

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias de la Salud

**Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en
relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en
adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes
de abril de 2014.**

María Fernanda Vásquez Torres

Nancy Alexandra Jaramillo, MSc., Directora de Tesis.

Tesis presentada como requisito para la obtención del título de Licenciada en Nutrición
Humana.

Quito, mayo de 2014

**Universidad San Francisco de Quito
Colegio de Ciencias de la Salud**

HOJA DE APROBACION DE TESIS

**Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en
relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en
adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes
de abril de 2014.**

María Fernanda Vásconez

Nancy Alexandra Jaramillo, MsC.
Director de Tesis

.....

William F. Waters, PhD.
Miembro del Comité de Tesis

.....

Dra. Linda Arturo
Miembro del Comité de Tesis

.....

María Elisa Herrera, MsC.
Coordinadora de Nutrición.

.....

Fernando Ortega. MD., MA., PhD.
Decano del Colegio de Salud Pública.

.....

Quito, 2014

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma:

Nombre: Ma. Fernanda Vásconez

C. I.: 1715544365

Fecha: 14/05/2014

Agradecimientos

A Margarita e Iván, mis padres por ser siempre el mejor ejemplo a seguir y el más grande apoyo en mi vida.

A mi hermano, Carlos, por ser una figura de admiración.

A mi directora, Ale, por ser el mejor apoyo y por enseñarme tanto.

A mis profesores, por hacerme crecer en todos estos años de universidad.

A mis compañeras, por hacer de la universidad la mejor experiencia.

Resumen:

La buena alimentación es el pilar fundamental para mantener una buena salud, en especial si se maneja desde tempranas edades. La población infantil, así como la población materna, son dos grupos vulnerables que requieren una buena atención en salud. Las primeras causas de mortalidad materna e infantil, pueden ser evitadas si se maneja una buena alimentación durante el embarazo. Sin mencionar que un buen peso de nacimiento es una forma de prevenir enfermedades crónicas en la vida adulta. Objetivo general: Evaluar el estado nutricional, conocimientos, creencias, actitudes y prácticas en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante, que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, durante el mes de abril de 2014, mediante entrevistas y un cuestionario pre estructurado de conocimientos, creencias, actitudes y prácticas (CCAP); para identificar la necesidad de dar educación nutricional al grupo en estudio. Metodología: Estudio transversal descriptivo, se elaboró un cuestionario de conocimientos, creencias, actitudes y prácticas (CCAP), el cual se aplicó mediante entrevistas en una muestra de 220 madres embarazadas que acudieron al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora en el mes de abril. Además, se realizó una evaluación del estado nutricional de las participantes mediante la curva de Rosso Mardones y se comparó los resultados del CCAP por cada grupo de estado nutricional. Resultados: En las 4 secciones del cuestionario se obtuvieron respuestas correctas y favorables. Las mujeres con bajo peso y obesidad presentaron una mayor cantidad de respuestas no correctas y no favorables, no así las mujeres con sobrepeso, quienes obtuvieron la menor cantidad de respuestas incorrectas y no favorables.

Abstract:

Good nutrition is the key to maintaining good health, especially if handled from an early age. The child population, as well as maternal population, are two vulnerable groups that require a good healthcare. The leading causes of maternal and infant mortality, can be prevented if healthy eating is handled during pregnancy. Not to mention that a good birth weight is a way to prevent chronic disease in adulthood. Objective: To assess the nutritional status, knowledge, beliefs, attitudes and practices in relation to food during pregnancy in women aged 19 years and older, attending the Obstetrics Gynecology Hospital Isidro Ayora, during the month of April 2014, through interviews and a pre-structured questionnaire of knowledge, beliefs, attitudes and practices (CCAP), to identify the need for nutrition education study group. Methodology: It was a descriptive cross-sectional study, a questionnaire of knowledge, beliefs, attitudes and practices (CCAP), was developed, which was applied by interviewing a sample of 220 pregnant women who attended the Obstetrics Gynecology Hospital Isidro Ayora in April 2014. In addition, an assessment of the nutritional status of participants was performed by curve Rosso Mardones, CCAP results were compared for each group of nutritional status. Results: In the 4 sections of the questionnaire correct and favorable responses were obtained. Women with low weight and obesity have a greater amount of incorrect and unfavorable answers, but surprisingly overweight women received the lowest number of incorrect and unfavorable responses.

Tabla de contenido.

1. **Introducción** (páginas 14-15).
2. **Justificación**(páginas 15-16).
3. **Marco Teórico** (páginas 16-38).
 - 3.1 **Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora** (páginas 16-17).
 - 3.2 **CAP (Conocimientos, actitudes y prácticas) como instrumento diagnóstico** (páginas 17-18)
 - 3.2.1 **CCAP (Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas)**(páginas 19)
 - 3.2.2 **Conocimientos** (páginas 19)
 - 3.2.3 **Creencias** (páginas 19-20)
 - 3.2.4 **Actitudes** (páginas 20)
 - 3.2.5 **Practicass**(páginas 21)
 - 3.3 **Alimentación en la etapa de gestación** (páginas 21-30)
 - 3.3.1 **Macronutrientes durante el embarazo** (páginas 21-26)
 - 3.3.1.1 **Distribución de la molécula calórica** (páginas 21)
 - 3.3.1.2 **Requerimientos Energéticos** (páginas 22-23)
 - 3.3.1.3 **Carbohidratos y fibra dietaria** (páginas 23-24)
 - 3.3.1.4 **Proteína**(páginas 24-25)
 - 3.3.1.5 **Grasas**(páginas 25-26)
 - 3.3.2 **Micronutrientes durante el embarazo** (páginas 26-28)
 - 3.3.2.1 **Vitamina A**(páginas 26-27)
 - 3.3.2.2 **Vitamina D** (páginas 27)
 - 3.3.2.3 **Ácido Fólico** (páginas 27)
 - 3.3.2.4 **Hierro** (páginas 27-28)
 - 3.3.2.5 **Zinc y cobre** (páginas 28)
 - 3.3.2.6 **Calcio**(páginas 28)
 - 3.3.3 **Sustancias peligrosas durante el embarazo** (páginas 29-30)
 - 3.3.3.1 **Alcohol** (páginas 29)
 - 3.3.3.2 **Cafeína** (páginas 29)
 - 3.3.3.3 **Consumo de tabaco y drogas** (páginas 29-30)
 - 3.4 **Pica, antojos y aversiones**(páginas 30-31)
 - 3.5 **Evaluación nutricional en mujeres embarazadas** (páginas 31-34)
 - 3.5.1 **Peso pre gestacional** (páginas 31)
 - 3.5.2 **Distribución del peso durante el embarazo** (páginas 32)
 - 3.5.3 **Evaluación del estado nutricional: Nomograma Rosso Mardones y curva Atalah** (páginas 33-34)
 - 3.5.3.1 **Nomograma y curva de Rosso Mardones**(páginas 33)
 - 3.5.3.2 **Curva de Atalah** (páginas 34)
 - 3.6 **Creencias culturales sobre alimentación durante el embarazo** (páginas 34-38)
 - 3.6.1 **Comunidades del Ecuador** (páginas 35-36)
 - 3.6.2.1 **Estudios similares dentro y fuera del país**(páginas 36-39)
4. **Descripción del problema** (páginas 39-40)
5. **Pregunta de investigación** (páginas 40)
6. **Objetivo General** (páginas 40)
7. **Objetivos Específicos** (páginas 40-41)
8. **Diseño del proyecto** (páginas 41-42)

- 8.1 Tipo de estudio (páginas 41)
- 8.2 Universo y muestra (páginas 41-42)
- 8.3 Criterios de inclusión (páginas 42)
- 8.4 Criterios de exclusión (páginas 42)
- 9 Metodología (páginas 42-51)
 - 9.1 Planificación (páginas 42-46)
 - 9.1.1 Estructuración del cuestionario para las entrevistas (páginas 42-43)
 - 9.1.2 Revisión bibliográfica (páginas 43)
 - 9.1.3 Grupos focales (páginas 43-44)
 - 9.1.4 Validación del cuestionario mediante prueba piloto (páginas 44-45)
 - 9.1.5 Análisis del cuestionario por profesionales de nutrición, obstetricia y afines (páginas 45)
 - 9.1.6 Conformación del cuestionario final para las entrevistas (páginas 45)
 - 9.1.7 Contenido del cuestionario (páginas 45-46)
- 9.2 Recolección de datos (páginas 46-47)
 - 9.2.1 Evaluación Nutricional del las participantes (páginas 46-47)
 - 9.2.1.1 Uso de las curvas Rosso Mardones como instrumento de evaluación nutricional (páginas 46)
 - 9.2.1.2 Adecuación del peso para la talla (páginas 46)
 - 9.2.1.3 Clasificación del estado nutricional (páginas 47)
 - 9.2.2 Uso de la curva de Atalah como instrumento de evaluación nutricional (páginas 47)
- 9.3 Operacionalización de variables (páginas 48)
- 9.4 Tabulación y análisis (páginas 49-51)
 - 9.4.1 Tabulación del cuestionario (páginas 49-50)
 - 9.4.2 Análisis de los resultados (páginas 51)
 - 9.4.2.1 Entrevista con cuestionario CCAP (páginas 51)
 - 9.4.2.2 Relación del estado nutricional y resultados del cuestionario CCAP de cada participante. (páginas 51)
- 9.5 Almacenamiento de datos (páginas 51)
- 10 Resultados esperados (páginas 52)
- 11 Implicaciones Éticas (páginas 52)
- 12 Recursos (páginas 52)
- 13 Resultados (páginas 53-102)
 - 13.1 Características de la población estudiada (páginas 53-58)
 - 13.2 Resultado del cuestionario de conocimientos, creencias, actitudes y prácticas (páginas 59-71)
 - 13.2.1 Conocimientos (páginas 59-61)
 - 13.2.2 Creencias (páginas 61-64)
 - 13.2.3 Actitudes (páginas 64-66)
 - 13.2.4 Prácticas (páginas 67-71)
 - 13.3 Resultados del cuestionario CCAP, por grupos en base a evaluación antropométrica Rosso Mardones (páginas 71-90)
 - 13.3.1 Conocimientos (páginas 71-76)
 - 13.3.2 Creencias (páginas 76-81)
 - 13.3.3 Actitudes (páginas 81-85)

- 13.3.4 Prácticas (páginas 86-90)
- 13.4 Resultados de evaluación antropométrica utilizando la curva de Rosso Mardones, en relación a IMC Pre Gestacional (páginas 91-94)
 - 13.4.1 Mujeres con Bajo Peso (páginas 91)
 - 13.4.2 Mujeres con Peso Normal (páginas 91-92)
 - 13.4.3 Mujeres con Sobrepeso (páginas 92-93)
 - 13.4.4 Mujeres con Obesidad (páginas 93-94)
- 13.5 Relación entre el número de controles pre natales y las respuestas de CCAP en las participantes.(páginas 94-102)
- 13.5 Determinación de Normalidad para las variables edad por categorías y
- 14. Discusión (páginas 102-113)
- 15. Conclusiones (páginas 113-115)
- 16. Recomendaciones (páginas 115-116)
- 17. Referencias (páginas 117-120)

Tablas.

- Tabla 1. Distribución de la molécula calórica en mujeres no embarazadas y embarazadas durante el primer, segundo y tercer trimestres de gestación. (página 22)
- Tabla 2. Requerimientos energéticos para mujeres durante el primer, segundo y tercer trimestres de gestación, de acuerdo al nivel de actividad física. (página 23)
- Tabla 3. Ganancia de peso durante el embarazo, de acuerdo al peso pre gestacional. (página 32)
- Tabla 4. Distribución de la ganancia de peso en mujeres embarazadas. (página 33)
- Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de categorías por edad de las participantes (página 53)
- Tabla 6. Frecuencia del número de hijos de las participantes (página 54).
- Tabla 7. Frecuencia y porcentaje por nivel de educación de las participantes (página 54)
- Tabla 8. Frecuencia y porcentaje por estado civil de las participantes (página 55).
- Tabla 9. Frecuencia y porcentaje de IMC Pre Gestacional de las participantes (página 56).
- Tabla 10. Frecuencia y porcentaje de Estado Nutricional por Evaluación Antropométrica Rosso Mardones de las participantes (página 56).
- Tabla 11. Frecuencia y porcentaje de Estado Nutricional por Evaluación Antropométrica Atalah de las participantes (página 57).
- Tabla 12. Frecuencia y porcentaje de número de visitas al ginecólogo u obstetra durante el embarazo, de las participantes (página 58).

Gráficos.

- Gráfico 1.** Porcentaje de respuestas correctas, incorrectas y “no sé” por cada pregunta, sección conocimientos (página 61).
- Gráfico 2.** Porcentaje de mujeres que eligieron la opción verdadero y la opción falso, preguntas 1 y 5, sección creencias (página 63).
- Gráfico 3.** Porcentaje de respuestas a favor, en contra y “no conoce” por cada pregunta, sección creencias (página 64).
- Gráfico 4.** Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas para cada pregunta, sección actitudes (página 66)
- Gráfico 5.** Porcentaje de respuestas a favor y en contra para cada pregunta, sección prácticas (página 71).
- Gráfico 6.** Porcentaje de respuestas correctas, incorrectas y “no sé”, por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 1, sección conocimientos (página 73).
- Gráfico 7.** Porcentaje de respuestas correctas, incorrectas y “no sé”, por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 2, sección conocimientos (página 73)
- Gráfico 8.** Porcentaje de respuestas correctas, incorrectas y “no sé” por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 3, sección conocimientos (página 74).
- Gráfico 9.** Porcentaje de respuestas correctas, incorrectas y “no sé” por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 4, sección conocimientos (página 74).
- Gráfico 10.** Porcentaje de respuestas correctas, incorrectas y “no sé” por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 5, sección conocimientos (página 75)
- Gráfico 11.** Porcentaje de respuestas correctas, incorrectas y “no sé” por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 6, sección conocimientos (página 75).
- Gráfico 12.** Porcentaje de respuestas correctas, incorrectas y “no sé” por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 7, sección conocimientos (página 76).
- Gráfico 13.** Porcentaje de respuestas a favor, en contra o “no conoce” por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 1, sección creencias (página 78)
- Gráfico 14.** Porcentaje de respuestas a favor, en contra o “no conoce” por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 2, sección creencias (página 79).
- Gráfico 15.** Porcentaje de respuestas a favor, en contra o “no conoce” por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 3, sección creencias (página 79)
- Gráfico 16.** Porcentaje de respuestas a favor, en contra o “no conoce” por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 4, sección creencias (página 80).

- Gráfico 17.** Porcentaje de respuestas a favor, en contra o “no conoce” por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 5, sección creencias (página 80).
- Gráfico 18.** Porcentaje de respuestas a favor, en contra o “no conoce” por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 6, sección creencias (página 81)
- Gráfico 19.** Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 1, sección actitudes (página 83)
- Gráfico 20.** Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 2, sección actitudes. (página 83)
- Gráfico 21.** Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 3, sección actitudes (página 84)
- Gráfico 22.** Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 4, sección actitudes (página 84)
- Gráfico 23.** Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 5, sección actitudes (página 85)
- Gráfico 24.** Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 6, sección actitudes (página 85)
- Gráfico 25.** Porcentaje de respuestas a favor y en contra para cada pregunta, sección prácticas, mujeres con bajo peso (página 87)
- Gráfico 26.** Porcentaje de respuestas a favor y en contra para cada pregunta, sección prácticas, mujeres con peso normal (página 88)
- Gráfico 27.** Porcentaje de respuestas a favor y en contra para cada pregunta, sección prácticas, mujeres con sobrepeso (página 89)
- Gráfico 28.** Porcentaje de respuestas a favor y en contra para cada pregunta, sección prácticas, mujeres con obesidad (página 90)
- Gráfico 29.** Porcentaje de IMC Pre gestacional para mujeres con bajo peso (página 91)
- Gráfico 30.** Porcentaje de IMC Pre gestacional para mujeres con peso normal (página 92)
- Gráfico 31.** Porcentaje de IMC Pre gestacional para mujeres con sobrepeso (página 93)
- Gráfico 32.** Porcentaje de IMC Pre gestacional para mujeres con obesidad (página 94)
- Gráfico 33.** Porcentaje de respuestas correctas, incorrectas y “no sé”, sección conocimientos, mujeres con menos de 5 controles médicos prenatales. (página 95)
- Gráfico 34.** Porcentaje de respuestas a favor, en contra y “no conoce”, sección creencias, mujeres con menos de 5 controles médicos prenatales. (página 96)

- Gráfico 35.** Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas, sección actitudes, mujeres con menos de 5 visitas médicas prenatales. (página 97)
- Gráfico 36.** Porcentaje de respuestas A Favor y En Contra, sección prácticas, mujeres con menos de 5 visitas médicas prenatales.(página 98)
- Gráfico 37.** Porcentaje de respuestas correctas, incorrectas y “no sé”, sección conocimientos, mujeres 5 o más controles médicos prenatales.(página 99).
- Gráfico 38.** Porcentaje de respuestas A Favor, En Contra y “No Conoce”, sección creencias, mujeres con 5 o más visitas médicas prenatales.(página 100).
- Gráfico 39.** Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas, sección actitudes, mujeres con 5 o más visitas médicas prenatales.(página 101)
- Gráfico 40.** Porcentaje de respuestas A Favor y En Contra, sección prácticas, mujeres con 5 o más visitas médicas.(página 102)

1. Introducción.

En el Ecuador, según datos del INEC, entre las primeras causas de mortalidad infantil están las complicaciones por bajo peso al nacer y por partos a pre término; y la lista de causas de mortalidad maternal la encabezan la hipertensión gestacional y eclampsia. En adición a esto, varios estudios han confirmado que un peso adecuado al nacer es fundamental en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en la vida adulta (Moreno & Dalmau, 2001), que son las principales causantes de la incidencia en las tasas de mortalidad a nivel mundial en los últimos años (OMS- UNICEF, 2014). Todas estas complicaciones pueden ser controladas por una buena alimentación durante el embarazo. Sin embargo, hasta el momento la promoción de salud que se ha manejado en los últimos años trata de controlar la prevalencia de anemia y la malnutrición en las madres embarazadas, pero no se ha llegado a la raíz de estos problemas; la educación, la cultura, las actitudes y sobre todo las prácticas juegan un rol fundamental en el estado de salud, ya que son sus principales influyentes. El objetivo de este estudio fue indagar sobre los conocimientos, creencias, prácticas y actitudes de las madres embarazadas en cuanto a la nutrición en esta etapa, complementándolo con la valoración del estado nutricional, para tener una idea de la necesidad de una intervención en cuanto a educación nutricional como parte fundamental en promoción de salud de este grupo vulnerable. El estudio se realizó con madres embarazadas que asistieron al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Las participantes, pertenecían a un grupo de mujeres con 19 años de edad, o mayores. Para la recolección de datos se realizaron entrevistas cara a cara, utilizando un cuestionario de conocimientos, creencias, actitudes y prácticas (CCAP) pre-estructurado y para la evaluación nutricional se utilizaron dos instrumentos; el nomograma y las curvas de

Rosso Mardones y las curvas de índice de masa corporal (IMC) en relación a la edad, de Atalah.

2. Justificación.

Cada año nacen 132 millones 675 mil niños en el mundo, lo que significa alrededor de 4 nacimientos por segundo. En un año también, la tasa de mortalidad es de 8.12%; es decir que aproximadamente 56,26 millones de personas mueren en un año, un estimado de 2 muertes por segundo (CIA- The World Factbook- Ined, 2014). Del total de muertes producidas en un año, cerca de 29 mil corresponden a niños menores de 5 años (21 niños mueren cada minuto), de las cuales 44% se dan en los primeros 28 días después de nacidos (WHO, 2014). Parte de la tasa de mortalidad también la constituye la mortalidad materna, cada día mueren 1500 mujeres a causa de complicaciones en el embarazo y el parto. En su mayoría estas muertes se producen en países en vías de desarrollo (OMS- UNICEF, 2014). Las principales causas de muertes en el mundo corresponden en primer lugar a enfermedades cardiovasculares, seguidas de infecciones de vías respiratorias y pulmonares, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades diarreicas, sida y cáncer de pulmón y tráquea. En cuanto a la muerte infantil, las 6 primeras causas a nivel mundial corresponden a diarrea, malaria, infecciones neonatales, neumonía y partos prematuros o falta de oxígeno en el nacimiento (WHO, 2014).

En Ecuador, en el año 2011 se registró una tasa de natalidad de 15,05 (15, 05 nacidos vivos por cada mil partos) y una tasa bruta de mortalidad de 4.08 (también expresada por cada 1000 habitantes). La tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) fue de 13,26 por cada 1000 nacidos vivos, mientras que la mortalidad materna fue de 104,88 por cada 100 mil nacidos oportunos. Las principales causas de muerte infantil son trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, neumonía, sepsis bacteriana en el recién nacido,

malformaciones congénitas del corazón, neumonía congénita, dificultad respiratoria, síndromes de aspiración neonatal, entre otros. Por último, con respecto a las causas de mortalidad materna dentro del país las 6 primeras causas son; las hemorragias en el parto, seguidas de hipertensión gestacional, eclampsia, sepsis puerperal, atención materna por otros problemas fetales y abortos (INEC, 2011).

La buena alimentación durante el embarazo es de vital importancia para evitar complicaciones tanto de la madre como del niño. El control sobre la nutrición durante esta etapa de la vida puede evitar el bajo peso al nacer, la prematuridad, la macrosomía, el retardo en el crecimiento intrauterino, e incluso complicaciones durante el parto que pongan en riesgo la vida de la madre como la eclampsia y la hipertensión gestacional. Estudios epidemiológicos del grupo Barker en la Universidad de Southampton (Inglaterra, año 1995) han mostrado que un adecuado peso al nacer es importante para prevenir complicaciones metabólicas en la vida adulta.

3. Marco Teórico

3.1 Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.

La historia del Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora se remonta a 1899, con la fundación de la primera maternidad de Quito "Asilo Vallejo- Rodríguez" por Juana Miranda, quien fue parte de la primera promoción de comadronas profesionales y Abadesa del Hospital Caridad de Quito. Juana Miranda se convirtió en un ícono de la práctica Gineco Obstetra en Quito y llegó a ser profesora de la cátedra de Obstetricia en la Universidad Central. En medio de su carrera Juana fue instructora de el Dr. Isidro Ayora Cueva, quien años más tarde pasaría a ser director de la maternidad que lleva su nombre. La inauguración se llevó a cabo el 8 de marzo de 1951, atendiendo a una población de cerca de 300 mil habitantes de la ciudad de

Quito. Poco a poco la maternidad fue ampliando su capacidad para en el 2001, según datos del INEC, llegar a abarcar las necesidades de 2 millones 388 mil 817 ecuatorianos de la provincia de Pichincha. En la actualidad el Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora, se considera un hospital de especialidad donde se brinda atención a madres y recién nacidos en los campos de obstetricia, ginecología, pediatría y odontología (Moya & Landázuri, s.f). Esta institución constituye un buen punto de partida en lo que se refiere a promoción de salud nutricional durante el embarazo y un sitio de acción para cumplir los objetivos del estudio, ya que sus funciones comprenden la atención especializada a madres y recién nacidos.

3.2 CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) como instrumento diagnóstico.

Las encuestas CAP son evaluaciones centradas en medir los conocimientos, actitudes y prácticas humanas, en relación a una situación o tema específicos, o los cambios que se dan después de una intervención relacionada a los mismos (Unite for sight, s.f). La metodología CAP nació como instrumento diagnostico en los años 1950, para medir el grado de la evidente hostilidad que existía ante la idea y la organización de la planificación familiar en diferentes poblaciones y para proveer información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la planificación familiar, que pudieran ser utilizados en la realización e implementación de programas alrededor del mundo. Entre los años 1960 y 1970, las encuestas empezaron a ser utilizadas para entender las perspectivas de la planificación familiar en África. Al mismo tiempo, la cifra de estudios comunitarios sobre las perspectivas y el comportamiento humano, creció rápidamente en respuesta a la necesidad de un acercamiento en atención primaria a la salud, adoptado por organizaciones internacionales y fundaciones de ayuda comunitaria. Por lo tanto, las encuestas establecieron su propio lugar entre las varias metodologías utilizadas

para investigar el comportamiento en relación a la salud. Hoy en día permanece su popularidad y amplio uso en prácticas orientadas al manejo de la salud (Launiala, 2009).

Los estudios CAP proporcionan información acerca del conocimiento de las personas sobre ciertos temas, como se sienten, y como se comportan ante ellos. Cada encuesta es diseñada para un problema y escenario específicos. Las encuestas de este tipo, además cuentan con características como un diseño sencillo, datos cuantificables, una presentación de resultados concisa, generalización de muestras pequeñas a poblaciones más grandes, rapidez de implementación, facilidad para capacitar a los encuestadores y comparabilidad cultural, sin mencionar que utilizan menos recursos y tienden a ser más rentables que otros métodos de investigación social porque están altamente enfocados y tienen un alcance limitado. En adición a esto, los estudios CAP traen a la luz los factores sociales, culturales y económicos que influyen la salud y la implementación de iniciativas en salud pública (Unite for sight, s.f).

Existe un creciente reconocimiento dentro de la comunidad de ayuda internacional de que el mejorar la salud en las comunidades alrededor del mundo depende de la comprensión de los aspectos socio culturales y económicos del contexto en el que los programas de salud pública son implementados, información que ha sido recopilada a través de estudios transversales, de los cuales los más populares y ampliamente utilizados constituyen las encuestas CAP (Unite for sight, s.f).

3.2.1 CCAP (Conocimientos, Creencias, Actitudes y Prácticas)

En este estudio se realizó una adaptación del formato original de un cuestionario CAP, que contiene únicamente tres secciones; conocimientos, actitudes y prácticas, agregando un segmento orientado a indagar sobre las creencias particulares de la alimentación durante el embarazo. Este instrumento parte del mismo fundamento, sin embargo, pretende aumentar el grado de profundidad en la investigación al tener en cuenta las creencias como parte fundamental del comportamiento humano, en cuanto a la alimentación durante el embarazo.

3.2.2 Conocimientos

Es un conjunto de entendimientos, teorías, principios y de ciencia. También se entiende como la capacidad de imaginar y la manera de percibir. El conocimiento también puede ser empírico o basado en evidencia sistemática. La comprensión de un comportamiento de la salud se considera algo beneficioso, sin embargo, no garantiza de forma automática que este comportamiento será seguido. El grado de conocimiento evaluado por la encuesta ayuda a localizar las áreas donde la información y los esfuerzos de educación aún no se han ejercido (Gumucio, 2011). Para conocimientos relacionados con la alimentación en el embarazo, en el específico caso de este estudio, se recoge información sobre el entendimiento de la importancia y función de los distintos nutrientes en la alimentación. Por ejemplo; que hacen las proteínas o los carbohidratos, porque son importantes, ¿son necesarios?.

3.2.3 Creencias.

Las creencias son conceptos que hacen referencia a caracterizaciones, premisas e información que operan a nivel individual o de grupo como disposiciones o tendencias que predisponen a pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma ante eventos, personas o cosas. Dependen de variables históricas, individuales y ecológicas y comparten una lógica y

coherencia interna que organiza enunciados no verificados (Jodelet, 1990). Las creencias juegan un papel fundamental en la alimentación, porque determinan comportamientos culturales que pueden ser favorables o desfavorables para la salud, en especial en estados de vulnerabilidad como el embarazo. Para creencias relacionadas con la alimentación durante el embarazo, en el específico caso de este estudio, se recoge información sobre aquellas que puedan influir de manera positiva o creencias que puedan influir de manera negativa, sobre la alimentación saludable. Por ejemplo; dejar de comer carne porque aumenta el tamaño de la cabeza del bebé, significa un limitante en el consumo de proteína que es muy necesario durante el embarazo.

3.2.4 Actitudes.

Se entienden como una forma de ser, una posición definida ante un tema determinado, o una tendencia. Esta es una variable intermedia entre la situación y la respuesta a esta situación; ayuda a explicar la razón de que un sujeto sometido a un estímulo decida elegir un tipo de comportamiento o práctica y no las otras. Las actitudes no son directamente observables como lo son las prácticas, por lo tanto es una buena idea evaluarlos (Gumucio, 2011). Para actitudes relacionadas con la alimentación durante el embarazo, en el caso específico de este estudio, se recoge información sobre la disposición de las madres embarazadas ante la necesidad de adaptarse a ciertas situaciones en pro de mantener un embarazo saludable. Por ejemplo; tratar de comer normalmente a pesar de sentir náuseas.

3.2.5 Prácticas.

Prácticas o conductas son acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo. Esto es algo que se ocupa de lo concreto, con acciones. Para prácticas relacionadas con la salud, en el específico caso de este estudio, uno recoge información sobre el consumo de cada tipo de alimentos (verduras, frutas, carnes, grasas), la actividad física, el número de comidas al día y sus respectivos tiempos, (Gumucio, 2011).

3.3 Alimentación en la etapa de gestación.

La alimentación es fundamental durante todo el proceso que comprende el embarazo, porque es la fuente principal de energía para sustentar el crecimiento fetal y mantener el funcionamiento orgánico materno. Para cumplir con una ganancia de peso adecuado, las madres embarazadas deben adaptar su alimentación a los nuevos requerimientos (Villalba, 2008) energéticos y nutricionales que demanda su estado fisiológico (Mataix, 2009)

3.3.1 Macronutrientes durante el embarazo.

3.3.1.1 Distribución de la molécula calórica.

La distribución de calorías de la dieta va a cambiar con respecto a una dieta en una mujer normal, ya que los requerimientos nutricionales aumentan en todo sentido. La dieta de una mujer embarazada además va a depender de la edad, peso y talla de cada una ya que todo plan de dieta debe adaptarse a las características individuales. A continuación se muestra como se deben distribuir los requerimientos calóricos de las madres embarazadas de acuerdo a los macronutrientes.

Tabla 1. Distribución de la molécula calórica en mujeres no embarazadas y embarazadas durante el primer, segundo y tercer trimestres de gestación.

	Mujer no embarazada	1er trimestre de gestación	2do y 3er trimestres de gestación
Proteínas	12-15%	15%	17%
Grasas	30- 33%	30%	30%
Hidratos de carbono	50-55%	55%	53%

Fuente: Villalba, E. E. (21 de Julio de 2008). *Alimentación antes, durante, y después del embarazo*. Recuperado el 3 de Febrero de 2014, de Ginecología y Obstetricia, Endocrinología y Nutrición: www.portalesmedicos.com

3.3.1.2 Requerimientos energéticos.

En general, al hablar de requerimientos calóricos se está hablando de las calorías que deben ser consumidas para cubrir las demandas del cuerpo, para ello se deben tener en cuenta varios factores; el metabolismo basal, que implica los gastos energéticos durante el reposo, o en otras palabras el mínimo de energía que el cuerpo necesita para mantener en funcionamiento las actividades metabólicas básicas. La actividad física, la edad y el género, así como el peso, la talla y la estructura ósea, son factores que también influyen en los requerimientos energéticos, por su alta correlación con el gasto calórico. Durante el embarazo, sin embargo, no solamente se tiene en cuenta los factores mencionados, ya que se necesita de energía suplementaria, la misma que está calculada en función de dos factores principales:

- a) La formación y mantenimiento de tejidos maternos y crecimiento del feto y la placenta (Mataix, 2009).
- b) La formación y mantenimiento del tejido adiposo el cual según los estudios epidemiológicos, es conveniente para asegurar que el tamaño del recién nacido sea óptimo para su mejor condición física (Mataix, 2009).

Los requerimientos calóricos durante el embarazo para una mujer de estado nutricional normal alcanzan un promedio de 150 kcal adicionales al requerimiento normal(diarias), que de acuerdo a las guías nutricionales del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, varía de

acuerdo al trimestre; 110kcal adicionales en el primer trimestre, 150-200kcal adicionales en el segundo y tercer trimestre. Para mujeres enflaquecidas, se requieren 230kcal adicionales en el segundo trimestre y 500kcal adicionales en el tercer trimestre (Ipiales & Rivera, 2009). No obstante el total de calorías necesarias varía también de acuerdo a la actividad física de la mujer, como se puede ver en la tabla 2.

Tabla 2. Requerimientos energéticos para mujeres durante el primer, segundo y tercer trimestres de gestación, de acuerdo al nivel de actividad física.

	1 ^{er} trimestre	2 ^o - 3 ^{er} trimestre	Puerperio Lactancia
Reposo	2100	2250	2400
Sin trabajo muscular	2250	2400	2550
Que realiza trabajos domésticos	2550	2700	2850
Trabaja y no realiza quehaceres domésticos	2700	2850	3000
Trabaja y realiza quehaceres domésticos	2900	3050	3200

Fuente: Villalba, E. E. (21 de Julio de 2008). *Alimentación antes, durante, y después del embarazo*. Recuperado el 3 de Febrero de 2014, de Ginecología y Obstetricia, Endocrinología y Nutrición: www.portalesmedicos.com

3.3.1.3 Carbohidratos y fibra dietética.

Los carbohidratos constituyen la mayor fuente de energía en la dieta, y se clasifican en azúcares simples, oligosacáridos y polisacáridos (Matheson, 2006). El metabolismo de los hidratos de carbono se altera durante todo el embarazo para asegurarse de que el feto reciba un suministro continuo de cada macronutriente, aún cuando la ingesta materna sea intermitente. En etapas tempranas del embarazo, la tolerancia a la glucosa es normal y la sensibilidad a la insulina mejora, favoreciendo la producción y almacenamiento de grasa maternos. Al final del embarazo se reduce la sensibilidad a la insulina, produciendo la movilización de la grasa materna y el metabolismo de los ácidos grasos. Los niveles de glucosa en la sangre se mantienen a un nivel significativamente alto, a lo largo del embarazo

para satisfacer las crecientes necesidades del feto y la placenta. La ingesta de carbohidratos durante el embarazo es importante durante el embarazo, para asegurar glucosa suficiente para el metabolismo cerebral, y para el feto. El feto utiliza glucosa como su fuente principal de energía. Se recomienda de acuerdo a las guías norteamericanas que durante el embarazo se consuman 175g de carbohidratos al día, lo que significa alrededor de 45g adicionales a las recomendaciones normales para mujeres no embarazadas (Matheson, 2006).

En cuanto a la fibra dietaria, se puede encontrar sobre todo en alimentos de origen vegetal. Una ingesta adecuada de fibra es esencial para mantener una función intestinal adecuada, sin mencionar que reduce el riesgo de un cierto número de enfermedades como diabetes, cáncer y enfermedades cardiovasculares. Durante el embarazo los altos niveles de progesterona afectan el tono del músculo liso, lo que produce un enlentecimiento en el tránsito gastrointestinal. Este enlentecimiento tiene ventajas para la absorción de nutrientes, porque el bolo alimenticio está mayor tiempo en contacto con el intestino. Sin embargo, esto también causa que el agua se reabsorba en mayores cantidades causando constipación. Por lo tanto, un consumo adecuado de fibra durante el embarazo es importante para regular la función gastrointestinal. En madres embarazadas la recomendación de fibra dietaria es de 22g al día (Matheson, 2006).

3.3.1.4 Proteína.

El metabolismo proteico está alterado durante el embarazo para permitir una mayor síntesis de los tejidos. Dentro de los límites, un aumento en la ingesta de energía mejorará la utilización de proteína (King, 1975). Las dietas bajas en proteína durante el embarazo, han sido relacionadas con efectos adversos. La ingesta de menos de 75g al día se ha asociado con bajo peso al nacer y retraso en el crecimiento intrauterino, y las ingestas de menos de 50g en el día se han asociado con una mayor morbilidad materna. Por su parte las dietas muy altas en

proteína que superan el 20% de la energía total, deben evitarse porque afectan el peso de nacimiento del bebé. Además, el feto tiene una limitada capacidad para eliminar el amonio y la urea producto del metabolismo proteico, particularmente en el primer trimestre. La intoxicación con dichos productos puede producir marcados aumentos en anomalías congénitas (Duggleby & Jackson, 2002).

Las recomendaciones en la ingesta proteica para madres embarazadas entre 19 y 50 años debe alcanzar, durante el primer trimestre los 46g al día (0,75g/kg/día). Mientras que para el segundo y tercer trimestres la ingesta debe ser de 60g al día (1g/kg/día). Para mujeres gestantes entre 14 y 18 años el requerimiento es de 58g al día (1.02g/kg/día) (Matheson, 2006).

3.3.1.5 Grasas.

Las grasas son una fuente de energía concentrada, además son el medio de absorción de vitaminas liposolubles como A,D,E y K. La grasa dietética se encuentra de manera predominante en forma de triglicéridos (tres ácidos grasos y un glicerol). Los ácidos grasos pueden ser clasificados como saturados, mono insaturados y poliinsaturados. Dentro del grupo de los poliinsaturados podemos encontrar los omega 3 y omega 6. Existen dos tipos de ácidos grasos poliinsaturados que son esenciales en la dieta, ya que el cuerpo no puede fabricarlos; El ácido linoléico y alfa linoléico. Los sujetos pueden utilizar el ácido linoleico para producir cadenas largas de ácidos grasos poliinsaturados como el ácido araquidónico y el ácido gamma linoleico, que a su vez se utiliza en la producción de ácido eicosapentanoico (EPA) y docosahexanoico (DHA). Durante el embarazo, en especial en el primer trimestre, el feto utiliza ácidos grasos de la comida que le provee su madre. Sin embargo en etapas tardías del embarazo el feto hace sus propios ácidos grasos. Las cadenas largas de ácidos grasos

poliinsaturados, son necesarias para el desarrollo normal del sistema nervioso central, en especial en el tercer trimestre cuando el crecimiento del tejido nervioso alcanza su máximo. No obstante, el feto tiene una habilidad limitada para hacer ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, por lo tanto es dependiente del suministro placentario. Una disminución en este suministro afecta el crecimiento neonatal. Las mujeres con obesidad que además tengan resistencia a la insulina, y aquellas muy delgadas con pocas reservas de tejido graso, serán más dependientes de la ingesta dietaria para poder entregar un suministro adecuado (Matheson, 2006).

