



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES
Y LA ALIMENTACION DE LAS GESTANTES
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
MARIANO MELGAR AREQUIPA 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

BACHILLER: GRACE ELIZABETH MIRANDA HIRPAHUANCA

LIMA-PERÚ

2017

**RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES
Y LA ALIMENTACION DE LAS GESTANTES
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
MARIANO MELGAR AREQUIPA 2016**

RESUMEN

El objetivo general fue determinar la relación entre los factores socioculturales y la alimentación de las gestantes adolescentes en el Centro de Salud Mariano Melgar Arequipa 2016. Fue un estudio de tipo no experimental, de tipo descriptivo y de diseño correlacional cuya muestra fueron 23 madres gestantes. Entre sus principales conclusiones están: Existe relación entre el factor socio cultural y la alimentación ya que el 57%(13) de las gestantes llevan una frecuencia, una cantidad y calidad de alimentos según y/o acorde a su grado de conocimiento e instrucción.

Existen factores sociales y culturales que tuvieron mayor relevancia entre las gestantes adolescentes siendo las principales en considerarse en el estudio.

Los factores sociales que han predominado entre los adolescentes siendo en el 22%(5) influencia de los padres en la alimentación y en el 17%(4) es la publicidad.

La alimentación de las gestantes adolescentes del centro de salud Mariano Melgar Arequipa es en el 57%(13) moderadamente adecuada, en el 26%(6) es adecuada y el 17%(4) es inadecuada.

Palabras Claves: Factores socioculturales y alimentación inadecuada

ABSTRAC

The general objective was to determine the relationship between socio cultural factors and the feeding of adolescent pregnant women at the Mariano Melgar Arequipa 2016 Health Center. It was a non-experimental type, descriptive and correlational study whose sample was 23 pregnant mothers. Among their main conclusions are: There is a relationship between the socio-cultural factor and food since 57% (13) of the pregnant women carry a frequency, quantity and quality of food according to and / or according to their level of knowledge and instruction.

There are social and cultural factors that were more relevant among adolescent pregnant women, being the main factors to be considered in the study.

The social factors that have predominated among adolescents being in the 22% (5) influence of the parents in the feeding and in the 17% (4) is the publicity.

Feeding of adolescent pregnant women at the Mariano Melgar Arequipa health center is 57% (13) moderately adequate, 26% (6) adequate and 17% (4) inadequate.

Key Words: Socio-cultural factors and inadequate feeding

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESÚMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudios	4
1.5. Limitaciones	5
CAPITULOII: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	6
2.2. Base teórica	12
2.3. Definición de términos	37
2.4. Hipótesis	38
2.5. Variables	38
2.5.1. Definición conceptual de las variables	39
2.5.2. Definición operacional de las variables	39
2.5.3. Operacionalización de la variable	40

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	41
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	42
3.3. Población y muestra	42
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	43
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	43
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	44
CAPÍTULO V: DISCUSION	52
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

El presente estudio, responde a una necesidad de determinar los factores socioculturales y la alimentación de las gestantes adolescentes enfocada específicamente en la prevención y aseguramiento del adecuado crecimiento y desarrollo del niño. Asimismo la prevención de la anemia en la gestantes sobre todo al ser adolescentes que necesitan mucha educación sobre los cuidados alimenticios que tienen que tener durante el embarazo; ya que de ellas depende la calidad de vida de sus niños y muchas veces por desconocimiento y/o por patrones culturales pueden no hacerlo.

El trabajo de investigación está Estructurado de la Siguiete manera:

El proyecto de investigación consta de 4 capítulos. El Capítulo I: El problema, consta de: La determinación del problema, la formulación del problema, los objetivos de la investigación, la justificación y las limitaciones y alcances de la investigación. El Capítulo II que es el marco teórico consta de: Los antecedentes del estudio, la base teórica del estudio y el marco conceptual.

En el Capítulo III: Material y métodos se considera: El tipo, nivel y diseño de investigación, la población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, las variables, la operacionalización de las mismas, la validez, confiabilidad de los instrumentos, el plan de recolección y procesamiento de datos. En el Capítulo IV: finalmente se presenta los resultados, capítulo V: Conclusiones y recomendaciones. Anexos : referencias bibliográficas y los anexos correspondientes donde se consigna la matriz de consistencia y el instrumento.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los grupos más vulnerables de la población corresponde a las mujeres embarazadas ya que los problemas alimentarios y nutricionales que vive gran parte de esas mujeres en el país, compromete no solo sus condiciones fisiológicas, sino que es más grave, ya que atenta en su vientre donde se está formando un nuevo ser en forma irreversible con su crecimiento y desarrollo, por tal motivo la mujer embarazada se expone a un riesgo de origen nutricional debido a que no se observan hábitos alimenticios adecuados que propician que su alimentación se vuelva errada.¹

Otro aspecto que determina sus hábitos de alimentación es la cultura es decir es producto de la falta de información y por la hábitos y costumbres implantados en la familia. Asimismo sabemos que los adolescentes asumen conductas de la tendencia, donde ocurren

profundos cambios biológicos, psicológicos y socioculturales destinados a al logro de la madurez de los seres humanos.

Cuando la adolescente se embaraza antes de alcanzar la madurez fisiológica, es decir, en los cuatro años posteriores a la menarca, se expone a un riesgo de origen nutricional debido a que sobre las necesidades nutrimentales inherentes a la adolescente, aun en proceso de crecimiento biológico, se imponen las necesidades nutrimentales de su proceso en gestación.

Con frecuencia no se observan hábitos alimenticios adecuados. Aspectos como la diversidad de actividades, la búsqueda de identidad y aceptación social y una creciente preocupación por su aspecto, propician que sus hábitos se vuelvan erráticos, eliminan comidas regulares, ingieran una gran proporción de alimentos entre comidas y no es raro que omitan comidas en sus hogares.

Se ha reportado que las adolescentes tienen dietas que no proveen en cantidades suficientes nutrientes que necesitan para asegurar su salud y la de su hijo. Así, los aportes de energía, hierro, zinc, calcio, fosfato, magnesio y vitaminas como D, E y B6 son inadecuados.

Otra aspecto que determina sus hábitos de alimentación es la cultura. Su concepto es complejo y desde el punto de vista de su influencia sobre los hábitos de alimentación ha sido poco explorada. La antropología que ha sido la ciencia que, en forma sistémica, se ha acercado mas a la investigación y comprensión de la diada cultura-habito de alimentación, aunque no ha profundizado suficientemente sobre las implicaciones nutricionales que tiene esta diada sobre los diferentes grupos de población.

Los antropólogos han enfatizado que, siendo todos los individuos miembros de una cultura y la cultura una guía aprendida de comportamientos aceptables, los modos de alimentación deben ser necesariamente influidos por la cultura. Por modos de alimentarse (cultura alimentaria) se entiende a los hábitos alimenticios de una cultura en particular, incluyendo sus preferencias y aversiones, así como a las

prácticas en torno a la adquisición, distribución, preparación y consumo de alimentos.

La alimentación de las adolescentes embarazadas se encuentra inmersa en la gran diversidad cultural de la población peruana , y desde luego; la cultura alimentaria comparte esta diversidad. Por lo tanto, es necesario partir de ciertos conceptos que nos facilitan el abordaje y la comprensión de los factores culturales que inciden sobre los hábitos de alimentación de este grupo vulnerable a la mala nutrición.

Frente a las situaciones planteadas se formula la siguiente interrogante

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre los factores socioculturales y la alimentación de las gestantes adolescentes en el Centro de Salud Mariano Melgar Arequipa 2016?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los factores sociales de las gestantes adolescentes del Centro de Salud Mariano Melgar Arequipa 2016?
- ¿Cuáles son los factores culturales de las gestantes adolescentes del Centro de Salud Mariano Melgar Arequipa 2016?
- ¿Cuál es el tipo de alimentación de las gestantes adolescentes del Centro de Salud Mariano Melgar Arequipa 2016?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre los factores socioculturales y la alimentación de las gestantes adolescentes en el Centro de Salud Mariano Melgar Arequipa 2016

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores sociales de las gestantes adolescentes del Centro de Salud Mariano Melgar Arequipa 2016
- Identificar los factores culturales de las gestantes adolescentes del Centro de Salud Mariano Melgar Arequipa 2016
- Reconocer el tipo de alimentación de las gestantes adolescentes del Centro de Salud Mariano Melgar Arequipa 2016

1.4. JUSTIFICACIÓN

Este estudio de investigación cobra importancia ya que el buen estado nutricional de la mujer previo al embarazo es elemental, mas aún si se trata de una mujer en etapa de la adolescencia ya que se tendría que considerar su corta edad que puede ponerla en una situación de riesgo e inclusive al niño ya que un adecuado control y alimentación garantizada el estado de salud y el crecimiento y desarrollo del niño

Esta investigación es pertinente para la población porque la visión holística de la enfermera está basada de acuerdo a la teoría de Ramona Mercer, con su teoría adopción del rol maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familia, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción del rol maternal. Este trabajo se usara y contribuirá en la transmisión de información oportuna y adecuada a todos los miembros de la sociedad sobre la importancia y métodos eficaces para proteger la salud tanto de la madre como la del recién nacido, prevenir y reducir las tasas de mortalidad.

La investigación es relevante para poder identificar los factores socioculturales que afectan en la alimentación de las adolescentes gestantes como en los recién nacidos del Centro de Salud Mariano Melgar

Dicha investigación sirve como aporte, teórico bibliográfico para futuras investigaciones relacionada con las adolescentes gestantes

En lo personal mediante este trabajo de investigación pretendo obtener mi título como licenciada en la carrera profesional de Enfermería.

