale toda el agua del parto antes de venir la criatura, lo que retarda el nacimiento.

2.37. Creencias alimentarias en algunos países

Argentina. La embarazada no debe comer tripas, ni chorizos, ni morcillas ni nada que se haga con la envoltura de los intestinos. Si viola esta prohibición alimenticia, el fruto de sus entrañas nacerá totalmente cubierto y ahogado por el cordón umbilical. (Guillermo Perkins Hidalgo).⁹

Paraguay. No debe comer hígado ni morcilla, nacerá negro el hijo. No debe comer riñón, saldrá el niño con los labios cortados y las manos picadas.

No debe comer pollo, le da fiebre cuando come pollo, solamente gallina (Paulo Carvalho Neto).

Puerto Rico. Todos los antojos de la mujer deben ser satisfechos, para así evitar que aborte o que nazca el niño deforme.

Uruguay. Cuando la mujer embarazada tiene antojo de comer algo, no se debe pasar la mano por la barriga, pues sale la mancha en la criatura en forma de lo que antojo.

Panamá. La madre no debe comer picante ni alimentos condimentados porque el niño nace de un carácter violento. (Julio Arosemena Moreno).

España, Galicia. Los Antojos de liebre son causa de que los hijos salgan con labio leporino.

Puerto Rico. Todos los antojos de la mujer deben ser satisfechos, para así evitar que aborte o que nazca el niño deforme (Teodoro Vidal).⁹

"comer mucho huevo aumenta el colesterol", "comer carne de cerdo, aumenta el colesterol", "los condimentos producen gastritis", "las leguminosas llenan de gases".¹⁰

La zanahoria, mantiene la categoría de ser "buena para la vista". Cabe destacar al limón, alimento al que se le atribuyen propiedades tanto benignas como dañinas para el organismo.

Entre los alimentos de origen animal, como la leche con propiedades curativas relacionadas con la anemia, resfrío, ulcera y "sombra al pulmón".

Cerveza con harina tostada aumenta la cantidad de leche. La justificación de la famosa “cerveza de las que amamantan” es la riqueza de esta bebida en vitaminas del grupo B, las cuales favorecen la lactancia.

La ingesta de alcohol durante la lactancia afecta el sabor de la leche y muy por el contrario, reduce el volumen de la secreción.

Respecto del cambio de sabor de la leche materna en relación al consumo de algunas verduras (coliflor, brócoli, repollo).¹⁰

2.38. Factores que determinan las creencias y prácticas alimentarias.

Son entre otros, culturales, económicos, sociales, geográficos, religiosos, educativos y los relacionados con la urbanización e industrialización (Behar e Icaza, 1972; Burgess y Dean, 1963; Flores et al., 1973; Hurtado, 1990).⁹

2.38.1. 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 son un aspecto profundamente arraigado en muchas civilizaciones. 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.

Otro de los factores que determinan los hábitos lo constituyen los tabúes. Cierta creencia limita el uso de alimentos considerados como prohibidos. 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, han hecho que se adopten nuevas creencias y/o prácticas alimentarias.

2.38.2. 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 mayores. 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.

2.38.3. 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).

2.38.4. 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

En países como Guatemala, influye también la capacidad de almacenamiento, la preparación y el transporte de los alimentos disponibles, dada la topografía tan variada de los diferentes departamentos de la república; así como el poder adquisitivo para la importación de alimentos

2.38.5. Factores Religiosos

La alimentación se ve condicionada por muchas creencias religiosas. Las restricciones impuestas por la religión influyen en los hábitos alimentarios de muchos pueblos. Por ejemplo, la mayoría de hindúes no come carne de res y algunos de ellos jamás prueban alimento alguno de origen animal, excepto la leche y productos lácteos, pues su religión les prohíbe quitar la vida a un animal. Así también, la religión católica limita el consumo de carnes rojas durante el tiempo de cuaresma. Los protestantes no ingieren bebidas alcohólicas de ninguna clase. Los mormones no consumen café ni bebidas alcohólicas o con cola. A través de los siglos algunas de estas limitaciones de carácter religioso han ido privando a algunos pueblos de ciertos alimentos dando lugar a diferencias nutricionales generalizadas. Por otra parte, en muchos países las festividades religiosas contribuyen de modo importante a compensar la pobreza de la alimentación, pues para estas ocasiones se acostumbra el realizar comidas especiales

2.38.6. 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

2.38.7. Factores relacionados con urbanización e industrialización

El grado de urbanización e industrialización de una nación o de una ciudad influye directamente en la ingesta dietética de sus pobladores. En el caso de Guatemala, los pobladores del área urbana gozan de mayor surtido de alimentos que los del área rural. Esto se debe a que en la primera, la industria y el comercio ofrecen mayores oportunidades y no existen limitaciones en la dieta. Estas diferencias han desaparecido en los países industrializados donde se ha incrementado visiblemente el nivel de ingreso de las familias, lo que a su vez modifica la dieta en especial de las familias de bajo nivel socioeconómico. Los cambios de estación que en un principio producían modificaciones en la dieta han desaparecido con la ayuda de la industrialización y la tecnología. Esto es posible ya que se logra producir, almacenar y transportar toda clase de alimentos durante toda la época del año.⁹

2.39. Alimentación de la mujer embarazada

El embarazo es un estado fisiológico de 9 meses (40) semanas de duración cuya diagnóstico precoz y control prenatal (norma MSP) debe realizarse desde el inicio de la gestación. Esto es fundamental para el desarrollo y crecimiento de un nuevo ser.⁴

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

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

2.40. Necesidades nutricionales de la embarazada

Durante el embarazo, existe un incremento de casi todos los nutrientes respecto a una mujer de la misma edad, en una proporción variable que fluctúa entre 0 y 50%. Existen diversas fuentes de información sobre el tema, las que no siempre son concordantes, lo que genera confusión en que el equipo de salud. Las más actuales son las del Instituto de Medicina de los EE UU.

2.40.1. Energía. La necesidad adicional de energía, para una embarazada con estado nutricional normal se consideraba alrededor de 300kcal diarias. Estudios recientes demuestran que con frecuencia disminuyen la actividad física durante el embarazo y el gasto energético por este factor. A la vez, existen mecanismos de adaptación que determinan una mejor utilización de la energía consumida. Un comité de expertos propuso en 1996 un incremento de solo 110 Kcal. Los primeros trimestres del embarazo 150-200 Kcal. Durante el último trimestre, en mujeres con estado nutricional normal. El incremento adicional equivale entonces a menos de medio pan, gran parte del embarazo. En mujeres enflaquecidas, las necesidades de energía se incrementan en 230 Kcal en el segundo trimestre y en 500 Kcal para el tercer trimestre.

2.40.2. Proteínas. La necesidad adicional de proteína se estima en 10gramos diarios, cantidad que se puede satisfacer con dos tazas de leche adicionales.

2.40.3. Ácidos grasos esenciales. Son los omega 3 y omega 6; se requiere para mantener una salud óptima. Su aporte es importante para la formación, crecimiento, desarrollo y función del cerebro de la vista y el oído de los niños y niñas, ya que la formación cerebral ocurre a una mayor velocidad durante el último trimestre del embarazo y primeros dos años de vida.

Es importante conseguir el balance entre las grasas omega 3, omega 6 que de ben consumirse considerando las siguientes recomendaciones:

- Ácidos grasos omega 3: 5.06 gramos diarios
- Ácidos grasos omega 6: 20.26 gramos diarios.⁴

2.40.4. Hierro. Las necesidades de hierro se duplican durante el embarazo y prácticamente es imposible cubrirlas con medidas dietéticas. Es un mineral esencial para la formación de los hematíes de la sangre, interviene en su desarrollo cognitivo y previene las infecciones puerperiales y no es probable que una mujer embarazada consuma bastante en una alimentación habitual. Incrementar el aporte de hierro es

necesario no solo por las demandas fetales, sino también por el gran aumento que experimenta su volumen sanguíneo.

Las mujeres embarazadas deben comer alimentos ricos en hierro para prevenir una deficiencia de hierro y evitar la anemia.

Los requisitos adicionales del hierro durante el embarazo no se pueden resolver solamente con la dieta y por ello es necesario habitualmente recurrir a suplementos.

2.40.5. Folato (ácido fólico o folacina). El embarazo duplica las necesidades de una mujer embarazada en cuanto a folato. Es esencial para la síntesis de proteína, intervienen el metabolismo de los aminoácidos, formación de nuevas células, y producción de sangre. Propuestas recientes han aumentado la recomendación de ingesta diaria en la mujer en edad fértil a 400 ug/día (más del doble de la cifra previa) y 600 ug/día en la embarazada, especialmente en las mujeres con historia familiar de malformaciones congénitas. Suficiente folato disminuye el riesgo de defectos del tubo neural, como espina bífida y anencefalia. La deficiencia grave de folato puede dar lugar a anemia megaloblástica, entidad en la que el corazón, el hígado y el bazo de la madre pueden aumentar tanto que llegue a amenazar la vida del feto. Aunque no hay un acuerdo general en la necesidad de suplementar folato para todas las mujeres embarazadas, sin embargo se recomiendan suplementos, sobre todo para las embarazadas que fuman, beben licor y vegetarianas.

Para prevenir la deficiencia de hierro y ácido fólico y la consiguiente anemia, el Ministerio de Salud Pública administra sulfato ferroso y ácido fólico a través del Programa Integrado de Micronutrientes.⁴

2.40.6. Calcio. La mujer embarazada requiere un 40% adicional de calcio al día. El calcio es esencial para mantener la integridad del hueso de la mujer y el desarrollo esquelético del feto. RDA para calcio es de 1200 mg, suficiente para proveer las necesidades maternas y fetales.¹¹⁻¹²

2.40.7. Sodio. Aunque el sodio no necesita ser limitado durante embarazo, sin embargo, se recomienda no realizar una ingesta excesiva. La mujer embarazada debe evitar los alimentos procesados o los denominados "chatarra" ya que son ricos en sodio. Demasiada sal puede conducir a la hipertensión, y el consumo de demasiado alimento salado puede favorecer el aumento del peso.¹²

- 2.40.8. Vitamina D.** La vitamina D es necesaria para la absorción de calcio y para el mantenimiento y desarrollo normal de sistema óseo tanto de la madre como del feto. Las mujeres con baja ingesta de vitamina D debe tomar leche fortificada, especialmente las que tienen exposición mínima a la luz del sol, la suplementación diaria debe ser de 10 mg. Necesidades diarias.- De 10 a 15 minutos diarios de exposición al sol.¹²⁻¹³⁻¹⁴
- 2.40.9. Fósforo.** Necesario para tener huesos sanos. Ayuda a su cuerpo a producir energía, y previene la descalcificación de la mujer embarazada.¹¹⁻¹⁶
- 2.40.10. Magnesio.** Ayuda a mantener el funcionamiento normal de los músculos y los nervios, mantiene la regularidad de los latidos del corazón, mantiene los huesos fuertes y ayuda a que su cuerpo produzca energía.¹⁶
- 2.40.11. Zinc.** Refuerza su sistema inmunitario necesario para la curación de las heridas y la reparación tisular, mantiene la sensación del gusto y el olfato; ayuda con la digestión, propicia la reproducción, crecimiento y desarrollo normal.¹⁶
- 2.40.12. B2 (riboflavina).** Activa la enzima folato – vitamina B12 y evita la anemia. Además previene las complicaciones neurológicas asociadas con su deficiencia.⁴⁻¹⁰
- 2.40.13. Vitamina C (ácido ascórbico).** Favorece la absorción del hierro (alimentos de origen vegetal). Contribuyen a disminuir la incidencia del parto prematuro porque participa en la formación del tejido conectivo de la bolsa amniótica de las membranas.⁴⁻¹⁷

La alimentación diaria debe brindar todos los nutrientes necesarios para cubrir con los requerimientos de la mujer y de nuevo ser. La traducción de los requerimientos a porciones de alimentos de acuerdo a las actuales normas del MSP. La embarazada con estado nutricional normal se debe agregar una porción adicional de lácteos y frutas.⁴

2.41. GUÍA DE ALIMENTACIÓN DIARIA DE LA MUJER EMBARAZADA

ALIMENTO	I TRIMESTRE	II Y III TRIMESTRE	REEMPLAZOS O ALTERNATIVAS
Lácteos	2 vasos 1 taja (1 onza)	3 vasos 1 taja (1 onza)	Leche, yogurt, cuajada Queso
Carnes, pescado y pollo	1 porción (3 onzas)	1 porción (3 onzas)	Vísceras, res, conejo.
Huevos	1 unidad (3 veces a la semana)	1 unidad (3 veces a la semana)	
Leguminosas	½ taza	1 taza	Cocinados: fréjol, soya, arveja, lenteja, haba, chocho, garbanza o leche de soya.
Vegetales	1 taza 1 taza ½ taza	1 taza 1 taza ½ taza	Vegetales crudos tipo hojas Vegetales picados crudos Cocinados: zanahoria, brócoli.
frutas	3 unidades	3 unidades	Todo tipo de fruta de preferencia de color amarillo y anaranjado
Tubérculos	2 unidades pequeñas	2 unidades pequeñas	Papa, yuca, camote, zanahoria blanca. Melloco.
Cereales y derivados	½ taza 2 unidades 2 cucharadas	½ taza 2 unidades 2 cucharadas	Cereales cocinados Pan blanco, integral. Harinas
Aceite	3 cucharadas	3 cucharadas	Soya, maíz, girasol y oliva

MSP. (2006). *Manual de Capacitación En Alimentación y Nutrición Para El Personal De Salud.*⁴

2.42. Recomendaciones generales de la dieta

- Tenga en cuenta que “comer bien” no significa ni comer mucho ni comer basándose en alimentos caros.
- Todos los alimentos tienen un lugar en la dieta: varíe al máximo la alimentación, incluyendo todos los grupos básicos de alimentos y dentro de cada uno de ellos, alimentos de distintos tipos (fruta, verdura, etc.)
- Seleccione los alimentos en función de su calidad y no de la cantidad, por el mayor aumento de las necesidades de proteínas, de ciertas vitaminas y minerales, en comparación con las energéticas, sobre todo en el primer trimestre.
- Fraccione la alimentación en varias tomas (entre 4 y 6) a lo largo del día, con el fin de reducir las posibles molestias digestivas, conseguir un mejor control de la glucemia y no desequilibrar su dieta.
- Coma despacio, masticando bien los alimentos, en ambiente relajado, tranquilo, evitando distracciones (TV, radio, etc.) y ordenadamente: comience por el primer plato, después el segundo y por último el postre.
- Vigile el consumo de fruta. Además de vitaminas contiene azúcares sencillos que pueden favorecer el aumento de peso. No más de 4 al día.
- Evite el consumo de alcohol. Disminuye el aprovechamiento de ciertos nutrientes (proteínas, hierro, vitaminas del grupo B, calcio...), aporta calorías vacías y su abuso puede provocar malformaciones en el feto.
- Beba abundante líquido a lo largo del día, preferentemente fuera de las comidas para evitar molestias estomacales.

En el caso de mujeres que sigan pautas alimentarias alejadas del equilibrio anteriormente propuesto (dieta vegetariana, macrobiótica) será conveniente el asesoramiento con profesionales sanitarios expertos en temas de alimentación (dietistas - nutricionistas), para revisar con meticulosidad el consumo habitual de alimentos y ver la manera de combinar los distintos alimentos con el fin de reducir el riesgo de déficits nutritivos¹²

Ejemplo de menú para la mujer embarazada

COMIDA	ALIMENTO	MEDIDA
DESAYUNO	Avena con leche	1 taza
	Pan o tortilla	2 unidades
	Queso	1 tejada
	Jugo o fruta natural	1 vaso o 1 unidad
MEDIA MAÑANA	Choclo con queso	1 unidad
ALMUERZO	Sancocho	1 plato
	Arroz con menestra	1 plato
	Carne o pescado	1 porción
	Jugo o fruta natural	1 vaso o 1 unidad
MEDIA TARDE	Pan de dulce	1 unidad
	Leche	1 vaso
MERIENDA	Sancocho	1 plato
	Arroz con huevo frito	1 plato

El menú aporta 2391Kcal.⁴

2.43. Evaluación nutricional de la mujer embarazada.

2.43.1. Incremento de peso

En el siguiente cuadro se puede ver los estados nutricionales de la mujer al inicio del periodo de embarazo y el rango de peso en kilos que debe ganar hasta el fin del mismo.

Condiciones de peso al inicio del embarazo	Aumento de peso en (kilos)
Con peso normal	9-12 kilos
Con bajo peso	12- 15 kilos
Con sobrepeso	9 kilos

MSP. (2006).⁴

Para mayores detalles debe referirse a las curvas de Rosso Mardones, que es el instrumento oficial para el control de peso de la embarazada

El control del incremento de peso y del estado nutricional de la embarazada, de acuerdo a las normas vigentes en el MSP, debe hacer desde el inicio del embarazo y cada mes de ser posible, se espera que la mujer embarazada se haga chequear al menos 5 veces en el periodo de embarazo.

Distribución del aumento de peso en el embarazo

LUGARES	LIBRAS	GRAMOS
Bebé	7 -8	3.178g - 3.632g
Placenta	1	0.68g
Líquido amniótico	2	0.908g
Aumento del útero	2	0.908g
Aumento de los senos	2 – 3	0.908g – 1.362g
Volumen de sangre materna	3 – 4	1.362g – 1.816g
Líquidos en los tejidos	3 – 4	1.362g – 1.816g
Depósito de grasa	7 – 10	3.178g – 4.540g

MSP (2006).⁴

La evaluación antropométrica del estado nutricional durante el ciclo reproductivo, en particular durante el embarazo, es un procedimiento muy usado. Que requiere poca tecnología y que genera información valiosa. A diferencia de la evaluación nutricional durante otros periodos de la vida, las mediciones reflejan tanto el estado nutricional de la mujer como indirectamente el crecimiento fetal y más tarde, la cantidad y calidad de la leche materna.¹⁸

Los aspectos metodológicos que se deben considerar en la evaluación antropométrica son: tener un dato adecuado de edad gestacional, ya que tiene una información falsa obstaculiza la interpretación de resultados y su aplicación clínica y tomar en cuenta que el periodo de observación es relativamente corto y los índices antropométricos se modifican con facilidad.

2.43.2. Indicadores antropométricos utilizados.

2.43.2.1. Talla.

La talla refleja la interacción entre el potencial genético de crecimiento y de los factores ambientales. En los países desarrollados el potencial genético es el factor determinante fundamental de la talla, en los países poco desarrollados la gran parte de la variación en la talla es el resultado de influencias ambientales en los primeros años de vida sobre el crecimiento lineal.

El uso de la talla como indicador del estado nutricional debe tomar en cuenta el contexto en que se produjo el crecimiento. Por ejemplo una mujer baja en un país desarrollado puede estar expuesta al riesgo de complicaciones obstétricas: su pelvis pequeña puede ser un obstáculo para el parto vaginal de un niño con crecimiento normal. En un país poco desarrollado por el contrario una mujer baja puede estar expuesta a un alto riesgo de dar a luz a un niño con crecimiento deficiente cuando el medio ambiente pobre durante la infancia ha persistido hasta la edad adulta de la mujer, influyendo en el embarazo actual.¹⁹

2.43.2.2. Peso corporal.

Este puede ser medido en diferentes momentos del embarazo y usado para evaluar el estado de salud materno. Como el peso correlaciona estrechamente con la talla, puede servir como un indicador de acontecimientos pasados y reflejar también estado nutricional y de salud reciente. Como el peso corporal cambia con rapidez durante el embarazo, las modificaciones del peso en la gestación ordinariamente se vigilan como parte de la atención prenatal, el peso para adquirir valor debe estar asociado a la edad gestacional.

2.43.2.3. Peso al inicio del embarazo.

La mal nutrición de la madre antes del embarazo o durante este contribuye al crecimiento con bajo déficit peso.

El peso antes del embarazo se utiliza para

- Evaluar el riesgo inicial de resultados gestacionales adversos.
- Determinar las recomendaciones de incremento de peso apropiado
- Orientar las intervenciones nutricionales a las madres que más lo necesiten.²⁰

Cuando la captación de las gestantes se realiza precozmente (antes de la semana 13) se acostumbra a utilizar el peso al inicio del embarazo como un estimación del peso pregestacional. El peso para la talla al inicio del embarazo es el índice más útil para evaluar el estado gestacional antes del embarazo.

Otra manera de evaluar el estado nutricional al inicio del embarazo es por medio del índice de masa corporal.⁵

2.43.2.4. Clasificación del Estado Nutricional de la Embarazada según el IMC y Edad Gestacional.

Semanas de Gestación	Bajo de peso Kg/talla ²	Normal Kg/talla ²	Sobrepeso Kg/talla ²	Obesidad Kg/talla ²
6	<20.0	20.0-24.9	25.0-30.0	>30.0
7	<20.1	20.1-24.9	25.0-30.0	>30.0
8	<20.2	20.2-25.0	25.1-30.1	>30.1
9	<20.3	20.2-25.1	25.2-30.2	>30.2
10	<20.4	20.3-25.2	25.3-30.2	>30.2
11	<20.5	20.4-25.3	25.4-30.3	>30.3
12	<20.6	20.5-25.4	25.5-30.3	>30.3
13	<20.7	20.7-25.6	25.7-30.4	>30.4
14	<20.8	20.8-25.7	25.8-30.5	>30.5
15	<20.9	20.9-25.8	25.9-30.6	>30.6
16	<21.1	21.1-25.9	26.0-30.7	>30.7
17	<21.2	21.2-26.0	26.1-30.8	>30.8
18	<21.3	21.3-26.1	26.2-30.9	>30.9
19	<21.5	21.5-26.2	26.3-30.9	>30.9
20	<21.6	21.6-26.3	26.4-31.0	>31.0
21	<21.8	21.8-26.4	26.5-31.1	>31.1
22	<21.9	21.9-26.6	26.7-31.2	>31.2
23	<22.1	22.1-26.7	26.8-31.3	>31.3
24	<22.3	22.3-26.9	27.0-31.5	>31.5
25	<22.5	22.5-27.0	27.1-31.6	>31.6

Semanas de Gestación	Bajo de peso Kg/talla ²	Normal Kg/talla ²	Sobrepeso Kg/talla ²	Obesidad Kg/talla ²
26	<22.7	22.7-27.2	27.2-31.7	>31.7
27	<22.8	22.8-27.3	27.4-31.8	>31.8
28	<23.0	23.0-27.5	27.6-31.9	>31.9
29	<23.2	23.2-27.6	27.7-32.0	>32.0
30	<23.4	23.4-27.8	27.9-32.1	>32.1
31	<23.5	23.5-27.9	28.0-32.2	>32.2
32	<23.7	23.7-28.0	28.1-32.3	>32.3
33	<23.9	23.9-28.1	28.2-32.4	>32.4
34	<24.0	24.0-28.3	28.4-32.5	>32.5
35	<24.2	24.2-28.4	28.5-32.6	>32.6
36	<24.3	24.3-28.5	28.6-32.7	>32.7
37	<24.5	24.5-28.7	28.8-32.8	>32.8
38	<24.6	24.6-28.8	28.9-32.9	>32.9
39	<24.8	24.8-28.9	29.0-33.0	>33.0
40	<25.0	25.0-29.1	29.2-33.1	>33.1
41	<25.1	25.1-29.2	29.3-33.2	>33.2
42	<25.1	25.1-29.2	29.3-33.2	>33.2

Santiago, Chile (2001)⁵

2.44. Ganancia de peso durante el embarazo.

Los componentes de la ganancia de peso pueden ser divididos en dos partes, el producto de la concepción comprende el feto, la placenta y el líquido amniótico. En promedio el feto representa aproximadamente el 25% de la ganancia total, la placenta alrededor del 5% y el líquido amniótico el 6%.

La expansión de los tejidos maternos aporta dos terceras partes de la ganancia total. Hay aumento en el útero, mamas, expansión del volumen sanguíneo de la madre, líquido extracelulares, reservas de grasa y posiblemente otros tejidos.

La expansión del volumen sanguíneo aporta el 10% de la ganancia total. En mujeres con edema en los miembros inferiores la expansión del líquido extracelular se corresponde aproximadamente con el 13% de la ganancia total.

Las mediciones seriadas del peso son las únicas medidas corporales con valor demostrado en la práctica clínica para evaluar la ganancia de peso en el embarazo, una desventaja es que no permite diferenciar entre el peso de la madre, del feto y de los diversos componentes de la ganancia de peso.

La ganancia total de peso debe valorarse en función del peso al inicio del embarazo o del peso pre gestacional. El Instituto de Medicina de los Estados Unidos recomienda lo siguiente:

CATEGORIA PESO / ESTATURA	GANANCIA TOTAL RECOMENDADO (Kg.)
Bajo IMC <19.8	12.5 – 18
Normal IMC 19.8 a 26.0	11.5 – 16.0
Sobrepeso IMC > 26 a 29	7.0 – 11.5
Obesidad IMC > 29.0	6.0

MSP. (2006).⁴

Las ganancias de peso superiores a las recomendaciones pueden aumentar el riesgo de retención del peso materno post parto, las ganancias inferiores a las recomendaciones favorecen el riesgo de bajo peso al nacer. Las mujeres de baja estatura (menos de 1.50 cms) deben tratar de alcanzar el límite inferior del intervalo recomendado, las adolescentes deben tratar de aproximarse al límite superior. En los embarazos gemelares estos parámetros no son validos.

La ganancia de peso semanal puede calcularse dividiendo la cantidad de peso ganado entre visitas médicas por el número de semanas durante el intervalo. Ejemplo: si el peso corporal es de 63.6 kg, en la semana 20 de gestación y de 65.5 kg, en la semana 25, para determinar numéricamente si la ganancia de peso esta aproxima a la recomendada, se aplica la siguiente fórmula:

$$\text{Ganancia de Peso} = \frac{P_t - P_{t-1}}{E_{gt} - E_{gt-1}}$$

Donde P es peso, Eg es la edad gestacional en semanas, t es el tiempo de la medición previa. Por lo tanto:

$$\text{Ganancia de Peso} = \frac{65.5 - 63.6}{25 - 20} = \frac{1.9}{5} = 0.38 \text{ kg/semana}$$

En un estudio realizado en Aberdeen con el fin de determinar una norma fisiológica de ganancia de peso durante la última mitad del embarazo. Hytten y Leitch, encontraron que las más baja incidencia de preeclampsia, bajo peso al nacer y muertes perinatales se asoció con una ganancia de 0.45 kg/semana durante las últimas 20 semanas de gestación y establecieron las siguientes proporciones de ganancia en primigravidas.

SEMANAS	Kg/ semanas
De 0 a 10	0.065
De 10 a 20	0.335
De 20 a 30	0.45
De 30 a 40	0.335

MSP. (2006).⁴

De forma más simplificada para las mujeres de un IMC normal al inicio del embarazo se recomienda una ganancia de aproximadamente 0.4 kg/semana en el segundo y tercer trimestre del embarazo, para las que tienen bajo peso 0.5 kg/ semana y para el sobre peso 0.3 kg/semana.

2.45. Perímetro de la parte media del brazo.

Refleja el estado actual y anterior, es menos sensible que el peso a las modificaciones a corto plazo de las condiciones nutricionales, es relativamente estable durante todo el embarazo y cuando se mida en una etapa relativa avanzada del embarazo.

2.46. Pliegues cutáneos.

La medición del espesor del pliegue cutáneo en uno o varios sitios es un método cada vez más común en la evaluación del estado nutricional, pero su empleo depende de varios supuestos. En primer lugar, se supone que los pliegues cutáneos reflejan, al menos en cierta medida, la distribución general de la grasa subcutánea, también se supone que la relación entre la grasa subcutánea y la grasa total permite estimar la grasa total del cuerpo a partir de mediciones de pliegues cutáneos. Cabe indicar que durante el embarazo se puede producir una reubicación de los depósitos de grasa desde localizaciones centrales a las periféricas, por lo consiguiente el mayor espesor de pliegues cutáneos debe medirse en

brazos y piernas incluso en la espalda. El edema pueda afectar las mediciones de pliegues cutáneos, en particular las efectuadas en las extremidades inferiores.