Las recomendaciones de ingesta de grasas para las mujeres durante el embarazo, deben ser proporcionales a la ingesta energética, manteniendo una distribución similar a las de las recomendaciones de la población general (30% de la energía total). En cuanto al omega 3, las madres embarazadas deberían consumir alrededor de 200mg al día. Se puede alcanzar un aporte adecuado al consumir una o dos porciones de pescado a la semana, incluyendo pescado graso (Koletzko, Cetin, & Brenna, 2007).

3.3.2 Micronutrientes durante el embarazo.

3.3.2.1 Vitamina A

Estudios epidemiológicos han encontrado asociaciones inconsistentes entre deficiencias de vitamina A y retardo del crecimiento intrauterino. La suplementación con vitamina A o beta carotenos en una población en riesgo de tener deficiencia de vitamina A resultó en una reducción de la mortalidad materna del 40%, pero no afectó la tasa de pérdida fetal o muerte temprana infantil. Se deben establecer límites máximos para la ingesta de vitamina A, porque ingestas superiores a 10000 UI se han asociado con efectos teratogénicos (Jackson & Robinson, 2001).

3.3.2.2 Vitamina D

La suplementación con Vitamina D durante el embarazo reduce la incidencia de hipocalcemia neonatal. En general, existe evidencia de que la suplementación con Vitamina D, trae mayores beneficios en poblaciones en las cuales hay inviernos prolongados y las mujeres no tienen una buena exposición al sol (Jackson & Robinson, 2001).

3.3.2.3 Ácido Fólico

La cantidad diaria recomendada para el folato durante el embarazo es de 600 ug/día. La mayor fuente natural del ácido fólico son las legumbres, los vegetales de hojas verdes, el hígado, frutas cítricas y el pan integral. Sin embargo, en comparación a las fuentes naturales, el ácido fólico se absorbe dos veces más en alimentos fortificados y suplementos (1 ug de fuentes suplementarias y fortificados equivale a 1.7ug de fuentes naturales). Para prevenir defectos del tubo neural, las mujeres en edad fértil y durante el embarazo deben consumir 400ug al día de folato de alimentos fortificados, en adición a una dieta variada. Para asegurar que los niveles en sangre alcancen lo necesario en el momento del cierre del tubo neural, la suplementación debe iniciar por lo menos un mes antes de la concepción. Mujeres que hayan tenido un hijo con defectos del tubo neural previamente, deben consumir más de lo recomendado (entre 4 y 5mg al día) (Kaiser & Allen, 2002).

3.3.2.4 Hierro.

Las madres embarazadas deben ser alentadas a consumir alimentos ricos en hierro como carne roja magra, pescado, cerdo, frutos secos, y cereales fortificados en hierro. La carne y las frutas ricas en ácido ascórbico mejoran la absorción de hierro no hem, que se encuentra en las plantas y en alimentos fortificados con hierro. Los alimentos que inhiben la absorción de hierro, como los cereales integrales, panes sin levadura, legumbres, té y café, deben ser

consumidos separadamente de los suplementos y alimentos fortificados. La CDC (Center for Disease Control and Prevention) recomienda que la suplementación sea de 30mg/día, para toda mujer embarazada, y que se inicie desde la primera visita. La deficiencia de hierro durante el embarazo está asociada a resultados adversos como partos prematuros y bajo peso al nacer. Cuando la hemoglobina y hematocrito están por debajo de los niveles normales, se debe suplementar con 60-120mg/día (Kaiser & Allen, 2002).

3.3.2.5 Zinc y cobre.

El hierro puede interferir con la absorción de otros minerales. Por lo tanto, en mujeres que tomen suplementos de más de 30mg de hierro al día, se recomienda suplementar 15mg de zinc y 2 mg de cobre. Estos valores pueden alcanzarse con la toma de cualquier suplemento multivitamínico, ya que estos también contienen minerales (Kaiser & Allen, 2002). Por lo general el metabolismo se adapta para suplir las necesidades de estos minerales, disminuyendo la eliminación renal y aumentando su absorción (Donagelo & King, 2012).

3.3.2.6 Calcio.

Debido a un aumento en la eficiencia de absorción del calcio, los requerimientos durante el embarazo, son similares a aquellos para mujeres no embarazadas. Una adecuada ingesta de calcio para madres embarazadas entre 14 y 18 años es de 1300mg y para madres embarazadas entre 19 y 50 años es de 1000mg al día. Existe evidencia que sugiere que las mujeres adolescentes embarazadas y con riesgo de hipertensión se benefician de mayores ingestas de calcio. Para mujeres que no consumen productos lácteos o alimentos fortificados en calcio, es necesario un suplemento adicional (Kaiser & Allen, 2002).

3.3.3 Sustancias peligrosas durante el embarazo.

3.3.3.1 Alcohol

Las mujeres que estén cursando el embarazo no deben consumir alcohol en lo absoluto. No se ha establecido un nivel seguro de ingesta de alcohol durante el embarazo. No obstante, cerca del 15% de madres embarazadas consumen alcohol ocasionalmente, y alrededor del 2% consumen frecuentemente. El alto consumo de alcohol durante el embarazo aumenta el riesgo de retardo mental, problemas de aprendizaje, entre otros problemas de nacimiento como el síndrome alcohólico fetal. La ingesta moderada de alcohol, definida como no más de una copa al día, se ha asociado a retraso del crecimiento fetal y una menor puntuación en el test de Apgar (Kaiser & Allen, 2002)

3.3.3.2 Cafeína

La cafeína puede cruzar hacia la placenta y afectar el ritmo cardíaco y respiratorio del feto. Estudios han encontrado que un consumo de cafeína mayor a 150mg al día se asocia a abortos espontáneos y bajo peso al nacer. En mujeres que consumen café descafeinado no se han visto efectos adversos. Sin embargo, se recomienda restringir el consumo de café durante el embarazo a menos de 300mg/día, lo que significa 5 onzas de café filtrado o instantáneo, 1 onza de café expreso, 5 onzas de té (1 bolsa), y 12 onzas de bebidas gaseosas con cafeína (Kaiser & Allen, 2002).

3.3.3.3 Consumo de tabaco y drogas.

El monóxido de carbono (CO) y la nicotina; productos del consumo de tabaco, aumentan los niveles de carboxihemoglobina en el feto y disminuyen el flujo sanguíneo en la placenta, limitando la llegada de oxígeno al feto. Fumar durante el embarazo reduce el peso de nacimiento en por lo menos 200g y puede aumentar el riesgo de partos prematuros y la mortalidad perinatal. En adición el fumar durante el embarazo puede causar efectos adversos

a largo plazo, incluyendo retardo mental y adicción a la nicotina por parte del feto. Para las fumadoras pasivas también se ven efectos adversos, sobre todo en el crecimiento fetal. Efectos similares se han visto con el consumo de marihuana, y otras drogas donde el crecimiento fetal se ve comprometido, no solo por la hipoxia, sino también por el efecto de saciedad que limita el consumo de alimentos por parte de la madre. Drogas como la cocaína y anfetaminas se han asociado también con abortos espontáneos, infarto cerebral y problemas congénitos(Kaiser & Allen, 2002).

3.4 Pica, antojos y aversiones.

La pica se conoce como un desorden en el apetito el cual se manifiesta por la ingesta compulsiva y persistente de sustancias no alimentarias o de poco valor nutritivo. La pica se caracteriza porque responde a una selección especial de determinados elementos, en especial nutrientes faltantes, y permanece hasta que se revierte el desorden. Las sustancias que se consumen con mayor frecuencia durante la pica son tierra o arcilla (Geofagia), hielo (pagofagia) y jabón (almidón de lavandería). Sin embargo, no se limita únicamente a ellas (también hay mujeres que comen papel, pintura, entre otros) y depende de cada mujer. Aunque no se tiene un conocimiento claro de la etiología de este desorden, se lo asocia frecuentemente con estados de malnutrición y sobre todo con la deficiencia de hierro o anemia. En América Latina la prevalencia de este desorden esta entre el 23 y 44%, y se ha llegado a considerar muy importante pues puede contribuir a detectar un grupo de gestantes con riesgo nutricional (López, Ortega, & Pita, 2004).

Las madres embarazadas también tienen antojos o aversiones, que son distintos a la pica. Los antojos más comunes entre las mujeres embarazadas son el chocolate, las frutas cítricas, pickles, papas fritas y helado. Mientras que las aversiones, que se han encontrado con mayor

frecuencia, son al café, té, frituras o comidas grasosas, comidas muy condimentadas, carnes rojas y huevos. Se cree que los antojos pueden estar relacionados a ingestas elevadas de energía, y las aversiones a ingestas reducidas. No obstante, no se cuenta con estudios que permitan conocer las razones de estos comportamientos (Kaiser & Allen, 2002).

3.5 Evaluación Nutricional en Madres Embarazadas

3.5.1 Peso pre gestacional.

La alimentación adecuada para tener un embarazo libre de riesgos inicia incluso antes del embarazo, ya que mientras mejor sea la reserva de nutrientes en la etapa pre gestacional, el embarazo se desarrollará con mayor normalidad. La ganancia de peso durante el embarazo depende del estado nutricional pre gestacional, que se mide de acuerdo al IMC (Índice de masa corporal), el cual se calcula dividiendo el peso para la talla al cuadrado.

$$\text{IMC} = \text{peso (kg)} / (\text{Talla m})^2.$$

A menor IMC pre gestacional, mayor es la ganancia de peso que se debe obtener durante el embarazo. De acuerdo a las guías de evaluación el embarazo debe terminar con una ganancia del 20% del peso inicial. El Instituto de Medicina de los Estados Unidos desarrolló guías sobre la ganancia adecuada de peso durante el embarazo, en 1990. Estas guías han sido modificadas para ser adaptadas a las nuevas situaciones demográficas (mayor prevalencia de obesidad), a distintas etnias y razas. En la tabla 3 se muestran las recomendaciones actualizadas del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, para la ganancia de peso durante el embarazo, teniendo en cuenta el estado nutricional pre gestacional.

Tabla 3. Ganancia de peso durante el embarazo, de acuerdo al peso pre gestacional.

IMC Pre gestacional	IMC (Kg/m ²) (WHO)	Rango de ganancia de peso total en kilogramos	Tasas de ganancia de peso 2do y 3er trimestres (rango promedio en libras/semana)
Bajo Peso	< 18.5	8.4-18.2	1 (1-1.3)
Normal	18.5-24.9	11.5-16	1 (0.8-1)
Sobrepeso	25-29.9	6.8-11.5	0.6 (0.5-0.7)
Obesidad (incluye toda clase)	>/30	5-9	0.5 (0.4-0.6)

Fuente: Institute of Medicine of The National Academies. (2009). *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Institute of Medicine of The National Academies.

3.5.2 Distribución del peso durante el embarazo.

En el embarazo se debe ganar alrededor de 11kg, dependiendo del peso pre gestacional, como se vio anteriormente. Es importante, que la ganancia de peso sea controlada, ya que el aumento excesivo puede ser tan peligroso como un aumento de peso deficiente. Se han estimado alrededor de 11kg teniendo en cuenta la siguiente distribución que se ve en la tabla 4.

Tabla 4. Distribución de la ganancia de peso en Madres embarazadas.

tejidos fetales	Feto	3,350 Kg.
	Placenta	0,800 Kg.
	Líquido amniótico	0,750 Kg.
ORGANOS maternos	Mamas	0,400 Kg.
	Utero	0,800 Kg.
	Aumento de la sangre	1,000 Kg.
	Líquido retenido	1,000 Kg.
	Grasa almacenada	2,900 Kg.
total aumento de peso		11,000 Kg.

Fuente: Villalba, E. E. (21 de Julio de 2008). *Alimentación antes, durante, y después del embarazo*. Recuperado el 3 de Febrero de 2014, de Ginecología y Obstetricia, Endocrinología y Nutrición: www.portalesmedicos.com

3.5.3 Evaluación del Estado Nutricional: Nomograma Rosso y Mardones y curva de Atalah.

3.5.3.1 Nomograma y curvas de Rosso Mardones.

El instrumento que se utiliza para la evaluación a madres embarazadas en el Ecuador, son el nomograma y la curva de Rosso Mardones (IpiALES & Rivera, 2009). Este es uno de los instrumentos que ha tenido mayor difusión y ha sido ampliamente utilizado para el monitoreo de la ganancia de peso en embarazadas en varios países de América Latina. Esta herramienta diagnóstica, consiste en un nomograma donde se calcula el porcentaje de peso para la talla y una curva, en la que se ubica la edad gestacional en el eje axial y el porcentaje de peso en el eje vertical. El nomograma y la curva, por lo tanto, son complementarios y los resultados de la curva permiten clasificar a las mujeres según su estado nutricional en: Bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad. El fundamento de este instrumento, es que la mujer durante el embarazo debe alcanzar el 120% de su peso inicial (Burschtein, Campisi, Echevarría, Mazzocco, Medvedosky, & Lopez, 2007). Ver en anexos 1 y 2.

3.5.3.2 Curva de Atalah.

La curva de Atalah, es un instrumento que también sirve como referencia diagnóstica para saber el estado nutricional pre gestacional. Esta curva fue implementada en Chile en el 2005 y se utiliza también en Brasil y Venezuela. Se diferencia con la curva de Rosso Mardones, en que utiliza el IMC por edad gestacional, en lugar de utilizar el porcentaje de peso para la talla. Esta curva a demostrado una mayor exactitud, sobre todo en poblaciones con tendencia a la obesidad, ya que tiene un área más grande para el estado nutricional normal. Esta herramienta consiste en una curva en la que la edad gestacional se ubica en el eje axial y el IMC se ubica en el eje vertical, por lo tanto al tener los datos de IMC y edad gestacional se ubica el área de la curva a la que pertenece la paciente. Esta curva clasifica a las madres embarazadas en 4 estados nutricionales: Enflaquecida, Normal, Sobrepeso y Obesidad (RED MEL CYTED, 2010). Ver anexo 3.

3.6 Creencias culturales sobre alimentación durante el embarazo.

Las creencias culturales, al representar las normas y valores compartidos de una sociedad, juegan un papel muy importante en la alimentación y nutrición, ya que son la raíz de todo comportamiento. Lo que se aprende como parte de las interacciones diarias desde la niñez, forma patrones y creencias rígidas que tienden a durar toda la vida. George Orwell afirma que los cambios en un patrón cultural de la dieta son incluso más importantes que cambios en dinastías o religiones. Por estas razones las investigaciones antropológicas pueden contribuir significativamente como una solución a los problemas alimenticios de varias poblaciones, a través del conocimiento de las raíces culturales de sus costumbres y creencias alimentarias. Al juntar los conocimientos científicos en nutrición con las disciplinas de la antropología puede aumentar la posibilidad de resolver los dilemas de la nutrición de muchas poblaciones ahora condenadas a una existencia al límite de sus necesidades (Wood, 1979).

Las creencias culturales tienden a acentuarse más en los periodos críticos de la vida, o en otras palabras, en las etapas más importantes. Una de estas etapas es el embarazo, donde la alimentación juega un rol fundamental tanto en el desarrollo fetal como en la adaptación de la madre a los nuevos requerimientos. Esta es la razón de que se establezcan guías alimentarias para esta etapa. Por lo tanto, es importante seguir con una corriente que incluya la investigación antropológica como eje fundamental en el estudio de comportamientos en salud, sobre todo cuando están ligados a temas con influencias culturales como la nutrición.

3.6.1 Comunidades del Ecuador.

El Ecuador, considerado un país multiétnico y pluricultural, tiene un patrimonio cultural muy grande. Existen 15 nacionalidades en las 4 regiones; Sierra, Oriente, Costa, y región insular o Galápagos, donde existe una gran población indígena especialmente proveniente de la Sierra. Cada nacionalidad o comunidad, ya sea indígena, mestiza o afrodescendiente, tiene su propia cosmovisión, su propio idioma, sus propias creencias y con ello su propia manera de alimentarse y de entender los efectos de cada alimento en el cuerpo (Ministerio de cultura y patrimonio, 2013). Las variaciones en la cultura alimenticia, de las comunidades ecuatorianas, tiene una estrecha relación con el territorio que ocupan y con el estilo de vida que llevan. Las concepciones o creencias acerca de la alimentación en cada comunidad, por lo tanto, tienden a tener una estrecha relación con prácticas saludables acorde a las necesidades de cada grupo o sociedad. Sin embargo, también existen aquellas que no son del todo acertadas y muchas veces pueden ser perjudiciales, sobre todo en las etapas más cruciales de la vida, como lo es el embarazo. Por esta razón es de suma importancia estudiar estas creencias y entender el contexto del cual parten.

En la población afrodescendiente, se ha visto en general, que las personas de estas comunidades consideran el embarazo un ciclo en el que se debe comer mejor y la mayoría de alimentos son considerados buenos en esta etapa. Únicamente, se considera que las grasas y la carne de res se deben evitar ya que se cree que si se comen estos alimentos el bebé nace con la cabeza demasiado grande (Moya & Corral, 2006)

En la población indígena, hablando generalmente, se encuentran algunas otras creencias; en estos grupos se considera que durante el embarazo, se deben restringir alimentos como el aceite, el atún, el arroz, las sardinas, el ají y las bebidas gaseosas. Se cree que el atún y las sardinas afectan la cabeza del niño. Además existe la creencia de que no se debe ingerir colorantes ni comida condimentada, porque el feto está en formación. Sin embargo, existen testimonios en los que se dice que la mujer embarazada debe comer todo y que lo que le hace daño el cuerpo solo se encarga de eliminarlo mediante la náusea y el vómito. Aunque en otras comunidades como los Puruháes, por ejemplo, se considera se debe comer todo sin restricciones, excepto por las comidas que causan asco entre las cuales se mencionan; el fideo, la colada de arveja, los dulces y la colada de haba (Moya & Corral, 2006).

3.6.2 Estudios Previos sobre creencias de la alimentación durante el embarazo.

3.6.2.1 Estudios similares, dentro y fuera del país.

En el estudio "Prácticas, creencias alimentarias y estado nutricional de las madres embarazadas y lactantes atendidas en el centro de salud N1 de la ciudad de Ibarra" realizado entre diciembre del 2009 y diciembre del 2010 por Ipiates y Rivera, se encontraron las siguientes creencias acerca de la alimentación durante el embarazo. El 50% de mujeres encuestadas afirmaron que el consumo excesivo de ají hace que los bebés nazcan enfermos, el

18% afirmó que el consumo de ají hace que los bebés nazcan con pintas rojas en la cara, 6% de las mujeres encuestadas dijeron que al consumir ají los niños nacerán alérgicos y enfermos del hígado y el 4% manifestó que los niños nacen con un carácter violento. El porcentaje restante de madres afirmaron no creer que el consumo de ají cause daño al niño. En cuanto al consumo de alimentos gemelares o deformes, 12% de las mujeres encuestadas presentaron creencias al respecto. El 8% manifestó que el comer frutos gemelares ocasiona que salgan niños gemelos, el 2% piensa que los niños nacerán pegados y el restante 2% afirmó que es malo consumir este tipo de alimentos. Un 64% de la muestra analizada respondió tener creencias acerca de los antojos insatisfechos; el 26% de las mujeres encuestadas afirmó que los antojos insatisfechos causan aborto, el 18% manifestó que ante esta situación los niños nacen con la boca abierta, el 4% dijo que el niño nace baboso y el 2% piensa que el niño nacerá con la forma del antojo insatisfecho en su cuerpo. El resto de las mujeres encuestadas manifestó no tener ninguna creencia en particular sobre este tema. Por su parte, en cuanto al consumo de plátano y huevo crudo algunas creencias que se manifestaron fueron que el consumo de estos alimentos causará cólico al bebé o que el niño saldrá ,más blanco. Otro tema común entre las creencias de las mujeres encuestadas fue el consumo de cítricos. Algunas mujeres creen que esto puede causar que se le corte la sangre al niño, otras piensan que se podría causar el aborto, también existen las creencias de que el niño podría nacer alérgico o desnutrido y un porcentaje menor que puede ocasionar gastritis en la madre. En cuanto al consumo excesivo de carnes algunas creencias encontradas sobre este aspecto fueron que la cabeza del niño crecerá mucho, que causará el aborto y que se puede salir la placenta en el momento del parto. Finalmente, en este estudio se encontraron otras creencias como; el comer muchas frutas y verduras produce que el niño salga más blanco y de cabello

claro, el comer mucho maní ocasiona que el parto sea de gemelos, el comer plátano verde produce anemia y el comer "tela de carne" ocasiona que no se rompa la tela al momento del parto, dificultado la salida del niño. En este estudio también se hace referencia a otras creencias en diferentes países; en Argentina se cree que la embarazada no puede comer tripas, chorizos, morcillas, ni nada que esté envuelto con los intestinos, porque esto ocasionara que el bebé nazca ahogado por el cordón umbilical. En Paraguay se cree que la mujer embarazada no debe comer hígado ni morcilla, porque esto causa que el niño nazca negro, tampoco se debe comer riñón pues el niño saldrá con los labios cortados y las manos picadas. En Puerto Rico, se considera que todos los antojos deben ser satisfechos para evitar el aborto y que el niño salga deforme. En Panamá se cree que la mujer cursando el periodo de gestación no debe comer ají, ni alimentos condimentados porque esto causa que el bebé nazca con un carácter violento. Finalmente, el estudio refiere que en España se cree que los antojos de liebre causan que el bebé nazca con labio leporino.

Por otro lado, en un estudio realizado en Chile, se identificaron las siguientes creencias; el consumo de limón ocasiona que el bebé nazca peludo y descalcifica los huesos, las frituras y alimentos ricos en grasas enferman al feto, el ají ocasiona que "la guagüita nazca con el potito cocido", el brócoli es pesado para el bebé, el repollo es malo para la salud del bebé. También se encontraron las siguientes afirmaciones; la malta con harina ayuda a producir más leche, al igual que la cerveza con harina tostada (Romo, López, López, Morales, & Alonso, 2005).

4. Descripción del problema.

La “Teoría de Barker” (denominación de la teoría sobre el origen temprano de enfermedades crónicas no transmisibles) plantea que los individuos con bajo peso al nacer tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y enfermedades asociadas, aquellos que al nacer presentan una menor longitud en relación al perímetro cefálico tienden a desarrollar valores elevados de colesterol LDL y fibrinógeno plasmático. Por su parte, quienes presentan un peso muy elevado al momento del nacimiento, tienden a desarrollar obesidad en la vida adulta, y aquellos de talla baja y peso elevado también tienen un mayor riesgo de presentar diabetes (Moreno & Dalmau, 2001). La prematuridad y bajo peso al nacer son causas importantes de la mortalidad infantil; sin embargo, todas estas enfermedades pueden ser prevenidas y tienen una relación directa con la alimentación durante el embarazo. Por lo tanto, es importante hacer inca pie en este tema y darle un mayor impulso como parte del cuidado perinatal; haciendo un seguimiento del estado nutricional y también teniendo en cuenta que factores como la educación nutricional, las actitudes, creencias y prácticas relacionadas a la alimentación pueden influir directamente en los resultados de dicha evaluación. De esta manera, al identificar temas que deban ser reforzados y creencias culturales relacionadas a la dieta en el embarazo que puedan afectar la buena nutrición materno infantil, pueden realizarse programas educativos basados en los resultados del estudio, con los que se contribuirá a disminuir la alta tasa de mortalidad infantil y en la vida adulta, sin mencionar que se impulsará el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio 4 y 5: Reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna (OMS, 2014) y el objetivo 3 del buen vivir; mejorar la calidad de vida de la población (SENPLADES, 2014), ya que, en adición a lo mencionado anteriormente una alimentación adecuada durante el periodo de gestación es indispensable para evitar enfermedades en la madre tales como;

preclampsia, diabetes gestacional, anemia y sobrepeso u obesidad que se asocian a complicaciones del parto (Villalba, 2008).

5. Pregunta de investigación.

¿Las participantes quienes en las respuestas del cuestionario obtengan como resultado, conocimientos incorrectos, creencias desfavorables, actitudes desfavorables y prácticas incorrectas en relación a la alimentación durante el embarazo, tendrán un estado nutricional no adecuado, de acuerdo con la evaluación antropométrica?

6. Objetivo General

Evaluar el estado nutricional, conocimientos, creencias, actitudes y prácticas en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante, que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, durante el mes de abril de 2014, mediante entrevistas y un cuestionario pre estructurado de conocimientos, creencias, actitudes y prácticas (CCAP); para identificar la necesidad de dar educación nutricional al grupo en estudio.

7. Objetivos Específicos

- 7.1 Evaluar el estado nutricional en mujeres entre 19 años en adelante, que se encuentren en estado de gestación y asistan al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el periodo de Abril de 2014, mediante la obtención del peso y la talla de las participantes y el uso del nomograma y las curvas de Rosso Mardones; instrumentos recomendados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y la Organización Mundial de la Salud.
- 7.2 Elaborar un cuestionario para medir, a través de entrevistas, los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas en relación a la alimentación en madres que tengan entre 19 años en adelante, y acudan al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el periodo de Abril de

2014 mediante revisiones bibliográficas, grupos focales y la colaboración de profesionales en materia de nutrición, obstetricia y ginecología, que permitan enriquecer el contenido y la precisión de las preguntas en la entrevista.

7.3 Relacionar el estado nutricional de las madres embarazadas que participen en el estudio con los resultados del cuestionario CCAP y con su IMC pre gestacional, mediante el análisis de resultados tanto de la encuesta como de la evaluación nutricional, en base a porcentajes.

8 Diseño del Proyecto:

8.1 Tipo de estudio

Transversal Descriptivo.

8.2 Universo y muestra.

La muestra para este estudio estuvo comprendida por mujeres de 19 años o mayores, quienes se encontraban en periodo de gestación y acudieron al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora en el periodo de abril del 2014. Utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo (p.e. 136 millones de brasileños entre 15 y 65 años)

Z = Es la desviación del valor medio para lograr el nivel de confianza deseado.

Para los cálculos se tuvo en cuenta un margen de error del 5%, nivel de confianza de 95%, heterogeneidad de 50% y un universo de aproximadamente 520 madres embarazadas en el mes de abril, finalmente se obtuvo un tamaño muestral de 220 (Ochoa, 2013).

8.3 Criterios de inclusión.

Madres embarazadas de 19 años en adelante, quienes acudieron a controles periódicos en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el periodo de abril del 2014.

8.4 Criterios de exclusión.

- Madres embarazadas entre 12 y 18 años.
- Madres con embarazos de alto riesgo.
- Madres embarazadas, quienes tenían enfermedades las cuales comprometían una alimentación normal como diabetes, hipertensión, hiperémesis gravídica, problemas renales, etc.
- Madres embarazadas que no asistieron al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, o que asistieron fuera del periodo de abril del 2014.
- Aquellas que no firmaron el consentimiento informado.

9. Metodología.

9.1 Planificación

9.1.1 Instrumento: Estructuración del cuestionario para las entrevistas.

En la entrevista se utilizó un cuestionario CCAP pre estructurado. Para la elaboración del cuestionario se siguieron 4 pasos: El primero consistió en una revisión bibliográfica, mediante la cual se elaboró la primera versión del cuestionario. El segundo paso fue la recolección de datos, acerca de diferentes creencias sobre la alimentación, mediante grupos focales (de madres embarazadas con similares criterios de inclusión), con esta información se complementó la sección de creencias. El tercer paso consistió en la validación del cuestionario mediante una prueba piloto, en madres embarazadas que acudieron a la clínica la primavera

en el mes de marzo. Finalmente, el cuarto paso fue la revisión del cuestionario por profesionales nutricionistas, obstetras y afines para completar el contenido. El objetivo de realizar el cuestionario en estos 4 pasos fue alcanzar mayor validez en los resultados, ya que de esta manera se aseguró que el contenido sea completo y las preguntas bien dirigidas.

9.1.2 Revisión Bibliográfica.

Se buscó bibliografía relacionada a los constructos escogidos "conocimientos, creencias, actitudes y prácticas de la alimentación en madres embarazadas", para esto se utilizaron bases de datos como MEDLINE, scholargoogle, Medpub y EBSCO. Mediante la búsqueda se recolectó la información necesaria para la elaboración de los ítems del cuestionario, además se consiguieron cuestionarios ya elaborados, los cuales sirvieron como base en la construcción del instrumento. En la recolección de datos se utilizaron palabras clave como "nutrición", "embarazo", "guías alimentarias" y "cuestionario". Con la información obtenida se realizó un cuestionario guía de base, para su aprobación por parte del comité de bioética y el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora (cuestionario versión 1). El cuestionario fue ligeramente modificado en etapas posteriores del estudio para incluir sugerencias de profesionales afines a la nutrición y obstetricia que enriquecieron el contenido y complementaron la sección de creencias.

9.1.3 Grupos Focales.

Se realizaron tres grupos focales con el objetivo de indagar sobre las creencias particulares de la alimentación durante el embarazo, en el grupo de madres embarazadas de 19 años de edad en adelante, que asisten al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Cada grupo focal fue seleccionado teniendo en cuenta que las participantes cumplan con las mismas características de las mujeres que fueron seleccionadas para las entrevistas, es decir, madres

embarazadas mayores a 19 años que no presenten complicaciones en el embarazo y que no presenten enfermedades que alteren su alimentación normal. Además la participación fue completamente voluntaria, y se las convocó mediante un llamado general, mediante una explicación general del estudio que se dio cara a cara, en conjunto con el departamento de comunicación del Hospital. En los grupos focales se trató temas como alimentos que sean considerados malos durante el embarazo, que causen daño a la madre o al bebé y alimentos que sean considerados buenos para esta etapa (anexo 7). El tamaño de los grupos focales comprendió 5 participantes, y tuvo una duración de alrededor de 40 minutos. La información fue grabada por medio de una grabadora de voz que se utilizó durante cada sesión, para analizar la información recopilada durante los grupos focales. La información recolectada se utilizó para incluir ítems en el cuestionario guía de la entrevista, en la sección de creencias sobre la alimentación. Es importante resaltar que las mujeres que participaron en el grupo focal, no fueron incluidas en las entrevistas para evitar sesgos en los resultados.

9.1.4 Validación del cuestionario mediante prueba piloto.

Se tomó un grupo de 33 madres embarazadas, equivalente al 15% de la muestra (Seco, 2013), que acudieron a consulta en la clínica La Primavera. A las participantes de la prueba piloto, se les aplicó la segunda versión de cuestionario; que fue obtenida mediante la corrección de la versión 1 con la información de los grupos focales. Durante las entrevistas se pidió a las participantes que además de responder, indicaran sus opiniones acerca de la facilidad de entendimiento en las preguntas, y que emitieran comentarios que piensen que facilitarían el proceso de respuesta y lo hicieran más válido. Con los comentarios obtenidos en la prueba piloto se realizó la corrección de la segunda versión del cuestionario y se pasó a

hacer la revisión con informantes claves (profesionales en nutrición, obstetricia y ginecología) para formular un cuestionario final.

9.1.5 Análisis del cuestionario por profesionales en nutrición, obstetricia y afines.

Se pidió la colaboración de profesionales en los campos de Nutrición y Obstetricia, para la revisión del cuestionario guía para la entrevista. El objetivo fue enriquecer el contenido del cuestionario agregando o modificando ítems que aseguraron una mayor claridad de las preguntas y que mejoraron el contenido para que la información recolectada fuera más veraz.

9.1.6 Conformación del cuestionario final para las entrevistas.

Una vez analizada la información del grupo focal y de la reunión con profesionales de nutrición y obstetricia, se incluyeron nuevas preguntas sobre creencias en alimentación y otras preguntas se modificaron para asegurar mayor claridad en ellas. De esta manera se obtuvo el cuestionario final que fue utilizado en las entrevistas.

9.1.7 Contenido del cuestionario.

El cuestionario final estuvo comprendido por 401 preguntas en 5 secciones; datos personales (nombre, edad, número de hijos, estado civil, etc.) esta sección es relevante al estudio porque son factores individuales de cada mujer que pueden influir en un mayor o menor conocimientos de alimentación, así como más o menos creencias, el tipo de actitudes e incluso las prácticas. Los datos personales otorgaron una información complementaria para analizar los resultados del CCAP, de acuerdo con las distintas experiencias de cada participante. Las siguientes secciones fueron; conocimientos sobre alimentación durante el

embarazo, creencias sobre alimentación durante el embarazo, actitudes en cuanto a una alimentación adecuada durante el embarazo y prácticas de alimentación durante el embarazo. Cada sección tuvo entre 5 y 10 ítems (ver anexo 5). Las preguntas se las realizó por medio de una entrevista cara a cara.

9.2 Recolección de datos.

9.2.1 Evaluación Nutricional de las participantes.

9.2.1.1 Uso de la curva Rosso Mardones como instrumento de Evaluación Nutricional.

Para utilizar las curvas de Rosso Mardones, se siguieron los siguientes pasos: En primer lugar, se calculó el porcentaje de peso para la talla. Para ello se tomaron las medidas de peso y talla, utilizando la técnica de la OMS (anexo 9).

9.2.1.2 Adecuación del peso para la talla.

Una vez obtenidas las medidas de peso y talla, se utilizó el nomograma (anexo 1). El procedimiento para utilizar este instrumento es; unir con una regla los valores de talla con los de peso y observar el valor de la última columna con él que corta la regla. Ese valor corresponde al porcentaje de peso de la mujer, y no tiene un significado por sí mismo, por lo tanto se lo compara con la edad gestacional. Para esto, se utiliza la curva (anexo 2) que señala cuatro estados nutricionales distintos.

9.2.1.3 Clasificación del Estado Nutricional.

Una vez obtenido el porcentaje de peso, se utilizó la curva de Rosso Mardones para encontrar el estado nutricional de las participantes. El procedimiento que se utilizó fue el siguiente: Se ubicó en el marco inferior la edad gestacional de la mujer y se ascendió en la gráfica hasta el punto en el que se encontraba el valor correspondiente al porcentaje de su peso, dependiendo el área de la curva en la que caía, se determinó el estado nutricional. Las cuatro categorías corresponden a bajo peso, normal, sobrepeso y obesidad. Cuando el porcentaje de peso se ubica justo sobre una línea divisora de categoría de peso, la mujer se clasificó en la categoría inferior (Dirección de Salud Materno Infantil, 1996).

9.2.2 Uso de la curva de Atalah como instrumento de Evaluación Nutricional.

Para utilizar la curva de Atalah, en primer lugar se calculó el IMC, con los datos obtenidos del peso y talla de las participantes y utilizando la fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{Talla (m)}^2$$

En segundo lugar, se utilizó el dato de edad gestacional en semanas de las participantes. Finalmente, se ubicó en la curva la edad gestacional y el IMC correspondientes a cada participante, y se ascendió en la curva hasta encontrar el estado nutricional y se lo anotó en el espacio correspondiente a estado nutricional en el cuestionario CCAP. Cuando el resultado se encontraba en una línea divisoria, se tomó en cuenta la categoría inferior.

9.3 Operacionalización de variables.

Edad	Numérico
Número de hijos propios	Numérico
Estado civil	Cualitativa nominal (soltera, casada, divorciada, viuda, unión libre).
Edad gestacional	Numérico
Nivel de educación	Ordinal (primario incompleta, primaria completa, secundaria, superior, etc.)
Número de visitas medicas en el embarazo actual	Numérico
Creencias	Cuantitativa, dicotómica; a favor /en contra
Conocimientos	Cuantitativa, dicotómica; correcta e incorrecta
Actitudes	Cuantitativa-escala de Likert; correcta e incorrecta
Prácticas	Cuantitativa, dicotómica correcta e incorrecta a favor /en contra.

9.4 Tabulación y análisis

9.4.1 Tabulación del cuestionario.

Cada pregunta del cuestionario fue tabulada por separado. La tabulación del cuestionario se realizó en base a porcentajes. Es importante señalar que cada respuesta fue categorizada como correcta o incorrecta en el caso de las secciones de conocimientos y actitudes y a favor o en contra, en las secciones de creencias y prácticas. En la sección de conocimientos las respuestas fueron tabuladas como correcto o incorrecto de acuerdo a criterios basados en evidencia científica, es decir, toda pregunta consistía en una afirmación que bien podía ser verdadera o falsa, las respuestas correctas debían coincidir con la veracidad de la afirmación, para ello se utilizó una pauta. En cuanto a la sección de creencias, se determinó creencias favorables y no favorables, de acuerdo a la influencia de las creencias sobre una alimentación saludable durante el embarazo. Es decir, si una creencia implicaba el limitar algún nutriente importante o el consumir algún alimento que deba ser limitado durante el embarazo, se consideraba desfavorable. Por el contrario, si una creencia concordaba con las guías y requerimientos para una alimentación saludable durante el embarazo, era considerada favorable. En la sección de actitudes, las respuestas correcto e incorrecto se escogieron dependiendo de su significancia con respecto a la situación presentada y como podrían influir sobre el embarazo. Por ejemplo, una actitud incorrecta fue considerada cuando las participantes estaban de acuerdo con una situación que comprometía la salud del embarazo, como no comer bien debido a las náuseas. Finalmente, en la sección de prácticas las respuestas fueron categorizadas como favorables o no favorables dependiendo su concordancia con las guías alimentarias propuestas para las madres embarazadas. Por ejemplo, si la recomendación acerca del consumo de proteínas dice que se debe consumir carnes todos los días, una respuesta favorable sería consumir carnes todos los días o un mínimo de 3 veces

por semana. Para tabular el cuestionario se siguió una pauta. De esta manera se obtuvo: Porcentaje de mujeres que respondieron con conocimientos correctos y porcentaje de mujeres que respondieron con conocimientos incorrectos, porcentaje de mujeres que obtuvieron actitudes correctas y porcentaje de mujeres que obtuvieron actitudes incorrectas, porcentaje de mujeres que obtuvieron prácticas a favor de una alimentación saludable y porcentaje de mujeres que obtuvieron prácticas en contra de una alimentación saludable, y finalmente porcentaje de mujeres que obtuvieron creencias a favor de una alimentación saludable y porcentaje de mujeres que tuvieron creencias en contra de una alimentación saludable. No se asignó un valor específico para cada pregunta, ya que el cuestionario no ha sido validado y sus resultados son meramente descriptivos. De la misma manera, cabe resaltar que, en el caso de las secciones que se midieron con escala Likert, también se categorizó la respuesta dependiendo de cómo sería su efecto dentro de la salud nutricional de la participante. En otras palabras, se categorizó como a favor o en contra, incorrecto o correcto, según el escenario específico para cada pregunta.