1.5.- LIMITACIONES DE INVESTIGACIÓN

El primer límite corresponde a la poca población de estudio lo cual nos impide extrapolar a otras instituciones puesto que la muestra que se obtuvo pertenece solo al centro de salud Mariano Melgar Arequipa 2016

El segundo límite corresponde a que los resultados sólo servirán para la institución donde se llevó a cabo la investigación.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. A nivel internacional

Herrera y Otros “Hábitos de alimentación y factores culturales en adolescentes embarazadas” Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jalisco. México 2007, El propósito fue identificar hábitos de alimentación en adolescentes embarazadas y sus conceptos culturales con mayor influencia. Se estudiaron 54 sujetos de 12 a 19 años de edad de la ciudad de Guadalajara. Se obtuvieron datos socioeconómicos, dietéticos, frecuencia de consumo de alimentos y se exploraron sus conceptos culturales en alimentación; con prueba chi

cuadrado se estimó la asociación entre variables. El consumo de grasas fue bajo en adolescentes tardías vs. temprana/media 57 vs. 71 g/d ($p = 0,05$), el de hierro, calcio y zinc fue deficiente en la etapa temprana/media, mientras que el de ácido fólico fue muy bajo en la etapa tardía. La tortilla de maíz fue el cereal y alimento más consumido (93-96%). Las frituras y refrescos (62 y 55%) prevalecieron en la etapa temprana/media.

De las costumbres locales, los tacos, pozole y hamburguesas fueron los más referidos (74,1%). Refirieron perjudiciales a las grasas (36,7%), “comida chatarra” (30%), chile (26,7%), refrescos embotellados (23,3%), comidas preparadas (26,7%) y sal (10%). Creían que las verduras (77%), frutas (60%), leche (21%), caldos (17%) y carnes (12,5%) eran benéficos durante el embarazo. 96% consideraba que los caldos de pollo y de frijol eran nutritivos (mito) y que había alimentos prohibidos (tabúes) durante el embarazo: chile (48%), “producto” chatarra (20%) y sal (16%). El prejuicio fue más común en adolescentes tardías (60,9%) ($p = 0,03$). Los hábitos de alimentación erráticos y la confusión conceptual propician una ingestión baja de nutrimentos y colocan a estas adolescentes embarazadas en riesgo nutricional.⁴

Peña, Sánchez y Solano Investigación denominada “Perfil de riesgo nutricional en la adolescente embarazada Venezuela 2007 con el objeto de examinar los componentes antropométricos, hematológicos y 19 dietéticos para identificar el perfil de riesgo nutricional en embarazadas adolescentes de bajo nivel socioeconómico, se estudiaron 215 jóvenes ($16,9 \pm 0,7$ años), (rango 13 –18 años) en su primer trimestre de gestación, en la Maternidad del Sur de Valencia, Venezuela. Se obtuvieron datos socioeconómicos, antropométricos: peso pregestacional, peso actual, talla actual, circunferencia de brazo (CB), pliegue tricípital (PT), área grasa (AG), área muscular (AM) e índice de masa

corporal pregestacional (IMCP); bioquímicos: hemoglobina y ferritina; y dietéticos (2 recordatorios de 24 horas).

Según la edad se clasificaron en 2 grupos: grupo 1 (13 a 15) y grupo 2 (16 a 18 años).

Para evaluar el perfil de riesgo nutricional se consideró: Edad ginecológica < 4 años, IMCP <19,8 kg/m², talla < percentil 10 de la referencia, Hb < 11 g/dl y ferritina < 12 m g/l. El 96,3% clasificó en pobreza. 83,3% estaban solteras, un 83,3% cursaba educación básica previa al embarazo y un 84,1% se desempeñaba en oficios del hogar. Según grupos de edad, hubo diferencias significativas ($p < 0,001$) para edad ginecológica y edad de menarquía. Los valores promedios de variables antropométricas, bioquímicas y dietéticas no mostraron diferencias estadísticamente significativas según la edad.

En riesgo nutricional se observa que el 35,3 % tenía edad ginecológica menor de 4 años, el 23,3 % presentó talla < percentil 10, el 36,3% mostró un IMCP <19,8 kg/m², el 26,5% tuvo un CB < del percentil 10, el 13,7% mostró Hb < 11 g/dl y el 18,4% de ferritina < 12 m g/l. En el 87,3% se observó un aporte de energía por debajo de la recomendación y la vitamina A y C, el calcio y el cinc se encontraron deficientes en el 36,3%, 25,9%, 88,7% y 73,5% respectivamente. Se observó en el grupo la presencia de factores de alta vulnerabilidad (edad, pobreza, bajo peso, anemia y déficit de energía y nutrientes). El diagnóstico temprano permite identificar dicho riesgo y monitorear la evolución de la gestación.⁵

Estrada Pancho Danny Bolívar. Hábitos Alimentarios y factores culturales en mujeres embarazadas que acuden a consulta externa del hospital básico. Dr. Eduardo Montenegro del Canton

Chillanes, Provincia de Bolívar, 2010. La muestra fueron 50 mujeres de 17 a 37 años de edad de los cuales se obtuvieron datos como características generales, socioeconómicas, educacionales, hábitos y factores culturales que se fueron explorados mediante encuestas de frecuencia de consumo de alimentos, y encuestas de creencias, tabúes y comidas diarias, los lácteos 56%, leguminosas 72% y frutas 68% son consumidos con una frecuencia alimentaria semanal; mientras que los cereales 94% carnes 44% vegetales 94% aceites y grasas 96% azúcar, dulces 96% y bebidas, líquidos 82%, lo hacen con una frecuencia diaria. Los factores culturales en creencias el 42% creen que las frutas son alimentos beneficiosos, en los tabúes, el 50% prohíben a las bebidas y líquidos durante el periodo de gestación, el 48% de la población acostumbra a comer en su mayoría cereales durante el embarazo.⁶

Cedillo, Dellán y Toro realizaron un trabajo de investigación titulado “Estado nutricional de las adolescentes embarazadas: relación con el crecimiento fetal Venezuela 2006”.

Su Objetivo general fue determinar la relación del estado nutricional de las adolescentes embarazadas y crecimiento fetal, en el Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”, Caracas. Fue un estudio prospectivo, descriptivo y correlacional, en el cual se evaluaron 80 pacientes adolescentes 17 primigestas, a quienes se les tomaron medidas antropométricas y mediciones séricas nutricionales en el primer, segundo y tercer trimestre de la gestación. Posteriormente, se evaluaron el peso y la talla de sus recién nacidos. Entre los resultados destacan que el 41 % de las pacientes estuvo en el grupo entre 17 y 18 años, se encontró que el 82,5 % de las adolescentes presentaron pesos adecuados según el cálculo del peso teórico ideal ajustado a la edad gestacional; en el 10 % se determinó desnutrición y el 8 % con obesidad. El 79 % de las adolescentes con anemia presentaron

valores bajos de ferritina sérica. El 36,4 % de éstas tuvieron niveles altos de transferrina. No hubo correlación entre el peso teórico ideal ajustado a la edad gestacional y el porcentaje de anemia en el segundo trimestre del embarazo, no se encontró asociación al correlacionar peso teórico ideal con el peso al nacer. Estos resultados le permitieron concluir que las adolescentes presentaron un estado nutricional adecuado y parieron recién nacidos con crecimiento fetal satisfactorio. Por otra parte, se encontró que las adolescentes con anemia tienen bajos niveles de ferritina y altos niveles de transferrina.⁷

2.1.2.- Antecedentes Nacionales

Diez Quevedo Karina Elizabeth Guerrero Velasquez Lucia Selene Conocimientos, actitudes y prácticas en puérperas sobre el régimen dietario con hierro y su relación con la anemia en la gestación, Instituto Nacional Materno Perinatal 2010 La anemia, es una enfermedad considerada como uno de los problemas nutricionales de mayor magnitud en el mundo. Estudios reportan que más de la mitad de la población de América latina y el Caribe presenta anemia por deficiencia de hierro, y que la tasa de anemia para gestantes en el mundo se encuentra alrededor del 40%. En el Perú la prevalencia de anemia durante la gestación según ENDES 2005 fue de 34.2%, siendo su principal factor causal la deficiencia de régimen dietario con hierro en la alimentación diaria. La anemia constituye una expresión de pobreza e inequidad social, traducidas en el desconocimiento o mala práctica de alimentos ricos en hierro. El presente estudio tiene como objetivo determinar los conocimientos, actitudes y prácticas, sobre régimen dietario con hierro y su relación con la anemia durante la gestación, en puérperas atendidas en el INMP 2010.

El estudio es de tipo cuantitativo transversal, descriptivo, retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 203 puérperas,

El instrumento que se usó fue la encuesta y la técnica la entrevista. Los resultados mostraron que el 59.1% de las puérperas tuvo anemia durante la gestación. El 59.4% de las puérperas con un conocimiento bueno tuvo anemia, la cual se incrementa en las puérperas con conocimiento regular y malo, pasando de un 55% a 64.8% respectivamente. De las puérperas con una actitud positiva sobre régimen dietario con hierro solo el 47.8% curso con anemia durante la gestación, a diferencia de las puérperas con actitud negativa que resultó en un 68.1%. En aquellas puérperas con prácticas adecuadas solo el 34.6% presentó anemia durante la gestación, en comparación con las que tuvieron prácticas inadecuadas que fue de 75.4%. El análisis de relación entre las variables conocimiento sobre régimen dietario con hierro y anemia no mostró una relación significativa; a diferencia de las variables actitud y práctica sobre régimen dietario con hierro las cuales mostraron relación significativa. En conclusión el estudio halló que el porcentaje de anemia fue mayor en relación a las estadísticas nacionales. El conocimiento y las características del embarazo no mostraron relación significativa con la prevalencia de anemia a diferencia de las actitudes, prácticas y nivel económico los cuales si mostraron una relación significativa demostrada por la prueba Chi cuadrado. Con un nivel de significancia de 0.05.⁸

Huchaca B. Cynthia en Lima, en el año 2008 realizó un estudio sobre la Efectividad de la técnica de sesiones demostrativas en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica, en las madres de niños entre 6 y 23 meses del centro de salud conde de la vega baja, 2008. El estudio fue de tipo cuantitativo, cuasi experimental, estuvo conformado por una muestra de 39 madres; para la recolección de datos se diseñó un cuestionario y la técnica fue la entrevista, la cual fue aplicada antes y después de las sesiones demostrativas.⁽⁹⁾

