

Universidad Abierta Interamericana
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud



“Hábitos alimentarios en mujeres embarazadas de distintos niveles socioeconómicos” de la ciudad de Eldorado, que asisten a centros de salud Públicos y Privados.”

Autor: Probst, Lorena Paola.

Tesista: Canna, Luis A.

Título: Licenciatura en Nutrición

Faculta: Universidad Abierta Interamericana. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.

Fecha de entrega: 25/03/2013

RESUMEN

En este presente trabajo de investigación tenemos como principal meta determinar cuáles son los hábitos alimentarios en las “embarazadas” de distintos niveles socioeconómicos de la ciudad de Eldorado, que asisten a centros de salud Públicos y Privados.

Teniendo en cuenta las recomendaciones alimentarias, la dieta en la embarazada debe incluir proteínas, carbohidratos, vitaminas, minerales y grasas, en su justa cantidad y calidad. Para determinar estos requerimientos tenemos que tener en cuenta la edad de la embarazada, la salud física y emocional, la situación económica y los “hábitos alimentarios” de la misma.

En la antigüedad la mujer era exclusivamente vista como un ser reproductor de nueva vida y el hombre el encargado de buscar los recursos para mantener la familia, pero en la actualidad con los cambios continuos en la sociedad, culturas, creencias, costumbres, religiones, valores, políticas, y la economía, entre otros, la mujer deja su papel exclusivamente reproductor para ser otro pilar en la mantención de la familia, creándose nuevos estilos de vidas.

La imagen ocupa un papel fundamental en la interacción con la sociedad, pasando a formar una parte muy importante en la persona, pero con respecto al “cuidado de su cuerpo”. Así donde formando parte de los distintos trastornos relacionados al cuerpo, mente y alimentación, como ser la anorexia, bulimia, obesidad, bigorexia, entre otros.

Es por este motivo que en esta investigación planteamos el siguiente problema: ¿Cuál es el factor determinante que modifica los hábitos alimentarios y el estado nutricional de las embarazadas con distintos niveles socioeconómicos? Del cual deriva la siguiente hipótesis: no necesariamente la condición económica es el único factor determinante que modifica los hábitos alimentarios y el “estado nutricional” de las embarazadas.

“Hábitos alimentarios en mujeres embarazadas de distintos niveles socioeconómicos” de la ciudad de Eldorado, que asisten a centros de salud Públicos y Privados.

Luego de llevar a cabo la investigación y realizar el análisis del mismo demostramos que las embarazadas tienen deteriorado su estado nutricional y que la condición económica influye en los hábitos alimentarios y el estado nutricional de las embarazadas, así como también la nacionalidad y la “moda o imagen”.

Palabras claves: Embarazadas, hábitos alimentarios, cuidado de su cuerpo, estado nutricional y moda.

AGRADECIMIENTO

Al finalizar un trabajo tan arduo y lleno de dificultades como el desarrollo de una tesis para obtener el título de Licenciada en Nutrición es inevitable que te asalte un muy humano egocentrismo que te lleva a concentrar la mayor parte del mérito en el aporte que has hecho.

Agradezco a mis padres Probst Gilberto y Loch Cristina por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por los ejemplos de perseverancia y constancia que me ha infundado siempre.

Debo agradecer de manera especial y sincera a los directores de los lugares en donde realice la investigación, ya que pusieron todos los recursos y ganas a disposición, para que pueda llevar a cabo la misma.

Le agradezco también a los doctores/as ginecólogos que me brindaron apoyo y recursos para realizar la investigación.

Agradezco al profesor Luis Canna tutor y guía en el desarrollo de esta investigación.

Como no olvidarse de mi hermana, novio, familiares, amigos, compañeros, profesores, que también forman parte importante de este recorrido para la formación como futura profesional.

PROLOGO

Siento una gran satisfacción al contribuir con este trabajo de investigación en un momento tan oscuro y difícil de nuestro mundo, sumergido en una terrible emergencia económica y, también por lógica, emergencia alimentaria.

Anualmente se registran grandes pérdidas asociadas con la alimentación debida a la contaminación, principalmente por efecto de la industrialización y la mala manipulación de los alimentos, mala nutrición, crisis económicas, etc.

Podrán ver numerosos temas de gran interés sobre la alimentación que aplicamos cotidianamente en nuestra vida, indiscriminadamente, el cual descubrimos con los resultados de laboratorios durante un embarazo.

