

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Posgrados**

**Factores que Determinan la Dieta de la Adolescente Embarazada:  
Conocimientos, Actitudes y Prácticas alimentarias**

**Katherine Estefanía Burgos Muela**

**Wilma Freire, Ph.D.  
Director de Trabajo de Titulación**

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito  
para la obtención del título de Magíster en Salud Pública

Quito, 10 de mayo de 2017

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**COLEGIO DE POSGRADOS**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Factores que Determinan la Dieta de la Adolescente Embarazada:  
Conocimientos, Actitudes y Prácticas alimentarias**

**Katherine Estefanía Burgos Muela**

Firmas

Wilma Freire,

Ph.D.

Director del Trabajo de Titulación

Fadya Orozco,

Ph.D.

Director del Programa de Salud Pública

Jaime Ocampo,

Ph.D.

Decano del Colegio de Salud Pública

Hugo Burgos,

Ph.D.

Decano del Colegio de Posgrados

**Quito, 10 mayo 2017**

**© Derechos de Autor**

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

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

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre: Katherine Estefanía Burgos Muela

Código de estudiante: 00126291

C. I.: 1721893319

Lugar, Fecha Quito, 10 de mayo de 2017

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a mis hermosos hijos, Sarahí y Jeremy, como muestra de que *“al creer todo es posible, es posible salir de la ignorancia y aprender, si te lo propones y te esfuerzas, es posible superarte de caídas y conquistar tus sueños. A ustedes hijitos, les brindo el mejor ejemplo que puedo proveerles y heredarles: “La Educación”*. Además, dedico este trabajo al grupo de jóvenes gestantes que participaron en este estudio de manera voluntaria, pues hice este trabajo de investigación, con cierta intención sobre el tema, tal vez por mi experiencia como madre adolescente, y por el anhelo de brindarles una escucha y una voz a sus expresiones, para así lograr participativamente una contribución al conocimiento y la investigación.

## AGRADECIMIENTOS

Mi reconocimiento y gratitud a cada docente que contribuyó en mi formación profesional, durante el transcurso de este nivel de instrucción educativa, por medio de su nobleza al compartir de sus experiencias y conocimientos a esta mente joven pero vivaz, para recibirlos y practicarlos en el medio laboral que me desempeñe. Gracias Doctora Wilma Freire y Doctor William Waters por su confianza y paciencia, cultivadora de hermosos dones para mi vida profesional, como es la lectura y la investigación exhaustiva para ampliar mis conocimientos, gracias por su ejemplo de profesionalismo y ética laboral. Agradezco de manera muy especial a mi amado Dios por su fidelidad en medio de este reto en mi formación, sé que todo está y estará bajo su poderosa mano y rumbo a ese plan que tiene creado para mí, como parte de su propósito. Y finalmente, gracias a mi familia, esa columna vertebral de mi vida, especialmente a mi esposo y mi madre, por su apoyo continuo y amor brindado, para alcanzar esta meta.

## RESUMEN

*Introducción:* El embarazo adolescente es un problema de salud pública a nivel mundial y nacional. La mayoría de casos ocurre en estratos socioeconómicos bajos, con bajo nivel educativo. Las consecuencias negativas de índole biológicas y psicosociales en la madre e hijo, afectan a la sociedad. Un consumo inadecuado de nutrientes afecta el estado nutricional e incrementa el riesgo de morbi-mortalidad, con mayores complicaciones durante el parto, prematuridad, bajo peso al nacer, anemias y enfermedades crónicas a futuro. *Objetivo:* Identificar las características de la dieta de la adolescente embarazada (AE), en base a sus conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias. *Método:* Estudio transversal cualitativo, con muestra teórica (criterios de selección: gestante 10 a 19 años y con atención prenatal). Se aplicó: (i) observación estructurada de campo en tres establecimientos de salud en la ciudad de Quito; (ii) seis grupos focales con AE; y (iii) entrevistas de informantes claves con profesionales de salud y madre de familia. Se grabó y transcribió las técnicas, se realizó un proceso de codificación y triangulación, para: (i) identificar bases conceptuales, (ii) adquirir categorías subyacentes y patrones, (iii) integrar y conceptualizar los temas principales y sus interrelaciones. *Resultados:* Las AE conocen sobre una alimentación y nutrición saludable durante la gestación, pero no ponen en práctica lo conocido. En esta brecha interaccionan factores como: recursos económicos bajos, inadecuados hábitos alimentarios adquiridos (hogar y entorno escolar) y la preocupación por engordar. La AE actúa minimizando el riesgo inmediato de una alimentación poco saludable, por complacer antojos y preferencias alimentarias: comida rápida, snacks, gaseosas, frituras, frutas cítricas con sal, embutidos, exceso de consumo de arroz, pan, papas y fideos (patrón alimentario). Se percibió la necesidad de una mejora en la educación nutricional, con énfasis en la lactancia materna; con mayor empatía por parte del personal de salud a las AE.

**Palabras clave:** Embarazo Adolescente, Nutrición, Cualitativo, Práctica Alimentaria. .

### **ABSTRACT**

**Introduction:** Adolescent pregnancy is a global and national public health problem. Most cases occur in low socioeconomic strata with low educational level. Negative biological and psychosocial consequences in mother and child, affect society. Inadequate nutrient intakes affect nutritional status and increase the risk of morbidity and mortality, with increased complications during childbirth, prematurity, low birth weight, infections, anemia and chronic diseases for the future. **Objective:** To identify the characteristics of the diet of pregnant adolescents (PA), based on their own knowledge, attitudes and dietary practices. **Methods:** Qualitative cross-sectional study with theoretical sample (selection criteria: pregnant 10 to 19 years old and with prenatal care). The study using: (i) structured field observation in three health establishments in the city of Quito, (ii) six focus groups with PA, and (iii) key informant interviews with health professionals and mothers. The focus groups and interviews were recorded and transcribed, a codification and triangulation process was performed: (i) to identify conceptual bases, (ii) to acquire underlying categories and patterns, (iii) to integrate and conceptualize the main themes and their interrelationships. **Results:** PA know about healthy eating and nutrition during gestation, but they do not put what is known into practice. In this gap several factors interact: low economic resources, poor eating habits (home and school environment) and concern about gaining weight. The AE acts to minimize the immediate risk of unhealthy food to satisfy cravings and food preferences: fast food, snacks, soda, fried foods, citrus fruits with salt, sausages, excess rice, bread, noodles (consumption patterns). The need for an improvement in nutritional education was emphasized, with emphasis on breastfeeding, with empathy by health personnel for PA.

**Key words:** Adolescent Pregnancy, Knowledge, Attitudes, Food Practices, Nutrition, Qualitative.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	
<b>1.1. Antecedentes</b> .....	<b>12</b>
<b>1.2. Problema de Investigación</b> .....	<b>13</b>
<b>1.2. Justificación</b> .....	<b>15</b>
<b>1.3. Hipótesis</b> .....	<b>17</b>
<b>1.4. Preguntas de Investigación</b> .....	<b>17</b>
<b>1.5. Objetivos de la Investigación</b> .....	<b>17</b>
<b>2. REVISIÓN DE LA LITERATURA</b>	
<b>2.1. Embarazo Adolescente</b> .....	<b>19</b>
2.1.1. Definición.....	19
2.1.2. Contexto socio epidemiológico.....	19
2.1.3. Modelo Ecológico .....	24
2.1.4. Aspectos propios en la Adolescencia.....	29
2.1.5. Factores de riesgo del embarazo y resultado problemático en Adolescentes .....	31
<b>2.2. Nutrición de la Adolescente Embarazada (AE)</b> .....	<b>34</b>
2.2.1. Definiciones importantes.....	34
2.2.2. Necesidades Nutricionales .....	36
A. Macronutrientes.....	36
a) Energía: .....	36
b) Proteínas:.....	38
c) Carbohidratos: .....	40
d) Lípidos: .....	41
B. Micronutrientes .....	41
a) Folato:.....	41
b) Hierro: .....	42
c) Calcio: .....	45
d) Vitamina A:.....	46
C. Recomendaciones: Agua, Líquidos y porciones: .....	47
2.2.2. Estrategias para el cambio del comportamiento alimentario .....	48
<b>2.3. Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) en salud y nutrición</b> .....	<b>53</b>
<b>3. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
<b>3.1. Tipo de Estudio</b> .....	<b>58</b>
<b>3.2. Muestra Teórica</b> .....	<b>59</b>
<b>3.3. Recolección de Datos y Herramientas de Investigación</b> .....	<b>61</b>
3.3.1. Actividades previas al trabajo de campo.....	61
3.3.2. Observación estructurada de campo.....	61
3.3.3. Grupos Focales.....	62
3.3.4. Entrevista a Informantes Claves.....	64
<b>3.4. Plan de Análisis de Datos</b> .....	<b>65</b>
<b>3.5. Seguridad y Almacenamiento de Datos</b> .....	<b>65</b>



<b>4. ANÁLISIS DE DATOS</b>	
<b>4.1. Detalles del análisis</b> .....	<b>67</b>
<b>4.2. Resultados</b> .....	<b>71</b>
4.2.1. Conocimientos sobre la alimentación y nutrición durante el embarazo.....	71
4.2.2. Prácticas alimentarias.....	79
4.2.3. Percepción sobre Cambios propios del Embarazo. ....	83
4.2.4. Percepción de la Influencia del Entorno Social .....	89
4.2.5. Significado de la Lactancia Materna (LM) .....	95
<b>5. CONCLUSIONES</b> .....	<b>100</b>
<b>6. RECOMENDACIONES</b> .....	<b>104</b>
<b>7. REFERENCIAS</b> .....	<b>107</b>
<b>8. ÍNDICE DE ANEXOS</b> .....	<b>119</b>

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Modelo Ecológico desencadenante del Embarazo Adolescente .....	26
Cuadro 2: Hábitos y conductas alimentarias en la adolescencia .....	36
Cuadro 3: Resumen de las Observaciones Estructuradas de campo en los Centros de Salud Tipo C de Guamaní, Conocoto y Comité del Pueblo .....	68
Cuadro 4: Características Sociodemográficas de las Adolescentes Embarazadas .....	69
Cuadro 5: Resumen de las Entrevistas a Informantes Claves .....	71

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Tasa Específica de Fecundidad Adolescente según grandes regiones, 2011 .....	21
Gráfico 2: Tasa Específica de Fecundidad Adolescente, de 10 a 14 años de edad, período 1990-2013 del Ecuador .....	22
Gráfico 3: Tasa Específica de Fecundidad Adolescentes, de 15 a 19 años de edad, período 1990-2013 del Ecuador .....	23

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Cambios durante la adolescencia .....	31
Ilustración 2: Algoritmo de Fisiopatología y Tratamiento asistencial en el Embarazo	
Adolescente .....	33
Ilustración 3: Referencias diarias de porciones alimentarias diarias, por grupo de alimentos	
para embarazadas según la edad .....	48
Ilustración 4: Proceso del Asesoramiento Nutricional de la Adolescente Embarazada.....	49
Ilustración 5: Factores sociales, ambientales e interpersonales que afectan la práctica	
nutricional .....	56

## ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1: Ingesta dietética de referencia, cantidades diarias recomendadas e ingesta adecuada	
en mujeres embarazadas.....	39

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Antecedentes

La Organización Mundial de Salud (OMS) establece al periodo de adolescencia entre los 10 a 19 años de edad, siendo una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, caracterizada por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, tales como el inicio precoz de la pubertad, la evolución de las actitudes y prácticas sexuales, así como la postergación de la edad marital, además del impacto de la urbanización y la mundialización de la comunicación (OMS, 2016). Bajo este contexto que rodea a la población de adolescente, surgen un importante problema de Salud Pública, el embarazo adolescente, que según Ruoti (1994) es “la gestación de mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independientemente de su edad ginecológica”.

Se ha estimado que alrededor de 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz cada año; de estos, un millón corresponden a mujeres menores de 15 años, representando el 11% de los partos a nivel mundial, de los cuales el 95% ocurren en países de ingresos bajos y medios. Además, las complicaciones durante el embarazo y el parto representan la segunda causa de mortalidad en este grupo poblacional y sus hijos se enfrentan a un 50% de riesgo superior de muerte en comparación con madres mayores de 20 años (OMS, 2014).

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2013) reporta, para la Región de América Latina y el Caribe, una alta tasa específica de fecundidad adolescente de 79 nacimientos por 1000 mujeres, donde la mortalidad materna se ubicó entre las tres primeras causas de muerte en las adolescentes entre 15 y 19 años.

En Ecuador, según la encuesta de Salud Sexual y Reproductiva del 2012, se reporta una tasa específica de fecundidad adolescente (15 y 19 años) de 111 nacimientos por cada 1000 mujeres en el período del 2007-2012, superior a la tasa específica de fecundidad de la

región. Se registra también, que un 18.3% ya tiene un hijo, cifra que ha aumentado en cinco puntos porcentuales con relación al 13.3% (ENDEMAIN 2004) (Feire et al., 2015).

Por estos motivos, se propone realizar un estudio cualitativo con el fin de identificar, en adolescentes embarazadas: sus conocimientos, sus actitudes y sus prácticas de alimentación, teniendo en cuenta la necesidad que este grupo poblacional presenta, ante una potencial vulnerabilidad nutricional y los riesgos de morbi-mortalidad que desencadena una gestación precoz, la cual epidemiológicamente ha aumentado en forma alarmante.

## **1.2. Problema de Investigación**

Varios estudios evidencian problemas de salud asociados negativamente al embarazo adolescente, ligados primordialmente a la inmadurez física y biológica, y a la competencia ante los requerimientos nutricionales para el crecimiento de la adolescente y del feto a la vez, tales como el incremento de frecuencia de anemias, nacimientos prematuros, bajo peso al nacer, hemorragias puerperales, toxemia, partos prolongados, aumento de incidencia de cesáreas, fístulas. Todos ellos aumentan el riesgo de defunción o de desarrollo de futuros problemas de salud de la madre y del hijo (Han et al., 2011; Lott, 2006; Mendoza et al., 1996; Valdés et al., 2002).

Morris, Cogill y Uauy (2008), explican que el bajo peso de la mujer gestante contribuye a la restricción del crecimiento fetal, riesgo de muerte neonatal y en el caso de sobrevivencia de los niños, acarreará como consecuencia retraso de crecimiento, malformaciones congénitas, que, junto a una inadecuada lactancia materna, se incrementa el riesgo de muerte en los primeros dos años de vida.

Además se ha estimado que la desnutrición, el retraso de crecimiento fetal, emaciación, deficiencias de micronutrientes (incluyendo hierro, ácido fólico, calcio, zinc y vitamina A) intrauterina y postnatal, conjuntamente con una lactancia subóptima cobra la vida

de 3,1 millones de muertes infantiles, así también se menciona que las adolescentes que quedan embarazadas tienden a ser de hogares de ingresos más bajos y a padecer una nutrición deficiente (UNFPA, 2013).

Existe evidencia de que la población adolescente no solo presenta un riesgo de desnutrición, sino también de un riesgo de sobrepeso y obesidad, incluso antes de estar embarazada, aumentando el riesgo del desarrollo de niños pequeños para la edad gestacional, aumento de partos prematuros y por cesárea, desarrollo de preeclampsia y otras condiciones que afectan el estado de salud de la madre e hijo (Harper, Chang y Macones, 2011). Ya que se sabe que a nivel mundial, los hábitos alimentarios que conducen a un estilo de vida saludable, han cambiado hacia una tendencia de consumo de alimentos de alto contenido calórico y de grasas, y ultraprocesados, que junto al sedentarismo han producido una población joven enferma (OMS, 2016).

Una mala nutrición materna, tanto por deficiencia (bajo peso) como por exceso (sobrepeso y obesidad), son problemas de salud existentes en los países de ingresos bajos y medios, si bien ha disminuido el bajo peso materno en las últimas décadas, la prevalencia de sobrepeso materno ha tenido un aumento constante y por ende, nuevos factores de riesgo que influyen en la salud materna (Adair et al., 2013).

Un estudio venezolano identificó que las adolescentes gestantes desnutridas consumían un exceso de carbohidratos en relación a las gestantes adultas y al grupo total, explicando, que este hecho puede deberse en general al patrón de consumo de la población venezolana y el consumo frecuente de comida rápida y alta en calorías vacías, característico de las adolescentes. Además de ello, reportó deficiencias de macro y micronutrientes en todos los estados nutricionales (Santos de León et al., 2003), hecho que no es distante a la realidad de los patrones alimentarios de la población adolescente ecuatoriana.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT–ECU 2012), de las adolescentes entre 12 y 19 años, un 21.7% tiene retardo de talla y un 28.8% presenta sobrepeso y obesidad. Además se reporta que un 8.9% tienen anemia, y que más del 97% de mujeres entre 9 y 18 años tiene una alta probabilidad de no cumplir el requerimiento de hierro, calcio, zinc y ácido fólico (Freire et al. 2013), estos datos evidencian la doble carga de la malnutrición y la marcada deficiencia de micronutrientes presentes en este importante grupo poblacional en el Ecuador.

Por lo que el problema radica en las desventajosas consecuencias nutricionales para la madre y el niño, como la anemia, el retardo de crecimiento, la prematuridad, los problemas de desarrollo infantil y cognitivo, malformaciones congénitas, enfermedades adquiridas post parto como hipertensión o diabetes de la madre, y muerte materno infantil (Han et al., 2011; Morris et al., 2008), consecuencias que se reflejarán en la vida productiva ante la sociedad que se desenvuelvan a futuro, según ratifica la evidencia de la Serie de Nutrición Materno Infantil, publicada en la revista *The Lancet* en el 2013.

## **1.2. Justificación**

La nutrición y alimentación saludable durante el embarazo adolescente son fundamentales para el buen desarrollo del feto y la buena salud de la madre, ya que ayuda a prevenir múltiples complicaciones durante y después del embarazo, parto y postparto, las cuales atentan contra la salud y vida tanto de la madre como de su hijo (Kramer y Kakuma, 2003; OMS, 2005).

Según Escobedo y Lavado (2015) durante las consultas en los controles prenatales no siempre se aborda con suficiente profundidad al momento de dar consejería a la mujer embarazada, dejando a un lado la oportunidad de promover estilos de vida saludables. Ello se debe, en parte, a conocimientos insuficientes y poca importancia prestada al tema alimentario

nutricional por parte del personal de salud como de las usuarias, así también influye la ausencia de herramientas técnicas, que contribuyan a traducir la teoría en recomendaciones cotidianas, accesibles y prácticas para las gestante.

Además, es importante tener en cuenta que la alimentación está determinada por factores socioculturales y económicos, que influyen de alguna manera la conducta y el comportamiento alimentario de las adolescentes, los cuales pasan desatendidos o no se conoce la cultura alimentaria que se practica a nivel local (Delbino, 2013). Esta situación ha constituido un gran problema de salud pública, en cuanto al diseño de intervenciones en educación nutricional efectivas y enfocadas al comportamiento de estos grupos vulnerables, como la madre adolescente y su recién nacido.

Por lo tanto, se espera que el presente trabajo de investigación, contribuya en la construcción de propuesta con información de primera mano, sobre los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias (CAP) de las adolescentes embarazadas, en cuanto a las características de su dieta. Información que será útil para el desarrollo y guía del diseño de estrategias de comunicación para la consejería nutricional efectiva, basada en un contexto de las ciencias del comportamiento. Este trabajo de investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito.

Si bien existen estudios que indagan similar temática, la mayoría o son de índole cuantitativa, que limita el comprender el porqué y cómo se explican los CAP alimentarias. Por lo que este estudio aportará el análisis de información desde un punto de vista más cercano a las experiencias y realidades alimentarias, articuladas desde “los propios dichos” de las adolescentes embarazadas y acotado a la evidencia del momento.



### **1.3. Hipótesis**

Las adolescentes embarazadas cuentan con conocimientos teóricos de una alimentación y nutrición saludable, y perciben la importancia de una dieta saludable como elemento de bienestar y desarrollo para su hijo. Percepción y actitudes que están influenciadas por factores característicos de patrones alimentarios propios de su edad, socioculturales, socioeconómicos, educativos y psicosociales, que dificultan una práctica alimentaria saludable.

### **1.4. Preguntas de Investigación**

¿Cuáles son los conocimientos, las percepciones y las prácticas que las adolescentes embarazadas tienen sobre su dieta?

¿Qué conocimientos tiene la adolescente sobre la alimentación durante el embarazo?

¿Qué actitudes tiene la adolescente embarazada sobre su alimentación?

¿Cuáles son las prácticas alimentarias que realiza la adolescente embarazada?

¿Qué factores explican la brecha de interacción entre los conocimientos, actitudes y las prácticas alimentarias de las adolescentes embarazadas?

### **1.5. Objetivos de la Investigación**

Identificar las características de la dieta de la adolescente embarazada en función de sus conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias.

- Determinar los factores que influyen sobre los hábitos y preferencias alimentarias de las adolescentes embarazadas.
- Analizar las principales barreras que impiden la práctica de una dieta saludable durante la gestación de las adolescentes, desde el punto de vista de profesionales de la salud y madre de familia de las adolescentes embarazadas.

Para la ejecución del estudio se adoptarán en la investigación. (i) Una exhaustiva revisión de literatura que permite contextualizar este fenómeno de estudio, desde un punto de vista social y nutricional. Toda esta recopilación, es fruto de la evidencia disponible en libros, estudio científicos de revistas indexadas, documentos técnicos de organizaciones mundiales y continentales referentes del sector salud. (ii) Además de una investigación cualitativa, con el respectivo detalle metodológico. (iii) Los resultado del análisis de la investigación. Y por último, (iv) las conclusiones y recomendaciones aportadas.

## 2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

### 2.1. Embarazo Adolescente

#### 2.1.1. *Definición*

En la literatura se conoce al embarazo en adolescentes como embarazo precoz, utilizando la asignación de una gestación en mujeres que inician la pubertad, dentro de los dos años de edad ginecológica, transcurrido desde la menarquia y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen (Issler, 2001).

Según Ruoti (1994) es “la gestación de mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independientemente de su edad ginecológica”. Por lo tanto, la etapa de adolescencia, comprende la edad desde los 10 y 19 años del ser humano (OMS, 2016)

#### 2.1.2. *Contexto socio epidemiológico*

El embarazo adolescente y su impacto sobre la reproducción de la pobreza hacen que se genere inequidades dentro de la población, pues es un evento que no se distribuye en forma homogénea entre la población, ni evoluciona con el mismo ritmo entre los países y regiones (Flórez & Soto, 2007).

Se ha observado que la fecundidad adolescente muestra disminuciones graduales conforme aumenta el grado de urbanización de los países y mejoran las condiciones de vida, el nivel de escolaridad de las mujeres, una mayor participación femenina en el ámbito laboral y la implementación de políticas públicas dirigidas a promover el acceso a la anticoncepción y la planificación familiar (UNFPA, 2013).

En el estudio de Pérez et al. (2008), sobre la incidencia de embarazo precoz según las etapas de la adolescencia en Venezuela, reportó que del total de adolescentes embarazadas atendidas, la mayoría provenían de un medio rural y en la etapa media de la adolescencia (14

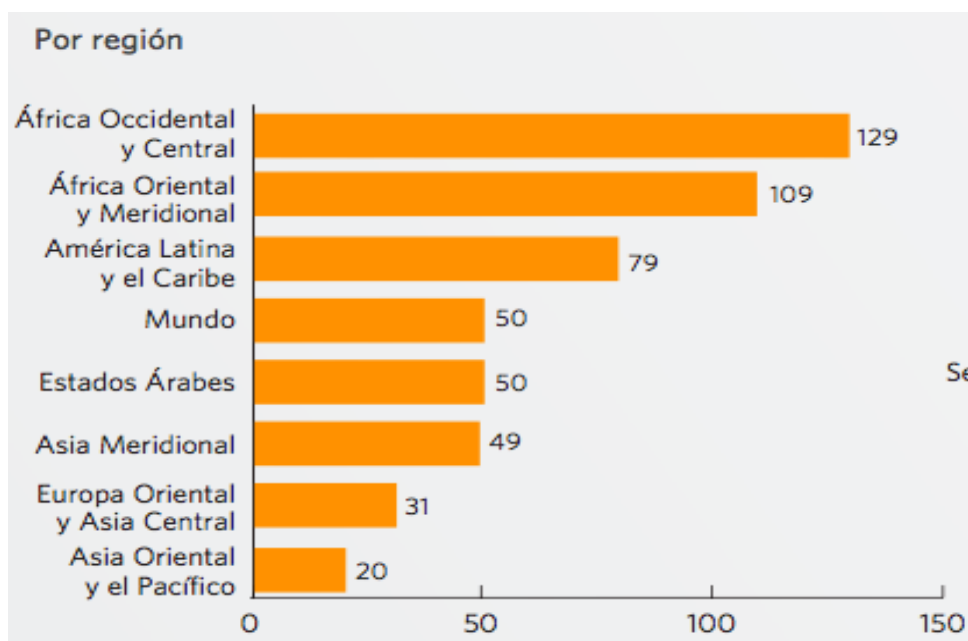
a 16 años). El control prenatal inadecuado fue el problema más frecuente, cuantificado en 85,48% para las adolescentes del medio rural y 61,36% en las urbanas. Así también se encontró que el parto vaginal fue la vía más frecuente con 61,51%, y el sufrimiento fetal fue el motivo más frecuente para realizar una cesárea. En este sentido, se conoce que una incidencia más elevada de embarazos en adolescentes ocurre en el medio rural, donde el control prenatal inadecuado es más frecuente en estas pacientes.

Según la Estrategia Mundial para la Salud de la mujer, el niño y el adolescente, del 2016 al 2030 (Todas las mujeres, todos los niños, 2015) reporta que:

- Alrededor de 289 000 mujeres que murieron en 2013 durante el embarazo y el parto, es decir, se perdió más de una vida cada 2 minutos.
- Un 8% de la mortalidad materna puede atribuirse a abortos peligrosos.
- Las dos causas principales de defunción de adolescentes entre 15 y 19 años son el suicidio y las complicaciones durante el embarazo y el parto.
- Alrededor de 2.5 millones de adolescentes menores de 16 años dan a luz y 15 millones de adolescente menores de 18 años están casadas.
- Uno de cada diez adolescentes (unos 120 millones) menores de 20 años han sido víctimas de violencia sexual y 30 millones de adolescentes mujeres corren peligro de sufrir mutilación genital durante los próximos 10 años.
- Existe el triple de embarazos entre las adolescentes de las poblaciones rurales e indígenas que los registrados entre las que pertenecen a poblaciones urbanas.
- Alrededor de 225 millones de mujeres tienen una necesidad de Planificación familiar desatendida a nivel mundial. Y en América Latina 23 millones de mujeres entre 15 y 19 años, presentan necesidades insatisfechas de planificación familiar.

En la Región de América Latina y el Caribe se registra una tasa específica de fecundidad adolescente (TEF)<sup>1</sup> elevada, la cual se sitúa por encima de la media mundial, ocupando el segundo lugar con mayor fecundidad adolescente, superadas sólo por África (*ver Gráfico 1*).

