



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**“ESTADO NUTRICIONAL Y TIPO DE DIETA EN LAS
GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
MATERNO PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR,
ENERO - FEBRERO 2017”.**

**TESIS PREPARADA PARA OPTAR EL
TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR LA BACHILLER EN OBSTETRICIA:

Deisy Jovana Chuquiruna Alvarez

Cajamarca – Perú

2017

**“ESTADO NUTRICIONAL Y TIPO DE DIETA EN LAS
GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
MATERNO PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR,
ENERO - FEBRERO 2017”.**

TESIS PREPARADA PARA OPTAR EL TITULO
PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Bachiller: Deisy Jovana Chuquiruna Alvarez

Tutor: Mg María Ynés Huamaní de Torres

Cajamarca – Perú

2017

Se dedica este trabajo a:

Dios por permitirme haber llegado a este momento, haberme dado salud para poder lograr mis objetivos, además por brindarme su infinita bondad, amor y formarme como profesional.

A mis padres por su amor, apoyo incondicional, sus consejos, sus valores, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien.

A mi hija por ser la inspiración de vida, la fuerza y motivarme cada día en seguir adelante y no rendirme para ser una mejor persona.

A mis hermanos por estar a mi lado y al mismo tiempo por impulsarme a lograr mis metas.

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis

a:

A Dios por guiarnos en cada una de las etapas de nuestra vida, por darme salud y ayudarme a superar los diferentes obstáculos que se me presento en el camino.

Obsta. María Ynes Huamaní por su esfuerzo, exigencia y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí, que pueda terminar mi estudio con éxito.

A la UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado en mi formación.

Al mismo tiempo al Centro de Salud Simón Bolívar, entidad que me permitió realizar el presente trabajo de investigación.

ÍNDICE

	Pág.
Portada	1
Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Índice	4
Índice De Tablas Y Gráficos	6
Resumen	7
Abstrac	8
Introducción	9
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO METODOLOGICO	10
1.1. Descripción de la realidad problemática	10
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Objetivos de la investigación	13
1.4. Justificación de la investigación	14
1.4.1. Importancia de la investigación	14
1.4.2. Viabilidad de la investigación	15
1.5. Limitaciones del estudio	16
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	17
2.1. Antecedentes de la investigación	17
2.2. Bases teóricas	20
2.2.1. Nutrición	20
2.2.2. Estado nutricional	21
2.2.3. Alimentación	23
2.2.4. Dieta	23
2.2.5. Hábitos alimenticios	24

2.2.6. Tipos de dieta	24
2.2.7. Estado nutricional de la mujer embarazada	27
2.3. Definición de términos básicos	37
CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACION	40
3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas	40
3.2. Variables	40
CAPÍTULO IV: METODOLOGIA	42
4.1. Diseño metodológico	42
4.2. Diseño muestral	42
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	45
4.4. Técnicas para el procesamiento de la información	46
4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis	47
4.6. Aspectos éticos	47
CAPÍTULO V: ANALISIS Y DISCUSION	49
5.1. Análisis descriptivo	49
5.2. Análisis inferencial	55
5.3. Comprobación de hipótesis	55
5.4. Discusión y conclusiones	56
ANEXOS Y APENDICES	74
1. Datos de fuentes de investigación	75
2. Cuestionarios del instrumento	81
3. Prueba de validez y confiabilidad del instrumento	84
4. Fotos	87

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Pág.
Tabla N° 1: Características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar, Cajamarca – Enero – Febrero 2017.	53
Tabla N° 2 y graficoN°1: Estado nutricional de las gestantes atendidas En el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar, Cajamarca – Enero - Febrero 2017.	55
Tabla N° 3 y gráfico N° 2: Tipo de dieta que consumen las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar, Cajamarca – Enero - Febrero 2017.	56
Tabla N° 4: Relación entre estado nutricional y dieta occidental de Las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar, Cajamarca – Enero - Febrero 2017.	57
Tabla N° 5: Relación entre estado nutricional y dieta mediterranea en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar, Cajamarca – Enero - Febrero 2017.	58
Tabla N° 6 y gráfico N° 3: Relación entre estado nutricional y tipos de dieta en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar, Cajamarca – Enero - Febrero 2017	59

RESUMEN

El presente estudio titulado: “Estado nutricional y tipos de dietas en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Enero - Febrero 2017”, el cual tiene como objetivo conocer y analizar la relación entre estado nutricional y tipos de dieta de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Enero-Febrero, 2017. El diseño de la investigación es no experimental, de corte transversal y corresponde a un tipo de estudio descriptivo correlacional. Resultados: Las características sociodemográficas de las gestantes son: predominio el grupo atareó de 20 a 24 años, convivientes, con instrucción secundaria, procedentes de la zona urbana, ser amas de casa, tener un ingreso económico familiar menor al mínimo vital. La mayoría se encuentra en el tercer trimestre de gestación y tiene de 1 a 2 hijos. La mayoría de las gestantes tienen un estado nutricional normal. El tipo de dieta de mayor consumo es la occidental. Las gestantes que consumían dieta mediterránea su estado nutricional es normal. Sin embargo las gestantes que consumen dieta occidental su estado nutricional es de sobrepeso. Conclusión: existe relación altamente significativa entre os tipos de dieta y el estado nutricional, dado que el coeficiente del p es <0.05 .

Palabras claves: estado nutricional, dieta occidental, dieta mediterránea.

Abstrac

The present study registered as a legitimate real estate property: "Status nutricional and types of diets in the gestantes attended in the Health Care Facility Simón Bolívar. January", which aimed at knowing and to examine the relation between status nutricional and dietary types of the gestantes attended in the Health Care Facility Simón Bolívar – February, 2017. January February, 2017. **Methodology:** The investigation's design was not experimental, of transverse court and correlacional corresponds to a kind of descriptive study. **Results:** Characteristics the gestantes's sociodemográficas went: Predominate the group etario of 20 to 24 years, convivientes, with secondary instruction, appropriate of the rural zone, having like occupation householders, having a cost-reducing family minor entrance to the vital minimum. The majority found herself in the third trimester of gestation and they took after 1 to 2 children. The majority of the gestantes they had a status normal nutricional. The kind of diet of bigger consumption was the westerner. The gestantes that they consumed Mediterranean diet his status they were nutricional normal. However the gestantes that they consumed occidental diet his status they were nutricional of overweight. **Conclusion:** Exists highly significant relation between the dietary types and the status nutricional, die than the coefficient of the the p is 0, 05.

Key words: Status nutricional, occidental diet, Mediterranean diet.

INTRODUCCIÓN

En el periodo del embarazo, la salud de las mujeres y el crecimiento del feto dependen principalmente de una adecuada alimentación y un buen estado de salud general que asegure el desarrollo de ambos, sin embargo por diversas situaciones ya sean por desinformación o por malos hábitos alimenticios, las gestantes pueden tener un inadecuado estado nutricional.

Un inadecuado estado nutricional, tanto preconcepcional como durante el embarazo, impactará de forma negativa sobre la capacidad de llevar adelante ese embarazo y sobre la salud de la madre y el niño. En contraparte, una correcta alimentación contribuirá a disminuir el riesgo de bajo peso al nacer, prematuridad, inadecuaciones nutricionales de la madre y el feto, etc.

El presente trabajo de investigación tiene como propósito determinar la relación entre estado y el tipo de dieta en gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar.

La tesis está estructurada de la siguiente manera: primer capítulo contiene el planteamiento del problema, El segundo contiene marco teórico, luego el tercero contiene la hipótesis y variables. El cuarto contiene todo lo que es la metodología de la investigación y finalmente el quinto contiene análisis y discusión.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1. Descripción de la realidad problemática.

En la actualidad, el mundo se enfrenta a una doble carga de malnutrición que incluye la desnutrición y la alimentación excesiva, como uno de los factores de mayor riesgo para la salud materna, particularmente en los países en desarrollo, donde cada año fallecen por lo menos 2,6 millones de personas como consecuencia del sobrepeso u obesidad.(1)

Al mismo tiempo, las tasas mundiales crecientes de sobrepeso y obesidad están relacionadas con el aumento de enfermedades crónicas como el cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes; todas estas afecciones ponen en peligro la vida y son muy difíciles de tratar en lugares con limitados recursos y con sistemas de salud ya sobrecargados.(2)

Por otro lado, aproximadamente 827 millones de personas con hambre viven en países en vías de desarrollo, en donde el 14,3 por ciento de la población está desnutrida. Las mujeres constituyen un poco más de la mitad de la población mundial, pero representan más del 60% de las personas con desnutrición en el mundo (3).

Por consiguiente, A nivel mundial, el déficit nutricional y la inadecuada ganancia de peso incrementan el riesgo de problemas cardíacos para la madre y trae consecuencias negativas para el feto. En países como la India y Egipto la tasa de desnutrición supera el 75% y 39.2% respectivamente; en Chile y en Venezuela la prevalencia de desnutrición en gestantes se encuentra entre 15.2% y 16.9%. (4)

Por lo cual, en Latinoamérica, un estudio realizado en Brasil informa que la valoración del estado nutricional materno es esencial para la identificación de mujeres con riesgos de complicaciones gestacionales, la prevalencia de sobrepeso/obesidad fue de 24,5 %; estas mujeres, tenían un mayor riesgo de pre eclampsia. En Bolivia el 12,7 % de las mujeres presentan obesidad, bajo peso 12,9 % y el 44,9 % presentan un estado nutricional normal. (5)

En nuestro país, la realidad nutricional nos evidencia que según datos de la encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 en mujeres en edad fértil, los mayores porcentajes de sobrepeso se encuentran en las mujeres de 30 a 39 años de edad (43,4%) y la obesidad en mujeres de 40 a 49 años de edad (33%) Según datos del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN-INS) para el año 2013 la prevalencia de sobrepeso en gestantes fue de 36,3% y el déficit de peso fue de 12,8%. (6).

Así mismo las prácticas culturales afectan la vida y el aspecto nutricional de las mujeres, entre ellas se destacan la preparación de alimentos, el horario en que se consumen, las cantidades de carnes, verduras frutas que consumen diariamente. Entre los nutrientes críticos para el embarazo se encuentra el calcio, hierro, zinc, ácido fólico, ácidos grasos esenciales. (7)

Sumado a ello, la malnutrición durante el embarazo puede ocurrir por desinformación, malos hábitos alimenticios y ciertas tendencias con respecto a las dietas como la mediterránea, occidental. (8)

La dieta mediterránea es una forma de alimentación basada en un elevado consumo de cereales, frutas, verduras, hortalizas y legumbres,

incluyendo los pescados y el aceite de oliva como fuente principal de grasas y con bajo consumo de carnes y grasas saturadas, todo ello en un entorno de hábitos saludables: actividad física y ocio al aire libre. Es un buen ejemplo de dieta variada, nutritiva, apetecible y saludable, que además ayuda a prevenir enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación.

(9)

Sin embargo, la situación dietética en el mundo occidental es grave, debido a que se caracteriza por el alto consumo de alimentos fritos, bocadillos salados, huevos y carne. Así mismo, en la zona urbana gracias a la industrialización y la apertura de nuevos centros comerciales, las mujeres han adoptado diferentes hábitos nutricionales, perjudiciales para la salud, como un mayor consumo de comida rápida (pizza, hamburguesas, gaseosas, paqueos, etc.)

La digestión depende de factores como la combinación de alimentos y la calidad de la dieta. Por ejemplo, el déficit de micronutrientes en la dieta, como el hierro, vitamina A, vitamina B, zinc y yodo, constituye una forma “escondida” de desnutrición y representa un grave problema aprovechamiento de los nutrientes para la salud pública. (7.8.9)

Por consiguiente Cajamarca no está ajena a los hábitos alimenticios del resto del país y del mundo, donde actualmente existe una tendencia de la población a tener hábitos nutricionales inadecuados.

Por las razones expuestas la tesista tomo la decisión de realizar la presente investigación que tiene como finalidad de identificar la relación

entre el estado nutricional y los tipos de dieta en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. Enero – Febrero, 2017.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.2.1. Problema principal.

¿Existe relación entre estado nutricional y los tipos de dieta en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. Enero – Febrero, 2017?

1.2.2. Problemas específicos.

- ¿Cuál es el estado nutricional en gestantes atendidas en el Centro de salud Materno Perinatal Simón Bolívar, enero – febrero, 2017?
- ¿Cuál es el tipo de dieta en gestantes, atendidas en el Centro Salud Materno Perinatal Simón Bolívar, enero – febrero, 2017?
- ¿Cómo es el estado nutricional según la dieta mediterránea de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar?
- ¿Cómo es el estado nutricional según la dieta occidental de las gestantes, atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1. Objetivo general.

Conocer y analizar la relación entre estado nutricional y tipo de dieta en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. Enero - Febrero, 2017.