En diversos estudios realizados por la OMS en 25 grupos de población en todo el mundo los indicadores antropométricos maternos más usados fueron: la talla, el peso y el IMC antes del embarazo o durante el primer trimestre, el incremento de peso gestacional medio en las semanas 20, 38 y 36y el perímetro media del brazo a comienzos del embarazo, este ultimo importante por ser independiente de la edad gestacional.¹⁸

2.47. Pliegues cutáneos. Para su medición se utiliza un calibrador que mantenga una presión constante sobre las dos ramas del aparato que se apoyan a ambos lados de un “pellizco” de la piel, realizado por la mano contraria a la que mantiene el aparato medidor.²¹

- **El pliegue cutáneo del tríceps** se realiza en el punto equidistante entre el acromion y el olécranon.
- **El pliegue cutáneo del bíceps** se realiza en el punto medio de la línea que pasa por el centro de la fosa antecubital y por la cabeza del húmero.
- **El pliegue cutáneo subescapular** se toma en la vertical del ángulo inferior de la escápula, inmediatamente por debajo
- **El pliegue cutáneo suprailíaco** se mide 1 centímetro por encima y 2 por dentro de la espina suprailíaca anteroposterior.

2.48. Valores de referencia.

Los datos de referencia para la evaluación antropométrica de las mujeres embarazadas proceden de diferentes fuentes:

La talla en general puede ser evaluada con valores de referencia de la población adulta, se recomienda los datos obtenidos en las encuestas nacionales sobre exámenes de salud y nutrición NHANES u otros valores locales. El peso para la talla antes del embarazo o a comienzos de este procede de los mismos tipos de encuestas ya mencionadas. El Instituto de Medicina recomienda el empleo del IMC para evaluar el estado nutricional antes de la gestación los patrones de referencia propuestos se basan en las tablas elaboradas por la Metropolitan Life Insurance Company.

El incremento de peso gestacional se ha comparado en general con las curvas de referencia del aumento de peso, Rosso ha propuesto una curva de referencia basada en cálculos

teóricos del aumento proporcional del peso, esta curva se basa en supuesto de que el aumento total de peso en la mayoría de las mujeres deben equivaler al 20% del peso ideal para la talla antes del embarazo, el empleo de la curva requiere el conocimiento del peso, talla y edad gestacional en cualquier etapa del embarazo.²¹

2.49. Diagnóstico y manejo nutricional de la embarazada.

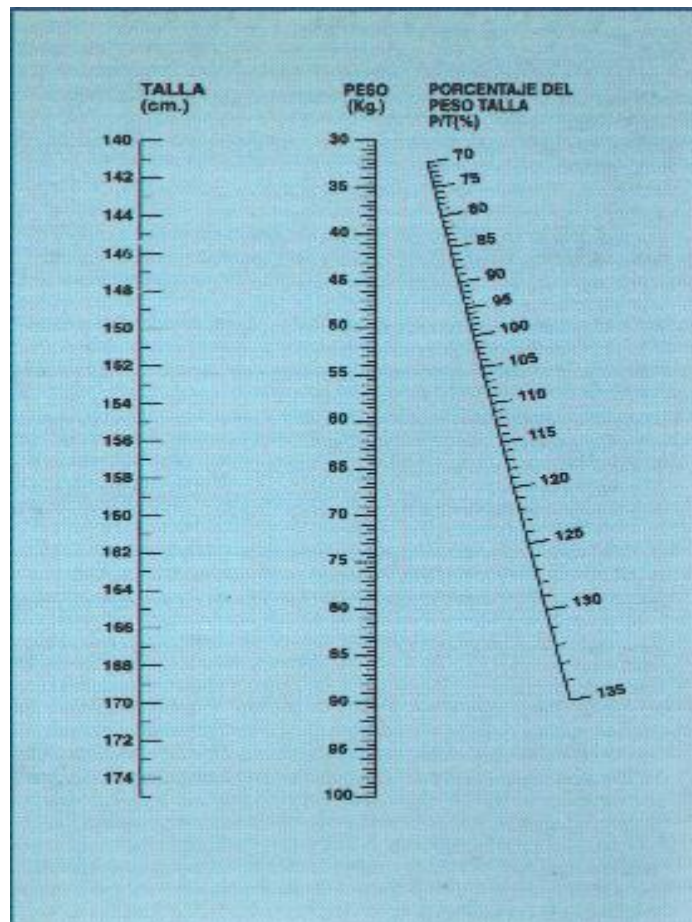
Constituye uno de los objetivos más importantes del control prenatal. En el primer control prenatal la embarazada debe tener un diagnóstico nutricional, con fines de implementar una serie de medidas en relación a sus características nutricionales. El diagnóstico se basa fundamentalmente en dos parámetros maternos: el peso y la talla.²²

Se utiliza la gráfica de Rosso Mardonnes. Que relaciona el porcentaje de peso para la talla, también denominado índice peso/talla. Este índice obtenido del nomograma que se presenta en la **Figura 1** , permite el diagnóstico nutricional y su seguimiento en relación a la edad gestacional en la **Figura 2**.

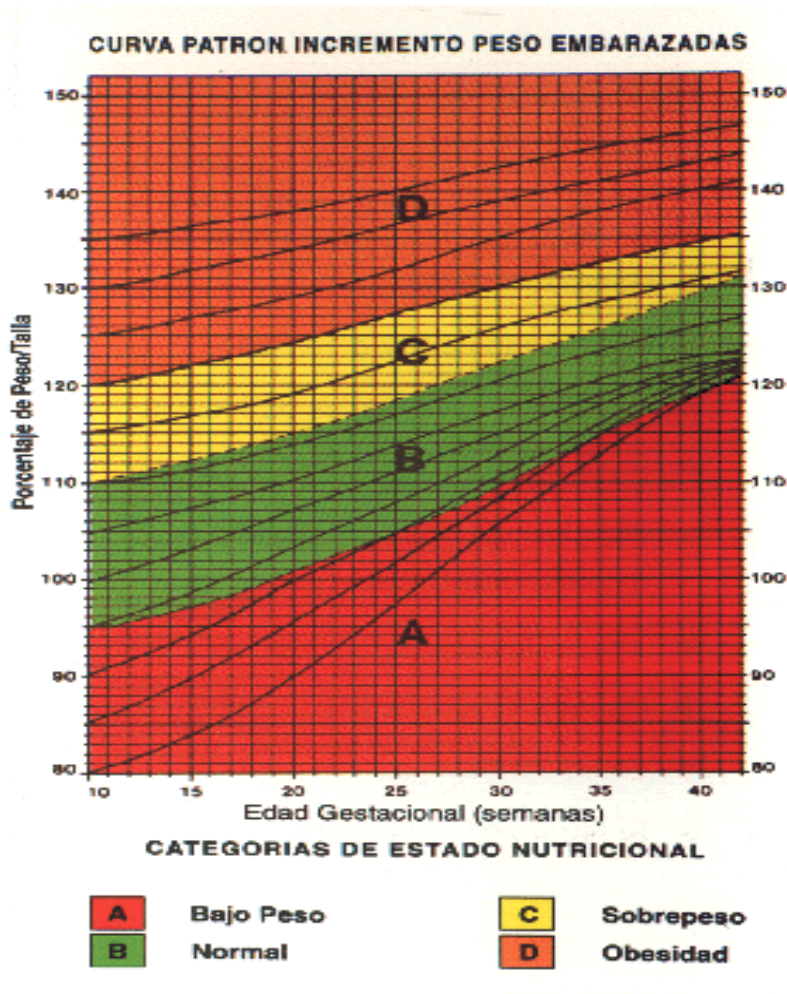
Esta gráfica clasifica a las embarazadas en zona A o bajo peso materno, zona B o peso materno normal, zona C o sobrepeso materno y zona D u obesidad materna. Las madres con bajo peso tienen como objetivo nutricional un aumento de peso superior al 20% de su peso inicial e idealmente un aumento total en relación con la magnitud del déficit, es decir alcanzar al término de la gestación una relación peso/talla mínima equivalente al 120%. Las madres con normopeso tienen como objetivo nutricional un aumento del 20% de su peso inicial alcanzando al término de la gestación una relación peso/talla entre 120 y 130%

Las madres con sobrepeso deben incrementar un peso tal que las ubique al término de la gestación entre 130 y 135% de la relación peso/talla. Las madres obesas deben incrementar su peso no menos de 7,5 kilos y no más de 10,5 kilos. Una ganancia de peso en este rango permite no cometer iatrogenia (En medicina se llama iatrogenia a cualquier tipo de alteración del estado del paciente producida por el médico.) en la nutrición fetal y la madre no incorpora masa grasa adicional a su peso pregestacional.

2.50. Nomograma para el cálculo del índice peso-talla de la embarazada (figura 1)



2.51. Diagnóstico nutricional según índice peso-talla y edad gestacional durante el embarazo (figura 2)



2.52. Ventajas del índice de masa corporal.

El Índice de Masa Corporal muestra una serie de ventajas entre las cuales se destacan:

- Es uno de los índices más independientes de la talla, presenta altas correlaciones con variables de masa corporal y buenas correlaciones con variables de grasa corporal tales como pliegues porcentaje de grasa.
- Se construye a partir de variables (peso y talla) que se obtienen con equipos de bajo costo y técnicas sencillas.
- Es de fácil cálculo.
- Permite comparaciones entre diferentes grupos de población.

- Refleja el contenido graso y las reservas energéticas del cuerpo.

Entre otras ventajas del IMC, están que como coeficiente independiente no requiere tablas de referencia, en contraste con el peso-para-talla, donde para determinar el porcentaje de referencia se necesita buscar el peso deseable para cada estatura. Además el cálculo del IMC no utiliza valores de referencia específicos para ciertas poblaciones, es un indicador estandarizado que permite comparar estudios independientes del país donde se realicen.

Por estas razones diversas organizaciones internacionales e investigadores han escogido al Índice de Quételet o Índice de Masa Corporal (IMC), para evaluación antropométrica en Adultos. (FAO/Rlac, 1991; Nat Inst Hlthl, 1985).

Chile fue pionero en este sentido, ya que a partir del año 1981 el ministerio de salud comenzó a evaluar de forma estandarizada el estado nutricional de la embarazada.

En 1987 el Ministerio de Salud decide cambiar el estándar de referencia y adopta la Gráfica de Rosso Mardones y el Nomograma.

Para la evaluación de la embarazada según el Nomograma de Rosso Mardones era necesario conocer el peso, la talla y la edad gestacional. En numerosos países de Latinoamérica, con bajas coberturas de atención primaria, es difícil obtener esta información y el cálculo de la relación peso/talla es poco factible. En esas condiciones se pueden utilizar métodos más simples: como ser el Índice de Masa Corporal, el incremento de peso, el perímetro braquial y el peso de nacimiento.

La Gráfica de Rosso-Mardones fue un instrumento de gran utilidad para monitorear el estado nutricional de la mujer embarazada, identificar mujeres en riesgo y seleccionar mujeres que deban ser intervenidas. Actualmente más del 50% de las mujeres en edad fértil presentan sobrepeso u obesidad y ha mejorado en forma importante la distribución del peso al nacer. Esto trajo un aumento de macrosomía fetal, hipertensión y diabetes gestacional, y mayor número de cesáreas en obesas que en mujeres normales.

Todo esto llevó, al Departamento de Nutrición de Chile a diseñar un nuevo estándar, que tomó en consideración los actuales riesgos. El estándar se basó en el IMC (peso/talla), que es el indicador que actualmente se utiliza en la población adulta.

Un estudio prospectivo realizado entre Septiembre de 1996 y Mayo de 1997, en 833 madres y sus recién nacidos, mostró utilidad como predictor de riesgo de problemas por déficit y por exceso.

La validación de la curva mostró asociación entre el estado nutricional materno y los diversos eventos del embarazo, parto y puerperio: Bajo peso al nacer, retardo de crecimiento intrauterino, etc. En todos los eventos analizados, se observó mayor asociación con el peso preconcepcional, que con el incremento de peso durante el embarazo.

La Propuesta del IMC, tiene una mayor tolerancia en el rango normal, un límite más alto para definir obesidad y sus puntos de corte coincidentes con la clasificación más reciente de la OMS para sobrepeso y obesidad. La curva de Rosso-Mardones es más exigente en definir normalidad, poniendo el punto de corte entre enflaquecida y normal a un nivel más alto a lo largo de todo el embarazo, aunque hay evidencias de que la capacidad predictiva de ambos instrumentos es similar (estudios en Chile, Argentina y Cuba).²³

2.53. Para la valoración nutricional de las embarazadas

- Pesar y tallar con mayor exactitud y precisión posible la medición inicial del peso es de suma importancia porque este será comparado con los pesos subsiguientes para el monitoreo de la ganancia de peso durante el embarazo.
- Estimar correctamente la edad gestacional.
- Calcular la ganancia de peso deseable sobre la de la clasificación nutricional inicial.
- Explicar a la mujer porque la ganancia de peso es importante.

2.54. Indicadores bioquímicos para la evaluación del estado nutricional.

Los métodos bioquímicos incluyen la medición de un nutriente o sus metabolitos en sangre, heces u orina o la medición de una variedad de compuestos en sangre y otros tejidos que tengan relación con el estado nutricional. Existen múltiples pruebas bioquímicas que pueden emplearse para evaluar los distintos desequilibrios nutricionales, pero su utilidad estará dada por la facilidad de la recolección de las muestras y el costo beneficio de su aplicación.

Si bien las pruebas bioquímicas resultan útiles para evaluar el estado nutricional de individuos y poblaciones, se recomienda que sus resultados siempre se correlacionen con la clínica, la antropometría y la evolución dietética, ya que la concentración de un nutriente en específico sugiere la posibilidad de mala nutrición pero no indica necesariamente su presencia, ni define el grado de la enfermedad carencial.

Por otra parte, algunas pruebas bioquímicas revelan cambios metabólicos en los tejidos consecuencia de una mala nutrición que a veces preceden a las manifestaciones clínicas,

por lo que pudieran servir como indicadores importantes para el diagnóstico de desnutrición marginal.

Es importante compararlos con normas de referencia apropiadas, según edad y sexo. Estas se establecen generalmente a partir de los resultados obtenidos a partir de personas sanas y bien alimentadas y de los rangos registrados en pacientes con signos clínicos evidentes del tipo de mala nutrición en cuestión.

La evaluación bioquímica tiene cuatro objetivos fundamentales:

- Diagnosticar estados carenciales o subclínicos de malnutrición por defecto.
- Confirmar estados carenciales específicos.
- Detectar trastornos metabólicos asociados con desequilibrios nutricionales.
- Seguir evolutivamente los cambios en los desequilibrios nutricionales.

2.54.1. Pruebas bioquímicas estáticas.

Las pruebas bioquímicas estáticas se agrupan en dos grandes categorías: a) medición de un nutriente en líquidos o tejidos biológicos, bien sangre total o algunas de sus fracciones, o bien orina, pelo, saliva, líquido amniótico, uñas, piel y mucosa bucal; b) medición de la excreción urinaria de nutrientes, generalmente minerales, vitaminas hidrosolubles y proteínas.

2.54.2. Pruebas funcionales o dinámicas.

Las pruebas funcionales o dinámicas consisten en: a) medición de la producción de un metabolito anormal (p. ej., excreción aumentada de ácido xanturénico en la deficiencia de vitamina B6; b) medición de los cambios en las actividades de ciertos componentes enzimáticos o sanguíneos (p.e.: hemoglobina en sangre, déficit eritrocitario de glutathion-peroxidasa, de glutathion reductasa y de transquetolasa, y c) valoración de las funciones fisiológicas o conductuales derivadas del déficit de un nutriente específico.

2.54.3. Valoración del estado proteico.

La mayor parte de las proteínas corporales se encuentran en el músculo esquelético (30-50% del total proteico) y una pequeña cantidad en forma de proteínas viscerales (proteínas séricas, hematíes, granulocitos, linfocitos, hígado, riñón, páncreas y corazón). Tres son los tipos de análisis que se consideran: proteínas somáticas, excreción de metabolitos en orina y balance nitrogenado.

A) La medición de una o más de las proteínas séricas es el método frecuentemente utilizado para la valoración del estado de las proteínas transportadoras. El hígado es el principal órgano de síntesis de la mayor parte de estas proteínas:

- 2.54.3.1. Albúmina:** en el organismo humano la cantidad de albúmina es de 3-5 g/kg de peso corporal encenrándose más del 50% fuera del espacio vascular. Su biosíntesis está disminuida por falta de proteína dietética, estrés fisiológico, hepatopatía, hipotiroidismo y presencia excesiva de cortisol sérico.
- 2.54.3.2. Transferrina:** es una betaglobulina sérica transportadora de hierro, sintetizada principalmente en el hígado, que se encuentra casi totalmente en el espacio intravascular.
- 2.54.3.3. Prealbúmina:** también conocida como transtiretina y prealbúmina unida a tiroxina. Se sintetiza en el hígado y sirve como una proteína de transporte para tiroxina (T4) y de transporte de la proteína ligada a retinol. Debido a su corta vida media y escasa cantidad total corporal (0.01 g/kg) se considera un marcador sensible de la nutrición proteica y además responde más rápidamente que la albúmina y la transferrina a los cambios en el estado proteico.
- 2.54.3.4. Proteína ligada a retinol:** es una proteína hepática que transporta retinol cuando se complementa con la prealbúmina. Sus concentraciones se alteran rápidamente ante la deficiencia de proteína y de energía y tras un adecuado tratamiento nutricional.
- 2.54.3.5. Somatomedina C (IGF-I):** es un péptido producido por el hígado en respuesta a la estimulación de la hormona de crecimiento. Realmente no es una proteína sérica. Pero se trata de un marcador sensible del estado proteico.
- 2.54.3.6. Fibronectina:** glicoproteína sintetizada por diversos tipos de células (hígado, endotelio, fibroblastos). Tiene una vida media de tan solo 20 horas. A diferencia de las proteínas antes consideradas la fibronectina no es tan dependiente del hígado. La privación nutricional da origen a bajas concentraciones séricas que vuelven a la normalidad con la terapéutica nutricional.

2.55. Alimentación de la madre en periodo de lactancia.

La alimentación materna durante la lactancia, es fundamental para mantener un adecuado estado nutricional de la madre y asegurar un óptimo estado de salud y crecimiento del niño. Una alimentación adecuada durante el embarazo y la lactancia constituye una de las intervenciones para mejorar la lactancia y mantener un normal estado de salud de la madre.⁵

La preocupación por la nutrición de la madre que amamanta, debe extenderse más allá de este periodo. Es fundamental promover una alimentación saludable durante todo el periodo intergestacional, para reponer los nutrientes perdidos, prepararse para eventuales nuevos embarazos y reducir el riesgo de las enfermedades crónicas vinculadas a la alimentación.

2.56. Necesidades nutricionales de la madre en el periodo de lactancia.

La lactancia constituye la etapa de la vida en que se producen los mayores requerimientos nutricionales, superando incluso las necesidades del embarazo. Es fácil de comprender los fundamentos en que se apoya esta recomendación, considerando la cantidad de nutrientes que se traspasan diariamente al niño y el costo metabólico de sintetizar la leche. Es decir que las reservas nutricionales de una madre en periodo de lactancia pueden estar agotadas como resultados del embarazo y pérdida de sangre durante el parto.⁵

Además las necesidades de macro y micro nutrientes se encuentran incrementadas sobre todo debido a la pérdida de nutrientes, primero por el calostro y luego a través de la leche materna. Los nutrientes en esta leche vienen de la alimentación de la madre y de sus reservas.

Ingesta recomendada de energía, proteínas, vitaminas y minerales según el Instituto de Medicina 2000, FAO/OMS 2000 y NRC, EEUU, 1989.

Nutriente Unidad por día	Mujeres 19 a 30 años	Nodrizas 19 a 30 años	Diferencia	
			Cantidad	%
Energía Kcal *	2000	2500	500	25
Proteínas gramos	50	65	15	30
Vitamina A ug ER	700	1300	600	85
Vitamina D ug	5	5	-	-
Vitamina E mg Tocoferol	15	19	4	27
Vitamina C mg	75	120	45	60
Tiamina mg	1,1	1,4	0,3	27
Riboflavina mg	1,1	1,6	0,5	45
Vitamina B6 mg	1,3	2,0	0,7	54
Folatos ug	400	500	100	25
Vitamina B12 ug	2,4	2,8	0,4	17
Calcio mg *	1.000	1.00	-	-
Hierro mg *	18	32-48	14-30	78-166
Zinc mg *	8	12	4	50
Yodo mg	150	200	50	33

Santiago, Chile. (2001).⁵

2.56.1. Energía: la madre en periodo de lactancia requiere alrededor del 80% de energía para la producción de leche: por lo tanto, por cada 800kcal. De leche materna, la madre necesita consumir 1000 Kcal en sus alimentos. Durante este periodo se debe incrementar 500kcal/día para la producción de leche.

2.56.2. Proteínas: se recomienda un consumo diario de 75 gramos, para cubrir con las recomendaciones nutricionales de la madre y brindar la suficiente cantidad de proteína a la leche materna que aporta por cada litro 13g de proteína.

2.56.3. Ácidos grasos esenciales omega 3 y omega 6: es importante que la madre que da de lactar consuma alimentos que proporcionen omega 3 y 6. Especialmente, pescado (atún, sardina, trucha) 2 a 3 veces por semana durante la lactancia, por ser fuente de omega 3.

- Ácidos grasos omega 3: 22.1 gramos diarios.
- Ácidos grasos omega 6: 5.53 gramos diario.

2.56.4. Hierro: es recomendable la ingestión de una cantidad adecuada de hierro para recuperar el hierro que se perdió durante el parto. Además se reserva el hierro almacenado durante el embarazo, junto con el ingerido en la dieta diaria de la madre en periodo de lactancia determina la cantidad de hierro que contiene la leche materna que cubre las necesidades nutricionales del niño hasta los 6 meses de edad.

Durante el periodo de lactancia la mujer por lo general no menstrua. La duración de la amenorrea varía desde un periodo corto de cuatro meses hasta uno prolongado de 18 meses o más. Durante este tiempo, la madre lactante conserva el hierro que perdiera en cada periodo menstrual.

2.56.5. Vitamina C: favorece a la absorción del hierro proveniente de los alimentos de origen vegetal.

2.56.6. Zinc: interviene en la síntesis de proteínas y desarrollo de células.

2.57. Pérdida de peso durante la lactancia.

Aproximadamente un tercio de la ganancia de peso producido durante el embarazo (4 a 5 Kg) corresponde a tejido graso, cuya finalidad sería contribuir al gasto energético que provoca la lactancia. Es aceptable entonces, que la madre inicie la lactancia con un índice de masa corporal mayor (2 puntos sobre el valor preconcepcional) y después del primer mes post parto, pierda alrededor 4 kg, hasta recuperar su peso preconcepcional. No son recomendables bajas importantes de peso, que puedan afectar la lactancia, aunque la madre tenga un sobrepeso u obesidad. La pérdida de peso debe limitarse a 0,5 Kg mensual en mujeres con peso normal y a 1 kg mensual en mujeres con exceso de peso.

2.58. Líquidos durante la lactancia.

Es ampliamente conocida la recomendación de aumentar el consumo de líquidos durante la lactancia. Sin embargo, las evidencias sugieren que la mujer que amamanta puede tolerar

una restricción importante de agua sin afectar su lactancia y que cantidades excesivas de agua tienen poco efecto en la cantidad de leche producida. Estudios controlados con un aporte adicional de un 25% de los líquidos habituales en madres que amamantan, no tuvieron efecto en incrementar el volumen de leche producido.

Otros estudios, muestran que cantidades excesivas de líquidos pueden disminuir la lactancia, por una respuesta de la prolactina a la estimulación osmótica. Se recomienda que la madre consuma la cantidad de líquido que espontáneamente desee en las distintas estaciones del año, sin necesidad de forzar su ingesta. Los consumos habituales fluctúan alrededor de 1,5 a 2 litros/día que puede lograrse a través de leche (con bajo contenido de grasa), jugo de frutas naturales, infusiones de hierbas o agua.

2.59. Dieta materna y cólicos infantiles.

Las causas que determinan los cólicos infantiles durante la lactancia no son bien conocidas, por lo que es un problema difícil de tratar. Algunos alimentos de la dieta materna han sido relacionados con este síntoma, especialmente la cebolla, repollo, brócoli, coliflor, leche de vaca y chocolate, por lo cual se recomienda eliminarlos de la dieta, cuando los cólicos están presentes.

2.60. Efecto de lactancia sobre el estado nutricional materno.

La interacción entre nutrición materna y lactancia produce en un doble sentido, ya que es importante también el efecto de una lactancia prolongada sobre el estado nutricional de la madre. Si la baja fisiológica de peso se exagera o se prolonga, se puede producir una desnutrición materna, con riesgos para la madre y el niño, lo que en gran medida va a depender de las características alimentarias de la madre durante este periodo.

Aún cuando, se debe esperar una baja de peso durante la lactancia, la nodriza mantiene notablemente bien su peso. En un estudio prospectivo de 700 nodrizas chilenas, observamos que la tendencia más frecuente en mujeres con lactancia exclusiva era mantener a los tres meses el peso de la primera semana post parto. Contrariamente a lo esperado, solo una baja proporción de madres perdió peso en forma significativa. Al comparar la evolución con relación a madres con lactancia artificial, la magnitud de los cambios fueron semejantes en ambos grupos, lo que sugiere que la pérdida de peso no estaría determinada por el hecho que la madre lacte. La disminución de peso fue más importante en mujeres obesas (tanto con la lactancia natural como artificial), lo que indica probablemente una actitud voluntaria de la madre más que un efecto atribuible a la lactancia.

En otros países, se han observado valores más bajos del IMC en el periodo de destete en madres que amamantan o que lo hacen por mayor tiempo, confirmando un efecto protector

de la obesidad de la lactancia materna. En comunidades con condiciones de vida más desfavorables, se ha observado un efecto negativo de la lactancia natural sobre el estado nutricional materno, con pérdida de peso, disminución de masa muscular, anemia y déficit de otros micronutrientes.

Se podría resumir que durante la lactancia, el impacto de la desnutrición materna es menor que el observado durante el embarazo. Los fracasos de una lactancia, en una baja proporción pueden ser explicados por factores nutricionales, siendo más importante el apoyo educativo, las técnicas de lactancia, factores culturales y laborales. Sin embargo, el apoyo nutricional de la madre que amamanta es importante, no solo en un concepto utilitario de mejorar la lactancia, sino por consideraciones éticas hacia la madre y para impedir que su propia salud se vea afectada.

Se sugiere que la madre coma cuando sienta hambre, no se la debe forzar a comer.

Una madre lactante necesita aumentar la cantidad de alimentos de alto valor nutritivo, para cubrir sus necesidades nutricionales, así como, para la producción de leche materna.

La alimentación diaria debe distribuirse en cinco comidas diarias: desayuno, refrigerio media mañana, almuerzo, refrigerio de media tarde y merienda.

GUÍA DE ALIMENTACIÓN DIARIA DE LA MADRE EN PERIODO DE LACTANCIA

ALIMENTO	REEMPLAZOS O ALTERNATIVAS	MEDIDA
Lácteos	Leche yogurt Queso	3 vasos 1 taja (1 onza)
Carnes, pescado, pollo	Res, viseras, conejo	1 porción (3 onzas)
Huevos	Gallina, pato, avestruz	1 unidad tres veces a la semana
Leguminosas	Cocinados: Fréjol, soya, arveja, lenteja, haba, chocho, garbanzo o leche de soya.	½ taza
Vegetales	Vegetales crudos o picados: lechuga, col, espinaca. Cocinados: zanahoria, zapallo, remolacha, brócoli, coliflor, sambo, pimiento, tomate.	1 taza ½ taza
Frutas	Todo tipo de fruta de preferencia de color amarillo y anaranjado: papaya, melón, plátano, zapote, mango, naranja.	3 unidades
Tubérculos	Papaya, yuca, camote, zanahoria blanca, oca, mashua, melloco.	2 unidades pequeñas
Cereales y derivados preferiblemente integrales	Cereales cocinados: arroz, avena, quinua, maíz, trigo Pan blanco, integral, tostadas, tortillas Harinas.	½ taza 2 unidades 2 cucharadas
Aceite	Soya, maíz, girasol, oliva.	3 cucharadas
Líquidos	Agua, jugos, coladas, etc.	10 vasos

MSP. (2006). *Manual de Capacitación En Alimentación y Nutrición Para El Personal De Salud.*⁴

Ejemplo de menú para la mujer lactante.