**Gráfico 1: Tasa Específica de Fecundidad Adolescente según grandes regiones, 2011**



**Fuente:** Informe Mundial de la Maternidad en el niñez. Información de 79 países, UNFPA.

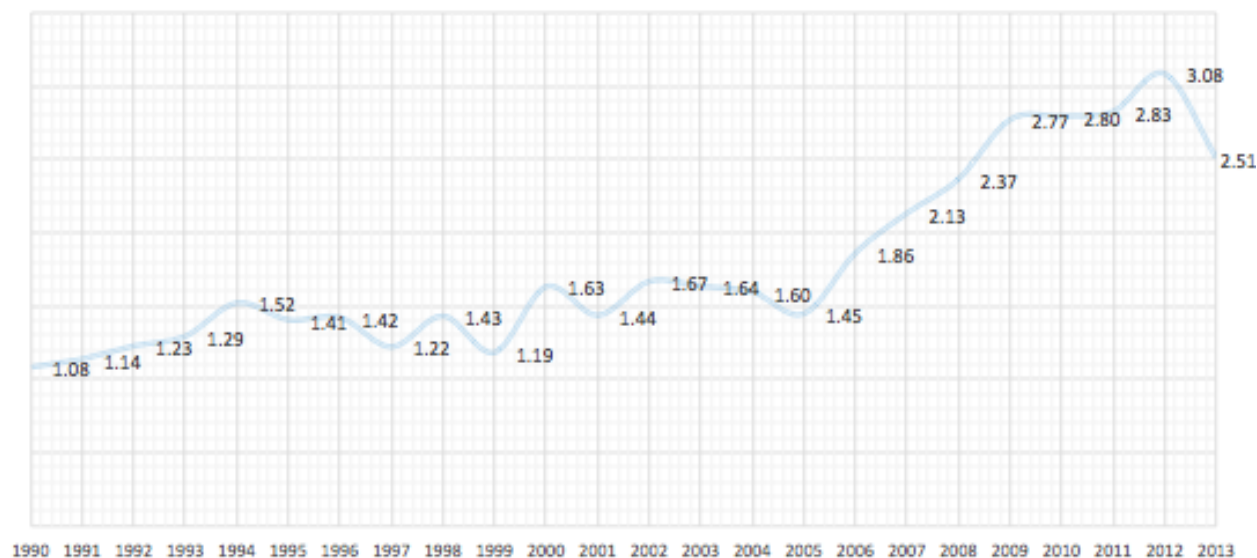
**Elaborado por:** UNFPA, 2013.

Se reporta que en el 2010, existían 4.5 millones de mujeres de América Latina que tenían entre 20 a 24 años, las cuales reportaron haber tenido hijos antes de los 18 años, cifra que se incrementará a 4,6 millones en el 2015 a 4,7 millones en el 2020 (UNFPA, 2013).

En el Ecuador, la tasa específica de fecundidad adolescente es de 73 por 1000 mujeres de 15 y 19 años, y de 2.67 por 1000 mujeres de 10 a 14 años, la misma que ha tenido una tendencia a elevarse durante los últimos 25 años (*Ver Gráficos 2 y 3*) (CIES y MSP, 2015).

<sup>1</sup> La tasa específica de fecundidad de las adolescentes, indica el cociente entre el número de nacimientos y el número total de mujeres de ese grupo de edad (Hopenhayn, 2011:26)

**Gráfico 2: Tasa Específica de Fecundidad Adolescente, de 10 a 14 años de edad, período 1990-2013 del Ecuador**



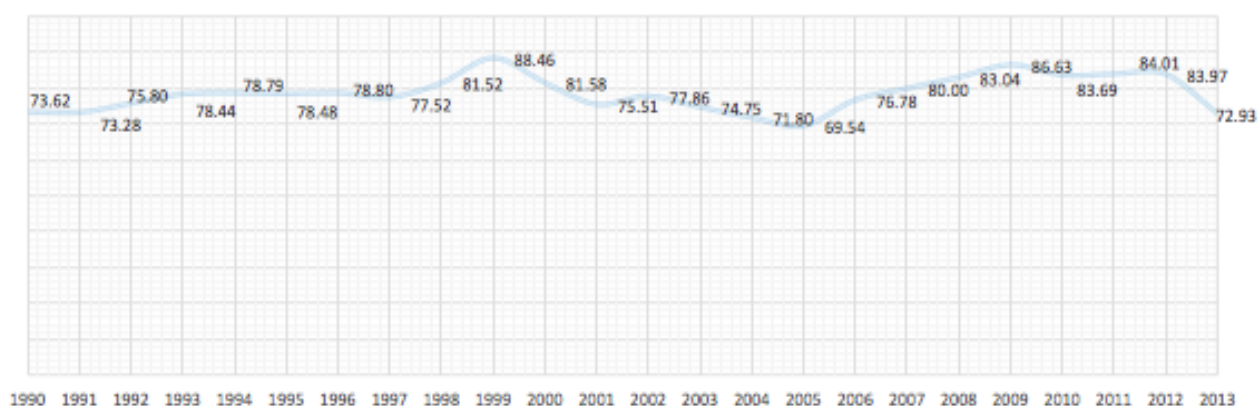
**Fuente:** INEC, Base de datos de nacimientos, años 1990-2013.

**Elaborado por:** Comisión Interinstitucional de Estadísticas de Salud – CIES 004-2015; MSP.

El embarazo en adolescentes menores de 15 años, ha tenido un notable incremento desde el 2005 al 2012, y una reducción en los años posteriores (*Ver Gráfico 2*), este hecho puede explicarse por iniciativas de una política pública puesta en marcha en el 2012, por medio de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazos en Adolescentes (ENIPLA-PEA), que buscaba garantizar el acceso permanente y efectivo a información, educación sobre sexualidad, asesoría, consejería en servicios de salud e inclusión y protección a víctimas de violencia, con la finalidad de garantizar la toma de decisiones libres e informadas sobre sexualidad y reproducción, y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos (Burneo et al., 2015). Considerando que los embarazos en menores de 15 años son frecuentemente fruto de violencia sexual (Gómez, Molina y Zamberlin, 2011), este grupo poblacional contaba con una protección social y mayor información, lo cual pudo contribuir en una reducción de embarazos en menores de 15 años.

Sin embargo, el embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años se ha mantenido con una tendencia lineal desde 1990 a 2013 (Ver Gráfico 2), lo que sugiere que este grupo poblacional debe ser atendido con prioridad, tanto para la prevención de un embarazo adolescente como en promoción de un cuidado integral durante la gestación, por lo que es indispensable conocer e investigar con mayor profundidad y acercamiento el contexto en el que se origina y desarrolla este evento de salud y cómo se desarrolla, para así establecer estrategias efectivas y sostenibles que generen un impacto en los adolescentes, en cuanto al cuidado de su salud.

**Gráfico 3: Tasa Específica de Fecundidad Adolescentes, de 15 a 19 años de edad, período 1990-2013 del Ecuador**



**Fuente:** INEC, Base de datos de nacimientos, años 1990-2013.

**Elaborado por:** Comisión Interinstitucional de Estadísticas de Salud – CIES y MSP, 2015

De las provincias del Ecuador, con las tasas de específicas de fecundidad en adolescentes entre 10 a 14 más elevadas, son Morona Santiago (5.64 x1000), Los Ríos (4.41 x 1000), Sucumbíos (4.30 x1000), y Orellana (4.24 x1000). En las adolescentes entre 15 y 19 años las tasas más altas se encuentran en Orellana (114 x1000), Sucumbíos (109 x1000) y Napo (100 x1000). En la provincia de Pichincha, se registra una tasa de 1.64 por 1000 en adolescentes entre 10 a 14 años, y 60 por 1000 adolescentes entre 15 y 19 años (CIES y MSP, 2015). Estos datos muestran que el embarazo adolescente no se distribuye de forma

homogénea entre la población ni evoluciona con el mismo ritmo entre las provincias, países o regiones, ya que la fecundidad adolescente muestra disminuciones graduales conforme aumenta en grado de urbanización, el acceso a educación, servicios de salud, una mayor participación femenina en el ámbito laboral y la implementación de políticas públicas orientadas a promover el acceso a educación sexual y reproductiva, anticoncepción y planificación familiar.

Pues, la mayor generación de adolescentes de la historia está ingresando a su vida sexual y reproductiva, con barreras para el acceso y educación, sobre salud sexual y reproductiva, y planificación familiar, lo cual constituye un problema complejo con consecuencias sociales, ya que contribuye a sedimentar las grandes inequidades sociales, sanitarias y económicas para el país, la Región de América Latina y el mundo.

Según el informe del Estado de la Población mundial 2013, sobre la maternidad en la niñez, los embarazos en adolescentes no ocurren en el vacío, sino que son la consecuencia de un conjunto de factores que interaccionan entre sí, como la pobreza generalizada, la aceptación de matrimonios infantiles en las comunidades y familias, entre otros. En este sentido, se describe un enfoque ecológico (*Ver Tabla 1*), que tiene la facultad de tomar en cuenta una gama de factores complejos que influyen en el embarazo adolescente y en la interacción de estos factores (UNFPA 2013).

### ***2.1.3. Modelo Ecológico***

Este Modelo Ecológico del desarrollo humano, propuesto inicialmente por Bronfenbrenner en 1979, supone un progresivo acomodo mutuo entre un ser humano activo que está en proceso de desarrollo por un lado y, las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que ese ser humano en desarrollo vive. Por lo que este autor, sugiere que es



preciso entender a la persona no solo como un ente sobre el que repercute el ambiente, sino como una entidad dinámica en desarrollo, la cual va integrándose progresivamente e influyendo en su cambio. Este modelo parte de una estructura seriada y concéntrica, en la que cada ambiente esta contenido en el siguiente, y la interacción de todos estos entornos generan efectos o consecuencias en el ser humano en desarrollo (Bronfenbrenner, 1979).

Según el reporte del UNFA del año 2013, sobre el embarazo Adolescente, existen ciertos factores determinantes que desencadenan este fenómeno, los cuales poseen un gran efecto en las facultades que tienen las adolescentes para forjar su futuro y desarrollar su potencial, determinantes que sobrepasan su propio control. Estos determinantes se encuentran en toda la esfera del entorno socioecológico, que se desenvuelve y que pertenece a la adolescente. El cuadro explica el modelo ecológico de este fenómeno.

En el macrosistema, a nivel nacional, determina que existen leyes y políticas a favor de la prevención del embarazo adolescente o el cuidado del embarazo como una prioridad, las cuales pueden ser influenciadas por el nivel de compromiso del gobierno para que se hagan realidad, la estabilidad política, el mejoramiento de la pobreza, la prohibición de matrimonios infantiles, la exclusión social, la falta de acceso a servicios de salud y educación sexual y reproductiva, donde la subinversión en el desarrollo de las adolescentes en salud y educación es baja en países de ingresos medios y bajos. (UNFPA, 2013).

Según la OMS, el estancamiento económico y la pobreza de un país, representa una fuerza que niega oportunidades de desarrollo en la vida de la adolescente, pues ella debe desenvolverse en un contexto donde las posibilidades de trabajo y educación son escasas, así como la subexistencia y la autosuficiencia. La adolescente se convierte en una persona más vulnerable frente al casamiento y embarazo a edad temprana, porque ella o su familia pueden

pensar que es la única opción o destino y, algunas veces, separadas de sus familias, quedan también separadas de las estructuras sociales de protección conocidas por ellas (OMS, 2011).

**Cuadro 1: Modelo Ecológico desencadenante del Embarazo Adolescente**

<b>Macrosistema: Nacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leyes que obstaculizan el acceso a métodos anticonceptivos</li> <li>• Leyes que no se hacen cumplir contra el matrimonio infantil y violencia sexual</li> <li>• Decadencia económica y pobreza</li> <li>• Subinversión en el capital humano de las niñas</li> <li>• Inestabilidad política, crisis humanitarias y desastres</li> </ul>
<b>Exosistema: Comunidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitudes negativas sobre la autonomía de las niñas</li> <li>• Actitudes negativas ante la sexualidad adolescente y el acceso a métodos anticonceptivos</li> <li>• Disponibilidad limitada a servicios amigables para adolescentes</li> <li>• Falta de atención prenatal y posnatal para las madres adolescentes</li> <li>• Clima de coacción y violencia física</li> </ul>
<b>Mesosistema: Escuela/ Pares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barreras para el acceso a establecimientos educativos de las niñas y permanencia escolar</li> <li>• Falta de información o falta de acceso a una educación sexual completa de calidad</li> <li>• Presión del grupo</li> <li>• Actitudes negativas con respecto al género y conductas riesgosas de la pareja</li> </ul>
<b>Microsistema: Familia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expectativas negativas para las hijas mujeres</li> <li>• Poco valor por la educación, especialmente para las niñas</li> <li>• Actitudes favorables ante el matrimonio infantil</li> </ul>
<b>Personal o Individual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad de pubertad y primeras experiencias sexuales</li> <li>• Crianza de las niñas para que busquen la maternidad como única opción en la vida</li> <li>• Valores de desigualdad de género internalizados</li> <li>• Desconocimiento de que las capacidades están en desarrollo</li> </ul>

**Fuente:** UNFPA, 2013.

**Elaborado por:** Estefanía Burgos.

Así también, la adolescente se desenvuelve en torno a los eventos que ocurren en una comunidad, un exosistema, inmersa en costumbres, creencias, tradiciones, que forman una cultura particular de este entorno, lo cual es importante para determinar las posibilidades que la adolescente cuenta para, por ejemplo: el acceso a servicios de salud en educación sexual y reproductiva, acceso a educación después de un parto, la percepción del matrimonio, el apoyo social necesario para la finalización de un embarazo, prevención de violencia física, y

el acceso a servicios de salud amigables que cuenten con equipos y el personal de salud necesarios para asistir a la adolescente embarazada durante el embarazo y parto, pues su riesgo de morbi y mortalidad es evidente para la madre y el niño (Han et al., 2011; Lott, 2006; Mendoza et al., 1996; Valdés et al., 2002), y luego ayudarlo a evitar un segundo embarazo. Todo este ambiente comunitario, influyen el desarrollo y desenlace del embarazo adolescente, y condicionan la toma de decisiones en la gestante.

Existe una tendencia constante a largo plazo sobre la iniciación de la actividad sexual en mujeres entre 15 y 24 años, debido a la disminución mundial en la edad de la menarquia, el aumento en la edad de la población soltera al casarse y cambios en los valores sociales. (Singh y Darroch, 2012), por lo que las adolescentes presentan barreras para el acceso y utilización de métodos anticonceptivos e información y atención en salud oportuna, debido a estigmatizaciones propias de la cultura donde radican, por ejemplo, existen sociedades con ideales rígidos, y costumbres aprendidas sobre las conductas y actitudes adecuadas para las niñas y las jóvenes, como el tabú de hablar de sexualidad con los padres o autoridades del hogar, el matrimonio obligatorio, la monogamia, la autonomía limitada de las niñas y mujeres, y un proyecto de vida con el solo propósito de ser madre y servir en el hogar. Estos pensamientos y creencias, pueden condicionar las actitudes de las adolescentes hombres y mujeres para concebir (UNFPA, 2012).

Así también como un mesosistema de este fenómeno, se describe el ambiente escolar, si los recursos económicos y la influencia del exosistema de la adolescente le permite acceder a una oportunidad de educarse influirá en disminuir el riesgo de un embarazo precoz, pues se ha evidenciado que las niñas y adolescentes que no asisten a la escuela son más proclives a quedar embarazadas que aquellas que continúan sus estudios. Sin embargo si la adolescente

queda embarazada, se interrumpirá su educación, lo que implica que no tendrá oportunidades de empleo y terminarán en la pobreza (Colombini et al., 2011), fenómeno que al incidir terminará afectando el desarrollo a nivel nacional, comunitario, familiar e individual.

Además dentro de este mesosistema, hay que hacer referencia que la juventud tiende a entablar relaciones sociales con sus pares (personas de su misma edad, compañeras y compañeros, amigas o amigos), con el propósito de pertenecer, ser aceptada o encajar en un grupo, pueden influenciar en la opinión de la adolescente sobre la concepción de un embarazo y sobre su actitud con respecto a la prevención del mismo, el abandonar sus estudios o continuarlos hasta graduarse. Este tipo de presión grupal, según lo explica Chandra-Mouli et al. (2013), puede alentar las experiencias sexuales y el matrimonio a edades tempranas o bien puede reforzar la probabilidades de prácticas sexuales sin protección. En este sentido, el rol y la actitud de la pareja de la adolescente, es otro medio de influencia en la toma de decisiones importante en la mujer, pues las percepciones de la masculinidad entre los hombres jóvenes y los niños adolescentes pueden impulsar una práctica sexual riesgosa y el no uso de métodos anticonceptivos, la percepción del matrimonio, el compromiso, y la estabilidad emocional y económica de la pareja, el desarrollo del embarazo y el parto (UNFPA, 2013).

Uno de los entornos más elementales de influencia sobre las opiniones, creencias y actitudes de la adolescente es su familia, este entorno es un microsistema referente, que repercute en la estabilidad psicoemocional de la adolescente, pues si ella proviene de un hogar con algún grado de conflicto, poca comunicación y confianza, con violencia emocional, física y sexual, con un nivel de pobreza, limitada a un acceso educativo, con un antecedente reproductivo de los padres de embarazos o matrimonio precoz, es probable que determine o se acondicione un escenario para el embarazo a adolescente, y este, a su vez genere en la familia

un carga económica y emocional poco favorable, lo cual repercute en el desarrollo saludable de este embarazo (Colombini et al., 2013; Singh y Darroch, 2012).

Y por último, la adolescente desarrolla su identidad y decisiones bajo sus criterios personales y forma de crianza, y sus capacidades biológicas propias de su edad, pues en esta etapa muchos de los cambios de desarrollo físico relacionados con las capacidades reproductivas adultas se suelen completar antes de que maduren plenamente las capacidades intelectuales y la toma de decisiones. Por ejemplo, en la pubertad se desarrollan las expectativas y los roles de cada género, los cambios físicos son evidentes y empieza las atracciones, puede influir también, si su familia de acondiciona a la adolescente para que su propósito de vida sea la búsqueda de maternidad y formación de un hogar, influenciando también valores de desigualdad de género internalizados en la conducta y cultura de su entorno social. Estos elementos pueden desencadenar un embarazo precoz (UNFPA, 2013)..

#### ***2.1.4. Aspectos propios en la Adolescencia***

La adolescencia es una etapa importante de transición en el ciclo de vida del ser humano, que cruza la niñez y busca prepararse para la adultez, caracterizada en ser un periodo de crecimiento y desarrollo acelerado que involucra cambios importantes a nivel físico, psicológico, emocional y cognitivo (Noguera y Alvarado, 2012; Pérez, Bastardo, Cermeño y Díaz, 2008).

Dentro de las características actitudinales propias de esta etapa, según varios autores, se describe, la presencia de una sensación de invencibilidad, bajo la idea de que “*a mí no me va a pasar*”, la exhibición de comportamientos arriesgados, la poca visión de las consecuencias futuras de sus comportamientos actuales, por lo que creen que nunca están en riesgo, el centrarse en sí mismos, manteniendo la idea de que nadie les entiende su situación; existe la presión de grupo de pares y el buscar la aceptación de quienes los rodean,

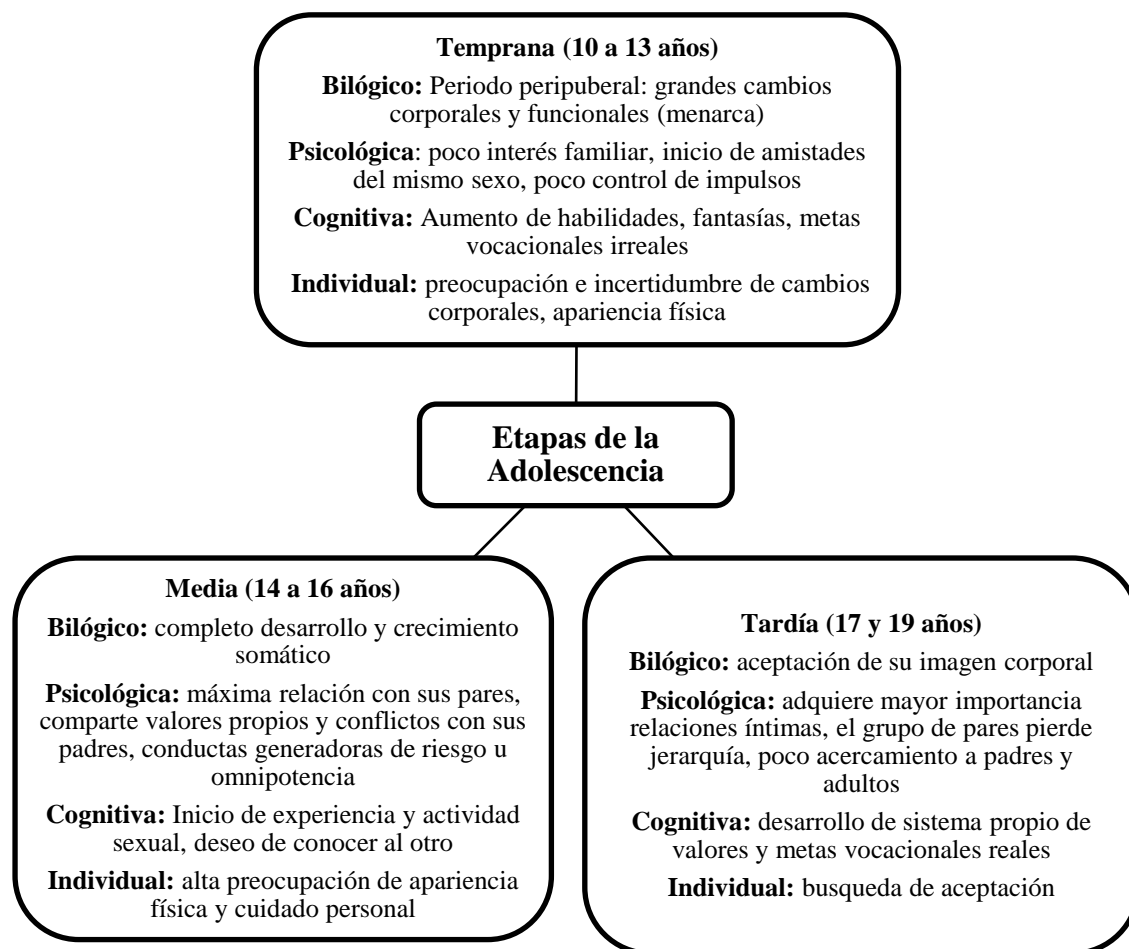
modificando de esta manera sus comportamientos, pues si bien los adolescentes se muestran cuidadosos con sus comportamientos, lo hacen por encajar en grupos establecidos para ser aceptados por sus compañeros (Gullota, Adams y Markstrom, 1999).

En este sentido, es importante también conocer las características que involucran las diferentes etapas de la adolescencia (*ver Ilustración 1*), ya que con sus variaciones individuales y culturales todos los adolescentes las atravesarán. Esta información es importante para el personal de salud, pues así se podrá interpretar actitudes y comprender a las adolescentes embarazadas, ya que según (Issler, 2001) *“una adolescente embarazada se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes.”*

Al considerar las características específicas en las etapas de la adolescencia, se puede trabajar sobre las necesidades que requieren las adolescentes según su edad, por ejemplo las necesidades de una niña de 10 años serán muy distintas a la de una de 18 años. Por lo que el diseño de estrategias de promoción de salud: atención prenatal y consejería a la adolescente embarazada, serán más efectivas si son específicas para su edad y acorde a los comportamientos y preferencia propias de este grupo de estudio.

Así mismo, es importante no perder de vista el contexto socioeconómico, pues según Flórez y Soto (2007); y López y Restrepo (2013), la situación socioeconómica es uno de los factores que incide en la formación de los hábitos alimentarios de consumo de los individuos, donde el estado de salud en un nivel socioeconómico bajo se correlaciona con una mala evolución del embarazo.

### Ilustración 1: Cambios durante la adolescencia



**Fuente:** Issler J. (2001); Molina, Sandoval y Luengo (2000).

**Elaborado por:** Estefanía Burgos.

#### 2.1.4. Factores de riesgo del embarazo y resultado problemático en Adolescentes

Numeroso estudios coinciden que el embarazo adolescente representa un problema de salud pública y social, que se asocia a riesgos médicos y nutricionales, los cuales se incrementan en escenarios de pobreza, en adolescentes solteras menores de 15 años, con menos de 2 años de haber iniciado la menarquia, con falta de educación, con falta de apoyo familiar y social, con el abuso de sustancias como: tabaquismo, consumo de alcohol y/o drogas, la falta de acceso a una asistencia prenatal apropiada para la edad, con una entrada

tardía en el sistema sanitario, con la presencia de infecciones y enfermedades de transmisión sexual, con un bajo peso antes del embarazo según su talla o un bajo aumento de peso, con deficiencias nutricionales preexistentes, generando así un estado nutricional deficiente (Han et al., 2011; Lott, 2006; Mendoza et al., 1996; Morris, Cogill y Uauy, 2008; Story y Stang, 2000).

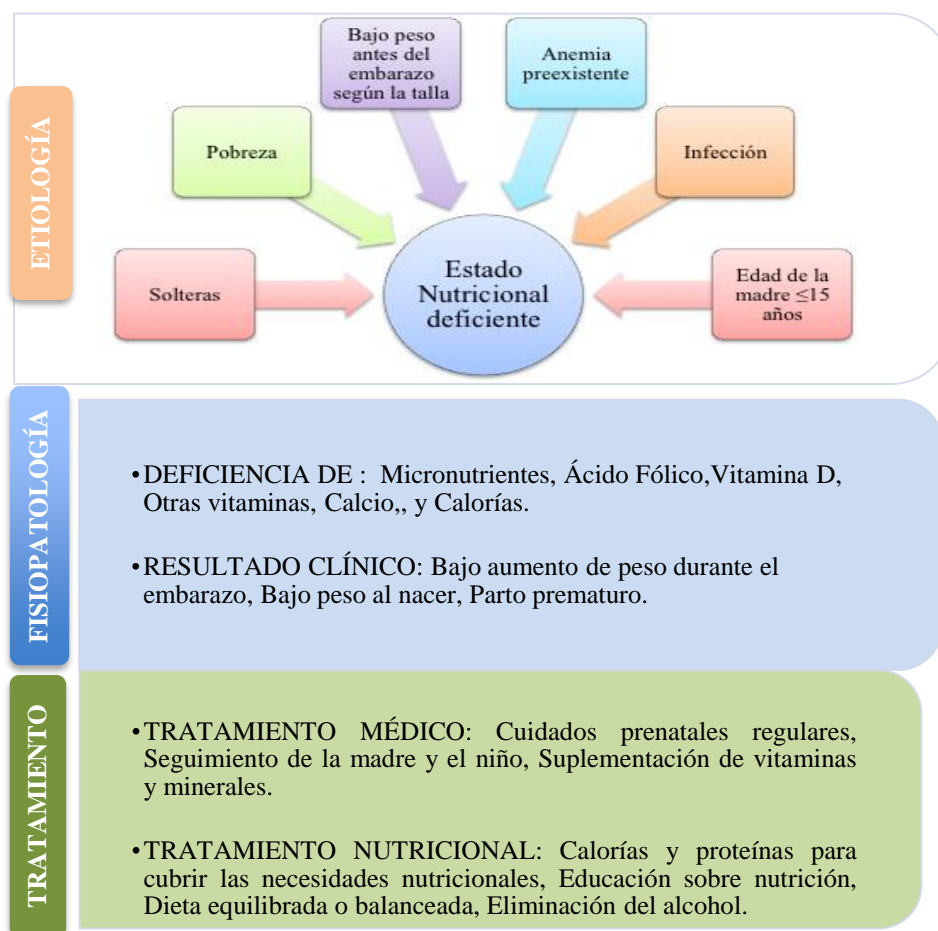
En la *Ilustración 2* de la siguiente página, se puede observar como estos factores de riesgo en el embarazo, condiciona un estado de nutricional deficiente, el cual conlleva otras deficiencias nutricionales y resultados clínicos durante el embarazo, poco favorables para la salud de la gestante joven y su bebé. Este algoritmo diseñado por Andreson y Garner (2000), citado por Story y Stang (2000), permitió diseñar una guía de atención sobre nutrición y embarazo adolescente, donde se expone la etiología problemática de este evento de salud, la fisiopatología y el tratamiento a seguirse, desde un punto de vista médico-clínico, como nutricional, haciendo énfasis en el acceso de servicios de salud para un control prenatal y el seguimiento de la gestante oportuno, y sobre la importancia de las consejería, por educación medio de una educación nutricional efectiva y acorde al el contexto de ocurrencia de este fenómeno de salud.