También se recolectaron datos sociodemográficos; escolaridad, edad, número de hijos y estado civil de las mujeres participantes, así como el estado nutricional. Estas variables fueron tomadas en cuenta debido a que otorgaron información complementaria sobre las participantes, ya que sus características personales podían influir de cierta manera en sus conocimientos, creencias, actitudes y prácticas. Todo el proceso de tabulación para estas variables, fue realizado en Excel haciendo un análisis individual por cada pregunta, con su respectiva representación gráfica.

9.4.2 Análisis de los resultados.

9.4.2.1 Entrevista con cuestionario CCAP.

El análisis de los resultados se realizó en base a la tabulación de los mismos, que como se explicó anteriormente se hizo en base a porcentajes utilizando la siguiente fórmula:

$$\% = F \times 100 / N$$

F= Número de veces que se repite el dato.

N= Total de datos.

9.4.2.2 Relación entre el estado nutricional y resultados del cuestionario CCAP, de cada participante.

Para encontrar la relación existente entre el estado nutricional de las participantes y su edad se dividió las entrevistas en 4 grupos de acuerdo a su estado nutricional; bajo peso, normal, sobrepeso y obesidad y se determinó el porcentaje de respuestas correctas e incorrectas, favorables y desfavorables, para cada sección del cuestionario, por cada grupo. Además se dividió a las entrevistas, según el IMC pre gestacional, para determinar si existía alguna relación entre el estado nutricional y el peso pre gestacional.

9.5 Almacenamiento de datos.

Durante todo el proceso de investigación se mantuvo un registro de los datos dentro de cada encuesta y a manera de una hoja electrónica. Además, una vez obtenidas todas las entrevistas, los resultados de la tabulación fueron almacenados en SPSS y Excel a manera de bases de datos. La computadora en la que se almacenaron los datos es de uso personal de la investigadora principal y se mantiene asegurada con clave.

10 Resultados esperados.

Se espera que con los resultados de este estudio se tenga un panorama más claro de los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre la alimentación y de cómo podrían afectar el estado nutricional de madres embarazadas de 19 años de edad en adelante, de clase media y baja, que son aquellas que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Los resultados por lo tanto, ayudarán a evidenciar la necesidad de una campaña de educación nutricional en las madres embarazadas y sobre todo ayudarán a identificar las necesidades nutricionales de este grupo vulnerable.

11 Implicaciones éticas.

El estudio, las entrevistas y los procedimientos de evaluación nutricional fueron llevados a cabo una vez que el Comité de Bioética y las autoridades del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, aprobaron el cuestionario y el procedimiento. En adición a esto, es importante mencionar que la participación en este estudio fue completamente voluntaria y no podía darse sin antes haber firmado el consentimiento informado (anexo 10).

12 Recursos

- Computadora.
- Cuestionarios impresos para cada entrevista.
- Balanza digital con margen de error 0.1Kg.
- Estadiómetro.
- Nomograma y curvas de Rosso Mardones.

13 Resultados

13.1 Características de la población estudiada.

Se entrevistaron a un total de 220 madres embarazadas mayores a 19 años de edad, se las clasificó según categorías de edad. La categoría 1 abarcó mujeres en edades desde los 19 hasta los 25 años de edad, la categoría 2 abarcó mujeres entre los 26 y 30 años de edad, la categoría 3 abarcó mujeres entre los 31 y los 35 años de edad, y la categoría 4 abarcó mujeres de 36 años en adelante. En el grupo de participantes se encontró que el 40% tenían entre 19 y 25 años, el 24,2% tenían entre 26 y 30 años de edad, el 18,7% tenían entre 31 y 35 años de edad y el 16,9% tenían 36 años o más.

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de categorías por edad de las participantes.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
19 a 25	88	40,0	40,2	40,2
26 a 30	53	24,1	24,2	64,4
Válidos 31 a 35	41	18,6	18,7	83,1
36 en adelante	37	16,8	16,9	100,0
Total	219	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	220	100,0		

Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota: Porcentaje válido se refiere al porcentaje sin valores perdidos.

Entre las mujeres entrevistadas, el 42% estaba esperando su primer hijo. Mientras que el 32,7% esperaba su segundo hijo. El 18,6% de las participantes estaban embarazadas de su tercer hijo y en menores proporciones el 3,6% de las mujeres estaban embarazadas por 4ta vez, el 1,4% por 5ta vez y el 0,5% por 7ma vez.

Tabla 6. Frecuencia del número de hijos de las participantes.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	94	42,7	42,9	42,9
2	72	32,7	32,9	75,8
3	41	18,6	18,7	94,5
Válidos 4	8	3,6	3,7	98,2
5	3	1,4	1,4	99,5
7	1	,5	,5	100,0
Total	219	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	220	100,0		

Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota: Porcentaje válido se refiere al porcentaje sin valores perdidos.

En cuanto al nivel de educación, el porcentaje más alto lo alcanzaron las participantes que consecundaria completa. Mientras que el porcentaje más bajo fue de una participante quien no completó la primaria. Un alto porcentaje también, del 28,6% fue de aquellas mujeres quienes alcanzaron la educación superior.

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje por nivel de educación de las participantes.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria completa	43	19,5	19,5	19,5
Primaria incompleta	1	,5	,5	20,0
Secundaria completa	84	38,2	38,2	58,2
Válidos Secundaria incompleta	21	9,5	9,5	67,7
Superior	63	28,6	28,6	96,4
Superior incompleto	8	3,6	3,6	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota: Porcentaje válido se refiere al porcentaje sin valores perdidos.

Con respecto al estado civil se encontró que la mayor proporción correspondía a

mujeres casadas con el 43,6%, seguida de aquellas en Unión libre con el 36,8%. Por su parte el 18,2% de las participantes eran solteras y el 1,4% estaban separadas.

Tabla 8. Frecuencia y porcentaje por Estado Civil de las participantes.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Casada	96	43,6	43,6	43,6
Separada	3	1,4	1,4	45,0
Válidos Soltera	40	18,2	18,2	63,2
Union libre	81	36,8	36,8	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásquez, 2014. Nota: Porcentaje válido se refiere al porcentaje sin valores perdidos.

En cuanto al estado nutricional de las participantes, se utilizaron dos curvas simultáneamente, la de Atalah y la de Rosso Mardones, ya que no todas las mujeres entraban en la curva de Rosso Mardones debido a su estatura o muy alta o muy baja. También se les pidió a las mujeres responder cuál fue su peso antes del embarazo, para saber en base a ello como se encontraba su estado nutricional de una manera más exacta. Los resultados fueron los siguientes; 76 participantes de las 220 no conocían su peso pre gestacional, es decir que el 34,5% corresponde a datos perdidos del IMC pre gestacional. Sin embargo, de los datos que pudieron ser tomados en cuenta, el 35,5% de las participantes iniciaron con un peso normal, el 18,6% iniciaron su embarazo con sobrepeso, el 3,2% iniciaron con bajo peso y el 8,2% iniciaron con obesidad. Por su parte, la curva de Rosso Mardones mostró los siguientes resultados; El 36,8% de las participantes tenía obesidad, el 25% tenía un estado nutricional normal, el 24,5% tenía sobrepeso y el 13,6% tenía bajo peso. Por otro lado, la curva de Atalah muestra resultados un poco diferentes; el 37,7% correspondía a mujeres con sobrepeso, el

30,9% correspondía a mujeres con un estado nutricional normal, el 20,5% correspondía a mujeres con obesidad y el 11,4% correspondía a mujeres con bajo peso.

Tabla 9. Frecuencia y porcentaje de IMC pre gestacional de las participantes.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	76	34,5	34,5	34,5
Bajo peso	7	3,2	3,2	37,7
Válidos Normal	78	35,5	35,5	73,2
Obesidad	18	8,2	8,2	81,4
Sobrepeso	41	18,6	18,6	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota: Porcentaje válido se refiere al porcentaje sin valores perdidos.

Tabla 10. Frecuencia y porcentaje de Evaluación Antropométrica Rosso Mardones de las participantes.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo Peso	30	13,6	13,6	13,6
Normal	55	25,0	25,0	38,6
Válidos Sobrepeso	54	24,5	24,5	63,2
Obesidad	81	36,8	36,8	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota:¹ Porcentaje válido se refiere al porcentaje sin valores perdidos. Nota²: El número total de las participantes evaluadas con este método fue 220.

Tabla 11. Frecuencia y porcentaje de Evaluación Antropométrica Atalah de las participantes.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Enflaquecida	25	11,4	11,4
	Normal	68	30,9	42,3
	Sobrepeso	82	37,3	79,5
	Obesidad	45	20,5	100,0
	Total	220	100,0	100,0

Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota:¹ Porcentaje válido se refiere al porcentaje sin valores perdidos. Nota²: El número total de las participantes evaluadas con este método fue 220.

Finalmente, también se les preguntó a las participantes cuantas visitas habían hecho en total al ginecólogo u obstetra encargado, durante su embarazo. Un total de 16 participantes no sabían con exactitud cuantas veces habían asistido, esto equivale al 7,3% de datos perdidos. El resto de las participantes asistieron entre 1 y 20 veces durante su embarazo, los detalles se muestran a continuación en la tabla 12

Tabla 12. Frecuencia y porcentaje de número de visitas al ginecólogo u obstetra de las participantes.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	7	3,2	3,4
	2	14	6,4	10,3
	3	11	5,0	15,7
	4	30	13,6	30,4
	5	29	13,2	44,6
	6	28	12,7	58,3
	7	21	9,5	68,6
	8	23	10,5	79,9
	9	10	4,5	84,8
	10	20	9,1	94,6
	11	1	,5	95,1
	12	1	,5	95,6
	14	2	,9	96,6
	15	5	2,3	99,0
	20	2	,9	100,0
	Total	204	92,7	100,0
Perdidos	Sistema	16	7,3	
Total		220	100,0	

Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota:¹ Porcentaje válido se refiere al porcentaje sin valores perdidos.

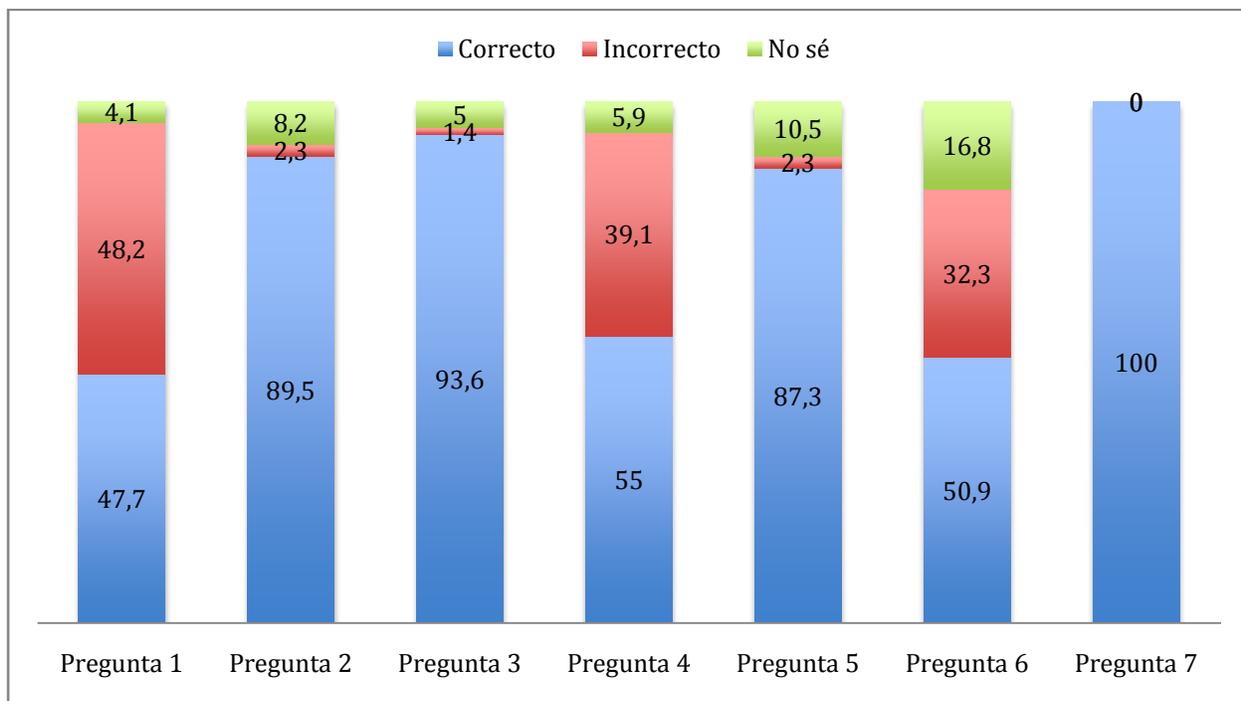
13.2 Resultados del cuestionario de Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas.

13.2.1 Conocimientos.

En la primera pregunta se indagó sobre el conocimiento de las participantes acerca de la importancia de los carbohidratos como fuente principal de energía para el organismo. *Los alimentos como arroz, papas, fideos, harinas y panes, son la fuente principal de energía para que el cuerpo funcione de manera normal.* Sobre esta pregunta el 47,7% de las participantes eligieron la respuesta correcta. En la misma pregunta el 48,2% de las participantes respondieron de manera incorrecta y el 4,1% eligieron la opción "no sé". En cuanto a la segunda pregunta, en la cual se buscaba identificar el conocimiento de las participantes sobre las proteínas y su función de generación y reparación de tejidos y células; *Las leguminosas como el frejol, y las carnes por ejemplo de res, de pollo o de cerdo, entre otras, son importantes para ayudar al crecimiento del bebé y los tejidos maternos,* se obtuvieron los siguientes resultados: El 89,5% de las participantes respondió correctamente, el 2,3% eligió la respuesta incorrecta y el 8,2% respondió con la opción "no sé". La tercera pregunta fue acerca de alimentos protectores como lo son las frutas y los vegetales y su importancia en la prevención de enfermedades o condiciones relacionadas con la falta de micronutrientes; *Consumir frutas y vegetales durante el embarazo es importante porque protegen frente a enfermedades como la anemia en la madre y deformaciones de nacimiento en la columna de los bebés, además reducen el colesterol y evitan el estreñimiento.* Los resultados muestran que 93,6% de las participantes respondió correctamente, mientras que el 1,4% de las participantes respondió de manera incorrecta y el 5% respondió con la opción "no sé". En la cuarta pregunta se indagó sobre el conocimiento de las participantes en cuanto a la importancia de ingerir una cantidad suficiente de alimentos, de manera equilibrada y sin exceder los requerimientos; *Durante el embarazo se debe comer el doble de lo que se come normalmente.* Los resultados mostraron que el 55% de las participantes respondieron de manera correcta, el 39,1% de las participantes

respondieron de manera incorrecta y el 5,9% de las participantes eligieron la opción “no sé”. En la quinta pregunta se buscaba identificar el conocimiento acerca de la calidad en los distintos tipos de grasas; las de origen vegetal y las de origen animal; *Los aceites vegetales como el de oliva, el de girasol y el de canola, son más saludables que la manteca y la mantequilla, porque ayudan al desarrollo del sistema nervioso del bebé y además son buenos para la salud de la madre.* En esta pregunta el 87,3% de las participantes eligieron la opción correcta, el 2,3% la respuesta incorrecta y el 10,5% eligieron la opción “no sé”. En la sexta pregunta se quería saber el conocimiento de las participantes ante el valor nutritivo de alimentos del grupo de panes y almidones con respecto a aquellos que aportan azúcares simples; *El consumo de azúcar, panela y miel durante el embarazo es igualmente importante que el consumo de alimentos como panes, arroz, fideos y papas.* Los resultados muestran que el 50,9% de las participantes eligieron la respuesta correcta, el 32,3% de las participantes eligieron la respuesta incorrecta y el 16,8% eligieron la opción “no sé”. Por último, la séptima pregunta de esta sección, buscaba indagar en los conocimientos acerca de la importancia de consumir lácteos durante el embarazo; *Se debe consumir leche o yogur por lo menos una vez al día.* En esta pregunta el 100% de las participantes respondieron a la opción correcta y el 0% respondieron a la opción incorrecta. A continuación, en el gráfico 1, se presenta un resumen de los resultados para las respuestas de esta sección.

Gráfico 1. Porcentaje de respuestas correctas, incorrectas y “no sé”, por cada pregunta, sección de conocimientos.



Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014.

13.2.2 Creencias

La primera pregunta de esta sección es sobre la creencia “El consumo de ají durante el embarazo, causa que el bebé nazca con un carácter irritable y poco manejable”. En esta pregunta se consideraron favorables las respuestas verdadero y falso, ya que, el consumo de ají no representa un nutriente esencial en el embarazo y además puede causar molestias debido a su carácter irritable, de esta manera resulta favorable que la gente crea que no se lo debe comer, incluso si la razón es la incorrecta. Por otro lado, también se consideró favorable la respuesta “falso” debido a que esto denota conocimiento de las personas de que el consumo de ají no está relacionado al desarrollo del carácter del bebé. En esta pregunta el 64,5% de las participantes eligieron una respuesta favorable, mientras que el 35,5% de las participantes afirmó nunca antes haber escuchado acerca de esta creencia. En el gráfico 2, se muestra el

porcentaje de participantes que eligieron la opción “verdadero” y el porcentaje de participantes que eligieron la opción “falso”.

La segunda pregunta en esta sección es sobre la creencia “Comer carne de res durante el embarazo hace que la cabeza del bebé crezca mucho y dificulta el parto”. Sobre esta pregunta el 51,8% de las participantes afirmó que era falso, es decir que este porcentaje de las mujeres eligió la respuesta más favorable. Por su parte el 13,6% de las participantes eligió la respuesta menos favorable, es decir, la opción “verdadero” y el 34,5% de las participantes afirmó nunca antes haber escuchado sobre esta creencia.

En cuanto a la creencia “El consumo de cítricos produce que el bebé nazca desnutrido y alérgico” el 51,4% de las participantes eligió la respuesta más favorable, es decir, que esta es una falsa creencia. El 24,1% eligió la respuesta menos favorable o “en contra” de una alimentación saludable, que era la opción “verdadero” y el 24,5% afirmó nunca antes haber escuchado de esta creencia.

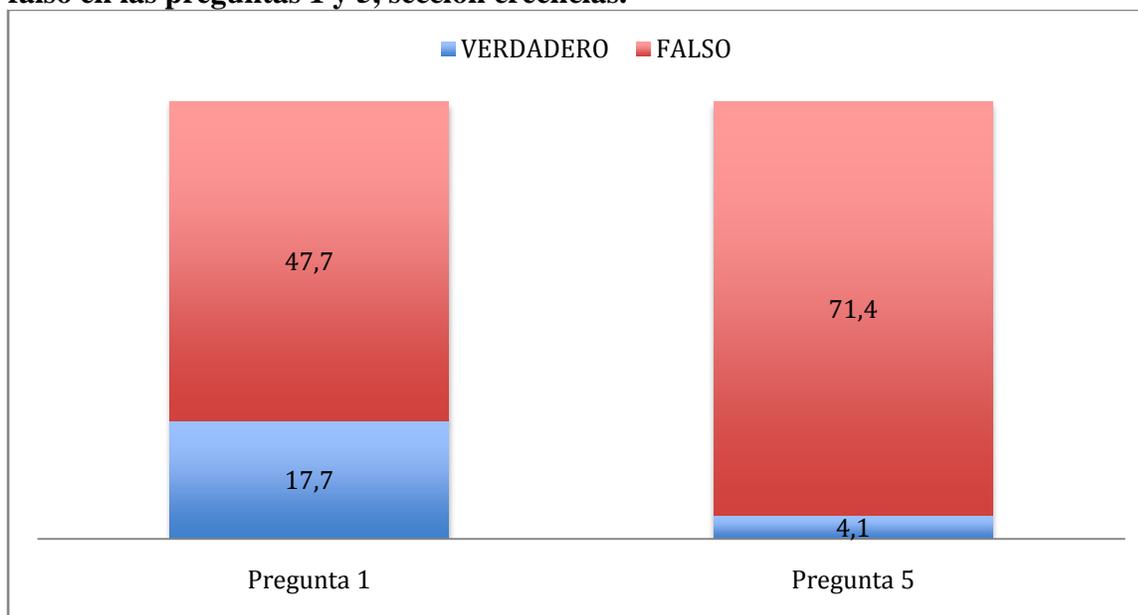
En la cuarta creencia; “Los cítricos producen que el bebé nazca con leucemia” la mayoría de las participantes eligió la respuesta más favorable, en otras palabras, 52,3% de afirmaron que esta creencia es falsa. Por su parte el 12,3% de las participantes eligió la respuesta “verdadero” que se tabuló como en contra de una alimentación saludable y el 35,5% afirmó nunca antes haber escuchado de esta creencia.

En la quinta pregunta de esta sección “La canela hace que se adelante el parto”, al igual que en la primera, se tomaron las opciones falso y verdadero como creencias favorables, ya que a pesar de ser una creencia falsa, el consumo en exceso de agua de canela, no es favorable durante el embarazo. Por otro lado, el saber que es una creencia falsa es favorable en términos de educación y conocimientos. En esta pregunta el 75,5% de las participantes respondió

favorablemente, mientras que el 24,5% respondió que nunca antes habían escuchado de esta creencia. En el gráfico 2, se muestra el porcentaje de participantes eligieron la opción “verdadero” y el porcentaje de ellas que eligieron la opción “falso”.

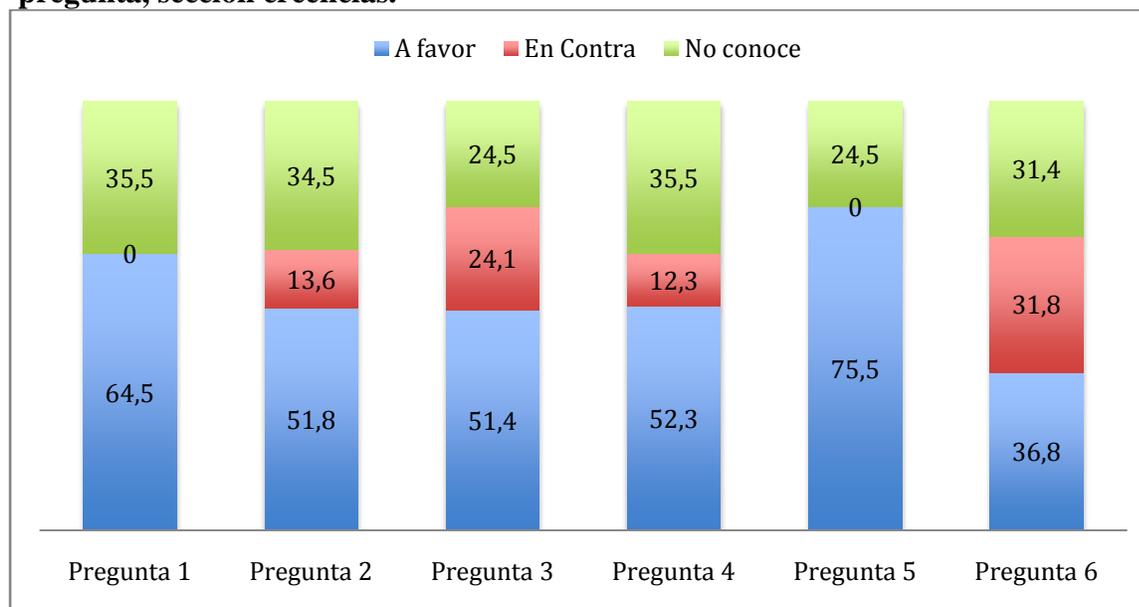
Finalmente, para la última creencia; “El arroz y la papa causan preclampsia (presión alta) en las madres embarazadas”, se tomó la opción “verdadero” como una creencia en contra de una alimentación saludable y la opción “falso” como una creencia a favor de una alimentación saludable. En esta pregunta el 36,8% de las participantes respondieron a favor y el 31,8% respondieron en contra, mientras que el 31,4% de las mujeres encuestadas respondieron nunca antes haber escuchado de esta creencia. En el gráfico 3, se muestra el resumen de los resultados para esta sección.

Gráfico 2. Porcentaje de mujeres que eligieron la opción verdadero y la opción falso en las preguntas 1 y 5, sección creencias.



Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014.

Gráfico 3. Porcentaje de respuestas favorables, en contra y “no conoce” para cada pregunta, sección creencias.



Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014.

13.2.3 Actitudes

En esta sección el objetivo fue identificar las actitudes de las participantes ante distintos escenarios. Para ello se utilizó un caso, por cada pregunta, y se pidió a las participantes que respondieran si estaban de acuerdo, en desacuerdo o ni de acuerdo ni desacuerdo ante la situación presentada. En el primer caso, se quería ver la actitud de las mujeres ante la variedad de alimentos en las comidas, se presentó el caso; *A María le gusta la variedad en sus comidas, por eso, a veces cocina arroz a veces papa o yuca y a veces fideo. Pero su esposo Pablo piensa que es mejor comer siempre arroz porque brinda más energía. ¿Está de acuerdo con Pablo?*. En los resultados obtenidos el 89,1% de las participantes respondió con actitud correcta, al estar de acuerdo en la variedad de comidas. Mientras que el 10,9% de las participantes respondió de manera incorrecta al estar en de acuerdo con comer solamente arroz.

En el segundocaso de esta sección se buscaba identificar la actitud de las participantes sobre el mantener un control del aumento de peso, durante el embarazo. Se presentó el siguiente caso; *Andrea piensa que para mantener un embarazo saludable debe controlar su peso, por lo tanto, sigue una pauta que le dio su doctor para saber cuantos kilos aumentar cada mes.* En esta pregunta el 90,5% de las participantes respondió con una actitud correcta, al estar de acuerdo con la situación presentada. Mientras que el 9,5% de las participantes respondió con una actitud incorrecta al no estar de acuerdo con la situación presentada.

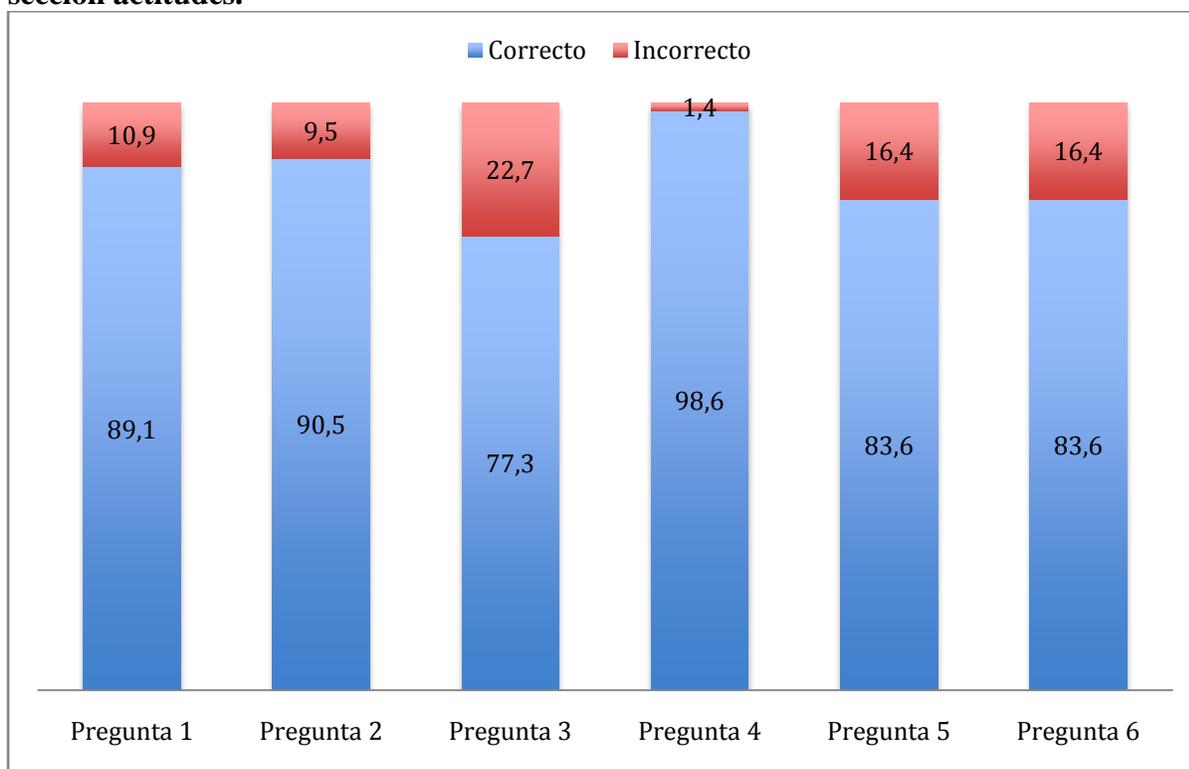
Para el tercer caso de la sección de actitudes se presentó la siguiente situación; *Ana María piensa que es importante comer pan y cereales en el desayuno, ya que son fortificados con hierro y ácido fólico.* Con el objetivo de indagar acerca de la actitud de las participantes ante la importancia de consumir harinas fortificadas con ácido fólico. Los resultados en esta pregunta fueron 77,3% correcto y 22,7% incorrecto. Es decir, que la mayoría de las participantes demostró una actitud correcta ante esta situación.

En la cuarta pregunta, el caso presentado trataba la importancia de preferir agua, leche o yogurt, sobre bebidas gaseosas; *Carolina disfruta de una vida saludable y prefiere tomar agua, leche o yogur, en lugar de bebidas gaseosas.* En esta pregunta la actitud de las mujeres participantes fue correcta en un 98,6%, e incorrecta en un 1,4%.

En el quinto caso se buscó identificar la actitud de las participantes ante la importancia de consultar fuentes confiables, cuando se trata de salud, el caso que se presentó fue el siguiente: *Bárbara quiere seguir una dieta para mantener un buen peso durante su embarazo, y la consultó en internet.* En esta pregunta el 83,6% de las participantes respondió con una actitud correcta, mientras que el 16,4% respondió con una actitud incorrecta.

Finalmente, se presentó un último caso para indagar acerca de la actitud de las participantes ante la importancia de alimentarse bien, incluso cuando es difícil por los síntomas típicos del embarazo como las náuseas o vómitos; *Julia intenta comer normalmente, aún cuando tiene náuseas o presenta vómito*. El 83,6% demostró una actitud correcta, al afirmar que están de acuerdo con la situación presentada en el ejemplo. Por su parte, el 16,4% de las participantes respondieron con una actitud incorrecta al no estar de acuerdo con la situación presentada. A continuación, el gráfico 4, muestra un resumen de las respuestas para los casos de esta sección.

Gráfico 4. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas, para cada pregunta, sección actitudes.



Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014.

13.2.4 Prácticas

En la sección de prácticas se realizaron preguntas, a manera de frecuencia, acerca de los hábitos de alimentación de las participantes. Las opciones de respuesta incluyeron; diariamente, 3 veces a la semana, 1 vez a la semana, 1 vez al mes o nunca. La primera pregunta en esta sección; *Limita el consumo de sal, al no agregar sal de mesa una vez que las comidas han sido servidas*, fue tabulada de manera que las opciones “diariamente” y “3 veces a la semana” fueron consideradas como prácticas a favor de una alimentación saludable. Por su parte las opciones que indicaron menor frecuencia como “1 vez a la semana”, “1 vez al mes” o “nunca” fueron consideradas como prácticas en contra de una alimentación saludable. Los resultados para esta pregunta fueron que el 77,7% de las participantes respondieron con prácticas favorables, mientras que el 22,3% de las participantes respondieron con prácticas no favorables.

En la segunda pregunta; *Limita el consumo de azúcar tratando de no comer dulces o evitando agregar azúcar a sus bebidas*, también se consideraron los mismos parámetros que en la primera pregunta para la tabulación. Los resultados muestran que el 64,1% de las participantes tienen prácticas favorables, ya que afirman limitar el consumo de azúcar por lo menos 3 veces a la semana, mientras que el 35,9% de las participantes lo hacen con menor frecuencia, o no lo hacen nunca.

En la tercera pregunta; *Consume frutas por lo menos 3 veces al día*, utilizando los mismos parámetros de tabulación. Los resultados muestran prácticas favorables en cuanto al consumo de frutas en el 57,7% de las participantes, y prácticas no favorables para el 42,3% de las mujeres encuestadas.

En la cuarta pregunta; *Consume vegetales por lo menos 3 veces al día*. El 45,9% de las participantes respondió tener prácticas favorables, al consumir esta cantidad de vegetales por lo menos 3 veces a la semana. Por su parte el 54,1% de las participantes respondió con prácticas en

contra de una alimentación saludable, al afirmar consumir vegetales en esta cantidad, con una frecuencia de máximo 1 vez por semana.

En la quinta pregunta; *Consume leche o yogurt por lo menos una vez al día*. Se encontró que el 92,3% de las participantes tiene prácticas a favor, es decir, consumen leche o yogurt por lo menos una vez al día, diariamente o 3 veces a la semana. Por otro lado, 7,7% de las participantes, obtuvieron prácticas en contra de una alimentación saludable al consumir lácteos con una menor frecuencia, máximo 1 vez por semana.

En la sexta pregunta; *Consume frutos secos como nueces o almendras*, se encontró que la mayoría de las participantes tienen prácticas en contra de una alimentación saludable, ya que el 72,3% de ellas respondió que no consumían frutos secos con una frecuencia mayor a 1 vez por semana. Por su parte, el 27,7% de las participantes respondió con prácticas favorables, al consumir frutos secos mínimo 3 veces por semana.

En la séptima pregunta; *Prefiere panes o cereales integrales*, las respuestas indican que 52,7% de las participantes tienen prácticas favorables. Es decir, consumen panes o cereales integrales mínimo 3 veces a la semana. Mientras que 47,3% de las participantes tienen prácticas en contra de una alimentación saludable, ya que consumen panes o cereales integrales con una frecuencia de máximo 1 vez por semana.

En la octava pregunta; *Consume colas o jugos de cartón*, se tabuló de manera que las opciones “1 vez a la semana”, “1 vez al mes” o “nunca” fueron las más favorables para una alimentación saludable. Mientras que las opciones “3 veces a la semana” o “Diariamente” fueron las menos favorables, o contrarias a una alimentación saludable. Los resultados muestran que el 83,2% de las participantes tienen prácticas favorables en cuanto al consumo de bebidas gaseosas. Por otro lado, el 16,8% de las participantes tienen prácticas en contra de una alimentación saludable.

En la novena pregunta; *Consume carnes de res, pollo o cerdo*, se encontró que el 91,4% de las participantes tienen prácticas favorables, debido a que consumen carnes de res, pollo o cerdo con una frecuencia de mínimo 3 veces por semana. Mientras que el 8,6% restante de las participantes, consumen carnes con una frecuencia de máximo 1 vez por semana, lo que resulta como una práctica en contra de la alimentación saludable.

En la décima pregunta; *Come más de 3 veces al día*, se pudo ver que el 84,1% de las participantes respondió con prácticas a favor, al comer más de 3 veces al día a diario o mínimo 3 veces a la semana. Mientras que, el 15,9% de las participantes respondieron con prácticas en contra, al comer más de 3 veces a la semana con una frecuencia de máximo 1 vez por semana.