Los resultados obtenidos fueron: Que el nivel de conocimiento de las madres de familia sobre anemia ferropénica, antes de la

aplicación de la sesión demostrativa fue de un nivel medio predominantemente un 53.8% seguido del 23% de un conocimiento bajo. Luego de la aplicación de las sesiones en la evaluación posterior se encontró que 90.5% incrementaron sus conocimientos pasando de un conocimiento medio a alto y solo 9.5 %, se mantuvo en la estimación inicial. En las madres que tuvieron un conocimiento bajo en la estimación inicial, luego de la aplicación de la Sesión demostrativa se encontró que 88.9% incremento sus conocimiento a un nivel de conocimiento alto, y solo 11.1% pasó a conocimiento medio.⁽⁹⁾

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Alimentación en la mujer gestante

Las necesidades energéticas de las gestantes en macronutrientes como proteínas, grasas y carbohidratos; y micronutrientes como las vitaminas y minerales, se incrementan durante la gestación; porque el organismo necesita satisfacer las demandas, el metabolismo y depósito, tanto de la madre como las de su bebé.⁽¹⁰⁾

La dieta de la gestante debe asegurar:

- Un adecuado consumo de ácidos grasos poliinsaturados, los cuales se encuentran principalmente en aceite de semillas, como maíz, girasol, maní, oliva.
- Consumo diario de alimentos de origen animal fuentes de hierro, ácido fólico, calcio, vitamina A y zinc. Se encuentran en alimentos como todo tipo de carnes, vísceras, sangrecita, aves, pescados, mariscos, leche yogurt, queso, huevos.
- Consumo diario de frutas y verduras fuentes de vitamina A, vitamina C y fibra. Se encuentran en alimentos como papaya, mango, plátano de la isla, zanahoria, zapallo y hortalizas de hoja verde oscuro, naranja, mandarina, limón, toronja, piña, aguaje, maracuyá, tomate, cereales de granos enteros, productos integrales, frijoles, frutas y verduras.

- Consumo de tres comidas principales al día más una ración adicional para la mujer gestante ⁽⁹⁾

La alimentación en la gestación con hierro:

La cantidad de hierro necesaria diariamente para que este nutriente realice satisfactoriamente todas sus múltiples funciones en el organismo es de aproximadamente

1 mg (necesidad) sin embargo en la práctica es necesario ingerir 10 veces más (10 mg).

Debido a la digestibilidad del hierro. Es decir el porcentaje absorbido con respecto al ingerido que es muy baja. (10-15%). ⁽¹¹⁾

Durante el embarazo los requerimientos de hierro en el primer trimestre son relativamente mínimos de 0.8 mg por día, pero se elevan considerablemente durante el segundo y tercer trimestre hasta 6.3 mg por día. Parte de este requerimiento puede ser satisfecho

por los depósitos de hierro y por un incremento adaptativo en el porcentaje de hierro absorbido. ⁽²⁸⁾

Tipos de hierro dietario:

Existen dos tipos de hierro dietario

– hierro hem (también se conoce como heme o hemo)

– hierro no hem.

El hierro hem es un constituyente de la hemoglobina y la mioglobina y por lo tanto está presente en la carne, el pescado y el ganado, así también como los productos sanguíneos. El hierro hem explica una fracción relativamente pequeña de ingesta total de hierro – usualmente menos de 1-2 mg de hierro por día, aproximadamente 10-15% del

hierro dietario consumido en países industrializados. En muchos países en desarrollo, la dieta de hierro es muy baja o incluso insignificante. Su absorción es de 3-5 veces más elevado que el hierro no- hemínico ⁽¹¹⁾

-Absorción del hierro dietario:

La absorción del hierro dietario es influenciada por la cantidad y forma química del hierro, al igual que del consumo de factores que aumentan y/o inhiben la absorción del hierro.

Factores que aumentan la absorción del hierro no hem

- Ácido ascórbico (vitamina c)
- Proteínas (aminoácidos histidina, cisteína, metionina)
- Carne
- Ganado
- Pescado, otros alimentos de mar
- Comidas acidificadas

En países en desarrollo, donde la ingesta de carne es baja, el ácido ascórbico es el aumentador más importante de la absorción de hierro. Agregar tan poco como 50 mg de ácido ascórbico a una comida, sea de forma pura o contenido vegetal o frutas (por ejemplo, una naranja o un limón), duplica la absorción de hierro.

2.2.2.- El embarazo en adolescentes.-

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo

adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Embarazo en adolescentes se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por esta etapa cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".

Al hablar de embarazo de adolescentes nos referimos a una alto índice de jóvenes que pasan por situaciones semejantes; nos referimos a hechos más frecuentes de lo que la sociedad quisiera aceptar; dichas adolescentes pasan por experiencias difíciles que afectan la salud integral.

El número exacto de embarazos en la adolescencia no se puede dar porque no son exactos, solo se cuenta con información de

hospitales y de centros de salud, pero no se toma en cuenta los embarazos que no son seguidos médicamente o simplemente no solicitan este servicio; sin embargo se han realizado aproximaciones.

Cabe recalcar que existen varios factores para que las adolescentes se queden embarazadas, en la mayor parte del mundo, son el resultado de la condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad estaba devaluado, de igual forma es de conocimiento público que en todas las sociedades la mujer tenga menos acceso o ejerza menos control de los recursos de valor que el hombre; si nos referimos en cambio al acceso educacional por ejemplo, en los países en vías de desarrollo, generalmente si la condición económica no es estable se les niega la educación y las habilidades para competir.

Muchas de las veces las instituciones de educación al enterarse de un embarazo en cualquier alumna se le niega la posibilidad de culminar su año de estudio ya que toman esto como un mal ejemplo para las demás señoritas. Algunas adolescentes en cambio ven a la maternidad como el único modo de alcanzar un lugar en la sociedad, sin darse cuenta de las graves consecuencias que a futuro se presentarán.

Si nos referimos a las adolescentes de comunidades pobres y reprimidas, que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, con frecuencia ven la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo. Ya que en dichas comunidades todavía no se la ve a la mujer como una fuente trabajadora y de apoyo en su hogar, sino por el contrario desde muy pequeña se la ve en quehaceres domésticos, conforme avanza el tiempo y siendo adolescente aún ya es parte de una familia donde su deber es criar a sus hijos, que cabe recalcar no es solo uno.

Al aumentar el nivel económico son mayores las opciones a las que acuden las adolescentes, las principales son el aborto, la adopción, tener soltera al hijo o casarse.

Mucho dependerá de las personas que se encuentren a su alrededor para que tome alguna decisión, su pareja, su familia y la sociedad.

Si la decisión es casarse, en muchos casos la pareja adolescente no puede establecer un hogar independiente por muchas situaciones, por lo general los dos son adolescentes que no tienen trabajo y que pasan por penurias económicas, y si la joven permanece soltera, continúa el embarazo con grandes carencias y dificultades, el grado de esto depende de si encuentra el apoyo de su familia, generalmente se vive un ambiente familiar y social de rechazo por no estar casada, y durante los primeros meses sentirá mucha inestabilidad, se crea una mayor dependencia económica y afectiva.

Es importante también mencionar que los jóvenes no reciben educación sexual adecuada ya que todavía es un tema tabú en nuestra sociedad, incluso en sus propios hogares no se les habla de este tema con claridad, por esta razón los jóvenes desconocen muchos aspectos importantes y confían muchas veces su intimidad a sus amigos que al fin y al cabo son de su misma edad y carecen ellos también de conocimientos básicos, en esta edad los jóvenes experimentan muchos cambios y se dejan llevar por su medio.

2.2.3.- LAS CAUSAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA son discutibles, muchas de estas se dan por que los jóvenes tienen relaciones sexuales desde muy temprana edad sin haberse informado antes de los riesgos, enfermedades y consecuencias que esto puede traer, inclusive su entorno tiene mucho que ver ya que son sus “amigos” quienes muchas veces los que

proporcionan información equivocada y en cierta forma ejercen presión para que pase.

Las adolescentes de hoy crecen rodeadas de una cultura donde compañeros, televisión, cine música y revistas transmiten frecuentemente mensajes, manifiestos o secretos en donde las relaciones sexuales sin estar casados (especialmente adolescentes) son comunes, aceptadas y a veces esperadas.

Los riesgos potenciales para las niñas adolescentes de llegar a quedarse embarazadas son:

- Los tempranos contactos sexuales.
 - El uso de alcohol, droga, tabaco, salir de la escuela, la carencia de un grupo de apoyo o pocos amigos.
 - Carencia de interés en la escuela, familia, o actividades comunitarias.

- Percibir pocas o ninguna oportunidad para el éxito.
- Crecer en condiciones empobrecidas
- Haber sido víctima de un abuso o ataque sexual⁽¹³⁾

Todas las adolescentes al enterarse que están embarazadas siempre lo niegan y sienten mucho miedo de cómo decirlo o como enfrentarlo. Los síntomas del embarazo son:

- Falta de período menstrual
- Agotamiento
- Mareos y desmayos
- Aumento de tamaño de los senos
- Distensión abdominal
- Náuseas, vómitos

Al hablar de complicaciones en el embarazo de adolescentes se asocia con el riesgo más alto de enfermedad y muerte para ambos madre y niño.

Las adolescentes en cinta tienen un riesgo mucho más alto de complicaciones médicas serias tales como la hipertensión, anemia importante, parto prematuro y/o placenta previa.

Los bebés de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más de probabilidades de tener bajo peso de nacimiento, esto es casi siempre porque los bebés son prematuros. Además las adolescentes son más propensas a consumir alcohol, tabaco, drogas y a tener una alimentación inconsecuente, esto puede poner al bebé en un riesgo alto de crecimiento inadecuado, infecciones o dependencia química. Y el riesgo de muerte en el bebé durante el primer año de vida se incrementa, incluso la propia madre no podrá hacer nada ya que ella tampoco está en las condiciones físicas ni psíquicas adecuadas.