Dentro de los riesgos en el campo nutricional, varias investigaciones de (Barros, 2004; San José et al., 2011; Scholl y Hediger, 1993; y Villafuerte, 2016), reconocen que varios riesgos potenciales de morbi-mortalidad maternoinfantil, están relacionados al estado nutricional pasado y presente de la gestante. Se reporta que la segunda causa de prematuridad y bajo peso al nacer, es la desnutrición materna seguida por la ganancia insuficiente de peso durante el embarazo, anemia e hipertensión arterial (OPS/CLAP, 2008; UNICEF, 2008).



## Ilustración 2: Algoritmo de Fisiopatología y Tratamiento asistencial en el Embarazo

### Adolescente



**Fuente:** John J.B. Anderson, PhD, y Sanford C. Garner, PhD, 2000. En Dietoterapia de Krause. 12ª.Ed.pag,167.  
**Elaborado por:** Estefanía Burgos.

El embarazo como tal, en la mayoría de los casos es no deseado, suele iniciar y/o reforzar, sin distinciones sociales, una serie de condiciones de vulnerabilidad asociadas a la propia prematuridad fisiológica, la falta de preparación psicológica para asumir una nueva responsabilidad, características propias del desarrollo y la adopción de roles de género tradicionales, así como a la pérdida de vivencias y adquisición de conocimientos propios de esta etapa (ENAPEA, 2015), obstaculizando de esta manera su desarrollo educativo, la

incursión de un proyecto de vida, aspectos de dependencia socioeconómica, general un potencial riesgo psicosocial ante la vida, la salud y el bienestar de este binomio madre e hijo (OMS, 2005).

## **2.2. Nutrición de la Adolescente Embarazada (AE)**

Durante la adolescencia existe un crecimiento y desarrollo físico acelerado, que aumenta significativamente las necesidades nutricionales y aun más con la presencia de un embarazo, el cuerpo demandará de energía y nutrientes adicionales, colocándola a la adolescentes en un riesgo nutricional, pues se enfrenta metabólicamente a una competencia de abastecimiento de nutrientes para sí misma y su feto (Scholl et al., 1993; Story y Stang, 2000)

### **2.2.1. Definiciones importantes**

Esta investigación busca indagar características de la dieta de la AE, y conocer sus prácticas alimentarias, para así analizar su tendencia nutricional durante el embarazo, es importante conocer las definiciones y sus características, de algunos conceptos relevantes:

- **Alimentación:** Implica una serie de actos voluntarios y conscientes, que consisten en la elección, preparación e ingestión de alimentos.
- **Nutrición:** corresponde a la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo, implica también un proceso involuntario de alta complejidad biológica, que refiere a la distribución, utilización, transformación, almacenamiento y/o eliminación de los nutrimentos en el organismo. Se menciona que una buena nutrición, corresponde a una dieta suficiente equilibrada e incluso combinada con el ejercicio físico regular. En este sentido es un elemento fundamental para la buena salud. Y lo contrario, una mala nutrición, puede ocasionar la reducción de la

inmunidad, aumentar la vulnerabilidad de enfermar, alterar el desarrollo físico y mental, reducir la productividad y hasta la muerte (OMS, 2017)

- **Dieta:** se refiere a todas las sustancias alimenticias consumidas diariamente en el curso normal de vida. En este sentido, la *dieta normal* del ser humano tiene como fin mantener al individuo en un estado de suficiencia nutritiva, satisfaciendo sus necesidades en la etapa particular del ciclo de vida en que se encuentra. Esta dieta normal requiere la ingesta diaria de alimentos en porciones adecuadas según su edad y condición de salud, caracterizada bajo las siguientes características fundamentales (Mahan y Escott, 2009):

1. **Adecuada**, es decir, ajustarse a la etapa de la vida, edad, sexo y estado funcional del sujeto.
2. **Suficiente y fraccionada**, que proporcione las cantidades de energía y nutrientes que las células de los diferentes tejidos y órganos del cuerpo necesita, durante varias veces al día.
3. **Variada**, la dieta deben figurar categorías químicas alimentarias que procedentes de diferentes fuentes (animal y vegetal) y de distinta naturaleza, se debe incluir todos los grupos alimentarios.
4. **Equilibrada**, es el requisito más difícil de cumplir y significa que cada componente alimentario y nutricional debe estar presente en la dieta ingerida en determinadas cantidades absolutas y relativas, con lo cual se evitaría el estrés de cualquier ruta metabólica a nivel tisular (de tejidos y función de órganos) , y por otro lado, el consumo excesivo y copioso de alimentos.

Es importante definir los hábitos alimentarios y las conductas alimentarias más frecuentes que caracterizan la etapa de la adolescencia, como lo describe el siguiente cuadro:

**Cuadro 2: Hábitos y conductas alimentarias en la adolescencia**

<b>HÁBITOS ALIMENTARIOS EN LA ADOLESCENCIA</b>	<b>FACTORES INFLUYENTES Y CONDUCTUA ALIMENTARIA</b>
Un consumo irregular de comidas saludables	La mayoría de adolescentes son conscientes de la importancia de la nutrición y conocen cuáles son los componentes de una dieta saludables, pero son muchos los obstáculos que encuentran para elegir alimentos y bebidas sanas.
Bocadillos excesivos	Los adolescentes mencionan que el sabor, el tiempo, la comodidad, el beneficio percibido del alimento y el contexto de la situación en que tiene lugar la comida, son factores claves para la elección de sus alimentos y bebidas, y las cantidades que consumen.
Las comidas fuera de casa y en locales de comida rápida	La disminución de la influencia de la familia sobre las elecciones alimentaria y de salud, el aumento de las influencias de los compañeros, la mayor exposición a los medios de comunicación, la mayor prevalencia de empleo fuera de casa, una mayor capacidad para el gasto discrecional y el incremento de las responsabilidades, les deja menos tiempo para comer con sus familias preparaciones caseras saludables.
Esquemas dietéticos enfocados en la apariencia y aceptación física y no en la salud	Algunos adolescentes carecen de la capacidad de asociar los hábitos alimentarios actuales con el riesgo futuro de enfermedad, y no se preocupan por su salud futura, sino que adoptan conductas sanitarias que demuestran su búsqueda de autonomía y que les hace sentir más adultos.
Saltarse comidas durante el día, principalmente el desayuno	La falta de tiempo para localizar o preparar alimentos sanos suele mencionarse como el obstáculo más importante para una alimentación saludable y adecuada.

**Fuente:** Mahan y Escott, (2009); Story y Stang, (2000).

**Elaborado por:** Estefanía Burgos.

### **2.2.2. Necesidades Nutricionales**

En esta sección se detallará únicamente los nutrientes más relevantes en la dieta de la adolescente gestante, tanto macronutrientes como micronutrientes.

#### **A. Macronutrientes**

##### **a) Energía:**

Los requerimientos energéticos van a estar influenciados por varios factores, como el estado de crecimiento de la adolescente, el peso previo a la concepción, la actividad física que se realice, la etapa de embarazo y la composición corporal. Es de suma importancia, satisfacer esta necesidades de energía, con macro y micronutrientes, pues caso contrario no pueden

utilizarse eficazmente para diversas funciones metabólicas, indispensable en el crecimiento y desarrollo de la madre y del feto (Story y Stang, 2000).

Los requisitos de energía son mayores para las adolescentes embarazadas que para sus compañeras no embarazadas por ejemplo. Una de las recomendaciones, desde 1990 por el Instituto de Medicina de Washington, DC., sugiere que las mujeres embarazadas deben aumentar a su ingesta media de energía unas 300 calorías por día durante el segundo y tercer trimestre del embarazo. Este Instituto ya para el año 2002, presenta con mayor especificación, una tabla de ingesta dietética de referencia, con las cantidades diarias recomendadas y la ingesta adecuada a las mujeres por edad y estado gestacional o período de lactancia (*ver Tabla 1*), donde se observa que la adolescente embarazada debe adicional a su ingesta dietética diaria recomendada, en el primer trimestre 10 calorías, para el segundo trimestre 340 calorías y para el tercer trimestre 452 calorías (Institute of Medicine, 2002).

Es importante considerar, que las adolescentes más jóvenes, menores de 15 años, pueden requerir una mayor ingesta de energía durante el embarazo que las mujeres mayores. Por lo general, las adolescentes embarazadas no deben consumir menos de 2.000 calorías al día, y en muchos casos, se necesitan dosis más altas. Debido a que las necesidades calóricas son tan variables (38-50 Kcal / kg / día) (Institute of Medicine, 2002), en este sentido según la OMS la mejor garantía de un consumo adecuado de energía es un aumento de peso satisfactorio, el cual oscila entre 11 a 16 kg durante el período gestacional, dependiendo si el peso de la embarazada se encuentra en el rango normal y un entorno saludable. Ya que si la embarazada presenta bajo peso, se recomienda una ganancia de peso de 13 a 18 kg, y si presenta sobrepeso u obesidad, una ganancia de peso entre 7 a 11 kg (Institute of Medicine, 2002; OMS, 2013).

**b) Proteínas:**

Uno de los nutrientes importantes durante la gestación son las proteínas, pues al ser estas responsables de la formación de nuevos tejidos y órganos, también proveen aminoácidos necesarios para la formación de enzimas, anticuerpos, células musculares y colágeno, sumamente necesarios para apoyar el desarrollo continuo y saludable del feto en la madre adolescente (Institute of Medicine, 2002). La recomendación de ingesta adecuada, para las proteínas en mujeres adolescentes es de aproximadamente 46 g por día. Se recomienda así una asignación adicional de 10 g por día durante el embarazo (*ver tabla 1*).

Dentro del mercado y publicidad alimentaria, existen numerosas fórmulas proteínicas, en forma polvo o suplemento, bebidas especialmente formulados con alto contenido en proteínas, estas según estudios pueden ser potencialmente dañinas (aumentando el riesgo de parto prematuro) y deben evitarse durante el embarazo con mayor énfasis en adolescentes gestantes (Story y Stang, 2000).

Generalmente las dietas de mujeres adolescentes ecuatorianas, tanto embarazadas como no embarazadas, muestran que la mayoría cumple con los requerimientos de la ingesta de proteínas, solo se observa en la población en general a un 11%, perteneciente a la Región Sierra Rural, que no cumple con los requerimientos proteicos (ENSANUT-ECU., 2012 y MSP/INEC).

**Tabla 1: Ingesta dietética de referencia, cantidades diarias recomendadas e ingesta adecuada en mujeres embarazadas**

	14-18 años de edad	19 - 50 años de edad	Embarazo
Calorías (Kcal)	2368	2403	+10 1.er trimestre +340 2.er trimestre +452 3.er trimestre
Proteínas (g)	46	46	71
Carbohidratos (g)	130		175
Lípidos (g)	11		13
Fibra (g)	26		28
Vitamina A (µg RE)	700	700	770 (>18 a.) 750 (≤18 a.)
Vitamina D (µg)	5	5	5
Vitamina E (mg α-TE)	8	15	15
Vitamina K (µg)	55	90	90 (>18 a.) 75 (≤18 a.)
Vitamina C (mg)	60	75	85 (>18 a.) 80 (≤18 a.)
Tiamina (mg)	1	1.1	1.4
Rivoflavina (mg)	1	1.1	1.4
Niacina (mg NE)	14	14	18
Vitamina B6 (µg)	1.2	1.3	1.9
Folato (µg)	400	400	600
Vitamina B12 (µg)	2.4	2.4	2.6
Biotina (µg)	25	30	30
Ácido Pantoténico (mg)	5	5	6
Colina (mg)	400	425	450
Calcio (mg)	1300	1000	1000 (>18 a.) 1300 (≤18 a.)
Fosforo (mg)	1250	700	700 (>18 a.) 1250 (≤18 a.)
Magnesio (mg)	360	310	350 (>18 a.) 400 (≤18 a.)
Flúor (mg)	3	3	3
Hierro (mg)	15	18	27
Cinc (mg)	9	8	11 (>18 a.) 12 (≤18 a.)
Yodo (µg)	150	150	220
Selenio (µg)	55	55	60

NE, equivalente de Niacina; RE, equivalente de retinol; α-TE, alfa-tocoferol.   Mayor énfasis.

**Fuente:** Modificado del Institute of Medicine, Washington D.C.(IOM, 2002). En Dietoterapia de Krause. 12ª.Ed.pag,170. **Elaborado por:** Estefanía Burgos.

En este sentido hay que tener en cuenta que existen factores que pueden aumentar el riesgo de una ingesta inadecuada de proteínas, (Institute of Medicine, 2002) tales como:

- ✓ Bajo nivel socioeconómico (los alimentos proteínicos tienden a ser caros)
- ✓ Bajo consumo de energía (cuando no se satisfacen las necesidades de energía, la proteína se cataboliza para obtener energía)
- ✓ La exclusión de todos los productos de origen animal, como los huevos, los productos lácteos y las carnes (se produce más comúnmente en vegetarianos, veganos o macrobióticos, o en adolescentes con trastornos alimentarios)

Y por otro lado, tener en cuenta que existen factores relacionados a hábitos alimentarios adquiridos en una sociedad, que tiende al exceso de consumo ciertos nutrientes, sea por facilidad de acceso o costumbres en patrones alimentarios establecidos, todo exceso representará repercusiones en el estado nutricional de la persona, y con mayor importancia en un estado gestacional.

### ***c) Carbohidratos:***

El carbohidrato, es el macronutriente de mayor consumo en la dieta, representa entre el 50 a 60% de ingesta energética total diaria. Sin embargo varias sociedades exceden su requerimiento de consumo provocando un riesgo de sobrepeso y obesidad, junto al llevar una vida sedentaria. En el Ecuador, las adolescentes consumen un exceso de carbohidratos en aproximadamente un 23%. Los alimentos que más contribuyen al consumo diario de carbohidratos a escala nacional y en Quito son: arroz, azúcar, pan, papa, plátano y gaseosa, siendo mayor el consumo en el quintil de menores ingresos económicos (ENSANUT-ECU., 2012 y MSP/INEC). En este sentido, también se ha demostrado que el consumo altas



cantidades de arroz y leguminosas, agravan la biodisponibilidad de absorción de hierro, pues estos alimentos contienen una sustancia inhibidora de hierro, denominada fitatos, exponiendo a grupos poblacionales al desarrollo de anemia (Hambidge et al., 2008; citado por ENSANUT-ECU., 2012).

Según el IOM, recomienda que la medida estimada de requerimientos de carbohidratos durante el embarazo es de 135 g/día y la ingesta adecuada es de 175 g/día (Institute of Medicine, 2002), esta ingesta proporcionará alrededor de 700 calorías, suficientes en la dieta para prevenir la cetosis y mantener una glucemia apropiada durante la gestación. Es necesario elegir adecuadamente los alimentos para incluir todos los nutrientes indispensables en la dieta del embarazo (Mahan y Escott, 2009).

#### ***d) Lípidos:***

La cantidad de grasa de la dieta durante el embarazo dependerá de los requerimientos de calorías para que el aumento de peso sea el correcto. El Institute of Medicine, en el año 2002, realiza la recomendación de una ingesta adecuada de 13 g/día, para la cantidad de ácidos grasos n-6 poliinsaturados (ácido linoleico) y 1.4 g/día para la cantidad de ácidos grasos poliinsaturados n-3(ácidos alfa-linoleico) en la dieta (Institute of Medicine, 2002).

### ***B. Micronutrientes***

#### ***a) Folato:***

El folato, es un nutriente esencial para la síntesis de ácidos nucleicos, se requiere en mayores cantidades durante el embarazo como resultado del crecimiento del tejido materno y fetal, y la formación de glóbulos rojos, donde la deficiencia de folato durante el embarazo puede resultar en retraso del crecimiento intrauterino, desarrollo de anemia, anomalías congénitas o aborto espontáneo (Peña Rosas et al., 2012). Por lo que se recomienda una

ingesta adecuada diaria, para el folato durante el embarazo de 600  $\mu\text{g}$  /día, un incremento de 200 $\mu\text{g}$  con respecto a las mujeres que no están embarazadas. Proporcionando 400  $\mu\text{g}$  en forma de alimentos fortificados con folatos o con suplementos, porque es mejor la absorción del nutriente, y 200  $\mu\text{g}$  cubrirlos en los alimentos y bebidas de la dieta (Institute of Medicine, 2002).

Además, los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) han recomendado que todas las mujeres en edad fértil aumenten su ingesta de ácido fólico, ya que en caso de las AE la mayoría de casos no son embarazos planeados y el tubo neural se cierra a los 28 días de la gestación (antes de que la mayoría de las jóvenes se den cuenta que están embarazadas). Por tanto, el suplemento con ácido fólico debe empezar antes de la concepción, de ahí la recomendación general de los CDC y la OMS de aumentar la ingesta de folato durante los años de edad fértil (Mahan y Escott, 2009; OMS, 2014).

Las dietas de los adolescentes suelen estar limitadas en folato, ya que las adolescentes saltan el desayuno o que tienen cantidades limitadas de frutas y verduras incluidas en sus dietas, por lo que presentan un mayor riesgo de ingesta inadecuada de folato. Generalmente las fuentes de alimentos que contienen ácido fólico, en la forma sintética de folato, se encuentra en el pan enriquecido, pasta, galletas saladas, cereales integrales y arroz. Las buenas fuentes de folato incluyen: fréjol seco, lentejas, garbanzos, maní, jugo de naranja, naranjas, fresas, jugo de piña, kiwi, hojas verdes, maíz dulce, remolacha y brócoli (Story M. y Stang J., 2000).

#### ***b) Hierro:***

La deficiencia de hierro es uno de los problemas nutricionales más comunes entre las mujeres embarazadas en general, pues se presenta en todos los grupos socioeconómicos (OMS, 2008). La necesidad de hierro aumenta durante la adolescencia debido al aumento de

la masa magra propio del crecimiento y desarrollo, el aumento de producción de glóbulos rojos y el inicio de la menstruación, y durante el embarazo las necesidades de hierro aumentan aún más, debido a la expansión del volumen plasmático materno y el crecimiento del feto y la placenta. Además, a medida que avanza el embarazo esta necesidad de hierro aumenta, a lo largo del segundo trimestre alcanza un pico de exigencia menor y en el tercer trimestre, pues las demandas fetales son mayores (Ransom y Elder, 2003, Zimmermann y Hurrell, 2007).

La anemia por deficiencia de hierro, durante los dos primeros trimestres se asocia con un doble aumento del riesgo de parto prematuro y un triple aumento del riesgo de dar a luz un niño con bajo peso al nacer (< 2500 gramos) y con disminución de las reservas hierro (Balarajan et al., 2011). Por ello, los niños y niñas nacidos de madres anémicas tienen un mayor riesgo de presentar anemia y deficiencia de hierro, incluso antes de los 6 meses de edad, problema que se incrementa durante el periodo de lactancia exclusiva, ya que las cantidades de hierro aportadas en la leche materna de una madre anémica son disminuidas. Al igual que ocurre al iniciar la alimentación complementaria, con escasas cantidades de hierro, convirtiendo esta población infantil en un grupo altamente vulnerable (Ransom y Elder, 2003). Pues la prevalencia de deficiencia de hierro en niños menores de 5 años de todos los grupos de edad, está por encima del 20%, reflejando una alteración de la función cognitiva y el desarrollo conductual y emocional, traducándose en graves pérdidas económicas y de la capacidad productiva de un país (OMS, 2014; Serie 8 The Lancet: Nutrición Materno-infantil, 2013).

Y aunque las tasas de anemia varían según la región, en general, aproximadamente una de cada dos niñas en países en desarrollo tiene anemia nutricional, que puede aumentar

el riesgo también de aborto espontáneo, mortinatalidad y muerte materna (Pathfinder International, 2011; Ransom y Elder, 2003).

Los datos nacionales sugieren que la existencia de una alta probabilidad de presentar consumos inadecuados de hierro (>97%) en las adolescente comprendidas entre 9 y 18 años, y en la población a escala nacional. De hecho, la anemia por deficiencia de hierro, es un problema de salud en el país, que ha sido transmitido de madres a hijos y se observa una alta prevalencia de anemia en los niños y niñas de 6 a 11 meses (63.9%), lo que pone en evidencia la preexistencia de una deficiencia de micronutrientes en mujeres en edad fértil y durante el embarazo (ENSANUT-ECU., 2012. MSP/INEC) .

En este sentido, la ingesta recomendada de hierro, durante el embarazo es de 30 mg al día, un nivel dos veces superior al de las adolescentes no embarazadas. Aunque exista una mejor absorción de hierro durante el embarazo, este nivel no es probable lograrlo por medio de la dieta (INAGG, 2002). Por tal motivo, para satisfacer los requerimientos de hierro durante el embarazo y prevenir la anemia por deficiencia de hierro, la OMS recomienda administrar suplementos de hierro a dosis (30 mg / día) por vía oral desde la primera visita prenatal y durante el embarazo, también recomienda elevar la dosis a 30 mg / día, en entornos donde la anemia en embarazadas constituya un problema de salud pública, o las gestante presente una preexistencia de anemia, hasta que la concentración de hemoglobina ascienda a un valor normal, y se pueda proveer a las gestantes la dosis prenatal recomendada para prevenir una recaída. La misma recomendación de suplementación, se realiza con el ácido fólico (400 µg ) por vía oral, durante todo el embarazo y la lactancia (OMS, 2014).

Para asegurar una adecuada absorción de hierro, los suplementos de hierro deben tomarse a la hora de acostarse o entre las comidas con agua o jugo, no con leche, té o café. Y se recomienda incentivar a las adolescentes embarazadas, a consumir alimentos ricos en

hierro como son las carnes, fréjol seco, lentejas y guisantes, verduras de hoja verde oscura, pan integral o panes enriquecidos y cereales fortificados; y alimentos que aumenten la absorción de hierro, como alimentos con alto contenido de vitamina C, como la guayaba, naranja, papaya, limones, fresas, melones, entre otras (Story y Stang, 2000).

***c) Calcio:***

Durante el embarazo, aproximadamente 25-30 g de calcio son transferidos al feto, y la una mayor parte se requiere durante el tercer trimestre, cuando el calcio se deposita en el esqueleto fetal, a una tasa de aproximadamente 330 mg por día. Por lo que se recomienda una ingesta de 1300 mg/día (Institute of Medicine, 1990; Institute of Medicine, 2002).

Los datos nacionales sugieren que la existencia de una alta probabilidad de presentar consumos inadecuados calcio (>97%), en las adolescente comprendidas entre 9 y 18 años, y se observa que el consumo de calcio disminuye conforme se incrementa la edad en el resto de la población ecuatoriana(ENSANUT-ECU., 2012. MSP/INEC)

Según, Yates, Schlicker y Sutor (1998), mencionan que la ingesta diaria recomendada para el calcio, durante el embarazo, no aumentan por encima de los niveles de las mujeres no embarazadas, ya que la absorción de calcio aumenta durante el embarazo. Y explica que si bien es cierto, la adolescente embarazada, teóricamente, podría tener una mayor necesidad de calcio, por el requerimiento de sostener su propio hueso, así como la del feto. En este sentido, la ingesta adecuada de calcio es especialmente importante para las adolescentes embarazadas que todavía están aumentando su masa ósea, dentro de su proceso de crecimiento normal, pues según una investigación alrededor de un 40% del pico de masa ósea se acumula en las niñas durante la adolescencia.

Con respecto a la suplementación del este mineral, el Institute of Medicine (2002), recomienda en caso de ser necesario, sea por ejemplo, intolerancia a la lactosa o por la poca

disponibilidad de lograr una ingesta recomendada de calcio en la dieta, suministrar 600mg de calcio al día. E indica que los suplementos de múltiples nutrientes (multivitamínicos) no proporcionan mucho calcio, por lo es necesario el suplemento de calcio por separado. Y este a diferencia del hierro, la absorción de calcio se mejora cuando el suplemento se toma con las comidas en lugar de entre las comidas.

***d) Vitamina A:***

La carencia de vitamina A es un problema de salud pública en la población de mujeres, afectando a 19 millones de embarazadas mayormente en los continentes de África y Asia. Durante el embarazo, la vitamina A es importante para la salud de la madre y para la salud y el desarrollo del feto, debido a la importancia durante la división celular, el crecimiento de órganos y huesos de feto, el mantenimiento del sistema inmunitario para fortalecer las defensas frente a la infección, el desarrollo de la visión, así como la conservación de la salud ocular y la visión nocturna de la madre (OMS, 2011).

Según Mahan y Escott (2009), las concentraciones de vitamina A en sangre del cordón, se ha correlacionado con el peso al nacer, el perímetro craneal, la talla y la duración de la gestación. La cantidad diaria recomendada de vitamina A, durante el embarazo es de 770 µg, en gestantes mayores de 18 años, y para gestantes menores de 18 años se recomienda 700 µg, cantidad que es difícil de alcanzar solo con la alimentación (Institute of Medicine, 2002).

Las embarazadas corren riesgo de sufrir una carencia de vitamina A, mayormente en el tercer trimestre de gestación, debido al desarrollo acelerado del feto y al aumento fisiológico del volumen sanguíneo. Por lo que la embarazada debe alimentarse con alimentos fuentes de provitamina A, como las hortalizas y frutas (la zanahoria, calabaza, papaya), aceite

rojo de palma y entre otros alimentos de origen animal, como los lácteos (leche entera, yogurt, queso), el hígado, los aceites de pescado y la leche humana (Story y Stang, 2000).

### ***C. Recomendaciones: Agua, Líquidos y porciones:***

El agua ayuda al cuerpo a mantener la temperatura adecuada, a transportar nutrientes (digestión propio y por medio del condón umbilical), humedeciendo el tracto digestivo y los tejidos, amortigua y protege al feto en desarrollo. Por lo que la necesidad del consumo de líquidos aumentan durante el embarazo, principalmente debido al aumento del volumen sanguíneo (Lenders, McElrath y Scholl, 2000)

Se recomienda un consumo habitual de 1,5 litros/día, con un límite superior de 2,3 litros/día, líquidos no cafeinados como el agua, siendo esta la mejor opción, ya que es rápidamente absorbida por el cuerpo, así también la leche, el jugo y las bebidas no cafeinados tales como tés medicinales, contribuyen a satisfacer las necesidades de fluidos en el cuerpo de la gestante (Story y Stang, 2000).

Así también Lenders et al., (2000), recomienda que las bebidas con cafeína tienden a aumentar la producción urinaria y se deben consumir en cantidades limitadas. Pues la micción frecuente es una queja habitual en las embarazadas y pueden presentar mayores probabilidades de infección urinaria, litiasis renal y estreñimiento, si la gestante no mantiene una hidratación idónea.

Dentro de las directrices de alimentación y nutrición durante el embarazo, se menciona la necesidad de que la gestante consuma una dieta balanceada, variada, ajustada a sus requerimientos nutricionales y suficiente, en este sentido se recomienda la ingesta de manera variada de todos los grupos alimentarios, con un especial énfasis en el aumento de consumo

de proteínas (entre 5 a 7 porciones), 3 porciones de lácteos y 5 porciones de verduras y frutas al día (Mahan y Escott, 2009)(ver *Ilustración 3*).

### **Ilustración 3: Referencias diarias de porciones alimentarias diarias, por grupo de alimentos para embarazadas según la edad**

<b>Guía de alimentación diaria para mujeres</b>			
<b>Grupo de alimentos</b>	<b>Número mínimo de porciones</b>		
	<b>No embarazadas de 11 a 24 años</b>	<b>No embarazadas de 25 a 50 años</b>	<b>Embarazadas o en lactancia</b>
Proteínas en alimentos	5*	5*	7 <sup>†</sup>
Leche y derivados	3	2	3
Pan, cereales	7	6	7
Integrales	4	4	4
Enriquecidos	3	3	3
Frutas, verduras	5	5	5
Ricas en vitamina C	1	1	1
Ricas en $\beta$ -carotenos	1	1	1
Ricas en folatos	1	1	1
Otras	2	2	2
Grasas insaturadas	3	3	3

Modificado de Nutrition during pregnancy and the postpartum period: a manual for health care professionals, 1990, California Department of Health Services, Maternal Child Health Branch.