En esta investigación nos dedicaremos exclusivamente a cuales son los factores que modifican los hábitos alimentarios de las embarazadas, teniendo en cuenta que pueden ser: la situación económica, la religión, cultura, nacionalidad, ideales sociales.

INDICE

	Pág.
RESUMEN.....	1
AGRADECIMIENTO.....	3
PROLOGO.....	4
I- INTRODUCCIÓN.....	7
II- IFUNDAMENTACIÓN.....	9
III-MARCO TEORICO.....	12
1- Definición de embarazo.....	12
2- Estado Nutricional.....	12
3- Nutrición en el embarazo.....	13
4- Cambio de peso durante el embarazo.....	14
5- Valores de laboratorio.....	15
6- Hábitos alimentarios.....	17
7- Cuidado estético en las mujeres.....	18
8- Complicaciones frecuente asociadas a la alimentación durante el embarazo.....	21
a- Nauseas y vómitos.....	21
b- Acides.....	22
c- Pirosis.....	23
d- Constipación.....	23
e- Pica.....	23
f- Gases e hinchazón.....	24
g- Edema.....	24
9- Enfermedades en el embarazo.....	25
10- Enfermedades previas al embarazo.....	27
a- Diabetes.....	27
b- Hipertensión crónica.....	29
c- Obesidad.....	30
d- Anemia.....	31
e- Gastritis.....	33
11- Economía de Eldorado.....	34
12- Pirámide socioeconómica de Argentina.....	35
IV-ANTECEDENTES.....	37
1- Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social?.....	37
2- Los hábitos de alimentación de la madre Dominicana durante el embarazo y la Lactancia.....	39
3- Representaciones del cuerpo en el embarazo. Experiencias de las mujeres.....	40

4- Estética corporal, imagen y Consumo en castilla-la mancha.....	41
5- Factores socioculturales y del entorno que influyen en las prácticas alimentarias de gestantes con y sin obesidad.....	42
V- OBJETIVOS DEL TRABAJO.....	43
1- General.....	43
2- Específicos	43
VI-JUSTIFICACIÓN.....	44
VII-RESULTADOS ESPERADOS.....	45
VIII-HIPÓTESIS.....	45
IX-DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	46
1- Lugar.....	46
2- Tipo de estudio.....	48
3- Población.....	49
4- Universo.....	49
5- Muestras.....	49
6- Técnica de recolección de datos.....	49
X- ANALISIS DE DATOS.....	51
1- Los siguientes cuadros representan a las embarazadas con datos de laboratorios normales.....	87
2- Los siguientes cuadros representa a las embarazadas con datos de laboratorios anormales.....	98
XI-CONCLUSIÓN.....	110
XII-BIBLIOGRAFIA.....	113
XIII-ANEXO.....	115
Encuesta.....	116
Porciones de alimentos.....	120
Fórmula para obtener el IMC en el embarazo.....	129

I-INTRODUCCIÓN

El tema elegido para esta investigación es: “Hábitos alimentarios en mujeres embarazadas de distintos niveles socioeconómicos” de la ciudad de Eldorado, que asisten a centros de salud Públicos y Privados.

En este presente trabajo de investigación tenemos como principal objetivo justificar cuales son los hábitos alimentarios, si cumplen con los requerimientos nutricionales, determinar el estado nutricional, indagar cuales son los factores que modifican los hábitos alimentarios y realizar un estudio comparativo entre los distintos niveles económicos de las embarazadas, teniendo en cuenta su estado nutricional.

Ya que en el transcurso del aprendizaje de la buena alimentación de una persona y en las distintas etapas fisiológicas por la que atraviesa, que hemos aprendido en la carrera de licenciatura en nutrición y de las experiencias vividas, surge una hipótesis: no necesariamente la condición económica es el único factor determinante que modifica los hábitos alimentarios y el estado nutricional de las embarazadas.

Nos respaldamos en que una alimentación adecuada durante el embarazo es de vital importante tanto para la futura mamá como para que el bebe, que esta creciendo en su vientre nazca con un buen peso. También para prepara la producción de la leche materna, que es el alimento ideal para el recién nacido y el único alimentos recomendable durante los primeros 6 meses de su vida.

La mayor necesidad de nutrientes en la mujer comienza en el cuarto mes de embarazo, periodo en que el feto aumenta rápidamente su tamaño y su peso. Lo que necesita la embarazada es tener una alimentación variada y completa, que incluya los 6 grupos básicos de alimentos en su justa proporción, para así poder tener, tanto la madre como el bebe, un buen estado de salud.