Las adolescentes no tienen en cuenta el problema por el que atraviesan cuando están embarazadas, si están en colegio, se les niega la posibilidad de acabarlo, tiempo más tarde no pueden acceder a una educación normal sino deben buscar colegios nocturnos, o a distancia, al terminar el colegio ya llevan dos años o más de diferencia, tratan de buscar trabajo porque muchas de ellas no pueden ir a la universidad, y no son aceptadas por tener hijos, si se casaron pasan por muchos problemas económicos, y mucha inestabilidad emocional.

Muchas de las veces por este período que transitan son vulnerables a caer en depresión quitando interés a su embarazo y descuidándolo en cierta forma, su alimentación y nutrición que son necesarias durante esta etapa de gestación que la veremos más adelante, con recetas que le servirán a la madre adolescente para llevar una dieta equilibrada y con los nutrientes necesarios; al igual se ve un descuido en cuanto a los chequeos médicos, reposo etc.

A la vez es importante recalcar que las adolescentes no cuentan con información necesaria antes de quedar embarazada y peor aún después de estarlo no tienen acceso a saber cómo debe ser su alimentación y cuidados.

Adolescencia temprana (10	Adolescencia media (14 a	Adolescencia tardía (17 a
---------------------------	--------------------------	---------------------------

a 13 años)	16 años)	19 años)
<p>Periodo peripuberal, cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente pierden interés por los padres e inicia amistades con jóvenes del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes Incertidumbres por su apariencia física.</p>	<p>Adolescencia propiamente dicha; ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre. Generadoras de riesgo.</p>	<p>Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo</p>

		sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada.
--	--	--

Todo ser humano pasa por cambios cognitivos como físicos desde el momento de su concepción hasta su muerte. La adolescencia se caracteriza por una serie de cambios físicos enormes que trasladan a la persona desde la niñez hasta la madurez física.

Los cambios tempranos de la pre pubertad se notan con la aparición de las características sexuales secundarias, como también el vello de la axila y de la pierna.

Comienza alrededor de los 9 ó 10 años de edad y llega hasta la edad adulta alrededor de los 13 ó 14 años.

La menarquía (el comienzo de los períodos menstruales) ocurre alrededor de los 10 años o, a más tardar, hacia los 15 años. Entre los 9.5 y los 14.5 años se presenta un crecimiento rápido simultáneo en la estatura, que alcanza el punto máximo alrededor de los 12 años. En el Ecuador, según el CONAMU (Consejo Nacional de Mujeres) las/os adolescentes representan el 20% del total de la población ecuatoriana; dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son

madres, o están embarazadas por primera vez, entre otros datos que dan cuenta de la necesidad de ésta intervención.

En cambio los niños pueden comenzar a notar agrandamiento escrotal y testicular alrededor de los 9 ó 10 años de edad seguido rápidamente por el alargamiento del pene. El tamaño y forma de los genitales adultos se logra típicamente a los 16 ó 17 años. El crecimiento del vello púbico en los hombres, por lo general comienza alrededor de los 12 años y alcanza los patrones de distribución adulta más o menos entre los 15 y 16 años.

Con respecto a la estatura sucede entre los 10.5 y 11 años y entre los 16 y 18 años, alcanzando su punto máximo alrededor de los 14 años. La pubertad en los hombres no está marcada con algo súbito, como lo es el comienzo de la menstruación en las mujeres. La aparición de emisiones nocturnas regulares (poluciones nocturnas), que pueden ocurrir más o menos cada 2 semanas con la acumulación del líquido seminal, marca el inicio de la pubertad en los varones. Particularmente ocurre entre los 13 a 17 años, en promedio alrededor de 14.5 años. Los cambios en la voz en los hombres suceden típicamente en forma paralela con el crecimiento del pene y la aparición de emisiones nocturnas ocurre con el punto máximo de aumento de estatura.

Comportamiento.- Los cambios rápidos y súbitos a nivel físico que experimentan los adolescentes le agregan a este período del desarrollo las características de timidez, sensibilidad y preocupación sobre los propios cambios corporales; a la vez que se presentan comparaciones angustiosas entre sí mismo y los compañeros.

Debido a que es posible que los cambios físicos no ocurran en forma sincrónica, los adolescentes podrían pasar por etapas de incomodidad, tanto en términos de apariencia como de movilidad y coordinación física. Pueden surgir angustias innecesarias si a las niñas adolescentes no se las informa y

prepara para la menarquía (el comienzo de los períodos menstruales) y si a los varones adolescentes no se les suministra información precisa acerca de las emisiones nocturnas⁽¹⁾

Durante la adolescencia, es normal que los jóvenes tengan y demuestren la necesidad de separarse de sus padres y establecer su propia identidad. En algunos, esto podría ocurrir con una reacción mínima de parte de todas las personas involucradas. Sin embargo, en algunas familias, pueden surgir conflictos significativos sobre los actos del adolescente o gestos de rebeldía y sobre las necesidades de los padres de mantener el control y hacer que el joven continúe con los comportamientos de obediencia.

A medida que los adolescentes se alejan de los padres en búsqueda de su propia identidad, el grupo de amigos o compañeros adquiere un significado especial, y muchas veces puede convertirse en un refugio seguro, en el cual el adolescente puede probar nuevas ideas y comparar su propio crecimiento físico y psicológico.

En la adolescencia temprana, el grupo de compañeros por lo general consta de integrantes del mismo sexo que forman pandillas, bandas o clubes que intentan comportarse y vestirse

en forma semejante, tener códigos secretos o rituales y participar en las mismas actividades.

A medida que el joven avanza hacia la adolescencia media (14 a 16 años) y más allá, el grupo de compañeros se extiende hasta incluir integrantes del sexo opuesto.

La adolescencia media a la tardía se caracteriza por una necesidad de establecer identidad sexual, estando cómodo con su propio cuerpo y con sus sentimientos sexuales. A través de

la amistad con personas del sexo opuesto, las citas y la experimentación, los adolescentes aprenden a expresar y recibir intimidad o insinuaciones sexuales de una manera cómoda que sea consecuente con la interiorización de valores. Los jóvenes que no tengan la oportunidad de tales experiencias podrían presentar dificultad al establecer relaciones íntimas en la edad adulta.

Los adolescentes típicamente demuestran comportamientos compatibles con varios mitos de la adolescencia:

□□ El primer mito es que ellos están "en escena" con la atención de otros constantemente centrada en su apariencia o en sus acciones. Esta preocupación proviene del hecho de que los adolescentes gastan mucho tiempo pensando y mirándose a sí mismos y es simplemente natural suponer que los demás estén

también pensando y mirándose. En realidad, esto no ocurre porque "los demás" (por lo general los compañeros) están demasiado preocupados con sus propios asuntos. Este egocentrismo normal puede parecer (especialmente para los adultos) que linda en la paranoia, el narcisismo o incluso la histeria.

Otro mito de la adolescencia es el del ser indestructible. Esta creencia se alimenta con la idea de que "eso nunca me sucederá, sólo a los demás". En este sentido, "eso" puede representar estar embarazada o contraer una enfermedad de transmisión sexual luego de no haberse protegido en la relación; causar un accidente automovilístico mientras se conduce bajo la influencia del alcohol o las drogas; desarrollar cáncer de boca como resultado de mascar tabaco o cualquiera de los numerosos efectos adversos de una amplia gama de comportamientos peligrosos.

Seguridad

La gente joven necesita estar muy consciente de los peligros potenciales, incluyendo la muerte súbita que puede ocurrir no

sólo con el abuso continuo de sustancias, sino también incluso con el consumo experimental del alcohol y las drogas. Si los adolescentes parecen estar aislados de sus compañeros, no tienen interés en actividades sociales o escolares o muestran una súbita disminución en el desempeño escolar, laboral o deportivo, se puede requerir una evaluación psicológica.

Muchos adolescentes se encuentran en alto riesgo de depresión e intentos potenciales de suicidio debido a las presiones y conflictos que pueden surgir en la familia, el colegio, organizaciones sociales y relaciones íntimas.

Por lo general, los adolescentes requieren una privacidad en la que puedan contemplar los cambios que se llevan a cabo en sus cuerpos. Lo ideal es que el joven tenga su propia habitación, pero si esto no es posible, es necesario destinar algún lugar privado.

De igual manera, no se debe fastidiar al adolescente sobre sus cambios físicos, ya que podría causar timidez y vergüenza.

Crecimiento de los pechos uno de los primeros signos del embarazo es el aumento de los pechos que pueden continuar creciendo a lo largo del embarazo. Es posible que aumente varias tallas de sostén durante el transcurso del embarazo.

Cambios en la piel la piel parece "encendida" cuando se está embarazada: el embarazo produce un aumento del volumen de la sangre, que puede hacer que sus mejillas estén algo más rosadas que lo habitual. Además, los cambios hormonales aumentan la secreción de las glándulas sebáceas, por lo que tu piel quizá luzca más brillante. Por la misma razón, el acné también es común durante el embarazo.

Entre otros de los cambios que generan las hormonas del embarazo en la piel, se encuentran unas manchas amarillentas que aparecen en el rostro, las que reciben el

nombre de melasma, y una raya oscura que va del ombligo hasta el pubis, que se conoce como línea negra.

Además, los lunares o las pecas que se tiene antes del embarazo pueden aumentar de tamaño o volverse más oscuros. Incluso la areola, la zona alrededor del pezón, se vuelve más oscura. Las estrías consisten en líneas delgadas de color rosado o purpúreo que pueden aparecer en el abdomen, los pechos o los muslos.

Salvo el oscurecimiento de la areola, que suele ser permanente, estos cambios en la piel desaparecerán después del parto.

Cambios de humor durante el embarazo. Algunas jóvenes pueden padecer de depresión durante el embarazo o después del parto. Si durante más de dos semanas presentas síntomas de depresión, como tristeza, cambios en los patrones de sueño o sentimientos negativos acerca de la vida de la adolescente, es necesario consultar al médico para que le asesore acerca de empezar un tratamiento.