1.3.2. Objetivos específicos.

- Caracterizar sociodemográfica y obstétrica a las gestantes en estudio.
- Valorar el estado nutricional en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar.
- Identificar los tipos de dieta en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar.
- Identificar el estado nutricional según la dieta mediterránea en las gestantes, atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar.
- Identificar el estado nutricional según la dieta occidental en las gestantes, atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

1.4.1. Importancia de la investigación.

La nutrición de la mujer, especialmente durante el embarazo es de gran importancia para el desarrollo normal del niño por nacer y para prevenir distintas complicaciones en la salud materna. Sin embargo aunque se conoce la gran importancia de la nutrición no se la toma en cuenta, y lo demuestran los altos índices de malnutrición. La malnutrición materna se constituye en uno de los factores de riesgo para las altas tasas de mortalidad perinatal y materna en países en vías de desarrollo como el nuestro, en el cual, poco o nada se ha logrado con las estrategias implementadas por el Ministerio de Salud para disminuir estos índices.

Siendo la malnutrición materna una de los contribuyentes a los altos índices morbimortalidad, se debe analizar todas aquellas contingencias que atribuyen a esta problemática. Una de ellas es La escasa práctica de

adoptar un patrón de dieta saludable por las gestantes, constituyéndose en un problema que a menudo impide aprovechar los nutrientes disponibles de forma adecuada y balanceada; la misma que puede traer complicaciones durante el embarazo y el parto (2).

Por las razones antes expuestas la tesista se vio motivada en realizar el presente trabajo de investigación y conocer la relación que existe entre el estado nutricional y los tipos de dieta en gestantes que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar. Los resultados obtenidos de la presente investigación servirán de base a los profesionales dedicados a la atención primaria en salud, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las gestantes; además pretende ayudar a mejorar los conocimientos sobre nutrición, alimentación y a manejar una dieta equilibrada en las gestantes, para que de esta forma, ellas puedan modificar sus hábitos alimenticios, sus condiciones de vida y bienestar adoptando hábitos sanos, con el fin de evitar complicaciones que comprometan la vida del binomio madre-hijo.

1.4.2. Viabilidad de la investigación.

El presente estudio de investigación, cuenta con todos los materiales, dinero, tiempo y servicios necesarios para poder obtener la información, teniendo en cuenta que se contó con el permiso adecuado de la Universidad y la confianza brindada del Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. Además, se tiene los suficientes conocimientos sobre el tema realizado, se utilizó como instrumento el cuestionario de recolección de datos la cual fue validada por profesionales que conocen el área. Por lo tanto se contó con todo lo necesario para realizar esta tesis.

1.5. LIMITACIONES.

- Gestantes no cuentan con el tiempo suficiente para atendernos debido a los quehaceres domésticos que se tenían que cumplir.
- En algunos casos información brindada fue incorrecta.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. Antecedentes del problema.

Antecedentes internacionales.

Nardi F. E. (España, 2014). **Metodología:** estudio transversal, observacional de tipo descriptivo realizado en mujeres embarazadas. Efectuó una investigación titulada “Hábitos alimentarios en embarazadas de la ciudad del Rosario durante el período comprendido entre junio de 2012 a agosto de 2013.”, cuyo propósito fue conocer la ingesta habitual de alimentos en un grupo de 100 gestantes para determinar déficit o exceso en la misma. **Resultados** evidenciaron que las gestantes tenían un IMC pre gestacional de normal peso (75%) y Sobrepeso (17%), habían alcanzado una ganancia de peso de 7 a 16 kg. (70%) y la alimentación en el grupo de estudio no fue la más adecuada, debido a una incorrecta selección de alimentos. (10)

Chimbo O.C.E. (Ecuador, 2014). **Metodología:** El estudio realizado tuvo un nivel de investigación de tipo descriptivo de corte transversal. La muestra fue 124 madres gestantes y 47 madres en periodo de lactancia. Desarrollaron un estudio titulado “Prácticas y conocimientos, creencias y tabús alimentarios que influyen en el estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes atendidas en el centro de salud de Huachi Chico durante Junio, Noviembre del 2013”. Los resultados mostraron que las prácticas, los conocimientos, las creencias y los tabús alimentarios influyen mayoritariamente en el estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes. Donde al ser evaluadas según índice peso, talla y edad

gestacional se encuentran en sobrepeso (44%) seguido en menor proporción embarazadas con bajo peso. Y las mujeres en periodo de lactancia se encuentran un 17% en Obesidad Grado 1, y un 40% en sobrepeso, presentándose también el bajo peso en un 17%. (11)

Torres S. D. (Venezuela, 2014). **Metodología:** estudio de campo, descriptivo, prospectivo, cuyo objetivo fue determinar la incidencia de obesidad y sus complicaciones en gestantes atendidas en la Emergencia Obstétrica del Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay Enero, Julio 2014 . La muestra está conformada por 150 gestantes obesas con IMC mayor a 30, basada en la clasificación según la OMS; se utiliza un cuestionario para la recolección de datos, que son analizados mediante estadística descriptiva, representados en gráficos y tablas. Resultados: se clasifico obesidad grado II y III, con una ganancia ponderal entre 5 a 24 Kg. Predominando complicación obstétrica con el 55,38% la preclampsia grave y la leve (32,31%), seguido de la diabetes gestacional (15,38%), las médicas destaca hipertensión arterial crónica en crisis Hipertensiva (82,1%), bajo control nutricional basado en dieta con el 54,7%. Concluyendo que el seguimiento cuidadoso oportuno y eficaz de las gestantes obesas, debe ser enmarcado con el obstetra y valoración multidisciplinaria (12).

Zapata L. N, Restrepo M. S. L (Colombia, 2013).**Metodología:** estudio de corte transversal, correlacional. El propósito del estudio fue evaluar la influencia de los factores socioeconómicos de riesgo la seguridad alimentaria, la salud y las medidas antropométricas clave sobre el índice de masa corporal (IMC) en un grupo de adolescentes de Medellín,

Colombia, en el tercer trimestre del embarazo. Se llevó a cabo con 294 adolescentes embarazadas. Los datos se analizaron mediante análisis de regresión logística bivariada y multivariada. Resultados: fueron que las adolescentes embarazadas con familias que ganaron menos de un salario mínimo tenían más probabilidades de tener bajo peso. Tener menos de 15 años se asoció con un aumento de cuatro veces en el bajo peso gestacional. En conclusión, los bajos ingresos y la edad joven se asociaron con bajo peso gestacional. (13)

Antecedentes nacionales.

Medina F.A.Y (Lima, 2015). **Metodología:** el estudio es de tipo descriptivo, correlacional, prospectivo de corte transversal. Titulado “Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante mayo, julio del 2015”, su población de estudio fueron 144 gestantes. Resultados observaron que las gestantes tenían un IMC entre Normal (47.9%) y Sobrepeso (37.5%), y ganancia de peso excesiva (34.7%), siendo el estado nutricional “inadecuado” (89.6%) y los hábitos alimentarios medianamente adecuados” (50%). (2)

Montero M. J. N. (Lima, 2016). **Metodología:** el estudio fue observacional con diseño correlacional, transversal y enfoque cuantitativo, titulado “Estado nutricional y prácticas alimentarias durante el embarazo en las gestantes a término atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante enero febrero del 2016”. La muestra estuvo conformada por 368 gestantes a término. Resultados se observó que el 29.1% tiene sobrepeso

y el 9.2% obesidad, el 50.5% tiene una ganancia de peso “bajo”, el 28.5% de la gestante presenta anemia y el estado nutricional de la gestante es “inadecuado” en el 73.6%. Respecto a las prácticas alimentarias en el 83.4% son inadecuadas y en el 13% son medianamente adecuadas. Se evidenció que las prácticas alimentarias están relacionadas con la ganancia de peso ($p=0.029$) y las prácticas alimentarias están relacionadas con el estado nutricional de la gestante ($p=0.000$) (3)

2.2. BASES TEÓRICAS.

2.1.1. Nutrición.

Definición:

Conjunto de procesos involuntarios e inconscientes que comprende la digestión, la absorción y la utilización de principios alimenticios ingeridos. Obedecen a leyes fisiológicas poco susceptibles de influencias externas. (14)

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), considera que la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. (1)

Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad. (1)

La nutrición es un determinante importante de enfermedades crónicas que puede ser modificado, y es bien sabido que el tipo de dieta tiene una gran influencia, tanto positiva como negativa, en la salud a lo largo de la

vida. Y aún más importante es que los cambios en la alimentación influyen no sólo en el estado de salud del momento sino que pueden determinar a la larga que un individuo padezca o no enfermedades como cáncer, enfermedades cardiovasculares, hipertensión y diabetes mellitus en etapas posteriores de la vida. (15)

2.2.2. Estado nutricional.

Definición:

Estado nutricional es la situación de salud de la persona como resultado de su régimen alimentario, nutrición, estilo de vida, condiciones sociales y condiciones de salud. La evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar. (16)

La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo o grupo de individuos, relacionados con la nutrición. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde problemas nutricionales. Con ellos es posible detectar a individuos malnutridos o que se encuentran en situación de riesgo nutricional. (16)

Valoración nutricional antropométrica.

Es la determinación de la valoración nutricional de la persona, mediante la toma de peso medición de la talla, medición del perímetro abdominal y otras medidas antropométricas.

Peso actual.

Es la medición de la masa corporal expresada en kilogramos, y debe ser obtenida siguiendo procesos estandarizados (17).

Talla actual.

La talla es la medición del tamaño o estatura del individuo que debe ser obtenida siguiendo los procedimientos estandarizados para asegurar la calidad del dato. (17)

Índice de masa corporal o índice de Quetelet.

Es una medida de asociación entre el peso corporal de la persona con su talla elevada al cuadrado. Fue ideado por el estadístico belga Quetelet, por ello también se le conoce como índice de Quetelet cuya fórmula de cálculo es:

$$\text{IMC} = \text{MC (kg)} / \text{T}^2 \text{ (m)}. \quad (16)$$

Donde:

IM C = Índice de Masa Corporal

M C = Masa Corporal (kg)

T = Talla (m)

m = Metros

100 cm = 1 m

Parámetros del estado nutricional. (17)

Índice de masa corporal pregestacional	Clasificación del estado nutricional
<18.5	Bajo peso
18.5 hasta 24.9	Normal
25.0 hasta 29.9	Sobrepeso
>30	Obesidad

2.2.3. Alimentación

Definición:

Serie de actos voluntarios, que consisten en la elección, preparación e ingestión de alimentos. Son susceptibles de modificación por la acción de influencias externas de tipo educativo, cultural o económico. La alimentación variada asegura la incorporación y aprovechamiento de todos los nutrientes que necesitamos para crecer y vivir saludablemente (14).

Alimentarse saludablemente, además de mejorar la calidad de vida en todas las edades, ha demostrado prevenir el desarrollo de enfermedades como: Obesidad, Diabetes, Enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, Hipertensión arterial, Osteoporosis, algunos tipos de cáncer, Anemia, Infecciones (14).

2.2.4. Dieta.

Definición:

Etimológicamente significa “higiene de vida”. En sentido amplio, es sinónimo de régimen, método o modelo alimenticio. Se emplea así mismo como esquema de alimentación restrictiva o modificada utilizada en el tratamiento de diferentes estados (como obesidad) o de alguna enfermedad (16).

Son hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en la alimentación. Llevar una dieta equilibrada, variada y suficiente acompañada de la práctica de ejercicio físico es la fórmula perfecta para estar sanos. Una dieta variada debe incluir alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas. Con esta guía aprenderemos lo que es una dieta sana y la

importancia de hacer ejercicio físico. La dieta y la nutrición son muy importantes en la promoción y mantenimiento de la salud a lo largo de toda la vida.

Está bien establecida su función como factores determinantes de enfermedades no transmisibles crónicas, y eso los convierte en pilares de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (16).

2.2.5. Hábitos alimenticios.

Definición:

Son hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación. Llevar una dieta equilibrada, variada y suficiente acompañada de la práctica de ejercicio físico es la fórmula perfecta para estar sanos. Una dieta variada debe incluir alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas. (15)

Importancia de los hábitos alimenticios.

Es importante porque permite mantener al ser humano sano y fuerte gracias a una alimentación adecuada. No solo es importante la cantidad de alimentos sino también la calidad, ya que ambas influyen en el mantenimiento adecuado para la salud. Por ello es necesario saber el aporte de cada alimento (15).

2.2.6. Tipos de dieta.

Dieta Mediterránea.

Definición:

La dieta mediterránea es aquella que se consume en España, sur de Francia, sur de Italia, Grecia y Malta. Hablamos de ella como una dieta

especialmente saludable porque se trata de una alimentación equilibrada, basada en aceite de oliva, vino, verduras frescas, frutas, pescado, especialmente pescado azul; el pan y cereales integrales. Esta dieta está asociada con un menor riesgo de deterioro físico y los expertos sostienen que no sólo previene enfermedades cardiovasculares, sino también combate la oxidación, el envejecimiento prematuro, el cáncer, e incluso es capaz de remediar la depresión. Pero, aun así, el estilo de vida que debe acompañar a esta dieta también tiene mucho que ver en nuestra salud.