COMIDA	ALIMENTO	MEDIDA
DESAYUNO	Avena con leche	1 taza
	Pan o tortilla	1 unidades
	Huevo	1 unidad
	Jugo o fruta natural	1 vaso o 1 unidad
MEDIA MAÑANA	Yogurt	1 vaso
	Pan	1 unidad
ALMUERZO	Locro de mellocos	1 plato
	Arroz con menestra	1 plato
	Pollo o pescado	1 porción
	Ensalada	½ taza
	Jugo de fruta	1 vaso
MEDIA TARDE	Colada en leche	1 taza
	Galletas	3 unidades
MERIENDA	Sopa de fideo	1 plato
	Papas	2 unidades medianas
	Queso	2 tajadas
	Infusión	1 taza
	Pan	1 unidad

El menú aporta 2452,60Kcal.⁴

2.61. Evaluación nutricional de la madre lactante

Las modificaciones del peso y la composición del organismo que se produce durante la lactancia constituyen la base biológica para la evaluación antropométrica de las mujeres que amamantan, sin embargo, la falta de datos de referencia limitada la explicación de la antropometría en estas mujeres.²⁴

La lactación es la fase del ciclo reproductivo humano con más necesidades energéticas. Se estima que el costo energético total de producir la leche es de 2930 kg/día durante los seis primeros meses, normalmente la grasa depositada durante el embarazo (unos 4 kg, pero esta cantidad es muy variable) se moviliza después del parto para satisfacer los costos energéticos de la lactación.

Después del parto la pérdida de peso es lenta y se estabiliza a los 4 a 6 meses, sin embargo, esto es variable y depende de algunos factores, tales como: la ingesta energética y las características de la lactancia. En mujeres bien nutridas que amamantan las modificaciones

de peso son en generales pequeños y graduales, más notorios en los tres primeros meses y cuando la lactancia es exclusiva. El espesor de los pliegues cutáneos también tienden a reflejar las modificaciones del peso y la mayoría de los sitios de medición muestran un menor espesor a medida que progresa la lactación.

En las mujeres desnutridas el aumento de peso en la gestación y en la pérdida de peso del parto son más bajos que en las mujeres bien nutridas, en la lactancia investigaciones han demostrado que la composición de la leche en estas mujeres tienen valores más bajos.

La valoración nutricional que se realice a este grupo de población va a depender del propósito de la evaluación.

Con respecto a indicadores a usar, hay pruebas de que el deficiente estado materno después del parto, se refleja muy bien cuando se usa el IMC un IMC bajo (<18.5) se asocia con un rendimiento deficiente en la lactación y por ende el crecimiento insuficiente del lactante, lo cual indica que el IMC puede ser un indicador útil del estado nutricional después del parto. Las investigaciones que se realicen sobre este tema deberán de ser de tipo longitudinal y vincular sus resultados sus resultados con el rendimiento de la lactancia.²⁴

PUNTOS DE CORTE IMC EN MUJERES LACTANTES

Bajo peso:	< 18.0
Normal:	18.5 – 24.99
Sobrepeso 1:	25 – 29.99
Obesidad 1:	30 – 35.99
Obesidad 2 :	36- 39.99
Obesidad Mórbida:	>40

MSP. (2006).⁴

2.62. CIN/CAD

El índice cintura-cadera (IC-C) es una medida antropométrica específica para medir los niveles de grasa intra abdominal, relaciona el perímetro de la cintura con el de la cadera (en centímetros) y dependiendo del resultado se estima si hay cierto riesgo cardiovascular.

La OMS establece unos niveles normales de 0,8 en mujeres y 1 en hombres, valores superiores indicarían obesidad abdominovisceral, lo cual se asocia a un riesgo cardiovascular aumentado. Este parámetro es un buen indicativo para ir vigilando tu salud cardiovascular de manera sencilla, si tus niveles se salen de los valores normales ve tomándote en serio empezar con una vida saludable, mejor prevenir que curar.

Además esta medida es complementaria al Índice de Masa Corporal (IMC), ya que el IMC no distingue si el sobrepeso se debe a retención de líquidos, hipertrofia o similar. De este modo el medir el IMC y el IC-C nos aproximará mejor a conocer nuestra situación respecto al peso y riesgo cardiovascular.

El índice se obtiene midiendo el perímetro de la cintura a la altura de la última costilla flotante, y el perímetro máximo de la cadera a nivel de los glúteos.

$$ICC = \frac{cintura(cm)}{cadera(cm)}$$

Interpretación:

- ICC = 0,71-0,85 normal para mujeres.
- ICC = 0,78-0,94 normal para hombres.²⁵

2.63. GUÍAS ALIMENTARIAS

Definición.- Son instrumentos educativos que transforman las recomendaciones de la ingesta de nutrientes en recomendaciones de ingesta de alimentos, con el fin de facilitar a la población la selección de una alimentación nutricionalmente equilibrada. Están diseñadas para ser utilizadas como orientaciones prácticas para la población sana y uno de sus objetivos es contribuir a la prevención de los problemas de salud considerandos prioritarios por el país.⁵

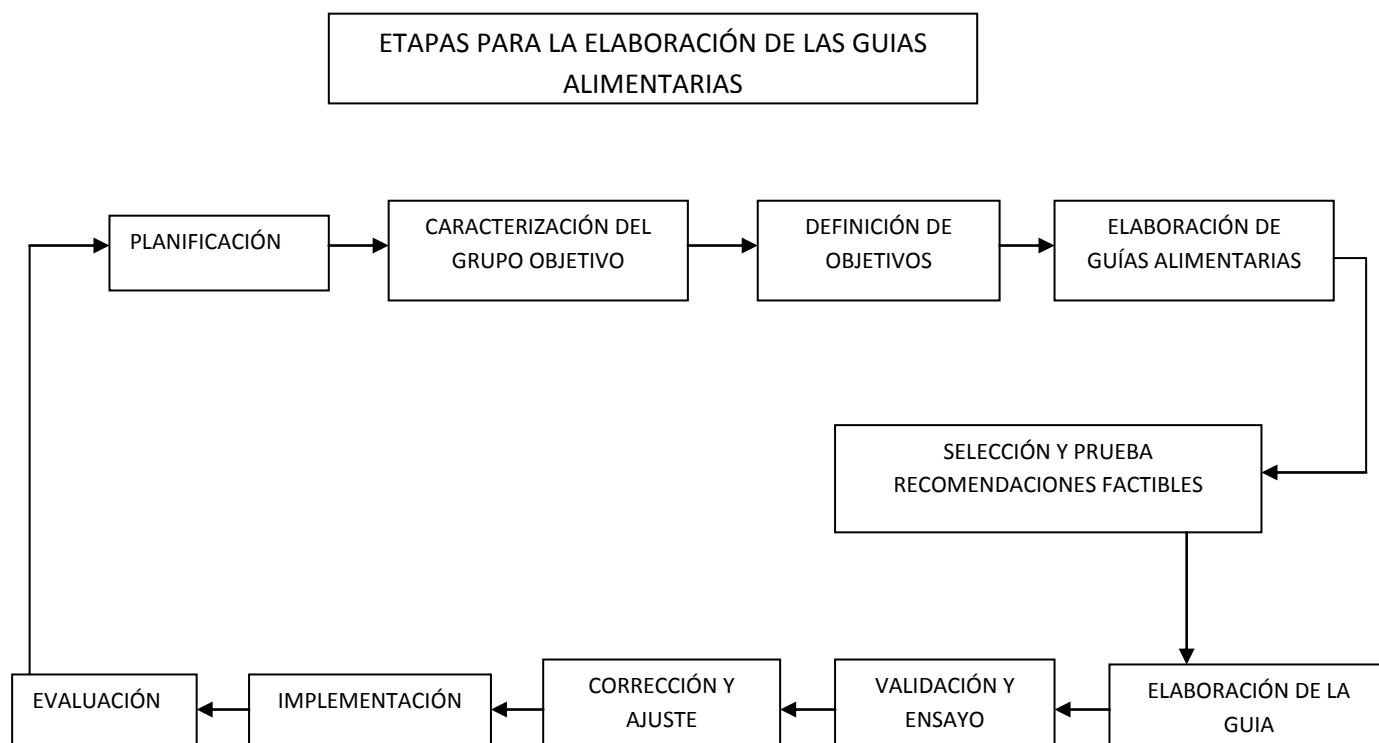
Para lograr sus fines, las guías alimentarias deben formar parte de una estrategia general de promoción de estilos de vida saludables, que estimulen no solo la alimentación adecuada, sino también el aumento de la actividad física, control del tabaquismo, manejo del estrés y una mejor higiene ambiental y familiar. Estas guías, representan el consenso de y un amplio rango de especialistas de salud, nutrición y educación, quienes, basándose en la mejor información científica disponible y en las necesidades de la población chilena, desarrollan este material.

Las guías también son útiles para la formulación de políticas y programas nacionales de alimentación y salud, comunicación y educación nacional a la población a través de los distintos medios, planificación de la alimentación colectiva o institucional, evaluación de los programas de nutricionales y desarrollo de nuevos productos alimentarios y etiquetas con información nutricional.⁵

2.64. Elaboración de Guías Alimentarias

Las guías alimentarias, son un instrumento educativo que adapta los conocimientos científicos sobre requerimientos nutricionales y composición de alimentos en una herramienta práctica que facilita a la población la selección de una dieta saludable. Las guías alimentarias están presentadas en forma sencilla y comprensible para que ayuden a personas sin conocimientos científicos de alimentación y nutrición a seleccionar dietas sanas. El modelo propuesto por el INCAP/OPS (2), toma en cuenta la información sobre salud, alimentación y nutrición, tal como el estado nutricional de la población, el perfil epidemiológico, la información acerca de la disponibilidad, costo, acceso y consumo de alimentos y la composición química de los mismos, así como los hábitos alimentarios de la población. A estos criterios se incorporan elementos de la antropología social, que permiten adaptar las guías alimentarias a la realidad social, cultural y económica del grupo objetivo.²⁶

Para la elaboración de las guías alimentarias el INCAP/OPS propone el modelo que se explica a continuación:



2.64.1. Primera Fase: Caracterización de Factores de Riesgo y Problemas asociados a la dieta de la población Objetivo.

El propósito de este primer paso es hacer un diagnóstico de la situación de la salud y nutrición de la población objetivo a quienes se dirigen las guías alimentarias. Lo que evidencia que primero habrá que definir al grupo objetivo, que por definición es una población sana de determinar edad y sexo.

Una vez identificado el grupo objetivo, se procede a la elaboración de un diagnóstico que permita conocer los factores de riesgo y problemas asociados a la dieta de la población objetivo. Este diagnóstico se hace sobre la base de la revisión de encuestas, informes y publicaciones existentes. El producto final de esta fase es un documento descriptivo que incluye los factores de riesgo y problemas asociados a la dieta y estilos de vida del grupo objetivo, los cuales se priorizan en términos de su magnitud, la viabilidad de resolverlos a través de una intervención educativa como las guías alimentarias, y la trascendencia de su solución.

2.64.2. Segunda Fase: Definición de objetivos de las guías alimentarias

La siguiente fase consiste en definir los objetivos de las guías alimentarias en términos de lo que se espera que la población objetivo aprenda (objetivos cognoscitivos) y de lo que se espera que la población haga (objetivos conductuales). Los objetivos están orientados a prevenir y reducir los problemas prioritarios detectados en la fase previa, así como a promover estilos de vida y dietas saludables.

2.64.3. Tercera Fase: Elaboración de guías técnicas

Esta fase requiere del trabajo de profesionales del área de nutrición y consiste en convertir las metas nutricionales en el tipo y cantidad de alimentos que la población debe ingerir para cumplirlas. Para ello, se debe considerar el contenido de nutrientes de los alimentos, definir grupos de alimentos, el perfil de nutrientes de cada grupo, el tamaño y número de porciones que aseguren la ingesta adecuada en cantidad y calidad de alimentos. El producto final de esta fase es un documento técnico que resume las metas nutricionales, las recomendaciones nutricionales, y otras sugerencias adicionales para prevenir los problemas detectados en la primera fase. Este documento contiene las bases científicas que sustentan las guías alimentarias y está dirigido a profesionales de la salud y la nutrición y no al público en general.

2.64.4. Cuarta Fase: Selección y prueba de las recomendaciones factibles

Es el paso clave en la metodología propuesta por INCAP/OPS, que marca la diferencia con otras metodologías usadas para la elaboración de guías alimentarias. Esta fase consiste en una prueba de campo en pequeña escala para conocer la disposición (habilidades y motivaciones) de la población objetivo para cumplir con las recomendaciones técnicas señaladas en el paso previo.

Estas pruebas investigan si esa población quiere y puede realizar las recomendaciones propuestas y analiza sus reacciones a las mismas, Además permite identificar el lenguaje apropiado para elaborar los mensajes de las guías y las motivaciones para poner en práctica las recomendaciones que se incluirán en las guías alimentarias.

El número ideal de mensajes en las guías alimentarias es entre 6 y 8, para que la población pueda recordarlos y para que facilite su difusión a través de programas de Información, Educación y Comunicación (IEC).

El uso de una gráfica o icono, tiene como propósito ayudar al grupo objetivo a recordar fácilmente cuales son los alimentos que debe incluir en su dieta diaria.

La gráfica debe transmitir el mensaje de variedad y proporcionalidad y además debe ser culturalmente aceptable para la población objetivo.

2.64.5. Quinta Fase: Validación, Ensayo y Ajuste de las Guías Alimentarias

Con el propósito de asegurarse que son comprendidas, relevantes, aplicables y persuasivas, las guías alimentarias (mensajes y gráfica) deben ser validadas con personas, las guías alimentarias que pueden ser teóricamente correctas, pero si no son comprendidas, recordadas y aplicadas por la audiencia a la que están destinadas, no cumplirán con su propósito, Los mensajes y gráficas son corregidos con base en los resultados de las validaciones.

2.65. Implementación de las Guías Alimentarias

Una vez elaboradas las guías alimentarias, la siguiente etapa es la implementación de las mismas de acuerdo a un Plan de Implementación, que debe contemplar el trabajo integrado de todos los sectores públicos y privados con responsabilidades en la promoción de dietas y estilos de vida saludables de la población, para lo cual deben establecerse alianzas estratégicas entre todos los interesados. Se propone que el plan tenga un enfoque de información, educación y comunicación basado en el consumidor tomando en cuenta hábitos, barreras y motivantes, enfocado hacia el cambio de comportamiento, usando canales múltiples y segmentado a la audiencia, para lograr la adopción de las guías alimentarias en la población objetivo.

Como mínimo, un plan de implementación de las guías alimentarias debe asegurar acciones orientadas a:

- ✓ Concienciar a los niveles políticos normativos para que promuevan políticas públicas que apoyen la implementación de las guías alimentarias a nivel nacional.
- ✓ Capacitar en forma permanente y continua a los recursos humanos de los diferentes sectores y niveles públicos y privados, a fin de que se convierta en agentes multiplicadores de los mensajes de las guías alimentarias.
- ✓ Incluir los contenidos de las guías alimentarias en el pensum de estudios en todos los niveles de educación formal desde escolar básica hasta el nivel universitario.
- ✓ Incluir los mensajes de las guías en los programas de alimentación y nutrición de los sectores gubernamentales y no gubernamentales.
- ✓ Desarrollar campañas por medios masivos de comunicación que permitan difundir los mensajes educativos de las guías alimentarias para sensibilizar a la población sobre la importancia de una alimentación adecuada.
- ✓ Incluir los contenidos de las guías en los diferentes Programas de Salud existentes en el Ministerio de Salud Pública.
- ✓ Promover que las guías alimentarias sirvan de base para asegurar la entrega de alimentos saludables en las tiendas y comedores escolares, servicios de

alimentación institucional y para planificar programas de asistencia alimentaria a grupos de población sana.

- ✓ Promover instancias específicas de comunicación con empresarios del sector privado especialmente de la industria alimentaria, para la promoción y difusión de las guías alimentarias.
- ✓ Establecer mecanismos permanentes de seguimiento, monitoreo y evaluación para reformular los mensajes y las estrategias elegidas para comunicarlos.

2.66. Evaluación de las guías alimentarias

Las guías alimentarias deben ser evaluadas periódicamente en tres niveles:

2.66.1. Evaluación de efectos:

Para definir si la población objetivo conoce, recuerda y aplica las guías alimentarias.

Esta evaluación debe realizarse cada 5 años aproximadamente, y se hace desde las diferentes etapas de la adopción de nueve conductas: conocimiento, opinión, expectativas, aceptación y adopción.

➤ En el área del conocimiento:

Se sugiere evaluar el conocimiento por parte del público-objetivo, de las guías alimentarias en sí, de sus contenidos y recomendaciones. La comprensión e interpretación de esos contenidos y su capacidad de recordarlos.

➤ En el área de opinión

Se evaluará la aceptación y credibilidad de los contenidos de las guías, la intención y acción de búsqueda de mayor información y de confirmación de los contenidos de las guías.

➤ En el área de las expectativas

Se indagará sobre la percepción, la utilidad de las guías y de sus consejos y recomendaciones, los resultados esperados de aceptar y seguir las recomendaciones de las guías. Así como la percepción sobre la capacidad individual de cada público objetivo para aplicar los consejos y recomendaciones de sus contenidos (claridad, disponibilidad de insumos, etc.)

➤ En el área de la aceptación

Se evaluará la prueba o intento de aplicar o seguir los consejos y recomendaciones de las guías, la percepción de los usuarios sobre los resultados obtenidos con su uso versus los originalmente esperados (si cumplieron las expectativas y se considera exitosa su

aplicación) y la percepción sobre la facilidad o dificultad de aplicación de las guías y de sus contenidos.

Las guías alimentarias son revisadas cada cinco años, la evaluación periódica de las guías alimentarias permite ajustarlas de acuerdo a los nuevos hallazgos de la ciencia y de acuerdo a su efecto en la población objetivo.

También es importante que las guías alimentarias no son un fin por sí mismas, son una herramienta educativa que ayuda a unificar los mensajes, de alimentación y nutrición, debe conocer la población, empoderando al consumidor ayudándole a tomar decisiones informadas en relación a la elección de su alimentación²⁶

CAPITULO III.

3.11. METODOLOGIA

3.12. Tipo de investigación: Es de carácter descriptivo de corte transversal ya que se determino la situación de las mujeres en un momento definido.

3.13. Localización.

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud N° 1 de la Ciudad de Ibarra Provincia de Imbabura, ubicado en las calles Vicente Roca fuerte y García Moreno.

3.14. Población.

La población estuvo conformada de 50 mujeres embarazadas y 150 mujeres lactantes que acudieron a la consulta externa para el control mensual con el Ginecólogo y/o Obstetrix, Pediatra y Medicina General, del centro de salud N°1 de la Ciudad de Ibarra, en los meses de junio y julio,

3.15. Identificación de variables.

- Condiciones: Socioeconómicas, Culturales y Demográficas.
- Prácticas alimentarias.
- Creencias alimentarias.
- Estado Nutricional.
- Guías Alimentarias.

3.16. Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	ESCALA
<p>Prácticas durante el embarazo.</p>	<p><u>Tipos de alimentos consumidos por la Embarazada durante el primer trimestre.</u></p> <p><u>Tipos de alimentos consumidos por la Embarazada durante el segundo y tercer trimestre.</u></p> <p><u>Numero de comidas que consume al día.</u></p> <p><u>Consistencia de las preparaciones.</u></p> <p><u>Alimentos que le mejoran el apetito.</u></p> <p><u>Alimentos que le producen náuseas y vómitos.</u></p> <p><u>Antojos durante el embarazo.</u></p> <p><u>Edad de gestación en lo que se produce los antojos.</u></p>	<p>Lácteos, derivados y huevos.</p> <p>Carnes y mariscos.</p> <p>Leguminosa secas y tiernas.</p> <p>Cereales y derivados.</p> <p>Tubérculos.</p> <p>Verduras y hortalizas.</p> <p>Frutas.</p> <p>Embutidos y enlatados</p> <p>Azúcares.</p> <p>Grasas: animal o vegetal.</p> <p>Condimentos.</p> <p>Gaseosas.</p> <p>< de 2 comidas 3 – 5 comidas + de 5 comidas</p> <p>Líquidas Semi líquidas Sólidas</p> <p>Todos los alimentos que se mencionen.</p> <p>Todos los alimentos que se mencionen.</p> <p>Si No Cuales</p> <p>Primer trimestre. Segundo trimestre. Tercer trimestre.</p>

VARIABLE	INDICADOR	ESCALA
Practicas durante la lactancia.	<u>Tipos de alimentos que consumen en la lactancia.</u> <u>Alimentos que no consumen durante la lactancia.</u> <u>Numero de comidas que consume al día.</u> <u>Consistencia de las preparaciones.</u> <u>Alimentos que aumentan la producción de leche.</u> <u>Alimentos que disminuyen la cantidad de leche.</u>	Lácteos, derivados y huevos. Carnes y mariscos. Leguminosa secas y tiernas. Cereales y derivados. Tubérculos. Verduras y hortalizas. Frutas. Embutidos y enlatados Azúcares. Grasas: animal o vegetal. Condimentos. Gaseosas. < de 2 comidas 3 – 5 comidas + de 6 comidas Líquidas Semi líquidas Sólidas Todos los alimentos que mencionen. Todos los alimentos que mencionen.
Creencias alimentarias durante el embarazo	<u>Alimentos prohibidos durante el embarazo</u> <u>Uso excesivo de condimento Ají.</u>	<i>Razones:</i> <ul style="list-style-type: none"> - -Los niños nacen con su carita roja o con pintas rojas. - -Les da temperatura. - -Niños con carácter violento o agresivo. Si No

VARIABLE	INDICADOR	ESCALA
Creencias alimentarias durante el embarazo	<p><u>Alimentos gemelares y deformes.</u> Huevos, Frutas, Tubérculos, Hortalizas.</p> <p><u>No dejar restos de alimentos en la vajilla.</u></p> <p><u>Antojos insatisfechos durante el embarazo.</u></p> <p><u>Consumo de alimentos:</u> Plátano, Huevo crudo.</p> <p><u>El consumo de víceras:</u> Tripas, Chorizo, Morcillas, Hígado.</p> <p><u>Consumo de cítricos.</u></p> <p><u>Consumo de carnes.</u></p> <p><u>Otras creencias.</u></p>	<p><i>Razones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nacen niños gemelos. - Niños con algún grado de deformidad. <p><i>Razones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hacen hechicerías <p><i>Razones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Niños nacen con pintas rojas en su cuerpo. - Imagen en su cuerpo del antojo insatisfecho. - El niño nace con la boca abierta. - Causa el aborto. <p><i>Razones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Las madres tienen un parto seco <p><i>Razones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El niño nacerá totalmente cubierto y ahogado por el cordón umbilical. <p><i>Razones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El niño/a nace peludo. <p><i>Razone:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El niño/a nace con la cabeza muy grande. <p>SI NO Cuales</p>

VARIABLE	INDICADOR	ESCALA
Creencias alimentarias durante la lactancia	<u>Consumo de bebidas alcohólicas y gaseosas.</u> <u>Alimentos que disminuyen la cantidad de leche.</u> <u>Al no protegerse la espalda se disminuye o se seca la producción de leche.</u> <u>Entre mas succión del niño se aumenta la cantidad de leche.</u> <u>Consumo de verduras.</u> Cebolla, Coliflor, Brócoli, Repollo (col, lechuga) <u>Cuando tiene iras es bueno dar el seno al niño.</u>	<i>Razones:</i> - Cerveza, cola o gaseosa. Si No Cuales Si No Si No <i>Razones:</i> - Alteran el olor y sabor de la leche. - Produce cólicos en los niños. SI NO
Condiciones: Socioeconómicas, Culturales y Demográficas.	Nivel de Instrucción mujer Embarazada y lactante. Ocupación mujer Embarazada y Lactante. Estado civil mujer Embarazada y lactante. Edad. Etnia. Religión que pertenecen las mujeres lactantes y embarazadas. Lugar de residencia.	Analfabeto, primaria completa e incompleta, secundaria completa e incompleta, superior completa e incompleta. Quehaceres domésticos, empleada público o privada, comerciante, estudiante, desempleada. Soltera, casada, divorciada, viuda, unión libre. < de 18 años 18 – 26 años 27- 36 años > 36 años Mestizo, blanco, indígena, negra. Católico, cristiano, testigos de Jehová, evangélico etc. Urbano, Rural
VARIABLE	INDICADOR	ESCALA

Estado Nutricional	IMC/edad Gestacional IMC mujer Lactante	los puntos de corte están en el (Anexo 1) Bajo peso: < 18.0 Normal: 18.5 – 24.99 Sobrepeso 1: 25 – 29.99 Obesidad 1 : 30 – 35.99 Obesidad 2 : 36- 39.99 Obesidad Mórbida: >40
---------------------------	--	---

3.17. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para el desarrollo de la presente investigación se elaboró la encuesta, luego se hizo la validación en el subcentro de salud de Caranqui de la ciudad de Ibarra. Con el fin de corregir las preguntas que no se entiendan. Ejemplo en la encuesta de embarazo se hizo una corrección en la pregunta No 9 de creencias alimentarias, se cambio ¿Qué cree Ud. Que puede ocasionar el consumo excesivo de condimentos durante el embarazo? por ¿Qué cree Ud. Que puede ocasionar el consumo excesivo de ají durante el embarazo? Además se añadió la pregunta ¿Qué cree Ud. Que puede ocasionar el consumo excesivo de carnes durante el embarazo? En la encuesta de lactancia también se añadió la pregunta ¿Qué cree Ud. Cuando tiene iras, es bueno dar el seno al niño o niña?

Una vez realizadas las respectivas correcciones se aplicó la encuesta a través de una entrevista directa a las madres embarazadas y en período de lactancia que acuden al control al centro de Salud No 1 de la ciudad de Ibarra. Con la ayuda de un cuestionario de tipo semi-estructural, con preguntas cerradas, secuenciales y lógicas, relacionadas con la alimentación durante el embarazo y en período de lactancia se recolectó la información. Este cuestionario contuvo preguntas sobre prácticas y creencias alimentarias durante el embarazo y lactancia, se estableció las condiciones socioeconómicas, culturales y demográficas y los relacionados en la alimentación de la madre Embarazada y Lactante. (Anexo 1 y 2).

Para evaluar el estado nutricional de las mujeres embarazadas se utilizó el indicador (IMC) Índice de Masa Corporal en relación a la edad gestacional (Los puntos de corte constan en el Anexo 3) y la Curva patrón incremento de peso embarazadas y para las mujeres lactantes se evaluó con el indicador IMC.

PUNTOS DE CORTE IMC EN MUJERES LACTANTES

Bajo peso:	< 18.0
Normal:	18.5 – 24.99
Sobrepeso 1:	25 – 29.99
Obesidad 1:	30 – 35.99
Obesidad 2 :	36- 39.99
Obesidad Mórbita:	>40

MSP. (2006).⁴

Los resultados obtenidos con el IMC fueron agrupados y analizados manualmente de las mujeres embarazadas y lactantes del centro de salud N° de la ciudad de Ibarra.

3.18. Procedimiento para tomar medidas antropométricas.

Para tomar talla.