\*Equivalente en proteínas a 150 g de proteína animal; al menos tres porciones por semana deben ser de proteínas vegetales.

<sup>†</sup>Equivalente en proteínas a 200 g de proteína animal; al menos una porción por semana debe ser de proteínas vegetales.

**Fuente:** En Dietoterapia de Krause. 12ª.Ed.pag,177.

**Elaborado por:** Mahan y Escott, 2009.

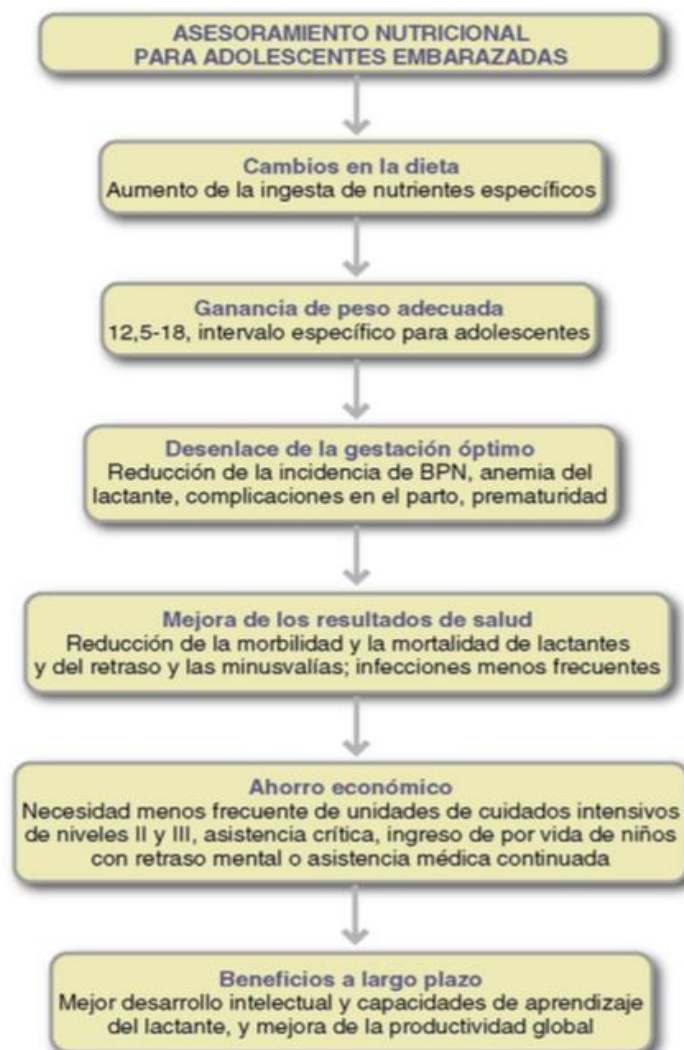
#### **2.2.2. Estrategias para el cambio del comportamiento alimentario**

La publicación de la OMS, en el año 2005, específica a la Nutrición en la Adolescencia, determinó que esta etapa de la vida ofrece una oportunidad para prepararse para una vida productiva y reproductiva sana, y para prevenir la aparición de enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición en la vida adulta, por lo que el personal de salud debe invertir sus esfuerzos en formar y desarrollar destrezas de corresponsabilidad con los adolescentes en el ámbito de salud y nutrición, por medio de mecanismo efectivos, basados en evidencia, de asesoramiento nutricional.



Mahan y Escott, (2009), recomiendan un modelo para el asesoramiento nutricional dirigida a la adolescente embarazada (*ver Ilustración 4*), tomando en cuenta el aumento de los requerimientos nutricionales, la necesidad de una ganancia de peso adecuada, el control de enfermedades materno-infantiles por causa de deficiencia nutricionales, la mejora de resultados de la salud, el ahorro económico por una poca recurrencia hospitalaria ante complicaciones durante el embarazo, en función de los beneficios a largo plazo, en la conducta alimentaria y los cambios de comportamiento de la AE. Este modelo busca cambios en los hábitos alimenticios durante el embarazo, la mejora de los resultados del parto y el desarrollo de hábitos alimenticios positivos a largo plazo.

#### **Ilustración 4: Proceso del Asesoramiento Nutricional de la Adolescente Embarazada**



**Fuente:** En Dietoterapia de Krause. 12ª.Ed.pag,177.

**Elaborado por:** Mahan y Escott , 2009.

Así también, los reportes mundiales de la Serie de Nutrición Materno Infantil, publicada en la revista *The Lancet*, en el año 2013, desarrolla, dentro de un nuevo marco de acciones, la importancia de apuntar en las intervenciones y programas específicos de nutrición, hacia el comportamiento alimenticio y estimulación de la madre, para lograr una óptima nutrición y desarrollo fetal e infantil, y el empoderamiento de las mujeres sobre salud y nutrición de ellas y sus hogares, por medio de la construcción de un entorno favorable que les permita aprender, adoptar y ejecutar los conocimientos de una manera sostenible, que genere cambios en la conducta alimentaria y resultados positivos del cuidado de la salud y la nutrición en las futuras generaciones.

Las estrategias propuestas en las ciencias del cambio de comportamiento, se encuentran en el abordaje de las Neurociencias con un enfoque educativo, denominando también como Neuroeducación, que implica el estudio del funcionamiento cerebral de seres humanos, en relación a la forma de cómo se llevan a cabo diversos tipos de procesamiento de información a partir de modelos cognitivos, donde se asegure por medio de estímulos fisiológicos, la puesta en marcha de los conocimientos y destrezas aprendidas y en desarrollo, con la modulación del comportamiento (Prabhakaran, Narayanan, Zhao y Gabrieli, 2000).

Varios estudios mencionan, en lo que compete a la conducta de los adolescentes ante el aprendizaje, que ello suelen estar abiertos a nuevas ideas, muestran curiosidad e interés en aprender, siempre y cuando sea novedoso, los desafíe o rete a desarrollar nuevas capacidades y aspectos sociales innatos (Thomas y Dennison, 1996; citado por Montgomery, 2003). Pues según la OMS, (2005) muchos hábitos adquiridos durante la etapa de la adolescencia durarán

toda la vida, ya que con el aumento de la edad, las preferencias personales de los adolescentes son prioritarias sobre los hábitos alimenticios adquiridos en la familia, y tienen un control progresivo sobre lo qué, cómo, cuándo y dónde comen. Por lo que es vital para el futuro de las nuevas generaciones el aspecto nutricional bien manejado en ellos.

Una revisión sistemática y metaálisis de 34 estudios sobre programas de asesoramiento sobre nutrición (incluidos 11 estudios realizados en países de ingresos bajos y medios), halló que el asesoramiento sobre nutrición con énfasis en el cambio de la conducta alimentaria, permitieron mejorar el aumento de peso gestacional en 0,45 kg, reducir el riesgo de anemia al final del embarazo en un 30%, aumentar el peso del recién nacido en 105 gramos y reducir el riesgo de parto prematuro en un 19% (Girard y Olude, 2012).

Según Ota, et al. (2012), el asesoramiento sobre nutrición, por medio de distintos canales, como por ejemplo, mediante visitas domiciliarias, o sesiones organizadas en los dispensarios u otros establecimientos de salud, en un ambiente grupal, se centran en mejorar la calidad de la dieta y obtener una comportamiento alimentario saludable, instruyendo a las mujeres sobre cuáles son los alimentos y las cantidades que es necesario consumir para tener una ingesta alimentaria óptima.

Así también, se propone dentro de un programa realizado en Virginia, USA (2017), denominado “Virginia 4-H and the Family and Nutrition Program: The Teen Cuisine”, una estrategia para promover hábitos alimentarios saludables y rescatar la comida casera, a través de programas culinarios grupales, en los entornos escolares, con participación familiar, amigos y profesionales de la gastronomía. Este programa tiene la finalidad de modular el comportamiento nutricional del adolescente para el cambio de hábitos alimentarios que repercuta en la mejora de su estado de salud (Price, Carrington y Serrano, 2017).

Además, otro estudio denominado “Adolescent Cooking Abilities and Behaviors: Association with Nutrition and Emotional Well-Being”, menciona que el aprender a cocinar y tener la oportunidad de prepararse los alimentos por sí mismos los adolescentes, puede proporcionárseles un medio único para que los adolescentes desarrollen habilidades para la vida y contribuyan positivamente a sus familias. Por lo que recomiendan que las futuras investigaciones, examinen las relaciones conductuales entre la cocina y la salud, ya que da medidas y resultados más allá de la nutrición, como la importancia de las relaciones sociales y el bienestar emocional (Utter, Denny, Lucassen y Dyson, 2016).

Si bien en todo el mundo se refleja las interacciones complejas de la biología, el comportamiento personal y los factores sociales y ambientales, para el desarrollo de enfermedades en el campo de la Nutrición, en la actualidad tiene un mayor reconocimiento de la importancia del asesoramiento nutricional, ya que en un análisis de evidencia en más de 300 estudios, se demuestra que el asesoramiento nutricional es más probable que sea eficaz cuando se centra en el comportamiento/acción (en lugar de sólo el conocimiento) y se vincula sistemáticamente la teoría, la investigación y la práctica (Contento, 2008) .

Esta autora del libro “Nutrition Education: Linking Research, Theory and Practice”, recomienda tres componentes esenciales para el asesoramiento nutricional (Contento, 2011):

1. Un componente motivacional, donde el objetivo es aumentar la conciencia y mejorar la motivación al abordar creencias y actitudes a través de estrategias de comunicación efectivas. Aquí se selecciona el enfoque conductual, la teoría y la investigación de las ciencias del comportamiento y nutrición, recursos que se utilizan para diseñar estrategias educativas apropiadas para lograr comportamientos específicos. Los resultados son los impactos a corto, medio o largo plazo de un programa de nutrición.

2. Un componente de acción, donde el objetivo es facilitar la capacidad de las personas para actuar a través de la fijación de metas y habilidades de autorregulación cognitiva.
3. Un componente ambiental, donde los educadores de nutrición trabajan con los encargados en la formulación de políticas, y otros para promover apoyos ambientales para la acción.

Además, Mahan y Escott (2009), recomiendan que el asesoramiento nutricional enfocado a los adolescentes debe hacer énfasis en los beneficios a corto plazo, por ejemplo la mejora del rendimiento escolar, la apariencia sana y tener mayor energía. Por medio de mensajes positivos, concretos y adecuados al grado de desarrollo cognitivo y físico, insistiendo en el desarrollo de destrezas o habilidades que les ayuden a hacer elecciones saludables, como la búsqueda de alimentos con no más de 5g de grasa por ración, pedir carnes guisadas en lugar de fritas y elegir bocaditos horneados con el contenido de alguna verdura o fruta, son estos y otros conceptos creativos, que deben incluirse para un cambio de la conducta alimentaria en la AE. Pues hoy se habla de un asesoramiento nutricional basado en el cambio del comportamiento, que genere resultados prácticos y sostenibles en el estado salud, el estado nutricional y el estilo de vida de la de la población adolescente, en la madres, los niños y los hogares.

### **2.3. Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) en salud y nutrición**

La Organización de la Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), ha desarrollado una nueva guía de para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición, definiendo de la siguiente manera estos elementos (FAO, 2014):

- **Conocimientos:** Es la comprensión de cualquier tema dado, haciendo referencia a la comprensión individual de la nutrición, incluida la capacidad intelectual de recordar

la terminología relacionada con la alimentación y la nutrición, los elementos específicos de información y los hechos.

- **Actitudes:** Son las creencias emocionales, motivacionales, perceptivas y cognitivas que influyen positiva o negativamente en el comportamiento o la práctica de un individuo. Se menciona también que la conducta alimentaria está influenciada por sus emociones, motivaciones, percepciones y pensamientos propios y de su entorno medioambiental.
- **Prácticas:** Son las acciones observables de un individuo que podrían afectar la nutrición de su persona o de otros, tales como: comer, lavarse las manos, cocinar en casa, comer fuera de casa y seleccionar alimentos, etc. Se menciona que la práctica y el comportamiento son términos intercambiables, aunque la práctica tiene una connotación de comportamiento de larga data o comúnmente practicado.

Sin embargo la FAO, recomienda que la aplicación de la metodología de CAP sea por medio de métodos de investigación cuantitativa o cualitativa, considere un análisis más amplio de la situación nutricional en estudio, teniendo en cuenta un contexto social y los factores ambientales que influyen sobre los CAP de las participantes.

Según la antropóloga médica Annika Launiala, en uno de sus estudios menciona que las encuestas cuantitativas que recopilan datos de conocimientos, actitudes y prácticas, tienden a ser usadas para planificar programas de salud pública, sin embargo estas presentan un serio sesgo en la exclusión del contexto social, cultural, ambiental y las experiencias vividas de quienes proporcionan los datos, por lo que las medidas de estos componentes CAP no reflejan una verdadera utilidad para una planificación en salud. Por lo que recomienda, que si el objetivo es estudiar los CAP en salud, el investigador tenga presente el contexto social y medioambiental, los métodos etnográficos adecuados, incluyendo discusiones de grupos

focales, entrevistas en profundidad, observación participante y diversos métodos participativos, o a su vez la combinación de métodos cualitativos y cuantitativos. Todo ello permitirá brindar un aporte sustancial e incluso interdisciplinario para cualquier intervención en salud (Launiala, 2009).

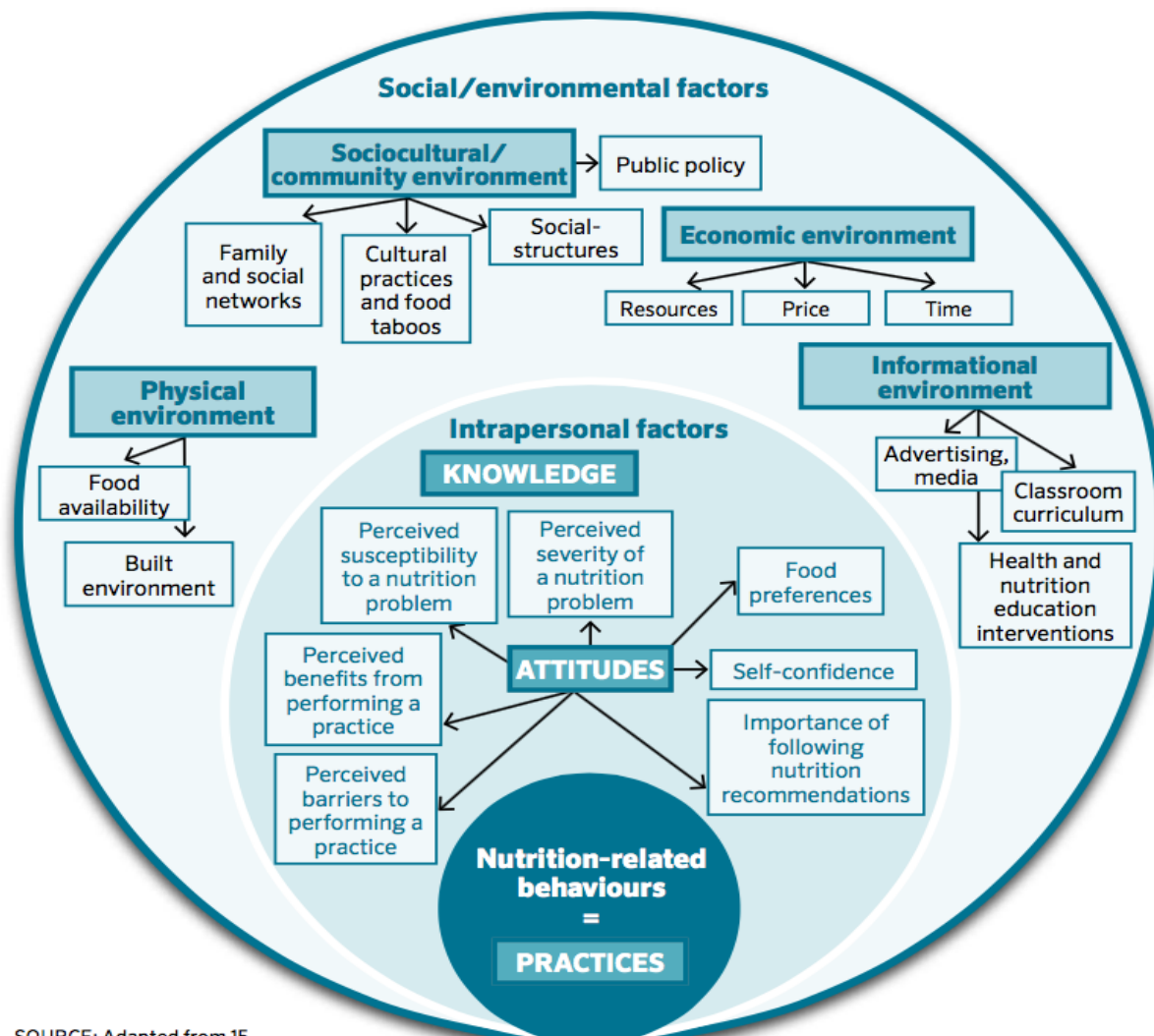
Así también menciona Launiala y Honkasalo (2007), que otro problema de no tener en cuenta los factores socioculturales, factores ambientales, económicos y estructurales en los datos de las encuestas CAP en salud, es usarlas para planificar actividades destinadas a cambiar el comportamiento, basándose en una falsa suposición de que existe una relación directa entre el conocimiento y el comportamiento, lo cual no es real, pues varios estudios han demostrado que el conocimiento es sólo uno de los factores que influyen en las prácticas de búsqueda a adherencia a un tratamiento o recomendación en salud, y para cambiar el comportamiento, los programas de salud deben abordar estos múltiples factores (Balshem 1993, Agricultor 1997, citado por Launiala y Honkasalo, 2007; Contento, 2011) (*Ver Ilustración 5*).

En este sentido, con referencia a la ilustración anterior, Contento (2011), menciona que la progresión del conocimiento, el cambio de las actitudes y las prácticas mejoradas, no sólo depende de la asimilación de la información y la acumulación de conocimientos, sino también de otros factores, entre ellos:

- Un entorno físico, que asegure la disponibilidad de alimentos y entorno construido y favorable para el desarrollo de buenas prácticas saludables.
- Un entorno sociocultural: las redes familiares y sociales (incluyendo las interacciones intra-residenciales y la toma de decisiones), las prácticas culturales, las estructuras sociales y las políticas públicas;
- Un entorno económico: recursos, precios y tiempo

- Un entorno informativo: la publicidad y los medios de comunicación.

**Ilustración 5: Factores sociales, ambientales e interpersonales que afectan a las prácticas nutricionales**



SOURCE: Adapted from 15.

**Fuente:** Nutrition Education: Linking Research, Theory and Practice

**Elaborado por:** Contento, (2011).

Pues, dentro del contenido de las teorías más antiguas y el "sentido común" a menudo se asume que los problemas relacionados con la salud y la nutrición, como la desnutrición, son principalmente el resultado de la falta de conocimiento. Esto conduce a la creencia de que un aumento en el conocimiento de las personas resultaría en una modificación en las



actitudes, lo que a su vez traerá nuevas o mejores prácticas. Sin embargo, la evidencia científica del vínculo entre el conocimiento y la práctica es débil, por lo que un modelo de CAP lineal, es considerado insuficiente para explicar el comportamiento humano (Contento, 2011; FAO, 2014)

Pero, si el objetivo es obtener una comprensión más amplia de la situación nutricional sobre un evento de salud, la FAO y varios autores recomiendan, que se debe explorar el contexto en el que la persona o grupo funciona, es decir, los factores externos a la persona o al grupo, que afectan su CAP. Este trabajo de investigación buscó la aplicación de preguntas guías, que indagan los CAP de las adolescentes embarazadas, bajo una metodología de investigación cualitativa, que brinda un comprensión más integral de las características dietéticas de esta población.

### 3. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Tipo de Estudio

Se realizó un estudio transversal cualitativo, con adolescentes embarazadas en tres establecimientos públicos de salud: Centros de Salud Tipo C: Comité del Pueblo, en Guamaní y en el Valle de los Chillos.

Uno de los fines de los estudios cualitativos es el identificar conocimientos, percepciones, actitudes, y prácticas por medio de métodos verbales, los cuales direccionan el comportamiento del individuo y de una colectividad respecto a un tema de interés, aproximándose a la vida de las personas, experiencias vividas, comportamientos, sentimientos. También brindan la posibilidad de definir movimientos sociales, el funcionamiento organizacional, los fenómenos culturales e incluso la interacción entre naciones (Strauss y Corbin, 1998:20). Además, por medio de una interacción entre diferentes técnicas cualitativas, la recolecta de datos, la organización, validación y análisis de los mismos, es posible construir un nuevo conocimiento, información y teorías, ya que busca dar respuesta al “porqué, cómo y cuáles circunstancias” de un tema de interés, más que “cuánto” (Patton, 2002).

Ulin, Robinson y Tolley (2006), explican que la investigación cualitativa es apropiada en investigaciones de salud y nutrición, ya que el comportamiento de las personas y sus decisiones se basan en percepciones, creencias y opiniones, las cuales no siempre pueden ser medidas numéricamente o cuantificadas, por lo que las técnicas cualitativas permiten comprender y explicar los significados subyacentes, y las relaciones entre percepciones o

ideas, decisiones y comportamientos. En este sentido, el propósito de este trabajo de investigación se ha basado en la adquisición y construcción de información de primera mano, desde las propias palabras de las adolescentes embarazadas, en cuanto a los conocimientos, percepciones y prácticas que caracterizan su dieta.

Este estudio se realizó en tres fases: el diseño y planificación, una recopilación de datos y el plan de análisis de los datos cualitativos.

### **3.2. Muestra Teórica**

Si bien un estudio cualitativo, no selecciona a sus participantes (muestra numérica aleatoria) basándose en conceptos de representatividad estadística, busca una representatividad teórica, y la capacidad de generar resultados a través de la selección de participantes que poseen *critérios de inclusión o selección* claramente establecidos, tomando en cuenta diferencias en las dimensiones de interés (Gobo, 2004; Patton, 2002), que en este caso giran alrededor de adolescentes embarazadas, como se describe más adelante.

El diseño de este trabajo de investigación, incluyó tres técnicas cualitativas: (i) observación estructurada de campo, (ii) grupos focales –GF y (iii) entrevista con informantes claves- IC. Además, se fundamentó en una estrategia de muestreo teórico, a través de la cual se seleccionaron participantes según dos criterios (Creswell y Clark, 2007; Glaser y Strauss, 1967; Strauss y Corbin, 2002).

(i) Capacidad de contribuir a los conocimientos del tema de interés (observación estructurada de campo, grupos focales e informantes claves);

(ii) Tener características fundamentales del estudio, que involucra variables como la edad, sexo y ubicación geográfica (para conformar grupos focales) o, conocimientos específicos sobre la atención, el tratamiento y/o la consejería nutricional brindada a la adolescente embarazada (para los informantes claves).

*Para los lugares de la observación estructurada de campo, se tuvo el criterio de:*

- Ubicación geográfica de los establecimientos de salud.
- Servicio de atención de salud y control prenatal a adolescentes.

*Para la selección de participantes de los GF, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:*

- Mujeres Adolescentes Embarazadas, en cualquier periodo de gestación.
- Edad comprendida entre los 10 a 19 años.
- Pacientes atendidas en los Centros de Salud: Guamaní, Comité del Pueblo y Valle de los Chillos, para su control prenatal.
- Primíparas o multíparas.
- Aceptan participar voluntariamente en el estudio previo a la aceptación formal de una invitación por escrito.

*Para la selección de los informantes claves, se entrevistó a:*

- Profesionales de salud, que traten con embarazo adolescente: Obstetra y Nutricionista.
- Madre de familia que convivan con una adolescente embarazada.

Este estudio se guió bajo dos principios metodológicos, para la identificación, distribución y reclutamiento de participantes, y las técnicas a ser empleadas, para de esta manera optimizar la validez del estudio cualitativo (Bowen, 2008; Creswell y Clark, 2007),

**Triangulación:** Se refiere a la obtención de información de diferentes fuentes, haciendo uso de varias técnicas y aplicando cada técnica varias veces.

**Saturación:** Se refiere a la continuidad de aplicar cada técnica hasta el momento donde ya no se adquiere información nueva. De esta manera para lograr la triangulación, se realizará tres técnicas de investigación: observación estructurada, discusiones de grupos focales (GF) y entrevistas con informantes claves (IC).

### **3.3. Recolección de Datos y Herramientas de Investigación**

#### ***3.3.1. Actividades previas al trabajo de campo***

- Se procedió a realizar una construcción y validación de guías para las diferentes técnicas de investigación cualitativa a ser aplicadas, para de esta manera realizar los ajustes necesarios, se elaboraron las preguntas en función de la “Guidelines for assessing nutrition-related Knowledge, Attitudes and Practices” de la Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO, 2015).
- Se solicitó los permisos necesarios para la ejecución de la observación estructurada, y los espacios disponibles para la realización de grupos focales en los establecimientos de salud de los diferentes sectores de Quito.

#### ***3.3.2. Observación estructurada de campo***

Se realizó primeramente la técnica de observación estructurada de campo, por parte de la autora, en la cual se procedió a la toma de notas manualmente de lo observado, en los establecimientos de salud sobre aspectos como: qué personal de salud asesora a las adolescentes embarazadas en cuanto a aspectos nutricionales, cómo son las consejerías nutricionales brindadas y la atención prenatal (proceso de admisión, consulta, tiempo destinado, seguimiento y consulta subsecuente), y cuál es el flujo de atención de adolescentes embarazadas en cada establecimiento de salud (*Ver Anexo I*).

Las actividades de observación estructurada de campo, contribuyó para adecuar aspectos logísticos de la realización de los grupos focales con las adolescentes embarazadas

en los establecimientos de salud, también fue útil para identificar específicamente los participantes para las entrevistas a informantes claves, y para apoyar a la contextualización del análisis de los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de las adolescentes embarazadas obtenidos en los GF y en las entrevistas con IC.

### **3.3.3. Grupos Focales**

La discusión de GF permitió que varios participantes conversen en un ambiente natural, abierto e interactivo, y en donde se sientan libres de expresar sus percepciones, opiniones, creencias y experiencias, en este caso sobre la temática de su alimentación. La discusión de GF es un ejercicio dinámico de contraste continuo de opiniones y percepciones porque los participantes expresan sus ideas en el contexto de las ideas articuladas por otros participantes. Esta técnica incluye la selección de individuos que comparten al menos una de las características de interés, pero que pueden variar en otros aspectos (Krueger y Casey, 2000).

Las discusiones de GF se realizaron por un equipo conformado de dos personas: una moderadora/facilitadora (la autora) y un asistente, donde la moderadora fue la responsable de la conducción y control de las discusiones, mientras que la asistente tomó notas textuales de las discusiones, registrando la participación de cada integrante del GF y de aspectos logísticos (arreglo de mesa y sillas, entrega de etiquetas de identificación, croquis de la mesa de participantes, compra y entrega de refrigerios e incentivos, y la grabación de audio de la discusión).

Dos GF fueron ejecutados en cada uno de los establecimientos de salud de Guamaní, Comité del Pueblo y, el Valle de los Chillos. Se intentó reclutar un promedio de ocho a diez

participantes por grupo aproximadamente, con una duración aproximada de 1 a 2 horas. Cada GF fue grabado y posteriormente transcrito en su totalidad (Krueger y Casey, 2000).