Es indispensable que asista a los controles médicos para seguir las recomendaciones de acuerdo en cada caso en particular.

Pero a causa de los cambios continuos en el estilo de vida y las nuevas modas que van marcando a la sociedad, alteran el mantenimiento del buen estado nutricional de una mujer embarazada, ya sea por motivos económicos, estéticos, sociales, etc.

Es por este motivo que en la investigación planteamos el siguiente problema: ¿Cuál es el factor determinante que modifica los hábitos alimentarios y el estado nutricional de las embarazadas con distintos niveles socioeconómicos?

Para determinar cuales son estos factores desarrollaremos a continuación paso a paso como se ha llegado a la conclusión.

II-FUNDAMENTACIÓN

Los seres humanos, al igual que el resto de los seres vivos, necesitan del agua y una alimentación variada y equilibrada para mantener la vida. La vida implica tener la capacidad de nacer, crecer, reproducirse y morir. Para crear vida necesitamos de la reproducción, que cumple con un rol fundamental en la mantención de la especie o continuidad de la generación.

En el ser humano la vida comienza con el embarazo o gravidez que es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y hasta el momento del parto, en el cual la mujer debe proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto y preparar las mamas para la lactancia.

La madre debe mantener en el transcurso del embarazo una dieta correcta, la cual consiste en proporcionar las cantidades adecuadas de proteínas, lípidos, hidratos de carbono, vitaminas y minerales; respetando una dieta con las cantidades justas, una buena calidad, que sea armónica y adecuada a su momento biológico.

En la antigüedad la mujer era exclusivamente vista como un ser reproductor de nueva vida y el hombre era el encargado de buscar los recursos para mantener la familia, pero en la actualidad con los cambios continuos en la sociedad, culturas, creencias, costumbres, religiones, valores, políticas, y la economía, entre otros, la mujer deja su papel exclusivamente reproductor para ser otro pilar en la mantención de la familia, creándose nuevos estilos de vidas.

Teniendo en cuenta que el estilo de vida, los hábitos de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas como forma de poder relacionarse con la sociedad, consumir, brindar hospitalidad y la forma de vestir, pueden ser a su vez saludables y otras veces son nocivas para la salud, por ejemplo: el

consumo de sustancias tóxicas: tabaco, alcohol y otras drogas, ejercicio físico disminuido o nulo, estrés, dieta, higiene personal, relaciones interpersonales, medio ambiente, entre otras.

Todos estos cambios que se producen en la forma de verse como persona en la sociedad, tiene como principal propósito ser aceptado por la misma y esta aceptación lleva a que cada persona cumpla un rol dentro de la sociedad, el cual se denomina estatus social.

El estatus social se describe como la posición social que ocupa una persona dentro de la sociedad en la que vive, independientemente si la misma fuese:

- Asignado: por haber nacido en una familia adinerada, raza, color, clase social.
- Los adquirido por méritos o acciones.
- Estatus objetivo: son aquellos que fueron asignado por la sociedad, la cultura o por el grupo particular en donde se desenvuelve la persona y que es adquirido cumpliendo alguno o varios de los criterios que lo determinan (La riqueza, lo que se hace en la sociedad, el impacto y el poder del conocimiento, la ocupación o actividad, características físicas, etc.).
- Estatus subjetivo: es aquel que una persona cree tener sin poseer ninguna aprobación social o cultural.

Esto lleva a que la imagen ocupe un papel fundamental en la interacción con la sociedad, pasando a formar una parte muy importante en la persona, pero con respecto al cuidado de su cuerpo. Es así donde entra el juego los distintos trastornos relacionados al cuerpo, mente y alimentación, como ser la anorexia, bulimia, obesidad, bigorexia, entre otros.

Hoy en día vemos como evolucionó la forma de ver el cuerpo, que es tomado como un símbolo de representación social (con el mundo y con los otros). Comparando el ideal de mujer, en la antigüedad, la mujer era voluminosa, con curvas y caderas anchas,

transformándose a un ideal de mujer cada vez más delgadas, sin curvas, luciendo más jóvenes y ágiles, dando frescura y dinámica a la imagen; la que fue brindada por los medios de comunicación (revistas, televisión e Internet) y de la sociedad creando un ideal distorsionada de la misma. Tal es así que buscan medidas extremas para poder llegar a ese ideal, como dietas restrictivas, aumento del ejercicio físico, tratamientos estéticos y cirugías.