Molestias del embarazo: el embarazo puede causar algunos efectos secundarios molestos. Entre estas molestias, se incluyen las siguientes: náuseas y vómitos en especial durante los primeros meses del embarazo; hinchazón en las piernas; várices en las piernas y en la zona alrededor de la abertura vaginal; hemorroides; acidez y constipación; dolor de espalda; cansancio y problemas para conciliar el sueño. Si padece de alguno de estos efectos secundarios, recuerde que no es la única. Pídale a su médico que le aconseje acerca de cómo manejar estos problemas tan comunes. Los padres deben tener en cuenta que el interés del adolescente por los cambios corporales y temas sexuales es natural y no necesariamente indica tendencia hacia la actividad sexual o a tacharlos de "enfermos" o inmorales.

Se debe tener cuidado de no mirar los comportamientos e instintos como erróneos, Los adolescentes pueden

experimentar o considerar una gran variedad de comportamientos y orientaciones sexuales antes de sentirse cómodos con su propia identidad sexual.

Un padre debe estar preparado para contestar cualquier pregunta que el adolescente tenga, sin tomar como temas tabús que a la larga si no es explicado puede traer consecuencias, tanto padres como hijos deben sentir seguridad para poder preguntar y responder lo que se necesita saber, la comunicación activa entre estos dos hará que el joven o la joven prevenga algunas cosas, tales como embarazos en adolescentes, si los padres no proporcionan esta información a sus hijos y están confiados de que en los colegios les darán esta información están cometiendo un grave error, ya que la vida de su hijo/a no se debe dejar en manos de el colegio cuando son solo ellos los indicados para ayudarlos, una familia que no se comunica verá problemas en sus integrantes a largo o corto plazo.

Es importante saber desde el principio que los muchachos pasan por etapas donde los temas que quisieran saber son diversos y si los padres no dan la apertura necesaria ellos acudirán a sus amigos que son muchachos de la misma edad o tal vez 1 o 2 años mayor que proveerá a su hijo de información sin bases y muchas veces inadecuada.

La confianza que debe existir entre madre e hija es única y muchas veces no existe dicha confianza, razón por la cual las

adolescentes terminan embarazadas, tanto cambios físicos como químicos que vayan ocurriendo de acuerdo a la edad deben ser informados con anterioridad para que no tome por sorpresa a los jóvenes.

Una adolescente al saber que está embarazada presenta varios cambios, asume su maternidad pero todavía no sabe cuál es su realidad, piensa que es fácil tener un bebé cuando sus padres todavía no le han negado su ayuda, con el tiempo

se descuidan en cuanto alimentación, chequeos médicos, no tienen en cuenta la responsabilidad que es tener un niño, experimentan cambios físicos se sienten agotadas, sus senos crecen su cuerpo en si

Cambiará ya que dentro de ella crecerá una vida que muchas veces nace con problemas por no saber cómo cuidarse durante el embarazo y la lactancia.

Cambios Fisiológicos

La gestación es un período en el que se incrementan notablemente las necesidades nutritivas. Este incremento se debe por un lado a las demandas requeridas para el crecimiento y desarrollo del feto, y por otro para la formación de nuevas estructuras maternas necesarias para la gestación (placenta, útero, glándulas mamarias, sangre), así como para la constitución de depósitos de energía, que aseguren las demandas calóricas que van a presentarse durante la lactación. Esta nueva etapa de la vida de muchas mujeres implica unos cambios fisiológicos en su organismo, que explican en parte los cambios en el estado físico y anímico.

Entre los cambios físicos, encontramos retiro de la menstruación, ganancia de peso, aumento del tamaño de los senos y del útero (que debe alojar al feto, la placenta y el líquido

amniótico), mareos, fatiga, somnolencia, aumento en la frecuencia de las micciones; y entre los cambios psicológicos es muy frecuente sobre todo en el primer embarazo estados depresivos (llanto fácil) e irascibilidad. Todos estos cambios son consecuencia de la acción de las hormonas aumentadas durante el embarazo. Se segregan cantidades importantes de hormonas como el estrógeno, progesterona, entre otras.

Cardiovasculares y pulmonares: En la mayoría de mujeres disminuye la presión arterial durante los primeros dos

trimestres debido a la vasodilatación periférica después regresa a lo normal. Los requerimientos maternos de oxígeno aumenta y disminuye el umbral para el CO₂ lo que hace que la embarazada se sienta disneica con una necesidad creciente para respirar, el hecho es que el útero empuja al diafragma hacia arriba lo que dificulta todavía más la respiración.

1.3.2 Ganancia de peso. Es aconsejable que la mujer tenga un peso adecuado antes del embarazo, puesto que durante la gestación es normal que engorde de 9 a 12 Kg: 1,5 a 1,8 Kg durante el primer trimestre; unos 3,5 Kg suplementarios en el segundo y el resto en el tercero (0,4 Kg/semana).

Ese incremento de peso se debe a: crecimiento del feto (3 - 3,5 kg), placenta (0,7 kg), líquido amniótico (0,9 kg), aumento del útero (0,9 kg), aumento de las mamas (0,7 kg), aumento del volumen de sangre (1,8 kg), tejido adiposo o grasa materna (3,5 kg), aproximadamente. En las primeras semanas, a veces incluso se adelgaza un poco (1-2-kilos) como consecuencia de los problemas digestivos, náuseas y vómitos que se presentan.(1) No debe ser motivo de preocupación ya que dicha pérdida se recupera en las siguientes semanas.

Hay que tener en cuenta que es más difícil controlar el aumento de peso en fases más avanzadas del embarazo, por lo que es imprescindible no concentrar el incremento del peso total durante los primeros meses. En ocasiones, la simple retención de líquidos provoca un aumento de peso, que se perderá a la semana siguiente al parto. No obstante, los pesos máximos aceptables y compatibles con embarazos y partos normales son muy variables, y hay que dejarse guiar por las orientaciones de los profesionales sanitarios que atienden la evolución del embarazo.

Adaptaciones del metabolismo. El organismo de la mujer gestante desarrolla un mecanismo compensador orientando al

aumento del peso inicial hacia la reserva de grasa que la mujer podrá utilizar cuando aumenta la demanda energética del feto a medida que avanza el embarazo. Ello es posible porque al principio del embarazo se reduce el metabolismo basal (energía que consume el organismo en situaciones de reposo, con el fin

de llevar a cabo las funciones vitales: bombeo de sangre, funcionamiento de los distintos órganos, mantenimiento de la temperatura corporal...).

En ocasiones, se altera la tolerancia a la glucosa produciéndose lo que se llama diabetes gestacional. La hormona placentaria que aparece en el transcurso del embarazo tiende a elevar la glucemia (niveles sanguíneos de glucosa: principal combustible energético del organismo). Este hecho se produce en el 2-3 % de los casos, especialmente en embarazadas con antecedentes de diabetes y en mujeres obesas. Al haber en circulación más glucosa que pasa al feto a través de la placenta, se estimula la secreción de insulina fetal que es un importante factor de crecimiento. Los niños de estas madres, si no han seguido un control adecuado de la glucemia, son macrosómicos en el momento de nacer, es decir, su peso es mayor de 4 Kg.

El sistema cardiovascular también ve alterada su función durante el embarazo, ya que aumenta la frecuencia y el gasto cardíacos y disminuye la tensión arterial, especialmente durante los primeros dos trimestres. Luego se normaliza en el tercer trimestre.

Los cambios en el metabolismo del calcio facilitan la movilización de éste para la formación del esqueleto fetal. Por acción de ciertas hormonas, se absorbe más cantidad de calcio en el tracto gastrointestinal y disminuye su eliminación.

1.3.4 Aumenta el volumen de sangre. Lo que origina una disminución en las concentraciones de hemoglobina (sustancia de los glóbulos rojos que transporta el oxígeno

desde el aparato respiratorio a todos los tejidos corporales) y esto se traduce en anemia fisiológica de la gestante, que no hay que confundir con anemia por deficiencia de hierro (ferropénica), tan frecuente durante el embarazo. El riesgo de anemia se presenta sobre todo al final del embarazo y durante el parto en el que hay pérdida de sangre y la recuperación es más lenta.

Disminuye la motilidad (movilidad) gastrointestinal. Los problemas gastrointestinales aparecen casi al comienzo de la gestación y se deben en gran parte al incremento de las cifras de la hormona progesterona. Se relaja el músculo del útero para

permitir su expansión por el crecimiento fetal y a la vez disminuye la movilidad gastrointestinal, para permitir una mejor absorción de los nutrientes. Esto suele ocasionar estreñimiento. Así mismo, la relajación del cardias (esfínter que comunica el esófago con el estómago) desencadena regurgitación y pirosis o acidez, síntomas tan comunes en las embarazadas.

Renales. Parece que los tubos renales son incapaces de ajustarse completamente y se excreta por la orina un cierto porcentaje de nutrientes que tendrían que absorberse en la mujer no embarazada. Es factible que aparezcan en la orina grandes cantidades de aminoácidos, glucosa y vitaminas hidrosolubles. No elimina agua es común y normal el edema en las piernas y tobillos.

2.2.5.- FACTORES SOCIALES Y CULTURALES

Ante todo, es fundamental que comencemos hablando sobre lo que entendemos por factores sociales. Cuando hablamos de:

- **FACTORES**, hablamos de cosas, de elementos reales, que existen en nuestro mundo y que por su naturaleza son importantes.
- **FACTORES SOCIALES**, hace referencia a lo SOCIAL, a todo aquello que ocurre en una SOCIEDAD, o sea en un conjunto de
 - seres humanos relacionados entre sí por algunas cosas que tienen en común.
 - Entonces los factores sociales, son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren.
- **FACTORES CULTURALES.-**

Los factores culturales facilitan no sólo conocer los rasgos distintivos que hacen diferentes a grupos humanos y asentamientos poblacionales dentro de un mismo espacio geográfico y social, sino además, comprender, a través de ellos, cómo se ha producido el desarrollo histórico, sus tendencias más significativas, ello posibilita explicar los nexos que se establecen entre las actuaciones de individuos y grupos y las dinámicas sociales. Los factores culturales no son dimensiones, ni elementos, son condiciones determinantes en tanto reportan esencialidades de los comportamientos humanos. Aspectos como la religiosidad, costumbres y tradiciones aportan un conjunto de significados que no se pueden soslayar en los estudios de las comunidades.