- Mujer sin calzado, gorras, moños, diademas y suelto el cabello.
- Se ubicó a la persona debajo del tallímetro, de espalda a la pared con la mirada al frente, sobre una línea recta.
- Se verificó que los pies estén en posición correcta.
- Se aseguró que la cabeza, espalda, pantorrillas, talones y glúteos estén en contacto con la pared y sus brazos caigan naturalmente a lo largo del cuerpo.
- Se acomodó la cabeza en posición correcta colocando la palma de la mano izquierda abierta sobre el mentón del sujeto y suavemente cierre sus dedos.
- Al hacer la lectura nos aseguramos que los ojos del observador y la escala del equipo, estén a la misma altura.
- Si la marca del tallímetro se encuentra entre un centímetro y otro, se anotó el valor que estuvo más próximo; si estuvo a la mitad, se tomó el del centro anterior.⁴²

Técnica de medición de peso.

La balanza debe ser de 140kg, de sensibilidad mínimo 100 gramos.

- Colocar la balanza en un lugar plano, libre y claro
- Encerar la balanza, calibrar según normas INEN.
- Encerar el fiel.
- La persona debe estar sin zapatos, medias y mínimo de ropa.
- La persona debe estar ubicada en el centro de la balanza.

- La persona debe estar en posición firmes y mirando hacia el frente.
- Observar los resultados mirando al frente.
- Registrar los mismos datos.

3.19. Técnicas para el procesamiento y análisis de datos.

Una vez recolectada la información, se elaboro una base de datos con el apoyo del programa Excel, para el análisis de los cuadros se utilizo el programa EPIINFO y finalmente para procesar la información el programa Word. Se hizo un análisis univariado y bivariado. La presentación de los resultados se hizo en tablas, usando la estadística descriptiva.

3.20. Elaboración de la guía alimentaria.

La guía alimentaria se elaboró en base a la revisión de bibliografía para obtener la información sobre alimentación de la mujer embarazada y en periodo de lactancia, también se tomó en cuenta los resultados obtenidos en la investigación. La guía servirá para orientar de manera sencilla a las personas interesadas en conocer la alimentación de la mujer embarazada y en periodo de lactancia.

Se validó la guía alimentaria a 6 mujeres embarazadas y lactantes, con lo cual se encontró que hacía falta un glosario de términos porque hubieron algunos términos que no se entendieron por estas mujeres a si por ejemplo: mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, malformaciones en el tubo neural, dislipidemias, infecciones puerperales, toxemia gravídica, patología, micronutrientes, suplementación, dieta macrobiótica, tubérculos, leguminosas, cereales integrales.

CAPITULO IV.

4.1. RESULTADOS

EMBARAZO

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SE CONTROLAN EN EL CENTRO DE SALUD N° 1. IBARRA

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	No.	%	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	No.	%
GRUPOS DE EDAD n=50			NIVEL DE INSTRUCCIÓN n=50		
< 18 años	5	10	Primaria	12	24
18 – 26	31	62	Secundaria	31	62
27 – 36	12	24	Superior	7	14
> 36	2	4	Total	50	100
Total	50	100			
PROCEDENCIA n=50			OCUPACIÓN n=50		
Urbano	50	100	Comerciante	2	4
Rural	0	0,0	Costurera	2	4
Total	50	100	Empleada pública	4	8
			Estilista	2	4
			Estudiante	7	14
			Florícola	1	2
			Quehaceres domésticos	32	64
			Total	50	100
ETNIA n=50			ESTADO CIVIL n=50		
Indígena	2	4	Casada	33	66
Mestiza	40	80	Divorciada	1	2
Negra	8	16	Soltera	16	32
Total	50	100	Total	50	100
RELIGIÓN n=50					
Católica	44	88			
Cristiana	6	12			
Total	50	100			

FUENTE: Resultados de la Encuesta

Al observar la tabla, se evidencia que las mujeres embarazadas se encuentran mayormente representadas 62% entre los 18-26 años de edad, también se observó que hay un importante porcentaje de mujeres embarazadas mayores de 36 años. Aunque también se observó que 10% de mujeres son embarazadas menores de 18 años. Estos resultados reflejan que el mayor porcentaje de mujeres embarazadas están en una edad apropiada para la concepción, a diferencia de las mujeres <18 años y >36 años que están en riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto.

En relación al nivel de instrucción de las mujeres embarazadas, el 62% han alcanzado el nivel secundario, el 12% de mujeres solo han llegado a terminar los estudios primarios y el 14% culminó con estudios superiores. 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. Sin embargo, se ha observado que es importante que las mujeres mejoren sus conocimientos en cuanto a nutrición.

Según la procedencia todas las mujeres embarazadas pertenecen al área urbana esto quiere decir que cuentan con todos los servicios básicos.

El 80 % de mujeres embarazadas son mestizas, el 8% de raza negra y apenas un 2% son indígenas. El 88 % de mujeres embarazadas profesan la religión católica y apenas un 12% son evangélicas.

El 64% de las mujeres embarazadas se dedica a los quehaceres domésticos, el 14% de las mujeres actualmente están estudiando, un 14% de mujeres tienen ocupaciones de comerciante, costurera, estilista, florícola y el 8% corresponden a empleadas públicas.

La mayoría de mujeres embarazadas 66% se encuentran casadas y viven en unión libre, 32% son solteras, y tan solo el 2% son divorciadas. Se puede asumir que la mayoría de mujeres cuentan con un apoyo económico en el hogar de parte del padre del niño/niña.

TABLA 2

ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN IMC/EDAD GESTACIONAL Y CURVA PATRÓN INCREMENTO DE PESO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SE CONTROLAN EN EL CENTRO DE SALUD N° 1. IBARRA

Estado Nutricional gestacional	IMC/Edad		Curva patrón incremento de peso embarazadas		
	No.	%		No.	%
Bajo peso	4	8,0	Bajo peso	4	8,0
Normal	18	36,0	Normal	18	36,0
Sobre peso	22	44,0	Sobre peso	14	28,0
Obesidad	6	12,0	Obesidad	14	28,0
Total	50	100	Total	50	100

FUENTE: Resultados de la Encuesta

Al analizar la tabla, se observa que el 56% de mujeres embarazadas evaluadas con IMC/edad gestacional presentan sobrepeso y obesidad, y el 8% están con bajo peso. Según Diagnóstico nutricional según índice peso-talla y edad gestacional (curva patrón incremento

de peso) durante el embarazo también el 8% presentan bajo peso, y el 56% presentan sobrepeso y obesidad de lo cual el 28% presentaron sobrepeso y 28% obesidad. Mediante la evaluación con IMC/edad gestacional disminuyen las embarazadas con obesidad y se incrementa las embarazadas con sobrepeso. Por lo que se puede decir que con la curva patrón incremento de peso los puntos de corte son más exigentes al momento de evaluar sobrepeso y obesidad.

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.

En cambio, 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.

TABLA 3

PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SE CONTROLAN EN EL CENTRO DE SALUD N° 1. IBARRA.

Carnes	N	%	Leguminosas	N	%
Pollo	25	50,0	Arveja	21	42,0
Res.	17	34,0	Fréjol	22	44,0
Pescado	10	20,0	lenteja	19	38,0
Camarón	2	4,0	Chochos	7	14,0
Cangrejo	1	2,0	Habas	3	6,0
Salchicha	4	8,0	No consumen ninguno	20	40,0
Mortadela	2	4,0	Cereales y Derivados	N	%
Atún	7	14,0	Arroz	33	66,0
No consumen ninguna	16	32,0	Pan	12	24,0
Lácteos y derivados			Avena	17	34,0
Leche	28	56,0	Arroz de cebada	8	16,0
Queso	15	30,0	Quinua	4	8,0
Yogurt	10	20,0	Harina de maíz	1	2,0
Huevos	18	36,0	Fideo	14	28,0
No consumen ninguno	13	26,0	Tallarín	12	24,0
			No consumen ninguno	10	20,0
Tubérculos	N	%	Verduras	N	%
Mellocos	7	14,0	Brócoli	17	34,0
Papas	30	60,0	Coliflor	8	16,0
Yucas	8	16,0	Cebollas	11	22,0
No consumen ninguno	10	20,0	Tomate riñón	9	18,0
Frutas	N	%	Acelga	16	32,0
Manzana	24	48,0	Espinaca	3	6,0
Uvas	21	42,0	Nabo	1	2,0
Durazno	1	2,0	Berros	1	2,0
Fresa	4	8,0	Pepinillo	3	6,0
Pera	10	20,0	Rábano	4	8,0
Maracuyá	2	4,0	Remolacha	6	12,0
Papaya	6	12,0	Col	8	16,0
Melón	2	4,0	Lechuga	6	12,0
Piña	4	8,0	Zanahoria am.	12	24,0
Reina claudia	3	6,0	No consumen ninguna	20	40,0
Plátano seda	16	32,0	Azúcares	Nº	%
Plátano maduro	9	18,0	Azúcar	50	100,0
Plátano verde	9	18,0	Panela	6	12,0
Limón	4	8,0	Condimentos	N	%
Mandarína	7	14,0	Comino	8	16,0
Naranja	21	42,0	Ajinomoto	5	10,0
No consume ninguna	4	8,0	Ajo	4	8,0
Aceite y manteca	N	%	Maggi	4	8,0
Aceite vegetal	50	100,0	Ranchero	3	6,0
Manteca vegetal	4	8,0	Sazón completo	2	4,0
			No consumen ninguno	36	72,0

FUENTE: Resultados de la Encuesta

Carnes: Al observar la tabla se aprecia que el 32,0% de las mujeres embarazadas no consumieron ningún tipo de carnes, es decir alimentos proteicos de origen animal que son esenciales durante los tres primeros meses del embarazo porque el niño está empezando a formarse y también el hierro que se encuentra en las carnes, cual ayuda de alguna manera a prevenir la anemia de la madre y ayuda a la formación sanguínea del feto, interviene en su desarrollo cognitivo y previene las infecciones puerperales.

En la misma tabla se puede evidenciar que el 50,0% consumen carne de pollo, el 34,0% carne de res, el 20,0% pescado, un 14,0% atún, el 6,0% consumen camarón y cangrejo y el 12,0% consumen embutidos (salchicha, mortadela).

Lácteos y huevos: el 26,0% de las mujeres embarazadas no consumen lácteos ni sus derivados los cuales son muy importantes por su aporte de calcio y vitamina A. Es importante, que durante el embarazo la madre consuma calcio para prevenir los problemas de hipertensión arterial, eclampsia y preclampsia y evitar el riesgo de la caries dental. Dentro del grupo de madres que si consumen lácteos, se observa que el 56,0% toma leche, el 30,0% queso y el 20,0% yogurt. Los huevos consumen apenas el 36 % de embarazadas.

Leguminosas: El 40,0% de las mujeres embarazadas no consumen ningún tipo de leguminosas, alimentos que aportan proteínas de origen vegetal que son esenciales durante los tres primeros meses del embarazo a razón de que el bebe está empezando a formarse.

Según las leguminosas el 44,0% de las madres embarazadas consumieron frejol, el 42,0% arveja, el 38,0% lenteja, el 14,0% consumen chochos y el 6,0% habas.

Cereales y derivados: El 20,0% de las mujeres embarazadas no consumen ningún cereal o sus derivados, sin embargo este grupo de alimentos son de mayor importancia a partir del cuarto mes eso no significa que no deban excluir de la dieta.

Los cereales de mayor consumo fueron, el arroz un 66,0%, avena 34,0%, fideo 28,0%, tallarín 24,0%, arroz de cebada 16,0%, quinua 8,0% y harina de maíz un 2,0%. Sus altos porcentajes de consumo de estos alimentos especialmente (arroz, pan, pastas) explicarían los problemas de sobrepeso y obesidad que ocurrieron durante el embarazo en la mayoría de mujeres encuestadas. Esto no significa que deban excluirse de la dieta sino combinarlos adecuadamente con otro tipo de alimentos y consumirlos en las cantidades recomendadas.

Tubérculos: El 60,0% de las mujeres embarazadas consumieron papa siendo este el tubérculo de mayor consumo, mientras tanto la yuca el 16,0%, melloco el 14,0%.

Frutas: El 8,0% no consumieron ninguna fruta, en relación del resto de las mujeres que si consumieron, es importante resaltar que durante los tres primeros meses del embarazo su consumo es esencial por el aporte de vitaminas y minerales. Las frutas de mayor consumo fueron: manzana con un 48,0%, uvas 42,0%, plátano seda 32,0%, plátano verde y maduro 18,0% en singular porcentaje, pera el 20,0%, papaya el 12,0%, las frutas en menor porcentaje (durazno, fresa, maracuyá, melón, reina claudia) el 22,0%, las frutas que aportan vitamina C (naranja, mandarina, limón y piña) el 72,0% estos porcentajes indican que si hubo un buen aporte de 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.

Verduras y hortalizas: El 40,0% de las mujeres embarazadas que no consumieron verduras, esto indica que no hay un buen hábito por el consumo de verduras. Es importante resaltar que durante los tres primeros meses del embarazo su consumo es esencial por el aporte de vitaminas y minerales. En la misma tabla se observa que el 34,0% consumen brócoli, el 32,0% consumieron acelga, el 24,0% zanahoria amarilla, el 22,0% cebollas de todo tipo, el 18,0% tomate riñón, el 16,0% consumen col y coliflor en igual porcentaje, 12,0% remolacha y lechuga en igual porcentaje y las verduras de menor consumo (espinaca, nabo, berros, pepinillo, rábano) el 24,0%.

El brócoli es una fuente importante de calcio y ácido fólico, que son esenciales durante el embarazo especialmente en el primer trimestre del embarazo. El consumo de acelga y otras verduras especialmente de color verde son fuentes de hierro el cual ayuda de alguna manera a prevenir la anemia de la madre y ayuda a la formación sanguínea del feto, interviene en su desarrollo cognitivo y previene las infecciones puerperales.

Grasas: El aceite de origen vegetal con un porcentaje del 100% y el 8,0% manteca vegetal.

Azúcares: El 100% consumen azúcar y el 12,0% panela.

Condimentos: El 72,0% de las mujeres embarazadas no consumieron condimentos esto significa que la mayoría evita su consumo ya que son perjudiciales durante esta etapa del embarazo, por lo cual sería mejor la utilización de condimentos naturales. Los condimentos de mayor consumo fueron el comino 16,0%, ajinomoto el 10,0%, el 8,0% ajo y maggi en igual porcentaje, ranchero el 6,0% y sazón completo el 4,0%.

TABLA 4

CONSUMO DE ALIMENTOS DURANTE EL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SE CONTROLAN EN EL CENTRO DE SALUD N° 1. IBARRA.

Carnes	N	%	Leguminosa	N	%
Pollo			Lenteja	28	70,0
Hígado	34	85,0	Arveja	20	50,0
Res	1	2,5	Fréjol	26	65,0
Cuy	22	55,0	Chocho	1	2,5
Atún	1	2,5	Habas	2	5,0
Sardina	9	22,5	No consumen ninguna	5	12,5
Pescado	1	2,5			
Camarón	12	30,0	Cereales	N	%
Salchicha	1	2,5	Arroz	32	80,0
No consumen ninguna	6	15,0	Avena	11	27,5
	3	7,5	Pan	9	22,5
			Arroz de cebada	5	12,5
Lácteos y Derivados			Harina de maíz	3	7,5
Leche	31	77,5	Quinua	3	7,5
Queso	17	42,5	Harina de haba	1	2,5
Yogurt	12	30,0	Fideo	13	32,5
Huevos	25	62,5	Tallarín	14	35,0
No consumen ninguna	4	10,0	No consumen ninguna	4	10,0
Tubérculos	N°	%	Verduras	N°	%
Papa	31	77,5	Acelga	11	27,5
Yuca	13	32,5	Berros	3	7,5
Mellocos	6	15,0	Nabo	1	2,5
No consumen ninguna	5	12,5	Brócoli	12	30,0
			Coliflor	8	20,0
			Col	13	32,5
Frutas	22	55,0	Lechuga	12	30,0
Manzana	20	50,0	Zanahoria am.	15	37,5
Naranja	18	45,0	Pepinillo	4	10,0
Uva	14	35,0	Rábano	4	10,0
Mandarina	14	35,0	Remolacha	4	10,0
Plátano seda	7	17,5	Cebolla	13	32,5
piña	7	17,5	Tomate r.	15	37,5
Pera	6	15,0	No consumen ninguna	9	22,5
Fresa	6	15,0			
Plátano verde	5	12,5	Condimentos	N°	%
Papaya	2	5,0	Comino	9	22,5
Durazno	3	7,5	Ajinomoto	4	10,0
Melón	2	5,0	Ajo	4	10,0
Tomate de árbol	1	2,5	Ranchero	3	7,5
Mora	1	2,5	Maggi	8	20,0
Tamarindo	4	10,0	No consumen ninguna	24	60,0
Plátano maduro	2	5,0			
No consumen ninguna					
			Aceites	N°	%
Azúcares	N°	%	Aceite vegetal	40	100
Azúcar	39	97,5			
Panela	8	20,0			

FUENTE: Resultados de la Encuesta

Se debe tomar en cuenta que los datos del segundo y tercer trimestre, en cuanto a la alimentación la muestra fue de 40 mujeres embarazadas ya que las 10 restantes no estaban dentro de este grupo.

Carnes: El 7,5% de las mujeres embarazadas no consumieron ningún tipo de carne, con relación al primer trimestre, ahora se ha aumentado el consumo de carnes, aunque su consumo es primordial durante los tres primeros meses, no significa que ahora deba disminuirse, esto pudo deberse muchas veces a que estas mujeres no sentían apetito por estos alimentos, o a su vez sintieron rechazo que no les permitió alimentarse correctamente.

Se observa que 85,0% de las mujeres embarazadas consumió pollo, el 55,0% consumió carne de res, el 30,0% pescado, el 22,5% consumió atún, el 15,0% salchicha y las carnes de menor consumo (hígado, cuy, sardina, camarón) en 2,5% en igual porcentaje cada una.

Lácteos y derivados: El 10,0% de madres embarazadas no consumieron lácteos y sus derivados, aunque no es tan alto este porcentaje, pero hay que hacer énfasis en el consumo de estos alimentos por el su aporte proteico y sobre todo lo que tiene que ver en cuanto al calcio y vitamina A que aportan estos alimentos. El 77,5% de las mujeres embarazadas consumió leche, el 42,5% queso, el 30,0% yogurt y un 62,5% consumió huevos hay que tomar en cuenta que los huevos se deben consumir 3 veces a la semana, para evitar problemas de hipercolesterolemia.

Leguminosas: El 12,5% no consumieron ninguna. El consumo de leguminosas continua siendo importante durante estos trimestres, aunque es esencial durante los tres primeros meses, en los que el niño se está formando. Durante el II y III trimestre se debe aumentar la cantidad de estos alimentos ya que el tamaño del niño va aumentando considerablemente, y necesita comer más alimentos nutritivos. El 70,0% de las mujeres embarazadas consumió lenteja, el 65,0% consumen fréjol, el 50,0% arveja y en menor consumo 5,0% habas y el 2,5% chochos.

Cereales y derivados: Según la tabla se observó que mayoría de mujeres embarazadas consumieron los Cereales y sus derivados, los cuales son de gran importancia durante el segundo y tercer trimestre, ya que el niño que se ha formado mayormente, pero ahora necesita de estos alimentos energéticos, para seguir creciendo y acumular un cierto porcentaje de grasa para la lactancia. El 10,0% de embarazadas no consumieron ningún cereal o sus derivados. El cereal de mayor consumo fue el arroz con un 80,0%, el 35,0% corresponde a tallarín, el 32,5% a fideos, el 27,5% avena, el 22,5% pan, el 12,5% arroz de cebada, el 7,5% consumen harina de maíz y quinua en igual porcentaje, y el 2,5% harina de haba. Es decir que muy pocas mujeres prefirieron consumir estos cereales de menor porcentaje ya que son nutritivos y aportan fibra, en relación a otro tipo de cereales o sus derivados.

Tubérculos: El 12,5% de embarazadas que no consumieron ningún tubérculo. Hay que hacer un énfasis en estos alimentos ya que también son de gran importancia por su aporte de energía como ya lo describimos anteriormente. El 77,5% consumen papa, el 32,5% yuca, y el 15,0% consumieron mellocos.

Frutas: La mayoría de mujeres embarazadas si consumieron frutas, solo hay el 5,0% que no las consumió. Esto muestra que estas mujeres saben de la importancia del consumo de estos alimentos los cuales aportan o son fuentes importantes de vitaminas, minerales, agua, fibra y de carbohidratos que ayudan mucho a la mujer embarazada es estos trimestres del embarazo. Las frutas de mayor consumo son: el 55,0% de manzana, el 50,0% naranja, el 45,0% uvas, el 35,0% de mandarina y plátano seda en igual porcentaje, el 17,5% piña y pera, el 15,0% fresa y plátano verde, el 12,5% papaya, el 10,0% de plátano maduro, el 7,5% melón, el 5,0% durazno, tomate de árbol en igual porcentaje y el 2,5% mora y tamarindo.

Las frutas que aportan vitamina C como (naranja, mandarina, piña, tamarindo) como ya se mencionó anteriormente ayudan a la absorción del hierro, el cual ayuda a evitar la anemia. Se conoce además que la vitamina C durante el embarazo ayuda a disminuir la incidencia de parto prematuro porque participa en la formación del tejido conectivo de la bolsa amniótica de las membranas.

Verduras y hortalizas: Se observó que el 22,5% no consumieron, esto puede ser a que no tienen un hábito con el consumo de estos alimentos, aunque este porcentaje comparado con el consumo del primer trimestre es menor, en estos meses ha aumentado el consumo de verduras y hortalizas por parte de las mujeres embarazadas. Las verduras de mayor consumo fueron zanahoria amarilla, tomate riñón en iguales porcentajes con el 37,5%, el 32,5% cebollas y col en similares porcentajes, el 30,0% consumen brócoli, el 27,5% acelga, el 20,0% coliflor, el 10,0% (pepinillo, rábano, remolacha y berros) todos en iguales porcentajes y el 2,5% nabo. El consumo de verduras especialmente de color verde son fuentes hierro el cual ayudara a prevenir la anemia de la madre y también a la formación sanguínea del feto, interviene en su desarrollo cognitivo y previene las infecciones puerperales como ya se dijo anteriormente.

Azúcares: La mayoría de mujeres embarazadas prefirieron utilizar el azúcar para endulzar sus preparaciones el 97,5% y el 20,0% utilizan panela.

Grasas: El 100% de las mujeres embarazadas utilizan el aceite vegetal para preparar sus comidas.

Condimentos: Según la tabla se observó que el 60,0%, no consumió ningún tipo de condimento es decir que casi la mitad de mujeres embarazadas encuestadas prefieren el uso de condimentos naturales para preparar sus comidas que es mucho mejor y recomendable durante el embarazo ya que estos productos son irritantes y pueden producir algún tipo de alergia en el niño. Entre los más consumidos están el comino el 22,5%, maggi el 20,0%, ajinomoto, ajo 10,0% en igual porcentaje y por último ranchero el 7,5%.

TABLA 5**NÚMERO DE COMIDAS AL DÍA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SE CONTROLAN EN EL CENTRO DE SALUD N° 1. IBARRA.**

<i>Comidas al día n=50</i>	N°	%
Tres tiempos de comida	20	40,0
Cinco tiempos de comida	28	56,0
Seis tiempos de comida	2	4,0
Total	50	100

FUENTE: Resultados de la Encuesta

Al analizar la tabla se observó que la mayoría de las mujeres embarazadas consumen los cinco tiempos de comida el 56%, el 40% solo los tres tiempos de comida hay solo el 4% consumen seis tiempos de comida. 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. También es preciso mencionar que si se consume los cinco tiempos de comida se va a evitar la carga de las porciones que se van a consumir durante todo el día, que si solo se consumen las tres comidas.

Tabla 6**CONSISTENCIA DE LAS PREPARACIONES DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SE CONTROLAN EN EL CENTRO DE SALUD N° 1. IBARRA.**

<i>Consistencia de las preparaciones</i>	N°	%
Líquida	31	62,0
Semilíquida	35	70,0
Sólida	33	66,0

FUENTE: Resultados de la Encuesta

Según la tabla se observó que el tipo de consistencia de preparaciones más consumida es semilíquida con el 70,0%, el 66,0% consumen preparaciones sólida y el 62,0% prefieren preparaciones líquidas. Si analizamos podemos decir que las preparaciones sólidas son las más recomendables porque nos aportan más nutrientes como: proteínas, grasas, carbohidratos, frutas y verduras. Pero también hay que consumir líquidos para evitar posiblemente problemas de estreñimiento muy común en el embarazo, por la presión del

feto sobre los órganos. En cambio las líquidas y semilíquidas son recomendables cuando hay problemas en los primeros meses, donde la mayoría de mujeres sufren de náuseas y vómitos, necesitan que sus preparaciones sean fraccionadas y en pequeñas cantidades, sin dejar de ser nutritivas, para que puedan alimentarse correctamente. En general se debería consumir las tres tipos de preparaciones.

TABLA 7

ALIMENTOS QUE MEJORAN EL APETITO, QUE PRODUCEN NAUSEAS Y VOMITOS Y ANTOJOS DURANTE EL EMBARAZO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SE CONTROLAN EN EL CENTRO DE SALUD N° 1. IBARRA.

Alimentos que mejoran el apetito	N	%	Náuseas y vómitos	N	%
Arroz de cebada	1	2,0	Acelga	1	2,0
Arroz	5	10,0	Espinaca	1	2,0
Mellocos	1	2,0	Brócoli	2	4,0
Avena	1	2,0	Todos los alimentos	1	2,0
Quinoa	1	2,0	Arroz	2	4,0
Sandía	2	4,0	Arroz de cebada	1	2,0
Manzana	8	16,0	Carne	3	6,0
Uvas	6	12,0	Piña	2	4,0
Piña	3	6,0	Camarón	1	2,0
Camarón	1	2,0	Concha	1	2,0
Pescado	4	8,0	Comidas condimentadas	1	2,0
Carne	2	4,0	Cuando cocina	1	2,0
Ceviches	1	2,0	Frejol	1	2,0
Coladas	1	2,0	Papas	2	4,0
Pera	1	2,0	Huevo	1	2,0
Frejol	2	4,0	Lenteja	2	4,0
Lenteja	1	2,0	Sardina	2	4,0
Frutillas	2	4,0	Ninguno	14	28,0
Huevo	1	2,0	Manzana	1	2,0
Queso	1	2,0	Mellocos	1	2,0
Naranja	6	12,0	Col	1	2,0
Plátano seda	2	4,0	Melón	1	2,0
Papaya	2	4,0	Pepinillo	1	2,0
Mora	1	2,0	Coliflor	1	2,0
Mandarina	4	8,0	Pera	1	2,0
Limón	1	2,0	Pescado	3	6,0
Ninguno	12	24,0	Pollo	5	10,0
Papas	2	4,0	Atún	1	2,0
Pollo	5	10,0	Tallarín	1	2,0
Plátano maduro	1	2,0	Taxo	1	2,0
Sopa de acelga	2	4,0	Verduras todas	2	4,0
Sopa de verduras	1	2,0	Granos todos	1	2,0
Sopa de fideo	2	4,0			
Tallarín	1	2,0			
Caña	1	2,0			

Antojos durante el embarazo n=50	N	%			
Alas azada	1	2,0			
Bolones de verde	1	2,0			
Camarón	1	2,0			
Pollo	2	4,0			
Pescado	1	2,0			
Encebollados	2	4,0			
Mortadela	1	2,0			
Papaya	1	2,0			
Carne frita	1	2,0			
Frutilla	3	6,0			
Ceviches	1	2,0			
Chaulafán	1	2,0			
Chitos	1	2,0			
Chocolate	2	4,0			
Manjares	1	2,0			
Computas	1	2,0			
Limón	2	4,0			
Fritada	2	4,0			
Choclo	1	2,0			
Naranja	3	6,0			
Mora	1	2,0			
Hamburguesa	1	2,0			
Hotdog	1	2,0			
Salchipapa	2	4,0			
Hornado	1	2,0			
Huevo cocinado	1	2,0			
Piña	3	6,0			
Humitas	1	2,0			
Quimbolos	1	2,0			
Empanadas	1	2,0			
Morocho	1	2,0			
Manzanas	6	12,0			
Uvas	5	10,0			
Maracuyá	1	2,0			
Mariscos	1	2,0			
Melón	1	2,0			
Sandia	4	8,0			
Mandarina	2	4,0			
Helados	1	2,0			
Pan	1	2,0			
Parrillada	1	2,0			
Ensalada de frutas	1	2,0			
Pepino	1	2,0			
Pera	1	2,0			
Sapote	1	2,0			
Plátano seda	1	2,0			
No sintió antojos	13	26,0			

FUENTE: Resultados de la Encuesta

Según los resultados muestran que los alimentos que mejoraron el apetito fueron: manzanas 16,0%, uvas y naranja el 12%, dentro de las carnes; el pollo con 10%, pescado el 8%, arroz el 10%, mandarina el 10%, estos son los resultados más relevantes que se pueden evidenciar en cuanto a los más consumidos. Y un 24% respondió que ningún alimento en especial mejora su apetito.