Estas conductas, como las nuevas modas, los cambios de estilo de vida y la posición económica de cada persona, lleva a que modifique la forma de alimentarse sin importarle el cuidado de su salud, con el propósito de cumplir con un estatus social, que la sociedad exige o ellos mismo se exigen.

Según el ingreso económico familiar, las personas son divididas en clases sociales. Esta división de clases sociales no determina que una persona quiere aparentar estar en una clase social distinta.

El motivo del presente trabajo de investigación tiene como finalidad demostrar el factor determinante que modifica los hábitos alimentarios y el estado nutricional de las embarazadas con distintos niveles socioeconómicos.

Tenemos la inquietud de que todo lo que se investigue sea derivado en un proyecto interdisciplinario, que tendrá con propósito realizar educación nutricional a las mujeres embarazadas, a los fines de beneficiar la calidad de vida y estado nutricional madre-hijo priorizando además la lactancia materna.

III-MARCO TEORICO

1-Definición de embarazo

Es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses), son 280 días; variar desde 259 días hasta 294 días (37-42 semanas).

Se divide el embarazo en tres trimestres. El primer trimestre es de 0-13 semanas, el segundo trimestre: 14-28 semanas; y el tercer trimestre 29-40 semanas.

2-Estado Nutricional

El estado nutricional de los individuos está determinado por el balance entre la ingesta de nutrientes y el consumo y la pérdida. La enfermedad afecta al estado nutricional por la ruptura de este balance. ¹

Para determinar el estado nutricional de una persona tenemos que realizar una valoración del estado nutricional, que esta compuesta por: valoración antropométrica [peso, talla, edad, IMC (ver anexo)] poner como se saca y estado metabólico (hemoglobina 11-14g/dl, hematocrito 33-44%, recuento total de linfocitos 6.000-16.000 y glucemia 60-105mg/dl).

¹ Longo, E. N.& Navarro, E. T. (2004) Técnica dietoterápica. 2ª ed.-3ªreimpresion.Buenos Aires: el Ateneo. Pag16

3-Nutrición en el embarazo

Una dieta balanceada y nutritiva, si bien es primordial a lo largo de la vida de las personas, es aún más durante la etapa de embarazo. Para poder mantener el estado nutricional se han realizado estudios científicos con el fin de determinar los requerimientos diarios para una persona, considerando una adecuada ingesta para cubrir las necesidades nutricionales. Las recomendaciones para cada nutriente refleja los conocimientos sobre la sustancia, su biodisponibilidad y las variaciones entre la población.

Según las recomendaciones la dieta de la embarazada debe incluir proteínas, carbohidratos, vitaminas, minerales y grasas, teniendo en cuenta su cantidad y calidad.

Entre los factores importantes a considerarse para determinar el requerimiento es la edad de la mujer, la salud física y emocional, la situación económica y los hábitos alimentarios de la misma.

El requerimiento diario para una embarazada es:

- Las necesidades energéticas: se encuentran aumentadas en el embarazo. Del requerimiento energético normal de la mujer se le adiciona por trimestres más kcal, en el primer trimestre 85kcal, segundo trimestre 285kcal y en el tercer trimestre 475kcal, según la FAO-OMS.
- Los macronutrientes como hidratos de carbono cubrirán un 45-65% del total de la energía; las proteínas se ven aumentadas, de las cuales más de un 50% tienen que ser de alto valor biológico (carne, leche, huevo y derivados); las grasas 35% de la energía total debe cubrir.

- Los micronutrientes: las mujeres que estén pensando en quedar embarazadas o que estén en embarazo deben tomar un suplemento de vitaminas y minerales que incluya al menos 0.4 miligramos (400 microgramos) de ácido fólico y 60mg de hierro.
- Deben consumir 3000ml diarios de líquidos.
- Evitar el consumo de alcohol y drogas.
- Limitar la ingesta de cafeína y no fumar.
- Evitar el uso de preparaciones herbales y medicamentos comunes de venta libre que puedan interferir con el desarrollo normal del feto.
- Y realizar actividad física adecuada al embarazo, con sus cuidados propiamente dichos.

4-Cambio de peso durante el embarazo

Cuando hablamos del aumento de peso de la embarazada tenemos que considerar el estado nutricional y el peso de la mujer pregestacional, para luego determinar la ganancia trimestral propia del embarazo. Los cuáles serán:

•1º Trimestre: 0 - 12º semana: 0-1Kg de incremento.

•2º Trimestre: 13º- 24º semana: 3-4kg de incremento.

•3º Trimestre: 25º- 40º semana: 8Kg de incremento.