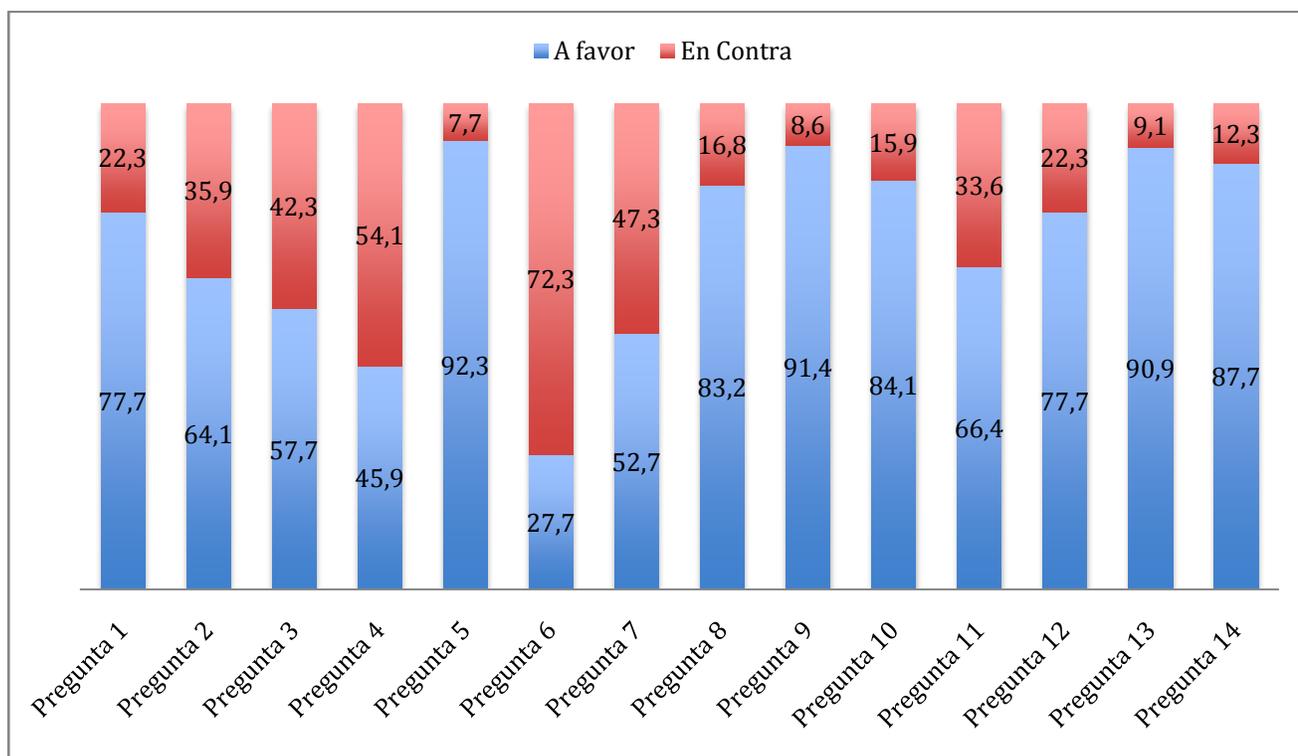
En la pregunta número 11; *Consume frejol y otras leguminosas como chochos o habas*, se tomaron en cuenta las guías alimentarias, que recomiendan consumir leguminosas con una frecuencia de máximo 3 veces a la semana, debido a su alto contenido de factores anti nutricionales. Por esta razón, en la tabulación se tomó como prácticas favorables para esta pregunta a las opciones “3 veces a la semana” o “1 vez a la semana”. Los resultados muestran que el 66,4% de las participantes tienen prácticas a favor y el 33,6% de las participantes tienen prácticas en contra, en esta pregunta.

En la pregunta número 12; *Consume pescado*, la tabulación se realizó de la misma manera que para la pregunta 11, es decir, se tomó como favorables las opciones “3 veces a la semana” y “1 vez por semana”, debido al alto contenido de mercurio en el pescado, que puede llegar a ser tóxico cuando se consume con mucha frecuencia, en especial en el embarazo. Para esta pregunta el 77,7% de las participantes respondió de manera favorable, mientras que el 22,3% de las participantes respondió con prácticas en contra de una alimentación saludable.

En la pregunta número 13; *Consume su vitamina prenatal*, se tomó en cuenta las opciones “diariamente” y “nunca”, como favorable o en contra respectivamente. El 90,9% de las participantes consume su vitamina prenatal demostrando prácticas favorables, mientras que el 9,1% de las participantes respondió con prácticas en contra, al no consumir su vitamina prenatal.

Finalmente la pregunta 14; *Come fuera de su casa en la calle o en restaurantes*, se tabuló de manera que las opciones “1 vez a la semana”, “1 vez al mes”, o “nunca” fueron consideradas prácticas favorables. En esta pregunta, el 87,7% de las participantes respondió con prácticas favorables, al comer fuera de su casa con una frecuencia de máximo 1 vez por semana. Mientras que el 12,3% de las participantes respondió con prácticas en contra, al comer fuera de su casa con una frecuencia mínima de 3 veces a la semana. En el gráfico número 5, presentado a continuación, se muestra un resumen de los resultados para las preguntas de esta sección.

Gráfico 5. Porcentaje de respuestas a favor y en contra para cada pregunta, sección prácticas.



Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014.

13.3 Resultados del cuestionario CCAP, por grupos en base a Evaluación

Antropométrica Rosso Mardones.

13.3.1 Conocimientos.

Algunos de los datos que más llamaron la atención en el análisis general fueron con respecto a las preguntas 1, 4 y 6. Al clasificar a las participantes según su estado nutricional se vieron los siguientes resultados para estas preguntas; El 13,6% de las participantes corresponden al grupo de mujeres con bajo peso, esto significa que 30 de las 220 tienen bajo peso, en este grupo se vio que en la primera pregunta el 64,5% de las participantes respondieron de manera correcta, mientras que el 35,4% respondieron de manera incorrecta, y ninguna respondió con la opción "No sé". En la cuarta pregunta, el 29% de las participantes respondieron a la opción correcta, el 61,3%

respondieron con la opción incorrecta y el 9,7% eligieron la opción “no sé”. En la sexta pregunta los resultados fueron, 35,4% correcto, el 48,3% incorrecto y el 16,2% con la opción “no sé”.

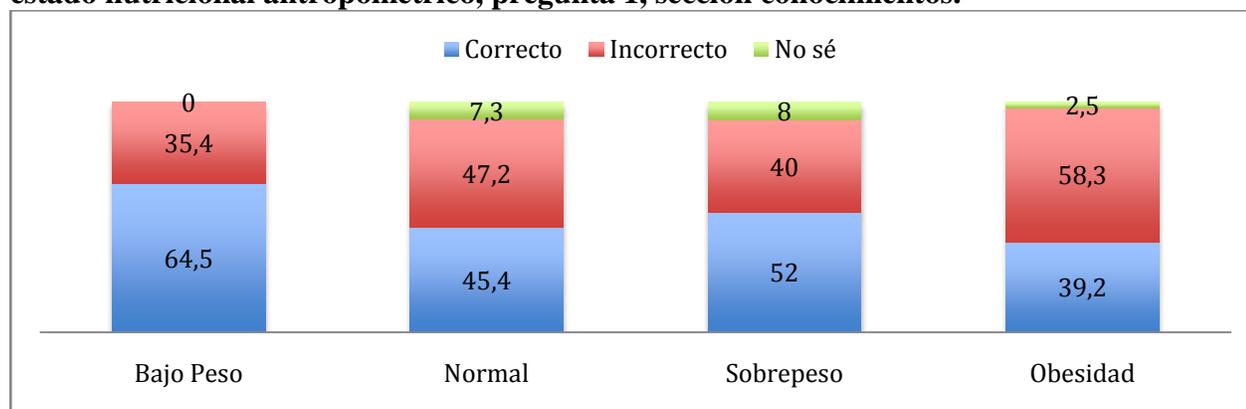
Por otro lado, el 25% de las encuestadas corresponde a las mujeres con estado nutricional Normal, para este segundo grupo los resultados son los que se muestran a continuación: En la primera pregunta, el 45,4% eligieron la respuesta correcta, el 47,2% la respuesta incorrecta y el 7,3% eligieron la opción “no sé”. En la cuarta pregunta, el 43,6% eligieron la respuesta correcta, el 50,9% la respuesta incorrecta y el 5,4% escogieron la opción “no sé”. Para la sexta pregunta, en este grupo se vio que, el 56,3% de las participantes escogieron la respuesta correcta, el 23,6% la respuesta incorrecta y el 20% la opción “no sé”.

De un total de 220 participantes, 54 tuvieron sobrepeso, esto significa el 24,5%. Sus respuestas para la sección de conocimientos fueron las siguientes: En la primera pregunta el 52% de las participantes respondieron con la opción correcta, el 40% respondieron con la opción incorrecta y el 8% con la opción “no sé”. En la cuarta pregunta, 56% de las encuestadas de este grupo tuvieron la respuesta correcta, 40% la opción incorrecta y el 4% la opción “no sé”. En la sexta pregunta, 44% de las participantes escogieron la respuesta correcta, 36% la respuesta incorrecta y 20% la opción “No sé”.

El último grupo corresponde a las mujeres cuyo estado nutricional es el de obesidad, este grupo de participantes constituye el 36,8% de la muestra. En las preguntas de la sección de conocimientos, los resultados de este grupo fueron los siguientes: Para la pregunta 1, 39,2% de las participantes tuvieron la respuesta correcta, 58,3% de las participantes tuvieron la respuesta incorrecta y 2,5% eligieron la opción “no sé”. En la cuarta pregunta, 71,4% de las participantes tuvieron la respuesta correcta, 22,6% la respuesta incorrecta y 5,9% escogieron la opción “no sé”. En la sexta pregunta, 55,9% de las participantes respondieron con la respuesta correcta, 30,9% con

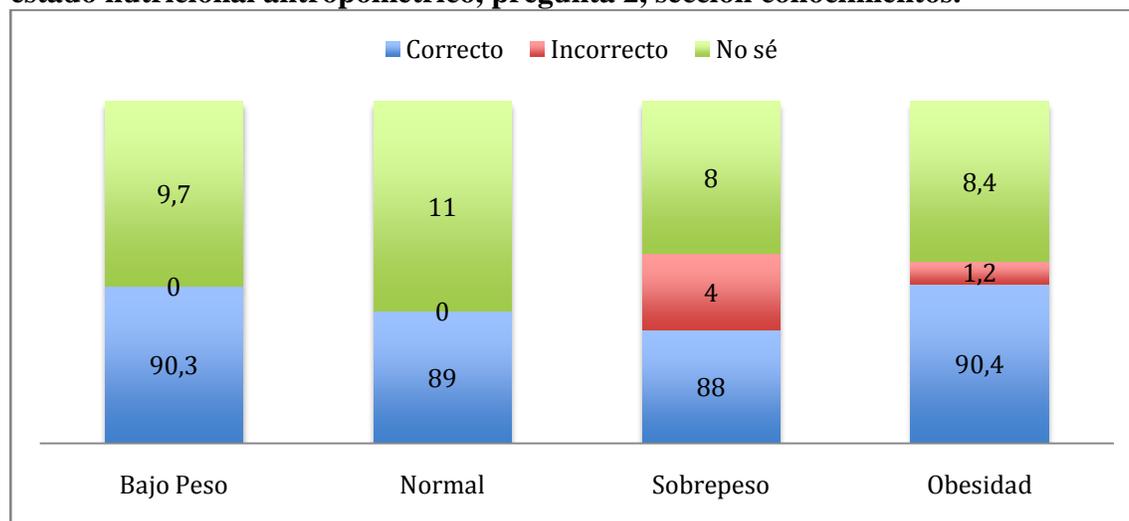
la respuesta incorrecta y 13,1% con la opción “no sé”. A continuación en los gráficos 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12, se presentan las respuestas a cada pregunta por grupo de estado nutricional.

Gráfico 6. Porcentaje de respuestas correctas, incorrectas y “no sé”, por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 1, sección conocimientos.



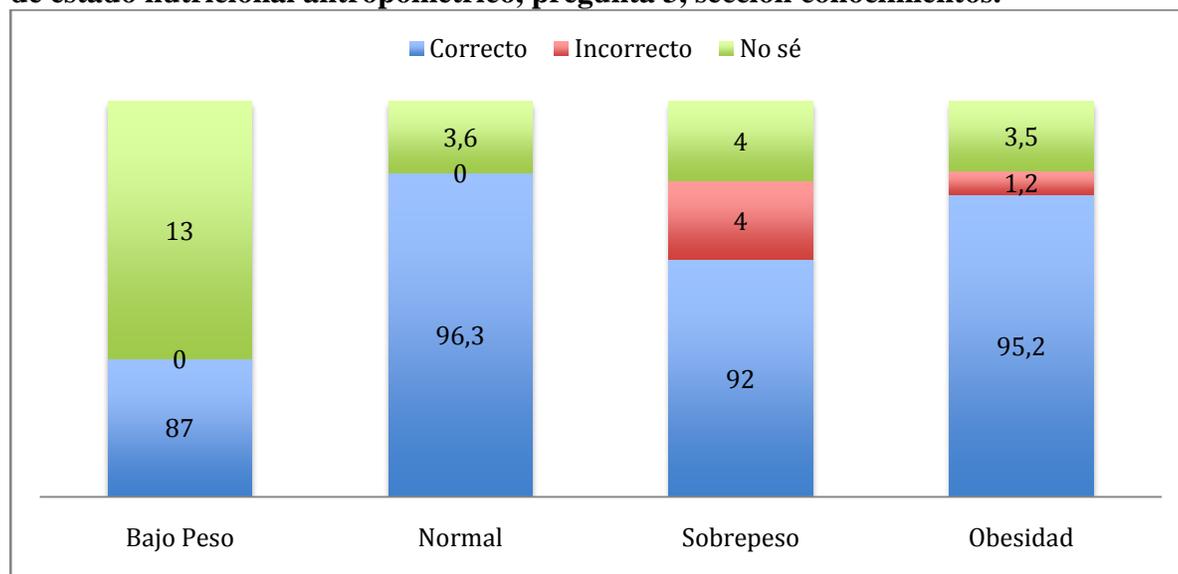
Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota:¹ El total de mujeres con Bajo Peso fue 30, el total de mujeres con peso normal fue 55, el total de mujeres con sobrepeso fue 54 y el total de mujeres con obesidad fue 81.

Gráfico 7. Porcentaje de respuestas correctas, incorrectas y “no sé”, por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 2, sección conocimientos.



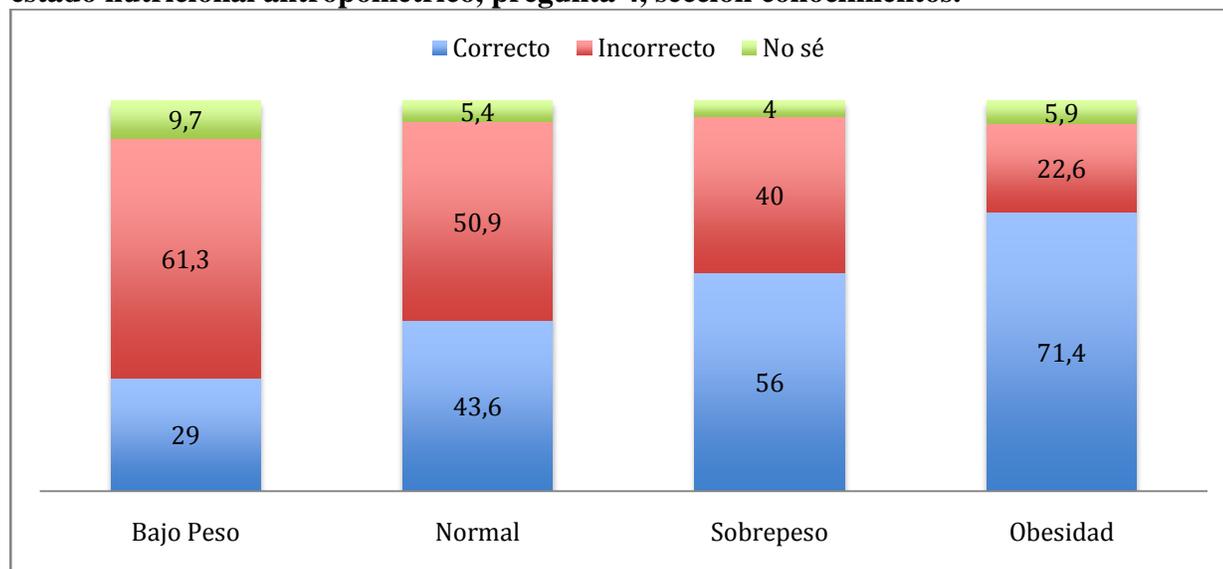
Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota:¹ El total de mujeres con Bajo Peso fue 30, el total de mujeres con peso normal fue 55, el total de mujeres con sobrepeso fue 54 y el total de mujeres con obesidad fue 81.

Gráfico 8. Porcentaje de respuestas correctas, incorrectas y “no sé”, por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 3, sección conocimientos.



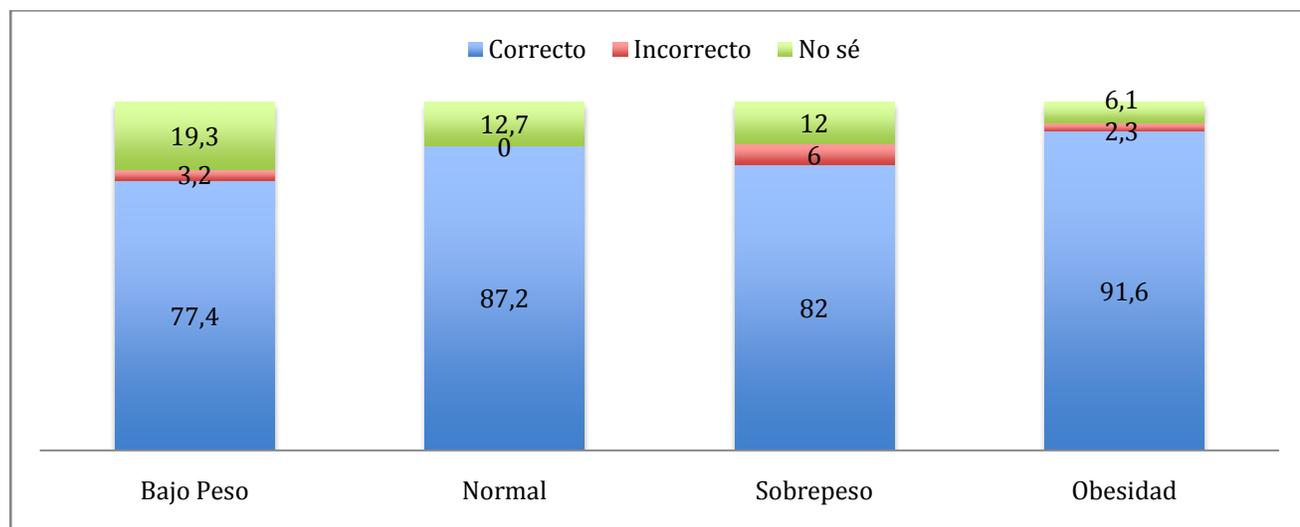
Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota:¹ El total de mujeres con Bajo Peso fue 30, el total de mujeres con peso normal fue 55, el total de mujeres con sobrepeso fue 54 y el total de mujeres con obesidad fue 81.

Gráfico 9. Porcentaje de respuestas correctas, incorrectas y “no sé”, por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 4, sección conocimientos.



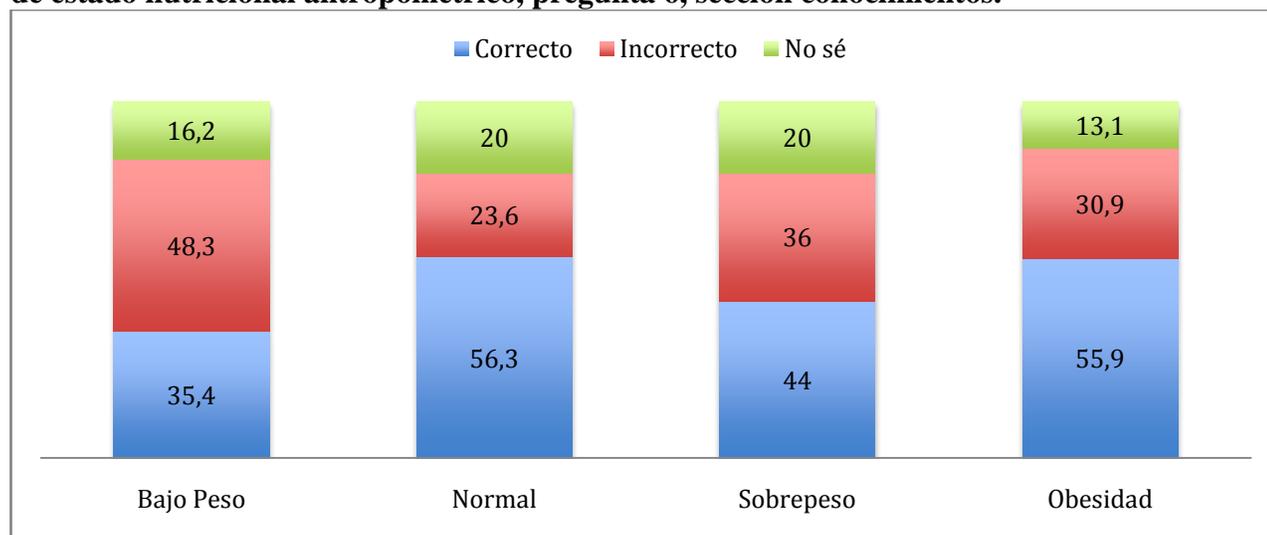
Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota:¹ El total de mujeres con Bajo Peso fue 30, el total de mujeres con peso normal fue 55, el total de mujeres con sobrepeso fue 54 y el total de mujeres con obesidad fue 81.

Gráfico 10. Porcentaje de respuestas correctas, incorrectas y “no sé”, por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 5, sección conocimientos.



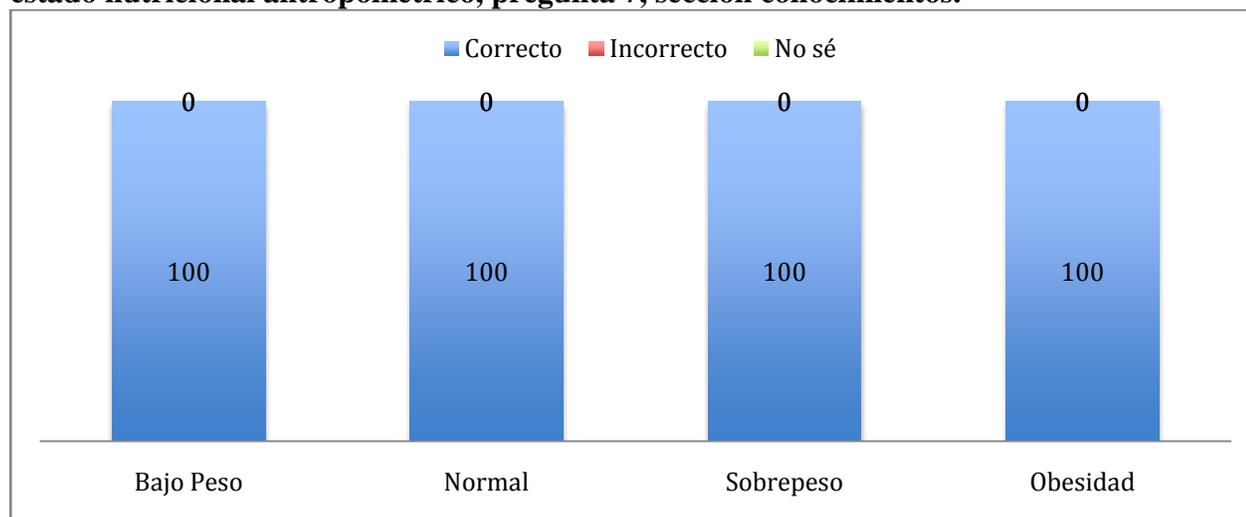
Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota:¹ El total de mujeres con Bajo Peso fue 30, el total de mujeres con peso normal fue 55, el total de mujeres con sobrepeso fue 54 y el total de mujeres con obesidad fue 81.

Gráfico 11. Porcentaje de respuestas correctas, incorrectas y “no sé”, por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 6, sección conocimientos.



Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota:¹ El total de mujeres con Bajo Peso fue 30, el total de mujeres con peso normal fue 55, el total de mujeres con sobrepeso fue 54 y el total de mujeres con obesidad fue 81.

Gráfico 12. Porcentaje de respuestas correctas, incorrectas y “no sé”, por grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 7, sección conocimientos.



Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota:¹ El total de mujeres con Bajo Peso fue 30, el total de mujeres con peso normal fue 55, el total de mujeres con sobrepeso fue 54 y el total de mujeres con obesidad fue 81.

13.3.2 Creencias

Para esta sección, los datos generales mostraron que en todas las preguntas la mayoría de participantes respondieron con la opción “más favorable”, al clasificarlas en grupos según su estado nutricional se vio lo siguiente. En el primer grupo de mujeres con bajo peso, los resultados de esta sección fueron los siguientes: Todas las preguntas alcanzaron el mayor porcentaje de respuestas favorables. Sin embargo en las preguntas 2 y 6; *Comer carne de res durante el embarazo provoca que le crezca mucho la cabeza al bebé y dificulta el parto y el consumo de cítricos produce que el bebé nazca desnutrido y alérgico*, respectivamente, se vio un porcentaje de respuestas similar entre las opciones favorables y las opciones “no conoce”. Para la segunda pregunta, 45,1% de las participantes escogieron la opción más favorable y 41,9% de las participantes afirmaron nunca antes haber escuchado de esta creencia. En cuanto a la sexta y

última pregunta de esta sección el 41,9% de las participantes escogieron la respuesta más favorable y 35,5% de las participantes afirmaron no conocer esta creencia.

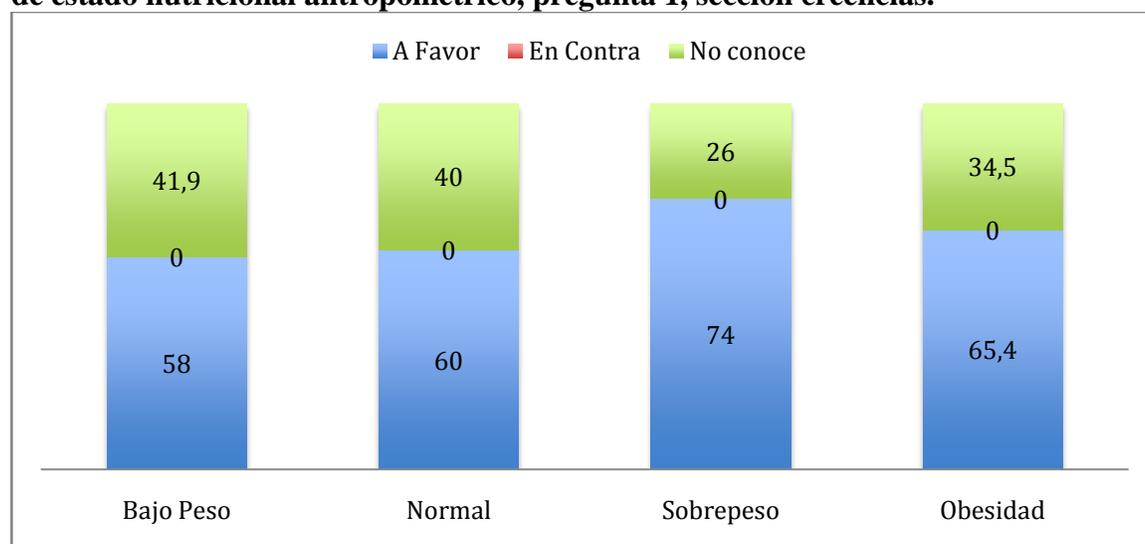
En el segundo grupo, mujeres con peso normal, los resultados de esta sección fueron los siguientes: De la misma manera que en el anterior, todas las preguntas alcanzaron un mayor porcentaje de respuestas favorables. En las preguntas 2, 4 y 6, se vio un porcentaje casi igual de mujeres que tuvieron respuestas favorables y mujeres que nunca antes escucharon de esta creencia.. En la segunda pregunta, 49% de las participantes escogieron la opción más favorable y 46% de las participantes afirmaron nunca antes haber escuchado de esta creencia. En la cuarta pregunta el 40% de las participantes escogieron la respuesta más favorable y 41,9% de las participantes afirmaron nunca haber escuchado de esa creencia. En la última pregunta de esta sección el 43,6% de las participantes escogieron la respuesta más favorable y 43,7 % de las participantes afirmaron no conocer esta creencia.

En el tercer grupo, mujeres con sobrepeso, los resultados de esta sección fueron los siguientes: En todas las preguntas el porcentaje de creencias favorables superó con una alta diferencia a las demás opciones. Para la única pregunta que se vio un resultado cercano entre el porcentaje de respuestas favorables y el porcentaje de mujeres que nunca antes habían escuchado sobre esta creencia, fue para la 6. Aún así los resultados no fueron tan cercanos. En la última pregunta de esta sección el 40% de las participantes escogieron la respuesta más favorable y 34 % de las participantes afirmaron no conocer esta creencia. En este grupo, incluso se vio un porcentaje alto, aunque no el mayor, de creencias en contra con respecto a esta pregunta que alcanzó el 26%.

En el cuarto y último grupo, mujeres con obesidad, los resultados de esta sección fueron los siguientes: En la mayoría las preguntas las respuestas más favorables superaron de manera muy amplia el porcentaje de respuestas “en contra” o “no conoce”. Sin embargo, en la última pregunta

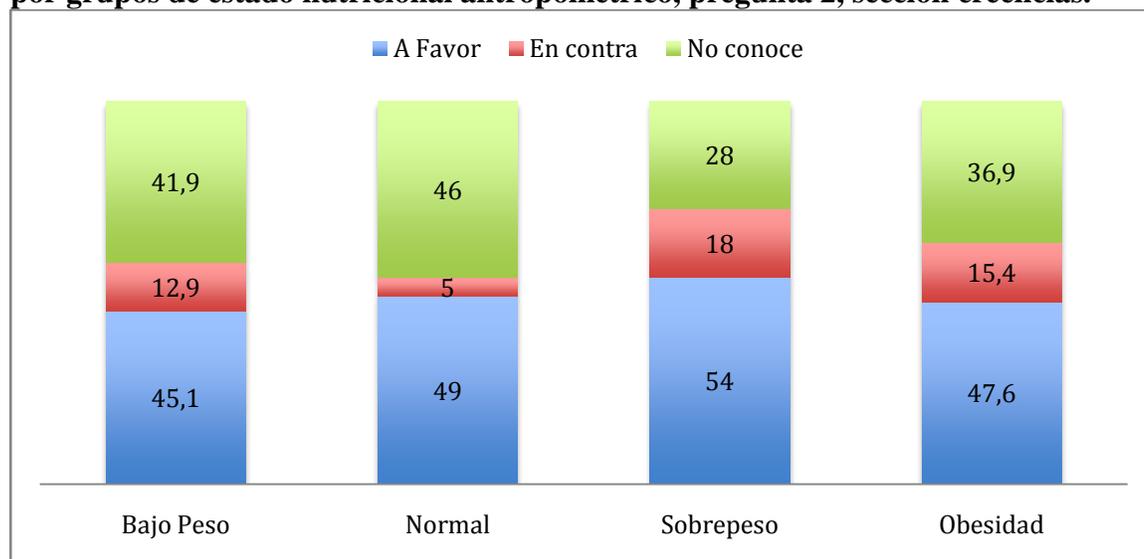
se vio un porcentaje mayor de respuestas “ en contra de una alimentación saludable” o no favorables. En la sexta pregunta de esta sección el 31% de las participantes escogieron la respuesta más favorable, 44% escogieron la respuesta “En contra” y 25 % de las participantes afirmaron no conocer esta creencia. En los gráficos 13-18, se presentan los resultados de cada pregunta, por grupo de estado nutricional.

Gráfico 13. Porcentaje de respuestas a favor, en contra o “no conoce”, por grupos de estado nutricional antropométrico, pregunta 1, sección creencias.



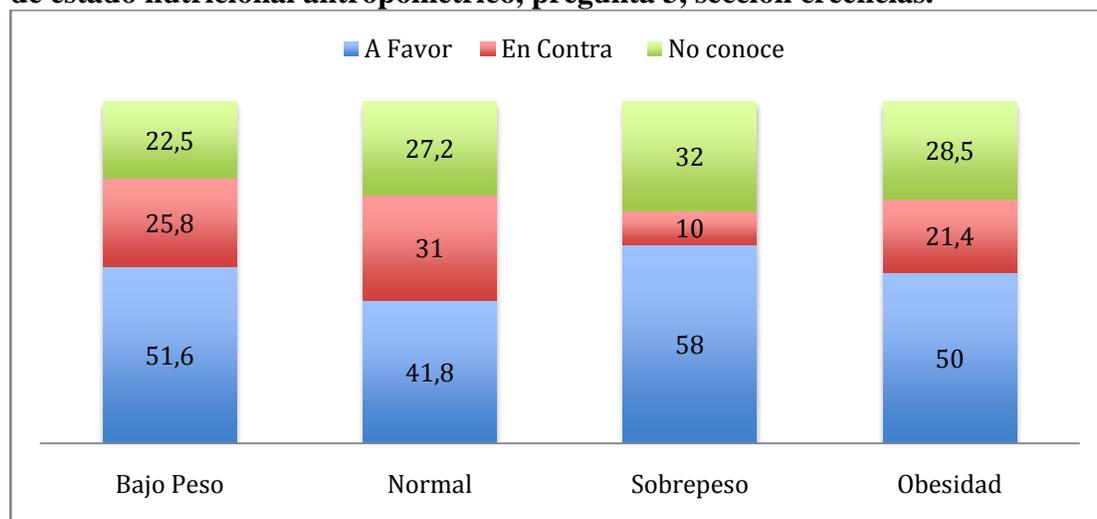
Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota:¹ El total de mujeres con Bajo Peso fue 30, el total de mujeres con peso normal fue 55, el total de mujeres con sobrepeso fue 54 y el total de mujeres con obesidad fue 81.

Gráfico 14. Porcentaje de respuestas a favor, en contra o “no conoce”, por grupos de estado nutricional antropométrico, pregunta 2, sección creencias.



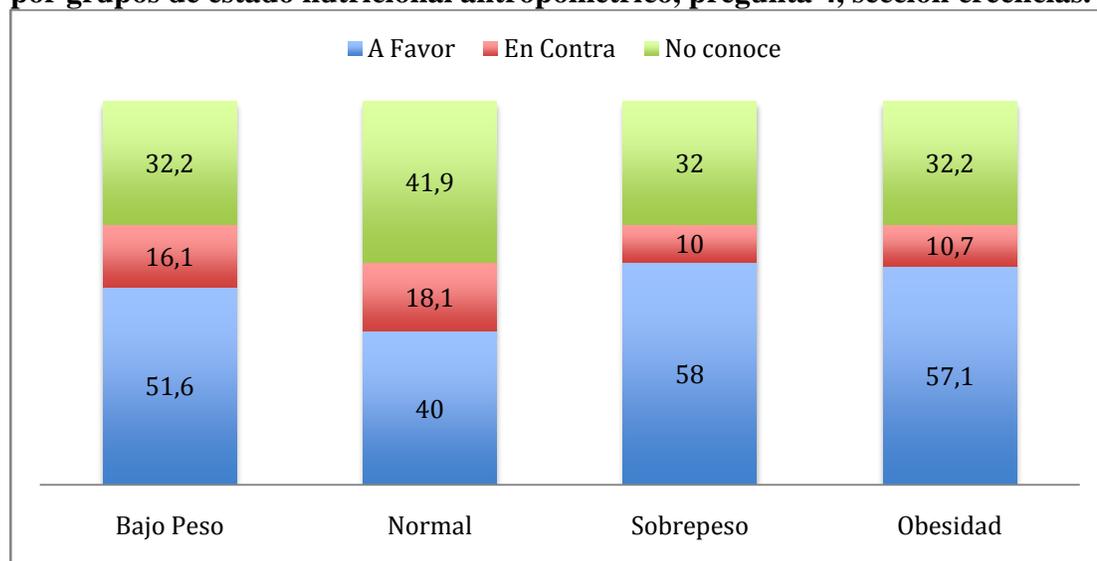
Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota:¹ El total de mujeres con Bajo Peso fue 30, el total de mujeres con peso normal fue 55, el total de mujeres con sobrepeso fue 54 y el total de mujeres con obesidad fue 81.

Gráfico 15. Porcentaje de respuestas a favor, en contra o “no conoce”, por grupos de estado nutricional antropométrico, pregunta 3, sección creencias.



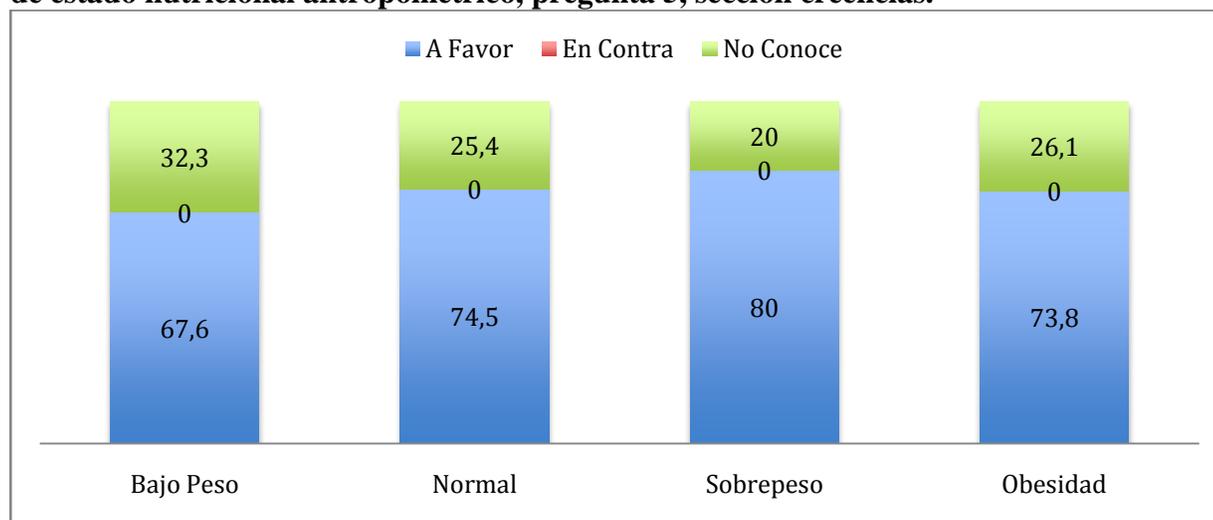
Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota:¹ El total de mujeres con Bajo Peso fue 30, el total de mujeres con peso normal fue 55, el total de mujeres con sobrepeso fue 54 y el total de mujeres con obesidad fue 81.