Algunas de las pautas a seguir son las de abandonar el sedentarismo, tener una mayor actividad física y consumir menos carnes rojas. Asimismo, es importante evitar las comidas rápidas, industriales y precocinadas; que contienen gran cantidad de grasas saturadas y escasos nutrientes (18)

Los alimentos que constituyen la dieta mediterránea son muy variados. Esta variación es precisamente uno de sus mayores beneficios al incluir gran cantidad de frutas y verduras, de pescados, frutos secos e incluso hierbas medicinales que se combinan de modo exquisito en cada uno de sus platos. El pan y la pasta, como principal fuente de hidratos de carbono. (18)

Las frutas, en especial los cítricos como naranjas, limones, manzanas, melones, sandías, higos, uvas, hortalizas como pimientos, zanahorias, cebollas, lechugas, espinacas, coles de Bruselas, berenjenas, calabazas, patatas, tomates, etc. Es importante también el ajo, presente en casi todas las comidas.

Los frutos secos, como las nueces y las legumbres, quienes aportan a esta dieta gran cantidad de fibra y antioxidantes.

El aceite de oliva como principal fuente de grasa.

El vino, en pequeñas cantidades en las comidas principales.

El pescado, como sardinas, atún y salmón.

Espicias como tomillo, romero, orégano.

Uso habitual de la miel.

Carnes magras y en pocas cantidades. En especial las pertenecientes a las aves de corral.

Este patrón de alimentación determina un perfil nutricional caracterizado por un alto contenido en grasa total (30-40 % del total de la energía en función de la región) pero bajo en grasa saturada (< 7-8 % del total de energía). El elevado consumo de productos vegetales y consumo moderado de productos animales permite alcanzar altos niveles de fibra, vitaminas, minerales y productos fitoquímicos. Cabe destacar que las Dietas Mediterráneas no son tan sólo un listado de alimentos; otros aspectos ligados a la sociedad, cultura y estilo de vida mediterráneos influyen de forma importante en sus efectos beneficiosos sobre la salud: el uso de alimentos frescos de temporada y mínimamente procesados; una cocina reposada, consumida tradicionalmente en compañía, sin prisas, compartiendo platos y conversación; la práctica moderada de actividad física e incluso el hábito de la siesta. (18)

2.2.6.1. Dieta Occidental.

Definición:

La “dieta occidental” cuyo paradigma es Estados Unidos se caracteriza por el consumo elevado de alimentos ricos en grasa y azúcares como carnes rojas, embutidos, platos preparados, grasa animal y vegetal,

bebidas azucaradas, dulces y chocolates y además por el consumo más elevado de todas las bebidas alcohólicas (vino, cerveza y otras bebidas alcohólicas). (15)

Favorece la prevalencia creciente de la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, el síndrome metabólico, las enfermedades neurodegenerativas, la osteoporosis y ciertos tipos de cáncer (15).

2.2.7. Estado Nutricional de la mujer embarazada.

Definición:

A continuación se presentan las prácticas alimentarias durante el embarazo:

Frecuencia del consumo de alimentos: Cada uno de los grupos de alimentos contribuye con sustancias específicas para la salud de la mujer embarazada y, en su conjunto, aportan los nutrientes necesarios para la nutrición adecuada. No es necesario que consuma todos los alimentos que conforman un grupo todos los días, sino más bien es importante evaluar el consumo de algunos de esos alimentos cada día. Es importante que se consuma por lo menos un alimento de cada grupo cada día (en las cantidades adecuadas) para que la alimentación sea completa y que se alternen los alimentos dentro de cada grupo para que la alimentación sea variada. (19)

Los grupos de alimentos que deben ser consumidos diariamente por la mujer embarazada son: cereales y derivados; frutas y vegetales; leche, yogur y quesos; carnes y huevos; aceites vegetales (no grasas); y agua potable. La gestante debe comer más veces; además de las tres comidas

principales (desayuno, almuerzo, cena) es necesario incluir un refrigerio al día. (20, 21)

2.2.7.1. Tipos de alimentos que se debe consumir en el embarazo.

a) Consumo de alimentos ricos en proteínas: Durante el embarazo, las proteínas se necesitan para cubrir las necesidades del crecimiento de feto, de la placenta y de los tejidos maternos. Cuando existe un balance energía/proteínas adecuado (cuando el consumo de proteínas no supera el 25% de la energía total), se consigue mayor peso del niño al nacer y un menor riesgo de muerte fetal y neonatal. Por ello es importante que las gestantes consuman aproximadamente 25 g adicionales a los requerimientos previos al embarazo. (22, 23). Estas pueden ser de origen: animal como las carnes, el pescado, la leche y huevos o de origen vegetal como la levadura, los frijoles, la soya, los maníes, las harinas, etc. (24).

b) Consumo de cereales y/o derivados de tubérculos y raíces: Estos alimentos son ricos en sustancias que dan la energía y las fuerzas necesarias, además aportan al organismo cerca del 50% de la recomendación diaria de kilocalorías.

Entre los alimentos que conforman los cereales se encuentran: arroz, avena, cebada, centeno, maíz, trigo, pan, pastas, harinas blancas e integrales. Por otra parte, entre los alimentos que contienen tubérculos y raíces se encuentran: camote, papa, yuca, plátano, etc. (25)

c) Consumo de frutas y verduras: Debido a que no todos los vegetales y frutas aportan los mismos nutrientes es indispensable asegurar que se elija tanta variedad como sea posible, priorizando los productos de estación que son beneficiosos desde el punto de vista económico como así también

desde la calidad nutricional. Algunas vitaminas y minerales se pierden en los procesos de cocción, por ello es aconsejable el consumo de por lo menos una porción en crudo cada día. Las frutas y verduras de todas las variedades y sus jugos naturales son fuente de gran variedad de vitaminas y minerales, como así también de fibra. (24)

En los lineamientos de nutrición materno infantil del Perú Se menciona que las frutas y verduras son fuentes de vitamina A, vitamina C y fibra y que su consumo debe ser diario, dividiéndose estos en: Alimentos ricos en vitamina A: Es recomendable que una mujer gestante consuma todos los días alimentos vegetales con alto contenido de carotenos, como papaya, mango, plátano de la isla, zanahoria, zapallo y hortalizas de hoja verde oscuro (espinaca, acelga). La alimentación con adecuado aporte de grasa ayudará a una mejor absorción de esta vitamina.

d) Alimentos ricos en vitamina C: Se ha evidenciado valores bajos de la vitamina C en plasma en relación a problemas de preeclampsia y rotura prematura de las membranas, afectando dicha carencia en la evolución o el resultado final del embarazo. Las frutas cítricas como la naranja, mandarina, limón, toronja son fuentes de vitamina C, así como otras frutas no cítricas (piña, papaya, aguaje, maracuyá), verduras y tomate son fuentes de vitamina C.

e) Alimentos ricos en fibra: La disminución de la motilidad intestinal, inactividad física y presión que ejerce el peso del útero a nivel de los intestinos, ocasionan con frecuencia que las mujeres gestantes sufran de estreñimiento durante los últimos meses de gestación. El aumento del consumo de agua, otros líquidos y alimentos ricos en fibra ayudan a

prevenir el estreñimiento en la mujer gestante, por ello es recomendable el consumo de cereales de granos enteros, productos integrales, frijoles, frutas y verduras que son los que tienen un alto contenido de fibra. (19)

- f) Consumo de alimentos con Calcio:** Los requerimientos maternos de calcio aumentan durante la gestación. Las hormonas reguladoras del calcio están alteradas, de manera que hay mayor absorción del mismo en el intestino. La gestante retiene casi 30 g de calcio, la mayor parte del cual se deposita en el feto en el tercer trimestre. Se transporta al feto entre 50 y 350 mg de calcio ionizado al día. La cantidad de calcio transferida al feto es solo un pequeño porcentaje (2.5%) del calcio materno total almacenado principalmente como hueso. El balance del calcio durante la gestación también se modifica por una mayor excreción urinaria, tal vez debida a la mayor tasa de filtración glomerular. La recomendación diaria de calcio para la no gestante de 25 a 50 años es de 800 mg, la recomendación establecida es de 1.300 a 1.500 mg/día durante la gestación, la cual puede cubrirse con una alimentación que incluya al menos tres porciones de alimentos ricos en este mineral. Los principales alimentos fuente de calcio son: leche, queso, yogur, yema de huevo, sardinas, frijol y brócoli. (20)

A lo que estipula de acuerdo los lineamientos de nutrición materno infantil del Perú, el calcio es necesario para evitar pérdidas importantes de este mineral en los huesos de la madre, tanto en la etapa de la gestación como de la lactancia.

Existe evidencia de que la deficiencia de calcio está asociada con un aumento en el riesgo de hipertensión inducida por el embarazo, la cual incluye pre-eclampsia, eclampsia e hipertensión. En nuestro país el

consumo de calcio es deficiente y su bajo consumo está asociado con osteoporosis en la edad adulta; por ello, es importante el consumo diario de leche, yogur o queso en la mujer gestante. (24)

Las menestras también tienen buena cantidad de calcio, pero su biodisponibilidad se ve limitada porque también tiene inhibidores de su absorción. Sin embargo, su aporte es considerable. Los alimentos andinos quinua y kiwicha son mejores fuentes cuantitativas de calcio que los cereales no andinos. (20)

g) Consumo de alimentos con Hierro: La evidencia muestra que la anemia durante el embarazo se asocia con incremento de la mortalidad materna y con riesgos fetales, causando partos prematuros y, por consiguiente, menor peso en los recién nacidos y mortalidad neonatal; con anemia severa (Hb < 7g/dl) aumenta el riesgo de muerte perinatal y materna. La anemia ferropénica se asocia también con una ganancia de peso insuficiente durante la gestación. Se calcula que el gasto total de hierro durante la gestación es de 1.040 mg, de los cuales 200 mg quedan en la mujer cuando el Volumen de sangre disminuye después de la gestación y 840 mg constituyen una pérdida permanente. El hierro pasa al feto (unos 300 mg) y se utiliza para la placenta (de 50 a 75 mg), para la expansión de la masa eritrocitaria (alrededor de 450 mg) y para la sangre que se pierde durante el parto (unos 200 mg). Alimentos principales fuente de hierro son: carnes rojas, hígado, bazo, pulmón de res, sardinas, yema de huevo, leguminosas secas, mezclas vegetales, espinacas, avena, cebada y harina de trigo fortificada con este mineral. (25)

De acuerdo a lo mencionado por los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú, durante el embarazo la mujer requiere el hierro para el desarrollo del feto, la placenta, la síntesis de eritrocitos adicionales y reponer las pérdidas del parto. Se ha observado que uno de los principales problemas nutricionales durante el embarazo es la anemia nutricional, la cual se previene con un adecuado consumo de hierro durante esta etapa. El hierro proveniente de todo tipo de carnes, aves, pescados, vísceras, sangrecita, etc., es considerado de alta biodisponibilidad, pues se absorbe con mayor facilidad y se altera poco ante la presencia de factores inhibidores de la absorción del hierro, siendo importante para poder mejorar las condiciones nutricionales.(24,25)

La ingesta dietética recomendada de hierro es de 27 mg/día, que usualmente no puede ser cubierta con aporte dietario, haciéndose necesaria su suplementación.