En la misma tabla se observó que los alimentos que les produjo náuseas y vómitos durante el embarazo fueron; pollo el 10%, carne y pescado el 6%, el 4% brócoli, arroz, piña, papas, lenteja, sardina y todas las verduras todos estos alimentos en iguales porcentajes y el 28% de las madres comentaron que no tuvieron náuseas y vómitos. En lo que se refiere a las náuseas y vómitos, manifestaciones médicas más frecuentes del embarazo, quedan muchos aspectos por aclarar sobre sus causas y tratamiento, pero algunos estudios señalan que hay una menor incidencia de estos síntomas en las embarazadas que recibieron polivitamínicos en las 6 semanas previas al embarazo.

Se puede evidenciar en la tabla los antojos que tuvieron durante el embarazo fueron las frutas; el 12% manzanas, el 10% uvas, el 8% sandía, el 6,0% de frutilla, naranja, piña en iguales porcentajes, es lo más relevante que se puede observar y el 26% de las mujeres aseguraron que no tuvieron ningún antojo durante la gestación. Es posible, dice Elizabeth Somer, autora de *Nutrition for a Healthy Pregnancy* (Nutrición para un embarazo saludable). Los enormes cambios hormonales por los que pasa una mujer durante el embarazo, pueden tener un impacto muy poderoso en sus sentidos del gusto y el olfato. Esto explicaría por qué las mujeres que están pasando por la menopausia, que también implica cambios hormonales, también experimentan esos antojos y rechazos de ciertas comidas. Pero en realidad, dice Somer, nadie sabe qué causa los antojos.

Algunos expertos no creen que los antojos puedan simplemente atribuirse a hormonas. Ronald Chez, un profesor de obstetricia y ginecología en la Universidad del Sur de la Florida, indica que el embarazo tiene un efecto similar en los cuerpos de todas las mujeres, mientras que los antojos varían mucho de persona a persona.

TABLA 8**TRIMESTRES EN QUE SINTIERON ANTOJOS LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SE CONTROLAN EN EL CENTRO DE SALUD N° 1. IBARRA**

Trimestre Antojos n=50	N°	%
Ninguno	11	22,0
Primer T.	26	52,0
Primer T. Segundo T.	1	2,0
Segundo T.	9	18,0
Tercer T.	3	6,0
Total	50	100,0

FUENTE: Resultados de la Encuesta

Al analizar la tabla se observó que durante el primer trimestre es donde sintieron más antojos las embarazadas con el 52%, el 22% de las mujeres no sintieron antojos en ningún trimestre de la gestación, el 18,8% durante el segundo trimestre, el 6% durante el tercer trimestre y el 2% durante el primer y segundo trimestre. Generalmente los antojos se sienten durante los tres primeros meses, o en algunos casos durante toda la gestación, o puede ser que no se sientan durante ningún trimestre.

TABLA 9

CREENCIAS ALIMENTARIAS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SE CONTROLAN EN EL CENTRO DE SALUD N° 1. IBARRA.

Consumo excesivo de ají n=50	N°	%	Consumo de Alimentos Gemelares y Deformes n=50	N°	%
No	25	50%	No	44	88,0%
Si	25	50%	Si	6	12,0%
Total	50	100%	Total	50	100,0%
Dejar restos de alimentos en plato n=50	N°	%	Antojos insatisfechos durante el embarazo n=50	N°	%
No	50	100,0%	No	18	36,0%
Si	50	100,0%	Si	32	64,0%
Total			Total	50	100%
Consumo del plátano y el huevo crudo n=50	N°	%	Consumo de vísceras n=50	N°	%
No	48	96,0%	No Cree	50	100,0%
Si	2	4,0%	Si	50	100,0%
Total	50	100%	Total		
Consumo de cítricos n=50	N°	%	Consumo excesivo de carnes n=50	N°	%
No	39	78,0%	No	45	90,0%
Si	11	22,0%	Si	5	10,0%
Total	50	100%	Total	50	100%
Otras Creencias n=50	N°	%			
Ninguna	46	92,0			
Otras creencias	4	8,0%			
Total	50	100,0%			

FUENTE: Resultados de la Encuesta

Las mujeres embarazadas tienen muchas creencias en relación al consumo de alimentos. Dentro de estas, el 50 % de madres mencionaron que **“El consumo excesivo de ají”** hace que nazcan enfermos (22 %), el 18 % creen que los niños nacen con pintas rojas en la cara, el 6% piensa que los niños nacerán alérgicos, y enfermos del hígado y el 4 % manifestaron que nacen con carácter violento. Y un 50% no creen en esta superstición.

Según investigaciones hay puntos de vista encontrados sobre el ají. Investigadores de la Universidad de Nottingham EE.UU. sostienen que el picante contiene capsaicina, que podría ayudar a combatir el cáncer, la psoriasis y las contracciones musculares. Ahora bien, el consumo excesivo también puede propiciar la aparición de tumores cancerosos en el aparato digestivo, según otros estudios.²⁷

Desde el punto de vista nutricional el ají está restringido en cualquier etapa de la vida especialmente en el embarazo y lactancia ya que es un alimento muy irritante en cuanto a

las creencias se descarta cualquier posibilidad de que los niños nazcan con alguna de las supersticiones encontradas en la investigación ya que no hay ningún estudio que compruebe dichas creencias.

El 12% de embarazadas dijeron que el **“Consumo de alimentos gemelares o deformes”** hace que nazcan niños gemelos (8,0%), el (2%) piensa que los niños nacerán pegados y el (2%) piensa que es malo consumir estos alimentos. y por último el 88% no creen comentaron que es una superstición. 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. Se descarta cualquier creencia en cuanto al consumo de estos alimentos.²⁸

Se observo también que **“Dejar restos de alimentos en el plato”** el 100% de las embarazadas no creen que les puedan hacer hechicerías. En cuanto a esta creencia no se encontró ninguna investigación que compruebe la misma esto se trata de una superstición.

Al analizar la tabla se observa el 64,0% de las madres comentaron que los **“Antojos insatisfechos durante el embarazo”** el (26%) dicen que les causa el aborto, el (18%) dicen que los niños nacen con la boca abierta, el (14%) dicen creer que el niño nace con la boca abierta y también que causa el aborto, el (4%) dicen creer que el niño nace baboso, el (2%) piensa que el niño nacerá con la imagen en su cuerpo del antojo insatisfecho y el 36% simplemente no cree en esta creencia. Es posible, dice Elizabeth Somer, autora de Nutritionfor a HealthyPregnancy (Nutrición para un embarazo saludable). Los enormes cambios hormonales por los que pasa una mujer durante el embarazo, pueden tener un impacto muy poderoso en sus sentidos del gusto y el olfato. Esto explicaría por qué las mujeres que están pasando por la menopausia, que también implica cambios hormonales, también experimentan esos antojos y rechazos de ciertas comidas. Pero en realidad, nadie sabe qué causa los antojos exactamente.

El niño nacerá con una mancha en la piel si no satisfaces tus antojos. Es cierto que las embarazadas pueden cambiar de gustos alimenticios, pero eso no incluye apetencias irrefrenables a cualquier hora del día o de la noche y mucho menos pigmentaciones en la piel del bebé. El deseo intenso por un determinado alimento puede ser provocado: por factores hormonales (que desencadenan un cambio desordenado de las apetencias); por carencias nutricionales (si el antojo se prolonga en el tiempo y es siempre hacia el mismo alimento, puede deberse a una señal del organismo para expresar una carencia); o por una cuestión psicológica (manifestación de la necesidad de sentirse mimada).²⁹⁻³⁰

Según la tabla se puede evidenciar que en cuanto al **“Consumo del plátano y el huevo crudo”** el 4% piensa que le dará cólico el (2%), el (2%) cree que el niño saldrá más blanco y el 96% de las madres embarazadas no creen que puedan tener un parto seco. La explicación a esta creencia, cuando se tiene un parto seco es porque no está saliendo el agua de fuente antes del parto, mas no por el consumo de estos alimentos. El plátano puede dar cólico en algunas personas, cuando se consume en la noche, cuando tienen problemas del hígado. El huevo crudo no debe consumirse ya que la proteína del huevo se absorbe cocida y no cruda, también para evitar la salmonela, 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 telarquia 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.³⁰

Según la tabla se observa el **“Consumo de vísceras”** el 100% de las mujeres embarazadas no creen que 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 nacerá ahogado por el cordón umbilical.

“El consumo de cítricos” el 22% de las mujeres embarazadas creen que, se le cortará la sangre al niño el (8,0%), el (4%) cree que le causa el aborto, el (4%) cree que el niño nacerá alérgico, el (4%) cree que el niño nace desnutrido, el (2%) piensa que le puede dar gastritis a la madre gestante, y el 78% no creen esta superstición. 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.

El “consumo excesivo” de Vitamina C, y de hecho la misma jamás podría ser perjudicial. La vitamina C es una vitamina hidrosoluble (que se disuelve en el agua) y por lo tanto, si

hay un exceso de cantidad, será eliminada por la orina. Entonces se descarta cualquier creencia errónea en cuanto al consumo de cítricos.³¹

Se analiza en cuanto al **“Consumo excesivo de carnes”** el 10% de las mujeres embarazadas cree que, la cabeza del niño se crecerá mucho el (6%), el (2) % cree que le causa el aborto, el (2%) dice que se le puede salir la placenta al momento del parto y el 90% de las mujeres no creen en esta creencia. 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 y la FAO, 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.³⁸ Entonces se descarta cualquier creencia errónea en cuanto al consumo de carnes.

Al analizar la tabla se observa un 8% de las mujeres embarazadas supieron manifestar **“Otras creencias”** el (2%) dijeron que comer muchas frutas y verduras el niño sale más blanco y cabello claro, el (2%) piensa que comer mucho maní nacen gemelos, el (2%) Comer plátano verde produce anemia, el (2%) comer tela de carne no se rompe la tela cuando va salir el niño se endurece y el 92% no supieron manifestar ninguna otra creencia alimentaria durante la gestación. 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 produce anemia, la tela de carne no es más que fibra.

TABLA 10

**ESTADO NUTRICIONAL (IMC) SEGÚN CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SE
CONTROLAN EN EL CENTRO DE SALUD N° 1. IBARRA**

Variables	Bajo peso	Normal	Sobre Peso	Obesidad	Ch2	P
Edad:						
<18	25,0	11,1	9,1	0,0	5,77	0,7621 NS
18-26	75,0	66,7	54,5	66,7		
27-36	0,00	22,2	27,3	33,3		
>36	0,00	0,00	9,1	0,0		
Instrucción						
Primaria	0,0	11,1	40,9	16,7	9,9813	0,1254 NS
Secundaria	100	72,2	40,9	83,3		
Superior	0,00	16,7	18,2	0,0		
Etnia						
Indígena	0,00	5,6	4,5	0,00	7,1591	0,3064 NS
Mestiza	100	77,8	86,4	50,0		
Negra	0,00	50,0	9,1	50,0		
Religión						
Católica	100	88,9	81,8	100	2,1732	0,5372 NS
Cristiana	0,00	11,1	18,2	0,0		
Ocupación						
Comerciante	0,0	5,6	4,5	0,0	13,4013	0,7672 NS
Costurera	0,0	5,6	4,5	0,0		
Empleada pública	0,0	16,7	4,5	0,0		
Estilista	0,0	5,6	4,5	0,0		
Estudiante	25,0	5,6	18,2	16,7		
Florícola	0,0	0,0	0,0	16,7		
Quehaceres domésticos	75,0	61,1	63,6	66,7		
Estado civil						
Casada	75,0	82,2	68,2	33,3	13,3688	0,1466 NS
Divorciada	0,0	0,0	4,5	0,0		
Soltera	25	27,8	27,3	66,7		
Procedencia						
Urbano	8,0	36,0	44,0	12,0		

FUENTE: Resultados de la Encuesta.

Aunque no se observó diferencias significativas entre el estado nutricional de las embarazadas y la edad se puede apreciar que el sobrepeso es mayor entre las embarazadas de 18 a 26 años y luego tiende a disminuir, en cambio la obesidad se incrementa a medida que aumenta la edad, el bajo peso es un problema en las embarazadas especialmente en las menores de 18 años lo cual podrá tener complicaciones durante el parto. A diferencia de las madres de 18 a 26.

No se observó diferencias significativas en el estado nutricional de las mujeres embarazadas y la instrucción, los resultados que se puede evidenciar que el sobrepeso es mayor en las embarazadas que solo tienen instrucción primaria y secundaria, a diferencia que disminuye con la educación superior. En cuanto la obesidad aumenta en el nivel secundario.

Tampoco se observó diferencias significativas entre el estado nutricional y la etnia, todas las mujeres mestizas presentaron bajo peso, el sobrepeso es mayor en la raza mestiza y la obesidad aumenta en la raza mestiza y negra.

Según el estado nutricional y la ocupación no se observó diferencias significativas, se puede apreciar que el bajo peso, el sobrepeso y la obesidad es mayor en las embarazadas que se dedican a lo quehaceres domésticos. Esto debe ser porque las mujeres pasan todo el tiempo en el hogar.

Aunque no se observó diferencias significativas, entre el estado nutricional de las embarazadas y el estado civil, el bajo peso y sobrepeso es mayor en las mujeres casadas y aumenta la obesidad en las mujeres solteras.

TABLA 11

RELACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL (IMC) Y PRACTICAS ALIMENTARIAS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SE CONTROLAN EN EL CENTRO DE SALUD N° 1. IBARRA

Variables	Bajo peso	Normal	Sobre Peso	Obesidad	Ch2=	P=
Tiempos de comida						
Tres tiempos de comida.	25,0	27,8	50,0	50,0	7,8075	0,2525 NS
Cinco tiempos de comida.	5,0	66,7	50,0	50,0		
Seis tiempos de comida	25,0	5,6	0,0	0,0		
Consistencia preparaciones						
Líquida	3,2	32,3	51,6	12,9	3,7716	0,2872
Semilíquida	5,7	40,0	42,9	11,4	1,3468	0,7181
Sólida	9,1	27,3	54,5	9,1	5,3354	0,1488
Antojos T.						
Ninguno	25,0	27,8	22,7	0,0	18,1277	0,1119 NS
I Trimestre	25,0	38,9	68,2	50,0		
I y II T.	0,0	0,0	0,0	16,7		
II Trimestre	50,0	22,2	4,5	33,3		
III Trimestre	0,0	11,1	4,5	0,0		

FUENTE: Resultados de la Encuesta

No se observó diferencias significativas entre el estado nutricional y los tiempos de comida que consumieron las embarazadas, presentaron bajo peso las mujeres que consumen tres tiempos de comida y seis tiempos de comida y se puede reflejar que el sobrepeso u obesidad es mayor en las embarazadas que consumieron tres tiempos y cinco tiempos de comida, por lo que se puede concluir que las embarazadas no saben combinar las preparaciones de forma adecuada.

Según los resultados entre el estado nutricional y la consistencia de las preparaciones, no se observó diferencias significativas, el sobrepeso es mayor en las embarazadas que consumen preparaciones líquidas y sólidas mientras tanto que la obesidad es casi similar entre las mujeres que consumieron preparaciones líquidas y semilíquidas.

Aunque tampoco se observó diferencias significativas entre el estado nutricional y los antojos durante los trimestres, el bajo peso se puede apreciar en las embarazadas que mencionaron tener antojos durante el segundo trimestre, el sobrepeso es más evidente en el primer trimestre y la obesidad está presente en el primer y segundo trimestre del embarazo.

LACTANCIA

TABLA 12

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES LACTANTES QUE SE CONTROLAN EN EL CENTRO DE SALUD N° 1. IBARRA

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	No.	%	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	No.	%
GRUPOS DE EDAD n=150			NIVEL DE INSTRUCCIÓN n=150		
< 18 años	8	5,3	Primaria	30	20,0
18 – 26	84	56,0	Secundaria	92	61,3
27 – 36	48	32,0	Superior	28	18,7
> 36	10	6,7	Total	150	100
Total	150	100			
PROCEDENCIA n=150			OCUPACIÓN n=150		
Urbano	140	93,3	Artesana	6	3,7
Rural	10	6,7	Cocinera	1	0,7
Total	150	100	Comerciante	7	4,7
			Empleada Doméstica	2	1,3
			Empleada Privada	2	1,3
			Empleada Pública	8	5,3
			Estudiante	23	15,3
			Florícola	1	0,7
			Quehaceres Domésticos	100	66,7
			Total	150	100
ETNIA n=150			ESTADO CIVIL n=150		
Indígena	4	2,7	Casada	113	75,3
Mestiza	138	92,0	Divorciada	4	2,7
Negra	8	5,3	Soltera	33	22,0
Total	150	100	Total	150	100
RELIGIÓN n=150					
Católica	134	89,3			
Cristiana	16	10,7			
Total	150	100			

FUENTE: Resultados de la Encuesta

Según se observó que la mayoría de mujeres lactantes estuvieron en las edades de 18-25 años con un porcentaje de 56%, también hay un porcentaje del 32% que estuvieron entre los 27 y 36 años, y por ultimo esta un pequeño porcentaje del 5,3% que son menores de 18 años. Esto nos indico que la mayoría de mujeres están entre los 18 y 36 años, 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.

En lo que se refiere al nivel de instrucción la mayoría de mujeres lactantes cursaron instrucción secundaria el 61,3%, mientras que un 20% terminó la primaria y solo el 18% pudo alcanzar un nivel superior. 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 cuanto al lugar de residencia de las mujeres lactantes la mayoría se encuentra en la zona urbana con el 93,3%, esto quiere decir que cuenta con todos los servicios básicos como: agua, luz, alcantarillado etc. Y tan solo el 6,7% viven en una zona rural. Se observo que la ocupación de las lactantes el 66,7% se dedican a quehaceres domésticos, el 15,3% de las madres estudian y solo el 9,3% son mujeres son profesionales. En conclusión la mayoría de madres lactantes permanecen en el hogar donde se les haría más fácil la lactancia materna ya que pueden permanecer junto a sus hijos, pero el resto de madres lactantes están estudiando o salen a trabajar lo que no les impide dar de lactar a sus hijos de la forma más adecuada.

Según la etnia el 92% son de raza mestiza, el 5,3% de raza negra y el 2,7% de raza indígena. De la misma forma se observa que el 89,3% de mujeres lactantes son católicas y el 10,7% son de religión cristiana.

Por último en la misma tabla se observo que el 75,3% de mujeres lactantes son casadas y en unión libre y un 22% 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.

TABLA 13

ESTADO NUTRICIONAL SEGUN IMC DE LAS MUJERES LACTANTES QUE SE CONTROLAN EN EL CENTRO DE SALUD N° 1. IBARRA

ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN IMC. n=150	N°	%
Bajo peso	2	1,3
Normal	72	48,0
Sobrepeso I	62	41,3
Obesidad I	13	8,7
Obesidad II	1	0,7
Total	150	100

FUENTE: Resultados de la Encuesta

Según los resultados que se muestran con el indicador IMC se observa que el 50,7% de mujeres lactantes están con sobrepeso, obesidad I y II, es decir que la mayoría presenta problemas de sobrepeso y obesidad lo cual no es tan preocupante ya que por la lactancia se necesita tener grasa de reserva para la producción de la leche materna, es preocupante cuando ya ha pasado un año de lactancia y la madre no ha perdido peso entonces estaremos hablando de un riesgo. En este caso se debe disminuir la cantidad de alimentos y seguir dando de lactar a su hijo o hija. Normalmente la madre en periodo de lactancia baja de peso después del parto (en los primeros seis meses) y a medida que da de lactar. Si no da de lactar, la madre puede aumentar de peso, por ende su importancia. En el mismo cuadro se observo el 1,3% de madres con bajo peso, lo que significa que la mujer en periodo de lactancia que no gano peso adecuado durante el embarazo, incrementa en esta época la problema nutricional debido a la gran demanda de energía que requiere para la producción de leche. En este caso se recomienda el consumo de alimentos con alto valor calórico proteico y adicionar una comida más a lo recomendado.

TABLA 14

CONSUMO DE ALIMENTOS DURANTE LA LACTANCIA DE MUJERES LACTANTES QUE SE CONTROLAN EN EL CENTRO DE SALUD N° 1. IBARRA.

<i>Carnes y Embutidos</i>	N	%	<i>Leguminosas</i>	N	%
Carne de pollo			Arveja		
Carne de Res	141	94,0	Habas	98	65,3
Carne de cerdo	95	63,3	garbanzo	21	14,0
Pescado	13	8,67	Fréjol	3	2,0
Atún	51	34,0	Lenteja	124	82,7
Sardina	73	48,6	Chochos	101	67,3
Salchicha	18	12,0	Ninguno	27	18,0
Ninguna	118	78,6		5	3,3
	6	4,0			
<i>Lácteos y Derivados</i>			<i>Cereales y Derivados</i>	N	%
Leche	137	91,3	Arroz	148	98,7
Queso	77	51,3	Avena	103	68,7
Yogurt	25	16,7	Pan	129	86,0
Huevos	137	91,3	Arroz de cebada	36	24,0
Ninguno	2	1,3	Quinoa	20	13,3
			Harina flor	6	4,0
<i>Tubérculos</i>	N	%	Harina de trigo	17	11,3
Papas	147	98,0	Harina de haba	5	3,3
Yucas	56	37,3	Harina de maíz	11	7,3
Camote	13	8,7	Harina de plátano	26	17,3
Zanahoria blanca	12	8,0	Harina de machica	8	5,3
Mellocos	67	44,7	Maicena	13	8,7
Ocas	5	3,3	Tapioca	7	4,7
			Fideo	106	70,7
			Tallarín	111	74,0

<i>Frutas</i>	N	%	Tostado	15	10,0
Manzana	128	85,3	<i>Verduras y Hortalizas</i>	N	%
Pera	26	17,3	Cebollas	102	68,0
Plátano maduro	49	32,7	Lechuga	97	64,7
Plátano seda	67	44,7	Rábano	1	0,7
Plátano verde	53	35,3	Remolacha	15	10,0
Limón	35	23,3	Pepinillo	33	22,0
Mandarina	53	35,3	Zanahoria amarilla	94	62,7
Naranja	86	57,3	Tomate riñón	115	76,7
Piña	33	22,0	brócoli	72	48,0
Papaya	41	27,3	coliflor	36	24,0
Uva	35	23,3	Col verde	69	46,0
Aguacate	7	4,7	Col morada	6	4,0
Durazno	2	1,3	Acelga	67	44,7
Frutilla	7	4,7	Berros	7	4,7
Melón	4	2,7	Espinaca	33	22,0
Sandía	13	8,7	Ninguna	4	2,7
kiwi	7	4,7	<i>Azúcares</i>	Nº	%
Tomate de árbol	24	16,0	Azúcar blanca	127	84,7
Ninguna	1	0,7	Azúcar morena	27	18,0
			Panela	29	19,3
<i>Grasas</i>	N	%	<i>Condimentos</i>	N	%
Aceite	145	96,7	Ajinomoto	15	10,0
Manteca vegetal	20	13,3	Ajo	32	21,3
			Sazón competo	22	14,7
			Comino	70	46,7
			Maggi	64	42,7
			Ranchero	10	6,7
			Ninguno	65	22,0

FUENTE: Resultados de la Encuesta

Según se observó que la mayoría de madres lactantes consumieron más de dos tipos de carne que fueron: carne de pollo 94,0% y res (63,3%), además hay un porcentaje de madres lactantes el 4% que no consumen ningún tipo de carne. Se ve también un buen consumo de salchicha (embutido) 78,6%, el pescado el 34,0%, y los enlatados como el atún y la sardina el 60,6%. Entonces se puede decir que la mayoría sí consumen alimentos proteicos de origen animal, que son importantes ya que durante este periodo se requiere una mayor cantidad de todos los nutrientes incluso más que en el embarazo. Además estos son importantes no solo por su aporte de proteínas sino de hierro ya que la madre necesita una ingestión adecuada de este nutriente para recuperar lo que se perdió durante el parto, entonces lo que se ingiere en la dieta por la madre, junto con la reserva de hierro almacenado durante el embarazo determina la cantidad de hierro que contendrá la leche materna para cubrir las necesidades nutricionales del niño hasta los seis meses.

En cuanto al consumo de los lácteos los que más se consumió fue la leche y los huevos con un 91,3% cada uno, en menores porcentajes estuvo el consumo del queso 51,3% y del yogurt con el 16,3%. Hay un mínimo porcentaje del 1,3% que no consumen lácteos, esto significa que todavía se debe hacer énfasis en su consumo debido al aporte de calcio y vitamina A que nos aportan estos alimentos.

Continuando con el análisis se observó que las leguminosas de mayor consumo fueron el fréjol con el 82,7%, la lenteja el 67,3% y arveja el 65,3%, mientras que los chochos solo consumió el 18,0% así como las habas el 14,0%. Se concluye que hubo un gran porcentaje de lactantes que las consumen ya sea una o varias de estas, las cuales son alimentos ricos en proteínas de origen vegetal.

A continuación según el consumo de cereales el 98,7% de mujeres lactantes consumió el arroz siendo este el cereal de mayor consumo, el 86,0% consumieron pan, avena el 68,7% y pastas como el tallarín el 74,0%, fideo el 70,0% de mujeres lactantes. En menores cantidades le siguen el consumo del arroz de cebada el 24,0%, la quinua el 13,3%, al igual que las harinas de (plátano, maíz, trigo, flor, machica) utilizadas para prepararse coladas ya sea de sal o de dulce con leche o solas, las cuales son muy nutritivas por su alto contenido de carbohidratos que aumentan la cantidad de leche de las madres que dan de lactar, de ahí la importancia de su consumo. Es decir que según estos resultados fueron altos los porcentajes de consumo de cereales que 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.

Según se observó el consumo de los tubérculos como la papa es el de mayor consumo 98,0%, también está el melloco con el 44,7%, la yuca en cambio la consumen el 37,3% de mujeres y en menores porcentajes es el camote, zanahoria blanca y las ocas.

En lo que se refiere al consumo de frutas las que más se consumieron fueron, manzanas el 85,3 %, naranjas el 57,3% y el plátano seda el 44,7%, también hay un consumo importante de otras frutas como son la mandarina el 35,3%, limón el 23,3%, papaya el 27,3% y piña el 22,0% y en mínimos porcentajes están el consumo del resto de frutas (uva, pera, durazno, frutilla, sandía, kiwi, melón, tomate de árbol, etc.). es decir que si hay un buen aporte de frutas en su alimentación, las cuales les aportan vitaminas y minerales como la vitamina C favorable para la absorción del hierro, además que ayuda a fortalecer las defensas y en sí el sistema inmunológico en contra de enfermedades infecciosas

La tabla también muestra que hubo un buen consumo de verduras y hortalizas, entre las que más se destacan están la zanahoria amarilla el 62,7%, tomate riñón el 76,7%, cebollas

(blanca, paiteña) el 61,0%, brócoli el 48,0%, col verde el 46,0% y acelga el 44,7%, mientras que las de menor consumo fueron: el rábano, remolacha, pepinillo, coliflor, berros, col morada y espinaca. Entonces se puede decir que la mayoría de estas mujeres si consumen verduras, aunque todavía hace falta que lo hagan en variedad y no solo algunas de ellas, ya que cada una de estas nos aportan diferentes vitaminas y minerales en su alimentación, así por ejemplo el brócoli es fuente de calcio y ácido fólico, la zanahoria amarilla rica en vitamina A. El consumo de acelga, espinaca, berros que son de color verde oscuro son fuentes importantes de hierro de ahí la importancia de su consumo.