Gráfico 16. Porcentaje de respuestas a favor, en contra o “no conoce”, por grupos de estado nutricional antropométrico, pregunta 4, sección creencias.



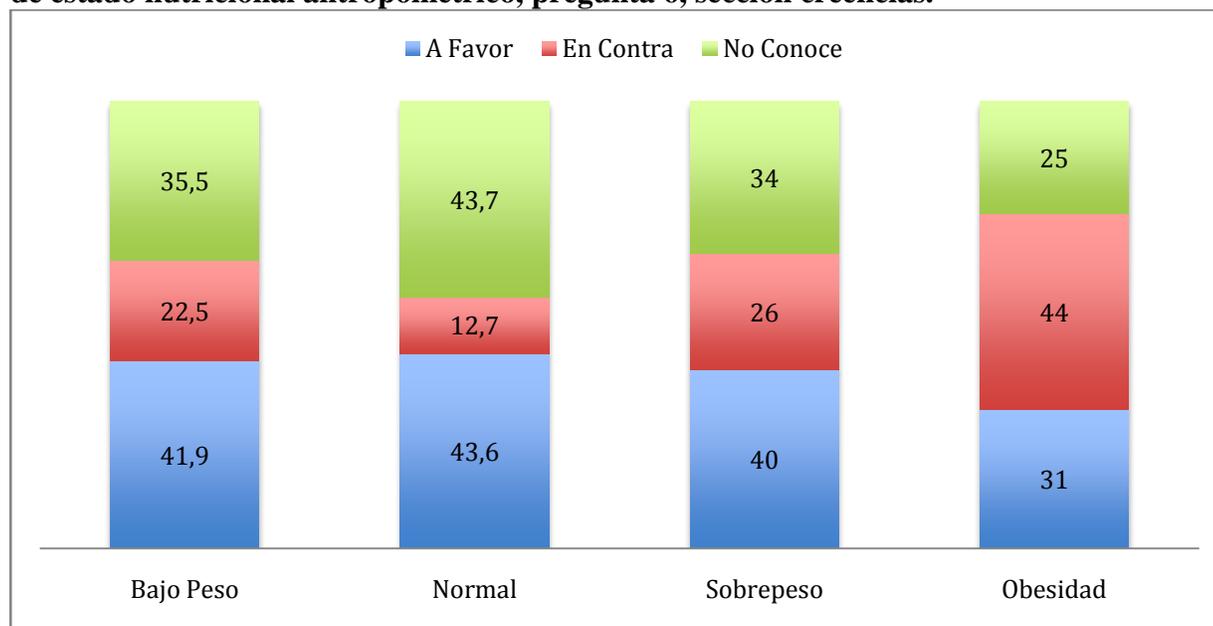
Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota:¹ El total de mujeres con Bajo Peso fue 30, el total de mujeres con peso normal fue 55, el total de mujeres con sobrepeso fue 54 y el total de mujeres con obesidad fue 81.

Gráfico 17. Porcentaje de respuestas a favor, en contra o “no conoce”, por grupos de estado nutricional antropométrico, pregunta 5, sección creencias.



Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota:¹ El total de mujeres con Bajo Peso fue 30, el total de mujeres con peso normal fue 55, el total de mujeres con sobrepeso fue 54 y el total de mujeres con obesidad fue 81.

Gráfico 18. Porcentaje de respuestas a favor, en contra o “no conoce”, por grupos de estado nutricional antropométrico, pregunta 6, sección creencias.



Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota:¹ El total de mujeres con Bajo Peso fue 30, el total de mujeres con peso normal fue 55, el total de mujeres con sobrepeso fue 54 y el total de mujeres con obesidad fue 81.

13.3.3 Actitudes

Las mujeres que fueron categorizadas con Bajo Peso, para esta sección, mostraron una mayoría de respuestas correctas en todas las preguntas. En la pregunta 5 fue en la que se vio un mayor porcentaje de respuestas incorrectas. En dicha pregunta, los resultados fueron los siguientes, 64.5% de las participantes tuvieron una respuesta correcta y 35.5% de ellas respondieron con la actitud incorrecta, ante la misma situación.

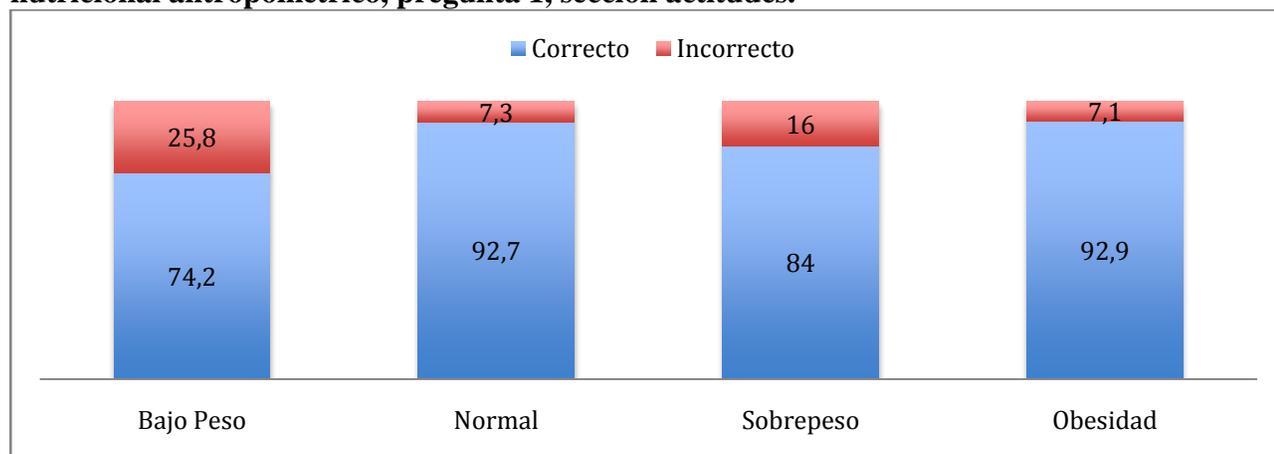
En el grupo de mujeres con peso normal, las respuestas fueron similares al primer grupo, en todas las preguntas la mayoría respondieron de manera correcta, con un mayor porcentaje de incorrectas para la pregunta número 5, en la que los resultados fueron los siguientes, 74.5% de las

participantes tuvieron una respuesta correcta y 25.5% de ellas respondieron con la actitud incorrecta.

En el grupo de mujeres con sobrepeso, las respuestas también se dieron de la misma manera que para los dos grupos anteriores. Todas las preguntas tuvieron la mayoría de respuestas correctas, y en la quinta pregunta se vio la mayor frecuencia de incorrectas; en esta pregunta 72% de las participantes tuvieron respuestas correctas y 28% de ellas respondieron con la actitud incorrecta, ante la misma situación.

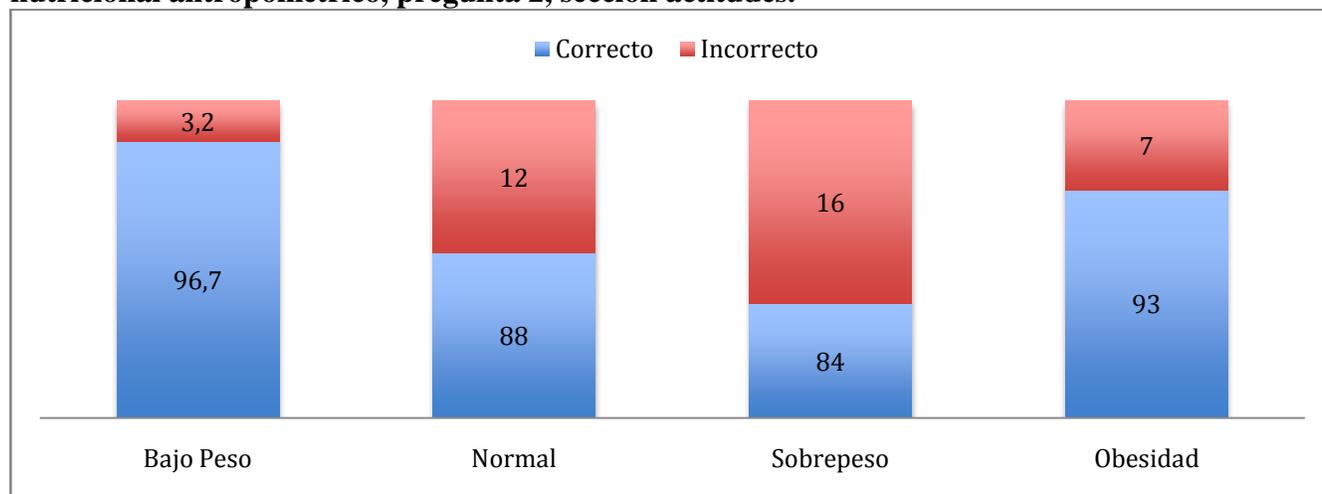
En el grupo de mujeres con obesidad, también se vio una mayoría de respuestas correctas para todas las preguntas. En este grupo, sin embargo, tanto en la pregunta 3 como en la 5, se vio un porcentaje similar de respuestas incorrectas. En cuanto a la tercera pregunta, 72.6% de las mujeres participantes respondieron con una actitud correcta, mientras que 27.4% de las participantes respondieron con una actitud incorrecta en la misma pregunta. Por su parte, en la quinta pregunta los resultados fueron los siguientes, 71.4% de las participantes tuvieron una respuesta correcta y 28.6% de ellas respondieron con la actitud incorrecta, ante la misma situación. Los siguientes gráficos muestran los resultados de este grupo, para cada pregunta de la sección actitudes.

Gráfico 19. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas, para cada grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 1, sección actitudes.



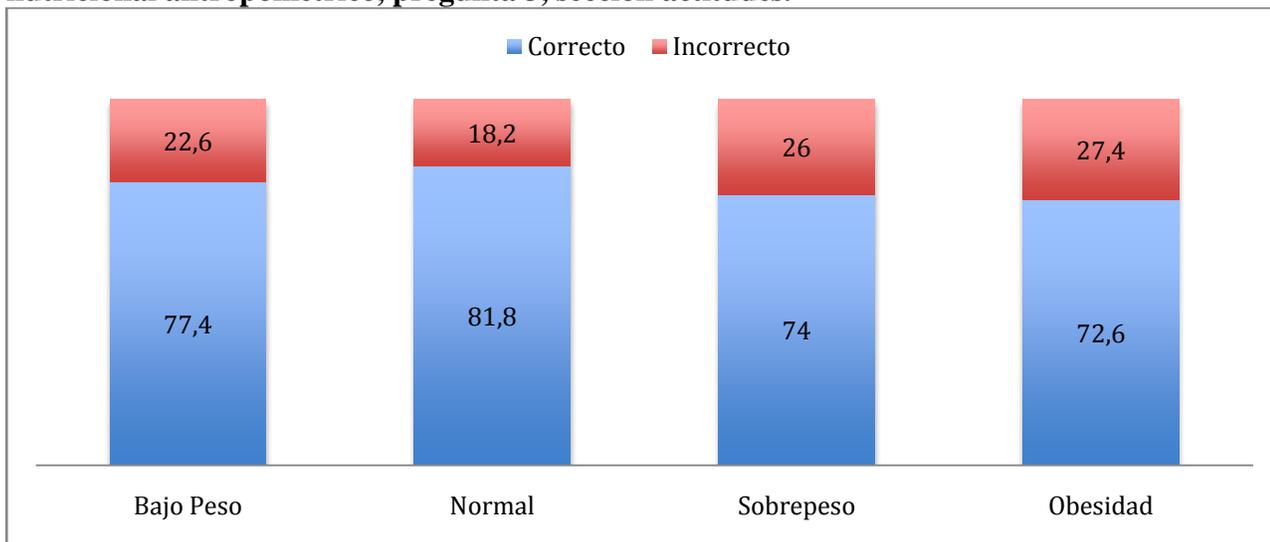
Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota:¹ El total de mujeres con Bajo Peso fue 30, el total de mujeres con peso normal fue 55, el total de mujeres con sobrepeso fue 54 y el total de mujeres con obesidad fue 81.

Gráfico 20. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas, para cada grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 2, sección actitudes.



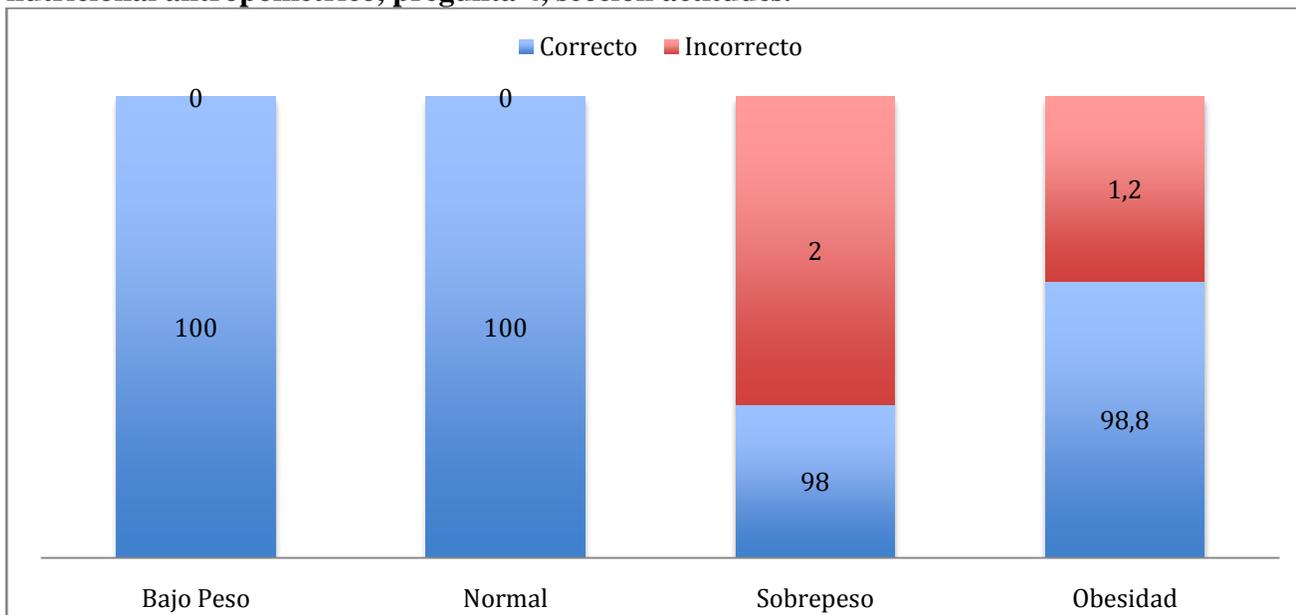
Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota:¹ El total de mujeres con Bajo Peso fue 30, el total de mujeres con peso normal fue 55, el total de mujeres con sobrepeso fue 54 y el total de mujeres con obesidad fue 81.

Gráfico 21. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas, para cada grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 3, sección actitudes.



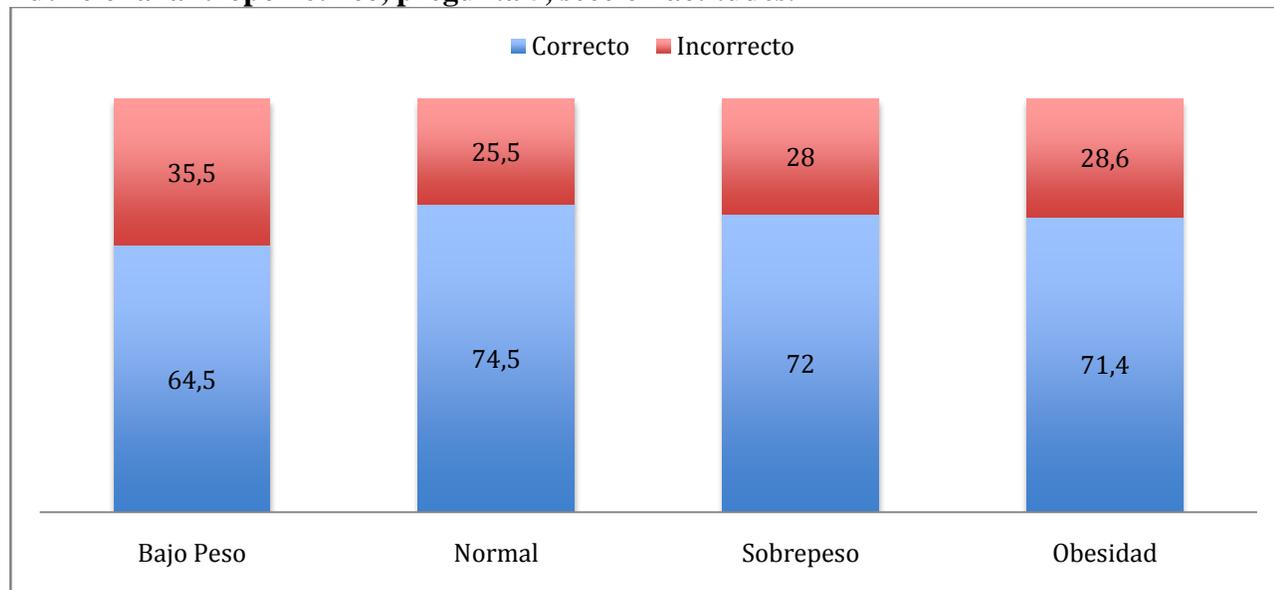
Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota:¹ El total de mujeres con Bajo Peso fue 30, el total de mujeres con peso normal fue 55, el total de mujeres con sobrepeso fue 54 y el total de mujeres con obesidad fue 81.

Gráfico 22. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas, para cada grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 4, sección actitudes.



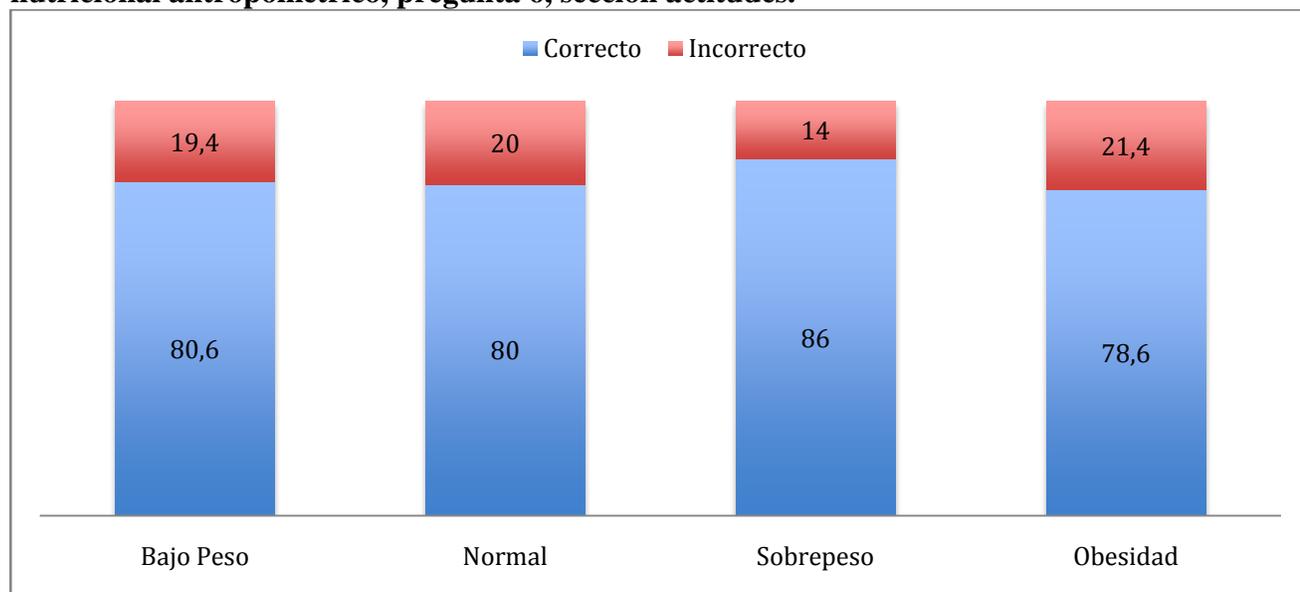
Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota:¹ El total de mujeres con Bajo Peso fue 30, el total de mujeres con peso normal fue 55, el total de mujeres con sobrepeso fue 54 y el total de mujeres con obesidad fue 81.

Gráfico 23. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas, para cada grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 5, sección actitudes.



Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota:¹ El total de mujeres con Bajo Peso fue 30, el total de mujeres con peso normal fue 55, el total de mujeres con sobrepeso fue 54 y el total de mujeres con obesidad fue 81.

Gráfico 24. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas, para cada grupo de estado nutricional antropométrico, pregunta 6, sección actitudes.

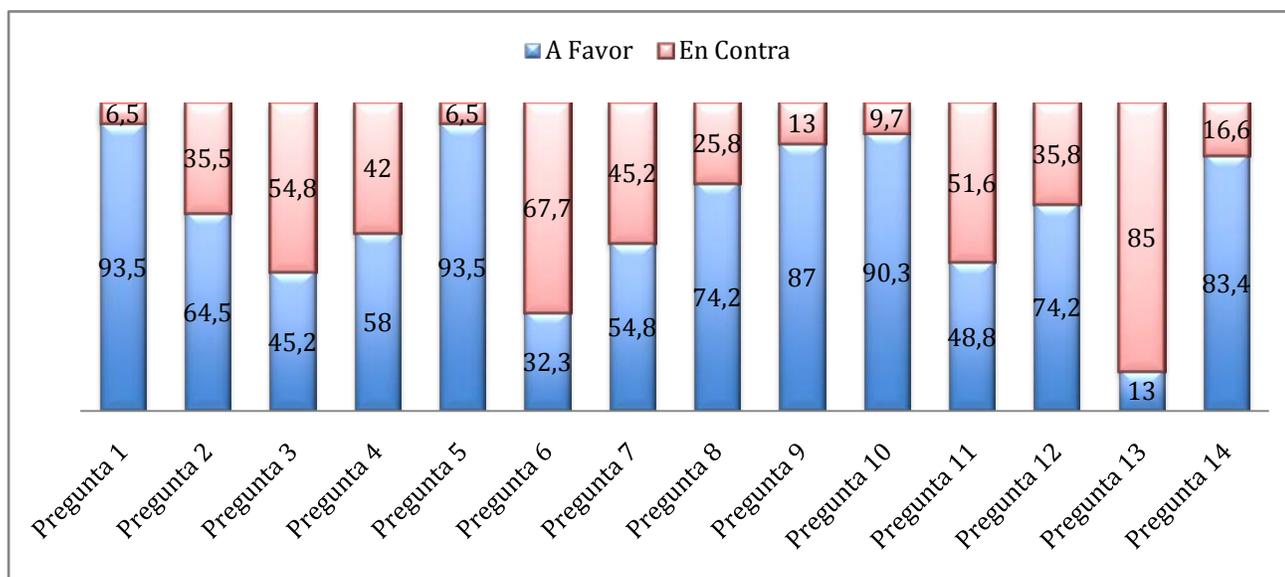


Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota:¹ El total de mujeres con Bajo Peso fue 30, el total de mujeres con peso normal fue 55, el total de mujeres con sobrepeso fue 54 y el total de mujeres con obesidad fue 81.

13.3.4 Prácticas.

En el primer grupo correspondiente a mujeres con Bajo Peso, los resultados de prácticas que más resaltaron fueron los siguientes, debido a que presentaron un porcentaje mayor de prácticas en contra. En la tercera pregunta, el 45.2% de las participantes tuvieron respuestas a favor, y el 54.8% tuvieron respuestas en contra. En la sexta pregunta, 32.3% de las participantes tuvieron respuestas favorables y 67.7% de las encuestadas tuvieron respuestas no favorables. Para la pregunta número 11, el porcentaje de participantes que respondieron de manera favorable a sus prácticas de alimentación fue del 48.4%, mientras que 51.6% de ellas respondieron de manera no favorable.. En la pregunta 13, el 13% de las participantes respondió de manera favorable y 85% respondió de manera no favorable. A continuación, en el gráfico 25, se muestra los resultados para cada pregunta de esta sección, por parte del grupo de mujeres con bajo peso.

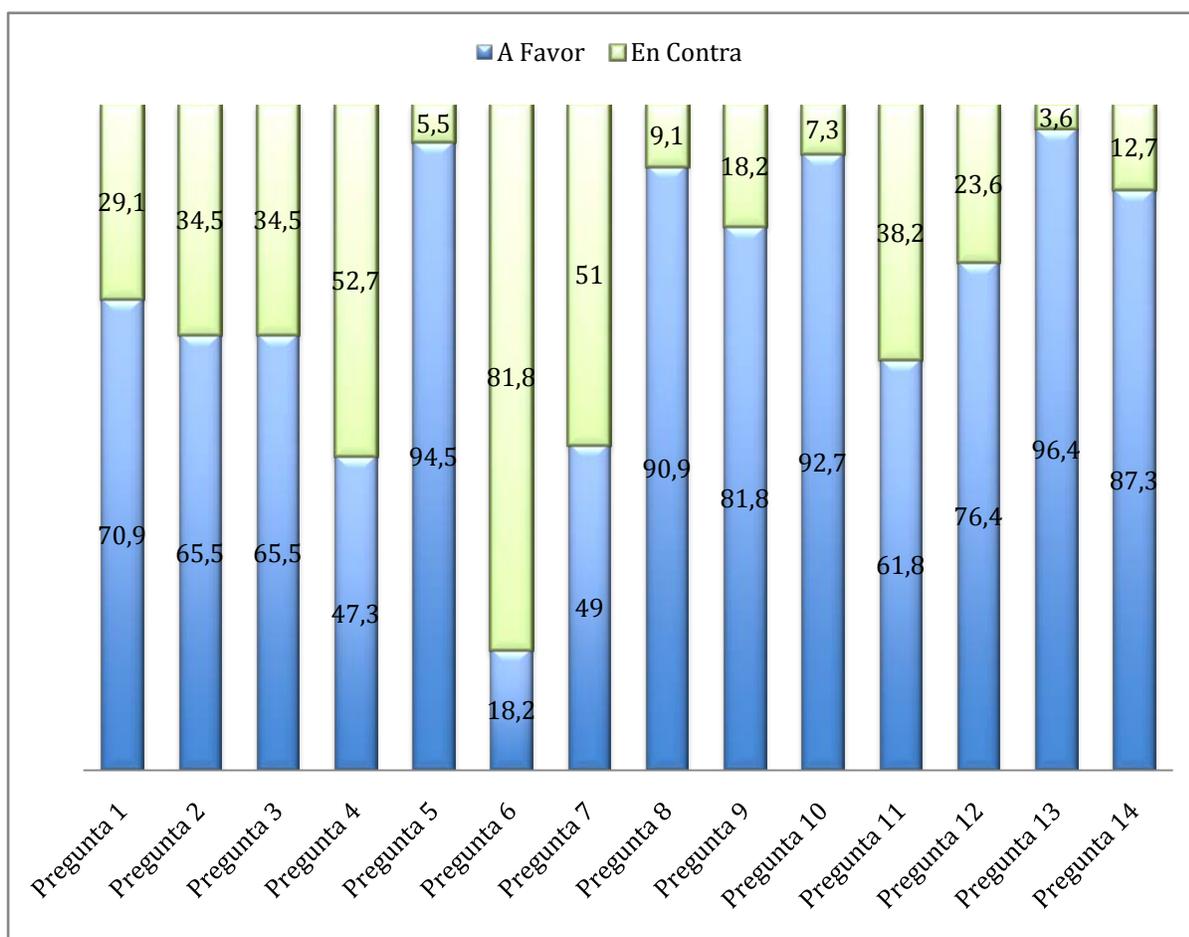
Gráfico 25. Porcentaje de respuestas a favor y en contra para cada pregunta, sección prácticas, mujeres con Bajo Peso.



Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota: Este gráfico muestra los porcentajes de respuestas a favor y en contra, para cada una de las preguntas de la sección “prácticas”. Las respuestas ilustradas aquí pertenecen únicamente al grupo de mujeres con bajo peso. El total de mujeres en este grupo es de 30.

En el segundo grupo correspondiente a mujeres con Peso Normal, los resultados de prácticas más relevantes fueron los siguientes. En la cuarta pregunta; *Consumo vegetales por lo menos 3 veces a lo largo del día*, el 47.3% de las participantes tuvieron prácticas favorables y el 52.7% tuvieron prácticas no favorables. En la sexta pregunta, 18.2% de las participantes tuvieron respuestas favorables y 81.8% de las encuestadas tuvieron respuestas no favorables. En la séptima pregunta, 49% de las participantes respondieron de manera favorable en sus prácticas alimentarias y el 51% respondieron con prácticas no favorables. En el gráfico 26, a continuación, se muestran las respuestas a cada pregunta de la sección prácticas, por parte del grupo de mujeres con peso normal.

Gráfico 26. Porcentaje de respuestas a favor y en contra para cada pregunta, sección prácticas, mujeres con peso normal.

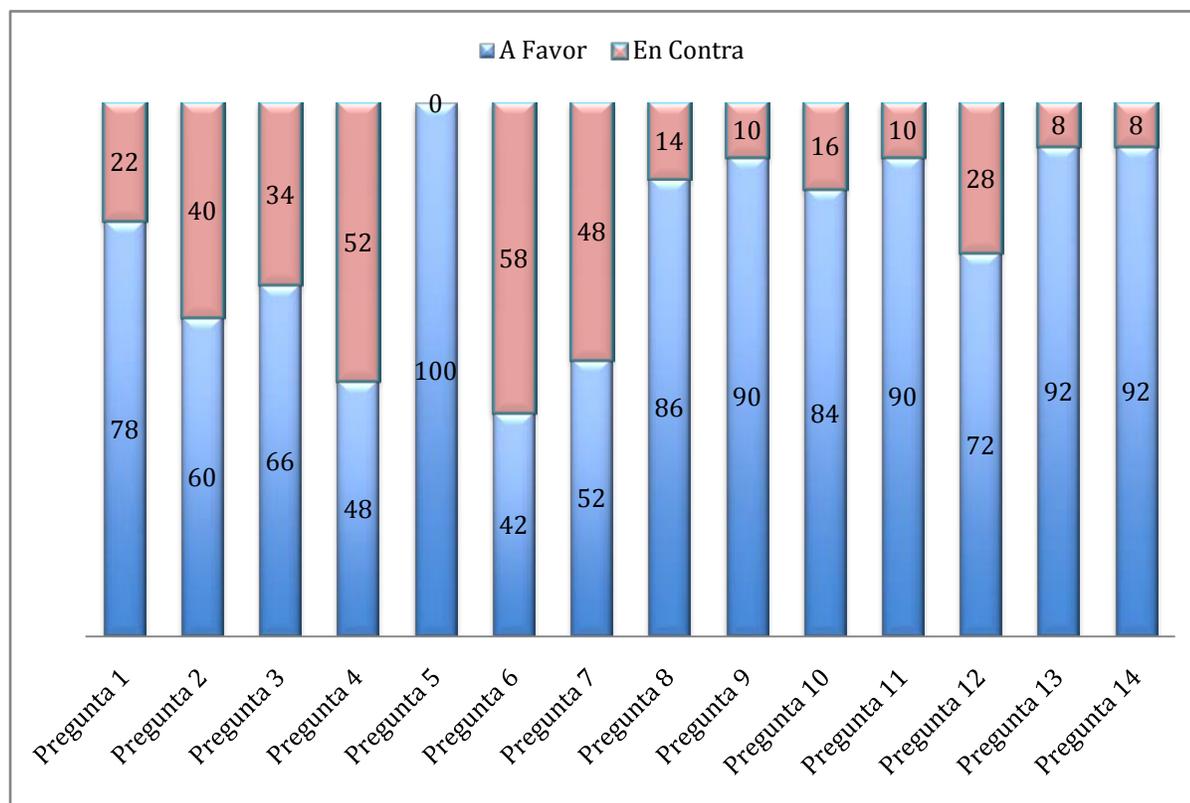


Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota: Este gráfico muestra los porcentajes de respuestas a favor y en contra, para cada una de las preguntas de la sección “prácticas”. Las respuestas ilustradas aquí pertenecen únicamente al grupo de mujeres con peso normal. El total de mujeres en este grupo es de 55.

En el tercer grupo correspondiente a mujeres con Sobrepeso, los resultados de prácticas en los que se vio un mayor porcentaje de respuestas en contra de una alimentación saludable fueron los siguientes: En la cuarta pregunta, el 48% de las participantes tuvieron prácticas favorables y el 52% tuvieron prácticas no favorables y en la sexta pregunta, 42% de las participantes tuvieron respuestas favorables y 58% de las encuestadas tuvieron respuestas no favorables. En

el gráfico 27 se muestran los resultados para cada pregunta de esta sección, por parte del grupo de mujeres con sobrepeso.

Gráfico 27. Porcentaje de respuestas a favor y en contra para cada pregunta, sección prácticas, mujeres con Sobrepeso.

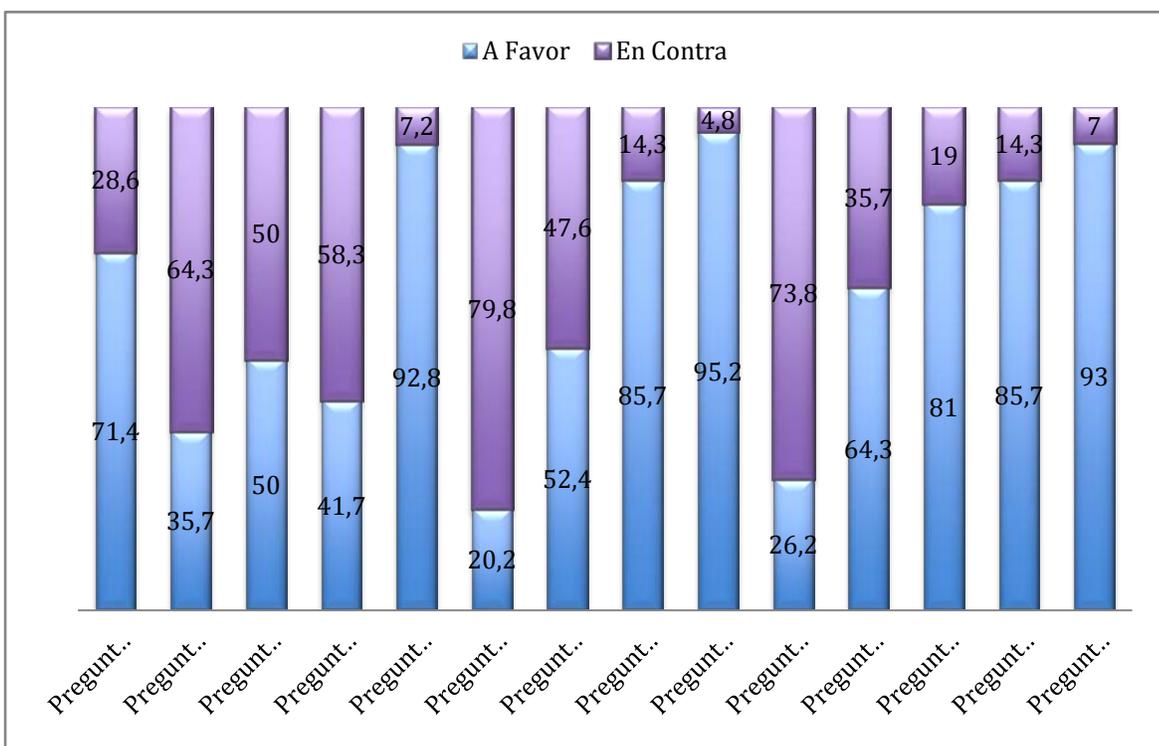


Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014. Nota: Este gráfico muestra los porcentajes de respuestas a favor y en contra, para cada una de las preguntas de la sección “prácticas”. Las respuestas ilustradas aquí pertenecen únicamente al grupo de mujeres con sobrepeso. El total de mujeres en este grupo es de 54.

En el cuarto grupo correspondiente a mujeres con Obesidad, los resultados de prácticas con mayor porcentaje de respuestas en contra fueron los siguientes: En la segunda pregunta, el 35.7% de las participantes tuvieron respuestas favorables, mientras que el 64.3% restante tuvieron respuestas no favorables. En la tercera pregunta, el 50% de las participantes tuvieron

respuestas a favor, y el 50% tuvieron respuestas en contra. En la cuarta pregunta, el 41.7% de las participantes tuvieron prácticas favorables y el 58.3% tuvieron prácticas no favorables. En la sexta pregunta, 20.2% de las participantes tuvieron respuestas favorables y 79.8% de las encuestadas tuvieron respuestas no favorables.. En la décima pregunta, 26.2% respondieron favorablemente y 73.8% de manera no favorable. A continuación, en el gráfico 28 se presentan los resultados para cada pregunta de esta sección, por parte del grupo de mujeres con obesidad.

Gráfico 28. Porcentaje de respuestas a favor y en contra para cada pregunta, sección prácticas, mujeres con obesidad.



Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásquez, 2014. Nota: Este gráfico muestra los porcentajes de respuestas a favor y en contra, para cada una de las preguntas de la sección “prácticas”. Las respuestas ilustradas aquí pertenecen únicamente al grupo de mujeres con obesidad. El total de mujeres en este grupo es de 81.