Durante el embarazo es de suma importancia tener una buena alimentación, ya que el estado nutricional de la mujer embarazada afecta tanto al embarazo como al peso del niño al nacer.

Pero por razones socioculturales las mujeres se ven influenciadas por el cuidado de la estética y no por el cuidado de la salud, es por ese motivo que el peso de la mamá

durante el embarazo se lleva buena parte de la importancia, para controlar y ser trabajado en charlas informativas-educativas.

Es importante evitar en el embarazo la malnutrición, ya que trae complicaciones severas tanto para la madre como para el bebe, un ejemplo es el sobrepeso que puede desencadenar algunas complicaciones tales como la hipertensión, diabetes y complicaciones en el parto y otro estado de malnutrición es el bajo peso o la carencia de micronutrientes.

5-Valores de laboratorio

Los valores del hemograma completo dependen de la edad, del sexo, de la altura a la que vive con respecto al nivel del mar y del tipo de muestra de sangre. El recuento de glóbulos rojos, la hemoglobina y el hematocrito son los valores que se necesitan para determinar si una persona tiene o no anemia.

En el embarazo los valores del hemograma se modifican en cada trimestre, conjuntamente con el peso.

Los valores altos de glóbulos rojos nos brinda información sobre afecciones como hábito de fumar, la exposición al monóxido de carbono, las enfermedades de los pulmones, las enfermedades de los riñones, algunos tipos de cáncer, determinadas formas de enfermedad cardíaca, el alcoholismo, las enfermedades del hígado.

En cambio el aumento de glóbulos blancos nos informa sobre afecciones como infección, inflamación, daño en los tejidos corporales (como un ataque al corazón), estrés físico, fiebre, lesión o cirugía, quemaduras, insuficiencia renal, lupus, tuberculosis artritis reumatoide, desnutrición, leucemia y enfermedades como el cáncer.

“Hábitos alimentarios en mujeres embarazadas de distintos niveles socioeconómicos” de la ciudad de Eldorado, que asisten a centros de salud Públicos y Privados.

Medir los niveles de glucosa en sangre nos brinda información sobre la cantidad de azúcar en la sangre, donde se ve cómo está metabolizando el organismo la glucosa y la función de los órganos involucrados en este proceso: hígado y páncreas, entre otros. Cuando los resultados son altos se realizan estudios complementarios para determinar si se presenta diabetes gestacional.

Los valores bajos de glóbulos rojos nos marcan que la embarazada tiene anemia. La anemia proviene de afecciones como úlceras estomacales, el cáncer de colon, la enfermedad inflamatoria intestinal, tumores, falta de vitaminas B12, alimentación baja en alimentos fuente de hierro, etc.

En el momento que hablamos de valores bajos de glóbulos blancos debemos fijarnos en reacciones a medicamentos, la anemia aplásica, las infecciones virales, la malaria, el alcoholismo, el lupus o el síndrome de Cushing.

Valores normales de laboratorio:

LABORATORIO	CANTIDAD
Hemoglobina	11-14g/dl
Hematocrito	33-44%
Glóbulos Blancos	6.000-16.000ml ³
Glóbulos rojos	4.000.000–5.000.000ml ³
Glicemia	60-105mg/dl

6-Hábitos Alimentarios

La alimentación es un proceso voluntario a través del cual las personas se proporcionan sustancias aptas para el consumo, las modifica partiéndolas, cocinándolas, introduciéndolas en la boca, masticándolas y deglutiéndolas. Es a partir de este momento que acaba la alimentación y empieza la nutrición. La nutrición, es el conjunto de procesos mediante los cuales el organismo recibe, transforma y utiliza las sustancias nutritivas que contienen los alimentos.

Los hábitos alimentarios son adquiridos a lo largo de la vida que influyen en alimentación y estado nutricional. Son adquiridos desde la infancia y se modifican con el transcurso de los años. Son aquellos, como: que alimentos se consume, porque lo consume, a que hora se realiza las comidas, como esta fraccionada la comida durante el día, y si se realiza actividad física. Y estos hábitos alimentarios están influenciados por la situación económica, religión, cultura, nacionalidad, educación, moda, trabajo, gustos, comodidad, simplicidad en la preparación culinaria, entre otros.

La evolución del comportamiento alimentario se ha producido como consecuencia de diferentes factores, por ejemplo:

- Paso de una economía de autoconsumo a una economía de mercado.
- El trabajo de la mujer fuera del hogar
- Los nuevos sistemas de organización familiar, etc.