Un estudio más profundo de los mismos, conducen a vislumbrar cuáles son los factores dinámicos y cuáles los factores estáticos, tomando como criterios la estabilidad, permanencia en el tiempo y ruptura. Así, el lenguaje y las

costumbres se enmarcan dentro del primer grupo; las comunicaciones y las tecnologías, en el segundo.

En la literatura se comprende como factores aquellos aspectos o condiciones que están presentes e influyen en la acción de los hombres en el contexto de su actividad., como factores culturales puede entonces comprenderse como el conjunto de condiciones o aspectos culturales presentes en el proceso de desarrollo cultural de los individuos, grupos, colectivos, comunidades, naciones, países, que influyen positiva o negativamente en el desarrollo cultural.

La cultura es una unidad integrada y funcional que puede ser observada y analizada como un todo o en sus partes constitutivas

2.2.6.- TEORÍAS DE ENFERMERÍA DE CALLISTA ROY

Modelo de adaptación

Sor Callista Roy desarrollo la teoría de la adaptación tras su experiencia en pediatría en la quedo impresionada por la capacidad de adaptación de los niños.

El modelo de Sor Callista Roy es una meta teoría ya que utilizo otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizo fueron: La teoría general de sistemas de A. Rapoport, que consideraba a la persona como un sistema adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría, él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse.

El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales:

- **Paciente:** lo define como la persona que recibe los cuidados.

- **Meta:** que el paciente se adapte al cambio.
- **Salud:** proceso de llegar a ser una persona integrada y total.
- **Entorno:** Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona.
- **Dirección de las actividades:** la facilitación a la adaptación.

Para tratar estos cinco elementos se utiliza los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación, que dependen de tres clases de estímulo.

- **Focales:** son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado.
- **Contextuales:** son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.
- **Residuales:** corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados.

También considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación:

- **Las necesidades fisiológicas básicas:** Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- **La autoimagen:** El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.
- **El dominio de un rol o papel:** Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.

- **Interdependencia:** La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

Conceptos de salud, cuidado, persona y entorno

- **Salud:** Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo.

No solo se trata de quitarle la enfermedad al paciente sino entregarle las herramientas necesarias para integrarse a la sociedad de mejor manera en el caso de pacientes con enfermedades terminales o catastróficas, educándolo y brindarle ayuda tanto en lo psicológico, social, y en lo relacionado con su calidad de vida.

La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés; sino que en la capacidad de combatirlos del mejor modo posible.

- **Cuidado de enfermería:** Es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.
- Utiliza los cuatro modos de adaptación para incrementar el nivel de adaptación de una persona en la salud y la enfermedad.
- Realiza actividades que promueven respuestas de adaptación efectivas en las situaciones de salud y enfermedad.
- Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno.

- Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

Para planificar los cuidados propone un proceso de solución de problemas de seis pasos:

1. Valorar la conducta del enfermo/usuario.
 2. Valorar los factores influyentes.
 3. Identificar los problemas.
 4. Fijar los objetivos.
 5. Seleccionar las intervenciones.
 6. Evaluar los resultados.
- Persona: Roy define a la persona como un ser holístico y adaptable.

Es un ser biopsicosocial (ser participativo en las esferas biológicas, psicológicas y sociales), en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

- Entorno: Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. Consta de ambientes interno y externo que proporcionan entrada en forma de estímulos. Siempre está cambiando y en constante interacción con la persona. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para poder adaptarse.

Todos estos conceptos están relacionados entre sí. Los sistemas, los mecanismos de afrontación y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. Para Roy, los sistemas son un conjunto de componentes organizados, relacionados para

formar un todo; son más que la suma de sus partes, reacciona como un todo e interactúan con otros sistemas del entorno.

Relaciones de aplicación de la teoría:

- Enfermero – paciente: Roy subraya que en su intervención, el/la enfermero/a debe estar siempre consiente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatro modos de adaptación ya sea en la salud o en la enfermedad.

La intervención del enfermero/a implica el aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos.

Paciente – enfermero: Paciente que recibe los cuidados enfermeros.

Para Roy, el paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida:

Entrada: Son los estímulos que puedan llegar desde el entorno o desde el interior de la persona. Se clasifican en focales (afectan a la persona inmediatamente), contextuales (todos los demás estímulos que están presentes) y residuales (inespecíficos, tales como ciencias culturales o actitudes ante la enfermedad).

Procesamiento: Hace uso de los procesos (mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación) y los efectores (hacen referencia a la función fisiológica, el auto concepto y la función de rol incluidos en la adaptación).

Salida: Se refiere a las conductas de las personas, y se dividen en respuestas adaptativas (aquellas que promueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio), y en respuestas ineficaces (aquellas que

no fomentan el logro de las metas). Las respuestas proporcionan, la retroacción del sistema.

De este modo, el nivel de adaptación es un punto en continua modificación, constituido por estímulos focales, contextuales y residuales que representan la entrada al sistema propio de cada persona con respecto a las respuestas adaptativas del sistema (que son las salidas).

· Familia – enfermero: Roy, en su modelo sostiene que la familia también es un receptor de cuidados, que también tiene una conducta de adaptación. El desarrollo que la familia hace es por activación de un proceso de aprendizaje.

Dorotea Orem. En su teoría del autocuidado, define a la salud como un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.¹⁵

2.3. DEFINICION DE TERMINOS

- **FACTORES:** Hablamos de cosas, de elementos reales, que existen en nuestro mundo y que por su naturaleza son importantes.
- **SOCIAL:** hace referencia a lo SOCIAL, a todo aquello que ocurre en una SOCIEDAD, o sea en un conjunto de
- seres humanos relacionados entre sí por algunas cosas que tienen en común.
- Entonces los factores sociales, son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren.
- **FACTORES CULTURALES.-**

Los factores culturales facilitan no sólo conocer los rasgos distintivos que hacen diferentes a grupos humanos y asentamientos poblacionales dentro de un mismo espacio geográfico y social, sino además, comprender, a través de ellos, cómo se ha producido el desarrollo histórico, sus tendencias más significativas, ello posibilita explicar los nexos que se establecen entre las actuaciones de individuos y grupos y las dinámicas sociales. Los factores culturales no son dimensiones, ni elementos, son condiciones determinantes en tanto reportan esencialidades de los comportamientos humanos. Aspectos como la religiosidad, costumbres y tradiciones aportan un conjunto de significados que no se pueden soslayar en los estudios de las comunidades.

- **ALIMENTACION:** Es la ingestión de alimento por parte de los organismos para proveerse de sus necesidades alimenticias, fundamentalmente para conseguir energía y desarrollarse.

- **GESTANTES:**

Gestante: estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.

- **ADOLESCENTES:**

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años

2.4 .-HIPOTESIS

H^a Existe relación entre los factores socioculturales y la alimentación de las gestantes adolescentes en el Centro de Salud Mariano Melgar Arequipa 2016

H^o No existe relación entre los factores socioculturales y la alimentación de las gestantes adolescentes en el Centro de Salud Mariano Melgar Arequipa 2016

2.5. VARIABLES

Variable Independiente.-

Factores Socioculturales

Variable Dependiente.-

Alimentación en Adolescentes Gestantes

2.5.1.- Definición conceptual de variables

Factores socioculturales

- Entonces los factores socioculturales, son aquellas cosas que afectan o ejercen influencia en los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren.

Alimentación de la gestante adolescente

Ingesta de alimentos que es necesaria para el adecuado estado de la madre que espera un niño

2.5.2. Definición Operacional de la Variable

Factores son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado. Los factores no son necesariamente las causas, sólo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en la comunidad.

2.5.3 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	Escala de medición
Factores socioculturales	<ul style="list-style-type: none"> Socioculturales 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Publicidad ✓ Relaciones sociales ✓ Influencia de padres a hijos. ✓ comunicación de padres a hijos ✓ Nivel de conocimiento ✓ Nivel de instrucción 	ordinal
Alimentación en Adolescentes Gestantes	<ul style="list-style-type: none"> Régimen Alimenticio 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Frecuencia y. Cantidad de alimentos consumidos. ✓ Calidad de alimentos consumidos. ✓ Importancia alimentaria 	ordinal

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACION

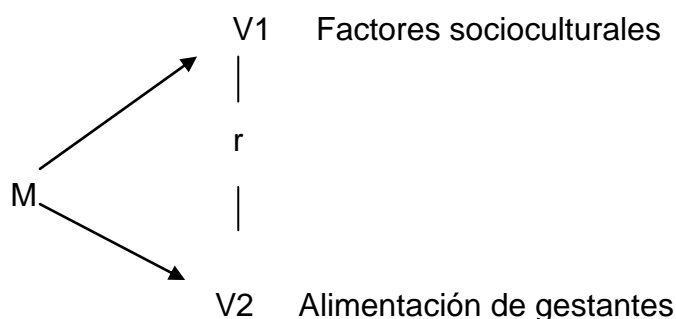
Tipo de Investigación

De tipo no experimental. Porque no se manipularán las Variables de estudio.

De nivel descriptivo: Ya que está orientada al a describir una situación y/o un hecho en este caso los factores socioculturales y la alimentación de la gestante adolescente..

De Diseño Correlacional: Porque el trabajo fue realizado en un tiempo y momento determinado

El diseño adecuado para esta investigación es de tipo descriptivo correlacional. El propósito es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación. Cuyo diseño es el siguiente. Hernández et all (2005).



En el presente esquema tenemos:

M = Representa la muestra de estudio

V1 = Factores socioculturales

V 2 = Alimentación de las gestantes

r = Indica el grado de relación entre ambas variables.

Es de corte transversal, ya que el contacto del investigador con la población en estudio será en un determinado momento.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO:

Establecimientos de Salud - Gbno. Regional - Minsa en el distrito de Mariano Melgar provincia de Arequipa, en la región de Arequipa Calle Ica 303 Urb. San Lorenzo

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población:

La población de estudio estaba constituida por 23 gestantes cuyas edades eran de 16 a 19 años de edad, encontrándose en la etapa de la adolescencia

La Muestra

Fue de manera no probabilística e intencional ya que se consideró a toda la población constituida por 23 gestantes adolescentes.