Según el consumo de azúcares el 84,7% prefiere utilizar el azúcar en sus preparaciones, panela el 19,3% y el azúcar morena el 18%. Lo importante del consumo de azúcares que no se exagere su consumo y no se utilice más de lo recomendado, por ejemplo los jugos de algunas frutas son dulces y no se necesita que se utilice azúcares.

Las madres lactantes prefirieron el uso del aceite el 96,7%, manteca vegetal 13,3%. Y finalmente en cuanto al uso de condimentos en las preparaciones, la mayoría se inclinaba por el uso de condimentos no naturales, así el comino lo usaban el 46,7%, maggi el 42,7%, ajinomoto el 10,0% entre otros, solo había un 43,3% que utilizaba condimentos naturales como (ajo, cebollas, pimienta, etc.) para la preparación de sus comidas que son más saludables.

TABLA 15

NUMERO DE COMIDAS AL DIA DE LAS MUJERES LACTANTES QUE SE CONTROLAN EN EL CENTRO DE SALUD N° 1. IBARRA.

<i>Comidas al día n=150</i>	N°	%
Tres tiempos de comida (1,3,5)	50	33,4
Cuatro tiempos de comida (1,2,3,4)	25	16,6
Cinco tiempos de comida(1,2,3,4,5)	73	48,7
Seis tiempos de comida(1,2,3,4,5,6)	2	1,3
TOTAL	150	100,0

FUENTE: Resultados de la Encuesta

Al analizar el cuadro se observó que el 48,7% de las mujeres lactantes consumen cinco tiempos de comidas (Desayuno, Almuerzo, Merienda y Refrigerios entre comidas) y un 33,4% consumen los tres tiempos de comidas principales (Desayuno, Almuerzo y merienda). Es decir que la mitad de mujeres lactantes si cumplieron con las recomendaciones del numero de comidas al día adecuadas para este periodo. Cabe resaltar que el consumo de los cinco tiempos de comida es importante para tener una buena

producción de leche, tanto en calidad como en cantidad. Si la madre está dando de lactar y come alimentos variados, tendrá suficiente leche para alimentar correctamente al niño o niña.

TABLA 16

CONSISTENCIA DE LAS PREPARACIONES DE LAS MUJERES LACTANTES QUE SE CONTROLAN EN EL CENTRO DE SALUD N° 1. IBARRA.

<i>Consistencia de las preparaciones</i>	N	%
Líquida	76	50,6
Semilíquida	97	64,66
Sólida	98	65,33

FUENTE: Resultados de la Encuesta

Según la consistencia de las preparaciones el 65,33% de las mujeres lactantes prefieren sólidas, el 64,66% semilíquidas y el 50,6% líquidas. Lo recomendable es consumir los tres tipos de consistencias, pero sobre todo hay que consumir abundantes líquidos como jugos o coladas que ayudan a la producción de leche. Se debe evitar los refrescos carbonatados, gaseosas, té y café, ya que estos inhiben la absorción de ciertos nutrientes como el hierro y el calcio.

TABLA 17

ALIMENTOS QUE NO CONSUMEN LAS MUJERES LACTANTES QUE SE CONTROLAN EN EL CENTRO DE SALUD N° 1. IBARRA.

<i>Alimentos que no consume durante la lactancia</i>	N°	%
Ají	3	2,0
maracuyá	1	0,7
café	1	0,7
fritos	1	0,7
Arveja	2	1,3
Atún	1	0,7
Sardina	2	1,3
Brócoli	1	0,7
Coliflor	1	0,7
Acelga	1	0,7
Nabo	1	0,7
Pepinillo	1	0,7
rábano	1	0,7
Chanco	20	13,3
Carne de res	4	2,7
Pescado	2	1,3
Fritos	5	3,3
Gaseosa	1	0,7
Granos todos	3	2,0
Leche	2	1,3
Mariscos	2	1,3
Papas fritas	1	0,7
Quinoa	1	0,7
Salchichas	1	0,7
Sopa de pollo	1	0,7
Verduras todas	2	1,3
Todos consume	99	66,0

FUENTE: Resultados de la Encuesta

Según se observó que los alimentos que no consumían cuando estaban dando de lactar fueron la carne de chanco el 13,3% ya que explicaron que es un carne irritante y les hace daño, hubo además el 2% que no consumían granos ya que se habían sometidos a una cirugía cesaria al momento de dar a luz y dicen que la herida puede infectarse por lo que no consumían este tipo de alimentos, otras mujeres dijeron además que no consumían algunas verduras como: (brócoli, coliflor, acelga nabo, pepinillo, rábano) el 2%, porque les

dejo de gustar, pero un 66% de mujeres lactantes dijo que consumen todo tipo de alimento y dijeron no tener restricción alguna.

TABLA 18

ALIMENTOS QUE AUMENTAN LA PRODUCCION DE LECHE DE LAS MUJERES LACTANTES QUE SE CONTROLAN EN EL CENTRO DE SALUD N° 1. IBARRA.

<i>Alimentos que aumentan la producción de leche</i>	N	%
Agua	3	2
Arroz	1	0,7
Jugos de frutas	18	12
Avena con frutas	1	0,7
Avena en leche	32	21,3
Colada de harina de maíz	17	11,3
Harina plátano	15	10,0
Mi bebida	4	2,7
Sopa de fideo	7	4,7
Tapioca	3	2
Arroz de cebada	5	3,3
Machica	8	5,3
Sopa de verduras	15	10
Leche	16	10,7
Leche con frutas	5	3,3
Frutas	12	8,0
Maicena	3	2,0
Avena en agua	12	8,0
Quinua	6	4
Queso	1	0,7
Agua aromática	1	0,7
Ninguno	26	17,3
Panela	1	0,7
Sancocho	2	1,3
Colada de verde	1	0,7

FUENTE: Resultados de la Encuesta

En cuanto a los alimentos que aumentan la producción de leche la mayoría de lactantes prefirieron preparaciones acompañadas de leche, por ejemplo el 21,3% consumía avena en leche, colada de harina de maíz 11,3%, colada de harina de plátano y leche 10,0% y leche sola 10,7%, es decir que el consumo de la leche les ayudara a aumentar la producción de leche, también hubo un porcentaje importante que dijo que los jugos de frutas el 12% o las frutas al natural el 8,% les había ayudado para producir más cantidad de leche, además

hubo quienes dijeron que la sopa de verduras el 10%, arroz de cebada el 3,3%, la machica el 5,3%, la maicena el 2,0%, la quinua el 4%. Con esto se demostraría que es importante el consumo de preparaciones nutritivas y variadas para una buena producción de leche, que sean beneficiosas para el niño.

TABLA 19

CREENCIAS ALIMENTARIAS DE LAS MUJERES LACTANTES QUE SE CONTROLAN EN EL CENTRO DE SALUD N° 1. IBARRA.

Consumo de bebidas alcohólicas y gaseosas aumentan la cantidad de leche n=150	N°	%	Alimentos que disminuyan la cantidad de leche n=150	N°	%
Si cree	37	24,7	Si conoce	24	16,2
No cree	113	75,3	No conoce	126	84,0
			Total	150	100,0
Al no protegerse la espalda se seca la leche n=150	N°	%	Entre haya mas succión aumenta la cantidad de leche n=150	N°	%
No cree	70	46,7	No cree	25	16,7
Si, cree	80	53,3	Si cree	125	83,3
Total	150	100	Total	150	100,0
Consumo de verduras alteran el olor y sabor de la leche o produce cólicos a los niños n=150	N°	%	Cuando tiene iras es bueno darle el seno al niño n=50	N°	%
No Cree	91	60,7	Si	9	6,0
No Sabe	39	26,0	No	141	94,0
Si Cree	20	13,3	Total	150	100,0
Total	150	100,0			

FUENTE: Resultados de la Encuesta

Al analizar la tabla sobre creencias alimentarias se observo que la mayoría de madres lactantes respondió a la creencia “*El consumo de bebidas alcohólicas y gaseosas aumentan la cantidad de leche*” El (75,3%) dijo No cree, porque no tiene ningún nutriente, es decir que no consume este tipo de bebidas porque según dijeron no son beneficiosas en nada para su alimentación y si alguna vez lo habían consumido no había aumentado su cantidad de leche. Mientras un (24,7%) dijo que Si cree, por diferentes razones como eran que “hizo la prueba” y si había comprobado que la cantidad de leche había aumentado, además hubo un (10%) que dijo también que Si cree, pero no sabe porque, esto quiere decir que si creían en esto pero no sabían a ciencia cierta el porqué ya que solo sabían de esto por otras personas, pero no habían hecho la prueba por sí mismas, y las que lo habían comprobado no sabían cómo es que estas bebidas aumentan la cantidad de leche. 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.³²

Continuando con otra de las creencias durante la lactancia “***Conoce alimentos que disminuyan la cantidad de leche***”, la mayoría de mujeres en periodo de lactancia respondió que no conoce de alimentos que disminuyan la cantidad de leche (84%), esto quiere decir que no habían notado que algún alimento de la dieta que consumía habitualmente pudiera disminuir su producción de leche, mientras que el restante 15,9% dijeron que sí conocían de diferentes alimentos que disminuían la cantidad de leche, entre estos están el arroz, el arroz de cebada, alimentos fríos o helados y alimentos cítricos como el limón.

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.³²

A continuación esta la creencia “***Cree que al no protegerse la espalda por las tardes o en la noche se puede disminuir la producción de leche***”. El 46,7% respondió que No cree ya que según sus testimonios si habían estado en muchas ocasiones descubiertas ya sean en la tarde o en la noche sin embargo no había disminuido la cantidad de leche que tenía en ese momento. Mientras que el otro 53,3% respondió que si creían por diferentes motivos así un 20% dijo Si cree porque se resfría la leche es decir que al no cubrirse la espalda la leche tiende a enfriarse y su producción disminuye e inclusive con el tiempo puede secarse completamente, el otro 20,0% dijo que Si creían porque se había disminuido o secado la cantidad de leche y un 13,4% dijo que si creían porque habían escuchado de otras personas como amigas, o de las abuelas pero no estaban seguras ya que no lo habían probado por temor a que se disminuya o se seque la leche. También dijeron que si creían que podía disminuir la cantidad de leche o incluso secarse pero esto sucedía especialmente durante los tres primeros meses de lactancia después ya no había estos problemas No existe evidencia científica que pueda demostrar que no cubrirse la espalda pueda producirse la disminución de la leche, más bien existen casos de madres que no tiene suficiente leche materna para sus hijos debido a que no hay una adecuada succión, una alimentación balanceada y suficientes líquidos.

En el cuadro con relación a “***Cree que entre más succión haya del bebe, se aumente la cantidad de leche***” Respondieron que **Si cree** el 83,3% ya que el pediatra les había

recomendado y sobre todo ellas mismas habían hecho la prueba. Por otro parte el restante 16,7% de madres lactantes dijo no creer en esta afirmación ya que habían hecho la prueba y no paso nada, la cantidad de leche siguió igual y no aumento. Se ha demostrado que la succión del lactante es el estímulo desencadenante para la producción y secreción de leche. La succión frecuente del pezón ejercida por la boca del bebe, estimula la producción de leche materna en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades del lactante. Es la regla de oro para la producción de la leche “A mayor succión, mayor producción”. Los líquidos suministrados a la madre ayudan a mantenerla hidratada y a calmarle la sed, pero no son los que causan directamente la producción de la leche.³³

Continuando con el análisis de las respuestas a la creencia de si **“El consumo de verduras puede ocasionar que se altere el olor y sabor de la leche o que se produzcan cólicos en los niños”** Se obtuvo el porcentaje del 60,7% que afirmo que No cree, ya que nunca había pasado nada al consumir este tipo de alimentos. El 26,0% dijo que No sabe, es decir que no había tomado en cuenta esta situación o no había notado nada malo al consumir las verduras, y por último el 13,3% respondió que Si cree ya que sus hijos tenían cólicos cuando ellas consumían verduras pero esto sucedía en las noches y con verduras como la col, coliflor, brócoli, verduras que son conocidas como flatulentas ya que pueden producir gases. 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.³⁴

Finalmente se observa la tabla que hace referencia a la última creencia **“Cuándo tiene iras cree que es recomendable darle el seno al niño/a”** A lo que respondió la gran mayoría que **No** (94%) por diferentes razones entre las cuales están que No porque le da cólico y diarrea, es decir que el niño se enferme por tomar esta leche, un 16,0% dijo que No es bueno porque le da colerín al niño, otro 17,3% No es bueno porque el niño/a se pone inquieto, también un 14,0 quienes dijeron que No es bueno, pero saben porque, esto quiere decir que no estaban seguras de que pueda sucederle al niño pero sabían que algo malo podía pasarle y un 2,7% No es bueno porque el niño/a puede morir. Sin embargo hubo un 6,0% de madres lactantes que no creía en esto y que estaban seguras de que no pasaba nada si el niño tomaba esta leche e incluso lo habían comprobado ellas mismo y no tenían de que preocuparse.

TABLA 20

**ESTADO NUTRICIONAL (IMC) SEGÚN CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES LACTANTES QUE SE
CONTROLAN EN EL CENTRO DE SALUD N° 1. IBARRA.**

Variables	ESTADO NUTRICIONAL					Ch2	P		
	Bajo peso	Normal	Sobre Peso	Obesidad I	Obesidad II				
Edad									
<18	0,0	5,6	4,8	7,7	0,0	20,473	0,058 SS		
18-26	50,0	72,2	41,9	30,8	0,0				
27-36	50,0	20,8	41,9	46,2	1,2				
>36	0,00	1,4	11,3	15,4	0,0				
Instrucción									
Primaria	0,0	16,7	25,8	15,4	0,0	9,4856	0,303 NS		
Secundaria	100,0	59,7	61,3	62,9	0,0				
Superior	0,0	23,6	12,9	15,4	100,0				
Ocupación									
Artesana	0,0	4,2	3,2	7,7	4,0	79,2617	0,0009 SS		
Cocinera	0,0	0,0	1,6	0,0	0,7				
Quehaceres Domésticos	50,0	69,4	67,7	53,8	66,7				
Empleada Domestica	0,0	1,4	1,6	0,0	1,3				
Empleada Privada	0,0	0,0	1,6	7,7	1,3				
Estudiante	0,0	20,8	11,3	7,7	15,3				
Florícola	0,0	1,4	0,0	0,0	0,7				
Empleada Publica	50,0	2,8	4,8	7,7	5,3				
Comerciante	0,0	0,0	8,1	15,4	4,7				
Etnia								4,3159	
Indígena	0,0	2,8	3,2	0,00	0,0			4,3159	0,8276 NS
Mestiza	100,0	94,4	90,3	84,6	100,0				
Negra	0,0	2,8	6,5	15,4	0,0				
Religión						1,3987			
Católica	1,5	91,7	87,1	84,6	0,7	1,3987	0,8444 NS		
Cristiana	0,0	8,3	12,9	15,4	0,0				
Estado Civil									
Casada	100,0	72,2	74,2	92,4	100,0	15,7060	0,2051 NS		
Divorciada	0,0	0,0	6,5	0,0	0,0				
Soltera	0,0	27,8	19,4	7,7	0,0				

Procedencia						5,4275	0,2462
Rural	0,0	9,7	1,6	15,4	0,0		NS
Urbana	100,0	90,3	98,4	84,6	100,0		

FUENTE: Resultados de la Encuesta

Según la relación entre el estado nutricional y la edad existen diferencias significativas, ya que se puede apreciar que el sobrepeso es mayor entre las mujeres lactantes sobre todo en las edades de 18-26 años y 27-36 años y luego tiendo a disminuir, mientras que la obesidad tipo I esta presenta más en las mujeres lactantes de entre 27-36 años, en cambio que la obesidad tipo II no es tan significativa y solo la presentan las mujeres entre los 27-36 años.

Así mismo no se observo diferencias significativas entre el estado nutricional y el nivel de instrucción ya que la mayoría de mujeres que presentan sobrepeso y obesidad, han terminado sus estudios secundarios y van disminuyendo conforme van culminando los estudios superiores.

En la misma tabla se observo diferencias significativas entre el estado nutricional y la ocupación ya que según los resultados las mujeres que presentaron sobrepeso y obesidad tipo I y II son las mujeres que se dedicaban a los quehaceres domésticos, es decir que se encuentran en el hogar la mayor parte del tiempo, después están las mujeres que son estudiantes y empleadas públicas.

Continuando no se observo diferencias significativas entre el estado nutricional y la etnia ya que las mujeres con sobrepeso y obesidad tipo I y II son más mestizas, en relación a indígenas o mujeres de raza negra y las mismas mujeres profesan más la religión Católica que la Cristiana.

En cuanto a la relación entre el estado nutricional y el estado civil no se encontró diferencias significativas ya que las mujeres con sobrepeso que son la mayoría, son casadas o viven en unión libre, al igual que las mujeres que presentan obesidad tipo I y II.

TABLA 21

RELACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL (IMC) Y PRACTICAS ALIMENTARIAS DE LAS MUJERES LACTANTES QUE SE CONTROLAN EN EL CENTRO DE SALUD N° 1. IBARRA.

Variables	ESTADO NUTRICIONAL					Ch2	P
	Bajo peso	Normal	Sobre Peso	Obesidad I	Obesidad II		
<i>Tiempos de comida</i>							
Cuatro tiempos de comida	50,0	11,1	22,6	0,0	0,0	10,4558	0,5760NS
Cinco tiempos de comida (1,2,3,4,5)	0,0	55,6	43,5	38,5	100,0		
Seis tiempos de comida (1,2,3,4,5,6)	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0		
Tres tiempos de comida (1,3,5)	50,0	30,6	33,9	46,2	0,0		
Líquida	40,0	28,6	28,6	20,0	33,3	3,7308	0,4437
Semilíquida	40,0	33,3	37,5	40,0	33,3	4,0144	0,4041
Sólida	20,0	38,1	33,9	40,0	33,3	2,0132	0,7333

FUENTE: Resultados de la Encuesta

No se observaron diferencias significativas entre el estado nutricional y el número de comidas, las mujeres que presentan bajo peso consumieron tres y cuatro tiempos de comida, el sobrepeso se refleja mas en las lactante que consumen cinco tiempos de comida, mientras que las mujeres con Obesidad tipo I consumían solo tres tiempos de comida, y en cambio en las mujeres que presentaron obesidad tipo II consumían cinco tiempos de comida.

Al analizar el estado nutricional y la consistencia de las preparaciones no se encontró diferencias significativas, las mujeres lactantes presentaron bajo peso consumiendo preparaciones líquidas y semilíquidas, el sobrepeso es mayor en las mujeres que consumieron preparaciones semilíquidas, la obesidad I está reflejada en las preparaciones semilíquidas y sólidas y la obesidad II afecta a las mujeres que consumen los tres tipos de preparaciones.

4.2. DISCUSIÓN

En el presente estudio se valoro las prácticas, creencias alimentarias y estado nutricional de 50 mujeres embarazadas y 150 mujeres en periodo de lactancia del centro de salud N° 1 de la Ciudad de Ibarra.

Los resultados muestran que las mujeres tanto durante el embarazo como en la lactancia hay un alto porcentaje de mujeres embarazadas y lactantes que no consumen alimentos que proporcionan proteínas de origen animal y vegetal, el (44%), también se encontró que el 14,5% de mujeres no consumen alimentos que son fuentes de carbohidratos, en lo referente al consumo de alimentos que aportan vitaminas y minerales el 20% no consumen. La mayoría de las mujeres dijeron que no consumen condimentos el (62,5%). A diferencia en el consumo de grasas y azúcares todas las mujeres consumen.

En cuanto al número de comidas las embarazadas y lactantes consumen en su mayoría cinco tiempos de comida (87%). La consistencia de las preparaciones las embarazadas prefieren semilíquidas (70%) y las lactantes sólidas (65,33%).

Los alimentos que mejoran el apetito de las embarazadas son las naranjas y manzanas el (16,0%) en igual porcentaje cada una, uvas el (12%), los alimentos que producen náuseas y vómitos fueron: pollo (10%), pescado y carne (6%), en cambio los antojos que tuvieron las embarazadas fueron las, manzanas (12%), uvas el (10%), sandía (8%), frutilla, naranja y piña (6%). En lo que se refiere en que trimestre sintieron antojos, la mayoría de las mujeres embarazadas manifestaron tener durante el primer trimestre (52%).

Las mujeres lactantes mencionaron que los alimentos que no consumen durante la lactancia son; carne de chanco el (13%) explicaron que es un carne irritante y les hace daño, hubo además 2% que no consumían granos ya que habían sometidas a una cirugía cesárea al momento de dar a luz y dicen que la herida puede infectarse por lo estaban consumiendo este tipo de alimento. Los alimentos que aumentan la producción de leche materna son; avena en leche (21,3%), colada de harina de maíz (11,3%), colada de harina de plátano y leche (10,0%) y leche sola (10,7%)

Aunque existe una variedad de creencias sobre alimentos buenos y malos, en relación con las mujeres embarazadas manifestaron que:

Las mujeres embarazadas tienen diferentes creencias en relación al consumo de alimentos. Dentro de estas, el 50 % de madres mencionaron que *“El consumo excesivo de ají”* hace

que nazcan enfermos (22 %), el 18 % creen que los niños nacen con pintas rojas en la cara, el 6% piensa que los niños nacerán alérgicos, y enfermos del hígado y el 4 % manifestaron que nacen con carácter violento. Y un 50% no creen en esta superstición.

Según investigaciones hay puntos de vista encontrados sobre el ají. Investigadores de la Universidad de Nottingham EE.UU. sostienen que el picante contiene capsaicina, que podría ayudar a combatir el cáncer, la psoriasis y las contracciones musculares. Ahora bien, el consumo excesivo también puede propiciar la aparición de tumores cancerosos en el aparato digestivo, según otros estudios.²⁷

Desde el punto de vista nutricional el ají está restringido en cualquier etapa de la vida especialmente en el embarazo y lactancia ya que es un alimento muy irritante en cuanto a las creencias se descarta cualquier posibilidad de que los niños nazcan con alguna de las supersticiones encontradas en la investigación ya que no hay ningún estudio que compruebe dichas creencias.

El 12% de embarazadas dijeron que el **“Consumo de alimentos gemelares o deformes”** hace que nazcan niños gemelos (8,0%), el (2%) piensa que los niños nacerán pegados y el (2%) piensa que es malo consumir estos alimentos. y por último el 88% no creen comentaron que es una superstición. 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. Se descarta cualquier creencia en cuanto al consumo de estos alimentos.²⁸

Se observo también que **“Dejar restos de alimentos en el plato”** el 100% de las embarazadas no creen que les puedan hacer hechicerías. En cuanto a esta creencia no se encontró ninguna investigación que compruebe la misma esto se trata de una superstición.

Al analizar la tabla se observa el 64,0% de las madres comentaron que los **“Antojos insatisfechos durante el embarazo”** el (26%) dicen que les causa el aborto, el (18%) dicen que los niños nacen con la boca abierta, el (14%) dicen creer que el niño nace con la boca abierta y también que causa el aborto, el (4%) dicen creer que el niño nace baboso, el (2%) piensa que el niño nacerá con la imagen en su cuerpo del antojo insatisfecho y el 36% simplemente no cree en esta creencia. Es posible, dice Elizabeth Somer, autora de Nutritionfor a HealthyPregnancy (Nutrición para un embarazo saludable). Los enormes cambios hormonales por los que pasa una mujer durante el embarazo, pueden tener un impacto muy poderoso en sus sentidos del gusto y el olfato. Esto explicaría por qué las mujeres que están pasando por la menopausia, que también implica cambios hormonales,

también experimentan esos antojos y rechazos de ciertas comidas. Pero en realidad, nadie sabe qué causa los antojos exactamente.

El niño nacerá con una mancha en la piel si no satisfaces tus antojos. Es cierto que las embarazadas pueden cambiar de gustos alimenticios, pero eso no incluye apetencias irrefrenables a cualquier hora del día o de la noche y mucho menos pigmentaciones en la piel del bebé. El deseo intenso por un determinado alimento puede ser provocado: por factores hormonales (que desencadenan un cambio desordenado de las apetencias); por carencias nutricionales (si el antojo se prolonga en el tiempo y es siempre hacia el mismo alimento, puede deberse a una señal del organismo para expresar una carencia); o por una cuestión psicológica (manifestación de la necesidad de sentirse mimada).²⁹⁻³⁰

Según la tabla se puede evidenciar que en cuanto al **“Consumo del plátano y el huevo crudo”** el 4% piensa que le dará cólico el (2%), el (2%) cree que el niño saldrá más blanco y el 96% de las madres embarazadas no creen que puedan tener un parto seco. La explicación a esta creencia, cuando se tiene un parto seco es porque no está saliendo el agua de fuente antes del parto, mas no por el consumo de estos alimentos. El plátano puede dar cólico en algunas personas, cuando se consume en la noche, cuando tienen problemas del hígado. El huevo crudo no debe consumirse ya que la proteína del huevo se absorbe cocida y no cruda, también para evitar la salmonela, 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.³⁰

Según la tabla se observa el **“Consumo de vísceras”** el 100% de las mujeres embarazadas no creen que 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 nacerá ahogado por el cordón umbilical.

“El consumo de cítricos” el 22% de las mujeres embarazadas creen que, se le cortará la sangre al niño el (8,0%), el (4%) cree que le causa el aborto, el (4%) cree que el niño nacerá alérgico, el (4%) cree que el niño nace desnutrido, el (2%) piensa que le puede dar gastritis a la madre gestante, y el 78% no creen esta superstición. 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.

El “consumo excesivo” de Vitamina C, y de hecho la misma jamás podría ser perjudicial. La vitamina C es una vitamina hidrosoluble (que se disuelve en el agua) y por lo tanto, si hay un exceso de cantidad, será eliminada por la orina. Entonces se descarta cualquier creencia errónea en cuanto al consumo de cítricos.³¹

Se analiza en cuanto al “*Consumo excesivo de carnes*” el 10% de las mujeres embarazadas cree que, la cabeza del niño se crecerá mucho el (6%), el (2) % cree que le causa el aborto, el (2%) dice que se le puede salir la placenta al momento del parto y el 90% de las mujeres no creen en esta creencia. 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 y la FAO, 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.³⁸ Entonces se descarta cualquier creencia errónea en cuanto al consumo de carnes.

Al analizar la tabla se observa un 8% de las mujeres embarazadas supieron manifestar “*Otras creencias*” el (2%) dijeron que comer muchas frutas y verduras el niño sale más blanco y cabello claro, el (2%) piensa que comer mucho maní nacen gemelos, el (2%) Comer plátano verde produce anemia, el (2%) comer tela de carne no se rompe la tela cuando va salir el niño se endurece y el 92% no supieron manifestar ninguna otra creencia alimentaria durante la gestación. 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 produce anemia, la tela de carne no es más que fibra.

Las mujeres lactantes mencionaron que:

“El consumo de bebidas alcohólicas y gaseosas aumentan la cantidad de leche” El (75,3%) dijo No cree, porque no tiene ningún nutriente, es decir que no consume este tipo de bebidas porque según dijeron no son beneficiosas en nada para su alimentación y si alguna vez lo habían consumido no había aumentado su cantidad de leche. Mientras un (24,7%) dijo que Si cree, por diferentes razones como eran que “hizo la prueba” y si había comprobado que la cantidad de leche había aumentado, además hubo un (10%) que dijo también que Si cree, pero no sabe porque, esto quiere decir que si creían en esto pero no sabían a ciencia cierta el porqué ya que solo sabían de esto por otras personas, pero no habían hecho la prueba por sí mismas, y las que lo habían comprobado no sabían cómo es que estas bebidas aumentan la cantidad de leche. 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.³²

Continuando con otra de las creencias durante la lactancia **“Conoce alimentos que disminuyan la cantidad de leche”**, la mayoría de mujeres en periodo de lactancia respondió que no conoce de alimentos que disminuyan la cantidad de leche (84%), esto quiere decir que no habían notado que algún alimento de la dieta que consumía habitualmente pudiera disminuir su producción de leche, mientras que el restante 15,9% dijeron que si conocían de diferentes alimentos que disminuían la cantidad de leche, entre estos están el arroz, el arroz de cebada, alimentos fríos o helados y alimentos cítricos como el limón.