La Organización Mundial de la Salud recomienda la suplementación diaria con hierro durante el embarazo, como parte de los cuidados estándar en la población con riesgo de deficiencia en hierro. (20)

h) Consumo de alimentos con Ácido Fólico: Durante la gestación, el folato tiene importancia en la organogénesis. Una ingestión inadecuada preconcepcional y en las primeras semanas de la gestación, se asocia con mayor riesgo de defectos del tubo neural. Las malformaciones por deficiencia de ácido fólico se producen durante los primeros 28 días de la gestación, cuando muchas mujeres ignoran aún que están en gestación. El aumento de los requerimientos alimentarios durante la gestación, se relaciona con la eritropoyesis materna, el crecimiento tisular uterino y

mamario, y el correspondiente placentario fetal. La ingestión disminuida de folato se observa en mujeres que rara vez ingieren frutas, vegetales verdes y cereales integrales o fortificados. La cantidad de folato alimentario necesaria durante la gestación, según las recomendaciones internacionales, es de 280, 660 y 470 $\mu\text{g}/\text{día}$ en el primero, segundo y tercer trimestres, respectivamente. El aporte de un suplemento de ácido fólico se asocia con un adecuado peso al nacer y con una reducción del número de recién nacidos con bajo peso, tanto en los países desarrollados como en los que están en desarrollo. Los principales alimentos fuente de ácido fólico son: vegetales crudos de hojas verdes, frutas cítricas, cereales fortificados como la harina de trigo, leguminosas secas, vísceras y huevos. El folato es una coenzima necesaria para el metabolismo, el recambio tisular y el crecimiento normal. (25)

Según lo señalado por los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú, toda mujer gestante necesita ácido fólico para: producir glóbulos sanguíneos adicionales que necesita y el crecimiento de la placenta y del feto. Esta vitamina es necesaria para la producción del ADN. Cuando las cantidades de ácido fólico son inadecuadas, la capacidad de división de las células podría verse afectada y posiblemente provocar un crecimiento pobre del feto o de la placenta. La deficiencia de ácido fólico está asociada a defectos del tubo neural, otras malformaciones congénitas y parto prematuro. Asimismo, el ácido fólico contribuye en la prevención de la anemia megaloblástica. Está presente en todo tipo de carnes rojas, vísceras, pescados y mariscos. (24)

- i) **Consumo de alimentos con ácidos esenciales:** El aporte de lípidos es necesario durante el primer trimestre para lograr depósitos tisulares en el organismo materno y para lograr el crecimiento del feto y la placenta en el segundo y tercer trimestre. Las necesidades de ácidos grasos esenciales, se estima en alrededor de 600g a lo largo de toda gestación, lo que representa un aporte diario aproximadamente 2,2 g/día. Entre los principales alimentos se encuentran: el maní, las pecanas, las avellanas, el pescado, etc. (20).
- j) **Consumo de líquidos (Agua, jugos, etc.):** El agua es un nutriente esencial para la salud de los seres humanos. Siempre debe consumirse agua potable o adecuadamente potabilizada para evitar el contagio de enfermedades. Durante el embarazo se retiene agua, en parte por el incremento en la producción de vasopresina. El agua ingerida es usada para la producción de líquido amniótico. Algunas condiciones, además de las climáticas y la actividad física, que incrementan la necesidad de agua durante el embarazo son la náusea y el vómito en la gestación, así como el mayor consumo energético; durante la lactancia se requiere más agua para la producción de leche. La deshidratación durante el embarazo encierra riesgos especiales, por lo que debe evitarse diversos cambios fisiológicos alteran el metabolismo del agua durante el embarazo: se incrementa el volumen sanguíneo y la tasa de filtración glomerular, se pierde más agua por sudoración y exhalación. La placenta contiene, a término, 500 mL de agua, y hay de 500 a 1,200 mL de líquido amniótico. Diferentes fuentes recomiendan un consumo total de agua de 2,700-4,800 mL/día, de las que 1, 4702,370 mL corresponden a bebidas y agua simple. Con base en el

consumo energético y la recomendación de 1-1.5 mL/kcal, al inicio del segundo trimestre de embarazo incrementan, en al menos 300 mL/día, las necesidades de agua. (23)

En los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú señalan que el aumento del consumo de agua ayuda a prevenir el estreñimiento, tanto de la mujer gestante como la que da de lactar. (17,25)

- k. **Consumo de sal:** Debido a que algunos productos animales y vegetales no contienen las cantidades de yodo necesarios para satisfacer los requerimientos del cuerpo, es recomendable que se haga uso de la de sal yodada en sus alimentos para cubrir los requerimientos nutricionales. (20, 21)
- l. **Consumo de suplementos vitamínicos:** La suplementación vitamínica se refiere al suministro de micronutrientes en comprimidos, capsulas, jarabe, polvo, etc. (20)

Según la Norma Técnica de atención integral de salud materna recomienda la suplementación durante la gestación, de lo siguiente:

Suplementación de ácido fólico: Es la administración profiláctica de ácido fólico, que se brinda a la gestante hasta las 13 semanas de gestación, pero también se debe administrar durante el embarazo, siendo la dosis recomendada de 400 ug. **Suplementación de calcio:** Es la administración profiláctica de calcio, que se brinda a la gestante desde las 20 semanas de gestación hasta el término.

Suplementación de hierro: Es la administración profiláctica de sulfato ferroso, que se brinda a la gestante y que se debe iniciar a partir de las 14 semanas de gestación, siendo la dosis diaria de 300 mg. En casos de

mujeres gestantes que inician el control prenatal después de las 32 semanas de embarazo, la dosis debe ser de 600 mg de sulfato ferroso. Debe ser ingerido media hora antes del almuerzo, de preferencia con jugos ricos en ácido ascórbico, no administrarlo con leche, infusiones de hierbas, café o té que impiden la absorción del hierro.(27)

2.2.7.2. Alimentos que no se deben consumir.

Consumo de conservas de alimentos enlatados, comida chatarra, snack, dulces, etc.): Con respecto a los alimentos enlatados, se recomienda que se limite su consumo, pues no proporciona los nutrientes necesarios como otros alimentos.

También se recomienda a las mujeres gestantes y mujeres que dan de lactar que limiten el consumo de café y otras bebidas (té, cacao, ciertos refrescos), ya que estudios epidemiológicos demuestran la asociación que más de ocho tazas de café produce mayor frecuencia de abortos. Asimismo, el café, té, cocoa y chocolate, interfieren en la absorción de hierro. Es necesario también disminuir el consumo de gaseosas, golosinas y dulces, ya que su consumo exagerado puede ocasionar problemas de sobrepeso u obesidad (20,28)

Respecto a las porciones de alimentos, estas se definen como la cantidad o tamaño de un alimento que comúnmente se consume, siendo su tamaño o peso convencional. Se expresan en medidas caseras comunes y se les asigna, por grupo de alimentos, un valor promedio del contenido de energía, proteínas y grasas para ayudar al cálculo nutricional de la dieta (29).

En los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú se menciona que toda gestante debe consumir como mínimo una porción diaria de cada grupo de alimentos (20)

Por su parte el Ministerio de Salud en su documento sobre la alimentación durante el embarazo, señaló que toda mujer gestante necesita unas 285 calorías adicionales para su mantenimiento, por ello, teniendo en cuenta los grupos de alimentos, recomiendan el consumo de las siguientes cantidades de porciones de los cuatro grupos básicos de alimentos: 4 o más porciones de frutas y de verduras, 4 o más porciones de pan y de cereales integrales o enriquecidos (energía), 4 o más porciones de leche y de productos lácteos (calcio) y 3 o más porciones de carne, ave, pescado, huevos y legumbres (proteína). (30)

2.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

a) Nutrición: conjunto de procesos involuntarios e inconsistentes que comprende la digestión, absorción alimentos. (14)

b) Estado Nutricional: es la situación de salud de la persona como resultado de su régimen alimentario, nutrición, estilo de vida, condiciones sociales y condiciones de salud. (16)

c) Alimentación: serie de actos voluntarios, que consisten en la elección, preparación e ingestión de alimentos. Son susceptibles de modificación por la acción de influencias externas de tipo educativo, cultural o económico. (14)

d) Índice de Masa corporal: Es una medida de asociación entre el peso corporal de la persona con su talla elevada al cuadrado. (16)

e) Peso: medición de la masa corporal expresada en kilogramos. (17)

- f) Talla:** es la medición del tamaño o estatura del individuo. (17)
- g) Dieta:** son hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en la alimentación. (16)
- h) Tipos de dieta:** dieta occidental y dieta mediterránea.
- i) Dieta mediterránea:** es una dieta saludable por consumo de alimentos variados. (18)
- j) Dieta occidental:** consumo elevado de alimentos ricos en grasas y azúcar. (15)
- k) Ingesta:** conjunto de materias que por vía bucal entran en el organismo con fines alimenticios
- l) **Hábitos alimenticios:** Son hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación. (15)
- m) Dieta variada:** incluye alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas. (16)
- n) Absorción:** Proceso por el cual los nutrientes contenidos en los alimentos aportados por la dieta pasan del aparato digestivo al torrente sanguíneo.
- ñ) Sobrepeso:** Es el aumento del índice de masa corporal entre 25,0 hasta 29,9. (17)
- o) Obesidad:** es una enfermedad crónica tratable que aparece cuando existe un exceso de tejido adiposo (grasa) en el cuerpo.
- p) Desnutrición:** es una enfermedad que es producto de una dieta inadecuada, que no permite la absorción de los nutrientes necesarios para mantener el equilibrio del organismo. (15)
- q) Salud:** es el bienestar físico, emocional y psicológico. (1)

r) Embarazo: el embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto.

CAPÍTULO III

3. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1. Formulación de hipótesis principal y derivada.

Hipótesis principal.

Existe relación significativa entre estado nutricional y los tipos de dieta en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. Enero - Febrero - 2017.

Hipótesis derivadas.

- El estado nutricional de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar es normal.
- El tipo de dieta en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar es occidental.
- El estado nutricional según la dieta mediterránea en las gestantes, atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar es normal.
- El estado nutricional según la dieta occidental en las gestantes, atendidas en el Centro de Salud Simón Materno Perinatal Bolívar es de sobrepeso.

3.2. Variables: definición conceptual y operacional.

a) Variables independientes.

Tipos de dieta.

b) Variables dependientes.

Estado nutricional.

Definición operacional de las variables (índices).

Tipos de variables	Categorías	Indicadores	Ítems
<p>Variable dependiente. Estado Nutricional. Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.</p>		Gestante con bajo peso. (< 18,5).	Si No
		Gestante con peso normal. 18,5 hasta 24,9	Si No
		Gestante con sobrepeso. 25,0 hasta 29,9	Si No
		Gestante con obesidad. ≤ 30 ,	Si No
<p>Variable independiente Tipos de Dieta.- Se encuentra diferentes tipos de dietas. En este estudio se consideran: Dieta Mediterránea y Dieta Occidental, dietas que se caracterizan por el consumo de alimentos que predominan en las zonas correspondientes</p>	Dieta mediterránea	Pescado Leche huevos Legumbres Frutas Verduras Aceite de oliva Vino Ajo	Nunca. Casi nunca A veces. Casi siempre. Siempre.
	Dieta occidental	Hamburguesas Pollo a la brasa Bebidas azucaradas Golosinas caramelos fideos	Nunca. Casi nunca A veces. Casi siempre. Siempre.

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA.

4.2. Diseño metodológico.

Diseño

La presente investigación se realizó dentro del marco no experimental, porque no se manipulará las variables de investigación, para después analizarlos.

Tipos de investigación:

- No experimental: porque busco establecer la relación entre el estado nutricional y los tipos de dieta.
- Descriptiva: se buscó describir los tipos de dieta y la relación con el estado nutricional.
- De corte transversal: son estudios diseñados para medir los resultados en una población definida y en un punto específico de tiempo.
- Correlacional: porque busco establecer la relación entre el estado nutricional y los tipos de dieta.

4.3. DISEÑO MUESTRAL.

4.2.1. La población.

Estuvo constituida por 667 gestantes que pertenecen al Centro de Salud Simón Bolívar, 2016”.

4.2.2. Criterios de inclusión y exclusión:

Estarán **incluidas** todas las mujeres que deseen participar con su voluntad propia.

Estarán **excluidos** las gestantes que, por razones de salud, otro motivo no puedan brindar información.

4.2.3. Muestra:

La muestra en estudio consta de 66 gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar - Cajamarca, en el año 2016.

El tamaño de la muestra se calculó considerando el muestreo aleatorio simple para estimación de proporciones poblacionales con una confiabilidad de 95% y admitiendo un error máximo tolerable del 5%. La determinación de las 66 unidades muestrales obedece a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2 PQ}{E^2 (N - 1) + Z^2 PQ}$$

N = 667 gestante atendidas

Z= 1,96 (Nivel de confianza al 95 %)

P = 0,50 (Proporción de gestantes que consumen dieta mediterranea)

Q = 0,50 (Proporción de gestantes que consumen dieta occidental)

E = 0,05 (Tolerancia de error en las mediciones)

n = Tamaño de la muestra a evaluar

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,50) (0,50) (667)}{(0,05)^2 (666) + (1,96)^2 (0,50) (0,50)} = 66$$

$$(0,05)^2 (666) + (1,96)^2 (0,50) (0,50)$$

4.2.1. MATRIZ DE CONSISTENCIA.

Estado nutricional y tipos de dieta en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar- 2016.

PROBLEMA	O,BJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN	
			VARIABLE	INDICADOR
<p>Problema principal</p> <p>¿Existe relación entre Estado Nutricional y los tipos de dieta en gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar, enero – febrero, 2017?</p> <p>Problemas secundarios</p> <p>¿Cuál es el estado nutricional de las gestantes, atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar.</p> <p>¿Cuál es el tipo de dieta de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar.</p> <p>¿Cómo es el estado nutricional según la dieta mediterránea de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar.</p> <p>¿Cómo es el estado nutricional según la dieta occidental de las gestantes, atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar.</p>	<p>General. Conocer y analizar la relación entre estado nutricional y los tipos de dieta en gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar, enero – febrero, 2017.</p> <p>Específicos. 1. caracterizar socio demográfica y obstétricamente a las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar, enero – febrero, 2017.</p> <p>2. Valorar el estado nutricional de las gestantes, atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar.</p> <p>3. Identificar los tipos de dieta en gestantes, atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar.</p> <p>4. Identificar el estado nutricional según la dieta mediterránea en las gestantes, atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar, enero – febrero, 2017.</p> <p>5. Identificar el estado nutricional según la dieta occidental en las gestantes, atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar.</p>	<p>Hipótesis general.</p> <p>Existe relación significativa entre estado nutricional y los tipos de dieta en gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar, enero – febrero, 2017.</p> <p>Hipótesis específicos.</p> <p>El estado nutricional gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar es normal, enero febrero, 2017.</p> <p>El tipo de dieta de las gestantes atendidas en el centro de Salud Simón Bolívar es occidental.</p> <p>El estado nutricional según la dieta mediterránea en las gestantes, atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar es normal.</p> <p>El estado nutricional según la dieta occidental en las gestantes, atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar de sobrepeso.</p>	<p>Variable Dependiente.</p> <p>Estado nutricional.</p> <p>Variable Independiente.</p> <p>Tipo de dieta</p>	<p>Gestante con bajo peso. Sí, no</p> <p>Gestante con peso normal. Sí, no</p> <p>Gestante con sobre peso. Sí, no</p> <p>Gestante con Obesidad. Sí, no</p> <p>Dieta occidental:</p> <p>Hamburguesa Pollo a la brasa Golosinas Bebidas azucaradas Caramelos Gaseosas</p> <p>Dieta mediterránea</p> <p>Pescado Leche huevos Legumbres Frutas Verduras Aceite de oliva Vino Ajo</p>

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Técnicas.