3.3.1. CRITERIO DE INCLUSION

- ❖ Madres que han sido atendido al servicio del centro de salud.
- ❖ Madres gestantes en edad adolescente
- ❖ Madres gestantes que deseen participar en la investigación.

3.3.2. CRITERIO DE EXCLUSION

- ❖ Madres que no han sido atendido al servicio del centro de salud.
- ❖ Madres gestantes que no sean adolescentes
- ❖ Madres gestantes que no deseen participar en la investigación.

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos fue mediante la encuesta y el instrumento utilizado fue el cuestionario que consta de 20 ítems las cuales serán para marcar.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La confiabilidad que se realizo es para saber si el instrumento es confiable o no utilizando la fórmula de $kR20$ teniendo como resultado 0.7

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA: 1

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS

Perfil		F%
Edad		
14 a 16 años	10	43
17 a 19 años	13	57
Estado Conyugal		
Casada	6	26
Conviviente	8	35
Soltera	9	39
Total	23	100,00
Grado de Inst.		
Primaria completa	8	35
Secundaria completa	15	65
Total	23	100

FUENTE: Elaboración propia

Interpretación: Se muestran las características socio demográficas

TABLA: 2

**FACTORES SOCIALES DE LAS GESTANTES
ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD MARIANO
MELGAR AREQUIPA 2016**

Factores sociales	N	%
✓ Publicidad	4	17
✓ Influencia de padres a hijos	5	22
✓ Factor cultural	14	61
TOTAL	23	100

Fuente: Elaboración propias

Interpretación: Se observa que solamente se ha considerado a los factores sociales que han predominado entre los adolescentes siendo en el 22%(5) influencia de los padres en la alimentación y en el 17%(4) es la publicidad.

GRAFICO: 2

FACTORES SOCIALES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR AREQUIPA 2016

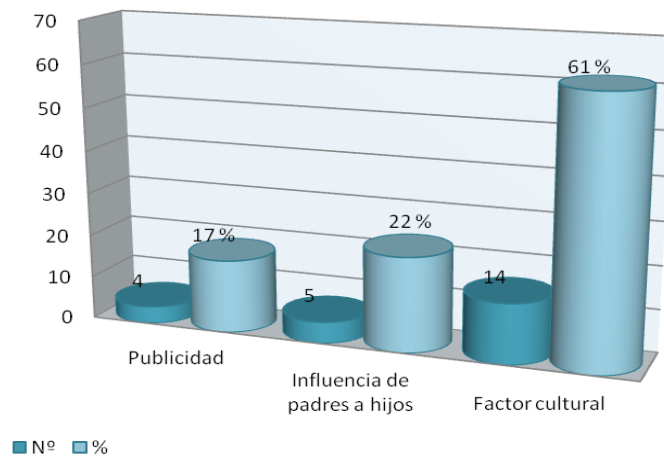


TABLA: 3

**LOS FACTORES CULTURALES DE LAS GESTANTES
ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD MARIANO
MELGAR AREQUIPA 2016**

Factores Culturales	N	%
✓ Nivel de conocimientos	2	9
✓ Nivel de Instrucción	13	57
✓ Factor sociales	8	34
TOTAL	23	100

Fuente: Elaboración propias

Interpretación: Se observa que se ha considerado a los factores culturales que han predominado entre los adolescentes siendo en el 57%(13) el nivel de instrucción

GRAFICO: 3

LOS FACTORES CULTURALES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR AREQUIPA 2016

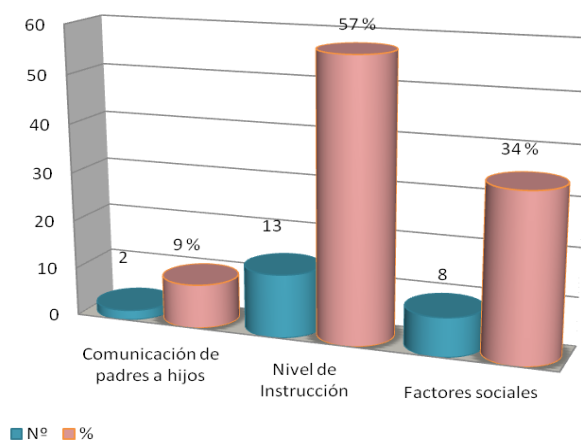


TABLA: 4

**TIPO DE ALIMENTACIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES
DEL CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR AREQUIPA 2016**

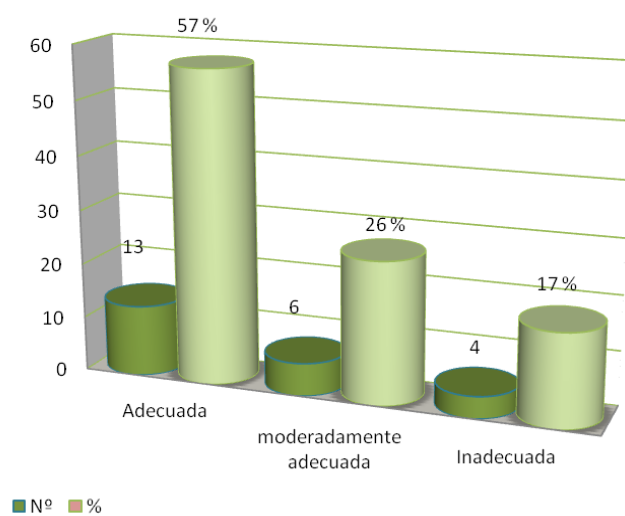
Tipo de alimentación	N	%
✓ Adecuada	6	26
✓ Moderadamente adecuada	13	57
✓ Inadecuada	4	17
TOTAL	23	100

Fuente: Elaboración propias

Interpretación: Se observa que la alimentación de las gestantes adolescentes del centro de salud Mariano Melgar Arequipa es en el 57%(13) moderadamente adecuada, en el 26%(6) es adecuada y el 17%(4) es inadecuada.

GRAFICO: 4

TIPO DE ALIMENTACIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR AREQUIPA 2016



CONTRASTACIÓN DE HIPOTESIS

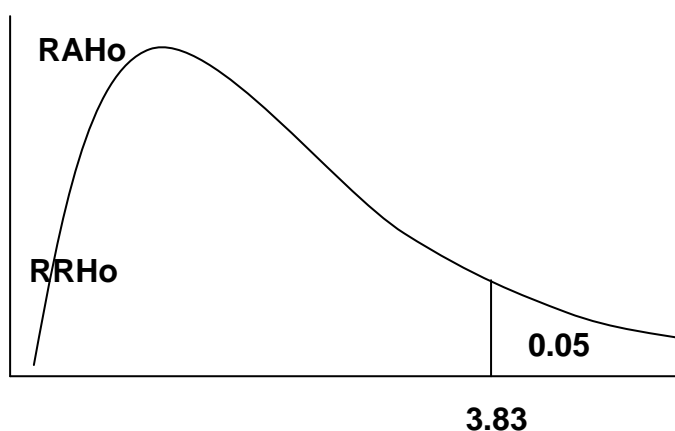
H^a Existe relación entre los factores socioculturales y la alimentación de las gestantes adolescentes en el Centro de Salud Mariano Melgar Arequipa 2016

H^o No existe relación entre los factores socioculturales y la alimentación de las gestantes adolescentes en el Centro de Salud Mariano Melgar Arequipa 2016

ESTADISTICO DE PRUEBA H^a Existe relación entre los factores socioculturales y la alimentación de las gestantes adolescentes en el Centro de Salud Mariano Melgar Arequipa 2016

ESTADISTICO DE PRUEBA: "CHI-CUADRADO" $\chi^2 = \frac{\sum(O-E)^2}{E}$

- Nivel de significancia = **0.05**



Valor de la Distribución	Grados de Libertad	"p"
$\chi^2 = 7.14$	$(F-1) \times (C-1) = (2-1) \times (2-1) = 1$	0.0076

Interpretación: Debido que la probabilidad del estadístico **p = 0.0076** es menor que **0.05**. Se determina que existe relación entre los factores socioculturales y la alimentación de las gestantes adolescentes en el Centro de Salud Mariano Melgar Arequipa 2016

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Sabemos que la alimentación es básica en todas las etapas de la vida pero siempre se hace muy esencial en el niño y en la gestantes y se puede observar que siempre durante las consultas diarias de las embarazadas que asisten al control prenatal, se les solicita el carnet prenatal donde, se registran los controles realizados y se evalúan signos, que pueden llegar a alterar el buen desarrollo de su gestación, tales como: el incremento, estacionamiento o descenso del peso corporal durante el embarazo; lo que lleva a preguntar a las pacientes sobre los alimentos que consumen, encontrando que comen: papas fritas, sándwich, bebidas gaseosas o golosinas, otras exponen que llegan a comer 2 a 3 comidas diarias.

La vida cotidiana, la monotonía, el estrés, el trabajo y el medio social influyen en cada una de las personas lo que a su vez impacta en el comportamiento alimentario; también sucede a veces que la propia embarazada altera su dieta porque experimenta “antojos” de ciertos tipos de alimentos. Los factores culturales pueden ejercer una influencia importante en especial en ciertos sectores de la población de los países en desarrollo. Algunas costumbres y tabúes tienen orígenes conocidos y bastante comprensibles, aunque los motivos originales no se conozcan en la actualidad.

Teniendo en cuenta el objetivo general establecer la relación entre los factores socioculturales y la alimentación de las gestantes adolescentes en el Centro de Salud Mariano Melgar Arequipa, se estableció que existe relación no significativa pero importante de considerar ya que existe influencia sobre todo del factor cultural ya que tienen conocimiento moderadamente adecuado sobre alimentación a consumir y su nivel de instrucción.

CONCLUSIONES

- Existe relación entre el factor socio cultural y la alimentación ya que el 57%(13) de las gestantes llevan una frecuencia, una cantidad y calidad de alimentos según y/o acorde a su grado de conocimiento e instrucción.
- Existen factores sociales y culturales que tuvieron mayor relevancia entre las gestantes adolescentes siendo las principales en considerarse en el estudio.
- Los factores sociales que han predominado entre los adolescentes siendo en el 22%(5) influencia de los padres en la alimentación y en el 17%(4) es la publicidad.
- La alimentación de las gestantes adolescentes del centro de salud Mariano Melgar Arequipa es en el 57%(13) moderadamente adecuada, en el 26%(6) es adecuada y el 17%(4) es inadecuada.