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.³²

A continuación esta la creencia **“Cree que al no protegerse la espalda por las tardes o en la noche se puede disminuir la producción de leche”**. El 46,7% respondió que No cree ya que según sus testimonios si habían estado en muchas ocasiones descubiertas ya sean en la tarde o en la noche sin embargo no había disminuido la cantidad de leche que tenía en ese momento. Mientras que el otro 53,3% respondió que si creían por diferentes motivos así un 20% dijo Si cree porque se resfría la leche es decir que al no cubrirse la espalda la leche tiende a enfriarse y su producción disminuye e inclusive con el tiempo puede secarse

completamente, el otro 20,0% dijo que Si creían porque se había disminuido o secado la cantidad de leche y un 13,4% dijo que si creían porque habían escuchado de otras personas como amigas, o de las abuelas pero no estaban seguras ya que no lo habían probado por temor a que se disminuya o se seque la leche. También dijeron que si creían que podía disminuir la cantidad de leche o incluso secarse pero esto sucedía especialmente durante los tres primeros meses de lactancia después ya no había estos problemas No existe evidencia científica que pueda demostrar que no cubrirse la espalda pueda producirse la disminución de la leche, más bien existen casos de madres que no tiene suficiente leche materna para sus hijos debido a que no hay una adecuada succión, una alimentación balanceada y suficientes líquidos.

En el cuadro con relación a “***Cree que entre más succión haya del bebe, se aumente la cantidad de leche***” Respondieron que **Si cree** el 83,3% ya que el pediatra les había recomendado y sobre todo ellas mismas habían hecho la prueba. Por otro parte el restante 16,7% de madres lactantes dijo no creer en esta afirmación ya que habían hecho la prueba y no paso nada, la cantidad de leche siguió igual y no aumento. Se ha demostrado que la succión del lactante es el estímulo desencadenante para la producción y secreción de leche. La succión frecuente del pezón ejercida por la boca del bebe, estimula la producción de leche materna en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades del lactante. Es la regla de oro para la producción de la leche “A mayor succión, mayor producción”. Los líquidos suministrados a la madre ayudan a mantenerla hidratada y a calmarle la sed, pero no son los que causan directamente la producción de la leche.³³

Continuando con el análisis de las respuestas a la creencia de si “***El consumo de verduras puede ocasionar que se altere el olor y sabor de la leche o que se produzcan cólicos en los niños***” Se obtuvo el porcentaje del 60,7% que afirmo que No cree, ya que nunca había pasado nada al consumir este tipo de alimentos. El 26,0% dijo que No sabe, es decir que no había tomado en cuenta esta situación o no había notado nada malo al consumir las verduras, y por último el 13,3% respondió que Si cree ya que sus hijos tenían cólicos cuando ellas consumían verduras pero esto sucedía en las noches y con verduras como la col, coliflor, brócoli, verduras que son conocidas como flatulentas ya que pueden producir gases. 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.³⁴

Finalmente se observa la tabla que hace referencia a la última creencia “***Cuándo tiene iras cree que es recomendable darle el seno al niño/a***” A lo que respondió la gran mayoría que **No** (94%) por diferentes razones entre las cuales están que No porque le da cólico y diarrea,

es decir que el niño se enferme por tomar esta leche, un 16,0% dijo que No es bueno porque le da colerín al niño, otro 17,3% No es bueno porque el niño/a se pone inquieto, también un 14,0 quienes dijeron que No es bueno, pero saben porque, esto quiere decir que no estaban seguras de que pueda sucederle al niño pero sabían que algo malo podía pasarle y un 2,7% No es bueno porque el niño/a puede morir. Sin embargo hubo un 6,0% de madres lactantes que no creía en esto y que estaban seguras de que no pasaba nada si el niño tomaba esta leche e incluso lo habían comprobado ellas mismo y no tenían de que preocuparse.

4.3. RESPUESTA A LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son las condiciones socioeconómicas, culturales y demográficas relacionadas con la alimentación de la mujer embarazada y madre lactante?

La mayor parte de las mujeres embarazadas y lactantes están en el grupo de edad de 18 a 26 años (57.5%), el menor porcentaje de embarazadas se encuentra en el grupo de >36 años (4%), mientras que el 5.3% de lactantes son <18 años. El 21% de las embarazadas y lactantes solo tienen instrucción primaria, mientras que el 77% llegó hasta el nivel secundario, y el 31,5% alcanzó el nivel superior. La principal ocupación que desempeñan las embarazadas y lactantes son los Quehaceres Domésticos, a sí mismo la mayoría de las embarazadas como lactantes son mestizas y de religión Católica. El 83% son casadas, el 2,5% son divorciadas y el 32,5% son solteras.

¿Las mujeres embarazadas y madres en periodo de lactancia son desnutridas o tienen sobrepeso y obesidad?

Según los resultados El 8,0% de las mujeres embarazadas presentaron bajo peso, el 44,0% Sobrepeso, el 12% Obesidad, en cambio las mujeres lactantes, el 1,3% presentó bajo peso, el 41,3% Sobrepeso, el 8,7% Obesidad I, y el 0,7% Obesidad tipo II.

¿Cuáles son las prácticas alimentarias de las mujeres embarazadas y madres en periodo de lactancia?

En base a los resultados de prácticas alimentarias se encontró, que hay un alto porcentaje que no consumen alimentos: Proteínas de origen animal y vegetal, el (44%), aunque también se encontró un bajo porcentaje (14,5%) que no consumen carbohidratos y en lo que se refiere a vitaminas y minerales el (20%) no consumen.

En cuanto al número de comidas las embarazadas y lactantes consumen en su mayoría cinco tiempos de comida (87%). La consistencia de las preparaciones las embarazadas prefieren semilíquidas (70%) y las lactantes sólidas (36,2).

Los alimentos que mejoran el apetito de las embarazadas son las naranjas (16,0%), manzanas (16,0%), naranjas y uvas (12%), los alimentos que producen náuseas y vómitos son: pollo (10%), pescado y carne (6%), en cambio los antojos que tuvieron las embarazadas fueron las, manzanas (12%), uvas (10%), sandía (8%), frutilla, naranja y piña (6%). En lo que se refiere en que trimestre sintieron antojos, la mayoría de las mujeres embarazadas manifestaron tener durante el primer trimestre (52%).

Las mujeres lactantes mencionaron que los alimentos que no consumen durante la lactancia son; carne de choncho el (13%) explicaron que es una carne irritante y les hace daño, hubo además 2% que no consumían granos ya que habían sometidas a una cirugía cesárea al

momento de dar a luz y dicen que la herida puede infectarse por lo estaban consumiendo este tipo de alimento. Los alimentos que aumentan la producción de leche materna son; avena en leche (21,3%), colada de harina de maíz (11,3%), colada de harina de plátano y leche (10,0%) y leche sola (10,7%)

¿Cuáles son las principales creencias alimentarias durante el embarazo y lactancia?

Creencias Alimentarias Embarazo	Creencias Alimentarias Lactancia
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo excesivo de ají • Consumo de Alimentos Gemelares y Deformes • Dejar restos de alimentos en plato • Antojos insatisfechos durante el embarazo • Consumo del plátano y el huevo crudo • Consumo de vísceras • Consumo de cítricos • Consumo excesivo de carnes 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de bebidas alcohólicas y gaseosas aumentan la cantidad de leche. • Alimentos que disminuyan la cantidad de leche. • Al no protegerse la espalda se seca la leche. • Entre haya más succión aumenta la cantidad de leche. • Consumo de verduras alteran el olor y sabor de la leche o produce cólicos a los niños. • Cuando tiene iras es bueno darle el seno al niño.

¿La guía alimentaria ayudara a mejorar los hábitos alimentarios de las mujeres embarazadas y lactancia?

La guía alimentaria es de gran ayuda para mejorar la alimentación de las mujeres embarazadas y lactantes. Sin embargo no se asegura que esta guía sea puesta en práctica.

CAPITULO V.

5.1. CONCLUSIONES

- La mayor parte de las mujeres embarazadas y lactantes están en el grupo de edad de 18 a 26 años el (57.5%), el menor porcentaje de embarazadas se encuentra en el grupo de >36 años (4%), mientras que el 5.3% de lactantes son <18 años. El 21% de las embarazadas y lactantes solo tienen instrucción primaria, mientras que el 77% llegó hasta el nivel secundario y el 31,5% alcanzó el nivel superior. La principal ocupación que desempeñan las embarazadas y lactantes son los Quehaceres Domésticos, a si mismo la mayoría de las embarazadas como lactantes son mestizas y de religión Católica. El 83% son casadas, el 2,5% son divorciadas y el 32,5% son solteras.
- 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. En cuanto al número de comidas las embarazadas y lactantes consumen en su mayoría cinco tiempos de comida. Los alimentos que mejoran el apetito y antojos de las embarazadas fueron las frutas. Los alimentos que producen náuseas y vómitos fueron las carnes. En el trimestre que sintieron antojos, la mayoría de las mujeres embarazadas manifestaron tener durante el primer trimestre. Por otra parte las mujeres lactantes mencionaron que los alimentos que no consumen son la carne de choncho, los alimentos que aumentan la producción de leche materna son; avena en leche.
- No existe una variedad de creencias alimentarias durante el embarazo y lactancia todas de ellas son más que supersticiones.
- El 8,0% de las mujeres embarazadas presentaron bajo peso, el 44,0% Sobrepeso, el 12% Obesidad, en cambio las mujeres lactantes, el 1,3% presentó bajo peso, el 41,3% Sobrepeso, el 8,7% Obesidad I, y el 0,7% Obesidad tipo II.
- La investigación de las prácticas y creencias alimentarias durante el embarazo y la lactancia ayuda a que se pueda conocer si las mujeres tienen adecuados hábitos alimentarios durante el embarazo así como en la lactancia y que dejen de lado las creencias erróneas que afectan tanto su estado nutricional como la de sus hijos.

5.2. RECOMENDACIONES.

- Impartir educación nutricional a las mujeres en edad reproductiva con respecto a la importancia de una alimentación adecuada durante el embarazo informándoles que alimentos deben consumir en mayor cantidad en cada trimestre del embarazo. Así mismo durante la lactancia, las mujeres deben conocer que todos los alimentos son de gran importancia incluso más que en el embarazo cuando acuden a las casas de salud para el control mensual, 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, la consistencia de las preparaciones de las mujeres lactantes y embarazadas deben ser los tres tipos de consistencias (líquida, semilíquida, sólida).
- Para contrarrestar los malestares ocasionados durante el embarazo (náuseas, vómitos y falta de apetito) es conveniente que se consuman preparaciones sólidas, además de comer tres comidas completas se pueden hacer seis en cantidades más pequeñas. Se debe evitar preparaciones con sabores y olores fuertes, disminuir el consumo de grasas y alimentos fritos porque dan la sensación de llenura.
- 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, de temporada y disponibles en el sector, así evitara que su cuerpo se desgaste.
- La madre durante el periodo de embarazo y lactancia debe eliminar aquellas creencias que afectan negativamente su salud y nutrición como también del niño.
- Se recomienda que el personal que labora en el Centro de Salud N^o 1 de la ciudad de Ibarra, apliquen la guía nutricional para mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, y además que sea evaluada periódicamente para ajustarla de acuerdo a nuevas investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

(1) http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342007000100008&lng=pt&nrm=iso

(2) http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000400007

(3) Krasovec K, Anderson M. (1990). *Nutrición Materna y Productos del Embarazo y Evaluación Antropométrica* (p.179-220). Washington: INCAP.

(4) DIRECCION NACIONAL DE NUTRICION MSP. (2006). *Manual de Capacitación En Alimentación y Nutrición Para El Personal De Salud*, Quito 29 de Noviembre.

(5) Burrows, R. (2001). *Guías de Alimentación para la Mujer*. Santiago, Chile.

(6) Lynn L y Allen L. (2002). *Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome* (102(10):p1479-90). Journal of the American Dietetic Association.

(7) Katbleen L, Escott-Stump S. (1998). *Nutrición y Dietoterapia de Krause* (9ª ed.). México: Interamericana.

(8)-Caulfield, L; Huffman, SL y Piwoz E. *Interventions to improve complementary food intakes of 6-12 month old infants in developing countries, What have we been able to accomplish, Documento preparado para el Proyecto.*

(9) <http://bensoinstitute.org/Publication/RELAN/V14/V142/Creencias.htm>.

(10) Alvarez, M.L; Guzmán, M.T; Vial, M; Jaque, G y Gattás, V. (1977). *Hábitos alimentarios* (p.125-139). *Arch. Latinoam. Nutr.*

(11) <http://www.um.es/molecula/vit-a.htm>

(12) Sachet, P. (1992). *Guía de la alimentación de la embarazada*.

(13) <http://www.zonadiet.com/nutricion/vit-a.htm> - 23k

(14) <http://www.es.wikipedia.org/wiki/Vitamina>

(15) <http://www.saludymedicinas.com.mx/nota.asp>

- (16) <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/>
- (17) <http://www.nutrar.com/detalle.asp>
- (18) Dorice, M. :et al. *Valoración del Estado Nutricional, en KRAUSE. Nutrición y Dietoterapia.* Octava Edición
- (19) Gonzalez, Cossio.(1988). *Desarrollo de indicadores de estado de nutrición.* INTA Chile.
- (20) Egidios, M. Rozman, C. (1980). *Semiotecnia Y Filopatología.: Evaluación directa del Estado Nutricional.* Editorial Ateneo.
- (21) Sarría A. (1996). *Crecimiento de los segmentos corporales: valoración antropométrica* (p. 29-42). En: Bueno M, ed. *Crecimiento y desarrollo humanos y sus trastornos.* 2ª ed. Madrid: Ergón.
- (22) <http://www.saludymedicinas.com.mx/nota.asp>
- (23) Krasovec K, Anderson MA. (1990) *Nutrición Materna y Productos del Embarazo y Evaluación Antropométrica* (p.179-220). Washington: INCAP.
- (24) Plasencia, D. (1995). *Factores de riesgo nutricional.* Facultad de salud de la Habana.
- (25)http://es.wikipedia.org/wiki/%C3%8Dndice_cintura/cadera
- (26)Gallegos Espinoza, S. (1999-2000). *Uso de indicadores del estado nutricional.* Riobamba.
- (27) <http://edicionesanteriores.eltiempo.com.ve/noticias/default.asp?id=354858>
- (28)http://plagbol.org.bo/prensa/blog/2008/03/11/en_parto_gemelar_nace_bebe_sirena_que_carece_de_organos_sexuales
- (29)<http://mujer.es.msn.com/familia/noticia-crecerfeliz.aspx?cp-documentid=154655683>
- (30) <http://ponce.inter.edu/cai/reserva/jvelazquez/aliminds.html>
- (31)<http://mx.answers.yahoo.com/question/index?qid=20090529064006AAoSxel>
- (32)<http://trabajoyalimentacion.consumer.es/documentos/madre/imprimir.php>
- (33) http://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detail&id=28+

(34)<http://espanol.babycenter.com/pregnancy/nutricion/antojos/#ixzz12kOWstgB>

(35) <http://bensoinstitute.org/Publication/RELAN/V14/Creencias.asp>

(36) Jelliffe, D.B. (1966).: *et al Metodos Para la evaluación del estado nutricional*. WHO Monograhp No. 53 Ginebra Suiza.

(37)<http://html.rincondelvago.com/la-entrevista.html>

(38)http://www.quiminet.com/ar9/ar_vcdadvCRsDFaasd-la-importancia-de-las-mediciones-exactas-en-la-evaluacion-medica.htm

(39) http://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detail&id=120.

(40) Dpto. Salud Publica-CIGES, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera. Manuel Montt 112, Temuco, Chile.

(41)<http://ponce.inter.edu/cai/reserva/jvelazquez/aliminds.html>

http://www.pediatraldia.cl/comida_lactancia.html

(42)<http://www.prematuros.cl/webenero07/Congreso%20EspanolLactanciaMaterna/alimentacionmadrelactante.htm>

(43) Guías Alimentarias en América Latina. Informe de la consulta técnica regional de las Guías Alimentarias. Food Guidelines in Latin America. (2007) Report of a regional technical consultation in 2007.

(44) Plath, O. *La alimentación y los alimentos chilenos en la paremiología*. Servicio Nacional de Salud. Santiago, 1962.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Ácidos grasos esenciales omega .- Son ácidos grasos esenciales (el organismo humano no los puede fabricar a partir de otras sustancias), poliinsaturados, que se encuentran en alta proporción en los tejidos de ciertos pescados (por regla general pescado azul), y en algunas fuentes vegetales como las semillas de lino, la semilla de chía, (48% de omega 3), los cañamones y las nueces.

Ácidos grasos esenciales omega 6.- Son un tipo de ácido graso comúnmente encontrados en los alimentos grasos o la piel de animales. Estudios recientes han encontrado que niveles excesivos de omega-6, comparado con omega-3, incrementan el riesgo de contraer diferentes enfermedades y depresión

Anencefalia.- Ausencia congénita de cerebro y médula espinal. El cráneo y el tubo neural aparecen sin cerrar. Esta anomalía no es compatible con la vida.

Anemia megaloblástica.- Es un trastorno sanguíneo caracterizado por agrandamiento anormal de los glóbulos rojos, usualmente ocasionado por una deficiencia de ácido fólico o de vitamina B-12.

Alimentación.- es una de las necesidades básicas del hombre, razón por la cual los más diversos aspectos concernientes a los alimentos han sido de su interés a través de toda la historia..²⁵

Antojo.- Deseo intenso, imprevisto y pasajero de una cosa.

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" (Diccionario Enciclopédico Ilustrado Sopena, 1986).

Cereales integrales.- El cereal integral conserva toda su riqueza porque no sufre procesos de refinamiento, y además ayuda a mantener la alcalinidad del organismo

Betaglobulina.- Son un grupo de globulinas circulantes en el plasma sanguíneo y que se caracterizan por tener cierta movilidad eléctrica en soluciones alcalinas o soluciones cargadas, donde son más migratorias que las gama globulinas pero menos que las alfa globulinas. Las globulinas son un grupo de proteínas solubles en agua que se encuentran en todos los animales y vegetales.

Dislipidemias.- Son una serie de diversas condiciones patológicas cuyo único elemento común es una alteración del metabolismo de los lípidos, con su consecuente alteración de las concentraciones de lípidos y lipoproteínas en la sangre.

Dieta macrobiótica.- La palabra macrobiótica viene de los conceptos griegos macro y bios que significan 'grande' y 'vida' respectivamente. Este sistema de alimentación, que

proviene de Japón, postula que se debe buscar un equilibrio mental y físico por medio del equilibrio de la alimentación. Separa las comidas en dos polos, yin y yang. Los productos yin son aquellos cuya energía es caliente, tonificante y contractiva como los cereales, las carnes, legumbres, la sal, los pescados y las verduras de raíz. Por su parte, los yang son los de energía fría, dispersante y debilitante como el azúcar, la miel, los lácteos, las frutas, algunas verduras y el alcohol. La elección de los alimentos debe tener en consideración la estación del año, el clima y el estado de salud.

Embarazo.- Es el periodo que 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). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. En la especie humana, las mujeres atraviesan un proceso que dura aproximadamente 40 semanas a partir del primer día de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación, lo que equivale a unos 9 meses.²

Folato (ácido fólico o folacina).- Es una vitamina hidrosoluble necesaria para la formación de proteínas estructurales y hemoglobina (y por esto, transitivamente, de los glóbulos rojos); su insuficiencia en los humanos es muy rara. Es una vitamina del complejo de vitaminas B que se encuentra en algunos alimentos enriquecidos y en forma sintética (es decir, más fácil de asimilar). El folato deriva su nombre de la palabra latín folium que significa hoja de árbol.

Granulocitos.- Los granulocitos son un tipo de glóbulo blanco que incluye neutrófilos, eosinófilos y basófilos. Se denominan granulocitos debido a que están compuestos de pequeños gránulos que contienen proteínas importantes.

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. Los hábitos alimentarios son el producto de la interacción entre la cultura y el medio ambiente, los cuales se van transmitiendo de una generación a otra"

Hematíes.- Los glóbulos rojos o hematíes, son los elementos formes cuantitativamente más numerosos de la sangre.

Hipertensión gravídica.- Aumento de la presión arterial que se produce durante el embarazo

Hipótesis.- Es la suposición de algo posible o imposible para sacar de ello una consecuencia. Por otra parte, agrega el diccionario de la Real Academia Española (RAE), una hipótesis de trabajo es aquella que se establece provisionalmente como base de una investigación y que puede confirmar o negar la validez de aquella.

Iatrogenia.- La iatrogenia es un estado, enfermedad o afección causado o provocado por los médicos, tratamientos médicos o medicamentos. Este estado puede también ser el resultado de tratamientos de otros profesionales vinculados a las ciencias de la salud.

Infecciones puerperales.- La infección puerperal es un cuadro clínico en el cual se produce una infección de los órganos genitales consecutiva al parto o a un aborto.

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".¹

Líquido amniótico.- Es un fluido líquido que rodea y amortigua al embrión y luego al feto en desarrollo en el interior del saco amniótico. Permite al feto caminar y saltar dentro de la pared del útero sin que las paredes de éste se ajusten demasiado a su cuerpo.

Leguminosas.- Son los granos (judía, soja, haba, lenteja, garbanzo, guisante, algarroba, altramuza, cacahuete, etc.) o forrajeras (alfalfas, tréboles, vezas, etc.)

Macrosomía fetal.- Es un término utilizado en forma imprecisa para describir un feto muy grande, con un peso al nacer mayor del percentil 90 o superior a 4000 gramos.

Morcillas.- Trozo de tripa rellena de sangre cocida con especias.

Morbimortalidad.- Se refiere a los efectos de una enfermedad en una población en el sentido de la proporción de personas que la padecen en un sitio y tiempo determinado.

Mortalidad perinatal.- La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud - Décima Revisión (CIE-10) estableció definitivamente que el período perinatal comienza cuando se completa la 22ª semana de gestación (cuando el peso del feto es normalmente de 500 gramos) y finaliza cuando se completan los siete días posteriores al nacimiento.

Malformaciones congénitas: Una enfermedad congénita es aquella que se manifiesta desde el nacimiento, ya sea producida por un trastorno durante el desarrollo embrionario, durante el parto, o como consecuencia de un defecto hereditario.

Micronutrientes: Son los nutrientes que están presentes en la alimentación en pequeñas cantidades como las vitaminas, los minerales (calcio, fósforo) y oligoelementos (hierro, flúor, cobre, zinc). Los micronutrientes no proporcionan energía, pero son necesarios en cantidades adecuadas para garantizar que todas las células del cuerpo funcionen adecuadamente.

Primíparas.- Es una mujer que es embarazada por primera vez.

Prolactina.- Hormona elaborada por la glándula pituitaria (un órgano del tamaño de un guisante que está en el centro del cerebro). La prolactina hace que las mamas de la mujer elaboren leche durante el embarazo y después del mismo; además, produce muchos otros efectos en el cuerpo.

Periodo preconcepcional.- Periodo ocurren una serie de actividades para preparar las condiciones para recibir al embrión o futuro bebé.

Preclampsia.- Es una complicación médica del embarazo también llamada toxemia del embarazo o hipertensión inducida embarazo y asociada a elevados niveles de proteína en la orina.

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.²⁵

Proteínas.- Los nutrientes de gran importancia biológica que son las proteínas, son macromoléculas que constituyen el principal nutriente para la formación de los músculos del cuerpo.

Patología.- es la parte de la medicina que estudia las enfermedades y el conjunto de síntomas de una enfermedad. En este sentido, no debe ser confundida con la nosología, que es la descripción y la sistematización de las enfermedades.

Suplementación.- alude al aporte y control de elementos necesarios para regular los procesos bioquímicos naturales que conlleva la vida celular

Tabúes.- Conducta, actividad o costumbre prohibida por una sociedad, grupo humano o religión, es decir, es la prohibición de algo natural, de contenido religioso, económico, político, social o cultural por una razón no justificada o injustificable.

Transculturación.- Se ha definido a la transculturación como un proceso gradual por el cual una cultura adopta rasgos o formas culturales de otra.

Topografía.- Es la ciencia que estudia el conjunto de principios y procedimientos que tienen por objeto la representación gráfica de la superficie de la Tierra, con sus formas y detalles, tanto naturales como artificiales.

Toxemia gravídica.- Es una alteración que produce disminución de la llegada de alimentos y oxígeno al bebé, impidiendo un crecimiento adecuado dentro del útero. Además

Tubérculos.- Parte de un tallo subterráneo o de una raíz que se desarrolla considerablemente al acumularse en sus células una gran cantidad de sustancias de reserva:

Vulnerabilidad.- Es la cualidad de vulnerable (que es susceptible de ser lastimado o herido ya sea física o moralmente). El concepto puede aplicarse a una persona o a un grupo social según su capacidad para prevenir, resistir y sobreponerse de un impacto.

GUÍA ALIMENTARIA NUTRICIONAL Y DE SALUD PARA LAS MUJERES EMBARAZADAS

Objetivos:

Orientar a la embarazada para que.

- Reconozca la importancia de la alimentación adecuada durante el embarazo que les permita mantener su salud un crecimiento, desarrollo óptimo del niño/a y gane el peso necesario.
- Se alimente correctamente durante el primer trimestre del embarazo y a partir del cuarto mes.
- Reciba atención médica durante el embarazo y se prepare para dar de lactar a su niño-a.

La atención en alimentación, nutrición y de salud de la mujer embarazada comprende la ejecución de acciones orientadas a disminuir el riesgo de enfermar o morir, de la madre y del niño o niña

Para contribuir a la reducción del riesgo de muerte y de enfermedades de la madre y del niño o niña, las madres requieren ser identificadas lo más tempranamente posible para que reciban su control y tratamiento oportunos, en coordinación con el Ministerio de Salud Publica.



¿Porque la madre embarazada debe controlar el peso?



Dentro de la atención prenatal, el control del peso al inicio del embarazo es importante porque ayuda a saber si la embarazada se encuentra en buenas condiciones, o si requiere una asistencia especial. Algunas madres creen estar gordas es bueno lo cual puede ser perjudicial.

La madre debe ganar entre 10 a 12 kilogramos durante los 9 meses de embarazo, los cuales se distribuyen de la siguiente forma.

DISTRIBUCION DEL AUMENTO DE PESO EN EL EMBARAZO

LUGARES	GRAMOS
Bebé a termino	3500g
Placenta	650g
Líquido amniótico	850g
Crecimiento del útero	900g
Aumento de los senos	400g
Volumen de sangre materna	1800g
Líquidos en los tejidos	1200g
Reserva de grasa materna	1600g
Total	10500g

Lo más importante es la forma en la que se gana peso:

- Durante los primeros meses, la ganancia total de peso debe ser entre 700 g a 1500g
- En el segundo y tercer trimestre se registra una ganancia total de peso semanal de 350g a 1500g.

- El aumento exagerado de peso después de las 20 semanas de embarazo, puede ser producto de complicaciones como la preclampsia caracterizada por la elevación de la presión arterial, retención de líquidos (hinchazón) y pérdida de proteínas por la orina.
- Existen algunas complicaciones del embarazo como: vomito exagerado, anemia, preclampsia o toxemia gravídica, que pueden ser debidos a una alimentación inadecuada.
- Para evaluar el estado nutricional de la madre y el crecimiento del niño o niña durante el embarazo, el Ministerio de Salud Pública usa la curva de incremento de peso para embarazadas que forma parte del carne perinatal.

Importancia de la alimentación durante el embarazo

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

Durante el embarazo, la mujer está formando un nuevo ser, para esta formación debe proporcionar al niño o niña, los alimentos necesarios, los cuales llegan a travez de la placenta.