La investigación se realizará obteniendo la información a través de la entrevista a las gestantes que acudieron a la atención prenatal, quienes informadas en forma detallada sobre los objetivos del estudio y se les invito a participar voluntariamente, solicitándoles su consentimiento, tanto para aplicar la encuesta como para acceder a su carnet perinatal para identificar el IMC pregestacional y ganancia de peso.

Se empleó la técnica encuesta, aplicada a través de la entrevista a las mujeres embarazadas, obteniéndose información empírica sobre las variables en estudio. El tipo de entrevista fue estructurada, la misma que se realizó sobre la base de un formulario previamente elaborado por la tesista y destinado a recolectar información sobre el estado nutricional y los tipos de dieta que consumen las gestantes.

Instrumentos.

Como instrumento se utilizó:

- Cuestionario,
- carnet perinatal.

Descripción del instrumento

El cuestionario consta de características: sociodemográficas, obstétricas y el estado nutricional: incluye variables antropométricas como peso, talla e índice de masa corporal (IMC) para hacer la evaluación del estado.

Peso: la mujer estuvo descalza, con ropa ligera y en bipedestación se tomará en balanza de adultos y se registró en kilogramos.

Talla: Se contó con un alímetro para adultos y se registró en centímetros.

Edad gestacional: dato calculado, mediante fecha de última menstruación o altura uterina.

Medición de variable Tipo de Dieta. La encuesta tipo cuestionario, será planteada en base a la bibliografía sobre dieta mediterránea y occidental, la cual fue validada por juicio de expertos.

La escala que mide el tipo de dieta constará de 29 preguntas, a las cuales tendrán alternativas basadas según lo siguiente.

N = Nunca CN= casi nunca AV = A veces CS = casi siempre
S=siempre

Puntaje.

N=0 CN=1 AV=2 CS=3 S=4

Tomando en cuenta que el puntaje máximo será 116 puntos, se determinará el tipo de dieta de la siguiente manera:

Dieta Mediterránea:>58

Dieta es Occidental:< o = 58

4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.

El ingreso de datos se realizó en una matriz de base de datos Excel por sujeto de estudio, el procesamiento y análisis de los datos de los

encuestados, se ejecutó con el apoyo del software estadístico SPSS versión 23, presentado la información en tablas adecuadas.

4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

El análisis descriptivo de los datos se realizó mediante la distribución de frecuencias absolutas y relativas en tablas, y para el análisis estadístico inferencial se utilizó la prueba Estadística de Chi – Cuadrado, para relacionar las variables se empleó tablas de contingencia con 95% de confiabilidad.

Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

Fase descriptiva. Consistió en describir los resultados de la relación entre estado nutricional y tipos de dieta en gestantes, en base a las estadísticas obtenidas en el proceso, comparándolo con teorías y antecedentes.

Fase inferencial. Se realizó para determinar la confiabilidad de los resultados observados en la muestra, que se presentan también en la población correspondiente.

Se verificó la hipótesis formulada, para lo cual se usó Chi cuadrado. Para ver la relación entre variables y su significancia, se usó el valor p-valoré, el cual si era < 0.05 , tenía una relación significativa, y si es > 0.05 no existe relación.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS.

Esta investigación se fundamentará en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación como los siguientes:

Autonomía: La gestante entrevistada (o familiar directo en caso de incapacidad de poder responder la entrevista), tuvo libertad de emitir sus

respuestas, sin ser influenciada por parte de otras personas o de la investigadora.

No maleficencia: la información se obtuvo luego de que la gestante y/o familiar directo, de consentimiento para la entrevista.

Consentimiento informado: luego de que la paciente y/o familiar directo fue informado en forma clara y precisa del propósito y modalidad de la investigación, se pidió su autorización y firmó el documento de consentimiento informado.

Privacidad: se respetó el anonimato de la gestante entrevistada, desde el inicio de la investigación hasta el final.

Confidencialidad: la información referida por la gestante y/o familiar directo no será revelada, fueron utilizados solo para fines de investigación.

CAPITULO V

5.1. Analisis descriptivo.

Tabla 1. Características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. Enero – Febrero, 2017.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	N°	%
EDAD		
Menor de 19	9	13.6
20 a 24	24	36.4
25 a 29	12	18.2
30 a 34	9	13.6
35 a 39	10	15.2
Mayor de 40	2	3
Total	66	100
ESTADO CIVIL		
Soltera	4	6.1
Casada	23	34.8
Conviviente	37	56.1
Otros	2	3
Total	66	100
NIVEL EDUCATIVO		
Sin Instrucción	8	12.1
Primaria	19	28.8
Secundaria	32	48.5
Superior	7	10.6
Total	66	100
PROCEDENCIA		
Rural	27	40.9
Urbano	39	59.1
Total	66	100
OCUPACIÓN		
Ama de casa	37	56.1
Estudiante	13	19.7
Trabajadora	16	24.2
Total	66	100
INGRESOS ECONOMICOS		
Menos de 1MV	25	37.9
Entre 1 y 2 MV	38	57.6
Más de 2 MV	3	4.5
Total	66	100

Fuente: encuesta aplicada

En la presente tabla sobre características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar podemos apreciar en relación a la edad que la mayoría se encuentra entre 20 a 24 años de edad (36.4%), seguido de las de 25 a 29 años (18,2%), que vendría hacer las edades con más relevancia en el presente estudio. En estado civil (56.1%) manifestaron ser conviviente, seguido de un 34.8% casadas y finalmente 6.1% solteras. En relación al grado de instrucción tenemos que el 48.5% tienen estudios secundarios y el 28.5% estudios primarios seguido de un considerable 12.1% de gestantes sin instrucción. En cuanto a la procedencia, el 59.1% procede de la zona urbana y el 40.9% de la zona rural. Ingreso económico familiar, tenemos que más del 50% tiene un ingreso económico menor a un mínimo vital (57.6%), seguido de las que tienen entre 1 y 2 mínimos vitales (37.9%).

1.2. Características obstétricas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perital Simón Bolívar.

características obstétricas	N°	%
Edad gestacional		
< 13 sem.	2	3.1
14 – 28 sem.	16	24.2
29 – 40 sem.	48	72.7
Total	66	100
N° de hijos		
sin hijos	19	28.8
1 a 2 hijos	28	42.4
Más de 3 hijos	19	28.8
Total	66	100.0

Fuente: encuesta aplicada

En relación a la edad gestacional tenemos la mayoría se encontró en el tercer trimestre de gestación es decir entre las 29 y 40 semanas con un 72.7%, seguido las del segundo trimestre con un 24.2% y finalmente las del primer trimestre con un 3.1%. Respecto al número de hijos vivos la

mayoría manifestó tener entre 1 y 2 hijos en un 42.4% seguido en proporciones similares a las que tienen 3 o más hijos vivos y las que aún no tienen hijos con el 28.8% para cada grupo de gestantes.

Tabla 1. Estado nutricional de las gestantes atendidas al Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. Enero - Febrero, 2017.

Estado Nutricional	Nº	%
Bajo Peso	2	3.0
Peso Normal	39	59.1
Sobrepeso	19	28.8
Obesidad	6	9.1
Total	66	100.0

Fuente: encuesta aplicada

Se evidencia en la presente tabla que el estado nutricional de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar la mayoría se encuentran con un peso normal (59.1%), sin embargo también se podría decir que existe un considerable porcentaje (41%) de gestantes que se encuentran en riesgo con sobre peso, obesidad y bajo peso (28,8%; 9,1%, 3% respectivamente)

Grafico1. Estado nutricional de las gestantes atendidas al Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. Enero - Febrero, 2017.

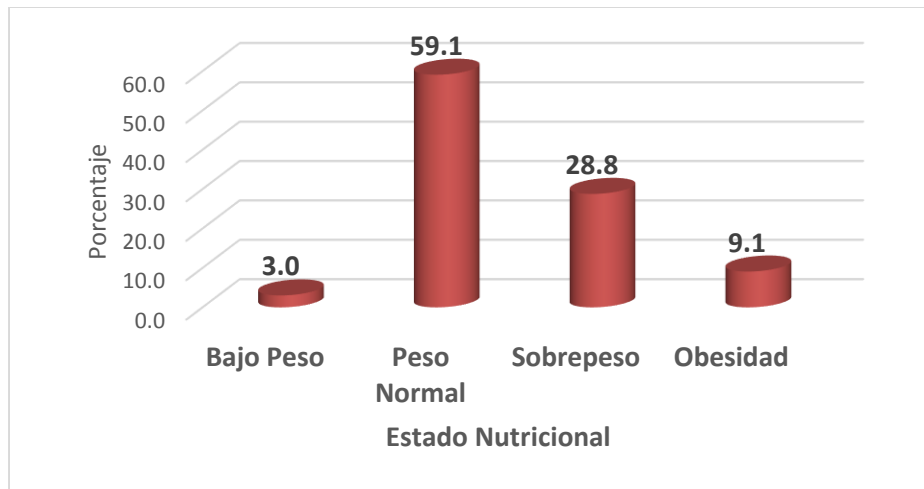


Tabla 3. Dieta que consumen las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. Enero – Febrero, 2017.

Tipos de dieta	Nº	%
Occidental	39	59.1
Mediterránea	27	40.9
Total	66	100.0

Fuente: Encuesta aplicada.

En presente tabla puede observar que la dieta de mayor consumo, es la occidental con un 59.1%, seguida de la dieta mediterránea con el 40.9%, por las gestantes del centro de salud Materno Perinatal Simón Bolívar.

Grafico 2. Dieta que consumen las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. Enero – Febrero, 2017.

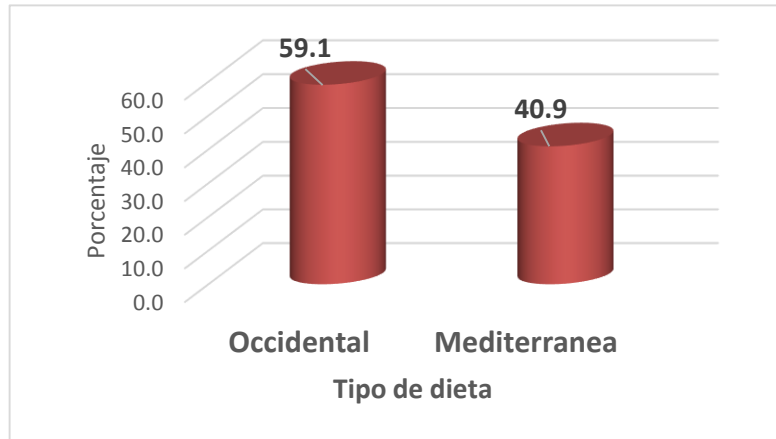


Tabla 4. Relación entre estado nutricional y dieta occidental en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.

Estado Nutricional	Dieta	
	Occidental	
	Nº	%
Bajo Peso	2	5.1
Peso Normal	14	35.9
Sobrepeso	18	46.2
Obesidad	5	12.8
Total	39	100.0

Fuente: Encuesta aplicada

Puede observarse que la mayoría de gestantes que consumen dieta occidental tienen sobrepeso con un 46.2%, 35.9% tienen peso normal, 12.8% obesidad y finalmente el 5.1% bajo peso.

Tabla 5. Relación entre estado nutricional y dieta mediterránea en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar- 2017.

Estado Nutricional	Dieta	
	Mediterránea	
	Nº	%
Bajo Peso	0	0.0
Peso Normal	25	92.6
Sobrepeso	1	3.7
Obesidad	1	3.7
Total	27	100.0

Fuente: Encuesta aplicada.

En la se observa que la mayoría de gestante que consumen dieta mediterránea el 92.6% tiene un estado nutricional normal, seguido de un 3.7% con sobrepeso y en igual porcentaje para las gestantes con obesidad, no encontrándose gestante de bajo peso.

Tabla 6. Relación entre estado nutricional y tipos dieta de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.