RECOMENDACIONES

- Es evidente que la mala alimentación por causa de la desinformación y/o patrones socioculturales es un problema que debemos considerar por ello se recomienda incrementar a través de la educación permanente a las madres.
- Se recomienda hallar mejores métodos y estrategias para poder captar tempranamente a las gestantes y de esa manera, prevenir la presencia de cuadros patológicos que pueda alterar su salud como posibles anemias y/o crecimiento y desarrollo deficiente del niño
- Promover la atención multidisciplinaria durante la atención prenatal, dando especial cuidado a aquellos casos de gestantes en edad adolescentes ya que son un grupo de riesgo, facilitando la información adecuada a las gestantes, respecto a sus derechos, y mejorando la organización por parte de los servicios de salud.
- Se recomienda continuar este tipo de trabajos de investigación y fomentar a su vez, el desarrollo de proyectos que complementen los resultados obtenidos en futuras investigaciones, a fin de disminuir los problemas de salud de nuestra población de gestantes en edad adolescentes
- Se recomienda trabajar en equipo donde se incluía el trabajo del personal de salud, docentes de la institución y la familia para prevenir el embarazo precoz y ayudar en la educación preventiva a las madres jóvenes por ser una problemática que se debe considerar

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

- 1.-Estrada Pancho Danny Bolívar. Hábitos Alimentarios y factores culturales en mujeres embarazadas que acuden a consulta externa del hospital básico. Dr. Eduardo Montenegro del Canton Chillanes, Provincia de Bolívar, 2010
- 2.-Krause. Nutrición y dietoterapia en la gestación. 10 ed. Mcgraw-Hill Interamericana México, 2001.
- 3.- Filer, Lj Conocimientos actuales sobre nutrición del embarazo. 6 ed. Canadá, 1999.
- 4.- Herrera y Otros “Hábitos de alimentación y factores culturales en adolescentes embarazadas” Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jalisco. México 2007
- 5.-Peña, Sánchez y Solano Investigación denominada “Perfil de riesgo nutricional en la adolescente embarazada 2007
- 6.- Estrada Pancho Danny Bolívar. Hábitos Alimentarios y factores culturales en mujeres embarazadas que acuden a consulta externa del hospital básico. Dr. Eduardo Montenegro del Canton Chillanes, Provincia de Bolívar, 2010.
- 7.- Cedillo, Dellán y Toro realizaron un trabajo de investigación titulado “Estado nutricional de las adolescentes embarazadas: relación con el crecimiento feta 2006”.
- 8.- Diez Quevedo Karina Elizabeth Guerrero Velasquez Lucia Selene Conocimientos, actitudes y prácticas en puérperas sobre el régimen dietario con hierro y su relación con la anemia en la gestación, Instituto Nacional Materno Perinatal 2010
- 9.- Huchaca B. Cynthia en Lima, en el año 2008 realizó un estudio sobre la Efectividad de la técnica de sesiones demostrativas en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia Ferropénica, en las madres de niños entre 6 y 23 meses del centro de salud conde de la Vega baja, 2008.
- 10.- Guía Nacional de Alimentación A La Gestante programa integral de nutrición. Ministerio de la mujer y el desarrollo social, 2009.

- 11.- Guías latinoamericanas de anemia por deficiencia de hierro aprobado por la Anemia Working Group Latin america (AWGLA) y la asociación latinoamericana de farmacología (ALF), Cali – Colombia 2009.
12. Ministerio de Salud, orientaciones técnicas para la promoción y alimentación y nutrición saludable, Lima- Perú – 2005.
- 13.-Estrella, G Función Maternal y sexualidad: Estudio de mujeres de una población campesina de la provincia de Pichincha.8 ed. Quito Arias, 1991.
- 14.- <https://sites.google.com/site/.../-que-entendemos-por-factores-sociales>
 - o Similares <http://www.eumed.net/libros->
- 15.- <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/callista-roy.html>

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	DIMENSIONES		INDICADORES	Escala
¿Cuál es la relación entre los factores socioculturales y la alimentación de las gestantes adolescentes en el Centro de Salud Mariano Melgar Arequipa 2016?	Determinar la relación entre los factores socioculturales y la alimentación de las gestantes adolescentes en el Centro de Salud Mariano Melgar Arequipa 2016	Factores socioculturales	Sociales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Publicidad ✓ Relaciones sociales ✓ Estereotipo sociales ✓ Influencia de padres a hijos. ✓ Conflictos familiares ✓ comunicación de padres a hijos ✓ Nivel de instrucción 	ordinal
	Objetivos específicos		Culturales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Frecuencia y. Cantidad de alimentos consumidos. ✓ Calidad de alimentos consumidos. ✓ Importancia alimentaria 	
	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Identificar los factores sociales de las gestantes adolescentes del Centro de Salud Mariano Melgar Arequipa 2016 ☐ Identificar los factores culturales de las gestantes adolescentes del Centro de Salud Mariano Melgar Arequipa 2016 ☐ Reconocer el tipo de alimentación de las gestantes adolescentes del Centro de Salud Mariano Melgar Arequipa 2016 	Alimentación de la gestante	Régimen Alimenticio		



Encuesta.

**La presente encuesta pretende reconocer los factores socioculturales
y la alimentación de la gestante adolescente**

**La información es confidencial y anónima por lo que se le solicita
sinceridad en sus respuestas**

Encuestadora:.....

I DATOS GENERALES:

1. Edad:.....
2. Estado civil:
Soltera ()
Conviviente ()
Casada ()
3. Ocupación:
Estudia ()
Ama de casa ()
Independiente ()
Otros ()
4. Nivel de estudio:
Ninguno ()
Primaria completa ()
Secundaria completa ()
Estudios superiores ()
5. Nivel económico:
< S/ 550 ()
< S/ 550-1000> ()
>1000 ()
6. Procedencia
Costa () Sierra () Selva ()

7. Nivel de inserción social

Estrato medio alto ()

Estrato medio ()

Estrato popular alto ()

Estrato popular bajo ()

8. Periodo gestacional

a) primer trimestre (1-12 s)

b) 2 trimestre (13-24 s)

c) 3 trimestre (25 -38s)

9.-Cultural (conocimientos)

Sabe usted ¿Que es el Hierro?

A. Es un mineral que interviene en la formación de la sangre ()

B. Es una vitamina que se encuentra en todas las carnes ()

C. Es una proteína que se encuentra en la leche y derivados ()

D. No sabe / no opina ()

¿Conoce usted qué alimentos contienen hierro?

A. Carnes rojas, hígado, sangrecita, menestras ()

B. yema de huevo, lenteja ()

C. leche, derivados, betarragas, verduras ()

D. No sabe / no opina ()

-¿Cuáles de los siguientes alimentos impiden la absorción de hierro?

A. Papaya y naranja, limonada ()

B. Lenteja y quinua ()

C. Manzanilla y te ()

D. No sabe / No opina. ()

10.- Alimentos perjudiciales

1.- Leche y derivados ()

2.- Cereales y derivados ()

3.- Carnes y derivados ()

4.- Frutas ()

5.-vegetales y hortalizas ()

6.- Aceites y grasas ()

- 7.- Azúcar y dulces ()
- 8.- Bebidas y líquidos ()

10.- Alimentos beneficiosos

- 1.- Leche y derivados ()
- 2.- Cereales y derivados ()
- 3.- Carnes y derivados ()
- 4.- Frutas ()
- 5.-vegetales y hortalizas ()
- 6.- Aceites y grasas ()
- 7.- Azúcar y dulces ()
- 8.- Bebidas y líquidos ()

II.- ALIMENTACIÓN DE LA GESTANTE

11 ¿Cuál sería para usted el mejor almuerzo con alimentos con hierro y adecuada combinación para absorber el hierro?

- A. Guiso de garbanzos con pescado y limonada ()
- B. Arroz con lenteja con huevo y una infusión de anís ()
- C. Arroz con puré de papa con tortilla y un vaso de gaseosa ()
- D. No sabe / No opina.

12.- Tiempo de comida?

- A).- 1-2 veces
- B).- 3- 4 veces
- C)- 5-6 veces
- D).- Mayor de 6 veces

13.- Sabe usted, ¿Qué alimentos contienen mas hierro? Mencione

- A. Origen animal ()
- B. Origen animal y vegetal ()
- C. Origen vegetal ()
- D. No sabe/ no opina ()

14.- Leches y derivados

- A.- Muy frecuente
- B.- Frecuente
- C.-Poco frecuente
- D.- Eventual
- E.- Nunca

15.- Cereales y Derivados

- A.- Muy frecuente
- B.- Frecuente
- C.-Poco frecuente
- D.- Eventual
- E.- Nunca

16.- Carnes y Derivados

- A.- Muy frecuente
- B.- Frecuente
- C.-Poco frecuente
- D.- Eventual
- E.- Nunca

17.- Vegetales

- A.- Muy frecuente
- B.- Frecuente
- C.-Poco frecuente
- D.- Eventual
- E.- Nunca

18.- Frutas

- A.- Muy frecuente
- B.- Frecuente
- C.-Poco frecuente
- D.- Eventual
- E.- Nunca

19.- Alimentos prohibidos

- 1.-Leche y derivados ()
- 2.- Cereales y derivados ()
- 3.- Carnes y derivados ()
- 4.- Frutas ()
- 5.-vegetales y hortalizas ()
- 6.- Aceites y grasas ()
- 7.- Azúcar y dulces ()
- 8.- Bebidas y líquidos ()

20.- Alimentos frecuentes y/o acostumbrados

- 1.- Leche y derivados ()
- 2.- dulces y bocaditos ()
- 3.- Frituras ()
- 4.- Frutas ()
- 5.-vegetales y hortalizas ()
- 6.- Aceites y grasas ()
- 7.- Azúcar y dulces ()
- 8.- Bebidas y líquidos ()
- 9 cereales y derivados ()