Debido a que la materia de discusión puede presentar una leve incomodidad a las participantes, aunque la información recolectada no fue altamente sensible, se les solicitó el consentimiento informado a sus padres o representantes legales por ser menores de edad, si ameritó el caso, y su asentamiento voluntario para participar en el estudio, garantizando la confidencialidad y privacidad de la información, y se explicó los propósitos del mismo.

Se realizó un proceso de reclutamiento, una semana antes a las fechas previstas de la realización de los GF con un recordatorio por vía telefónica del evento en cada sector, para así asegurar que las invitadas lleguen a la hora y fecha acordada. Este proceso fue realizado por medio de una invitación formal y por escrito (*Ver Anexo 2*), para participar voluntariamente en el estudio y se le envió del consentimiento informado para que sea autorizado por su representante o tutor, también se reconoció un incentivo de movilización de 5.00 USD. por participante.

Antes de iniciar cada GF, el equipo investigador recibió a cada participante, el consentimiento informado y el asentamiento de participar voluntariamente en el estudio, se solicitó a la participante que se registre en una etiqueta con su primer nombre y se lo coloque en el pecho. Se recolectó información demográfica de las participantes (edad, estado civil, con quién vive, nivel de instrucción y condición de la vivienda) (*Ver Anexo 3*). Cada sesión de GF, inició con una breve explicación de la organización del evento y una introducción de cada persona presente sobre el estudio. La discusión grupal fue guiada por el esquema validado de preguntas claves (*Ver Anexo 4*), que direccionaron las conversaciones, las cuales se ejecutaron en un ambiente interactivo y participativo.

### ***3.3.4. Entrevista a Informantes Claves***

Por último, se ejecutaron tres entrevistas a informantes claves (IC), bajo la responsabilidad de la autora de esta investigación como entrevistadora, quien tomó notas textuales y grabó cada entrevista. Según Sofaer (2008), ésta técnica cualitativa debe necesariamente ser aplicada a personas que han sido identificadas e invitadas en función a su capacidad de informar sobre las perspectivas y políticas organizacionales a fines al tema investigado, son ejes influyentes sobre las personas a ser estudiadas o prominencia en la comunidad u organización, están suficientemente informadas o que tienen experiencia en el tema de investigación. De igual manera se realizó una construcción y validación de una guía de preguntas para la entrevista (*Ver Anexo 5*).

En este sentido las entrevistas con IC se fundamentaron en dos aspectos centrales:

(i) Las percepciones y actitudes de los profesionales de la salud que brindan atención y asesoría a adolescentes embarazadas en cuanto a su salud y estado nutricional en el sistema de atención de salud público del país, y aspectos relacionados a las preferencias y comportamientos de las adolescentes embarazadas ante las prescripciones dadas y consejería nutricional;

(ii) Las percepciones y actitudes de la madre de familia en cuanto al cuidado de la alimentación de la adolescente embarazada, las características, preferencias y comportamientos ante la dieta y factores que influyen su alimentación en casa y su entorno familiar.

Esta técnica es útil para entender los conocimientos, actitudes y prácticas de las adolescentes embarazadas sobre su dieta, e identificar los posibles factores que interactúan sobre determinar la alimentación de este grupo de estudio, desde la perspectiva de personas con alta capacidad de dotar de información sea por sus experiencias técnicas o conocimientos



de convivencia al tema en estudio, y complementando o enriqueciendo lo analizado con las otras técnicas (Marshall y Rossman, 1999).

### **3.4. Plan de Análisis de Datos**

Las diferentes sesiones de los GF con audio digital y transcripciones, así como las notas textuales y grabación con sus respectivas transcripciones de las entrevistas a IC, fueron analizadas a través de un proceso de codificación en tres etapas, las cuales identificaron las bases conceptuales adquiridas de las transcripciones de las diferentes herramientas de investigación cualitativa utilizadas.

Primero, una codificación abierta para la identificación de los enunciados dichos de las participantes en sus propias palabras.

Segundo, se realizó una codificación de ejes donde se adquiere las categorías subyacentes y propiedades para adquirir los patrones de los conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias de las participantes.

Tercero, una codificación selectiva, la cual integró y conceptualizó los temas principales y sus interrelaciones, para así determinar las acciones claves o temas principales.

Este proceso de codificación mencionado por Strauss y Corbin (1998), permitirá caracterizar los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de las adolescentes embarazadas en la ciudad de Quito.

### **3.5. Seguridad y Almacenamiento de Datos**

Además, debido a que la información por recolectar no es altamente sensible, a las participantes se les entregó una invitación por escrito para participar en el estudio voluntariamente, la cual explicaba claramente los propósitos de la investigación y se reconoció el gasto de movilización de cada una. Es importante connotar que la información

recolectada, manejada y analizada, fue únicamente utilizada por la autora de este trabajo de investigación y sólo para alcanzar los fines del estudio en curso.

#### **4. ANÁLISIS DE DATOS**

#### 4.1. Detalles del análisis

Se realizaron tres observaciones estructuradas de campo (*ver Cuadro 2*) en los centros de salud tipo C en: Guamaní, Conocoto y Comité del Pueblo, los cuales brindan atención ginecológica a las Adolescentes Embarazadas (AE). Ellas son captadas y atendidas generalmente a partir del segundo trimestre de embarazo, y en su mayoría superan los cinco controles prenatales, según lo comentado por el personal de salud que guió la observación.

Además, los tres establecimientos de salud, brindan información nutricional a la AE, aunque uno de ellos no cuenta con personal de salud especialista en Nutrición Humana. En general se observó que el contenido de la información nutricional es limitado en calidad técnica y en el tiempo de consulta, pues es abordado rápidamente por los obstetras, ginecólogos, técnicos de atención primaria en salud (TAPS), médicos familiares de turno, por no más de cinco minutos. En cuanto a educación y consejería nutricional, la asistencia especializada y personalizada es reservada solo a AE que presentan bajo peso u obesidad. El control del estado nutricional y toma de medidas antropométricas, es frecuente en cada control prenatal de la AE; sin embargo no existe un responsable específico del control del estado nutricional ni de la educación nutricional.

Así también, los tres establecimientos de salud, ejecutan la iniciativa común de brindar sesiones grupales de psicoprofilaxis a las embarazadas, dirigida por obstetras o médicos; sin embargo, la asistencia a estas sesiones educativas por parte de las AE es baja, pues no todos los establecimientos de salud manejan a grupos de AE o madres jóvenes específicamente, sino que son convocadas mujeres embarazadas en general. En estos grupos se brinda información básica de alimentación y nutrición durante el embarazo, charlas teóricas sobre la importancia de la lactancia materna, ejercicios que promueven el parto natural, lo cual es beneficioso, especialmente para la embarazada primeriza que requiere de esta información.

**Cuadro 3: Resumen de las Observaciones Estructuradas de campo en los Centros de Salud Tipo C de Guamaní, Conocoto y Comité del Pueblo**

Espacio Específico de consulta y consejería Nutricional a la AE	Si solo dos	
Consultorio privado en forma individual específico de nutrición	Solo Nutricionista y si la AE esta bajo peso o obesidad	
Consultorio consejería durante la consulta prenatal	Sólo información Contenido General o básico	
Otros	Grupos generales de psicoprofilaxis Visitas Domiciliarias	
Recibe información Nutricional	x	
	SI	
Tiempo aproximado de educación nutricional: en consulta prenatal (1) y consulta de consejería nutricional específica (2)	5 minutos	20 minutos
	1	2
Responsable de consejería nutricional (1) y control de estado nutricional (2)	Ginecólogo	1 y 2
	Médico Familiar	1 y 2
	Obstetra	1 y 2
	Enfermera	2
	Nutricionista	1 y 2
TAPs*	1	
Se controla el peso y el estado nutricional	SI	x
Periodicidad de controla peso y estado nutricional	La primera la consulta prenatal	
	Cada control prenatal en 15 días	
Inicio promedio de control prenatal	1DO. Trimestre	+
	2DO. Trimestre	+++
	3ER. Trimestre	+
Número promedio de controles prenatales por embarazada	Superan los 5	
Otras Observaciones-Notas importantes:		
OB1. Centro de Saludo Comité del Pueblo: Consejería nutricional con especialista sólo si la AE presenta bajo peso u obesidad/ se da seguimiento/ alto riesgo/ Educación Nutricional limitada/ Dudas generadas AE		
OB2. Centro de Saludo Conocoto no cuenta con Nutricionista/ Grupo Psicoprofilaxis es específico para la AE/Realizan Visitas domiciliaria obstetras dan consejería básica		
OB3. Centro de Saludo Guamaní: Consejería nutricional con especialista sólo si la AE presenta bajo peso u obesidad/ se da seguimiento/ Educación Nutricional limitada/ Realizan Visitas domiciliaria TAPs dan consejería nutricional básica		

\*AE: Adolescente Embarazada / \*TAPs: Técnico de Atención Primaria en Salud

**Fuente:** Observación Estructura de Campo (Anexo 1).

**Elaborado por:** Estefanía Burgos.

Se elaboraron un total de seis grupos focales (GF), dos en cada Centro de Salud, observados anteriormente, durante el período del 10 de diciembre del 2016 al 4 de marzo del 2017, con un tiempo de duración promedio de 55 minutos cada uno, el tamaño promedio de los grupos fue de 7.6 personas y participaron en esta investigación un total de 46 AE. La

mayoría de ellas iniciaron su control prenatal, en el establecimiento de salud, al finalizar el primer trimestre del embarazo (4 meses en promedio), el 52% han tenido entre 3 y 5 controles hasta el momento del estudio.

En cuanto a las características sociodemográficas de las participantes (*ver Cuadro 3*), las AE tenían una edad promedio de 17 años, hubo poca participación de AE menores de 15 años, 18 participantes están unidas o casadas; en promedio tienen un nivel de instrucción de secundaria incompleta. Sólo 20 participantes estudian y 6 trabajan, lo que quiere decir que 20 AE probablemente interrumpieron sus estudios, siendo un factor de riesgo para su desarrollo profesional y productivo a futuro.

El 95% de AE viven acompañadas, en su mayoría de los padres de familia o la pareja, siendo este grupo de apoyo, quienes proveen la alimentación de ellas y del resto de su familia, que en promedio está integrada entre 3 o más de 5 miembros. La mayoría vive en cuartos, mediaguas o departamentos de bloque o ladrillo, los cuales son rentados. Este contexto da indicios de que las participantes provienen de hogares con recursos económicos limitados o bajos, los cuales pueden influir en la calidad y cantidad de su dieta alimentaria.

Las entrevistas a Informantes Claves (IC), fueron ejecutas de manera individual a tres IC, con un tiempo de duración promedio de 30 minutos. A medida que se avanzaba el proceso de codificación de los datos de los GF, para resolver preguntas generadas y/o complementar información aportada por parte de las AE. (*ver Cuadro 5*).

#### **Cuadro 4: Características Sociodemográficas de las Adolescentes Embarazadas**

Grupos Focales	6	
Número de Participantes	46 AE*	
Edad: promedio	17 años (12 -19 años)	%
≤ 15 años	8	17.4
16 -17 años	20	43.5
18 - 19 años	18	39.1
Edad Gestacional de Inicio de Control Prenatal: Promedio	4 meses (1 - 8 meses)	%
1er. Trimestre Gestacional	26	56.5
2do. Trimestre Gestacional	15	32.6
3er. Trimestre Gestacional	5	10.9
Número Actual de Controles Médicos: Promedio	3 controles (1 - 6 controles)	%
Menos de 3 Controles	18	39.1
Entre 3 y 5 Controles	24	52.2
Más de 5 Controles	4	8.7
Estado Civil	n	%
Soltera	28	60.9
Casada	3	6.5
Unión Libre	15	32.6
Nivel de Instrucción	n	%
Primaria Incompleta	1	2.2
Primaria Completa	4	8.7
Secundaria Incompleta	28	60.9
Secundaria Completa	12	26.1
Universitaria	1	2.2
Con quién vive	n	%
Sola	1	2.2
Padre o Madre	25	54.3
Pareja	19	41.3
Otro	1	2.2

Rango de Número de Miembros de familia	n	%
Menos de 3 personas	13	28.3
Entre 3 y 5 personas	22	47.8
Más de 5 personas	11	23.9
Proveedor de alimentación en el hogar	n	%
Madre	15	32.6
Padre	6	13.0
Pareja	14	30.4
Ella misma	4	8.7
Otros	7	15.2
Estudia Actualmente	n	%
Si	20	43.5
No	26	56.5
Trabaja Actualmente	n	%
Si	6	13.0
No	40	87.0
Condiciones de la Vivienda		
Origen de la Vivienda	n	%
Propia	15	32.6
Arrendada	31	67.4
Tipo de Vivienda	n	%
Casa Independiente	1	2.2
Departamento	11	23.9
Suite de Lujo	1	2.2
Cuarto(s)	20	43.5
Mediagua	13	28.3
Materiales de paredes	n	%
Hormigón	8	17.4
Ladrillo o Bloque	38	82.6

\*AE: Adolescente Embarazada / Importancia de caracterización.

**Fuente:** Encuesta de variables sociodemográficas participantes Grupos Focales (Anexo 3)

**Elaborado por:** Estefanía Burgos

**Cuadro 5: Resumen de las Entrevistas a Informantes Claves**

ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES	
Informante	Lugar de la Entrevista
IC1. Obst. Delia Manosalvas	Centro de Salud Tipo C de Conocoto
IC2. Sra. Rebeca Garcés	Madre de Familia de AE del Centro de Salud de Guamaní
IC3. Dra. Martha Alomía	Nutrióloga del Hospital Gineco Obstrético Isidro Ayora

**Fuente:** Plan de Entrevistas a Informantes claves.

**Elaborado por:** Estefanía Burgos

## 4.2. Resultados

Durante el proceso de codificación se determinó cinco temas principales que emergen del análisis de los datos cualitativos, sobre los factores que determinan la dieta de las AE: (1) los conocimientos sobre la alimentación y nutrición durante el embarazo, (2) las prácticas alimentarias habituales, (3) la percepción sobre cambios propios del embarazo, (4) percepción de la influencia del entorno social sobre la dieta, y (5) el significado de la lactancia materna (LM).

Se analizará en el presente capítulo estas dimensiones y los factores asociados a las AE, en relación los conocimientos, actitudes y prácticas de la dieta. Presentando las palabras exactas de las participantes en los grupos focales, suplementados por las notas de las observaciones de campo y las observaciones de los informantes claves. Cada citación comienza con un código de identificación que consiste en el número de grupo focal (GF), informante clave (IC) y el número de la persona dentro de cada técnica.

### ***4.2.1. Conocimientos sobre la alimentación y nutrición durante el embarazo.***

Para esta investigación fue muy importante entender cuáles son los conocimientos de las AE, acerca de alimentación y nutrición durante el embarazo. Esta categoría temática representa seis dimensiones estrechamente relacionadas entre si: (i) alimentación saludable y

nutritiva en el embarazo como aumento de consumo de frutas y verduras, mayor cantidad de alimentos, e inclusión específica de nutrientes es en el embarazo; (ii) alimentación variada y fraccionada en cinco veces al día; (iii) recomendaciones alimentarias, la cual abarca alimentos aconsejados y prohibidos; (iv) consecuencias de una mala alimentación tanto para la madre como para el bebé; y (v) la necesidad de la suplementación de vitaminas y micronutrientes importantes.

Como se muestra en las citas de abajo, existe consenso en que la alimentación saludable o nutritiva durante el embarazo, para la mayoría de participantes, es sinónimo de alimentarse con más cantidad de alimentos, elegir más frutas y verduras, y otros alimentos naturales, que contengan ciertos nutrientes importantes como los identificados: calcio, hierro, potasio, proteínas, vitaminas.

*GF1.1. “Osea no se, tiene que comer todo lo que es calcio, lo que es leche, queso, también vegetales, también alimentos con potasio, proteínas como carne, pollo, pescado, camarón, la frutas y comer más de cinco veces al día eso según sé”*

*GF4.2. “Este, debería ser frutas, verduras, hortalizas...e... más vitaminas para el bebé y para ella, porque el bebé se absorbe todo lo que la madre ingiere, entonces yo opino que debería ser más frutas....y tengan calcio, hierro...eso más”*

*GF5.1. “Ya pues de ahí me mandaron a comer cinco veces...por qué sí debemos de comer para dos...más frutas, cosas verdes”*

*GF2.3., GF4.5.,GF6.2. “Comer de todo un poquito y no en exceso”*

También es considerado saludable y nutritivo, esta última frase mencionada anteriormente, de manera muy recurrente por las AE durante los grupos focales, donde se percibe que todos alimentos son beneficiosos, incluso golosinas siempre y cuando se tenga en cuenta la cantidad que se consume.

Otras participantes señalan conocer, que la dieta durante el embarazo debe **ser variada y fraccionada** (ver citas GF2.5, GF4.5, IC2), pues debe integrar todos los grupos alimentarios en las comidas (frutas, verduras y leguminosas, productos lácteos, cárnicos,



cereales, grasas o aceites), y servirse sus comidas principales y colaciones en varias horas del día (entre 5 a 6 veces) la mayoría coinciden. Además, perciben que esta dieta a su vez, debe ser equilibrada en cuanto a la cantidad, aunque lo que conocen, sobre el **equilibrio proporcional** de la dieta no es altamente técnico, en la mayoría de discursos lo denominan “balanceado”, de la siguiente manera (ver citas GF2.5 y GF6.3 ).

*GF2.5. “La alimentación debe ser así... balanceado, una mujer embarazada debe comer verduras, frutas, granos, lácteos...e, todo lo que es queso, yogurt y esas cosas... e más para el bebé porque el calcio, hierro eso es importante para el crecimiento del bebé. “*

*GF4.5. “yo pienso que debe comer todo equilibrado y evitar siempre las frituras, bueno lo que a mí me decía mi doctora, comer más fruta entre la mañana y tener cinco comidas al día eso son...”*

*GF6.3. “Por ejemplo lo que me decía mi doctor y entendí era que si comía arroz no voy a poner otra vez mas papas fritas osea porque ya está el carbohidrato entonces debo equilibrar arroz, verduras y algo de carne y así... balanceando todo”*

*IC2. “combinando todo lo que es frutas, cereales, buen o yo le doy a ella ya, lo que es fruta, batidos... e, leche, también le doy un frutos secos lo que es almendras, ciruelas esas... secas e como nueces eso le doy yo más yo le hago ahí y con full ensaladas nomas...a veces no quiere comer y toca esta allí detrás diciéndole.”*

La evidencia de las transcripciones revelan que las AE conocen también algunas **recomendaciones alimentarias** básicas (ver cita GF4.1 y GF1.7), tanto de alimentos aconsejados como los lácteos, las frutas, las verduras frescas y de color verde, el huevo, las menestras (consumo de proteínas), el consumo de agua, siendo estos alimentos los más mencionados. Y así también, conocen algunas restricciones alimentarias, indicadas por parte del personal de salud, como evitar: el café, las infusiones aromáticas, frituras, gaseosas, embutidos, snacks, alimentos cítricos con sal, el exceso de azúcar y sal, arroz, fideo, pan (ver cita GF4.5 y GF3.5). Tales prohibiciones alimentarias, son percibidas por las AE, como normas que protegen en sí el desarrollo de condiciones, tales como, preeclampsia, anemia, hipertensión arterial, diabetes gestacional, sobrepeso, poca ganancia de peso y prematuridad,

que ponen en alto riesgo la salud y la vida de la AE y al bebé, según se explica en la entrevista IC1.

*GF4.1. “Si esta bien (comer equilibrado) porque le hace bien al bebé y también hay que comer más... más brócoli, acelga y eso porque a mi me mando a comer eso...porque dijo que estaba un poquito bajo de peso”.*

*GF1.7. “Dijo de que.. lo que podemos alimentar es de todo tipo de frutas, verduras verdes todo. Y lo que no podemos comer son cosas chatarras que a nosotros nos viene muy mal en nuestra salud y más en lo que ahora estamos de nuestro bebé. Más debemos tomar bastante hierro todo eso... y por ejemplo la cola, papas fritas, todo lo que es eso... nosotras no podemos comer eso, porque son demasiadas grasas y azucaradas. Nosotras debemos de tomar todo lo que es nutritivo y fresco para nuestro bienestar y también pues no engordar”.*

*GF3.5. yo creo que se debe consumir altos lácteos como leche, yogur queso, bueno eso me mandaron también a comer... y haber frutas, comer cinco veces al día, evitar lo que son...aguas así aromáticas y sobretudo el café”.*

*IC1. “Osea se les explica a las adolescentes que si comen cosas malas y excesivas ellas pueden tener más riesgo de tener hijos poco sanos, desnutrido...ellas mismas enfermarse con diabetes, anemia, hipertensión, obesidad y tener problemas en el parto con preeclampsia, muerte del niño...hay que decirles sino”.*

En este sentido, se observa que las AE conocen que el exceso de consumo de sal, azúcar, grasas saturadas, gaseosas, almidones, o la poca cantidad de alimentos nutritivos en su dieta, puede afectar la salud propia y la del bebé. Y en efecto, la mayoría de ellas reconocen el **riesgo de desarrollar alguna enfermedad**, anteriormente mencionadas **por motivo de una inadecuada alimentación** ( ver cita GF 3.2, GF 6.4), percibiéndose que las AE consideran a la alimentación como un acto voluntario y opcional, "por no comer", (ver cita GF 5.3).

*GF 3.2. “fibra son las cosas verdes...y eso me recomendó a mí el doctor porque me dijo que estaba baja de hemoglobina y no subo de peso...y dijo que coma más de eso”.*

*GF 5.3. "por no comer...me tuvieron que internar en el hospital, yo estuve internada casi dos semanas porque no tenía...mucho hierro, osea mi cuerpo no tenía en fin nada de eso, era mi estómago débil, me dijeron y que...estaba en riesgo igual el bebé”.*

*GF 6.4. “Si, si es importante porque... si nosotras mismas comemos y nos mantenemos suficiente hierro, osea... tampoco nuestro bebé va a nacer con eso mismo y va a nacer con, tal vez tenga más problemas para cuando nazca tenga enfermedades o nazca enfermo osea... falta de hierro o así”.*

Una de las recomendaciones alimentarias, altamente discutidas por parte de las participantes, es la restricción del consumo de hierbas aromáticas. La mayoría no sabía el por qué de tal recomendación; según lo percibido, generaba cierto temor en ellas, al igual que la recomendación de bajar de peso o aumentar peso, como se lee en las citas de abajo.

*GF1.5. “a mí también me dijeron eso...pero exactamente no se porque...pero a mí, mi prima también me dijo que es malo tomar el agua de canela ya estando en los últimos días para dar a luz, por que no sé la verdad...yo creo que ella se a tomado el agua de canela y no podía dar a luz rápido...pero no sé que mismo produce...por eso yo ni pruebo... “*

*GF2.7. “Si mi abuelita me dijo algo así...es que por lo que son aguas calientes afecta al parto...porque se puede adelantar al parto...creo...por eso yo si al último no quiero tomar nada de infusiones”*

*GF5.3. “yo le dije a la doctora que como bastante verde y yuca...a mi me gusta...mucho y me dijo que evite eso porque voy a engordarme demás...no como mucho ya pero no sé...allí si veo en el Internet”*

Durante las entrevistas a las IC1 e IC3 (profesionales de salud), en cuanto a la restricción de infusiones, ambas coinciden, en que se les aconseja no consumir en exceso infusiones, especialmente aquellas que contiene cafeína como el té negro, café, o hierbas medicinales (valeriana, té verde, ruda, manzanilla, canela e hierbas energizantes) (*ver cita IC3*), porque pueden alterar la homeostasis del embarazo.

*IC3. “Bueno las infusiones si es que son naturales no pues excesivo, para esto las infusiones van de un lado a otro cuando dicen que puede ser una motivación de que puede haber contracciones, afectaciones hormonales... Y sí les digo por ejemplo esto no es como para que usted consuma todos los días, usted quiere una agüita de té de manzanilla un día pero no todos los días, como decir...tengo...que evitar...que tome todas las mañanas agua de manzanilla o un extracción de canela o café por ejemplo”.*

En cuanto al consejo del bajo peso o aumento de peso, como se menciona en las IC1 e IC3 en las citas siguientes, a las AE generalmente suelen restringirles el consumo de alimentos y preparaciones poco saludables, que caracterizan propiamente el hábito alimentario del adolescente, sin embargo las entrevistadas, notan una fijación importante o preocupación sobre el cambio corporal que atraviesan por el propio embarazo y las nuevas necesidades de demanda alimentaria de su bebé, lo cual puede explicar la preocupación de la AE.

*IC1. “No bajan mucho o a veces solo se, ha visto casos de que, como aquí circulamos las pacientitas llagan acá y vemos que no ha ganado peso, y dicen es que me dijo la doctora que tengo que bajar de peso y no se alimentan bien...come menos o malas cosas...como lo típico snacks o frituras”*

*IC3. “En la adolescente lo primero es por la, la figura porque como es la etapa de desarrollo o quieren verse bonitas, e, aceptarse, aceptar los cambios que se le presentan, el crecimiento de los senitos entonces, ellas lo que quieren es cuidar la figura...eso se ve que si es preocupante”*

Durante el análisis de las transcripciones, también se detectó que las AE construyen su conocimiento sobre alimentación y nutrición desde su casa. La fuente principal de información es su madre, la suegra o abuela (*ver citas GF1.7. y GF3.4*), ellas recomiendan como saludable, el consumo de coladas durante el embarazo, para que “*asiente*” la leche a futuro. También dicen que hay que evitar el consumo de ají, pues sino “*el niño saldrá con espinillas en la nariz y/o el rostro*”, evitar el consumo excesivo de agua y frío, pues se “*congelará la barriga y dolerá, a la madre y al bebé*”, y recomiendan no consumir infusiones calientes pues se adelantará el parto. Esta interpretación, asiente al hecho de que las AE, construyen su verdad, no solo desde la información provista por el personal de salud, sino también de su hogar. Así como del uso de la tecnología por medio del Internet, para resolver dudas y elegir algún alimento o no, mayores conocimientos se muestran en las siguientes citas:

*GF1.7. “osea mi mamá me dijo que no coma ají porque le salen espinillas al bebé y luego queda amarillo...feo”*

*GF 3.4 “si mi abuelita ella si que me da coladas no me hace faltar...porque dice que eso me ayudara a darle leche al niño...te asienta más creo”*

*GF5.6. “osea yo sino se bien algo busco rápido en el internet y allí decido comerme, o no alguna cosa...por ejemplo un red bull”*

Las AE, reconocen que sí es útil para la selección de alimentos saludables, el uso del etiquetado nutricional, como se lee en la siguiente cita:

*GF 2.4 “A mí me han prohibido que no coma osea las harinas, que evite las frituras todas esas cosas y en el semáforo que viene en las cosas yo trato de elegir lo que menos tenga osea....eh... medio en azúcar, bajo en sal, yo que sé así porque igual me dijeron que tengo que subir un... un kilo cada mes porque igual tengo un poquito de sobrepeso entonces tengo que no comer muchas grasas”.*

Esta herramienta nutricional es percibida como un medio de alerta y una recomendación de no comer alimentos altos en grasas, azúcares y sal. Sin embargo, en la práctica de selección de alimentos como tal, pasan por alto la información del semáforo alimentario conocido y consumen alimentos con alerta roja, este hecho es atribuido las preferencias alimentarias de las AE.