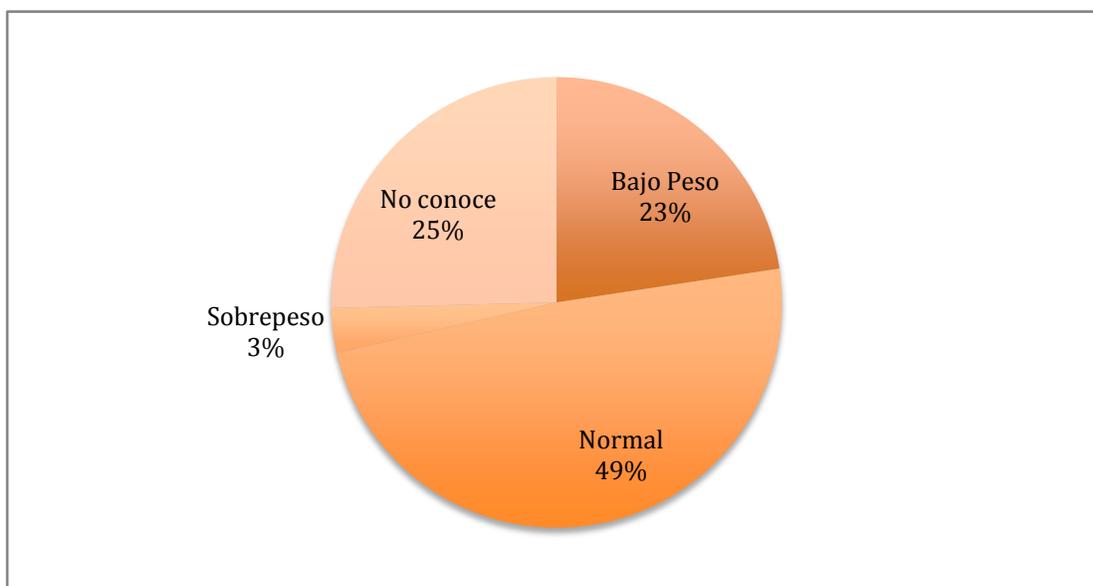
13.4 Resultados de Evaluación Antropométrica utilizando la curva de Rosso

Mardones, en relación a IMC Pre Gestacional.

13.4.1 Mujeres con Bajo Peso.

Entre las mujeres participantes, el 13,6% pertenece al grupo de mujeres con Bajo Peso, esto significa 30 de 220. En este grupo, el 22,6% iniciaron su embarazo con Bajo Peso, el 48,4% iniciaron su embarazo con un peso normal, el 3,2% de las participantes iniciaron su embarazo con Sobrepeso y el 25.4% no conocen cuál fue su peso antes del embarazo.

Gráfico 29. Porcentaje de IMC Pre Gestacional para mujeres con Bajo Peso.

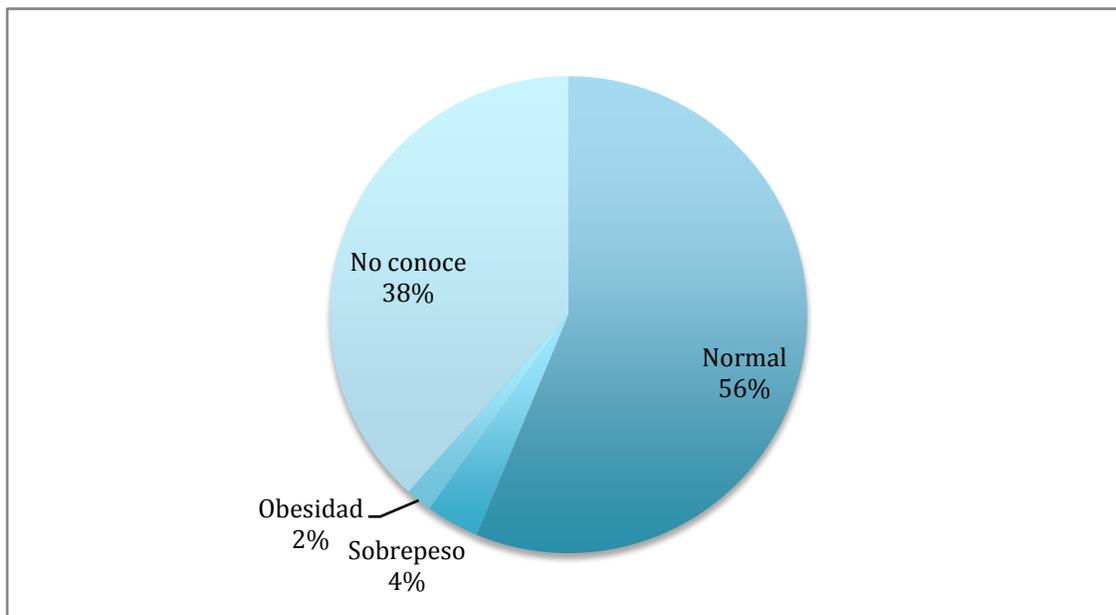


Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásquez, 2014.

13.4.2 Mujeres con Peso Normal

De las 220 participantes, 55 obtuvieron un peso Normal, de acuerdo a la evaluación antropométrica realizada. En este grupo se vio que, 56.3% de las participantes iniciaron su embarazo con peso normal, 3.6% iniciaron su embarazo con sobrepeso, 1.8% iniciaron su embarazo con Obesidad y 38.3% de ellas no conoce su peso antes del embarazo.

Gráfico 30. Porcentaje de IMC Pre Gestacional para mujeres con Peso Normal.

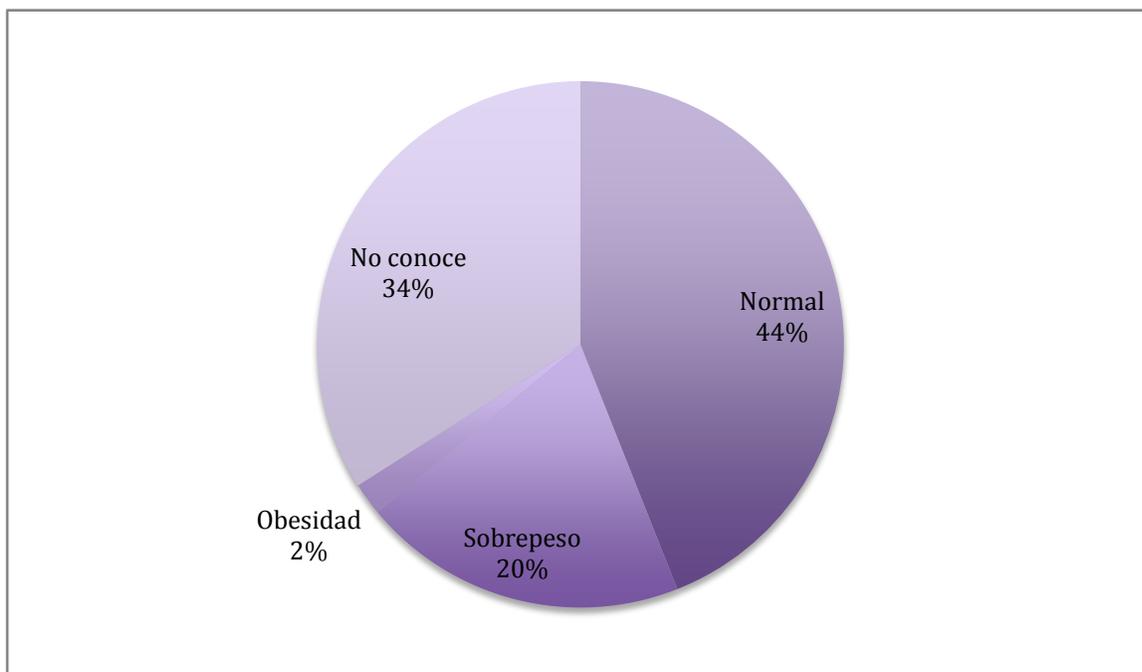


Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014.

13.4.3 Mujeres con Sobrepeso

El 24.5% de la muestra total de participantes pertenece al grupo de mujeres con sobrepeso. En este grupo se pudo ver que, 44% iniciaron con un peso normal, 20% iniciaron su embarazo con sobrepeso, 2% iniciaron su embarazo con obesidad y el 34% de las participantes, no conocen su peso antes del embarazo.

Gráfico 31. Porcentaje de IMC Pre Gestacional para mujeres con Sobrepeso.

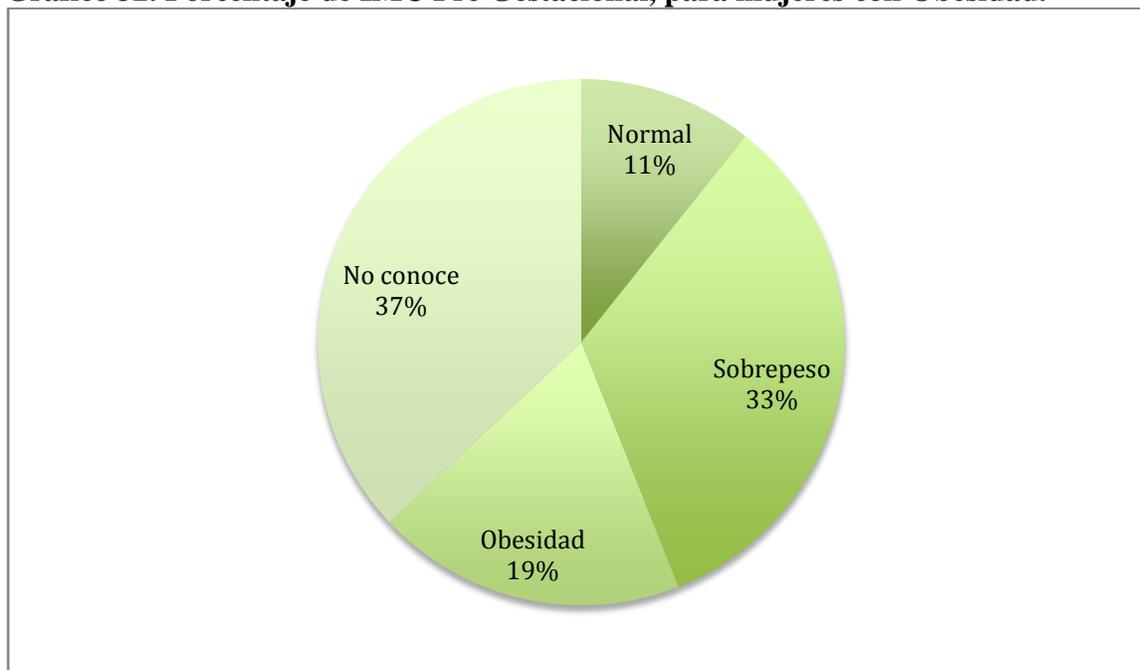


Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014.

13.4.4 Mujeres con Obesidad

De un total de 220 encuestadas, 81 tienen obesidad, esto representa el 36.8% de la muestra. En este grupo se vio que, 19% iniciaron su embarazo con Obesidad, 33.3% iniciaron su embarazo con sobrepeso, 10.7% iniciaron con un peso normal y 37% de ellas no conocen cual era su peso antes del embarazo.

Gráfico 32. Porcentaje de IMC Pre Gestacional, para mujeres con Obesidad.



Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014.

13.5 Relación entre el número de controles pre natales y las respuestas de CCAP en las participantes.

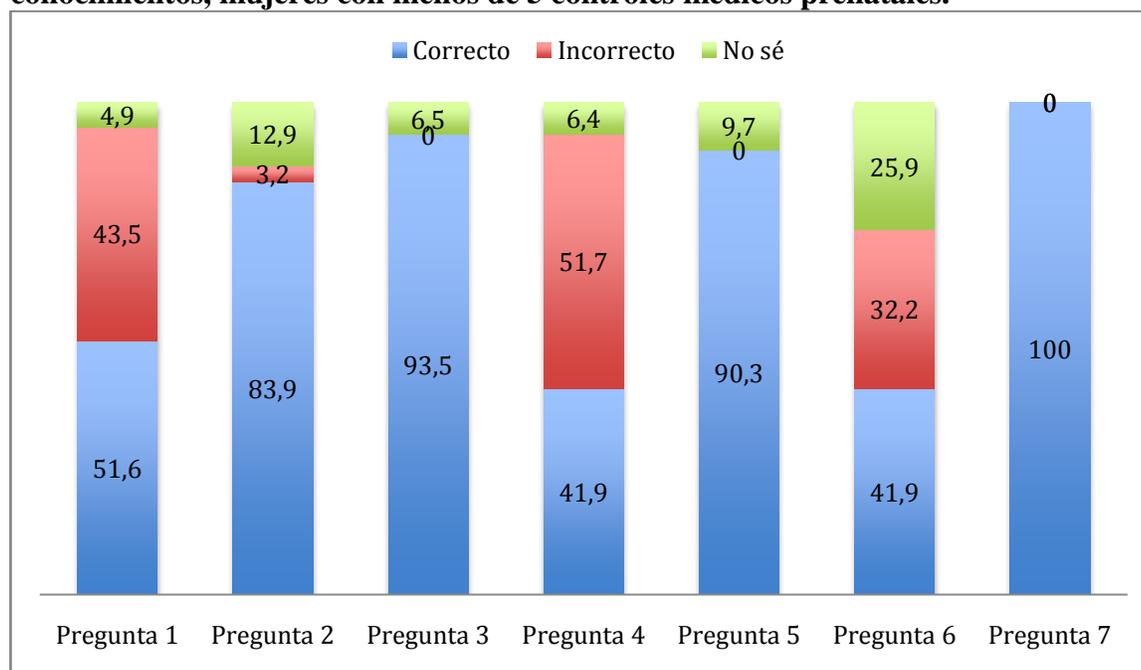
13.5.1 Mujeres que han realizado menos de 5 controles pre natales durante su embarazo.

13.5.1.1 Sección Conocimientos.

Se vio que para esta sección la mayoría de las preguntas obtuvieron un porcentaje mayor de respuestas correctas. Únicamente en la pregunta 4, *durante el embarazo se debe comer el doble de lo que se come normalmente*, se vio un mayor porcentaje de respuestas incorrectas, que alcanzaron el 51.7%. En las preguntas 1 y 6; *Los alimentos como arroz, papas, fideos, harinas y panes, son la fuente principal de energía para que el cuerpo funcione de manera normal, y el*

consumo de azúcar, panela y miel durante el embarazo es igualmente importante que el consumo de alimentos como panes, arroz, fideos y papas, respectivamente, se observó que los porcentajes de respuestas incorrectas fueron altos, aunque no superiores a los porcentajes de respuestas correctas. En el gráfico 33, a continuación, se puede observar el porcentaje de respuestas correctas e incorrectas para cada pregunta de la sección conocimientos, en el grupo de mujeres con menos de 5 visitas médicas.

Gráfico 33: Porcentaje de respuestas correctas, incorrectas y “no sé”, sección conocimientos, mujeres con menos de 5 controles médicos prenatales.



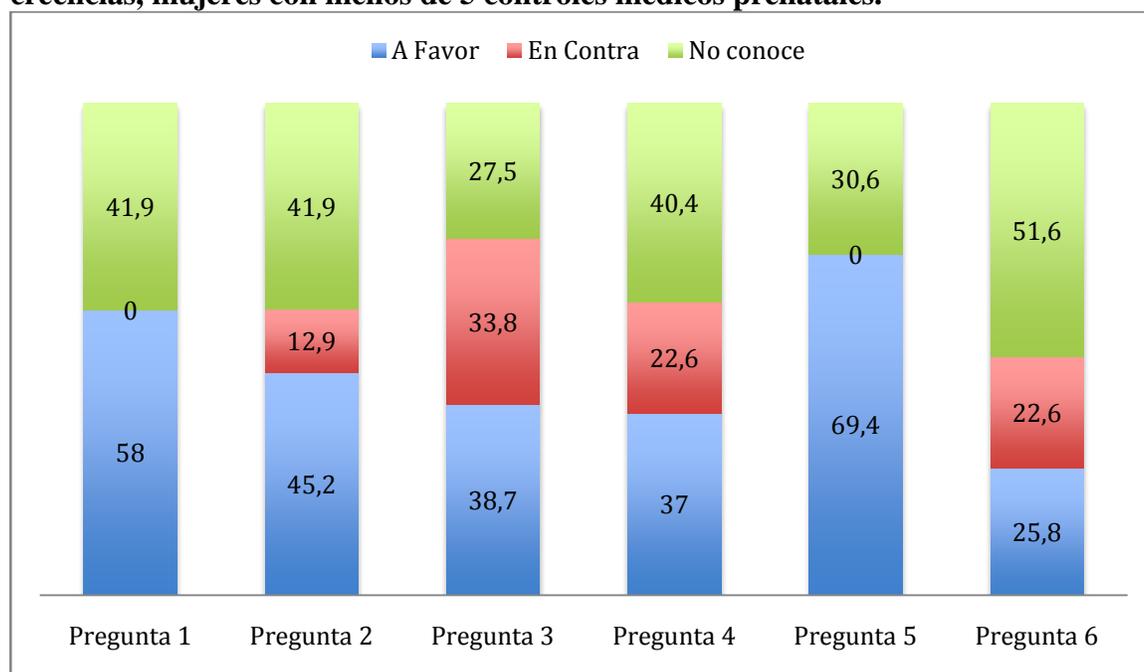
Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014.

13.5.1.2 Sección Creencias.

Se observó que en la mayoría de preguntas de esta sección las respuestas favorables, superaron en porcentaje a las respuestas en contra de una alimentación saludable. La pregunta 6;

El arroz y la papa causan preclampsia (presión alta), fue la única pregunta en la que se encontró que el porcentaje de respuestas “no conoce” fue superior. En el gráfico 34 se muestra a detalle los porcentajes de respuestas a favor, en contra y “no sé” para esta sección, del grupo de mujeres con menos de 5 visitas pre natales.

Gráfico 34. Porcentaje de respuestas a favor, en contra y “no conoce”, sección creencias, mujeres con menos de 5 controles médicos prenatales.

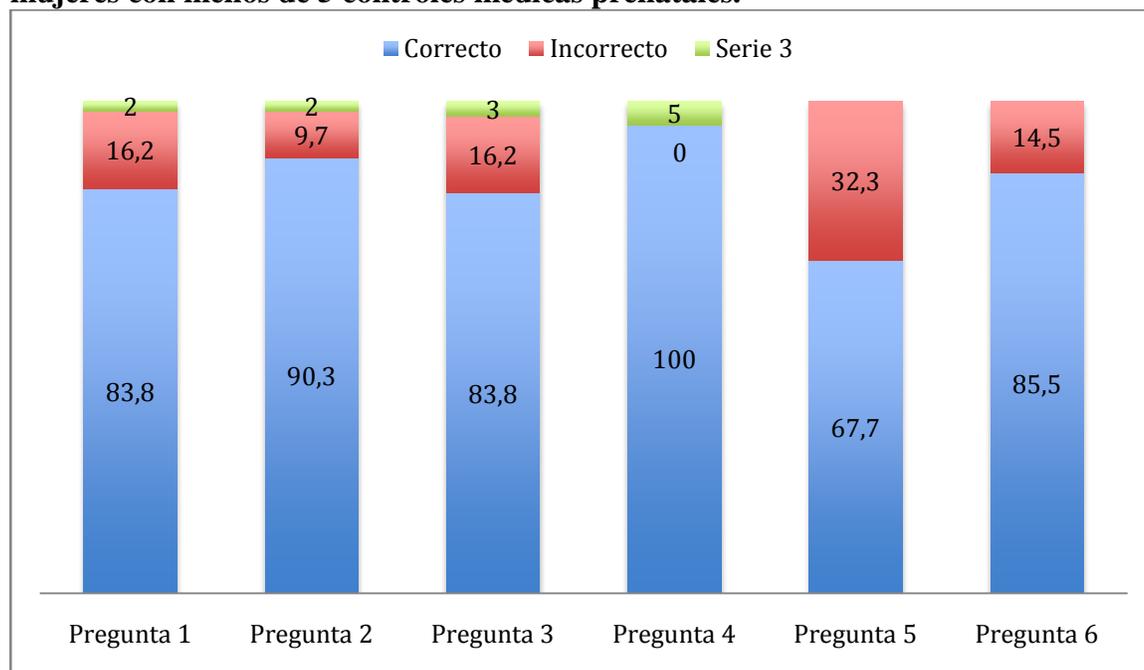


Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásquez, 2014.

13.5.1.3 Sección Actitudes.

Para esta sección se encontró que en todos los casos presentados las respuestas favorables alcanzaron un porcentaje mayor y con una diferencia muy pronunciada. En el gráfico 35 se muestran los resultados de esta sección a detalle.

Gráfico 35. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas, sección actitudes, mujeres con menos de 5 controles médicos prenatales.

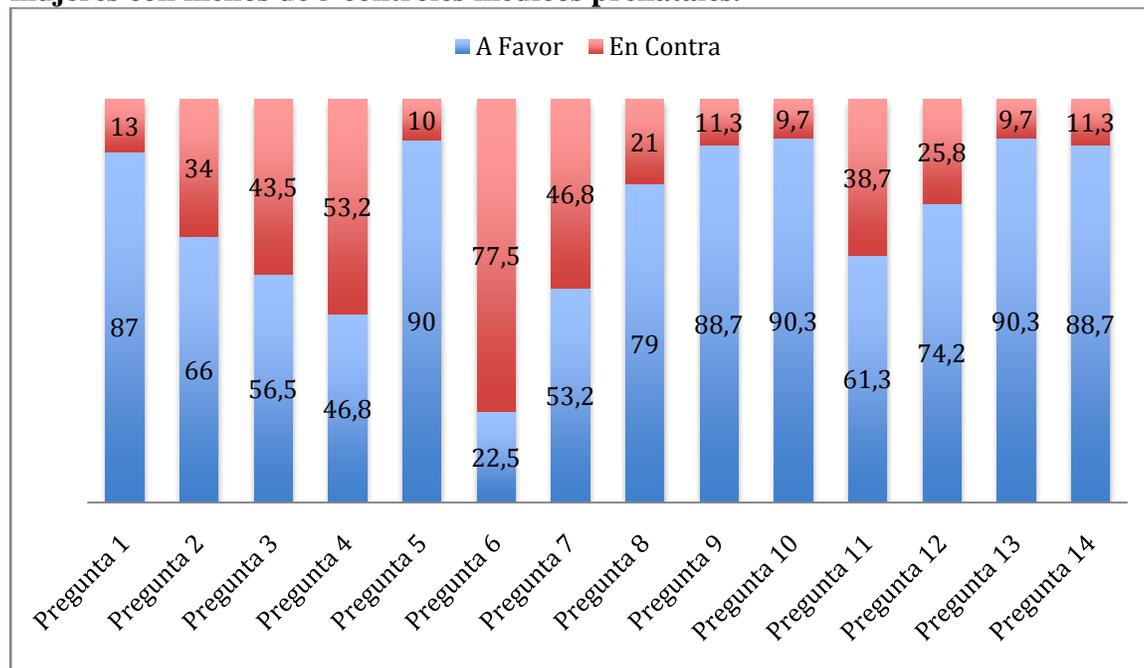


Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014.

13.5.1.4 Sección Prácticas.

En esta sección se encontró que la mayoría de participantes tienen prácticas favorables. Para la pregunta 6; *Consume frutos secos como nueces o almendras*, se encontró un mayor porcentaje de respuestas en contra de una alimentación saludable, ya que alcanzó el 77.5%. En el resto de preguntas de esta sección la diferencia entre porcentajes de respuestas favorables y no favorables, fue muy amplia. Los detalles se muestran en el gráfico 36.

Grafico 36. Porcentaje de respuestas A Favor y En Contra, sección prácticas, mujeres con menos de 5 controles médicos prenatales.



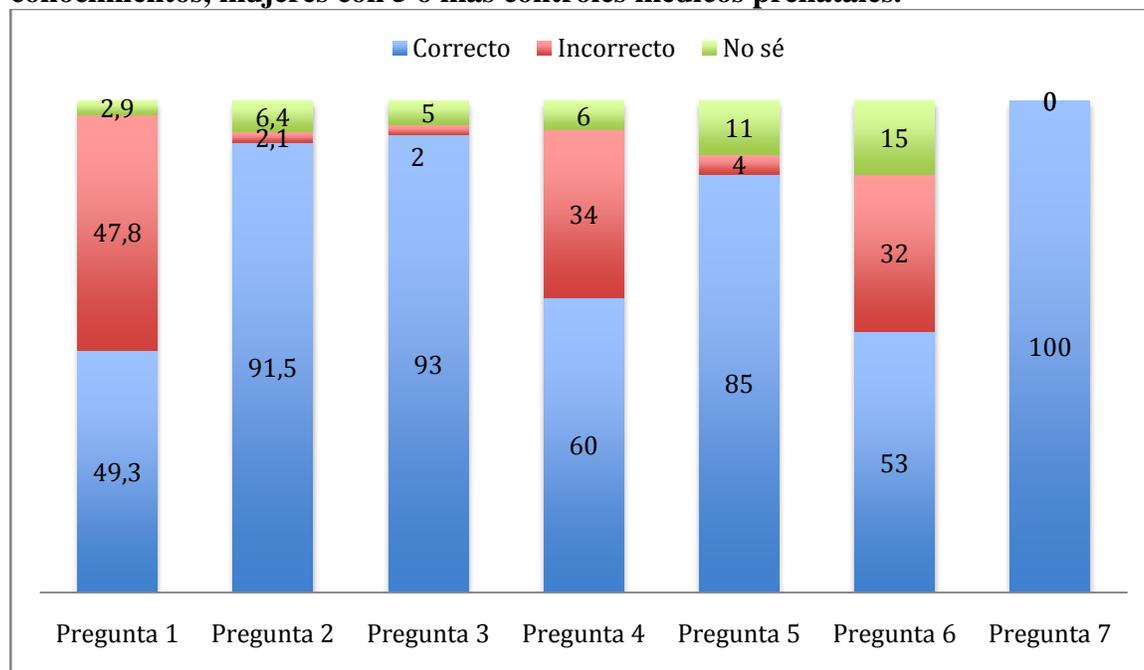
Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014.

13.5.2 Mujeres que han acudido a 5 o más controles médicos prenatales.

13.5.2.1 Sección Conocimientos.

Se pudo ver que en esta sección todas las preguntas alcanzaron porcentajes más altos de respuestas correctas. Sin embargo en la pregunta 1; *Los alimentos como arroz, papas, fideos, harinas y panes, son la fuente principal de energía para que el cuerpo funcione de manera normal*, el porcentaje de respuestas correctas e incorrectas tiene una diferencia muy estrecha. En el gráfico 37 se presentan los detalles de las repuestas para esta sección.

Gráfico 37. Porcentaje de respuestas correctas, incorrectas y “no sé”, sección conocimientos, mujeres con 5 o más controles médicos prenatales.

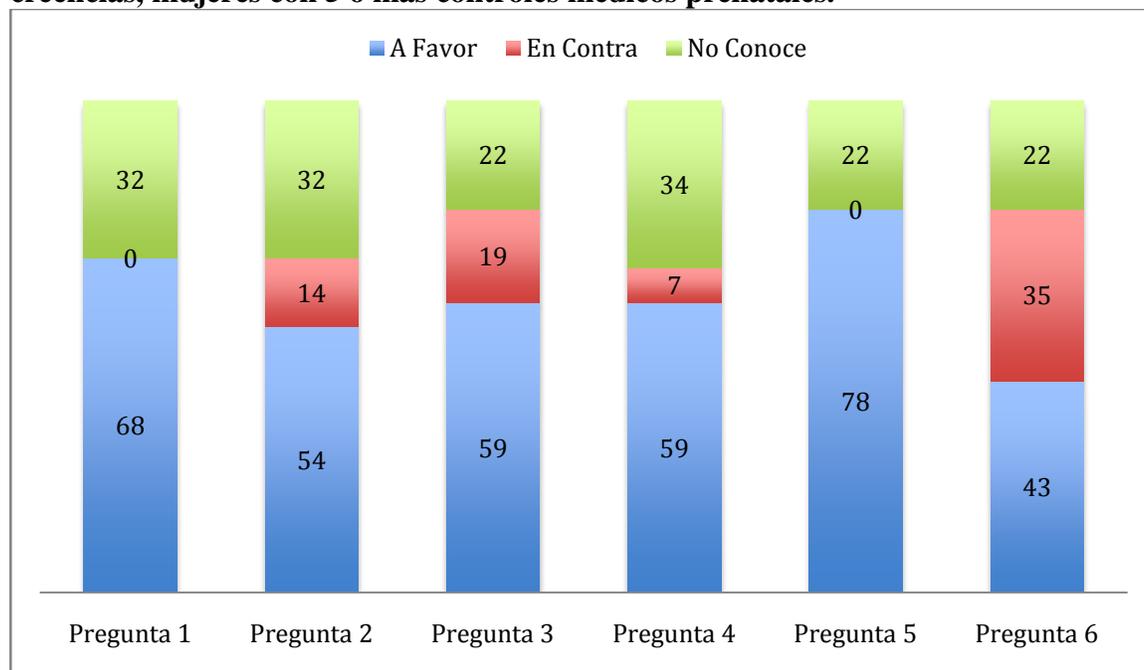


Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014.

13.5.2.2 Sección Creencias.

En esta sección se encontró que para todas las preguntas existe un mayor porcentaje de respuestas favorables. Únicamente para la pregunta 6; *El arroz y la papa causan preclampsia (presión alta)*, se vio un porcentaje de respuestas no favorables, similar al porcentaje de respuestas favorables, aunque no superior. Los resultados de esta sección se detallan en el gráfico 38.

Gráfico 38. Porcentaje de respuestas A Favor, En Contra y No Conoce, sección creencias, mujeres con 5 o más controles médicos prenatales.

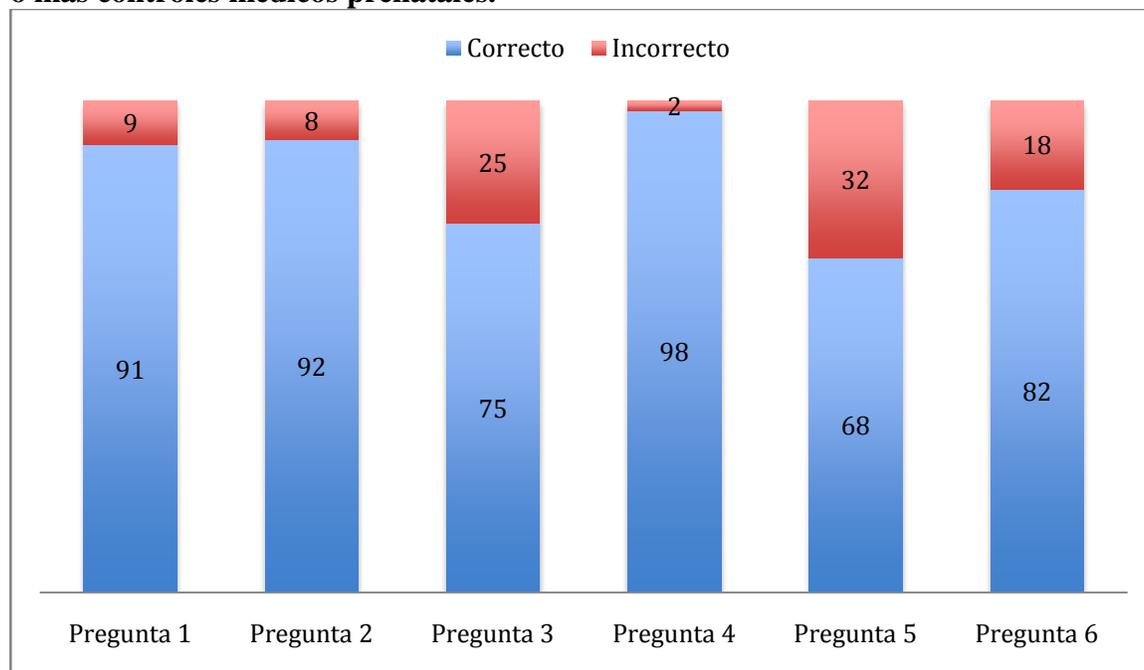


Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014.

13.5.2.3 Sección Actitudes.

Para esta sección se encontró que en todas las preguntas predominó el porcentaje de respuestas favorables y con una diferencia importante. Los detalles de porcentajes de respuestas correctas e incorrectas para esta sección, de el grupo de mujeres con 5 o más controles médicos prenatales se detalla en el gráfico 39.

Gráfico 39. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas, sección actitudes, mujeres con 5 o más controles médicos prenatales.

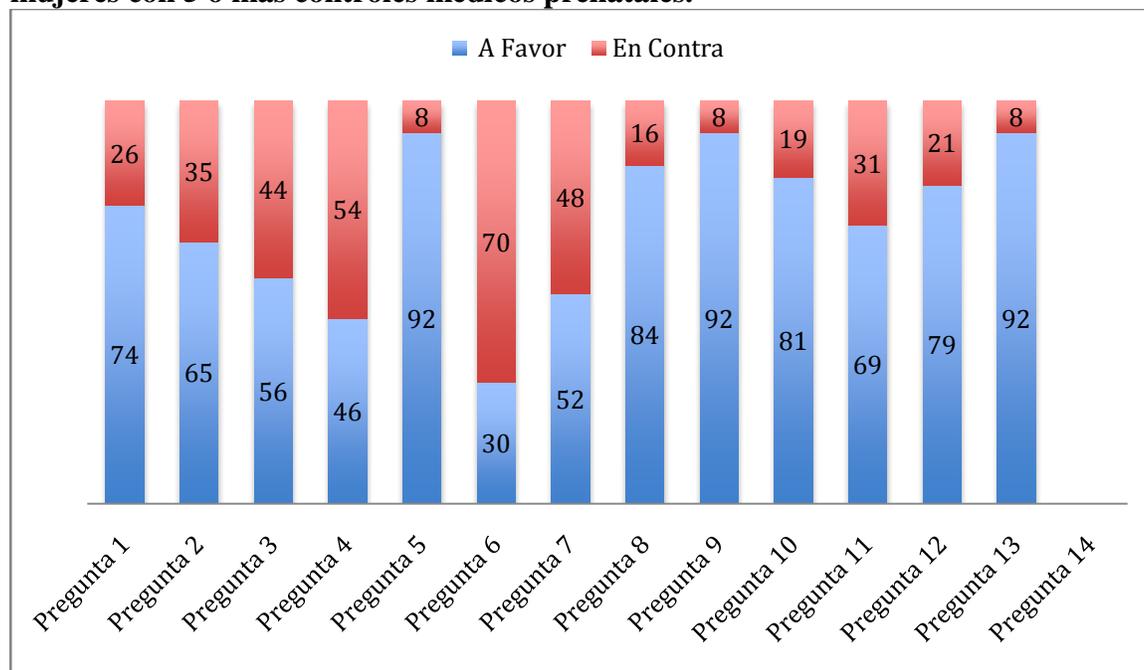


Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014.

13.5.2.4 Sección Prácticas

En esta sección se encontró un mayor porcentaje de respuestas “En Contra” para dos preguntas, la 4 y la 6; *Consume vegetales por lo menos 3 veces a lo largo del día y consume frutos secos como nueces y almendras, respectivamente*. En la pregunta 4 el porcentaje de respuestas en contra alcanzó el 54%, mientras que en la pregunta 6, el porcentaje de respuestas en contra alcanzó el 70%. En el resto de preguntas de esta sección se observó un mayor porcentaje de respuestas a favor con una diferencia muy pronunciada de aquellos porcentajes de respuestas “En Contra”. Los detalles de las respuestas para preguntas de esta sección se pueden ver en el gráfico 40.

Gráfico 40. Porcentaje de respuestas A Favor y En Contra, sección prácticas, mujeres con 5 o más controles médicos prenatales.



Fuente: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el mes de abril de 2014. Vásconez, 2014.

14 . Discusión.

El estudio se llevó a cabo con una muestra de 220 madres embarazadas, sin complicaciones y mayores de 19 años. La media de la edad de las participantes fue de 28,25 años, con un mínimo de 19 y un máximo de 44. La moda para la variable edad fue de 21 años. Al clasificar la edad en categorías, se observó que la categoría número 1; mujeres de 19 a 25 años de edad, es significativamente mayor en porcentaje a las demás categorías. Por lo tanto, podemos ver que en la población estudiada, la tendencia en la edad de las mujeres, para tener hijos, es entre los 19 y los 25 años, haciendo un pico en los 21 años de edad. Es importante resaltar, que estos datos inician en la edad de 19 años, debido a que uno de los criterios de exclusión para este estudio fue

que sean madres embarazadas adultas y no adolescentes. Sin embargo, muchas de las mujeres en el estudio, ya habían estado embarazadas anteriormente, de hecho, de las 18 participantes con 21 años, únicamente 8 estaban embarazadas por primera vez. No obstante, los datos con respecto a este particular resultan contradictorios y no permiten llegar a alguna conclusión, ya que, la mayoría de las mujeres en el estudio que estaban embarazadas por primera vez, se encuentran entre los 19 y los 25 años de edad y entre las participantes más jóvenes, de 19 años de edad, todas están cursando su primer embarazo.