Estado Nutricional	Tipos de dieta				Total	
	Occidental		Mediterránea			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo Peso	2	5.1	0	0.0	2	3.0
Peso Normal	14	35.9	25	92.6	39	59.1
Sobrepeso	18	46.2	1	3.7	19	28.8
Obesidad	5	12.8	1	3.7	6	9.1
Total	39	100.0	27	100.0	66	100.0

Fuente: Encuesta aplicada.

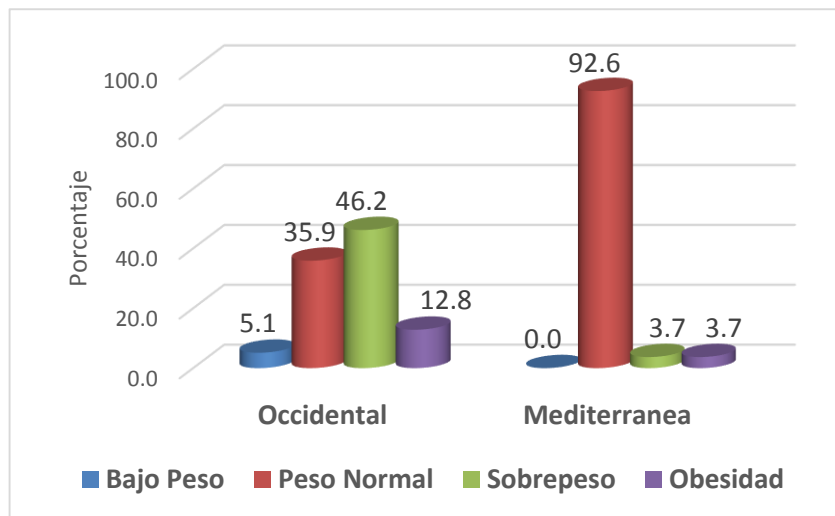
$$X^2= 21.509$$

$$p=0.000$$

$$p< 0.05$$

La tabla muestra que las gestantes que consumen dieta occidental la mayoría tiene sobrepeso (46.2%), mientras que la mayoría de gestantes que consumen dieta mediterránea tiene un estado nutricional normal (92.2%).

Grafico 3. Relación entre estado nutricional y tipos dieta de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.



5.2. Análisis inferencial

Para el análisis inferencial se hizo uso de la prueba estadística no paramétrica del Chi-Cuadrado en tablas de contingencia con nivel de significancia del 5% para establecer la relación entre estado nutricional y tipos de dieta en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar.

5.3. Comprobación de hipótesis

Ho: No existe relación entre estado nutricional y tipos de dieta en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar, Cajamarca - 2016.

H1. Existe relación entre estado nutricional y tipos de dieta en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar, Cajamarca - 2016.

- Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$
- Elección de la Prueba estadística: Prueba del Chi-Cuadrado
- Estimación de p-value: p
- Toma de decisión:

Se rechaza la Hipótesis nula y se acepta la Hipótesis alternativa para:

Los tipos de dieta: mediterranea y occidental, porque su valor de $p < 0.05$.

5.4. Discusión y conclusiones.

Tabla 1. Características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar, Enero-Febrero, 2017.

En la presente tabla sobre características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar podemos apreciar en relaciona la edad que la mayoría se encuentra entre 20 a 24 años de edad (36.4%), seguido de las de 25 a 29 años (18,2%), que vendría hacer las edades con más relevancia en el presente estudio.

Los resultados del presente estudio guardan cierto grado de similitud con los de Samantha (2016), quien reporta que la mayoría de su población en estudio se encontró entre los 23 y 28 años. (31)

La edad de la cronológica de las gestantes es un factor importante puesto que puede representar la madurez física y psicológica en mujeres en edad optima de procrear lo que les brinda la capacidad de comprender

la importancia del cuidado de su salud, estableciéndose que, a mayor edad de la gestante, mejor será la disposición de autocuidado para lograr su bienestar como la de su bebe durante el embarazo.

En estado civil es otra característica analizada; donde el 56.1% manifestaron ser conviviente, seguido de un 34.8% casadas y finalmente 6.1% solteras.

Los resultados del presente estudio guardan cierto grado de similitud con los de Samantha (2016) y Sánchez (2015), quienes reportaron que la mayoría de su población en estudio son convivientes. (31,32)

El estado civil cobra importancia por la posibilidad que tienen las mujeres casadas o convivientes de tener mayor estabilidad económica en algunos casos porque es pareja la responsable de mantener el hogar y por consiguiente, tener una regular o buena alimentación lo que va influir en la salud de la embarazada. En otros casos por el hecho de convivir con una pareja irresponsable puede verse afectada la salud de la gestante, más aun si se ve influenciado por un ambiente de machismo, autoritarismo y desigualdad esta situación, puede conllevar a una malnutrición, que en cualquiera de sus formas, presenta riesgos considerables para la salud materna y del niño por nacer.

En relación al grado de instrucción tenemos que el 48.5% tienen estudios secundarios y el 28.5% estudios primarios seguido de un considerable 12.1% de gestantes sin instrucción.

Los resultados del presente estudio guardan similitud con los de Samantha (2016), y Sánchez (2015), quienes reportaron que la mayoría de su población en estudio tiene un nivel educativo secundario. (31,32)

Según la literatura revisada tenemos que el nivel educativo de la gestante influye en la alimentación de la gestante, pues a mayor nivel educativo mayor será la comprensión de los riesgos expuestos frente a una mala o deficiente alimentación, además aumentara el grado de asimilación acerca a las recomendaciones impartidas en los establecimientos de salud sobre nutrición.

Al respecto Mercadante et al. (2015), manifiesta que el nivel educativo y las condiciones socioeconómicas son determinantes sociales del estado nutricional; los bajos ingresos económicos y el bajo nivel educativo de las familias de los estratos sociales bajos, repercute en el consumo de alimentos y en la estructura de la dieta que restringirá el consumo de calorías, macro y micronutrientes. De igual forma el bajo nivel educativo se asocia al desconocimiento de prácticas básicas de higiene y conservación de los alimentos y de las combinaciones y raciones adecuadas que deben consumirse de los diferentes grupos de alimentos. (33).

La condición de alfabetismo es de gran importancia a nivel individual y social, por estar asociada con resultados positivos, tales como mejores condiciones de vida incluyendo la situación nutricional de la mujer.

En cuanto a la procedencia, el 59.1% procede de la zona urbana y el 40.9% de la zona rural. Las mujeres que viven en la zona rural mayormente se relacionan con tener dietas a base de carbohidratos, debido a que crían sus animales pero no para su consumo sino son llevados a la ciudad y ser vendidos y a cambio adquieren alimentos a base de harinas como: pan, fideo, gaseosas, pasteles entre otros desconociendo que lo que están

adquiriendo puede ser dañino para su salud que cada vez las va desnutriendo.

Con respecto a la ocupación tenemos que el 56.1% son amas de casa, seguido 24.2% tienen trabajos independientes. La ocupación de las gestantes es importante porque, probablemente depende de sus ingresos para tener una adecuada alimentación o simplemente limitarse a adquirir alimentos al alcance del dinero que traiga el esposo o conviviente al hogar, alimentación que en muchos de los casos solo satisface el hambre. De allí que la alimentación de la gestante requiere de mayores requerimientos nutricionales que, de no ser cubiertos, podrían afectar la salud del binomio madre-hijo

Los resultados del presente estudio guardan cierto grado de similitud con los de Samantha (2016), quien reporta que la mayoría de su población en estudio fueron amas de casa. (31)

En cuanto al ingreso económico familiar, tenemos que más del 50% tiene un ingreso económico menor a un mínimo vital (57.6%), seguido de las que tienen entre 1 y 2 mínimos vitales (37.9%).

El ingreso económico familiar cumple un papel muy importante en el tipo de alimentación y estilos de vida de la gestante, en nuestro estudio podemos observar que las gestantes deben adecuar la satisfacción de sus necesidades básicas a una canasta que se cubre con un ingreso mínimo vital o menos. Esto significa que la población con un ingreso menor a un mínimo vital están propensos a riesgos nutricionales como tener una deficiente alimentación que a la larga afectara su salud y la de su futuro

bebe. La mayoría de las mujeres que enferman por causas relacionadas con el embarazo están desnutridas y anémicas, porque carecen de una dieta adecuada y equilibrada. Los bajos factores socioeconómicos tales como vivir en área rural, desempleo, pobre higiene y no disponibilidad de cuidados prenatales tienen una influencia en la alta morbilidad materna perinatal.

Al respecto Mercadante et al. (2015), señala que las carencias socioeconómicas están acompañadas de carencias sanitarias y ambientales, hacinamiento, y mayor incidencia de diversas enfermedades, entre otros aspectos que promueven el deterioro del estado nutricional. (33).

Características obstétricas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Enero-Febrero, 2017.

En relación a la edad gestacional tenemos la mayoría se encontró en el tercer trimestre de gestación es decir entre las 29 y 40 semanas con un 72.7%, seguido las del segundo trimestre con un 24.2% y finalmente las del primer trimestre con un 3.1%.

Los resultados del presente estudio coinciden parcialmente con los resultados presentados por Sánchez (2015), quien manifiesta que la mayoría de su población en estudio su edad gestacional promedio fue de 39.16 semanas. (32)

El embarazo es una etapa de gran vulnerabilidad biológica, psicológica y social para la mujer, que comprende un período de gran demanda nutricional pues se produce una intensa síntesis y crecimiento celular,

necesarios para la formación de tejidos materno-fetales, lo que determina un aumento de las necesidades nutricionales en relación al período preconcepcional que obligan a prestar mayor atención a la nutrición durante toda la etapa gestacional, con la finalidad de atender, no sólo el proceso de crecimiento y desarrollo fetal, sino también los cambios estructurales y metabólicos maternos que acompañan dicho proceso.

Respecto al número de hijos vivos la mayoría manifestó tener entre 1 y 2 hijos en un 42.4% seguido en proporciones similares a las que tienen 3 o más hijos vivos y las que aún no tienen hijos con el 28.8% para cada grupo de gestantes.

En la actualidad la mayoría de familias planifican su familia, debido a la situación social y económica por la que se viene atravesando. Es así que la Encuesta Demográfica de Salud (ENDES), reporta que la fecundidad en el país ha disminuido 3,8% respecto a la estimada a partir de la Encuesta 2011, que fue de 2,6 hijas e hijos por mujer para el período 2008-2011. Las tasas de fecundidad por edad, en promedio fueron relativamente bajas al comienzo de la vida reproductiva, pero alcanzan su mayor nivel en los grupos 20 a 24 y 25 a 29 años de edad. La fecundidad desciende rápidamente a partir de los 40 años de edad. (34)

Tabla 2. Estado nutricional de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. Enero-Febrero, 2017.

Se evidencia en la presente tabla que el estado nutricional de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar la mayoría se encuentran con un peso normal (59.1%), sin embargo también se podría decir que existe un considerable porcentaje (41%) de gestantes que se encuentran en riesgo con sobre peso, obesidad y bajo peso (28,8%; 9,1%, 3% respectivamente).

Los resultados del presente estudio coinciden con los de **Medina** (2015) y **Montero** (2016), quienes señalan que la mayoría de sus gestantes tuvieron un estado nutricional normal, seguido de gestantes con sobrepeso.

Es muy importante que el obstetra en la atención prenatal que brinde, vigile el estado nutricional de la gestante, debido a las complicaciones que pueda presentarse en ella y su recién nacido. Los desórdenes alimenticios y los estilos de vida en la actualidad nos están conduciendo a la obesidad, considerada como la epidemia del siglo XXI, es actualmente la principal preocupación de nuestras autoridades, tanto a nivel nacional como mundial, dado que su tendencia es a incrementarse en función que los factores que lo condicionan no han sido modificados.

Al respecto **Pajuelo (2014)**, señala que en razón de las consecuencias negativas que traen aparejados los fenómenos de transición que se están dando en el mundo en el campo de la demografía, epidemiología, nutrición y otros, nos vemos enfrentados a la irrupción de patologías que agrupadas

son conocidas como enfermedades crónicas no transmisibles. Asimismo reporta que en el caso específico de la nutrición, la modificación de los estilos de vida (patrones dietarios y sedentarismo) ha traído como consecuencia la aparición de la obesidad y, como decía Hipócrates, esto es el preludio de otras enfermedades como la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial y algunos cánceres (35).

Los estudios sobre nutrición reportan que el tratamiento nutricional del sobrepeso y la obesidad se basa en un régimen hipocalórico y alguna actividad física. Sin embargo el gran problema radica en qué hacer cuando estas mujeres que están embarazadas, ya que como está gestando y el momento biológico por el cual están atravesando tienen que aumentar su ingesta de energía. Las preguntas que uno se hace es cómo calcular la energía que se está consumiendo, cómo calcular la energía que se requiere. Uno de los tratamientos más difíciles es bajar de peso a una persona y en el caso de la gestante se torna mucho más difícil, porque se cuenta con muy poco tiempo para hacerlo y más aún que la percepción de la mayoría de gestantes es que eso podría ocasionar un daño a su bebe.