Otro tema interesante que conocen las AE, fue el patrón que describe a las **vitaminas y nutrientes importantes** durante del embarazo. Las AE mencionan fácilmente al hierro, el calcio, el ácido fólico, la vitamina C y las proteínas, como nutrientes muy importantes para el bienestar del bebé y la madre, pues reconocen que ellas necesitan una reposición de nutrientes, ya que el bebé les “*absorbe, chupa o roba*“, y perciben como una **necesidad** a la **suplementación de micronutrientes**. Estos, son percibidos para las AE como coadyuvantes de la dieta, ya que creen que si se saltan alguna comida, al menos el consumir el suplemento, reemplaza o resuelve la deficiencia de nutrientes de ese momento (*ver cita 2.5*) La práctica de la suplementación para la AE es considerada como una obligación, algo tedioso, que causa

malestar o “*alergia e hinchazón*“ y un desagradable sabor, pero necesaria. Como se observa en las siguientes citas:

*GF 1.5. “Si...pero yo estoy hasta aquí del hierro, bueno y si es importante por igual así mismo como que se dice un suplemento ya que su una mamá no se alimenta como debe de ser perfectamente como quien dice, eso nos ayuda, a parte osea es el hierro más ácido fólico, aparte consumo el ácido fólico que es el purito y el calcio que ahora mandaron, ahora poco”.*

*GF 2.5. “Osea la verdad yo si creo que nos ayuda a nosotros porque como dicen algunas chicas hay veces que no tenemos tiempo ni siquiera para comer, entonces yo si creo que eso si nos ayuda porque lo que estamos nosotras embarazadas la verdad es que sí se necesita más vitaminas, porque se supone que estas comiendo por dos personas, entonces yo esa parte si creo que es importante y si creo que nos ha servido que nos den la suplementación aquí, yo so trato de tomar aunque a veces me olvido”.*

*GF 5.2. “Yo si se tomar a veces me olvido no más, es que uno no está acostumbrada a tantas cosas y cambios en uno mismo”*

Dentro de la temática de suplementación de micronutrientes, salta un patrón muy interesante de las AE, quienes conocen que deben consumir los suplementos de micronutrientes preferentemente con algún jugo ácido, es decir, que contenga vitamina C, especialmente con el suplemento del hierro. Este patrón habla de que la AE conoce en algún grado sobre la **interacción de alimentos y nutrientes** (ver cita 1.3) , lo cual es fruto de las recomendaciones del personal de salud, para lograr una mejor biodisponibilidad y absorción del nutriente, según se revela en las entrevista a IC1 e IC3 (ver citas siguiente página). Esta práctica aunque para ellas es beneficiosa, existe una presión de esfuerzo, la cual es percibida como tediosa, aburrida e implica un esfuerzo extra el preparar el jugo natural, por lo que la mayoría prefiere consumir sus suplementos con agua, por que es “más rápido“ (ver cita 3.6).

*GF 1.3. “Sí osea que, osea exactamente tiene que tomarse el hierro con más ácido cítrico y ya entonces la naranja, normalmente otro jugo sí pero más el jugo de naranja para cubrir por el hierro”.*

*GF 3.6. “En realidad mandaron eso a tomar así en hierro, con algo cítrico así, entonces yo que sé...con un jugo de limón, de naranja así mismo. Ya hasta ya hostigada creo uno que se siente....Ay! sí yo a veces.. más rápido tomo más con agua, porque hasta hacer el jugo de naranja o de limón.....no, no, no”.*

*IC 1. “Ese le damos a partir del, del primer mes, el hierro más el ácido fólico, e, a partir del primer mes de la captación de la embarazada hasta los tres primeros meses de postparto se extiende el hierro, también le damos el calcio. Y Bueno, también se les explica, me parece que por eso no preguntan, es rara la pacientita, bueno lo que nosotros hacemos es el hierro por ejemplo que tiene que tomarse con vitamina C, jugo de vitamina C a las diez de la mañana con el estómago vacío, entonces lo que hacemos es preguntarle ¿Cuáles son las frutas con vitamina C ¿, estamos, mientras examinamos estamos preguntándoles para ver si es que saben”*

*IC 3. “Que combine con alimentos como el jugo de naranja, osea algo que tenga vitamina C, osea se les dice pero más proponiendo decirles es bueno tomar con un alimentos que le ayuda a que se utilice bien, en este caso el hierro”.*

#### **4.2.2. Prácticas alimentarias.**

En cuanto a la práctica alimentaria de las AE se detectó una amplia incongruencia sobre los conocimientos básicos adquiridos, acerca de la alimentación durante el embarazo y la puesta en marcha de los mismos. En esta sección se abarcará cinco dimensiones que se relacionan entre sí y caracterizan el consumo alimentario habitual de las AE: (i) calidad y variedad alimentaria limitada, (ii) presión de tiempo para alimentarse, (iii) preferencias y preparaciones alimentarias poco saludables, (iv) disponibilidad de recursos económicos, y (v) poca adherencia a las recomendaciones y conocimientos alimentarios.

Las transcripciones de los grupos focales revelan que las AE consumen **una dieta poco variada y mermada en la calidad** de sus componentes alimentarios, con la introducción de alimentos procesados y ultraprocesados, en sus comidas principales y en sus colaciones, como el consumo de cereales ultraprocesados, yogurt, embutidos, quesos, té y jugos industrializados, gaseosas, snacks y golosinas. Sea por antojos o por hábitos alimentarios adquiridos, la selección de alimentos de las AE no es saludable, cuando tiene la oportunidad de elegir qué comer, como lo muestra las siguientes citas:

*GF 1.1. Leche con chocolate, un sánduche con queso o huevo duro, de allí en la media mañana sería yogurt, con flex, frutas. Y el Almuerzo sería algo con carne, el arroz y sopa y en las tardes casi igual, pero como súper diferente en orden a veces la*

*sopa primero luego el arroz, porque a veces, no me entra casi nada...Y la merienda lo mismo del almuerzo pero menos”.*

*GF 2.5 “el arroz, con fideo o tallarín y pollo y el té...el té de esos que venden”*

*GF 5.3 “Yo desayuno el jugo, una colada con sánduche...eso se come...y una fruta a veces si...De ahí almuerzo normal como sopa, algo de arroz con carne y jugo...para mi eso es normal...como segundo y así un vaso de gaseosa o jugo”.*

En cuanto a la descripción sobre los tiempos de comida, las AE refieren generalmente tres comidas principales, y se observa un patrón alimentario marcado. Para el desayuno, se consumen coladas, pan, yogurt, embutidos, cereales ultraprocesados, fruta; para el almuerzo, sopa (fideo, papa, harinas), el segundo (arroz o papas, algo de carnes, poca ensalada, jugo azucarado o gaseosa), y en la merienda, sopa o segundo igual al almuerzo, pero en menor proporción o comida rápida. En las colaciones de la mañana y tarde, se consumen frutas, cereales ultraprocesados, snacks o comidas rápidas. Todas estas comidas están condicionadas al lugar de consumo, fuera de casa o en casa, y la disponibilidad económica que se hablará más adelante.

Uno de los factores que interfiere en la alimentación, en cuanto a respetar los tiempos de comida recomendados durante el día y los conocimientos de las AE, era la **presión de tiempo** que hace que las AE, por el cumplimiento de sus obligaciones escolares o laborales, no puedan consumir todas sus comidas al día a horarios fijos o regulares. Se refiere a la necesidad de llegar pronto a sus colegios o trabajos, o a su vez llegan muy tarde del colegio a la casa y cansadas para consumir alimentos o cocinar. En este sentido la mayoría opta por comer fuera de su colegio o rumbo a su casa, generalmente comida rápida, como se observa en las siguientes citas:

*GF 2.2. “Eh yo estudio tarde y entonces tengo que salir a las doce, a esa hora no como, a veces no almuerzo por el tiempo y como algo afuera...las papas fritas”*



*GF 3.8. "Ya pues de ahí me mandaron a comer cinco veces y todo eso, osea no se acostumbra uno a comer así, hay que trabajar. Pero...de ahí después ya... normalmente empecé a comer más...así normal".*

*GF 5.3 "Yo como un poco, por lo que salgo a la una de la tarde y no me entra mucho la comida tan temprano, entonces como un poco y ya como por afuera lo que haya por allí...y cuando tengo hambre sino sigo no más...no como nada ya"*

*IC3. "Las razones por las que ellas omiten una comida es porque no están en casa, no están en casa, están en colegios, entonces llegan a la casa, ya el almuerzo no comen porque comen otras cosas durante el tiempo fuera de casa...y son comidas rápidas, snacks...son muy amigas de comidas ácidas...y esta es la situación ".*

Las AE, durante los grupos focales, mencionan repetidas veces ciertas **preferencias o gustos alimentarios** en común, las cuales son: el gusto por el consumo de alimentos fritos, como **preferencia de preparación** de alimentos, el gusto por los dulces o golosinas, especialmente el chocolate, bebidas gaseosas, y combinaciones de frutas cítricas adicionadas con sal, el consumo de yogurt con cereales ultraprocesados, embutidos fritos, bebidas ultraprocesadas cítricas y frías, (ver citas siguientes *GF 1.9, GF 3.2, GF 4.3, GF 5.6*).

*GF 1.9 "si solo dulce, entonces mi mamá me prepara los jugos y la colada porque yo si, la colada tomo bien dulce, si no me controlan"*

*GF 3.2 "Si osea, algo de carne frita y jugo eso comí ayer, en la merienda como fuera del colegio...una salchi o hot dog, o algo que encuentre allí y algo de tomar una personal (se refiere a una gaseosa)".*

*GF 4.3. "Si a mi si me gustan los fritos pero algo frito siempre"*

*GF 5.6 "Pero a mi no me daba antojo de comer, ni nada eso, postres ni nada de eso, sino que sólo ácidos nada más, siempre me han gustado como grosellas, mango, limón con sal....(Dónde los consumes más?)... fuera de la casa, en el colegio, es que si consumimos dentro de la casa están a veces los padres o alguien que ya cocinó o te dice no comas eso, eso te hace daño... y porqué comes eso, y lo otro, y se pasan..."*

En las transcripciones, al analizar las versiones de la frecuencia del consumo de fritos, se determinó, que el consumo habitual de alimentos fritos y comida rápida durante la semana, es de al menos una o dos veces, en la mayoría de comidas principales de las AE.

Se determinó también, que la dieta fraccionada de las AE y la selección de los alimentos, se ven influenciadas o dependen de la disponibilidad económica de las participantes. Pues es claro, según lo percibido en las características socioeconómicas de las AE, cuentan con **poca disponibilidad de recursos económica**, como se observa en las siguientes citas:

*GF 2.7 “Si, me gusta el pollo, pero poco compra mi mamá es más costoso creo, no se bien eso ”.*

*GF3.5 “Igual sopa, papas, algo de lechuga y carne asada me gusta, pero cuando hay..., porque a veces... somos muchos y no hay pues”*

*GF 4.3 “Pero depende si tengo para comprarme algo en el cole, sino solo remo a alguien o sino nada”.*

*GF 6.2 "estaba con amenaza de aborto cuando tenía dos meses de embarazo y me dijo la doctora que no coma nada de embutidos...porque eh bueno le va a perjudicar al bebé, por eso me dijo que consuma más pescado y eso, es que no me gusta y no siempre compra mi mamá, de ahí solamente pollo, la carne así a veces.."*

*GF 5.8. “ no las compro siempre yo.. (salchichas), mi mamá compra porque eso avanza”*

En este sentido, se observó un patrón de consumo en relación al costo del alimentos baratos o económicos, al consumo de: embutidos, pan, arroz, harina-coladas, frutas (como la mandarina, manzana, uvas y limón) y gaseosas. Además son percibido por las AE, con la propiedad de ser abastecedores para la alimentación del resto de los miembros de la familia de la AE.

En términos generales, se puede decir que las AE presentan una **poca adherencia a las recomendaciones y conocimientos alimentarios**, ya que intentan cumplir recomendaciones que perciban como fáciles de ejecutar y agradables al sabor. Aunque se adhiere a la recomendación del consumo de frutas, lácteos y el consumo habitual de agua, como se lee en las citas de abajo:

GF1.8 *“A mí si me gusta el agua...es lo único que pasa la sed, yo si tomo y tomo bastante porque así mismo como mis golosinas yo si tomo agua...es barata además”*.

GF3.7 *“Yo tomo agua un montón, si quiera unos tres de esas botellas cielo grande...esas...es que si da una sed”*

GF3.2 *“De mi parte yo como de todo, yo como sopa y arroz en el desayuno porque había bajado de peso, igual en el almuerzo, igual en la merienda, después de cada comida es una fruta, en mi caso es una manzana”*.

GF 4.3 *“Pero eso si siempre como una fruta, algo de yogurt, y me gustan mas las mandarinas y uvas son fáciles de tenerles y duran creo”*.

Un aspecto muy interesante es que las AE, no tienen inconvenientes en ser espontáneas sobre lo que ellas comen, y esta percepción lo ratifica la entrevista a la IC3, como se describe en la siguiente cita.

IC3. *“la adolescente no tiene recelo de indicarle qué es lo que ella consume..., la... adulta sí, pero la adolescente dice: yo como papas fritas, mi hermano llega y yo me como las papas fritas y yo si me como esto, ella no tiene como decir nada. Y sí, yo si me como, le digo te gustan las papas fritas dice me encanta, ella no tiene así como decir no es que estoy comiendo saludable, no.... Usted le detecta y no solamente por lo que dice, sino cuando le pesa ha subido mucho de peso...y empieza ha hacer preguntas de cómo esta o que será esto del peso”*

#### **4.2.3. Percepción sobre Cambios propios del Embarazo.**

En esta dimensión se detectaron importantes factores que intervienen en la brecha entre el conocimiento y las prácticas de la alimentación de las AE. Tales categorías responden al proceso normal de los cambios que ocurre en el cuerpo humano, por el hecho de estar embarazadas, los cuales son (i) estragos e inapetencia; (ii) antojos poco saludables; (iii) fijación sobre los cambios estéticos corporales: engordar o adelgazar; y (iv) cambios emocionales.

Se encontró consenso en la mayoría de las participantes, sobre el concepto de los **estragos** propios del embarazo, el cual explica una práctica alimentaria limitada en cantidad y variedad. Estos estragos ocasionan una serie de malestar físicos (mareos, náuseas, ascos,

vómitos, reflujo), los cuales eran causales de **bajo apetito**, según refieren la mayoría de las AE durante los primeros meses de embarazo, como se muestra en las siguientes citas:

GF1.2. *“Si al principio no me entraba nada...pero ya estoy algo mejor, la verdad no me da mucho apetito ...y se siente feo por que aquí en el estómago me siento muy llenita y no puedes comer bien...ah..ah....y de allí en las noches igual otra comida, casi lo mismo del almuerzo pero como menos que antes”*

GF4.4. *“La verdad a mi no me entra nada...me duele la barriga se me llena y vomito a penas como...especialmente el arroz...no puedo ni ver ni las carnes...osea si creo como muy poco”*

Ante esta situación común, sobre la inapetencia y los estragos, las AE lo perciben negativamente y con un alta preocupación, durante la entrevista a IC3, se pudo conocer, que en efecto al ser adolescentes, fisiológicamente su cuerpo es más propenso a estragos, pues no está preparado para los cambios que acarrea el embarazo, así lo refiere la entrevistada en la siguiente cita:

IC3. *“lo que pasa en esta misma situación de su desfase que tiene en que la embarazada, estaba bien hoy y bum! un nuevo episodio que asomó un embarazo...no, entonces qué es lo que sucede hay una mayor sensibilidad a reacciones contrarias y más se debe a eso los fuertes estragos...básicamente hay una hiperémesis. En serio uno se le indica y si ha dado resultado de que ella debe consumir, cómo debe consumir la alimentación y si ha dado resultados...Por ejemplo que coma sólidos primero, líquidos después, no sólidos con líquidos y es una buena... forma de mitigar estos episodio y que no coman claro en esto primeros meses importantísimo”*

Otra categoría determinada durante el proceso de análisis, fue el sin número de **antojos** mencionados por las AE, los cuales priman generalmente sobre hábitos alimentarios poco saludable ya adquiridos por las adolescente, como son: comida rápida, alimentos cítricos con altas cantidades de sal, el consumo de gaseosas y bebidas azucaradas frías, y chocolates, repostería o postres. Además, existe la idea en las AE, que si no consumen lo que tienen ganas, algo negativo pueden repercutir en el bebé, como se leen en las siguientes citas:

GF 1.5 *“La verdad es que yo sí suelo consumir bastante eso. Porque prácticamente hasta el sexto mes no comía nada muy dulce, ni el chocolate porque se me regresaba. Pero ya en estos últimos meses es como que me da más ganas de comer*

*chocolates, galletas, galletas oreo, galletas de chocolate amor, gaseosa y más todo lo que tenga que ver con chocolate y tengo que comer para que no salga mal mi hijo...dice mi abu"*

*GF1.8 "Osea yo sí...como no más por el antojo... Yo creo que consumo lo normal una vez al día alguna salchipapa"*

*GF 2.5 "Yo...eso de las salchipapas... unas dos veces no más por el antojo de frituras al mes creo, si me da ganas y los amigos del colegio también comen y yo también...Así también dicen que sino el bebé se le feo algo así no se"*

*GF 4.6. "La cola da más ganas...eso sí me gusta...yo si tomo...y cuando tomo mucho...me hincha la barriga"*

Existe otro factor en la brecha entre el conocimiento y prácticas de alimentación saludable en el embarazo: el **temor de engordar**, es decir, **el cambio estético del cuerpo**. Este factor puede interferir a que la AE no se alimente saludablemente, como se muestra en la siguiente cita:

*GF5.3. "si me impide y me abstengo de comer lo que quiera...por ejemplo un frito ya, entonces uno dice no y no, entonces a uno le va a engordar...la ropa no le queda...eso no me gusta y ya no come...trata de comer más vegetales a veces "*

*GF4.2. "No yo prefiero comer igualmente...lo que si me gusta...pero si nos asustan nuestra parejas más...dicen no comas mucho porque te vas a poner gorda..! es más porque el bebé igual va a crecer porque chupa lo de mi cuerpo"*

*GF 6.3. "Osea a mi si me da ganas, solo de papas fritas y yo si como, aunque después este preocupada del peso y eso...y empiezo a cuidarme más...sino?"*

Nótese, en las citas anteriores, este desligamiento entre el conocimiento de una alimentación saludable en el embarazo y el interés por mantener el **aspecto estético**. En este sentido, el estado de salud propio y del bebé de la AE, toman un segundo plano con la restricción o selección de lo que comen. Además, puede percibirse que el comer saludable, "aumentar el consumo de frutas y vegetales", puede estar motivado a esta condición de no engordar, más que al reconocimiento de un estado de embarazo que determinará, cambios físicos propios del crecimiento del embrión y por ende una ganancia de peso.

Además, dentro de esta categoría de la importancia dada a la apariencia física, se pudo percibir cierta culpa por parte de la AE, entre elegir un alimento poco saludable y la posibilidad de engordar y/o perjudicar el estado de salud del bebé. Sin embargo, en la práctica puede explicarse este comportamiento, como un balance que la AE realiza en su mente, con la permisividad de comer algo (poco saludable) y la minimización del daño en la salud que puede causar en tiempo presente para ambos.

Bajo esta temática, como se muestra en las siguientes citas de las entrevistas a la IC1 y la IC3, explican que efectivamente ésta es común el al AE, que es normal por la edad; sin embargo, el riesgo está cuando hay restricciones alimentarias que afecten su propia salud y el desarrollo saludable del embrión. Además, según la IC1, la forma de educar a las AE es incentivando la belleza de retornar al peso y composición corporal saludable, por medio de la lactancia materna, la cual es percibida como una temática atractiva e importante para este grupo de edad.

*IC1. "el aspecto estético en ellas es clave educarlas, decirles que esas libritas que subiste vas a bajar, va a bajar con la lactancia el cuerpo, incluso se pone hasta un poco más interesante entonces ahí le disimulo esa belleza, y es verdad que uno da de lactar a y vas a tener nuevamente tu cuerpito, porque ellas no pierden mucho la figura a la final, como el cuerpo como una adulta, pero es importante hablar. Además... debe considerar que tiene que cuidarse en la alimentación porque definitivamente no hay cómo bajarle de peso en el embarazo pues, ni en la lactancia"*

*IC3. "Por su propia edad la adolescente quiere verse bonita, atractiva...si se preocupan bastante, pero cuando empiezan a notar los cambios propios del embarazo y les crece los senos, la barriga, el tema de las estrías, se daña su piel y sí, si se preocupan del cómo quedarán, pero se esfuerzan también por comprender que son ya mamás...pero si es un tema que ellas no siempre lo dicen, y es real en sus cabezas. Esto se ha percibido en...de grupos así más...de... estatus medio, ellas sí se preocupan y uno hay que guiarles en ese aspecto. Lo peligroso es realmente que empiecen con dietas o a no querer comer, por todos los riesgos mismo de ellas. Las otras chicas más se preocupan por subir creo que por bajar, pues no todas tienen alimentos seguros todos los días"*

Y en efecto, bajo este contenido, las transcripciones revelan una categoría sobre la preocupación de **subir de peso**, explicada bajo una **poca ganancia de peso** durante el embarazo, por poca apetencia y malestar general. Este hecho puede deberse a que las AE, cuentan con recursos económicos limitados o bajos, la mayoría no come al menos una comida principal en casa o se salta la misma, y tienen hábitos alimentarios poco saludables. Estos elementos conjugados afectan su estado nutricional, durante esta etapa competitiva de nutrientes y desarrollo de las AE y su embrión (*ver citas GF3.7 y GF5.8*).

*GF3.7. "Osea estoy baja (peso) todavía...es que salí de la casa...estaba mal, no comía bien...pero ahora ya...como bastante...como más de cinco veces...no sé porqué no llego al peso que debo llegar...eso me preocupa"*

*GF5.8. "Porque me dijo que...si no como, puede nacer el bebé con anemia, porque osea también así bajé bastantísimo de peso y hasta ahora he subido, en todos los siete meses que tengo, he subido menos de un kilo o un kilo por cada mes, entonces como tantas ganas me daba a mí de cosas ácidas, este...en la ensalada de frutas que... me daba mí, ahorita mi pareja, sabía ir calladito a ponerme limón, y entonces... bueno eso también, eso le comenté al médico y me dijo que, que eso estaba mal, entonces de ahí empecé ya con yogurt no más...eso tengo"*

Otra categoría fundamental que se analizó, es el **cambio emocional** de la AE, muy ligado al aspecto psicológico, el cual es atendido escasamente por el personal de salud en los establecimientos observados. Se detectó en las transcripciones, patrones que revelan cambios emocionales que interfieren con sus prácticas alimentarias, debido primordialmente al rechazo de su entorno psicosocial por la noticia del embarazo como tal, en su hogar, en su entorno social, o por la inmadurez de recibir un embarazo afectando su estabilidad individual (sus estudios, deportes, gustos), donde la mayoría de participantes vivieron etapas donde salieron de sus hogares, se unieron a su pareja, pasaron privaciones o dejaron sus estudios y amistades para trabajar o cuidar de su embarazo. Ocasionándoles, depresión, angustia, ansiedad, tristeza, llantos excesivos y poca apetencia, siendo estas expresiones las más mencionadas por las AE,

mientras asimilaban y aceptaban ellas y sus familiares el embarazo (*ver cita GF3.1, GF1.8 y GF4.3 en la siguiente página*).

Aspecto es importante contrastarlo, con la edad gestacional que la AE se atiende en los establecimientos de salud, alrededor del tercer o cuarto mes de gestación (*ver cuadro 1*), durante el cuál se puede decir que, la adolescente ha aceptado su estado gestacional y busca llevarlo delante bajo un control médico.

*GF3.1. “Si, eh, por lo que cómo mi mami se enteró de que como es...como soy la primera hija iba a darle una nieta tan rápido, mi mami me mandó a que viva junto con el padre de mi hijo, y como yo era muy apegada a mi hermanita y a mi abuelita me cogió la depresión y no quería comer nada, osea me sentía sola...no tenía hambre pero... era como una angustia lo que tenía yo y no, no comía y por eso también bajé de peso bastante y hasta ahora no recupero el peso bien...y tengo problemas”.*

*GF1.8. “Yo también soy... hija única y solo vivimos con mi mami, pero lo tomé, bueno primero, me dijo que me vaya de la casa y me fui...pasaba mal y sola...pero ya luego lo tomé bien y antes no comía bien, no me gustaba comer pero como ya me enteré que estaba embarazada yo también vi, más por él que por mí y de ahí empecé a comer más...pero he bajado de peso al principio si es feo”*

*GF4.3. “estaba mal pues como con la ansiedad...de qué va a pasar...y como estaba en la casa de mi amiga también me daba vergüenza, y tristeza porque estaba sin mi familia...luego ya me perdonaron...pero ya encontré trabajo y ya mejoró la situación mía para alimentarme más”*

Este cambio emocional durante el embarazo adolescente, es inevitable según las IC1, IC2 e IC3, pues es un evento repentino para la familia y para la adolescente, ya que la adolescencia es por sí misma una etapa donde se experimenta cambios emocionales bruscos, la construcción de una identidad, la identificación de emociones, gustos, buscando una estabilidad desde el hogar o en la relación con la pareja. Por lo que las AE, miran frustradas sus necesidades de un desarrollarse biológico y social anheladas, mencionan las entrevistadas en las siguientes citas:

*IC1. “Un rompimiento de que estaba feliz pues, de estudiante y pum se le, se le acabó las pasiones ya que es un nuevo reto, una nueva... situación de*



*responsabilidad y... influye además e los hábitos alimentarios que... Por ejemplo, no es primera prioridad, uno alimentarse bien por propia voluntad, tomar suplementos, ir al médico... los estragos hacen que esta mal anímicamente, y si son se les ve con un ánimo bajo o tímidas con uno, o se les pregunta me les pasa...por eso van por psicología solo una vez al inicio no más.”*

*IC2. “Eso he visto, se puede observar, está en un estado de osea perdieron esta situación de...libertad, desconfianza...así cuando se pone mal al pelar con el padre del niño y no quiere comer ni nada...eso si me da pena de mi hija más...pero yo le obligo y que debe ver por el bebé, eso era de pensar antes”*

*IC3. “Eso si, el aspecto emocional claro que interfiere, pues son más vulnerable a no comer las comidas que son, o por sentirse mejor comen lo que ellas quieren sin pensar en nada más porque no asimilan que tienen esa responsabilidad que crece en su vientre...tienen problemas en casa, o no tienen donde comer o dormir porque mandaron o pelan con la pareja...sin son más distraídas que las adultas”*

#### **4.2.4. Percepción de la Influencia del Entorno Social**

En esta dimensión, se detectaron importantes factores que intervienen en la brecha entre el conocimiento y la práctica alimentaria de las AE. Tales categorías responden a las percepciones de las AE en cuanto a: (i) el apoyo interpersonal o familiar, como proveedor y supervisor de la dieta de la AE, (ii) el apoyo de entorno social: pares y escolar, como proveedor de alimentos fuera de casa, y (iii) el apoyo del personal de salud como prestadores de información o consejería nutricional confiable.

Primero, se detectó en la gran mayoría de AE, una importante dependencia en cuanto a decisiones alimentarias por parte de su familia, particularmente la madre o abuela, quienes proveen los alimentos y son las responsables de las preparaciones alimentarias del hogar, o controlan y supervisan la preparación y los alimentos que las AE consumen. Además, en este contexto de **apoyo interpersonal o familiar como responsable directo de la dieta de la AE**, se determinó que existen costumbres alimentarias y hábitos concebidos en la familia poco saludables, altos en carbohidratos, grasas y azúcares añadidos.