En cuanto al estado civil de las participantes, se pudo ver que la mayoría estaban casadas o en relaciones estables como “unión libre”, un menor porcentaje de ellas estaban separadas o eran solteras. Esta variable fue tomada en cuenta para el estudio por la influencia que pueda tener sobre el estado anímico de las participantes, el mismo que llega a relacionarse con su estado de salud; en este caso con su estado nutricional, ya que muchas mujeres al estar deprimidas tienden a tener una alimentación deficiente o en exceso (National Institute of Mental Health, 2009). En el presente estudio se hizo un análisis de frecuencias, en el que se observó que tanto en los grupos de mujeres casadas y en unión libre como en los de mujeres separadas y solteras, la minoría aparecían con bajo peso. En lo que corresponde a sobrepeso y obesidad, los grupos de mujeres casadas y en unión libre presentaron porcentajes más altos, ya que en los grupos de mujeres separadas y solteras, predominó el estado nutricional normal sobre aquellos de sobrepeso y obesidad. Este análisis nos permite decir que para este estudio la falta de pareja no fue determinante en el estado nutricional. Esto de cierta manera coincide con el estudio “La Depresión en la Mujer Gestante y su Influencia en el Proceso de Vinculación Afectiva Prenatal” donde se determinó que la variable “depresión” no tiene relación significativa con la variable “estado civil” (Fernandez & Sanchez., 2007).

Con respecto al estado nutricional de las participantes, se realizó una comparación de los resultados obtenidos con las dos curvas, Atalah y Rosso Mardones, debido a la polémica existente sobre el uso de una curva adecuada para la evaluación antropométrica gestacional en los países latinoamericanos. Se encontró que la curva de Atalah presenta un porcentaje menor de mujeres con bajo peso y de mujeres con obesidad que la curva de Rosso Mardones. En la curva de Atalah predomina el estado nutricional de Sobrepeso, mientras que en la curva de Rosso Mardones predomina el estado nutricional de Obesidad. Además, En la curva de Atalah el porcentaje de mujeres con estado nutricional normal es el segundo más alto, esto coincide con la curva de Rosso Mardones donde el estado nutricional normal también alcanza el segundo porcentaje más alto. Sin embargo, en la curva de Rosso Mardones la diferencia entre mujeres con Sobrepeso y Mujeres con peso Normal es mínima, con apenas 0.5%, es decir, el equivalente a una persona. Por lo tanto, se puede ver que mientras la curva de Rosso Mardones tiende a clasificar a mujeres en obesidad o bajo peso, la curva de Atalah tiende a clasificarlas entre peso normal y sobrepeso, según los resultados obtenidos en este estudio. Estos resultados, en parte, coinciden con los resultados de otros estudios como “Exactitud diagnóstica de cinco referencias gestacionales para predecir el peso insuficiente al nacer”, realizado en Colombia, en este estudio se vio que la curva de Porcentaje de Peso para la Talla de Rosso Mardones tiende a clasificar a las mujeres con bajo peso, mientras que la de Atalah tiende a clasificarlas en un rango de normalidad (Benjumea, 2007). No obstante, no se vieron los mismos resultados para lo encontrado con obesidad y sobrepeso, lamentablemente los datos obtenidos son insuficientes para determinar que curva se acerca más a la realidad de la población estudiada. Para tener resultados más exactos acerca del poder de predicción de estas curvas, sería necesario hacer un seguimiento hasta llegar a tomar los datos del peso del nacimiento del producto. Sin embargo, es importante mencionar que en el estudio de

Benjumea para la población colombiana, se determinó que a partir del segundo trimestre la curva de Atalah alcanza una mayor exactitud diagnóstica, especificidad y valor predictivo positivo en relación a otras dentro de las que se encuentra también la de Rosso Mardones.(Benjumea, 2007).

En el presente estudio también se analizó el IMC pre gestacional, en relación al estado nutricional. Lamentablemente, un porcentaje muy alto de la muestra no conocía su peso antes del embarazo, lo que dificulta el análisis de esta variable. Sin embargo, de los datos obtenidos se observó que para los grupos de mujeres con bajo peso, peso normal y sobrepeso, el porcentaje más alto de mujeres inició con peso normal, mientras que en el grupo de mujeres con obesidad, el porcentaje más alto inició su embarazo con sobrepeso. Es decir, que las mujeres en nuestra población estudiada tuvieron una tendencia a mantenerse o a subir de peso durante el embarazo. Estos resultados no representan una información confiable, debido a la falta de datos.

En cuanto al cuestionario, este se elaboró en 4 pasos como se detalló en metodología. Sin embargo, los cambios con respecto a la primera versión fueron mínimos. La información obtenida en los grupos focales permitió agregar tres preguntas nuevas y quitar una en la sección de creencias. Durante la prueba piloto se observó que en la sección de creencias, las participantes que no habían escuchado antes sobre alguna de las creencias no sabían que responder, por lo tanto se agregó la opción “no conoce” a esta sección. Finalmente, la revisión por parte de profesionales permitió mejorar la redacción de algunas preguntas que tenían un vocabulario muy complejo. El resultado final fue un cuestionario de 33 preguntas divididas en 4 secciones: Conocimientos que incluyó 7 preguntas, creencias con 6 preguntas, actitudes con 6 preguntas y prácticas con 14 preguntas. En adición a estas secciones, el cuestionario incluyó una sección de información personal con 8 preguntas dentro de las cuales se incluyó el estado nutricional.Ver anexo 5.

Los resultados de las respuestas del cuestionario mostraron que en la sección de conocimientos hubo un alto porcentaje de aciertos, ya que de las 7 preguntas, 6 obtuvieron porcentajes más altos de respuestas correctas. Para ninguna de las preguntas predominó la opción “no sé” en esta sección. La única pregunta que tuvo un mayor porcentaje de respuestas incorrectas fue la primera, esto se debe a una falsa percepción de los carbohidratos en la población. El objetivo de la pregunta: Los alimentos como arroz, papas, fideos harinas y panes son la fuente principal de energía para que el cuerpo funcione de manera normal, era que las participantes reconozcan la importancia y función de los carbohidratos. Sin embargo, durante las entrevistas muchas de ellas reconocieron que se trataba de carbohidratos, pero con opiniones tales como: “o sea, son carbohidratos, pero la fuente principal de energía no”. Es decir que a pesar de reconocer el grupo al que pertenecían estos alimentos, no saben cuál es su función y piensan que son malos o insignificantes en la alimentación. Un alto porcentaje de las participantes piensa que los carbohidratos engordan pero no son alimento. No obstante, en esta pregunta el porcentaje de respuestas contestadas de manera correcta no fue mucho menor, únicamente se diferencia con el 1%, es decir, que un porcentaje cercano a la mitad de la muestra si conoce la función e importancia de los carbohidratos. Con respecto a las otras preguntas de esta sección, hubieron diferencias muy pronunciadas en el porcentaje de respuestas correctas e incorrectas para las preguntas sobre proteínas, frutas y vegetales y tipos de aceites. Estos resultados indican que en general las madres embarazadas de la población estudiada conocen la importancia y función de estos grupos de alimentos durante el embarazo. En las preguntas 4 y 6 se vio una diferencia menor entre los porcentajes de respuestas correctas e incorrectas, esto es debido a que si existe un alto porcentaje de mujeres que piensan que durante el embarazo se debe comer el doble, y que el consumo de panela, miel y azúcar es exactamente igual al consumo de harinas, panes y almidones.

Es importante resaltar que los resultados en estas preguntas muestran que hay un alto nivel de conocimiento en la actualidad, con respecto a porciones, en especial durante el embarazo, ya que evidentemente las mujeres en su mayoría han reconocido que durante el embarazo no se debe comer el doble. En cuanto a la pregunta 6, se ve que la mayoría de las mujeres sabe que el valor nutritivo entre almidones y azúcares simples no es el mismo. Pero, todavía existe un porcentaje alto de mujeres que considera que es igual. De hecho, muchas de las mujeres entrevistadas hicieron una diferenciación, explicando que el azúcar blanca no tiene un valor nutritivo importante, pero que la miel y la panela sí, por su contenido en vitaminas. Muchas de las participantes escogieron la respuesta correcta debido a esta razón, cuando lo que se buscaba era que las mujeres participantes distingan entre los azúcares simples y los almidones. Por esta razón, aunque en la pregunta 6 los resultados sean positivos, no llegan a ser del todo confiables. En cuanto a la pregunta 7 se vio que en su totalidad, todas las mujeres en el estudio, reconocen la importancia de consumir lácteos durante el embarazo.

En la sección de creencias, los resultados fueron sorprendentes, debido a que en la mayoría de preguntas predominaron las respuestas favorables y la opción “no conoce” que hacía referencia a aquellas mujeres que nunca antes habían escuchado de las creencias. Estos resultados pueden deberse al alto nivel de educación de las participantes. Para las preguntas 1 y 5 de esta sección en las que las opciones “verdadero” y “falso” se tabularon como respuestas favorables, de igual manera se encontró que un mayor porcentaje escogió la opción “falso”, por lo que se ve que las creencias no son determinantes en la alimentación de la población en estudio. En cuanto a la última pregunta de esta sección, se puede ver que es la única en la que el porcentaje de respuestas en contra fue alto, a pesar de ser menor al porcentaje de respuestas a favor, esto se puede

relacionar a lo mencionado anteriormente sobre la falsa percepción de los carbohidratos en la población en estudio.

En la sección de actitudes, se puede ver que todas las preguntas tienen una mayoría de respuestas correctas, es decir, que en su mayoría las participantes tienen actitudes correctas con respecto a una buena alimentación durante el embarazo. En esta sección se observó que las mujeres encuestadas dudaban con respecto a 3 preguntas; la pregunta número 3 que hablaba sobre la importancia de consumir panes y cereales por su contenido en ácido fólico debido a las harinas fortificadas. En esta pregunta se pudo percibir que las participantes no consideran al pan y a las harinas como alimentos saludables, lo que una vez más nos lleva a una mala percepción sobre los carbohidratos. En cuanto a las dos últimas preguntas, muchas de las mujeres entrevistadas comentaron que pueden haber guías buenas en el internet ya que se encuentra información buena e información mala, con respecto a esto ellas elegían la opción “ni de acuerdo, ni desacuerdo”, lo que también nos indica que el nivel de educación de las participantes, si tiene una buena influencia en sus respuestas. En la última pregunta de esta sección, también comentaron que tener náuseas o vómitos requiere dietas especiales y no intentar comer de manera normal, lo que denota un alto conocimiento y buena actitud también.

Finalmente, en la sección de prácticas se pudo ver que también predominaron las respuestas favorables. Únicamente en la cuarta pregunta: Consume vegetales por lo menos 3 veces al día, y en la pregunta 6: Consume frutos secos como nueces o almendras, se vio que predominaron las prácticas en contra. Es decir, que el consumo de vegetales y de frutos secos no es adecuado en la población estudiada. Un hallazgo sorprendente fue que un alto porcentaje de las mujeres participantes consumen cereales y panes integrales y que además no consumen bebidas gaseosas o jugos de cartón con mucha frecuencia. Los resultados de esta sección son concordantes con los

resultados de las secciones anteriores. No obstante, no son concordantes con los resultados de la evaluación nutricional, ya que se encontró un alto porcentaje de mujeres con obesidad y sobrepeso. Por esta razón se realizó un análisis del cuestionario, basado en el resultado del análisis de evaluación nutricional antropométrica.

En las mujeres con bajo peso, en la sección de conocimientos predominaron las respuestas incorrectas en dos preguntas, la 4 y la 6, que son sobre comer el doble y sobre el valor nutritivo de azúcares simples en relación con almidones. En el resto de preguntas las respuestas de este grupo fueron, en su mayoría, correctas. Esto nos indica, que en este grupo de mujeres existen bajos conocimientos sobre el valor nutritivo de los almidones, azúcares simples y sobre las porciones. En las secciones de creencias y actitudes, las respuestas de las participantes con bajo peso para todas las preguntas tuvieron un mayor porcentaje de respuestas correctas y favorables. Sin embargo en la sección de prácticas, se encontraron prácticas no favorables con respecto al consumo de frutas, de frutos secos, de frejol y leguminosas y al consumo de vitamina pre natal. Estos resultados no se relacionan directamente con el bajo peso, ya que la información es insuficiente. Sin embargo, si nos indican que existen menos conocimientos sobre alimentación y menos cuidado en las prácticas alimentarias en este grupo. No obstante, en cuanto al nivel de educación en este grupo, predomina la secundaria completa y la educación superior, lo que quiere decir que el alto nivel de educación podría no influir directamente en los conocimientos y prácticas en nutrición.

En las mujeres con peso normal, en la sección de conocimientos, se encontró un mayor porcentaje de respuestas incorrectas en las preguntas 1 y 4. Es decir, que en este grupo las deficiencias de conocimientos predominaron en cuanto a la función de los carbohidratos, y el valor nutritivo de azúcares simples y almidones, lo que tiene concordancia, pues los dos están relacionados al grupo

de carbohidratos. En la sección de creencias se vio un porcentaje mas alto en las respuestas favorables, al igual que en la sección de actitudes, con las respuestas correctas. En la sección de prácticas, aunque en la mayoría las respuestas fueron favorables, se vieron respuestas no favorables en cuanto al consumo de vegetales, frutos secos y panes o cereales integrales. Estos resultados, si son concordantes con un peso normal en las participantes, aunque muestran deficiencia de ciertos conocimientos y algunas malas prácticas. En este grupo también predominan el nivel de educación secundaria completa y superior, lo que también concuerda con los resultados. En cuanto al grupo de mujeres con sobrepeso, en las primeras tres secciones; conocimientos, creencias y actitudes, se vio que todas las preguntas tuvieron un porcentaje mayor de respuestas correctas y favorables. En cuanto a la sección de prácticas, en este grupo de participantes, se vio prácticas no favorables con respecto al consumo de vegetales y frutos secos. Es decir, que este grupo de mujeres obtuvo respuestas favorables en su mayoría. En cuanto al nivel de educación en este grupo, también predomina la secundaria completa y la educación superior, lo que es concordante con sus respuestas al cuestionario.

Finalmente en las mujeres con obesidad se encontró que, en la sección de conocimientos predomina la respuesta incorrecta en la primera pregunta, es decir, que en este grupo existe un conocimiento deficiente, en cuanto a la importancia y función de los carbohidratos. En la sección de creencias, predominó la respuesta “en contra” en la última pregunta, lo que tiene una alta relación con una falta de conocimiento en cuanto a la función de los carbohidratos. En la sección de actitudes, todas las respuestas fueron correctas. Por último en la sección de prácticas, se vio respuestas no favorables en más preguntas en relación a los grupos anteriores. En este grupo la mayoría de participantes obtuvo conductas no favorables en cuanto a limitar el consumo de azúcar, al consumo de vegetales, al consumo de frutos secos y en cuanto a comer más de 3 veces al día.

Por su parte en el consumo de frutas, la mitad respondió favorablemente y la mitad respondió con prácticas en contra. Estos resultados son muy concordantes con el estado nutricional de las mujeres, ya que obtuvieron más prácticas en contra que los otros grupos. Además, durante las entrevistas, muchas de ellas comentaron que no consumían carbohidratos, o que no eran importantes, ya que su doctor les aconsejaba no comerlos para bajar de peso; esto se asocia perfectamente a sus respuestas incorrectas en las secciones de conocimientos y creencias. En este grupo, el nivel de educación también fue en su mayoría superior y de secundaria completa.

En general el nivel de educación de las participantes fue alto. La mayoría completaron la secundaria e incluso un alto porcentaje de ellas también tenían estudios superiores. Esto quiere decir que al menos el 70% de la población en estudio tenía un nivel de educación alto. Debido a esto se esperaba que el nivel de conocimiento sea alto en las encuestas, o que la mayoría de las participantes presente respuestas correctas y favorables. También se esperaba de estos resultados que las creencias no tengan una influencia importante en las mujeres participantes. En el análisis general de los datos si se puede evidenciar esto, ya que la mayoría de respuestas son correctas y favorables. Sin embargo, al separar a las participantes en grupos según su estado nutricional, se observó que en todos los grupos predominaba un alto nivel de educación pero no en todos los grupos se obtenían respuestas correctas y favorables para todas las preguntas. Por otro lado, en la sección de creencias se encontró un alto porcentaje de mujeres que tenían respuestas favorables, incluso cuando se separaron por grupos. Por lo tanto, se puede decir que el nivel de educación tiene cierta influencia en las respuestas, aunque no significa un alto conocimiento en nutrición.

Por último, es importante mencionar, que la mayoría de las participantes, habían acudido a varias visitas médicas durante el embarazo. Dado que la recomendación del Ministerio de Salud Pública en cuanto al control prenatal indica que las madres embarazadas deben hacer por lo menos 5

controles prenatales para asegurar un buen estado de salud, se analizaron las respuestas de el cuestionario CCAP tanto para el grupo de mujeres que habían acudido a controles menos de 5 veces, como para el grupo de mujeres quienes habían acudido al control 5 o más veces. En este análisis no se encontraron diferencias significativas. En la sección de conocimientos, se vio que las participantes con menos de 5 controles obtuvieron un mayor porcentaje de respuestas incorrectas en la pregunta número 4, mientras que las participantes con 5 visitas o más tuvieron un mayor porcentaje de respuestas correctas para todas las preguntas. En la pregunta 1, se vio un alto porcentaje de respuestas incorrectas, que no superó al porcentaje de respuestas correctas en el grupo de mujeres con más de 5 visitas, sin embargo la diferencia es muy pequeña. Este resultado indica nuevamente una falta de conocimiento de la función de los carbohidratos y su importancia en la dieta, que no es clarificada por los médicos. En la sección de creencias, se encontró que en el grupo con menos controles médicos existía un mayor porcentaje de respuesta “no conoce” en la pregunta 6, mientras el grupo con más controles tenía un mayor porcentaje de respuestas a favor para la misma pregunta. Sin embargo, el porcentaje de respuestas “en contra” para la misma pregunta, en este grupo, fue alto y con una mínima diferencia con respecto al porcentaje de respuestas a favor. Estos resultados corroboran lo dicho anteriormente acerca de que los controles médicos no aportan en cuanto a mejorar los conocimientos de una alimentación saludable, sobre todo frente a la falsa percepción ante los carbohidratos. En la sección de actitudes se vieron resultados similares para los dos grupos, ya que en todas las preguntas se encontró un mayor porcentaje de respuestas correctas. Finalmente en la sección de prácticas, se encontró que no existen diferencias muy pronunciadas en cuanto a los dos grupos, los dos obtuvieron un mayor porcentaje de respuestas desfavorables en la pregunta 6, lo que se explica debido a la dificultad en la asequibilidad de frutos secos. Por otro lado, también se encontró que en el grupo con más visitas,

se obtuvo un mayor porcentaje de respuestas no favorables en la pregunta 4, con lo que se ve que los controles médicos no influyen de manera pronunciada sobre las prácticas de alimentación. Mediante este análisis se pudo ver que en general hay una falta de consejería en materia de nutrición, para el grupo de madres embarazadas.

15 . Conclusiones.

En este estudio se elaboró un cuestionario de conocimientos, creencias, actitudes y prácticas, mediante revisión bibliográfica, corrección del cuestionario por parte de profesionales afines al tema, formación de grupos focales y una prueba piloto. Este cuestionario sirvió para poder determinar algunos conocimientos, creencias, actitudes y prácticas, de madres embarazadas mayores a 19 años de edad, que acudieron al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora en el periodo de Abril de 2014.

Se determinó que en la población estudiada existe una prevalencia de obesidad y que la mayoría de mujeres clasificadas en este grupo iniciaron el embarazo con sobrepeso, esto coincide con los últimos datos del ENSANUT, donde se indica que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población adulta femenina es de 65.5%, y de 56.8% para mujeres en edad fértil (ENSANUT, 2011-2013). Por lo tanto, existe una alta tendencia a la obesidad en la población ecuatoriana. Sin embargo, según la evaluación antropométrica, realizada a través de la curva de Atalah existe una prevalencia de sobrepeso. Por lo que se deberían hacer estudios que determinen cual es la curva más adecuada como predictor diagnóstico del peso de nacimiento, para la población ecuatoriana.

En la población estudiada de acuerdo con lo evaluado mediante el cuestionario de conocimientos, creencias, actitudes y prácticas; las mujeres tienen alto nivel de conocimientos, creencias favorables, actitudes correctas y prácticas favorables, en general. Esto no coincide con el resultado de la evaluación nutricional, porque la prevalencia fue de obesidad. Sin embargo, al dividir los

cuestionarios, en grupos de acuerdo a su estado nutricional, y ver las respuestas de cada grupo, se evidenció que tanto el grupo de mujeres con bajo peso, como el grupo de mujeres con obesidad, tuvieron una mayor cantidad de errores en la sección de conocimientos y mayor cantidad de prácticas no favorables en la sección de prácticas. Por lo tanto, como una respuesta a la pregunta de investigación: En el estudio las mujeres cuya evaluación antropométrica fue no favorable, es decir, mujeres con bajo peso u obesidad, sí presentaron errores en los resultados del cuestionario, sobre todo en la sección de conocimientos y prácticas. Sin embargo, esto no se cumplió para las otras dos secciones. Por otro lado, las respuestas incorrectas y no favorables en los grupos de mujeres con obesidad o bajo peso, no superaron en número a las preguntas que obtuvieron la mayoría de aciertos. En adición a lo ya mencionado, para el grupo de mujeres con sobrepeso, que también constituye un estado antropométrico no favorable, las respuestas de todas las secciones fueron en su mayoría correctas. Lo que en definitiva, implica que la respuesta a la pregunta de investigación es negativa, es decir, las mujeres con estado nutricional antropométrico no favorable, no necesariamente llegan a tener respuestas incorrectas y desfavorables, para todas las secciones del cuestionario.

Con respecto a la sección de creencias, contrariamente a lo que se pensaba, las creencias no tienen una influencia sobre la alimentación de las madres embarazadas de la población en estudio. La mayoría de las mujeres encuestadas, las reconoció como creencias no verdaderas o afirmó nunca antes haberlas escuchado.

En la población estudiada, existe una mala percepción sobre los carbohidratos, ya que, la mayoría de participantes afirmó que no son la fuente principal de energía y asoció su consumo con subir de peso y con enfermedades como la presión alta. Con respecto a los carbohidratos también se encontró que un alto porcentaje, aunque no la mayoría de participantes, no reconocen la

diferencia del valor nutritivo entre la miel, la panela y los almidones. Mientras, que sí reconocen la diferencia del valor nutritivo entre el azúcar y los almidones, es decir, que en la población existe una confusión sobre el valor nutritivo de los azúcares simples como panela y miel, ya que se cree que son mejores que el azúcar y que tienen vitaminas.

Con respecto a la influencia de los controles médicos prenatales sobre conocimientos, creencias, actitudes o prácticas de la población estudiada, se vio que no existen diferencias significativas en cuanto a las respuestas de mujeres con menos de 5 visitas, en comparación a aquellas que tienen 5 o más controles prenatales. Esto indica que hace falta la consejería nutricional como parte de el control prenatal, ya que este debería funcionar como un equipo multidisciplinario.

16 . Recomendaciones

Se recomienda realizar la validación de este cuestionario en la población estudiada, ya que podría servir para identificar temas nutricionales que requieran ser reforzados y que puedan ser utilizados para el diseño de campañas de educación nutricional. Además al tener un cuestionario validado se asegura que los resultados sean completamente certeros, por lo que podría utilizarse como una herramienta de tamizaje, por medio de la cual se podría prevenir la malnutrición, por exceso o déficit, desde el inicio del ciclo de vida.

Se recomienda realizar un estudio comparativo de las distintas referencias existentes para la evaluación antropométrica en la mujer embarazada, en la población ecuatoriana. Para determinar, cual tiene mayor poder diagnóstico y podría ser implementado como estándar de oro para la prevención de bajo peso al nacer o de muy alto peso de nacimiento, además también para mantener una buena salud en la población materna ecuatoriana. Al tener una herramienta que se ajuste a las características de la población ecuatoriana, se podrán tener resultados más válidos en

los diagnósticos nutricionales y esto contribuiría a mejorar el estado de salud materno-infantil a nivel nacional.

Se recomienda que se realicen investigaciones a nivel nacional acerca de las creencias alimentarias y su influencia en la nutrición, ya que, podrían contribuir a entender mejor a la población y abarcar las campañas nutricionales desde otro enfoque que llegue más a la población. Si las creencias culturales influyen de una manera importante en la alimentación de las personas, se debería tener esto en cuenta, antes de planificar una intervención ya sea a nivel de consultorio o a nivel de campañas de educación.

Se recomienda, que se incluya la consejería nutricional, como eje fundamental de la atención en salud pública. En especial en grupos vulnerables, como en las madres embarazadas. Porque el alimentarse de manera adecuada, influye directamente en el estado de salud, ya sea para mantenerse saludables o mejorar un estado de enfermedad.

Se recomienda realizar una investigación a nivel nacional, acerca de los conocimientos y prácticas en alimentación de los distintos grupos etarios, para entender de una manera más amplia la situación nutricional del país y manejarla desde el origen de sus problemas. Al tener un mayor entendimiento de los conocimientos que deban ser reforzados en la población y las prácticas que puedan ser mejoradas, se puede dirigir las campañas de educación y prevención de una manera más práctica que ataque a los problemas desde su raíz.

17 Referencias

- Launiala, A. (2009). *How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi*. Retrieved 3 de Febrero de 2014 from Nomadit: Journal2.nomadit.net
- CIA- The World Factbook- Ined. (2014). *Las cifras en el mundo*. Retrieved 6 de Febrero de 2014 from Globometer: es.globometer.com
- López, L. B., Ortega, C. R., & Pita, M. L. (2004). La pica durante el embarazo: Un trastorno frecuentemente subestimado. *ALAN: Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 54 (1).
- Alvarez, S. G. (2002). *Etnicidades de la costa ecuatoriana*. Quito, Ecuador: Abya- Yala.
- Benjumea, M. V. (2007). Exactitud diagnóstica de cinco referencias gestacionales para predecir el peso insuficiente al nacer. *Biomédica*, 27, 42-55.
- Burschtein, M., Campisi, M., Echevarría, J., Mazzocco, F., Medvedosky, J., & Lopez, L. (2007). Ganancia de peso durante el embarazo: Análisis de las herramientas disponibles para su evaluación. *Actualización en nutrición*, 8 (3).
- Dirección de Salud Materno Infantil. (1996). Grafica de Incremento de Peso para Embarazadas. *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 15 (3).
- Donagelo, C. M., & King, J. (Junio de 2012). Maternal Zinc Intakes and Homeostatic Adjustments during Pregnancy and Lactation. *Open Access Nutrients*, 782-798.
- Duggleby, S., & Jackson, A. (2002). Protein, amino acid and nitrogen metabolism during pregnancy: how might the mother meet the needs of her fetus? *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 5 (5), 503-509.
- Escobar, J., & Francy, B. (2007). Grupos focales: una guía conceptual y metodologica. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 9 (1), 51-67.
- Fernandez, L., & Sanchez., A. (2007). *La Depresión en la Mujer Gestante y su Influencia en el Proceso de Vinculación Afectiva Prenatal*. Retrieved 25 de Abril de 2014 from Universidad Pontificia de Salamanca: psi.usal.es

- Fernandez, P. (2001). *Raza y género desde los tiempos de la colonia*. Quito, Ecuador: Abya-Yala.
- Gumucio, S. (Enero de 2011). *The Kap Survey Model*. Retrieved 3 de Febrero de 2014 from Médecins du Monde: www.medecinsdumonde.org
- Haro, S. L. (1977). *Puruhá Nación Guerrera*. Quito: Editorial Nacional.
- INEC. (2011). *Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones*. Quito, Ecuador: Imprenta del INEC.
- Institute of Medicine of The National Academies. (2009). *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Institute of Medicine of The National Academies.
- Ipiiales, M. B., & Rivera, F. (Diciembre de 2009). *Prácticas, creencias alimentarias y estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes atendidas en el centro de salud NI de la ciudad de Ibarra*. Retrieved 3 de Febrero de 2014 from Repositorio UTN: repositorio.utn.edu.ec
- ITESCAM. (s.f). *Prueba de Bondad de Ajuste Kolmogorov Smirnov (KS)*. Retrieved 23 de Abril de 2014 from ITESCAM: www.itescam.edu.mx
- Jackson, A., & Robinson, S. (2001). Dietary guidelines for pregnancy: a review of current evidence. *Public Health Nutrition*, 4, 625-630.
- Jodelet, B. (1990). *Psicología Social II . Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona, España: Paidá.
- Kaiser, L. L., & Allen, L. (2002). Position of The American Dietetic Association: Nutrition and Lifestyle for a Healthy Pregnancy Outcome. *Journal of the American Dietetic Association*, 2 (10), 1479-1490.
- King, J. (1975). Protein metabolism during pregnancy. *Clinics in Perinatology*, 2, 54-243.
- Koletzko, B., Cetin, I., & Brenna, T. (24 de Abril de 2007). Dietary fat intakes for pregnant and lactating women. *British Journal of Nutrition* , 873-877.
- Mataix, J. (2009). *Tratado de nutrición y alimentación*. Barcelona, España: Oceano.
- Matheson, D. (Abril de 2006). *Food and nutrition guidelines for Healthy Pregnant and Breastfeeding Women A background paper*. Retrieved 3 de Febrero de 2014 from Ministry of Health Manatu Haurora: www.health.govt.nz

- Moreno, J., & Dalmau, J. (2001). *Alteraciones en la nutrición fetal y efectos a largo plazo: ¿Algo más que una hipótesis?* Retrieved 6 de febrero de 2014 from Gastroinf: www.gastroinf.es
- Moya, A., & Corral, C. (2006). *Atlas alimentario de los pueblos indígenas y afrodescendientes del Ecuador*. Cuenca, Ecuador: Philadelphia: MIES, Aliméntate Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Moya, W., & Landázuri, M. (s.f). *Historia HGOIA*. Retrieved 6 de febrero de 2014 from [hgoia: hgoia.med.ec](http://hgoia:hgoia.med.ec)
- National Institute of Mental Health. (Enero de 2009). *Health and Education: Transforming and understanding the treatment of mental illness*. Retrieved 25 de Abril de 2014 from NIMH: www.nimh.nih.gov
- Ochoa, C. (11 de Noviembre de 2013). *¿Qué tamaño de muestra necesito?* Retrieved 28 de Abril de 2014 from Netquest: www.netquest.com
- OMS. (2014). *Objetivos de desarrollo del milenio*. Retrieved 6 de febrero de 2014 from WHO: www.who.int
- OMS- UNICEF. (2014). *Las cifras en el mundo*. Retrieved 6 de febrero de 2014 from Globometer: es.globometer.com
- RED MEL CYTED. (Octubre de 2010). *Métodos de valoración del estado nutricional*. Retrieved 30 de Abril de 2014 from Scielo: scielo.iscii.es
- Romo, M. E., López, D., López, I., Morales, C., & Alonso, K. (2005). *Revista Chilena de Nutrición*. Retrieved 5 de febrero de 2014 from En la búsqueda de creencias alimentarias a inicios del siglo XXI: www.scielo.cl
- Rosso, P. (Marzo de 1985). A new chart to monito weight gain during pregnancy. *Am J Clin Nutr* , 644-652.
- Seco, E. M. (22 de Marzo de 2013). *¿Qué es Pre Test o Prueba Piloto de una encuesta?* Retrieved 18 de Marzo de 2013 from Sociología Necesaria: www.sociologíanecesaria.blogspot.com
- SENPLADES. (2014). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Retrieved 6 de febrero de 2014 from senplades: plan.senlades.gob.ec
- Statstutor. (s.f). *Spearman's correlation*. Retrieved 23 de abril de 2014 from Statstutor: www.statstutor.ac.uk

Unite for sight. (s.f). *Survey Methodologies*. Retrieved 3 de Febrero de 2014 from Unite for sight: www.uniteforsight.org

Villalba, E. E. (21 de Julio de 2008). *Alimentación antes, durante, y después del embarazo*. Retrieved 3 de Febrero de 2014 from Ginecología y Obstetricia, Endocrinología y Nutrición: www.portalesmedicos.com

WHO. (2014). *Maternal, newborn, child and adolescent health*. From World Health Organization: www.who.int

Wood, C. (1979). *Human Sickness and Health a Biocultural View*. Palo Alto, California, Estados Unidos: Mayfield Publishing Co.

Anexos

Anexo 1: Nomograma Rosso Mardones

Anexo 2: Curva Rosso Mardones

Anexo 3: Curva de Atalah

Anexo 4: Cuestionario versión 1.

Anexo 5: Cuestionario CCAP versión final.

Anexo 6: Pauta de tabulación para el cuestionario CCAP.

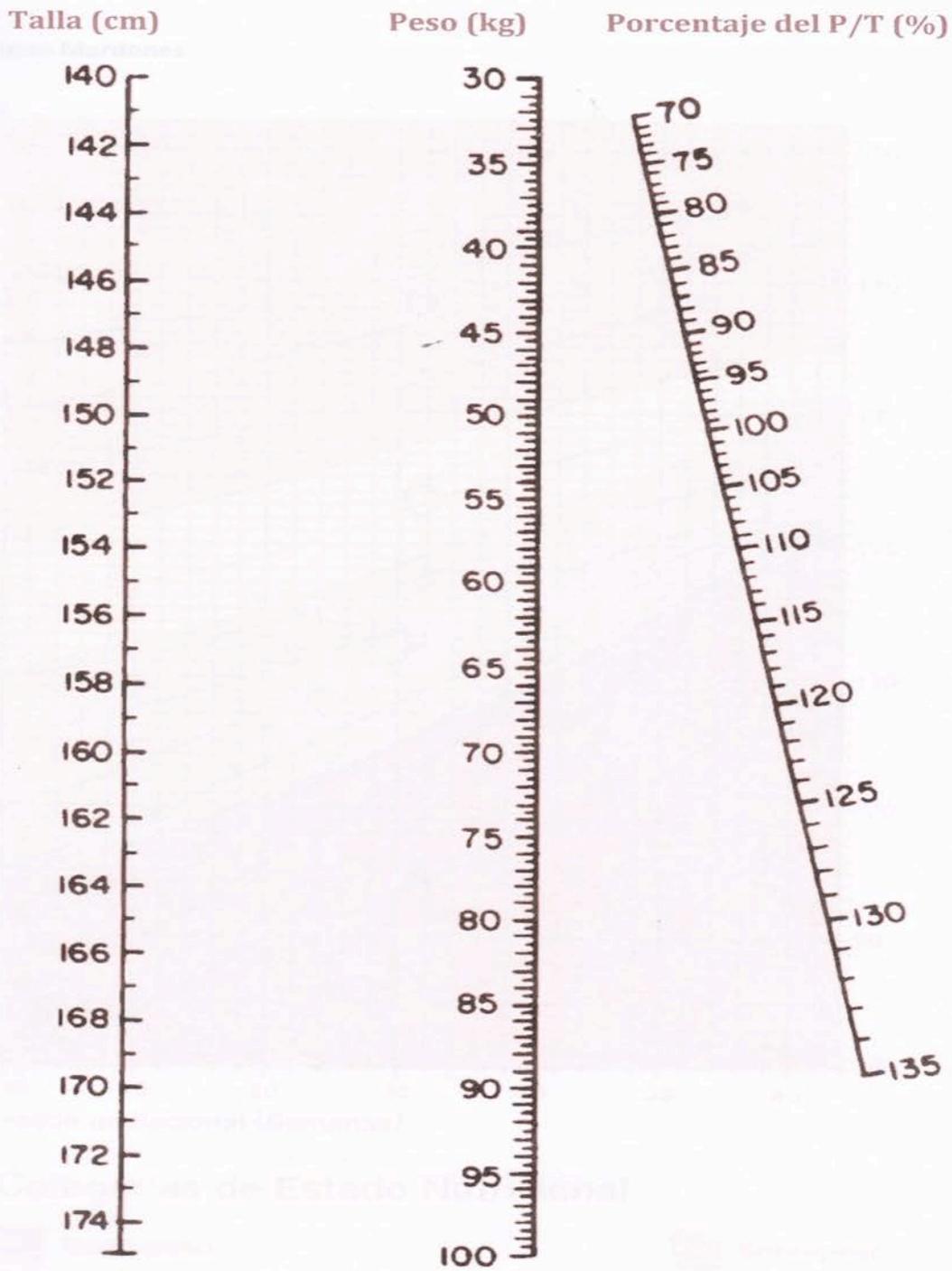
Anexo 7: Guía para grupo focal.

Anexo 8: Análisis de grupos focales.

Anexo 9: Técnicas para pesar y medir OMS.