Tabla 3. Tipos de dieta en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar, Enero-Febrero, 2017.

En presente tabla puede observar que la dieta de mayor consumo, es la occidental con un 59.1%, seguida de la dieta mediterránea con el 40.9%, por las gestantes del centro de salud Simón Bolívar.

Los resultados encontrados en el presente estudio guardan cierto grado de similitud con los reportados por **Montero** (2016) quien señala que las

prácticas alimentarias en el 83.4% son inadecuadas y en el 13% son medianamente adecuadas.

En relación al tipo de dieta **Sánchez** (2012), señala que la calidad de dieta materna durante gestación es fundamental en el crecimiento fetal y en los niveles de insulina y glucosa al nacer. Por lo tanto estos índices alertan de una predisposición a padecer enfermedades como la diabetes o el síndrome metabólico. (37)

Al respecto Soto (2015), manifiesta que cuando la madre ingiere insuficientes alimentos durante el embarazo, se reduce en el feto la oferta de glucosa a otros tejidos para asegurar un aporte correcto al cerebro, lo que provoca un menor crecimiento fetal. Sin embargo, son menos conocidos los efectos de un desequilibrio entre grasas, proteínas e hidratos de carbono, es decir, el efecto durante la gestación del consumo de dietas occidentales que se alejan del tipo mediterráneo. de esta forma, más de la mitad de las mujeres consumen dietas de baja calidad que aportan muchos productos de origen animal ricos en grasas saturadas y pocos hidratos de carbono procedentes de verduras o legumbres. Además, más de la tercera parte sigue un patrón lejano al de la dieta mediterránea. Por lo tanto los efectos de una dieta incorrecta durante el embarazo, el niño nace con una elevada glucosa en suero, la insulina y un marcador de resistencia a esta. Esto confirma la influencia de la dieta sobre el desarrollo del páncreas fetal y sobre la concentración de glucosa e insulina al nacer. (15).

Sin embargo el tipo de dieta de mayor consumo en las gestantes es la occidental, es decir una dieta rica en grasa y azúcares como carnes rojas,

embutidos, platos preparados, grasa animal y vegetal, bebidas azucaradas, dulces, chocolates, entre otras y pobres en fibra dietaria y sumada a este tipo de dieta la actividad física esta disminuida.

Tabla 4. Estado nutricional según dieta occidental en las gestantes atendidas en al Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar, Enero-Febrero, 2017.

Puede observarse que la mayoría de gestantes que consumen dieta occidental tienen sobrepeso con un 46.2%, 35.9% tienen peso normal, 12.8% obesidad y finalmente el 5.1% bajo peso.

Este tipo de dieta es perjudicial tanto para salud materna como perinatal, de acuerdo a los resultados encontrados en el presente estudio la mayoría de gestantes que consumen este tipo de dieta se encuentran con sobrepeso. La situación dietética en el mundo occidental es grave, debido a que se caracteriza por el alto consumo de alimentos fritos, bocadillos salados, huevos, carnes entre otros. Así mismo, en la ciudad gracias a la industrialización y la apertura de nuevos centros comerciales, como el Quinde, Open Plaza, Real Plaza, las gestantes han adoptado diferentes hábitos nutricionales, perjudiciales para la salud, como un mayor consumo de comida rápida (pizza, hamburguesas, gaseosas, piqueos, etc.); ello ha ocasionado que el número de gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo aumente considerablemente en nuestra región, asimismo personas con hipertensión arterial menores de 35 años se duplique desde principios de este siglo debido al exceso de peso y a la escasa práctica de ejercicio físico, factores que contribuyen a que los problemas asociados a esta enfermedad genética aparezcan antes de lo habitual.

El Ministerio de salud a través de su Normal Técnica manifiesta la dieta occidental favorece la prevalencia creciente de la obesidad, las enfermedades

cardiovasculares, diabetes tipo 2, el síndrome metabólico, las enfermedades neurodegenerativas, la osteoporosis y ciertos tipos de cáncer (28).

Tabla 5. Estado nutricional según dieta mediterránea en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar, Enero-Febrero, 2017.

La mayoría de gestante que consumen dieta mediterránea el 92.6% tiene un estado nutricional normal, seguido de un 3.7% con sobrepeso y en igual porcentaje para las gestantes con obesidad, no encontrándose gestante de bajo peso.

Los resultados de dicho estudio coinciden con los resultados de **Silva** (2015), quien manifiesta que la mayoría de gestantes consumían dieta mediterránea.

Por lo cual los antioxidantes que se encuentran en los alimentos típicos de la dieta mediterránea, como el aceite de oliva, el pescado, la fruta y las legumbres, tienen un efecto beneficioso para el feto. En dicho estudio hicieron que un grupo de mujeres gestantes consumiera dieta mediterránea estricta las cuales tuvieron hijos más sanos y con menos síntomas asmáticos y alérgicos, en comparación al resto. En su estudio hace mención que los científicos llegaron a la conclusión de que durante el embarazo, comer vegetales más de ocho veces a la semana, comer pescado más de cuatro veces a la semana y comer legumbres más de tres veces a la semana contribuye a proteger la salud de los hijos. Sin embargo, comer carne roja más de tres o cuatro veces a la semana podría aumentar el riesgo de las mencionadas enfermedades. Asimismo señala que los

investigadores aseguran que los beneficios de consumir una dieta mediterránea durante el embarazo revierten en el feto, aunque advirtieron de que los resultados de su estudio "no son estadísticamente significativos". El estudio refleja la alta exposición del feto a varios componentes antioxidantes ingeridos por la madre durante el embarazo, como los cereales, la fruta, los vegetales y las legumbres. Además señala que los ácidos grasos del pescado tienen a su vez un efecto antiinflamatorio, y se han vinculado a una reducción del riesgo de alergias en los niños. (38).

Tabla 6. Relación entre estado nutricional y los tipos de dieta de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. Enero-Febrero 2016.

La tabla muestra que las gestantes que consumen dieta occidental la mayoría tiene sobrepeso (46.2%), mientras que la mayoría de gestantes que consumen dieta mediterránea tiene un estado nutricional normal (92.2%).

Los resultados del análisis estadístico muestran que existe una asociación altamente significativa entre los tipos de dieta y el estado nutricional, dado que el coeficiente del p es <0.05 .

Los resultados del presente estudio guardan cierto grado de similitud con los reportados por **Montero** (2016), quien señala que la mayoría de gestantes tuvieron un estado nutricional con sobrepeso y la dieta que consumieron fue inadecuada. (3)

Sin embargo se discrepa con Medina (2015), quien reporto que la mayoría su estado nutricional fue normal y la alimentación en el grupo de estudio no fue la más adecuada, debido a una incorrecta selección de alimentos. (10).

El estado nutricional de la mujer embarazada puede verse afectada o mejorada por diferentes componentes tanto intrínsecos como extrínsecos. Por ejemplo Deficiencias de micronutrientes como el calcio, el hierro, la vitamina A o el yodo pueden producir malos resultados sanitarios para la madre y ocasionar complicaciones en el embarazo, poniendo en peligro a la madre y al niño. Un aumento insuficiente del peso de la madre durante el embarazo debido a una dieta inadecuada aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y defectos congénitos por lo tanto, de acuerdo al tipo de dieta que se consuma, por simple lógica, contribuiría en el buen estado nutricional de la gestante, es decir la dieta que elija tanto occidental como mediterránea, generaría que la mujer tenga un mejor o peor estado nutricional, por ello en el presente estudio se trató de evaluar este aspecto, resultando que el 59.1% de las gestantes consumían dieta occidental, de las cuales el 64% (sobrepeso, obesidad y bajo peso), presentaron un inadecuado estado nutricional, por otro lado el 40.9 de las gestantes consumían dieta mediterránea de las cuales la mayoría presentaron un estado nutricional adecuado (92.6%). Con ello se puede inferir que si las gestantes consumen una dieta adecuada tendrán un estado nutricional adecuado, como por ejemplo consumir la dieta mediterránea que es una dieta especialmente saludable porque se trata de una alimentación equilibrada, basada en aceite de oliva, vino, verduras

frescas, frutas, pescado; esto va generar la conservación de la reserva de nutrientes en la madre y para el incremento adecuado de peso durante el embarazo. Por otro lado, dieta occidental que es una dieta basada en grasa y azúcares como carnes rojas, embutidos, platos preparados, grasa animal y vegetal, bebidas azucaradas, dulces y chocolates y además por el consumo más elevado de todas las bebidas alcohólicas, podrían provocar un exceso de peso durante el embarazo (estado nutricional inadecuado).

5.3. CONCLUSIONES

Los hallazgos del presente estudio de investigación, de acuerdo a los objetivos planteados e hipótesis permitieron arribar a las siguientes conclusiones:

- La mayoría de gestantes se encuentra en el grupo etario de 20 a 24 años, convivientes, con instrucción secundaria, procedentes de la zona urbana, tener como ocupación amas de casa, tener un ingreso económico familiar menor al mínimo vital. La mayoría se encontró en el tercer trimestre de gestación y tenían de 1 a 2 hijos.
- La mayoría de las gestantes tienen un estado nutricional normal.
- El tipo de dieta de mayor consumo es la occidental 59.1%.
- Las gestantes que consumen dieta mediterránea su estado nutricional es normal.
- Las gestantes que consumían dieta occidental su estado nutricional fue de sobrepeso.

Se llegó a probar la hipótesis planteada debido a que existe una asociación altamente significativa entre los tipos de dieta y el estado nutricional, dado que el coeficiente del p es <0.05

5.4. RECOMENDACIONES

Al gobierno Regional, Gobiernos locales:

- Hacer cumplir las normas emitidas por el Ministerio de Salud sobre normas de estilos de vida saludables y nutrición, en todos los establecimientos de salud.
- Alianzas entre los diferentes actores sociales y gobiernos locales para fomentar la buena alimentación.

Al personal de salud:

- En este estudio se ha evidenciado que el tipos de dieta están ligadas al estado nutricional, por lo que es importante que el obstetra que es quien brinda la atención del embarazo este inmerso en la educación nutricional ya que es indispensable, durante los tres primeros meses de gestación, la cual ha de ser transmitida, no solo por el profesional especializado (nutricionista), sino por todo aquel personal de salud.
- Realizar control de la alimentación a través de un formulario donde se identifique la nutrición de las gestantes, la cantidad de ingesta de alimentos al día, y donde se verifique el tipo de alimentos que consumen y su frecuencia de consumo; de esta manera se podrá intervenir oportunamente en su alimentación mediante consejerías y/o educación personalizada, buscando una mejora en la salud de la madre y del niño por nacer.
- Capacitar a las mujeres no gestantes, sobre la importancia de acudir de manera temprana al control prenatal, conocer su peso pregestacional e informarse sobre las formas de alimentación durante la gestación (atención

preconcepcional), para que se identifiquen riesgos prevenibles y evitar consecuencias negativas en la futura madre y su hijo.

- Promover el consumo de dieta mediterranea con sesiones demostrativas para la elaboración de alimentos ricos en hierro, alimentos de alto nivel proteico, etc. Es una de las estrategias que deberían ser implementados en las áreas educativas donde se brinda atención a las gestantes (áreas de psicoprofilaxis), con la finalidad que tengan amplias alternativas de preparación de comidas.
- Concientizar que el consumo de dieta occidental no solo trae problemas en el embarazo sino que también traen enfermedades posteriores y consecuencias en el recién nacido, por otro lado no solo acarrea sobre peso u obesidad si no conlleva a contraer enfermedades cardiovasculares y diabetes.

ANEXOS

FUENTES DE INFORMACIÓN.