En este sentido las AE, no tienen la facultada de tomar decisiones alimentarias independientes, pues la mayoría de veces, los hábitos alimentarios inadecuados adquiridos dentro del hogar, influyen sobre la posibilidad de una práctica saludable de alimentación durante el embarazo, como lo muestra las siguientes citas:

*GF3.6. "osea, ya es una costumbre...mi familia siempre hacían eso, osea más siempre comíamos fritos y ahora si come uno, solo no en exceso...porque nos engordamos...pero eso hay"*

*IC3. "siempre depende, dependen de los hábitos alimentarios de la familia osea no propiamente de que ellos...ya pueden manejarse con los hábitos alimentarios como ocurre en la embarazada adulta, entonces es muy diferente con la adolescente...por eso es importante considerar a la madre o la pareja...por eso aquí juega un papel importantísimo los hábitos y costumbres alimentarias de las familias"*

*IC2. "Yo siempre le controlo lo que come, le ordeno lo que debe cocinar y ella si cocina y allí me doy cuenta si comió o no, porque como trabajo hasta tarde no le sirvo yo la comida ella misma se sirve entre semana, solo el desayuno le doy...pero trato de que coma más"*

También se puede percibir, que a las AE, presentan poco interés de cocinar un menú balanceado, y con preparaciones casera y saludables. Ellas dependen de la comida realizada por su madre o algún familiar responsable sobre ellas, son pocas las AE que cocinan para ellas y sus parejas. La mayoría depende de sus padres, suegros, abuelas o prefieren comer fuera de casa, para evitar el control de los alimentos poco saludables en la casa y el tiempo investido en la preparación de alimentos, como se puede leer en las siguientes citas:

*GF5.3 "en mi caso yo siempre como lo que me da mi mamá, ella cocina y me da...arroz, algo de carne asado o pollo, un jugo o la colada, eso más es...lo que haya y haga ella...a mi no me gusta la cocina...y varios platos de preparar... y llego tarde además"*

*GF6.1 "Pero a mi no me daba antojo de comer, ni nada eso, postres ni nada de eso, sino que sólo ácidos nada más, siempre me han gustado como grosellas, mango, limón con sal....(Dónde los consumes más?) fuera de la casa, en el colegio, es que si consumimos dentro de la casa, están a veces los padres o alguien que ya cocinó o te dice no comas eso, eso te hace daño... y porqué comes eso, y lo otro, y se pasan..."*

En segundo lugar, se detectó la influencia del **entorno social, amigas o amigos del colegio** en la alimentación de las AE, particularmente en la disponibilidad y selección de alimentos saludables, la replica de hábitos alimentarios inadecuados de los compañeros, para no quedarse fuera del grupo, o los consejos y cuidados brindados por grupos de amistades, son percibidos importantes para las AE, según se lee en las siguientes citas:

*GF3.7. "Y osea a cada rato como todos ahí son compañeros y todos saben que... yo estoy embarazada y a cada rato es como que... me dan frutas, dicen esto te hace bien, esto te hace mal y así...pero también como lo que ellos comen...a veces una pizza o colita"*

*GF1.1. " Mmm... la verdad que cuando a mí me dan las nauseas una compañera a mí me enseñó a comer el limón y sal, y sí eso siempre me pasa..."*

*GF4.6. Las papas fritas, a mí si me da ganas y uno come, pero no come todos los días, es solo para que me quite la gana y porque estoy en el cole y todos comen pues...si como no más"*

La disponibilidad de alimentos en el colegio o fuera del mismo, es percibido por las AE, como una fuente poco saludable pero apetecible de comer algo, ante la prisa de llegar a sus clases o salir rumbo a casa. Estos alimentos tienen un alto contenido de grasas y azúcares; es comida rápida y con opciones limitadas para armar una dieta adecuada o colación saludable, como se lee en las siguientes citas:

*GF1.4. "Pero de allí al almuerzo como yo estudio...es un poco apresurado, entonces no avanzo a comer bien la verdad...Entonces en el colegio tampoco hay lo suficiente...osea comida buena o sana, o las cosas son caras y muy poquito así..."*

*GF2:8 "Yo en los recreos depende lo que hagan a veces hacen pollo broster, pollo al horno, chuleta...papas fritas...o algún dorito o chito...eso compro, depende lo que haya"*

En este contexto, las AE se desenvuelven en un entorno social que influencia sus hábitos alimentarios y el por ende el desarrollo saludable de su embarazo (*ver cita IC3*). Pues al buscar encajar en un grupo social, esta sujeta a la presión y la adaptación de actitudes y

conductas alimentarias de sus pares, frustrándose de esta manera una práctica o desarrollo de hábitos alimentarios saludables, así lo afirma la entrevistada en la siguiente cita:

*IC 3. “En este grupo... ellas se acercan de una comida poco saludable, en los colegios o fuera, que venden poca opciones para los chicos en general, y pues es joven, quiere imitar, ser parte de y los hábitos alimentarios se construyen en los entornos sociales...pues este es uno...el entorno escolar.”*

En tercer lugar, se identificó otro grupo de **apoyo** de alta importancia para las AE, el **personal de salud**, al que ellas acuden en sus controles prenatales. Según las AE perciben, que el apoyo del personal de salud está limitado a una atención autoritaria, que ha instaurado barreras relacionales, en cuanto a la comunicación y poca resolución de dudas sobre aspectos de nutrición y alimentación para el embarazo. Pues, existen un patrón que resalta en las transcripciones, sobre actitud negativa del personal de salud, un mal trato, la desconfianza generada para preguntar e insuficiente información de nutrición y lactancia materna accesible e interesante (*ver citas GF1.6, GF2.3, GF4.3 y GF5.7*), lo cual cohibe a las AE para mejorar sus conocimientos o tomar decisiones saludables, según se percibe.

*GF1.6. “Si me da recelo preguntar porque a veces están seria y no me dan confianza”*

*GF2.3 “O a veces dicen...ya le dije que no escucha o estaba atenta en otra cosa ...para eso si es buena no...preste atención”*

*GF4.3. “Es si hay algunas que son así....groseras...por eso mejor no digo nada y salir rápido”*

*GF5.7. “Y no les gusta repetir....a mi si me han dicho, que no le haga repetir las cosas dos veces..! Y uno se queda incómodo”*

En este sentido, se puede contrastar con la observación de campo, en los establecimientos de salud, donde se habla brevemente de aspectos de nutrición a las AE, en cinco minutos o menos por paciente en la primera consulta de control prenatal, por parte de los médicos, obstetras y TAPs (Técnicos de Atención Primaria) (*ver citas GF1.7, GF3.3, IC1,*

IC3). Se observó también, que sólo existe una consejería nutricional especializada, si la paciente está diagnosticada y referida por la presencia de desnutrición u obesidad. En la mayoría de establecimientos de salud, la nutricionista no se abastece con las atenciones a las usuarias, y según el personal de salud mencionan que el interés de aprender de nutrición es limitado, esta situación lo confirmo la IC1 y IC3 durante la entrevista.

*GF1.7. “Y a veces no se sabe bien....no te explican bien solo en la consulta...es ligero lo que te dicen”*

*GF3.3. “No en el curso...la consulta es rápida...no más...yo si creo que no se bien eso de la lactancia, es insuficiente...me gustaría que me enseñen”*

*IC1. “en cambio aquí pasa embarazadas pero son solo veinte, solo es en forma verbal no más, lo básico, les pesamos y le explicamos del peso...en eso se va unos 5 minutos, y hacemos lo demás de la atención prenatal. Y cuando me he ido a las visitas ahí sí es, es amplio la parte de nutrición. Pero aquí si necesitamos aquí nutricionista para que enfoque mejor la consejería a estas chicas, porque solo las que tienen problemas severos ellas van...así con las obesidad y bajo peso más”*

*IC3. “En general, si son un poco... un poco quemimportistas, si se alimentan, osea no le dan mucha importancia a eso, ya es, como son jovencitas entonces ya el embarazo va a evolucionar y vienen a la consulta y así porque ellas quieren, sino no vienen o no preguntan”*

Por tanto, se percibe que las recomendaciones nutricionales y en sí, a la educación nutricional en estos establecimientos de salud dirigidas a las AE, se la maneja en forma superficial, con mecanismos de enseñanza monótonos y poco participativos, sin adaptar al contexto social y práctico de las pacientes, con pocas oportunidades a la explicación del porqué y cómo realizar los consejos nutricionales, y a la resolución de dudas generadas en las AE, todo ello bajo una relación de desconfianza entre médico o personal de salud y paciente. Por ejemplo, al mencionarle a las AE, una recomendación de no consumir gaseosas, bebidas con saborizantes, snacks o comida fuera de la casa, debería brindarse una explicación clara, convincente con alternativas para que las AE, eviten la confusión, el desinterés de aprender y

se empoderen de lo aprendido, poniendo en práctica lo recomendado en cuanto a beneficio sobre la salud y la nutrición, de ellas misma y de sus bebés.

Bajo este argumento, fue solicitado durante la realización de los grupos focales por las AE, que existan nuevas formas de enseñarles consejos de nutrición, que sean más creativas, lúdicas y agradables, incluso que se les enseñen a cocinar porque desconocen cómo preparar otras opciones de alimentos o comidas saludables, como se leen en las siguientes citas:

*GF2.7. “A mí, en el curso de profilaxis del infocentro...nos llevo una frutas y nos enseño qué podemos hacer, pongamos un ejemplo unas cebollas con unas zanahorias...qué tenemos que hacer con eso...osea qué se puede hacer saludable y que evitar en cómo cocinar mejor....eso me gusto porque trabajamos en grupo y es menos aburrido y útil...aprender a cocinar mejor”*

*GF1.5. “Es como si también nos llevo la chatarra y lo nutritivo para que veamos y nos enseñe que debemos hacer con lo bueno y lo malo.....nos dividió en las dos partes...eso fue divertido...y pensar que puede reemplazarlas”*

*GF2.4. “me gustaría que sea menos aburrido....allí te toca pensar con las dinámicas y que vas hacer para cocinar con las frutas o vegetales que te dan...eso es algo mejor que solo hablar”.*

*GF3.6. “cuando fueron a mi casa es mejor, allí hablan más o explican que debo hacer con lo que tengo de alimentos...como guardar o preparar, o qué comprar mejor...eso”*

Con respecto a lo anterior, se les preguntó a las informantes claves sobre la efectividad de la consejería nutricional a este grupo de gestantes. La respuesta fue, que es necesario profundizar más los temas nutricionales, lamentablemente no cuentan con el personal idóneo para las consejerías y básicamente se realiza lo que se puede y se sabe en términos generales de la nutrición. Además, se menciona la importancia sobre la forma de la atención a las AE, la integración de un equipo multidisciplinario, que se realicen grupos específicos de edad y con prioridades para la atención de salud y nutrición, y de esta manera sea efectiva la atención. Pues son un grupo en riesgo, tanto en morbilidad como en mortalidad, para el binomio madre

e hijo, siendo fundamental el adecuado asesoramiento nutricional, el cual debe ser continuo y que evalúe los entornos que se desarrolla las AE (ver cita IC3 e IC1).

*IC3. "Yo pensaría que debe haber el equipo multidisciplinario y que debemos las nutricionistas estar dentro del equipo multidisciplinario, porque es muy importante, muy importante, la educación nutricional ha bajado... según estudios cuando hay una verdadera educación nutricional, los recién nacidos han subido ciento cinco gramos, se reducen riesgos de mortalidad, ha habido resultado de que ella no ha tenido muchos estragos. Esta consejería debe ser continua, no puede ser solamente temporal, tiene que ser contundente, porque la educación nutricional de acuerdo a muchas investigaciones de la organización mundial de la salud, ha indicado del cómo usted debe tener conocimiento para educar a la madre, no es así no más, es una parte fundamental para la salud del feto, para la salud de la mamá"*

*IC1. "Nosotros hablamos levemente de nutrición...no se apunta al cambio inmediato, porque eso es muy difícil, pero para una situación de mejorar los hábitos y costumbres alimentarias nutricionales, que de resultados excelentes...hablarles de nutrición es necesario un especialista aquí. Solo les hablamos por ejemplo para que entiendan, sin coger términos sofisticados, o hablarles distante a su realidad social...es vital la empatía con la paciente joven también, y trabajar con chicas de las mismas edades, para que salgan sus experiencias eso es verdaderamente enriquecedor hasta para una también"*

#### **4.2.5. Significado de la Lactancia Materna (LM)**

Las transcripciones también revelan conocimientos y las percepciones de las AE, sobre la lactancia materna, tema altamente ligado con la alimentación de la madre y la alimentación futura del bebé, determinándose importantes categorías que dan un significado de la LM para las adolescentes: (i) la LM como un vínculo afectivo, (ii) la LM como única fuente saludable de alimentación para el hijo, (iii) la LM como económica, y por último (iv) la LM como un proceso doloroso y temible.

Para la mayoría de las AE, uno de los principales significados, sobre la lactancia materna, es la construcción de un **vínculo afectivo entre madre e hijo**, percibiéndose de esta manera, que la AE tiene una buena predisposición de dar de lactar a su bebé, por la necesidad de acercarse afectivamente a su hijo y experimentar su nuevo rol de madre. Es considerado para las AE, muy importante dar de lactar por este motivo.

*GF1.5. “osea yo creo que es importarte darle el seno porque me va a acercar en mi afecto al niño y eso es bonito”*

*GF3.7. “si le quiero dar, no se bien hasta cuando, pero se ve bonito como el bebé busca cariño al comer y esa unidad yo si quiero tenerla con el bebé”*

Otro aspecto percibido sobre la LM para la adolescente, es el reconocimiento de que la **leche materna es la única fuente saludable de alimentación para el hijo**. La mayoría reconoce, que es el mejor alimento que puede darle a su hijo para que no se enferme y crezca fuerte. Incluso, las AE creen que el dar de lactar, al ser tan beneficioso para su hijo, merece el sacrificio del deterioro estético de sus senos a cambio de la salud y bienestar de su hijo, este balance percibido es muy frecuente en las AE que tienen más edad, como lee en las siguientes citas:

*GF1.4. “Yo opino lo mismo, porque es muy importate para el niño...a veces las mujeres piensa...ay..! porque se me caen las tetas...que no se qué. Que no se cuanto...entonces... Osea están con esa idea y no...ven que el daño no se hacen ellas sino al bebé...hay que dar lo mejor para el bebé ya nada”*

*GF4.5. “La lactancia es donde se...alimenta al bebé por medio de los senos...nosotras así, y es algo saludable para el bebé...así lo único”*

*GF5.2. “la lactancia que le damos al bebé le provee anticuerpos para que el niño sea más fuertecito y no sea propenso a tener muchas enfermedades...no importa si duele o si se daña mi seno con tal que este sano”*

Además las AE, están conscientes de una de las ventajas primordiales de la LM, que es la **economía**, pues un gran número de participantes, consideran que el dar de lactar les ayudará a ahorrar dinero en biberones o en formulas lácteas. Sin embargo, temen que sus obligaciones escolares o laborales, les conduzca a buscar esta alternativa costosa para alimentar a sus bebés, pues desconocen como continuar la lactancia y asegurar la producción de leche materna en estos escenarios de presión por continuar sus estudios o seguir trabajando, como se observa en las siguientes citas:



*GF1.7. “No, por mi parte...eso es un mito...que dice que...así como nos dijo la doctora...Perdón por decir...pero la doctora dijo: Ay...! porque no me sale leche, porque no tengo, o porque no tengo tetas, no me sale leche... y no vamos a comprar los tarros de leche!...nosotras no tenemos ni seno, ni pongamos ni pezón...igualmente nosotras debemos de darle de lactar a nuestro bebé, porque si tenemos leche...porque nosotros somos la fuente para el bebé...que voy a tomarme esto porque no me sale leche...todas podemos creo...y comprar esos tarros es demasiado caro!”*

*GF4.5. “mi mami me dijo que no tiene que acostumbrarse al seno por lo que yo también estudio...entonces ya me va tocar darle no más la fórmula en el biberón”*

Así también, se identificaron **temores sobre el dar de lactar** que apañan este animo positivo para la práctica de la LM por parte de las AE. Uno de ellos es la percepción **del dolor del seno por la succión** y la **posibilidad del daño o sangrado de los pezones** (ver citas *GF1.3* y *GF2.2*), otro es por particulares **creencias sobre el sexo del bebé**, donde si es hombre, explican la mayoría que no es beneficioso darle mucho tiempo de lactar al bebé, porque se perjudica la salud de la madre y haya un riesgo de ser mujeriego en la edad adulta, según creencias de familiares o de amigas, que las AE han adoptado en su conocimiento (ver citas *GF1.5* y *GF4.1*).

*GF1.3. “osea lo que más me da miedo es que se me sangre el pezón, porque eso le paso a mi hermana, y ya no le dio por el dolor que dice que es”*

*GF2.2. “A mí también eso me da miedo...que me lastime y que al chupar me haga doler, eso si no...no le doy...y me manda la doctora a sacarme el pezón”*

*GF1.5 “Dicen que supuestamente al varón cuando se le da hasta demás es ...y eso le viene provocando hasta cáncer a la mujer...bueno dicen yo no porque no he pasado no...En cambio el de la mujer...bueno no es tanto...porque dicen que los dientes del varón dañan bueno...osea dañan algo del seno....la verdad no se bien eso. También el hombre que se vuelve mujeriego...dicen”*

*GF4.1. “dicen en mi casa que si de doy mucho tiempo el seno el niño se vuelve bandido con las mujeres...yo solo por eso le voy a dar hasta los seis meses dijeron aquí también”*

Estas sensaciones negativas de las AE, condicionan la práctica de la LM a futuro en la alimentación de sus hijos, pues no todas las AE conocen sobre mecanismos adecuados para

dar de lactar. Por lo que se evidencia la necesidad de mayor información y resolución de dudas sobre la LM, como se leen en la siguiente cita:

*GF3.5. “A mí me gustaría que me ayuden a aprender como darle el seno...porque no se y no nos dicen mucho...luego con el bebé como voy hacer...si no tengo mucho busto”*

Otro aspecto ampliamente discutido por las AE, es incómoda necesidad de prepararse los pezones antes de dar de lactar, por medio de masajes que contribuyan a alargar su pezón para un correcta succión, y así evitar lesiones por la succión del bebé. Esta práctica fue recomendada por el personal de salud, y es percibida como molestosa, dolorosa, temible y que requiere paciencia para las AE, según se evidencia en las siguientes citas:

*GF1.4. “Para mí es feo y doloroso, el estirarme el pezón en la ducha dijo la doctora...para que cuando el bebé lacte no me dañe...eso sí me da mucho miedo”*

*GF5.4. “Eso del pezón dicen aquí, que me prepare con aceite me hale y que el bebé así no me lastima el seno...a mí eso no me gusta...sino me hacen ellas con jeringa dice...porque el bebé debe comer...eso me asusta”*

*IC3. “Aquí en la Maternidad...la lactancia, la lactancia está muy, muy, osea encaminada a educarla, cómo tiene primero que dar para que no se le lastime el pezón y aquí hay una, un grupo de personas que le indican eso, les preparan con paciencia, les dan charlas, tenemos el banco de leche y, y entonces tenemos también ahí un profesional que está ahí preparándoles el pezón porque no tienen, no es como las adultas. Este grupo están dándoles las charlas y eso es vital para ellas, sino solo no de dan no más y van por la fórmula...o rápido a darle comida al niño”*

En este sentido, las AE reconocen no estar físicamente listas para dar de lactar, este hecho junto con el desconocimiento del cómo dar de lactar al bebé, cuánto tiempo es el recomendado para la LM, y los temores de dolor e incomodidad sobre lo que implica dar le lactar para las AE, representan una barrera que interfiere entre el tener una actitud predispuesta para dar de lactar a su hijo pero no practicarla en el futuro por falta de desarrollo de destrezas de lo conocido, otra elemento que prueba la necesidad de mecanismo de

asesoramiento nutricional práctico y sostenible a corto y largo plazo, que generen resultado en la conducta nutricional de las AE y se empoderen de lo que conocen.

## 5. CONCLUSIONES

El embarazo adolescente, es un problema de salud pública y social por las consecuencias que acarrea en el desarrollo óptimo de la madre y del niño, tanto en su salud como su productividad a futuro. Ocurre con mayor frecuencia en estratos económicos bajos y con poco acceso educativo, originando un contexto social, que predispone a la adolescente y su hijo, al aumento de riesgo para adquirir enfermedades crónicas en la edad adulta, desarrollar enfermedades por deficiencia nutricionales que impactan el desarrollo cognitivo, como la anemia y desnutrición crónica. Además fisiológica y metabólicamente, el desarrollo propio de la adolescente compite nutricionalmente con el desarrollo del feto, incluso exponiéndose a un riesgo de muerte para ambos durante el parto.

En este sentido, es fundamental estudiar el aspecto nutricional de la Adolescente Embarazada (AE), por lo que esta investigación cumplió el propósito de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias, y analizar cuidadosamente la interacción de factores influyentes sobre la dieta de la AE, por medio de técnicas propias de un estudio cualitativo, determinando las siguientes conclusiones:

1. Las AE, cuentan con **conocimientos** importantes sobre una alimentación saludable durante el embarazo, identificándola como una dieta variada, fraccionada y equilibrada, con una ingesta predominante de frutas, proteínas, calcio, hierro, vitamina A y ácido fólico. Reconocen la importancia y necesidad de la suplementación de micronutrientes para su edad y el consumo habitual de agua. Sin embargo, estos conocimientos adquiridos son distantes a la práctica alimentaria de las AE, la cual se caracteriza en ser poco saludable, limitada en variedad, calidad y cantidad de alimentos, introduciendo a su dieta alimentos ultraprocesados y preparaciones altas en azúcares, en sal, en grasas y

carbohidratos altamente calóricos, como: snacks, comida rápida y fritos, embutidos, gaseosas, exceso de consumo de arroz, fideo, papas y pan. Este fenómeno incongruente entre el conocer y no hacer, es frecuente en la mayoría de poblaciones, ya que intervienen factores que se vinculan a la cultura, a los hábitos alimentarios familiares, el contexto socioeconómico, la conducta propia del individuo, los mecanismo de asesoramiento nutricional, los cuales afectan la toma de decisiones del individuo (Tood, Street, Ziviani, Byrne y Hills, 2015), por lo que es importante que el personal de salud tenga en consideración el fondo y la forma de cómo se debe asesorar nutricionalmente a la AE, para englobar su contexto social, preferencias propias de su edad y lograr una cambio de conducta alimentaria sostenible que genere resultados positivos en su propia salud y nutrición , y en la de su hijo.

2. La **práctica alimentaria** de la AE, está mediatizada en función de las hábitos alimentarios adquiridos tanto en su entorno familiar como en su entorno social (colegio o trabajo) y los recursos económicos disponibles en el hogar. La mayoría de las AE no toma decisiones alimentarias independientes, ya que depende de un núcleo familiar donde les preparan los alimentos, y además consume al menos una comida principal al día fuera de su hogar, con pocas opciones para una selección alimentaria saludable y bajo la presión de hábitos alimentarios inadecuados de sus compañeros. Así también, la mayoría de ellas mencionaron la importancia de la selección de alimentos económicos y de rápida preparación, pues provienen de familias numerosas y con padres ausentes por razones laborales, lo que dificulta la calidad y cantidad de acceso a alimentos nutritivos y saludables.

3. La brecha entre el conocimiento alimentario y la práctica alimentaria de la AE, puede ser explicado en la identificación de varios factores relacionados a **las actitudes** de las gestantes: (i) la conformidad hacia los hábitos alimentarios poco saludables adquiridos en el hogar y en grupos sociales, donde se tiende a minimizar su efecto dañino para la salud; (ii) la presión de tiempo para alimentarse a horarios fijos y varias veces al día, por cumplir sus obligaciones escolares o laborales; (iii) la comodidad de que alguien más prepare las comidas, relacionado al poco interés por cocinar y poca supervisión de los padres; (iv) el malestar ante cambios propios del embarazo, como: el aumento de estragos, el malestar emocional y cambios corporales, que causa un temor de engordar y un daño estético a futuro, o a su vez la preocupación de no alcanzar el peso recomendado por el personal de salud que controla su embarazo; y (v) la poca confianza percibida para preguntar y resolver dudas con el personal de salud. Todos estos factores evidencian que la adherencia a recomendaciones alimentarias y la óptima asesoría nutricional, solo puede ser lograda sí se toma en consideración, el contexto social, los hábitos alimentarios actuales de la adolescente, la actitud individual de la paciente, sobre lo que elige comer en su estado gestacional, y la empatía entre la relación personal de salud y paciente (Montgomery, 2003).
  
4. Una de las fuentes primordiales de información y de generación del conocimiento en las AE sobre aspectos de nutrición y alimentación, es el referente del médico y/o obstetra que trata a la gestante, sea en consulta breve o en grupos específicos, la información nutricional es poco útil para la práctica de una alimentación saludable. En este sentido, influye la percepción de la AE sobre la actitud del personal de salud, donde se identificaron barreras como la desconfianza, un maltrato y la poca comprensión ante la

realidad que vive y siente la adolescente. Esto dificulta el acceso oportuno por parte de las AE, para la resolución de dudas alimentarias o la necesidad de una asesoría nutricional efectiva, que incluso abarca la temática de la lactancia materna, para el cuidado de la salud y nutrición de su hijo a futuro, así como la obtención de buenos resultados en el estado nutricional de la madre y el niño.

5. La mayoría de las AE viven con sus padres, pocas son casada y la mitad de ellas estudian, bajo este contexto se identificó también, que el apoyo familiar o el de la pareja, es crucial para la toma de decisiones alimentarias de las AE, pues es percibido como un elemento indispensable para el desarrollo saludable del embarazo, en cuanto a la importancia dada a los consejos alimentarios provenientes de la madre o abuela, la supervisión y provisión económica para la alimentación, una estabilidad y bienestar afectivo-emocional. Así también lo afirman Girard et al., (2012) y Todd et al., (2016), que la orientación recibida del entorno familiar e interpersonal del adolescente, tiene el poder de influir en la forma en que se identifican a sí mismos y como actúan, modelando hábitos alimentarios, sociales y culturales para esta etapa y para la vida adulta.

## 6. RECOMENDACIONES

Este estudio, a diferencia de los estudios cuantitativos ha permitido escuchar lo que dicen las AE acerca de sus propias experiencias de alimentación, en sus propias palabras y su contexto social en el que se desarrollan (Ulin et al., 2006), y una explicación sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias. Para finalmente aportar los siguientes aspectos:

1. Hoy en día ya es ambiguo y obsoleto hablar de educación nutricional bajo mecanismos verticales de enseñanza, superficiales, monótonos y poco participativos, que obstaculizan la puesta en práctica de lo conocido o aprendido. Sino, se propone un asesoramiento nutricional basado en el cambio del comportamiento, que genere resultados prácticos y sostenibles en el estado salud, el estado nutricional y el estilo de vida de la población adolescente, en la madres, los niños y los hogares.
2. Para ello, es fundamental que la actitud del personal de salud abra su mente al análisis del contexto real y actual que vive una AE en sus diferente entornos, perciba sus necesidades del cómo le interesa aprender y qué contenidos nutricionales atraen su comportamiento alimentario. En este sentido, varios estudios actualmente mencionan la necesidad de desarrollar intervenciones de asesoramiento nutricional que modulen la conducta del adolescente a largo plazo, por medio del estudio de las ciencias del comportamiento y el diseño de estrategias creativas enfocadas en el cambio de hábitos alimentarios y la mejorar en la toma de decisiones del cuidado de la salud y la nutrición actual y para su vida adulta (Prabhakaran et al., 2000; Price et al., 2017; Utter et al., 2016).
3. Debe existir también, la disposición y compromiso por parte de las autoridades responsables del desarrollo de políticas públicas sobre esta temática, y por parte del



personal de salud, para que se brinde a las AE un asesoramiento nutricional integral basado en evidencia, que permita dar un seguimiento oportuno y personalizado del estado nutricional, el empoderamiento de la información técnica de nutrición, y el desarrollo de destrezas prácticas, que garanticen un cambio en el comportamiento alimentario saludable y prevenga el desarrollo de enfermedades, complicaciones y riesgo de muerte durante el embarazo y parto, tanto para la madre adolescente como para el hijo.