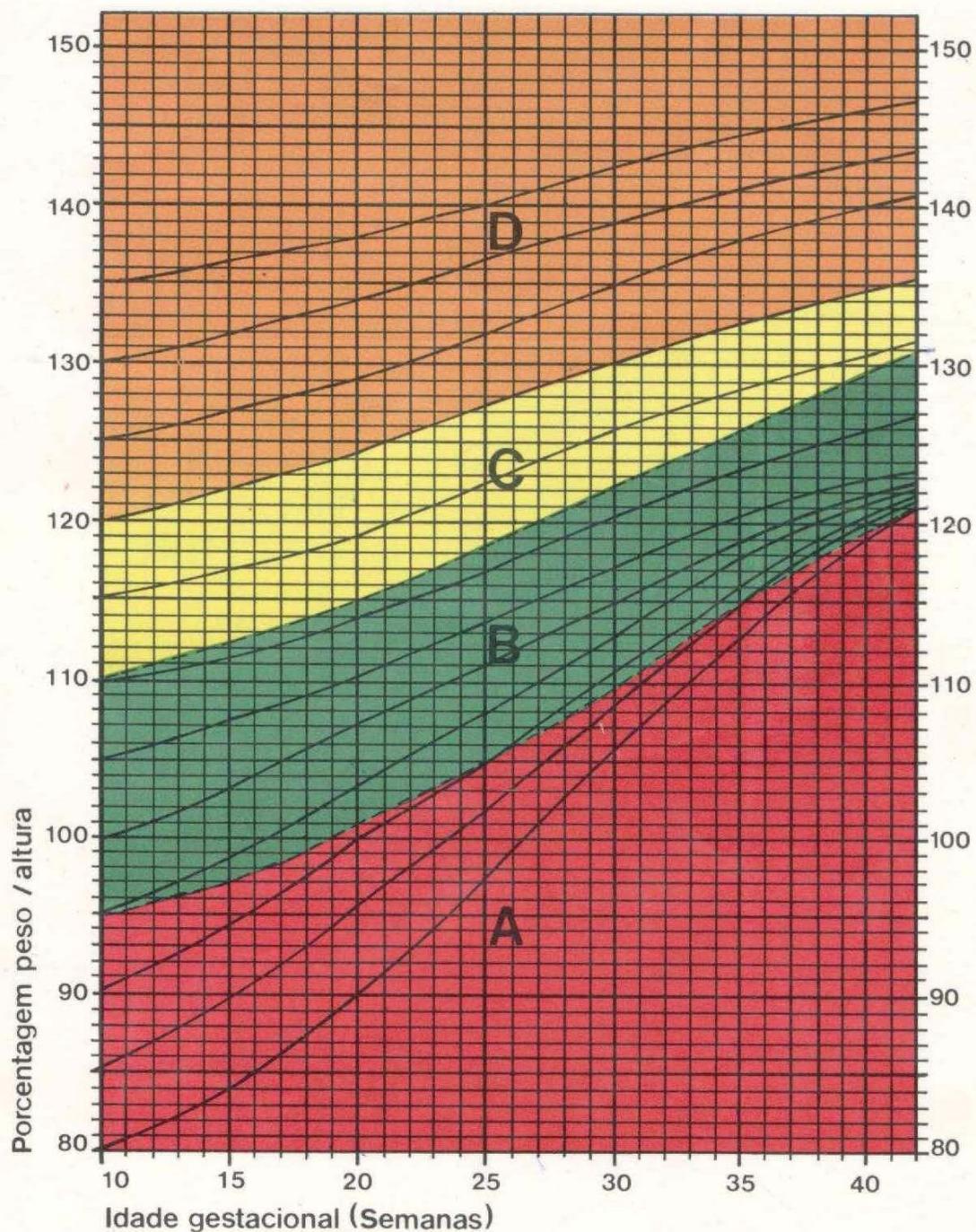
Anexo 10: Consentimiento Informado.

Nomograma para la clasificación de la Relación Peso/Talla de la mujer(%)



Fuente: Rosso P. A new chart to monitor weight gain during pregnancy. Am J Clin Nutr. 41:1985:644-652.

Curva Rosso Mardones



Categorias de Estado Nutricional

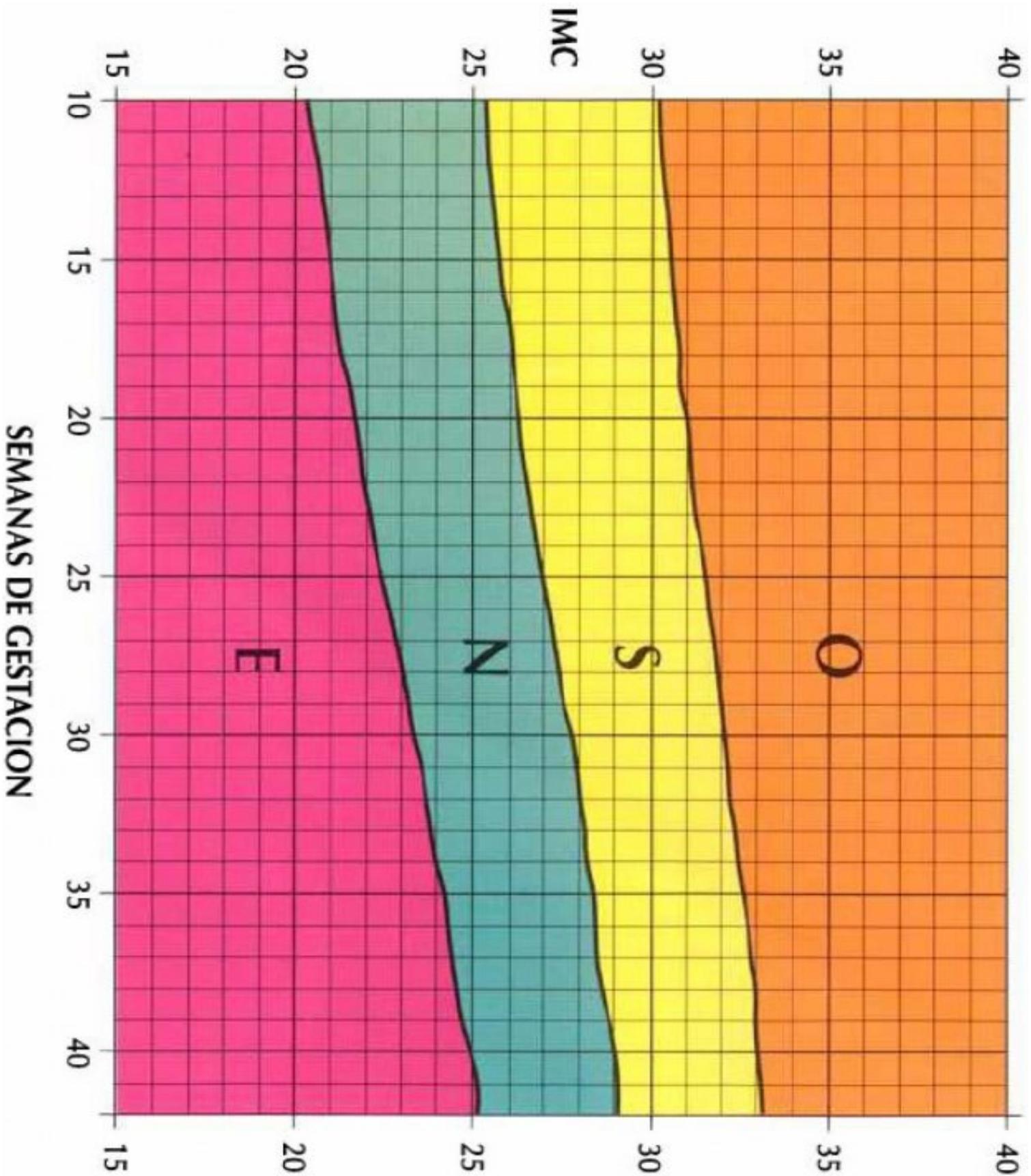
A Baixo peso

B Normal

C Sobrepeso

D Obesidade

Fonte: Pedro Rosso R.; Francisco Mardones S.; Ministério de Salud, Chile, 1986.



Cuestionario versión 1:

Nombre:		Edad:			
Edad Gestacional					
Número de visitas médicas durante el embarazo					
Estado Nutricional					
Estado civil		Nivel de educación			
Conocimientos:					
		Verdadero	Falso	No sé	
Durante el embarazo lo que más se debe comer son cereales y panes, sobre todo si son integrales.					
El frejol y las legumbres siempre acompañadas con arroz, maíz u otro cereal, y las carnes de res de pollo o de cerdo son importantes para ayudar al crecimiento del bebé y de la placenta y el útero.					
Consumir frutas y vegetales durante el embarazo es muy importante porque ayuda a prevenir enfermedades en la madre y el bebé.					
Durante el embarazo se debe comer el doble de lo que se come normalmente					
No se deben comer grasas como mantequilla, margarina, manteca ni aceites vegetales durante el embarazo porque aumentan los niveles de colesterol.					
Lo que más se debe comer en el embarazo es azúcar, sal y condimentos.					
Creencias					
		Verdadero	Falso		
Comer ají durante el embarazo hace que el niño nazca con un carácter irritable y poco manejable.					
Comer carne de res durante el embarazo provoca que le crezca mucho la cabeza al bebé y dificulta el parto.					
El consumo de cítricos produce que el bebé nazca desnutrido y alérgico.					
El consumo de frutas grandes ocasiona que el bebé crezca descomunamente.					
Actitudes					
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo	Completamente desacuerdo
María tiene antojos de dulce desde que está embarazada y ha decidido aumentar una cucharada de azúcar a sus jugos y todas las bebidas, además come dulces cada que tiene hambre y siempre agrega más sal a sus comidas, a pesar de que ya					

se les haya puesto antes.					
Juana escuchó que las vísceras y la carne roja son buenas para prevenir la anemia durante el embarazo y las consume con regularidad.					
Andrea tiene miedo de engordar durante el embarazo y ha decidido dejar de comer arroz y pan.					
Ana María come frutas y verduras, para mantenerse saludable durante su embarazo.					
Carolina disfruta de una vida saludable y prefiere tomar agua en lugar de bebidas gaseosas.					
Prácticas					
	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Limita el consumo de sal y de azúcar.					
Consume frutas y vegetales en repetidas ocasiones a lo largo del día.					
Consume leche o yogurt.					
Consume aceites crudos, pescado y frutos secos como nueces.					
Prefiere los panes y cereales integrales					
Cuando tiene sed consume de preferencia bebidas gaseosas.					
Consume carnes.					
Come 5 veces al día y en un horario fijo.					
¡Muchas Gracias!					

Nota: Este cuestionario es la primera versión del cuestionario CCAP que será utilizado en las entrevistas.

Esta versión fue modificada para incluir la información obtenida en los grupos focales y las sugerencias de profesionales en nutrición, ginecología y obstetricia.

Cuestionario CCAP versión final:

Nombre y apellidos:	Edad:		
Edad Gestacional (meses de embarazo):	Número de hijos:		
Número de visitas al ginecólogo u obstetra encargado durante el embarazo:			
Estado Nutricional en base a evaluación antropométrica:	Peso pre gestacional:		
Estado civil:	Nivel de educación:		
Conocimientos			
Marcar con una x en el casillero correspondiente a su respuesta.	Verdadero	Falso	No sé
Los alimentos como arroz, papas, fideos, harinas y panes, son la fuente principal de energía para que el cuerpo funcione de manera normal.			
Las leguminosas como el frejol, y las carnes por ejemplo de res, de pollo o de cerdo, entre otras, son importantes para ayudar al crecimiento del bebé y los tejidos maternos.			
Consumir frutas y vegetales durante el embarazo es importante porque protegen frente a enfermedades como la anemia en la madre y deformaciones de nacimiento en la columna de los bebés, además reducen el colesterol y evitan el estreñimiento.			
Durante el embarazo se debe comer el doble de lo que se come normalmente			
Los aceites vegetales como el de oliva, el de girasol y el de canola, son más saludables que la manteca y la mantequilla, porque ayudan al desarrollo del sistema nervioso del bebé y además son buenos para la salud de la madre.			
El consumo de azúcar, panela y miel durante el embarazo es igualmente importante que el consumo de alimentos como panes, arroz, fideos y papas.			
Se debe consumir leche o yogur por lo menos una vez al día.			
Creencias			
Marque con una x en el casillero correspondiente a su respuesta	Verdadero	Falso	No conoce
Comer ají durante el embarazo hace que el niño nazca con un carácter irritable y poco manejable.			
Comer carne de res durante el embarazo provoca que le crezca mucho la cabeza al bebé y dificulta el parto.			
El consumo de cítricos produce que el bebé nazca desnutrido y alérgico.			
El consumo de cítricos produce que el bebé nazca con leucemia.			
La canela produce que se adelante el parto del bebé.			
El arroz y la papa causan preclampsia (presión alta).			

Actitudes			
A continuación se presentan casos, señale que tan de acuerdo está usted con los casos presentados, en una escala de 1 a 5 donde 5 es completamente de acuerdo, marcando con una x en el casillero correspondiente a su respuesta.	De acuerdo (3)	Ni de acuerdo ni desacuerdo (2)	Completamente desacuerdo (1)
María piensa que es bueno variar el tipo de alimentos en sus comidas, por eso a veces cocina arroz, a veces papa o yuca y a veces fideo. Pero su esposo Pablo piensa que es mejor comer siempre arroz porque brinda mayor cantidad de energía. ¿Está de acuerdo con Pablo?			
Andrea piensa que para mantener un embarazo saludable debe controlar su peso, por lo tanto, sigue una pauta que le dio su doctor para saber cuantos kilos aumentar cada mes.			
Ana María piensa que es importante comer pan y cereales en el desayuno, porque son fortificados con hierro y ácido fólico.			
Carolina disfruta de una vida saludable y prefiere tomar agua y leche o yogurt en lugar de bebidas gaseosas.			
Bárbara quiere seguir una dieta para mantener un buen peso durante su embarazo y la consulto en internet.			
Julia intenta comer normalmente aún cuando tiene nauseas o presenta vómitos.			

Prácticas					
Marque con una x según la respuesta que elija.	Diariamente	3 veces a la semana	1 vez a la semana	1 vez al mes	Nunca
Limita el consumo de sal tratando de no agregar sal de mesa a las comidas una vez que han sido servidas.					
Limita el consumo de azúcar tratando de no consumir dulces o evitando agregar azúcar a sus bebidas.					
Consume frutas por lo menos 3 veces a lo largo del día					
Consume vegetales por lo menos 3 veces a lo largo del día.					
Consume leche o yogurt.					
Consume frutos secos como nueces y almendras.					
Prefiere los panes y cereales integrales					
Consume colas y jugos de cartón.					
Consume carnes como res, pollo, cerdo.					
Come más de 3 veces en un día.					
Consume frejol y otras leguminosas como chochos o habas.					
Consume pescado.					
Consume su vitamina prenatal.					
Come fuera de su casa (en la calle o en restaurantes).					
¡Muchas Gracias!					

Pauta de respuestas para el cuestionario CCAP.

Nombre y apellidos:		Edad:	
Edad Gestacional (meses de embarazo)			
Número de visitas al ginecólogo u obstetra encargado durante el embarazo			
Estado Nutricional en base a evaluación antropométrica			
Estado civil		Nivel de educación (primaria completa, incompleta, secundaria, posgrado, etc)	
Conocimientos			
Marcar con una x en el casillero correspondiente a su respuesta.	Verdadero	Falso	No sé
Durante el embarazo lo que más se debe comer son alimentos como arroz, papas, fideos, harinas y panes, sobre todo si son integrales (no refinados, el grano conserva todas sus partes).	X		
El frejol, las leguminosas como chochos y habas, y las carnes por ejemplo de res, de pollo o de cerdo, entre otras, son importantes para ayudar al crecimiento del bebé y para mantener un embarazo saludable.	X		
Consumir frutas y vegetales durante el embarazo es importante porque ayudan a prevenir enfermedades como la anemia en la madre y condiciones como la espina bífida en los bebés, además reducen el colesterol y evitan el estreñimiento.	X		
Durante el embarazo se debe comer el doble de lo que se come normalmente		X	
Las grasas de origen animal como mantequilla, margarina y manteca se deben consumir con menor frecuencia que los aceites vegetales como el de oliva, el de girasol y el de canola, para mantener niveles de colesterol adecuados.	X		
El consumo de azúcar durante el embarazo es igualmente importante que el consumo de alimentos como panes, arroz, fideos y papas.		X	
Se debe consumir leche o yogur por lo menos una vez al día.	X		
Creencias			
Marque con una x en el casillero correspondiente a su respuesta	Verdadero	Falso	
Comer ají durante el embarazo hace que el niño nazca con un carácter irritable y poco manejable.		X	
Comer carne de res durante el embarazo provoca que le crezca mucho la cabeza al bebé y dificulta el parto.		X	
El consumo de cítricos produce que el bebé nazca desnutrido y alérgico.		X	

Actitudes			
A continuación se presentan casos, señale que tan de acuerdo está usted con los casos presentados, en una escala de 1 a 5 donde 5 es completamente de acuerdo, marcando con una x en el casillero correspondiente a su respuesta.	De acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Completamente desacuerdo
María tiene antojos de dulce desde que está embarazada y ha decidido aumentar una cucharada de azúcar a sus jugos y todas las bebidas, además come dulces cada vez que tiene hambre.			X
Andrea piensa que para mantener un embarazo saludable debe controlar su peso, por lo tanto, sigue una pauta que le dio su doctor para saber cuantos kilos aumentar cada mes.	X		
Ana María necesita agregar más sal a sus comidas desde que está embarazada, además cuando cocina utiliza más condimentos de los que utilizaba antes de su embarazo.			X
Carolina disfruta de una vida saludable y prefiere tomar agua y leche o yogurt en lugar de bebidas gaseosas.	X		
Bárbara quiere seguir una dieta para mantener un buen peso durante su embarazo y la consulto en internet.		X	X
Julia intenta comer normalmente aún cuando tiene nauseas o presenta vómitos.	X	X	

Prácticas					
Marque con una x según la respuesta que elija.	Diariamente	3 veces a la semana	1 vez a la semana	1 vez al mes	Nunca
Limita el consumo de sal tratando de no agregar sal de mesa a las comidas una vez que han sido servidas.	X	X			
Limita el consumo de azúcar tratando de no consumir dulces o evitando agregar azúcar a sus bebidas.	X	X			
Consume frutas y vegetales por lo menos 3 veces a lo largo del día	X	X			
Consume leche o yogurt.	X	X			
Consume frutos secos como nueces.	X	X			
Prefiere los panes y cereales integrales	X	X			
Consume bebidas gaseosas y jugos de cartón.			X	X	X
Consume carnes como res, pollo, cerdo.	X	X			
Come más de 3 veces en un día.	X	X			
Consume frejol y otras leguminosas como chochos o habas.		X	X		
Consume pescado.		X	X		
Consume su vitamina prenatal.	X				
Come fuera de su casa (en la calle o en restaurantes).			X	X	X
¡Muchas Gracias!					

Guía para grupos focales.

Introducción.

Los grupos focales son una técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal semi-estructurada que gira alrededor de una técnica propuesta por el investigador. Es un grupo de discusión guiado por preguntas diseñadas con un objetivo en particular (Escobar & Francy, 2007). La ventaja de un grupo focal, es que facilita la fluidez de ideas como parte de un conversatorio entre un grupo de personas y permite alcanzar un mayor grado de profundidad en el tema que se está desarrollando. El objetivo de este grupo focal es el profundizar sobre las creencias particulares de las mujeres embarazadas acerca de la alimentación, para ello se trabajará con un grupo de mujeres voluntarias de 19 años en adelante que estén en proceso de gestación y acudan al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. La participación de las mujeres será completamente voluntaria y después de haber firmado el consentimiento informado.

Objetivos

- Investigar los diferentes tipos de creencias sobre la alimentación durante el embarazo, en el grupo de mujeres embarazadas de entre 19 años en adelante que acudan al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, mediante la realización de conversatorios y lluvias de ideas en grupos focales.
- Elaborar un segmento de preguntas acerca de creencias de la alimentación durante el embarazo, para el cuestionario CCAP. Mediante el uso de la información obtenida durante los grupos focales.

Tiempo de duración: 40 minutos.

Responsable o modulador: María Fernanda Vásconez.

Valoración general de la alimentación durante el embarazo.

- ¿Han cambiado sus hábitos alimenticios desde que están embarazadas? ¿Por qué?
Ejemplos. (10 minutos)

Creencias sobre la alimentación durante el embarazo.

- ¿Existen alimentos que son malos durante el embarazo? ¿Cuáles? ¿Por qué? (5 minutos)
- ¿Existen alimentos que son buenos para el embarazo? ¿Cuáles? ¿Por qué? (5 minutos)
- ¿Existen alimentos prohibidos durante el embarazo? ¿Cuáles? ¿Qué pasa si se consumen? (5 minutos)
- ¿Existen alimentos con propiedades curativas para los síntomas del embarazo? ¿Cuáles? ¿Por qué? (5 minutos)
- ¿Qué alimentos se deben consumir más durante el embarazo para producir suficiente leche? (5 minutos)

Conclusiones y cierre del tema.

- ¿Qué recomendaciones generales se harían para una alimentación saludable en el embarazo? (5 minutos).

Resultados grupos focales

Grupo Focal 1

Participantes: 6 mujeres participantes mayores de 19 años.

Preguntas	Respuestas
<p>¿Han cambiado sus hábitos alimenticios desde que están embarazadas? ¿Por qué? De un ejemplo</p>	<p>“Si se cambia la forma de alimentarse durante el embarazo, para que el bebé nazca gordo, grande, sano sobretodo sano.”</p> <p>“ Se come más frutas, legumbres, se come a la hora, se come más veces al día, bastantes veces.”</p> <p>“Menos sal y menos pimienta”</p> <p>“Uno come bastante, dicen que se debe tener una dieta balanceada cuando se está embarazada”</p> <p>“No se deben comer alimentos con conservantes”</p>
<p>¿Existen alimentos que son malos durante el embarazo? ¿Cuáles? ¿Por qué?</p>	<p>“No hay que comer comida chatarra, ni mucho frito”</p> <p>“A mi me dijeron que sin mucho condimento”</p> <p>“Lo que es limón con sal, mango con sal, es malo”</p> <p>“Los cítricos los primeros meses dicen que es malo porque puede nacer con leucemia”</p> <p>“Si se come cítricos durante el embarazo, el bebe tiene menos glóbulos rojos”</p> <p>“La carne es malo comer cuando se está embarazada, yo he escuchado, pero yo sí he comido”</p> <p>“Los mariscos son malos durante el embarazo, en especial los que son crudos como las conchas”</p> <p>“Es malo los alimentos crudos, por lo que les da una enfermedad que les da a los gatos por comer carne cruda, la toxoplasmosis”</p> <p>“El café viene a ser así como el ají, malo”</p>
<p>¿Existen alimentos que son buenos para el embarazo? ¿Cuáles? ¿Por qué?</p>	<p>“Todos los alimentos son buenos durante el embarazo”</p> <p>“Los cereales son buenos para el embarazo”</p> <p>“El pescado si es bueno para el embarazo, antes eso nos mandan a comer más”</p>

	<p>“Lo que es la lenteja a mi me mandaron para reemplazar lo que es la carne roja”</p>
<p>¿Existen alimentos prohibidos durante el embarazo? ¿Cuáles? ¿Qué pasa si se consumen?</p>	<p>“Al bebé le salen granitos en la piel cuando se come ají” “No hay que tomar ni fumar”</p> <p>“Yo he escuchado que cuando se come mucha carne la cabecita del bebé se crece más” “A mi me han dicho que no se come carne de res en el embarazo, porque crece mucho el bebé y se hace difícil el parto”</p> <p>“El doctor me dijo que no coma carne en el embarazo”</p> <p>“A mi me prohibieron comer el arroz y la papa por la presión alta”</p> <p>“El arroz y la papa producen preclampsia, pero no se a mi no me dio eso” “La canela dicen que es mala, porque adelanta el parto”</p> <p>“A mi me dijeron que aguas, agüitas así no tome nada”</p> <p>“El agua de manzanilla es mala porque adelanta el parto”</p> <p>“Las colas, eso si es malo, para la glucosa, tanto para el bebé como para la mamá”</p> <p>“Los embutidos es malo por lo que es crudo”</p>
<p>¿Existen alimentos con propiedades curativas para los síntomas del embarazo? ¿Cuáles? ¿Por qué?</p>	<p>“Yo sí comía alimentos integrales, a mi me ayudaba en lo que es la digestión”</p> <p>“El hígado a mi me mandaron a comer porque estaba que ya lo botaba a mijo”</p>

	“El hígado es bueno para la anemia, si es bueno”
¿Qué alimentos se deben consumir más durante el embarazo para producir más leche?	<p>“El agua de anís y la avena son buenos consumir en el embarazo para producir más leche”</p> <p>“La leche con té negro para producir más leche”</p> <p>“A mi me han dicho que si se deben comer lácteos”</p> <p>“Más ayuda la leche a producir leche”</p> <p>“No tengo idea pero me decían que coma bastante chocho”</p>
Recomendaciones generales para una alimentación saludable.	<p>“ Se come bastante pero más frutas y vegetales”</p> <p>“Todas las frutas y vegetales son buenas excepto los cítricos”</p> <p>“No se come alimentos crudos ni tampoco carne de res”</p>

Grupo focal 2**Participantes:** 4 mujeres mayores de 19 años

Preguntas	Respuestas
¿Han cambiado sus hábitos alimenticios desde que están embarazadas? ¿Por qué? De un ejemplo	<p>“Uno come más cuando se está embarazada”</p> <p>“Se come 5 veces al día”</p>

	<p>“Se debe comer en horarios regulares” “Se trata de comer mejor, más vegetales y frutas” “Se debe comer bien, bastante, para que el bebé nazca sano” “No se deben comer condimentos, como el ajo o con mucha sal”</p>
<p>¿Existen alimentos que son malos durante el embarazo? ¿Cuáles? ¿Por qué?</p>	<p>“El ají es malo para el bebé por lo que es irritante para el estómago y da cáncer” “Nace rojo cuando uno se come ají” “Los alimentos malos son los que tienen muchas grasas, la comida chatarra no se debe comer” “Los fritos, no se come porque son malos” “Las grasas saturadas, todo lo que son grasas de animales son malos y la comida chatarra” “Las comidas que vienen enlatadas porque tienen muchos conservantes y sal”</p>
<p>¿Existen alimentos que son buenos para el embarazo? ¿Cuáles? ¿Por qué?</p>	<p>“Las comidas naturales son buenas, lo malo es los industriales” “Los alimentos crudos como los vegetales son buenos, todo lo natural es bueno, lo malo es las carnes crudas porque pueden estar contaminadas” “Las frutas como el limón, la naranja, si son buenas por la vitamina c” “Los cereales, son buen alimento para el bebé” “La papa, el arroz son buenos, toda la comida es buena para el bebé” “La leche y el yogurt si son buenos, en especial la leche para los huesos, ayuda a que crezcan los huesos del bebé y de uno también”</p> <p>“El chocho dicen que es bueno para los huesos” “El chocho con tostado he escuchado que es bueno” “Los mariscos si son buenos, el pescado en</p>

	especial es bueno durante el embarazo, solo que no tienen que ser fritos”
¿Existen alimentos prohibidos durante el embarazo? ¿Cuáles? ¿Qué pasa si se consumen?	<p>“Todo lo que son colas son malas por los colorantes”</p> <p>“La carne de res es mala porque se crece mucho el bebé”</p> <p>“Todas las aguas son malas porque pueden causar el aborto”</p> <p>“Los embutidos son malos para el bebe porque tienen muchos conservantes y son todos los restos de los animales metidos ahí”</p> <p>“La canela es mala porque produce el aborto”</p>
¿Existen alimentos con propiedades curativas para los síntomas del embarazo? ¿Cuáles? ¿Por qué?	<p>“La horchata y la sábila cuando son de dulce son buenas en el embarazo, pero cuando son las agrias no vale porque le hace daño al bebé”</p> <p>“Los vegetales y las frutas se deben comer bastante”</p> <p>“La vitamina prenatal, que da el doctor esa es buena”</p>
¿Qué alimentos se deben consumir más durante el embarazo para producir más leche?	<p>“La leche es buena para producir más leche”</p> <p>“Las coladas de avena”</p>
Recomendaciones generales para una alimentación saludable.	<p>“No se deben comer fritos”</p> <p>“No se debe comer grasas saturadas, de los animales”</p> <p>“No se deben comer los enlatados y alimentos con mucho conservante”</p>

Grupo focal 3:**Participantes:** 3 mujeres mayores de 19 años

Preguntas	Respuestas
------------------	-------------------

<p>¿Han cambiado sus hábitos alimenticios desde que están embarazadas? ¿Por qué? De un ejemplo</p>	<p>“Yo por ejemplo dejé la cola, dejé la carne y comí mucha fruta” “La doctora me dijo que las mejores vitaminas están en los vegetales y las frutas” “La fruta es mejor en fruta que en jugo, es más nutritiva la fruta y justo era época de mangos entonces comí bastante mango” “Si cambió la forma de comer porque me gustaba dulces, me gustaba cola y dejé”</p>
<p>¿Existen alimentos que son malos durante el embarazo? ¿Cuáles? ¿Por qué?</p>	<p>“Un alimento especial no he escuchado que sea malo, de ahí los fritos, los fritos porque es mucha grasa” “No son recomendables tampoco los enlatados, los envasados porque el rato de envasarlos se pone mucho químico entonces preferible hacer uno mismo” “Solo la carne de res y la de chanco son malas” “Los embutidos eso si que no, hasta ahora no, por las grasas”</p>
<p>¿Existen alimentos que son buenos para el embarazo? ¿Cuáles? ¿Por qué?</p>	<p>“Las coladas son buenas, de machica, harina de maíz, es bueno alimento” “Dejar los fritos ayuda más a la obesidad a mi que al niño” “Todos los vegetales “Los alimentos crudos, las ensaladas y las frutas porque hay otra clase de alimentos que no se deben comer crudos” son buenos” “El ajo es bueno para el bebé” “El pollo y el pescado son buenos” “Las papas, el arroz si son buenos pero en medida, todo en exceso es malo”</p>
<p>¿Existen alimentos prohibidos durante el embarazo? ¿Cuáles? ¿Qué pasa si se consumen?</p>	<p>“Los condimentos, son peligrosos para el bebé, todo lo picante, todo lo que son químicos y fritos” “Dicen que el bebé se hace muy grande cuando se come carne roja, pero yo la verdad le cogí fastidio” “El agua de canela dicen que es malo porque el rato que se va a dar a luz hay que ir normalmente sin tomarse nada”</p>

	<p>“No se deben tomar nada de esas aguas de hoja de higo ni ninguna de esas, dicen que es malo”</p>
<p>¿Existen alimentos con propiedades curativas para los síntomas del embarazo? ¿Cuáles? ¿Por qué?</p>	<p>“Yo si comía cítricos por la vitamina C, aunque me daba agrieras, pero igual comía por las vitaminas”</p> <p>“El chocho, las habas, las legumbres son buenas igual por las vitaminas, eso si hay que comer bastantes”</p> <p>“El agua de hierba luisa dicen que es bueno para el frío”</p> <p>“La leche es buena por el calcio”</p>
<p>¿Qué alimentos se deben consumir más durante el embarazo para producir más leche?</p>	<p>“se debe comer de todo, y comer bien para producir buena leche”</p>
<p>Recomendaciones generales para una alimentación saludable.</p>	<p>“Se debe comer muchas frutas y vegetales”</p> <p>“No se deben comer grasas”</p> <p>“No se deben comer los alimentos fritos”</p> <p>“No se deben comer los alimentos con muchos químicos”</p>

Técnicas de la OMS para tomar peso y talla:**Talla.**

Se utiliza la técnica de extensión máxima con un estadiómetro. La posición de la cabeza debe estar en el plano de Frankfort, el sujeto debe mantener la mirada al frente. Una vez asegurado el plano de Frankfort, se solicita al sujeto que coloque los pies y las rodillas juntas, los talones y glúteos deben estar pegados a la pared o plano posterior del estadiómetro. Se coloca el instrumento en una base completamente plana y pegada a la pared. Se registra la medida sobre el punto más alto de la cabeza. Se toma la medida en dos ocasiones repetidas, y si es necesario en tres.

Peso.

Para el registro de peso, deben utilizarse balanzas con un margen de error de máximo 0.100Kg, la balanza debe estar calibrada con un peso conocido al momento de tomar el peso. Las participantes deben subir a la balanza con ropa lo más ligera posible y sin zapatos. Se pide a las participantes que se paren erguidas y con la vista hacia el frente. Se realiza el procedimiento dos veces para asegurar la confiabilidad de los resultados. Se registrar el peso marcado en la balanza o el promedio de los dos si es que difiere. En el caso de que la diferencia sea muy significativa, se repetirá una tercera vez.



Formulario Consentimiento Informado para Participantes
Universidad San Francisco de Quito
Comité de Bioética

Título de la investigación: Estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante, que acuden a la Maternidad Isidro Ayora.

Versión y Fecha: 2, 6 de marzo de 2014

Organización del investigador: Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal: María Fernanda Vásconez Torres

Números telefónicos: 2499185/0998702097

Dirección fija y correo electrónica del investigador principal: Departamento de Nutrición de la USFQ , ferni_vasconez@hotmail.com.

Co-investigadores: Ninguno.

1. Introducción

Usted ha sido invitada a participar en el estudio sobre estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, con el objetivo de conocer las necesidades principales en cuanto a educación nutricional, en las mujeres embarazadas. A continuación puede leer un resumen de la información que los investigadores analizaremos, para que usted tome una decisión. Si usted acepta participar en el estudio, recibirá una copia de esta información. Le invitamos a compartir sus inquietudes sobre el estudio y a hacer todas las preguntas necesarias para que cualquier duda quede clara.

2. ¿Por qué se está realizando este estudio de investigación?

Este estudio se está realizando para conocer el estado nutricional, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes en relación a la alimentación durante el embarazo en mujeres de 19 años en adelante, que acuden al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Los objetivos del estudio son conocer si las participantes tienen bajo peso, peso normal, sobrepeso u obesidad, investigar cuales son los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas de las mujeres embarazadas acerca de la alimentación y ver como los conocimientos, creencias, actitudes y practicas de la alimentación pueden afectar el estado nutricional (bajo peso, peso normal, sobrepeso u obesidad) de las mujeres. Para este estudio es necesario tomar medidas de su peso, talla y realizar una entrevista sobre sus conocimientos, creencias, actitudes y prácticas alimentarias en relación al embarazo.

3. ¿Hay algún beneficio por participar en el estudio?

Si existe beneficio, usted va a saber cuál es su estado nutricional actual ya que se le informará inmediatamente después de tomar las medidas, además usted podrá colaborar en este estudio que servirá para que en un futuro se creen programas de capacitación para la alimentación durante el embarazo.

4. ¿Cuántas personas participarán en el estudio?

En este estudio participarán las mujeres embarazadas que tengan de 19 años de edad, en adelante y que acudan al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora en el periodo de abril del 2014, que hayan decidido participar en el estudio voluntariamente. El número de participantes es 220.

5. ¿En qué consiste el estudio?

El estudio tiene 2 partes: En la primera parte del estudio se va a analizar su peso y talla, para esto es necesario pesarla utilizando una balanza y medir su estatura. En la segunda parte del estudio se le realizará una entrevista donde se le harán preguntas acerca de los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas de la alimentación en el

embarazo. Todos los datos de peso, talla, así como la información de la entrevista son completamente confidenciales y serán solamente conocidos por la investigadora.

6. ¿Cuánto tiempo durará mi participación en el estudio?

Su participación tomará 15 minutos. Se necesitará su presencia para la toma de peso y talla, que dura alrededor de 5 minutos. Esta se realizará al momento de su visita a la maternidad. Para la entrevista también se necesitará de su presencia, esta dura alrededor de 10 minutos y será realizada el mismo día, después de la toma de peso y talla.

7. ¿Cuáles son los riesgos de participar en este estudio?

Todos los procedimientos serán realizados con la mayor delicadeza posible para que no se sienta incomoda. No corre ningún riesgo al participar en este estudio, ya que los datos son utilizados únicamente para fines de investigación y serán vistos únicamente por la investigadora principal. No serán publicados en ningún lado. La toma de medidas (peso y talla) y la entrevista se harán en un lugar privado, donde se encuentre únicamente la investigadora, además usted puede elegir qué preguntas contestar y cuales no contestar. Tiene derecho a detener la entrevista y retirarse el momento en el que usted desee.

8. ¿La información o muestras que doy son confidenciales?

Mantener su privacidad es importante. Aplicaremos las siguientes medidas para mantener segura la información que usted nos proporciona:

- La información tendrá un código para proteger su privacidad.
- Solo las personas directamente relacionadas con la investigación sabrán sus datos, en este caso solamente la investigadora principal.
- Ni el nombre, ni ninguno de sus datos personales será mencionado en publicaciones o reportes de la investigación.
- La información será manejada de la siguiente manera: Le informaremos a usted acerca de los resultados de la evaluación nutricional.
- La única persona que tendrá acceso a toda la información será la investigadora principal.
- El Comité de Bioética podrá tener acceso a los expedientes en caso de necesidad por problemas de seguridad o ética en el estudio.
- Las entrevistas realizadas serán almacenadas en archivadores con llave; una vez terminado el estudio las fichas se guardarán por un año y luego se eliminarán cortándolas y botándolas

9. ¿Qué otras opciones tengo?

Usted puede decidir que NO participará.

10. ¿Cuáles son los costos del estudio de investigación?

Este estudio no tendrá ningún costo para usted como participante. Todos los costos de la investigación correrán por parte de la investigadora principal.

11. ¿Me pagarán por participar en el estudio?

No recibirá ningún pago por participar en este estudio.

12. ¿Cuáles son mis derechos como participante de este estudio?

La participación en este estudio es voluntaria, es decir, usted puede decidir que NO participará. Si usted acepta, puede retirarse del estudio en cualquier momento. Para hacerlo debe ponerse en contacto con los investigadores mencionados en este formulario de consentimiento informado. No habrá sanciones ni pérdida de beneficios que actualmente recibe dentro del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, si usted decide que no participará, o si decide no continuar en el estudio antes de su conclusión.

13. ¿A quién debo llamar si tengo preguntas o problemas?

Si usted tiene alguna pregunta acerca del estudio, llame o envíe un mensaje de correo electrónico a: María Fernanda Vásconez, teléfonos: 2499185/0998702097, correo electrónico: ferni_vasconez@hotmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario también puede contactar al Dra. María Isabel Roldos, Presidenta del Comité de Bioética de la USFQ, al teléfono 02-297-1149 o al correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

14. El consentimiento informado:

Comprendo la participación, los riesgos y beneficios de participar en este estudio de investigación. He tenido el tiempo suficiente para revisarlo y el lenguaje del consentimiento fue claro y comprensible. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me han entregado una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto participar en este estudio de investigación.

Firma ¹Fecha

Nombre del investigador que obtiene el consentimiento : _____

Firma del investigador Fecha