1. Organización Mundial de Salud (OMS). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. 2014. Revisado el 21 de noviembre 2016
2. Medina F. A. Y "Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante mayo, a julio del 2015" [Tesis pregrado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Lima 2015). Revisado 25 de Noviembre 2016
3. Montero M.J. N. "Estado nutricional y prácticas alimentarias durante el embarazo en las gestantes a término atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante Enero, Febrero del 2016" [tesis pregrado] Universidad Nacional Mayor de San Marcos -Lima. Revisado el 25 de noviembre 2016
4. Munares. G. O, Gómez G.G, Sánchez. A. J. Estado nutricional de gestantes atendidas en servicios de salud del Ministerio de Salud (Lima, 2011). Revista Peruana de Epidemiología. Vol. 17, núm. 1, abril-, 2013, pp. 01-09. Revisado 21/11/16
5. López-S.R, Díaz-M.C, Bravo A.L, Londoño-H.N, Salgado P.M , Camargo M.C. Seguridad alimentaria y estado nutricional de las mujeres embarazadas en Cartagena 2011.(Colombia,2011). Revista de Salud Pública ISSN 0124-0064. Revisado 21/11/16
6. Instituto Nacional de Salud Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (INS-CNAN). Estado nutricional en niños menores de 5 años y gestantes que acuden a los establecimientos de salud año 2013(LIMA, 2013) Perú. Informe Gerencial SIEN 2013. Revisado el 23/11/16

7. Díaz A.C. “Ingesta dietaria de nutrientes críticos en embarazadas” Revista chilena de nutrición. (Chile-2011). Revisado 23/11/16.
8. Vázquez V. Alfredo, Dr. Goliat R. Gómez, Dr. Pedro Román. Manual de Medicina. 4ª ed. Cuba, 2013.
9. Ortiz M.M. R. Guía de Alimentación y Nutrición julio 2014. Revisado 23/11/16
Recuperado:
[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/plancalidadesns/pdf/equidad/10 modulo](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/plancalidadesns/pdf/equidad/10modulo)
10. Nardi .F. E. Hábitos alimentarios en embarazadas de la ciudad rosario durante el período comprendido entre junio de 2012 a agosto de 2013. ” (Tesis pregrado). Instituto universitario de ciencias de la salud fundación (Barceló ,2014). Revisado 23 de noviembre 2016.
11. Chimbo O. C. E “prácticas y conocimientos, creencias y tabús alimentarios que influyen en el estado nutricional de las mujeres gestantes y lactantes atendidas en el centro de salud de Huachi chico durante el período junio, noviembre del 2013”. (Tesis pregrado) universidad técnica de Ambato. (Ecuador, 2014). Revisado 24/11/16
12. Torres .S.D. Obesidad y sus complicaciones en gestantes atendidas en la emergencia obstétrica del servicio autónomo hospital central de Maracay enero, julio 2014. Universidad de Carabobo. (Venezuela, 2014).
Revisado 24//11/16. Encontrado en:
<Http://riuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/1265>
13. Zapata L. Natalia; Restrepo M. S. Factores asociados con el índice de masa corporal materno en un grupo de gestantes adolescentes, Medellín,

Colombia. Cad. Saúde pública = Rep. Public health; 29(5):921-934, Colombia, 2013

Revisado 24 de Noviembre 2016

Encontrado en <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/10.pdf>

14. Arias. F. D Guía práctica de nutrición y alimentación. 2ª Ed. Editorial Mosby/Doyma Libros. España. Revisado 25 de Noviembre.
15. Soto B.P, Nutrición y sendas de la salud según la dieta. Vol. 11. Editorial Interamericana.17.9.periodico mediterráneo. Edición digital del 27.11.2012 .Argentina. (Revisado 26/11/16)
16. Zavaleta .L.J.E “Estado nutricional y prácticas alimentarias durante el embarazo en las gestantes a término atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante enero febrero del 2016” [tesis Pregrado]. Universidad Nacional (Lima, 2016)
Revisado 27/11/16.
17. Schuracz R.L, Fescina R.H, Duverges C. A. Evaluación Antropométrica en la gestante 6º edición; 2012.
18. Martínez A. J.R, Villarino M. A. Dieta Mediterranea, avances en alimentación, nutrición y dietética. España. Copyright. 2014
19. Ministerio de Salud (MINSa). Norma Técnica para la valoración nutricional antropométrica de la gestante. (Lima, 2012).
20. Ministerio de Salud (MINSa). Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú, 2013.
21. Ministerio de Salud (MINSa). Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud Materno Infantil: Documento técnico. Instituto Nacional de Salud. Lima, 2011.

22. Palacios S. Nutrición durante el embarazo y la lactancia. Manual Práctico de Nutrición y Salud (capítulo 12) II edición 2011.
23. Valdés A, Rozo A. Guías alimentarias para gestantes y madres en lactancia. : Ministerio de Protección Social. (Colombia, 2011) Revisado 25 de noviembre del 2016. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/portalicbf/Bienestar/Nutricion/Educacionalimentaria/basestecnicasguiaalimentariagestantesy madres enlactancia.pdf>
24. Muñoz C. Guía alimentaria para mujeres embarazadas y madres en período de lactancia, de cantón Plan La Lima, Malacatán, San Marcos [Tesis pregrado]. Universidad de San Carlos (Guatemala, 2011).
25. Cereceda R. M, Quintana P. M. Consideraciones para una adecuada alimentación durante el embarazo. Rev. Perú. Ginecol. Obstet. 2014; 60(2).
26. Figueroa .R. Consumo de agua en el embarazo y lactancia. Perinatología y reproducción humana. Perinatal Reprod Hum 2013; 27 (1):24-30. (Consultado 26/11/16)
Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ips131d.pdf>.
27. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Glosario de nutrición. Un recurso para comunicadores. UNICEF; 2012. [Consultado el 26 de Noviembre del 2016].
Disponible en: http://www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_ES.pdf
28. Ministerio de Salud (MINSA). Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. (Lima, 2013)

29. Instituto de Nutrición e Higiene de los alimentos. Consejos útiles sobre la alimentación y nutrición de la embarazada. Manual para los profesionales de la salud. Cuba: MINSAP; 2013.
30. Ministerio de Salud (MINSA). Nutrición por etapa de vida. Alimentación de la mujer gestante. (Perú, 2011). Consultado el 26 de Noviembre del 2016.
31. Samantha F. J. M “Relación entre los conocimientos y las prácticas alimentarias en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Febrero marzo, 2016” [tesis pregrado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Lima 2016). Revisado 13/02/17.
32. Sánchez S. K. D “Peso materno y macrosomía neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión enero setiembre 2015” [tesis pregrado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Lima 2016). Revisado 17/02/17
33. Mercadante Y, Herrera M, Mangia K, Rodríguez R, Kawan R, Hernández R. Estado nutricional pre-gestacional, embarazo planificado, nivel educativo y estrato socioeconómico, como determinantes de aborto en embarazadas de Caracas. Artículo original ISSN 1816-7713. Consultado 17/02 /17. (Caracas 2015). Disponible en: <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/viewFile/743/581>.
34. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Niveles de fecundidad. Perú 2015. Pág. 120. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1356/pdf/cap003.pdf.
35. Pajuelo R. J. Valoración del estado nutricional en la gestante. Simposio Nutricional en la Gestación y Lactancia. Revista Peruana de Ginecología y

Obstetricia vol. 60 N° 2. Lima-2014. Revisado el 03 de febrero del 2017 en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S230451322014000200008&script=sci_arttext

36. Silva V.M.A. Influencia de un patrón de dieta mediterránea, actividad física y hábito tabáquico en la salud de la mujer gestante, biometría fetal y peso del recién nacido. (Tesis doctoral). Universidad de Granada. (Granada, 2015).

Revisado 17/02/2017

Disponible en: <https://hera.ugr.es/tesisugr/25543659.pdf>

37. La ciencia es noticia (SINC). Confirman que una dieta inadecuada durante el embarazo predispone a la diabetes en el bebé. 2012. Consultado 17/02/17. Disponible en: <http://www.agenciasinc.es/Noticias/Confirman-que-una-dieta-inadecuada-durante-el-embarazo-predispona-a-la-diabetes-en-el-bebe>

38. ABC del bebé. Dieta mediterranea en el embarazo protege a los niños de asma y alergias. Bogotá 2011. Revisado 18/02/17. Encontrado en: <http://www.abcdelbebe.com/etapa/embarazo/segundo-trimestre/salud/dieta-mediterranea-en-el-embarazo-protege-los-ninos-de-asma-y>

ANEXO 1

Ficha de recolección de datos

Características sociodemográficos.

- a) Edad:.....
- b) Nivel educativo:.....
- 1. Sin instrucción
 - 2. Primaria
 - 3. Secundaria
 - 4. Superior
- c) Procedencia:
- 1. Rural
 - 2. Urbano
- d) Ocupación:
- 1. Ama de casa
 - 2. Estudiante
 - 3. Trabajadora
- e) Ingreso económico:
- 1. Menos de un MV.
 - 2. Entre 1 y 2 MV.
 - 3. Mayor de 2 MV.
- f) Estado civil:
- 1. Soltera
 - 2. Casada
 - 3. Conviviente
 - 4. Otros

Características obstétricas.

Nº de hijos _____

Cuántas semanas de embarazo tiene Usted _____

Estado nutricional

Talla materna: _____

Peso pregestacional: _____

Peso actual: _____

Índice de masa corporal pregestacional: _____

Escala que mide el tipo de dieta

N = Nunca **CN**= casi nunca **AV** = A veces **CS** = casi siempre

S= Siempre

TD	N°	PREGUNTAS	N	CN	AV	CS	S
M	1	¿Consume un solo pan diario? (30 gr.)					
M	2	¿Consume solamente media taza de arroz cocinado al día? (60 y 80 gr.)					
M	3	¿Consume solamente ½ o ¾ de taza de fideos cocinados al día? (60 y 80 gr.)					
M	4	¿Consume 3 frutas al día? (120-180 gr.)					
M	5	¿Consume solamente ½ o ¾ de taza de verdura al día? (150 y 200 gr.)					
M	6	¿Consume un litro y medio de agua al día?					
M	7	¿Consume un vaso de leche o dos yogures al día?					
M	8	¿Consume una cucharada sopera de aceite de oliva en crudo diariamente?					
M	9	¿Consume una copa de vino a diario?					
M	10	¿Consume pescado azul como atún, bonito jurel, caballa, sardina, salmón de dos a tres veces por semana?					
M	11	¿Consume carne de aves como pollo, pavita solamente dos raciones a la semana?					
M	12	¿Consume huevos de dos a cuatro raciones semanales?					

O	13	¿Consume carne de res, carnero, chanco más de una ración por semana?					
M	14	¿Consume legumbre como: frijoles, lentejas, soya, maní tres veces por semana?					
O	15	¿Consume papas más de tres veces por semana?					
O	16	¿Consume azúcar todos los días o aunque sea semanalmente?					
O	17	¿Consume caramelos todos los días o aunque sea semanalmente?					
O	18	¿Consume pasteles o tortas todos los días o aunque sea semanalmente?					
O	19	¿Consume jugos de fruta azucarados todos los días o aunque sea semanalmente?					
M	20	¿Realiza actividad física?					
M	21	¿Consume frutos secos como: pecana, almendra, higo seco, pasas?					
M	22	¿Consume aderezos como la cebolla y el ajo en crudo diariamente?					
O	23	¿Consume cremas, mantequilla y margarina?					
O	24	¿Consume hamburguesas?					
O	25	¿Consume pizza?					
O	26	¿Toma gaseosas?					
O	27	¿Consume frituras (papas fritas, pollo a la brasa u otros semejantes)?					
O	28	¿Suele comer en la calle, las llamadas comidas rápidas?					
M	29	¿Ingiere sus alimentos con poca sal?					

Autorización

Yo MG. Wilson León Vilca, Jefe del Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar autorizo a la Bachiller Deisy Jovana Chuquiruna Alvarez para la ejecución del trabajo de investigación titulado “ ESTADO NUTRICIONAL Y TIPOS DE DIETA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MATERNO PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR, CAJAMARCA – ENERO – FEBRERO 2017”,



RECCION REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
DIRECCION DE SALUD II CAJAMARCA
.....
MC. WILSON E. LEON VILCA
DIRECTOR CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR

.....
Jefe del Centro de Salud

Cajamarca, 10 de Enero del 2017

ANEXO 2

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO (JUICIO DE EXPERTOS)

“Estado nutricional y tipos de dieta gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca, 2017.”

CRITERIOS	INDICADORES	A	B	C	Total	Proporción de Concordancia
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.	0.75	0.85	0.80	2.50	0.83
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables.	0.80	0.85	0.80	2.50	0.83
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación.	0.82	0.70	0.80	2.50	0.83
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica en el instrumento.	0.75	0.70	0.75	2.35	0.78
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación.	0.75	0.75	0.85	2.45	0.82
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación.	0.80	0.85	0.85	2.60	0.87
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento.	0.80	0.80	0.85	2.70	0.90
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones.	0.70	0.80	0.90	2.55	0.85
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.	0.85	0.90	0.90	2.54	0.85
TOTAL		7.02	7.20	7.50		7.56
Es válido si $P \geq 0.60$						0.80

CODIGO	JUECES O EXPERTOS
A	Obst. Bessy M. Saéñz Saucedo
B	Obst. María Ynés Huamaní de Torres
C	Obst. Milagros Chuquimango Huamán

CUADRO DE PUNTUACIÓN	
0.53 a menos	Concordancia nula
0.54 a 0.59	Concordancia baja
0.60 a 0.65	Existe concordancia
0.66 a 0.71	Mucha concordancia
0.72 a 0.99	Concordancia excelente
1.0	Concordancia perfecta

Fuente: Marroquin R. Confiabilidad y validez de instrumentos de investigación [sede web]. Lima: Marroquin R. 2000. [Citado 22 de febrero del 2017].

Disponible:

<http://www.une.edu.pe/Titulacion/2013/exposicion/SESION4Confiabilidad%20y%20Validez%20de%20Instrumentos%20de%20Investigacion.pdf> y Soriano A Diseño y validación de instrumentos de medición. Rev. Dialogos [Revista en internet]. 2014; 8 (13): 19 – 40. [Citado 27 de febrero del 2017]

ANEXO 3