4. El contar con información sobre la dieta de las AE y los CAP relacionados con alimentación, no es suficiente para una comprensión integral de los problemas de nutrición de este binomio madre e hijo, por lo que el personal de salud debe ampliar su campo de acción e investigación sobre los factores sociales, culturales, económicos, ambientales y estructurales que rodean a la AE, y cómo estos intervienen para el cambio de comportamiento alimentario. De esta manera se pueden diseñar estrategias de nutrición efectivas que logren una práctica alimentaria saludable y resultados favorables sobre el estado de salud y nutricional de las AE.
5. El apoyo familiar es crucial durante la adolescencia y en la AE, para fomentar un sentido de identidad y hábitos alimentarios que durarán hasta la adultez. Pues existe un conflicto entre los ideales paternos, el deseo de ser aceptado por los compañeros y el sentido de identidad emergente de un adolescente, que pueden crear tensiones intra e interpersonales y exacerbar comportamientos asociados con riesgos para la salud, como, adquirir hábitos alimentarios inadecuados o el consumo de sustancias nocivas para el organismo (Todd et al., 2016). Por lo que es vital, cultivar comportamientos saludables en el entorno familiar y escolar, para aumentar el potencial de hábitos saludables, por medio de actividades grupales y creativas en relación a la alimentación y nutrición, como prácticas de cocina casera, conversatorios de alimentación saludable, otros ejemplos disponibles en la

literatura. Lo que motiva, trabajar en un ambiente participativo e interdisciplinario, donde el adolescente forma parte de la construcción de su aprendizaje y el desarrollo de destrezas, junto a sus entornos más cercanos de desarrollo.

## 7. REFERENCIAS

- Adair, L. S., Fall, C. H., Osmond, C., Stein, A. D., Martorell, R., Ramirez-Zea, M., ... for the COHORTS group. (2013). Associations of linear growth and relative weight gain during early life with adult health and human capital in countries of low and middle income: findings from five birth cohort studies. *Lancet*, 382(9891), 525–534. Recuperado de [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60103-8](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60103-8)
- Balarajan Y., Ramakrishnan U., Özaltın E., Shankar A., Subramanian SV. (2011). Anaemia in low-income and middle-income countries. *The Lancet. Review*. 378 (9809), 2123-2135. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62304-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62304-5)
- Barros DC. (2004) Food consumption by pregnant adolescents in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*. 20(1):121-129. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s1/13.pdf>
- Bowen G. (2008). Naturalistic inquiry and the saturation Concept: a research note. *Qualitative Research* 8 (1): 137-152.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Burneo C., Córdova A., Gutierrez MJ. & Ordoñez A. (2015). Embarazo adolescente en el marco de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar (ENIPLA) 2014 y el Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia 2015. Recuperado de <http://montecristivive.com/embarazo-adolescente-en-el-marco-de-la-estrategia-nacional-intersectorial-de-planificacion-familiar-enipla-2014-y-el-plan-nacional-de-fortalecimiento-de-la-familia-2015/>
- Chandra-Mouli V., Camacho A. y Michaud P. (2013). “WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in

Developing Countries” (Commentary). *Journal of Adolescent Health*. 52 (2013) 517.

Recuperado de <https://www.k4health.org/.../1-s2.0-s1054139x13001213-main.pdf>

Colombini, M. (2011). *Sexual and Reproductive Health Needs and Access to Services for Vulnerable Groups in Eastern Europe and Central Asia*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine and UNFPA.

Comisión Interinstitucional de Estadísticas de Salud – CIES y Ministerio de Salud Pública del Ecuador – MSP. (2015). Tasa Específica de nacimientos de adolescentes 1990-2013. Coordinación General de Planificación y Dirección Nacional de estadística y análisis de información de salud.

Contento, I.R. (2008). Nutrition education: linking research, theory, and practice. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2008;17 Suppl 1:176-9. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18296331>

Contento, I.R. (2011). *Nutrition education: linking research, theory and practice*. 2nd Ed. Sudbury, MA, USA: Jones and Bartlett.

Creswell J. y Clark V. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Delbino C. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias en adolescentes concurrentes al colegio F.A.S.T.A. Universidad F.A.S.T.A. Facultad de Ciencias Médicas-Nutrición Humana. Recuperado de <http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/81>

ENAPEA. (2015). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Gobierno de la República de México. Recuperado de [www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2441/3/images/ENAPEA\\_0215.pdf](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2441/3/images/ENAPEA_0215.pdf)

- Escobedo, L., & Lavado, C. (2015). *Conocimientos y Actitudes sobre requerimientos nutricionales durante el embarazo en gestantes del primer trimestre Hospital Belén de Trujillo, Perú.* (Profesional de Obstetra). Universidad Privada Antenor Orrego, Perú. Recuperado de [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1118/1/ESCOBEDO\\_LOURDES\\_CONOCIMIENTO\\_ACTITUDES\\_EMBARAZO.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1118/1/ESCOBEDO_LOURDES_CONOCIMIENTO_ACTITUDES_EMBARAZO.pdf)
- Flórez, C. E., & Soto, V. (2007). *Fecundidad Adolescente y pobreza: Diagnóstico y lineamientos de política.* Bogotá. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/238742866\\_Fecundidad\\_adolescente\\_y\\_pobreza\\_Diagnostico\\_y\\_lineamientos\\_de\\_politica](https://www.researchgate.net/publication/238742866_Fecundidad_adolescente_y_pobreza_Diagnostico_y_lineamientos_de_politica).
- Freire WB, Ramírez MJ, Belmont P, Mendieta MJ, Silva MK, Romero N, Sáenz K., Piñeiros P., Gómez LF., Monge R. (2014). *Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de 0 a 59 años. ENSANUT-ECU 2012.* Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador.
- Freire WB., Belmont P., Rivas-Mariño G., Larrea A., Ramírez-Luzuriaga MJ., Silva-Jaramillo KM., Valdivia C. (2015). *Tomo II Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Salud Sexual y Reproductiva. ENSANUT-ECU 2012.* Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador.
- García K. & Revelo L. (2010). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación en mujeres gestantes que acuden al Subcentro de Salud de Julio Andrade de la Provincia del Carchi en el periodo de Enero a Octubre del 2010.* Universidad Técnica del

Norte. Facultad de Enfermería. Recuperado de:  
[repositorio.utn.edu.ec/.../659/.../06%20ENF%20400%20TESIS.pdf](http://repositorio.utn.edu.ec/.../659/.../06%20ENF%20400%20TESIS.pdf)

Girard AW, y Olude O. (2012). Nutrition education and counselling provided during pregnancy: effects on maternal, neonatal and child health outcomes. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. Vol.26: 191-204.

Glaser B. y Strauss A. (1967). *Discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.

Gobo G. (2004). Sampling, representativeness and generalizability. Pp. 435-465. In C. Seale, G. Gobo, J.F. Gubrium y S.S. Werman (eds.) *Qualitative Research Practice*. London: Sage.

Gómez, P. I., Molina, R., & Zamberlin, N. (2011). *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años*. F. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos (Ed.) (pp. 8-85). Recuperado de  
<http://www.unal.edu.co/bioetica/documentos/2011/Maternidad.pdf>

Grupo consultivo internacional sobre anemia nutricional (INACG). (2002). *Report of the 2001- International Anemia Consultative Group Symposium. Why is iron important and what to do about it: a new perspective*. Washington, DC, Secretaría del INACG: 1-50.

Gullota T. P, Adams G. R, Markstrom C. (1999). *La experiencia de los adolescentes* (4ª ed.). San Diego, CA: Academic Press.

Han, Z., Mulla, S., Beyene, J., Liao, G. & McDonald, S.D. (2011). Maternal underweight and the risk of preterm birth and low birthweight: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*. 40, 65-101. Recuperado de  
<http://ije.oxfordjournals.org/content/40/1/65.full.pdf+html>

- HARPER, L. M., CHANG, J. J., & MACONES, G. A. (2011). Adolescent Pregnancy and Gestational Weight Gain: Do the Institute of Medicine Recommendations Apply? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 205(2), 140.e1–140.e8. <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.03.053>
- Hopenhayn, M. (2011). UNFPA. Informe Regional de Población en América Latina y el Caribe 2011: Invertir en juventud. Recuperado de [repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3130/1/Informejuventud2011\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3130/1/Informejuventud2011_es.pdf)
- Institute of Medicine (IOM). (2002). Food and Nutrition Board: *Dietary reference intakes for energy, macronutrients, carbohydrates, fiber, fat and fatty acids*, Washington, DC, National Academies Press.
- Institute of Medicine (IOM). *Nutrition during pregnancy: part I, weight gain: part II, nutrient supplements*. Washington, DC: National Academy Press, 1990.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC. ENDEMAIN-2004. Ecuador: Encuesta demográfica y de salud materna e infantil. Lactancia materna y nutrición. Quito: CEPAR, CDC, Measure Evaluation, USAID; 2005.
- Issler JR. (2001). Embarazo en la Adolescencia. *Revista de Posgrados de la Cátedra Via Medicina de Argentina*. 107: 11-23. Recuperado de [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html)
- Kramer, M., & Kakuma, R. (2003). Ingesta proteico-energética durante el embarazo. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas (Cochrane Database of Systematic Reviews)*, 4(4), 1-46. Doi: 10.1002/14651858.CD000032
- Krueger R.A. y Casey M.A. (2000). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. 3 ed. Thousand Oaks, CA: Sage.

- 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. *Antropol. Matters*, 11(1). Recuperado de [http://www.anthropologymatters.com/index.php/anth\\_matters/article/view/31/53](http://www.anthropologymatters.com/index.php/anth_matters/article/view/31/53)
- Launiala, A. y Honkasalo J. (2007). Ethnographic study of factors influencing compliance to intermittent preventive treatment of malaria during pregnancy among Yao women in rural Malawi. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 101(10), 980-989.
- Lenders C. M, McElrath T. F, y Scholl TO. (2000) Nutrición en el embarazo adolescente. *Opinión actual en pediatría*. Vol.12 : 291-296.
- López-Cano, L. A., & Restrepo-Mesa, S. L. (2013). La gestación en medio de la inseguridad alimentaria: Percepciones de un grupo de adolescente embarazadas. *Revista de Salud Pública*, 16(1), 76-87. Doi: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n1.43393>
- Lott JW. Conceptos de alteración de la salud en los niños. En: Porth CM. Fisiopatología. Salud-enfermedad: un enfoque conceptual. 7ª ed. Madrid: Panamericana; 2006:23-46.
- Lucero C. (2013). Evaluación Nutricional en las adolescentes embarazadas de 12 a 19 años que asisten al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora en el periodo Noviembre-Diciembre 2011. Recuperado de [repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/.../T-PUCE-6280.pdf?...1](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/.../T-PUCE-6280.pdf?...1)
- Marshall C. y Rossman G.B. (1999). *Designing Qualitative Research* (3<sup>rd</sup> ed.) Thousand Oaks, CA: Sage.



- Mendoza J., Sarmiento J., De la Osa R. & Zambrano A. (1996). Cesárea en la adolescente: morbilidad materna y perinatal. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 22 (1). Recuperado de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol22\\_1\\_96/gin08196.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol22_1_96/gin08196.htm)
- Molina R., Sandoval J., Luengo X. (2000) Salud sexual y reproductiva del adolescente de Ruoti, A. M. y col.: *Obstetricia y Perinatología*, Cap. 8, 2ª Edición, 2.000. Editorial – EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.
- Montgomery K. (2003). Mejora de la nutrición en adolescentes embarazadas: recomendaciones para los clínicos. *J Perinat Educ*. Vol.12 (2): 22-30. Doi: 10.1624 / 105812403X106801
- Morris SS., Cogill B. & Uauy R. (2008) Maternal and Child Undernutrition Study Group. Effective international action against undernutrition: why has it proven so difficult and what can be done to accelerate progress? *Lancet*. Feb 16; 371 (9612): 608-21.
- National Academy of Sciences, National Research Council. (1989). *Recommended Dietary Allowances*. (10th ed.) Washington, DC: National Academy Press.
- Noguera, N. & Alvarado, H. (2012). Embarazo en adolescentes: una mirada desde el ciudadano de enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*. 7(7); 151-160. Recuperado de [revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/viewFile/1459/1065](http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/viewFile/1459/1065)
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2005). *Nutrition in adolescence-Issues and Challenges for the Health Sector*. Recuperado de [whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593660\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593660_eng.pdf)
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2009). Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. Vol. 87, junio 2009, 405-484. Recuperado de <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>

- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2014). El embarazo en la adolescencia. *Nota descriptiva No.364*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2011). Administración de suplementos de vitamina A en el embarazo. Recuperado de [apps.who.int/iris/bitstream/10665/44723/1/9789243501789\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44723/1/9789243501789_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2016). Desarrollo en la Adolescencia. Recuperado de [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2016). Obesidad y Sobrepeso. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es>
- OPS/CLAP. (2008). El Embarazo Adolescente. Recuperado de [http://www.clap.ops-oms.org/web\\_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%206-8%20Embarazo%20Adolescente.htm](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%206-8%20Embarazo%20Adolescente.htm)
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2008). *Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005. WHO Global Database on Anaemia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657_eng.pdf)
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2013). Asesoramiento sobre nutrición durante el embarazo. Recuperado de [http://www.who.int/elena/bbc/nutrition\\_counselling\\_pregnancy/es/](http://www.who.int/elena/bbc/nutrition_counselling_pregnancy/es/)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo. Recuperado de [http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily\\_ifa\\_supp\\_pregnant\\_women/es/](http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily_ifa_supp_pregnant_women/es/)

- Organización Mundial de la Salud. (2011). *WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancies and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries*. Pages 1-208. Geneva: WHO. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502214\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502214_eng.pdf)
- Ota E, et al. (2012). Antenatal dietary advice and supplementation to increase energy and protein intake. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. CD000032.
- Pathfinder International. 2011. *Prachar: Advancing Young People's Sexual and Reproductive Health and Rights in India*. New Delhi: Pathfinder International.
- Patton M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Peña-Rosas *et al.* (2012). "Daily oral iron supplementation during pregnancy". *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (12): CD004736. DOI: 10.1002/14651858.CD004736.pub4.
- Pérez I, Bastardo D, Cermeño T, Díaz L. (2008) Incidencia de embarazo precoz según las etapas de la adolescencia. *Informed*. 2008; 10 (4): 6. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/delivery?sid=818a871c-4d7f-44c0-8a7b-be352ed9abf2%40sessionmgr4007&vid=2&hid=4107&ReturnUrl=http%3a%2f%2fweb.a.ebscohost.com%2fhost%2fdetail%2fdetail%3fsid%3d818a871c-4d7f-44c0-8a7b-be352ed9abf2%2540sessionmgr4007%26vid%3d1%26hid%3d4107%26bdata%3dJmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI>
- Prabhakaran, V., Narayanan, V., Zhao, Z. y Gabrieli, J.d. (2000). Integration of diverse information in working memory within the frontal lobe. *Nature Neuroscience*, 3, 85-90.

- Price T., Carrington A. y Serrano E. (2017). Teen Cuisine: Impacting Dietary Habits and Food Preparation Skills in Adolescents. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 2017-02-01, Volúmen 49, Número 2, Páginas 175-178.e1 Recuperado de [https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1499404616308594?returnurl=http:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1499404616308594%3Fshowall%3Dtrue&referrer=http:%2F%2Fwww.jneb.org%2Farticle%2FS1499-4046\(16\)30859-4%2Fpdf](https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1499404616308594?returnurl=http:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1499404616308594%3Fshowall%3Dtrue&referrer=http:%2F%2Fwww.jneb.org%2Farticle%2FS1499-4046(16)30859-4%2Fpdf)
- Ransom E. & Elder L. (2003). Nutrition of Women and Adolescent Girls: Why It Matters. *Population Reference Bureau*. Recuperado de <http://www.prb.org/Publications/Articles/2003/NutritionofWomenandAdolescentGirlsWhyItMatters.aspx>
- Ruoti A. (1994) Patología obstétrica en la adolescente embarazada. *Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia*. 1(2):70-2. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/#refine>
- Saidman N. Raele MG, Basile M., Barreto L., Mackinnon MJ, Poy MS., Terraza R. & López LB. (2011). Conocimientos, intereses y creencias sobre alimentación y nutrición en gestantes. *Diaeta (B. Aires)*. 30:139. 18-27.
- San José Pérez DM, Mulet Bruzón BI, Rodríguez Noda O. & Legrá García M. (2011). Factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología*. 37:4. 489-501. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000400006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400006&lng=es)
- Santos de León C, Henríquez Pérez G, Rachez de Paoli I, Azuaje Sánchez A. (2003) Adecuación de nutrientes en gestantes y su relación con el peso del recién nacido.

Anales Venezolanos de Nutrición. 16 (2):68-77. Recuperado de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-07522003000200003](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522003000200003)

Scholl TO. & Hediger ML. (1993). A review of the epidemiology of nutrition and adolescent pregnancy: maternal growth during pregnancy and its effect on the fetus. *Journal of the American College of Nutrition*, 12:2, 101-107, DOI: 10.1080/07315724.1993.10718289

Singh, S. y J. E. Darroch. (2012). *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services— Estimates for 2012*. New York: Guttmacher Institute and UNFPA. Recuperado de <http://www.Guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>.

Sofaer SH. (2008). Qualitative Research Methods. *International Journal for Quality in Health Care*. 14(4):329-336.

Story M. y Stang J. (2000). Nutrition and the Pregnant Adolescent: A Practical Reference Guide. Recuperado de <http://www.epi.umn.edu/let/pubs/nmpa.shtm>

Strauss A. y Corbin J. (1998). Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage

Strauss A. y Corbin J. (2002). Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.

The Lancet. (2013). Serie de Nutrición Materno Infantil, publicada en la revista. *The Lancet*. Recuperado de <http://www.thelancet.com/series/maternal-and-child-nutrition>

Todas las mujeres, todos los niños. (2015). Estrategia Mundial para la Salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016 -2030). OMS. Recuperado de

[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/)

- Todd, A. S., Street, S. J., Ziviani, J., Byrne, N. M., & Hills, A. P. (2015). Overweight and Obese Adolescent Girls: The Importance of Promoting Sensible Eating and Activity Behaviors from the Start of the Adolescent Period. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(2), 2306–2329. <http://doi.org/10.3390/ijerph120202306>
- Ulin P.R., Robinson E.T., Tolley E.E. (2006). Investigación aplicada en Salud Pública. *Método cualitativo*. Washington: OPS. Publicación científica No. 614. Cap. 2. p.16.
- UNFPA. (2012). *State of World Population 2012: By Choice, Not by Chance: Family Planning, Human Rights and Development*. New York: UNFPA.
- UNFPA. (2013). *Maternidad en la Niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. *Estado de la Población Mundial*. Recuperado de <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf>
- UNICEF. (2008). El estado mundial de la infancia 2008. Recuperado de <http://www.unicef.org/colombia/newsletter/enero-08/pop-news-enero-08-04.htm>
- Utter J., Denny S., Lucassen M. y Dyson B. (2016). Adolescent Cooking Abilities and Behaviors: Associations With Nutrition and Emotional Well-Being. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. Volúme 48 , Issue 1 , 35 - 41.e1. Recuperado de [http://www.jneb.org/article/S1499-4046\(15\)00659-4/fulltext](http://www.jneb.org/article/S1499-4046(15)00659-4/fulltext)
- Valdés, Dacal S, Essien J, Bardales Mitac J, Saavedra Moredo D, Bardales Mitac E. (2002) Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología*. 28(2):84-88. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v28n2/gin04202.pdf>

- Vasconez, MF. (2014). 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. Universidad San Francisco de Quito. Recuperado de [repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/3225/1/000110475.pdf](http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/3225/1/000110475.pdf)
- Villafuerte-Reinante Y. (2016). Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer. Municipio Cienfuegos 2010-2014. *Medisur [revista en Internet]*. 14(1): 1-7. Recuperado de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3183>
- Yates AA, Schlicker SA, y Sutor CW. (1998). Dietary Reference Intakes: the new basis for recommendations for calcium and related nutrients, B vitamins, and choline. *J Am Diet Assoc*. Vol. 98(6):699-706.

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo 1:</b> Observación estructurada de campo .....	120
<b>Anexo 2:</b> Invitación de los grupos focales a las adolescentes embarazadas.....	122
<b>Anexo 3:</b> Formato de encuesta sociodemográfica a las adolescentes embarazadas .....	123
<b>Anexo 4:</b> Guía de preguntas para los grupos focales.....	124
<b>Anexo 5:</b> Guía de preguntas para las entrevistas a los informantes claves.....	125

### Anexo 1: Observación estructurada de campo

Nombre del Establecimiento de Salud		
Datos de Contacto del Establecimiento de Salud		
Dirección del Establecimiento de Salud		
Espacio Específico de consulta, consejería a adolescentes embarazada		
Consultorio privado en forma individual específico de nutrición		
Sala de espera en grupo específico de nutrición		
Consultorio consejería durante la consulta pre natal		
Sala de espera de manera general varios temas		
No se da consejería Nutricional		
Otros: Alimentación en el embarazada en general, suplementación micronutrientes		
Recibe información Nutricional		
	SI	NO
Tiempo aproximado de consulta(1) y consejería nutricional(2)		
Responsable de consejería (1) y control de estado nutricional (2)	Ginecólogo	
	Médico Familiar	
	Obstetra	
	Enfermera	
	Nutricionista	
	TAP	
	Otro:	
Se controla el peso y el estado nutricional de la embarazada	SI	
	NO	
Periodicidad en que se controla peso y estado nutricional de la adolescente embarazada	Inicio promedio de control prenatal	
La primera la consulta prenatal	1ER. Trimestre	
Cada trimestre de gestación	2DO. Trimestre	
Cada control prenatal	3ER. Trimestre	
La última la consulta prenatal	Número promedio de controles prenatales por embarazada	
No se controla	SUPERAN LOS 5	
Espacio tentativo para realización de Grupos Focales	Si:	No:
Características del Lugar:		
Otras Observaciones:		



Elaborado por: Estefanía Burgos

## Anexo 2: Invitación de los grupos focales para las adolescentes embarazadas

**TU OPINIÓN ES VALIOSA..!**

Te invitamos al GRUPO DE DISCUSIÓN para conocer tus opiniones sobre la "ALIMENTACIÓN DURANTE LA GESTACIÓN"

Será un espacio exclusivo que preservará la confidencialidad de tus opiniones, dirigido a mujeres embarazadas menores de 19 años, que acuden al Centro de Salud

Usted recibirá una gratificación de 5,00 USD. por tu valioso tiempo.

Para participar por favor llamar a los teléfonos: 2349103 – 0992614396 y contactate con Estefanía Burgos, o escribir al correo electrónico: [estefy28burgos@gmail.com](mailto:estefy28burgos@gmail.com)

Acompáñanos en uno de estos Horarios: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

- La reunión a la cual estas cordialmente invitada estará conformada por un grupo de gestantes menores de edad, es un proyecto de investigación que está llevándose a cabo por la estudiante de la Maestría de Salud Pública de la Universidad San Francisco de Quito, Estefanía Burgos, por lo que garantizamos la confidencialidad de sus opiniones, pues el informe final será totalmente anónimo, y sólo servirá para documentar las opiniones sobre el tema "Prácticas Alimentarias de la Adolescente Embarazada"
- El número de asistentes a la reunión es limitado, es por ello que el éxito y la calidad de la discusión, estará basado en la cooperación y confirmación de tu asistencia a los horarios disponibles y la entrega de un consentimiento informado y asentamiento de participación voluntaria a esta investigación, formatos que se te entregará previamente.
- La discusión tendrá un tiempo de duración de máximo 1 hora, por lo que comenzará a la hora exacta acordada, y concluirá con un delicioso refrigerio.
- Si tienes cualquier duda no dudes en contactarte con la investigadora.

Atentamente,  
Estefanía Burgos.

### Anexo 3: Formato de encuesta sociodemográfica a las adolescentes embarazadas

COD. PARTICIPANTE		GF#	
LUGAR DE GRUPO FOCAL (GF)			
FECHA GF			
Por favor contesta las siguientes preguntas y marca con un X las preguntas de opciones			
1	Edad (años)		
2	Edad gestacional primer control prenatal médico		
3	Número actual de controles médico		
4	Estado Civil	Soltera	
		Casada	
		Unión Libre	
		Separada	
		Divorciada	
5	Nivel de Instrucción	Primaria Incompleta	
		Primaria Completa	
		Secundaria Incompleta	
		Secundaria Completa	
		Universitaria	
6	Con quién vives	Sola	
		Padre o Madre	
		Pareja	
		Amigo o Amiga	
		Otro:.....	
7	Número de miembros de familia		
8	Quién provee la alimentación en tu hogar	Madre	
		Padre	
		Pareja	
		Tú misma	
		Otro:.....	
9	Estudias actualmente	Si:..... No:.....	
10	Trabajas actualmente	Si:..... No:.....	
11	Condición de la vivienda	Propia	
		Arrendada	
		Casa independiente	
		Departamento	
		Suite de Lujo	
		Cuarto(s)	
		Mediagua	
		Rancho	
		Covacha	
		Choza	
Otro:.....			
		<b>Material de Paredes</b>	
		Hormigón	
		Ladrillo o Bloque	
		Adobe	
		Madera	
		Caña revestida	
		Otros:.....	

#### Anexo 4: Guía de preguntas para los grupos focales

N.	Preguntas Claves	Preguntas auxiliares
1	¿Cómo creen que debe ser la alimentación de la embarazada?	¿Quién te ha proporcionado información al respecto?
2	¿Cuáles vitaminas y minerales crees tú son importantes durante el embarazo	¿Porqué los crees, cuán importante es para ti?
3	¿Cuántas veces sueles comer al día ?	¿Tienen un horario fijo entre comidas?
4	¿Qué comes generalmente en tus comidas principales: Desayuno, Almuerzo y Cena?	¿Qué alimentos predominan - Dónde suelen consumirlos?- Quién los prepara?
5	¿Comen algo entre comidas en la mañana o la tarde	¿Qué suelen comer Donde suelen consumirlos
6	¿El semáforo colocado en la etiqueta de los alimentos contribuye en la selección de sus comidas de los etiquetados	Por qué o Cómo lo perciben
7	¿Cuánta cantidad de azúcar suelen agregar a tus comidas	¿Cuáles comidas o alimentos; por ejemplo?
8	¿Cuánta cantidad de sal agregas a tus comidas	¿Cuáles comidas o alimentos, por ejemplo?
9	Cuando tienen sed que bebida consumes	¿Qué te motiva a consumir las?
10	¿Pensas en dar de lactar de la Lactancia Materna ?	¿Cuánto tiempo le darías leche materna a tu bebé?
11	¿Han escuchado algo relacionados a la alimentación de una embarazada	¿ qué dudas tienes?
12	Existe algún factor que impida que coman como creen es lo mejor para el embarazo	¿Cómo cuáles, me puedes describir un ejemplo?

### Anexo 5: Guía de preguntas para las entrevistas a los informantes claves

N.	Preguntas Claves
1	¿Cómo debe ser la alimentación de una embarazada adolescente? Aspectos dietéticos fundamentales que deben tomarse en cuenta
2	¿Cuáles vitaminas y minerales son las más importantes durante el embarazo de una adolescente?, ¿Cómo suplementar a este grupo poblacional?
3	¿Cuántas veces se debería brindar educación nutricional y control del estado nutricional a una adolescente embarazada?
4	¿Cuáles son los principales riesgos, de que una adolescente embarazada no se encuentre con un buen estado nutricional?
5	¿Qué estrategia debería implementarse en el sector público para que la adolescente embarazada sea atendida de forma integral?
6	¿El semáforo colocado en la etiqueta de los alimentos, cómo puede influir en la selección de las comidas de las adolescentes embarazadas en su casa o en su entorno escolar-social?
7	¿Qué factores pueden impedir que las adolescente gestante coman saludablemente,
8	¿Aspectos psicosociales pueden intervenir en el estado de salud y nutricional de la adolescente embarazada?