Cuando la alimentación de la embarazada no es correcta, el nuevo ser debe sacar los alimentos necesarios para su formación y crecimiento del cuerpo de la madre, produciendo de esta manera serias alteraciones en su organismo, como la anemia y complicaciones durante y después del parto. Una mala alimentación durante el embarazo, no solo perjudica a la madre sino también al niño o niña, el cual puede nacer antes de tiempo (prematureo), débil o con predisposición a enfermedades y puede llegar hasta la muerte.

Las embarazadas cuando se alimentan mal, también pueden presentar el problema de sobrepeso y obesidad con el cual se expone a riesgo y complicaciones en el parto, ya que tiene mayor probabilidad de tener un hijo o hija con sobrepeso. En este caso no se recomienda que hagan dieta, sino que combinen adecuadamente los alimentos, especialmente evitando fritos, grasas y aumentando el consumo de hortalizas, verduras y frutas.

¿Que debe comer la mujer en sus tres primeros meses de embarazo?

En los primeros meses de embarazo, las necesidades de alimentarse en lo que se refiere a cantidad no son tan importantes, es más importante la calidad de la alimentación, es decir, el consumo de alimentos con alto contenido de nutrientes, alimentos naturales e integrales, productos lácteos, carnes huevos leguminosas, hortalizas, frutas.



Durante los tres primeros meses en general, la mujer embarazada tiene náuseas, vómitos y falta de apetito, estos malestares no duran mucho tiempo, pero afecta la alimentación de la madre que hace que no coma mucho, por lo que es conveniente tomar los alimentos en preparaciones sólidas. En lugar de comer tres comidas completas se pueden hacer seis en cantidades más pequeñas. Evitar preparaciones con sabores y olores fuertes y disminuir el consumo de grasas y alimentos fritos porque dan la sensación de llenura.

A medida que el embarazo progresa, la madre debe comer una mayor cantidad de alimentos de buena calidad, los cuales ayudaran a formar el cuerpo del niño o niña.

¿Que debe comer la mujer a partir del cuarto mes de embarazo?

Al llegar el cuarto mes de embarazo el niño o niña ya se ha formado completamente y está en pleno desarrollo, por lo tanto necesita comer alimentos nutritivos en mayor cantidad que en los tres primeros meses, ya que el tamaño del niño va aumentando considerablemente. Debe comer cinco comidas durante el día.



Durante el embarazo se incrementa la demanda de hierro, por lo que la alimentación se debe complementar con alimentos que contengan este mineral como carne, hígado, granos; juntos con los que aporten vitamina C, como las frutas cítricas y aquellos que aporten calcio como leche, queso, yogurt, para evitar caries dental.

La madre durante su embarazo no debe consumir drogas, alcohol, té, café, ni fumar y eliminar aquellas creencias que afectan negativamente la salud y nutrición de la madre y del niño. Ejemplo: comer carne, durante el embarazo, hace que el niño nazca cabezón.

La alimentación diaria debe brindar todos los nutrientes necesarios para cubrir con los requerimientos de la mujer y de nuevo ser. La traducción de los requerimientos a porciones de alimentos de acuerdo a las actuales normas del MSP. La embarazada con estado nutricional normal se debe agregar una porción adicional de lácteos y frutas.

A continuación se presentan las cantidades de alimentos que se recomienda que consumen diariamente las madres embarazadas.

GUÍA DE ALIMENTACIÓN DIARIA DE LA MUJER EMBARAZADA

ALIMENTO	I TRIMESTRE	II Y III TRIMESTRE	REEMPLAZOS O ALTERNATIVAS
Lácteos	2 vasos 1 taza (1 onza)	3 vasos 1 taza (1 onza)	Leche, yogurt, cuajada Queso
Carnes, pescado y pollo	1 porción (3 onzas)	1 porción (3 onzas)	Vísceras, res, conejo.
Huevos	1 unidad (3 veces a la semana)	1 unidad (3 veces a la semana)	
Leguminosas	½ taza	1 taza	Cocinados: fréjol, soya, arveja, lenteja, haba, chocho, garbanza o leche de soya.
Vegetales	1 taza 1 taza ½ taza	1 taza 1 taza ½ taza	Vegetales crudos tipo hojas Vegetales picados crudos Cocinados: zanahoria, brócoli.
frutas	3 unidades	3 unidades	Todo tipo de fruta de preferencia de color amarillo y anaranjado y de temporada
Tubérculos	2 unidades pequeñas	2 unidades pequeñas	Papa, yuca, camote, zanahoria blanca. Melloco.
Cereales y derivados	½ taza 2 unidades 2 cucharadas	½ taza 2 unidades 2 cucharadas	Cereales cocinados Pan blanco, integral. Harinas
Aceite	3 cucharadas	3 cucharadas	Soya, maíz, girasol y oliva

Ejemplo de menú para la mujer embarazada

COMIDA	ALIMENTO	MEDIDA
DESAYUNO	Avena con leche Pan o tortilla Queso Jugo o fruta natural	1 taza 2 unidades 1 tajada 1 vaso o 1 unidad
MEDIA MAÑANA	Choclo con queso	1 unidad 1 taja
ALMUERZO	Sancocho Arroz con menestra Carne o pescado Jugo o fruta natural	1 plato 1 plato 1 porción 1 vaso o 1 unidad
MEDIA TARDE	Pan de dulce Leche	1 unidad 1 vaso
MERIENDA	Sancocho Arroz con huevo frito	1 plato 1 plato

El menú aporta 2.391Kcal.

¿Cuáles son los problemas nutricionales más frecuentes durante el embarazo?



Ganancia inadecuada de peso.- es cuando la mujer inicia su embarazo con peso bajo y no existe un incremento adecuado, es decir está consumiendo una dieta insuficiente e inadecuada, lo cual aumentara la posibilidad de que el niño nazca con bajo peso < 2500 g, se enferme o muera antes del primer mes de vida.



Anemia nutricional.- El aporte insuficiente de alimentos ricos en hierro en la mujer embarazada no logra cubrir sus requerimientos y puede presentar anemia nutricional, por lo tanto necesitara suplementos de hierro, además de una buena alimentación. La deficiencia de hierro durante el embarazo se ha asociado con: mayor riesgo de mortalidad materna, bajo peso al nacer, mayor riesgo de sufrir infecciones puerperales.

La obesidad y Diabetes gestacional.- la obesidad es un problema de desequilibrio de nutrientes, que se traduce en un mayor almacenamiento de alimentos en forma de grasa. Lo que significa un aumento del riesgo de diversas patologías del embarazo, cesaría y una mayor mortalidad perinatal, además mayor riesgo de malformaciones congénitas incluyendo malformaciones en el tubo neural y cardiacas. La diabetes gestacional es aquella que se diagnóstica por primera vez en la gestación actual, lo que ocasiona que la mujer tenga riesgo de padecer diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemias y enfermedad cardiovascular.



¿Atención en salud que deben recibir las madres durante el embarazo?

Para controlar su salud y del niño o niña, la madre debe acudir a los servicios de salud más cercanos, idealmente en cuanto se haya suspendido la menstruación o antes de las ocho semanas de gestación, para recibir al menos cinco controles por parte del personal de salud o el médico. La atención prenatal comprende.

- Registro de la historia clínica y el carné materno.
- Examen físico completo, incluyendo examen de mamas.
- Evaluación mensual de la ganancia de peso en el embarazo.
- Examen de hemoglobina, orina y tipificación de grupo sanguíneo, factor RH, VIH.
- Vacuna contra tétanos.
- Medición de la presión arterial.
- Educación en alimentación, higiene y cuidados.
- Apoyo para la preparación física y psicológica para el parto y lactancia materna.
- Suplementación con hierro para prevenir o controlar la anemia.
- Complementación alimentaria nutricional en caso de riesgo o desnutrición.

Todas las embarazadas deben recibir hierro, para esto el Ministerio de Salud Pública, tiene el programa de suplementación. En caso de anemia comprobada, se hará el tratamiento necesario con vigilancia médica.

¿Cómo prepararse para dar de lactar al niño o niña?

Durante el embarazo, se le debe preparar psicológicamente a la madre para la lactancia, con los siguientes consejos:

- Se le debe apoyar y convencer que ella puede amantar.

- Examinar los pezones, si estos se estiran y salen con facilidad, tendrá una lactancia exitosa. Si los pezones son invertidos, explicar que mejoraran cuando el niño o niña empiece a succionar.
- La leche materna es siempre el mejor alimento para su hijo o hija. La calidad será siempre buena sin importar la alimentación que consuma.
- La forma y tamaño de los senos no importan, tanto los pequeños como los grandes producen leche de buena calidad y en cantidad suficiente.
- El niño o niña debe mamar siempre de dos senos.
- El dar de lactar no daña la figura de la mujer, por lo contrario le ayuda a perder peso después de que el niño o niña nazca.
- Dé el seno al niño o niña apenas nace, en la primera media hora después del parto.
- El uso del biberón es peligroso, puede causar muchas enfermedades.

¿Cómo manejar la información de salud y nutrición de la embarazada?

El personal comunitario y técnico debe orientar en forma clara y sencilla a la madre embarazada y a la pareja sobre:

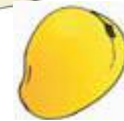
La importancia del control mensual del embarazo, con el fin de conocer la evolución de la ganancia de peso que se encuentra registrado en el carné materno. Si la madre ha ganado peso de forma normal, el personal técnico y comunitario deberá seguir incentivando a la madre para que siga cumpliendo con todas las acciones recomendadas.

Si la embarazada no ha ganado peso en el último control realizado, se deberá revisar como se está alimentando, ha incrementado su comida, si consume cinco comidas al día, si consume alimentos que contienen hierro como el hígado, carnes rojas, leguminosas y alimentos fuentes de calcio como leche y queso.

Además debe controlar si la mujer está tomando las tabletas de hierro dos veces a la semana con jugos cítricos naturales como naranja, guayaba, piña y entre otros.

Recomendaciones generales de la dieta

- Tenga en cuenta que "comer bien" no significa ni comer mucho ni comer basándose en alimentos caros.
- Todos los alimentos tienen un lugar en la dieta: varíe al máximo la alimentación, incluyendo todos los grupos básicos de alimentos y dentro de cada uno de ellos, alimentos de distintos tipos (fruta, verdura, etc.)
- Seleccione los alimentos en función de su calidad y no de la cantidad, por el mayor aumento de las necesidades de proteínas, de ciertas vitaminas y minerales, en comparación con las energéticas, sobre todo en el primer trimestre.
- Fraccione la alimentación en varias tomas (entre 4 y 6) a lo largo del día, con el fin de reducir las posibles molestias digestivas, conseguir un mejor control de la glucemia y no desequilibrar su dieta.



- Coma despacio, masticando bien los alimentos, en ambiente relajado, tranquilo, evitando distracciones (TV, radio, etc.) y ordenadamente: comience por el primer plato, después el segundo y por último el postre.

- Vigile el consumo de fruta. Además de vitaminas contiene azúcares sencillos que pueden favorecer el aumento de peso. No más de 4 al día.



- Evite el consumo de alcohol. Disminuye el aprovechamiento de ciertos nutrientes (proteínas, hierro, vitaminas del grupo B, calcio...), aporta calorías vacías y su abuso puede provocar malformaciones en el feto.



- Beba abundante líquido a lo largo del día, preferentemente fuera de las comidas para evitar molestias estomacales.



En el caso de mujeres que sigan pautas alimentarias alejadas del equilibrio anteriormente propuesto (dieta vegetariana, macrobiótica) será conveniente el asesoramiento con profesionales sanitarios expertos en temas de alimentación (dietistas - nutricionistas), para revisar con meticulosidad el consumo habitual de alimentos y ver la manera de combinar los distintos alimentos con el fin de reducir el riesgo de déficits nutritivos.³

Objetivo:

Orientar a las madres en periodo de lactancia para que aseguren una lactancia materna exitosa y prolongada sin deteriorar el estado nutricional de la madre y su hijo o hija.



Alimentación de la madre
en periodo de lactancia

¿Es importante la alimentación de la madre en periodo de lactancia?

La madre en periodo de lactancia es la que está dando de mamar a su hijo o hija desde que nace hasta los 6 meses en forma exclusiva y luego hasta los dos años de edad.

La alimentación de la madre en periodo de lactancia es tan importante como la alimentación de la madre embarazada. Necesita cinco comidas al día, para tener buena producción de leche, tanto en calidad como en cantidad. Si la madre está dando de lactar y come alimentos variados, tendrá suficiente leche para alimentar correctamente al niño o niña.

La alimentación de la madre en periodo de lactancia debe ser rica en alimentos naturales disponibles en el sector y de alto valor nutritivo como: leche, carne, huevos, leguminosas o granos, hortalizas, frutas, cereales integrales y tubérculos. Si la madre en periodo de lactancia come estos alimentos evitara que su cuerpo se desgaste, ya que para producir leche, la madre saca los nutrientes de su cuerpo, si no consume los alimentos que requiere todos los días.



¿Qué otras características tiene la alimentación en periodo de lactancia?

Hay que tratar que cada preparación de la madre coma sea rica en sustancias nutritivas, por ejemplo: se pueden combinar los cereales con algún alimento de origen animal o con leguminosas y con hortalizas, los jugos de fruta se pueden preparar a base de leche agregándoles avena.



La alimentación en periodo de lactancia debe ser en mayor cantidad, inclusive de cuando estaba embarazada, porque sus requerimientos nutricionales están aumentados. Además, la madre lactante debe tomar por lo menos dos litros de agua segura u otro liquido al día (jugos, coladas). También se les debe advertir que el uso de algunos anticonceptivos orales pueden suprimir la leche materna, por lo cual siempre debe consultarse con el médico.





Guía de alimentación diaria de la madre en periodo de lactancia

ALIMENTO	REPLAZOS O ALTERNATIVAS	MEDIDA
Lácteos	Leche yogurt Queso	3 vasos 1 taja (1 onza)
Carnes, pescado, pollo	Res, viseras, conejo	1 porción (3 onzas)
Huevos	Gallina, pato, avestruz	1 unidad tres veces a la semana
Leguminosas	Cocinados: Fréjol, soya, arveja, lenteja, haba, chocho, garbanzo o leche de soya.	½ taza
Vegetales	Vegetales crudos o picados: lechuga, col, espinaca. Cocinados: zanahoria, zapallo, remolacha, brócoli, coliflor, sambo, pimiento, tomate.	1 taza ½ taza
Frutas	Todo tipo de fruta de preferencia de color amarillo y anaranjado: papaya, melón, plátano, zapote, mango, naranja.	3 unidades
Tubérculos	Papaya, yuca, camote, zanahoria blanca, oca, mashua, melloco.	2 unidades pequeñas
Cereales y	Cereales cocinados: arroz, avena,	½ taza

derivados preferiblemente integrales	quinua, maíz, trigo Pan blanco, integral, tostadas, tortillas Harinas.	2 unidades 2 cucharadas
Aceite	Soya, maíz, girasol, oliva.	3 cucharadas
Líquidos	Agua, jugos, coladas, etc.	10 vasos

Ejemplo de menú para la mujer lactante.

COMIDA	ALIMENTO	MEDIDA
DESAYUNO	Avena con leche Pan o tortilla Huevo Jugo o fruta natural	1 taza 1 unidad 1 unidad 1 vaso o 1 unidad
MEDIA MAÑANA	Yogurt Pan	1 vaso 1 unidad
ALMUERZO	Locro de mellocos Arroz con menestra Pollo o pescado Ensalada Jugo de fruta	1 plato 1 plato 1 porción ½ taza 1 vaso
MEDIA TARDE	Colada en leche Galletas	1 taza 3 unidades
MERIENDA	Sopa de fideo Papas Queso Infusión Pan	1 plato 2 unidades medianas 2 tajás 1 taza 1 unidad

El menú aporta 2452,60Kcal.

Para controlar su salud y la del niño o niña se debe acudir los servicios de salud más cercanos a su localidad.

(Porque es importante el control de la madre en periodo de lactancia)

Es necesario que la madre en este periodo controle su peso, si su pérdida de peso es en forma excesiva, su alimentación puede ser insuficiente y cuando su peso es elevado, puede llegar a la obesidad, lo cual no es bueno. En este caso se deben disminuir las cantidades de alimentos y seguir dando de lactar al hijo o hija.

Normalmente la madre en periodo de lactancia baja de peso después del parto (en los primeros seis meses) a medida que da de lactar. Si no da de lactar, la madre queda gorda, porque para producir un centímetro cubico de leche materna necesita 0.72 calorías.

Para evaluar el estado nutricional de la madre en periodo de lactancia, solamente se debe tomar el peso y la talla y calcular el Índice de Masa Muscular (IMC) en base a la siguiente formula.

$$IMC= \text{Peso Kg} / (\text{talla en metros})^2$$

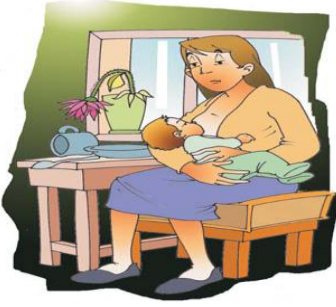
El IMC representa el porcentaje global de grasa en el cuerpo.

PUNTOS DE CORTE IMC EN MUJERES LACTANTES

Bajo peso:	< 18.0
Normal:	18.5 – 24.99
Sobrepeso 1:	25 – 29.99
Obesidad 1:	30 – 35.99
Obesidad 2 :	36- 39.99
Obesidad Mórbida:	>40

¿Cuáles son los problemas más frecuentes durante la lactancia?

Las madres en periodo de lactancia atraviesan una serie de problemas que afectan tanto su estado de salud, como el del niño.



Bajo peso y Anemia.- La madre que no gana el peso adecuado durante el embarazo, incrementa en esta época la problemática nutricional debido a la gran demanda de energía que requiere para la producción de leche, por lo que se recomienda el consumo de alimentos con alto valor calórico proteico y adicionar una comida más a lo recomendado. La mujer que presento anemia en el embarazo es muy probable que su problema se agrave durante la lactancia, para los cual se recomienda la suplementación con micronutrientes y que la dieta tenga un aporte adecuado de hierro, que se encuentre sobretodo en alimentos de origen animal.



Depresión.- es la enfermedad materna más frecuente en el posparto, conlleva un importante sufrimiento personal y familiar. Sin embargo a menudo la patología no es diagnosticada ni tratada, por lo que en muchos casos la evolución puede tender a la cronicidad.

Matitis.- es una inflamación de la glándula mamaria o del tejido pectoral, puede deberse a presiones internas o externas que llevan a una obstrucción del flujo de la leche en el pecho, se necesita mucho reposo, una medicación adecuada, que de el pecho con frecuencia o se extraiga la leche.



Recomendaciones generales

- Limitar o evitar el consumo de bebidas alcohólicas, ya que el alcohol pasa a la leche y resulta tóxico para el lactante.
- Evitar el consumo de cafeína que pasa a la leche y puede provocar nerviosismo, irritabilidad y trastornos de sueño en el niño.
- No fumar, el tabaco pasa a la leche e inhibe la secreción de la misma.
- Evitar el consumo de algunos alimentos de sabor fuerte que pueden comunicar un sabor desagradable a la leche como coles, espárragos, alcachofas, rábanos y especias en general.

- Antes de tomar algún tipo de fármacos se debe consultar al médico o al farmacéutico ya que muchos fármacos se excretan por la leche y son peligrosos para el niño.

ANEXO

ANEXO (1)
UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE NUTRICION Y SALUD COMUNITARIA

Encuesta sobre Evaluación de Practicas y Creencias Alimentarias en madres embarazadas y lactantes en el centro de salud Nº1 de la ciudad de Ibarra Provincia de Imbabura.

I.IDENTIFICACION	
FORMULARIO N.	FECHA DE ENCUESTA.
NOMBRE DE LA ENCUESTADA.	FECHA DE NACIMIENTO. a/ m/ d
EDAD.	OCUPACION.
INSTRUCCIÓN.	ESTADO CIVIL.
ETNIA.	PROCEDENCIA.
RELIGIÓN.	SEMANAS DE GESTACIÓN.
PESO.	TALLA.

II. PRACTICAS ALIMENTARIAS		
N.	EMBARAZO	Respuesta
1	¿Que tipo de alimentos consume durante el primer trimestre del embarazo? Carnes y Mariscos. Lácteos y huevos. Leguminosas (granos secos y tiernos). Cereales y pastas. Tubérculos. Frutas. Verduras y Hortalizas. Embutidos y Enlatados. Grasas. Azúcares. Condimentos. Colas y gaseosas.	
2	¿Que tipo de alimentos consume durante el segundo y tercer trimestre del embarazo? Carnes y Mariscos. Lácteos y huevos. Leguminosas (granos secos y tiernos). Cereales y pastas. Tubérculos. Frutas. Verduras y Hortalizas. Embutidos y Enlatados. Grasas. Azúcares.	

	Condimentos. Colas y gaseosas.	
3	¿Cuántas comidas consume al día? Desayuno Refrigerio mañana Almuerzo Refrigerio tarde Merienda Cena Otro.	
4	¿Cuál es la consistencia de las preparaciones que UD. consume? Líquida Semilíquida Sólida	
5	¿Que tipo de alimentos mejoran su apetito?	
6	¿Que tipo de alimentos no le gustan o siente rechazo ahora que está embarazada?	
7	¿Qué alimentos o preparaciones le producen nauseas y vómitos?	
8	¿Ha sentido usted antojos durante el embarazo? SI NO cuáles	
9	¿Durante que trimestre del embarazo sintió UD. Antojos?	
III. Creencias Alimentaria Embarazo		
10	Qué cree Ud. que puede ocasionar el consumo excesivo de ají durante el embarazo? - Los niños nacen con su carita roja o con pintas rojas. - Se les sube el calor. - Niños con carácter violento o agresivo. - Enfermos - Otros-----	Si No
11	¿UD. Cree que al consumir alimentos gemelares o deformes durante embarazo puede ocasionar que: - Nacen niños gemelos. - Niños con algún grado de deformidad. - Otros-----	Si No
12	¿Piensa UD. que al dejar restos de alimentos en el plato : - Se pueden hacer hechicerías - Otros	Si No
13	¿Qué piensa UD. de los antojos insatisfechos durante el embarazo?	

	<ul style="list-style-type: none"> - Niños nacen con pintas rojas en su cuerpo. - Imagen en su cuerpo del antojo insatisfecho. - El niño nace con la boca abierta. - Causa el aborto. 	Si No
14	<p>¿Qué piensa UD. Que puede ocasionar el consumo de alimentos como el plátano y el huevo crudo durante el embarazo?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las madres tienen un parto seco 	Si No
15	<p>¿Cree UD. Que el consumo de vísceras puede ocasionar que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El niño nacerá totalmente cubierto y ahogado por el cordón umbilical. 	Si No
16	<p>¿Cree UD. Que el consumo de cítricos puede ocasionar que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El niño/a nace peludo. 	Si No
17	<p>¿Qué cree UD. Que puede ocasionar el consumo excesivo de carnes durante el embarazo?</p> <ul style="list-style-type: none"> - El niño nacerá con la cabeza muy grande. - Otros..... 	Si No

ANEXO (2)
UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE NUTRICION Y SALUD COMUNITARIA

Encuesta sobre Evaluación de Practicas y Creencias Alimentarias en madres embarazadas y lactantes en el centro de salud Nº1 de la ciudad de Ibarra Provincia de Imbabura.

I. IDENTIFICACION	
FORMULARIO N.	FECHA DE ENCUESTA.
NOMBRE DE LA ENCUESTADA.	FECHA DE NACIMIENTO. a/ m /d
EDAD.	OCUPACION.
INSTRUCCIÓN.	ESTADO CIVIL.
ETNIA.	PROCEDENCIA.
RELIGIÓN.	TALLA.
PESO.	

II. PRACTICAS ALIMENTARIAS		
N.	lactancia	Respuesta
1	¿Que tipo de alimentos consume ahora que está dando de lactar? Carnes y Mariscos. Lácteos y huevos. Leguminosas (granos secos y tiernos). Cereales y pastas. Tubérculos. Frutas. Verduras y Hortalizas. Embutidos y Enlatados. Grasas. Azúcares. Condimentos. Colas y gaseosas.	
2	¿Cuántas comidas consume al día? Desayuno Refrigerio mañana Almuerzo Refrigerio tarde Merienda Cena Otro.	
3	¿Qué alimentos no consume ahora que está dando de lactar?	
4	¿Cuál es la consistencia de las preparaciones que consume UD.?	

	Líquida Semilíquida Sólida	
5	¿Qué alimentos nota usted que aumentan la producción de leche?	
	III. Creencias Alimentarias	
	Lactancia	
6	¿Cree UD. que el consumo de de bebidas alcohólicas y gaseosas aumentan la producción de leche? Porque.....	SI NO
7	¿Conoce UD. de algunos alimentos que disminuyan la cantidad de leche? Cuales.....	SI NO
8	¿Cree UD. que al no protegerse la espalda las madres por las tardes o en la noche se puede disminuir la producción de leche? Porque.....	SI NO
9	¿Cree UD. que entre haya más succión del el bebe, se aumente la cantidad de leche?	SI NO
10	¿Piensa UD. que el consumo de verduras puede ocasionar que: - Alteran el olor y sabor de la leche. - Produce cólicos en los niños.	SI NO
11	¿Qué cree UD. cuando tiene iras es bueno darle el seno al niño o niño? Porque.....	SI NO

ANEXO (3)

Clasificación del Estado Nutricional de la Embarazada según el IMC y Edad Gestacional.

Semanas de Gestación	Bajo de peso Kg/talla ²	Normal Kg/talla ²	Sobrepeso Kg/talla ²	Obesidad Kg/talla ²
6	<20.0	20.0-24.9	25.0-30.0	>30.0
7	<20.1	20.1-24.9	25.0-30.0	>30.0
8	<20.2	20.2-25.0	25.1-30.1	>30.1
9	<20.3	20.2-25.1	25.2-30.2	>30.2
10	<20.4	20.3-25.2	25.3-30.2	>30.2
11	<20.5	20.4-25.3	25.4-30.3	>30.3
12	<20.6	20.5-25.4	25.5-30.3	>30.3
13	<20.7	20.7-25.6	25.7-30.4	>30.4
14	<20.8	20.8-25.7	25.8-30.5	>30.5
15	<20.9	20.9-25.8	25.9-30.6	>30.6
16	<21.1	21.1-25.9	26.0-30.7	>30.7
17	<21.2	21.2-26.0	26.1-30.8	>30.8
18	<21.3	21.3-26.1	26.2-30.9	>30.9
19	<21.5	21.5-26.2	26.3-30.9	>30.9
20	<21.6	21.6-26.3	26.4-31.0	>31.0
21	<21.8	21.8-26.4	26.5-31.1	>31.1
22	<21.9	21.9-26.6	26.7-31.2	>31.2
23	<22.1	22.1-26.7	26.8-31.3	>31.3
24	<22.3	22.3-26.9	27.0-31.5	>31.5
25	<22.5	22.5-27.0	27.1-31.6	>31.6
26	<22.7	22.7-27.2	27.2-31.7	>31.7
27	<22.8	22.8-27.3	27.4-31.8	>31.8
28	<23.0	23.0-27.5	27.6-31.9	>31.9
29	<23.2	23.2-27.6	27.7-32.0	>32.0

30	<23.4	23.4-27.8	27.9-32.1	>32.1
31	<23.5	23.5-27.9	28.0-32.2	>32.2
32	<23.7	23.7-28.0	28.1-32.3	>32.3
33	<23.9	23.9-28.1	28.2-32.4	>32.4
34	<24.0	24.0-28.3	28.4-32.5	>32.5
35	<24.2	24.2-28.4	28.5-32.6	>32.6
36	<24.3	24.3-28.5	28.6-32.7	>32.7
37	<24.5	24.5-28.7	28.8-32.8	>32.8
38	<24.6	24.6-28.8	28.9-32.9	>32.9
39	<24.8	24.8-28.9	29.0-33.0	>33.0
40	<25.0	25.0-29.1	29.2-33.1	>33.1
41	<25.1	25.1-29.2	29.3-33.2	>33.2
42	<25.1	25.1-29.2	29.3-33.2	>33.2

Anexo (4)
APLICACIÓN DE ENCUESTAS



TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