La sociedad actual sufre una evolución notable en los hábitos alimentarios como consecuencia del impacto de los nuevos estilos de vida que han condicionado la organización familiar. Igualmente el desarrollo de avanzadas tecnologías en el área agroalimentaria ha puesto a disposición de los consumidores los denominados

“alimentos servicio”, especialmente diseñados para facilitar la preparación y consumo de los mismos.

7-Cuidado estético en las mujeres

En los últimos tiempo los seres humanos comenzaron a mantenerse joven y hermoso, estando muy influido por el placer y el cuerpo; ya se dejó las dietas, la gimnasias o los tratamientos médicos para sentirse físicamente bien, sino para exhibir un cuerpo lo más atractivo y joven posible, creándose como una nueva moda, creencia o cultura actual. Ya que través de distintos medios, el valor estético se ha transformado, en un bien de consumo. Se traslado el término de belleza hacia el plano físico; la definición de belleza se ha impregnado al marketing, pues esta pasa a representar un capital simbólico que puede adquirirse, perderse o incluso comprarse.

Estos nuevos estándares de belleza promueven tal obsesión por la delgadez, que algunas mujeres odian su cuerpo durante su embarazo. Es así que muchas están luchando constantemente para lograr tener ese "ideal" de cuerpo; el "ideal" es el que la sociedad nos dice: altas, delgadas y esbeltas que debemos ser. Por supuesto, durante el embarazo se aumentará de peso. Pero algunas se sienten inconformes con su cuerpo ante el aumento de peso, viéndose "gordas" durante el embarazo y luego de éste, rehusándose a alimentarse apropiadamente.

Este cuidado excesivo puede ser extremista, tal es así que puede generar alguno de los siguientes trastornos:

- ❖ El Trastorno dismórfico corporal: es un trastorno que consiste en una preocupación importante y fuera de lo normal por algún defecto percibido en las características físicas (imagen corporal), ya sea real o imaginado. Causa malestar psicológico

significativo que deteriora su desempeño social o laboral, hasta el punto de manifestar síntomas ansioso-depresivos severos, el desarrollo de otros trastornos de ansiedad, aislamiento y exclusión social.

- ❖ Los trastornos de la conducta alimentaria engloban varias enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal.

Los factores que pueden causar trastornos alimentarios son:

- Factores biológicos: los niveles anormales de determinados componentes químicos en el cerebro predisponen a algunas personas a sufrir ansiedad, perfeccionismo, pensamientos y comportamientos obsesivos y compulsivos.
- Factores psicológicos: estas personas tienden a tener expectativas no realistas de ellos mismos y de las demás personas.
- Factores familiares: familias sobre-protectoras o disfuncionales inflexibles e ineficaces para resolver problemas tienden a desarrollar estos trastornos.
- Factores sociales: Los medios de comunicación asocian lo bueno con la belleza física y lo malo con la imperfección física. Las personas populares, exitosas, inteligentes, admiradas, son personas con el cuerpo perfecto, lo bello. Las personas que no son delgadas y atractivas son asociadas con el fracaso.

Los tipos de trastornos son:

- Trastorno por atracón: es cuando se produce una sobreingesta compulsiva de alimentos. Después de este, aparece una fase de restricción alimentaria.

- **Bulimia:** La persona experimenta ataques de voracidad que vendrán seguidos por ayunos o vómitos para contrarrestar la ingesta excesiva, uso o abuso de laxantes para facilitar la evacuación, preocupación excesiva por la imagen corporal y sentimientos de depresión, ansiedad y culpabilidad por no tener autocontrol.

Existen dos tipos:

- **Bulimia purgativa:** uso de laxantes, diuréticos o se provoca el vómito como método compensatorio.
 - **Bulimia no purgativa:** realiza actividad física en exceso, dietas restrictivas o incluso ayunos.
- **Anorexia nerviosa:** se caracteriza por pérdida de peso elevado debido a dietas extremadamente restrictivas y al empleo de conductas purgativas (vómitos, ejercicio físico en exceso).

Existen dos tipos:

- ***Anorexia nerviosa restrictiva:** come escasa cantidad y realizan actividad física en exceso.
 - ***Anorexia nerviosa purgativa:** utilizan métodos purgativos tales como vómitos, diuréticos o laxantes después de haber ingerido cantidades ínfimas de comida.
- **Vigorexia:** preocupación obsesiva por el físico y una distorsión del esquema corporal (dismorfofobia) que puede presentar dos manifestaciones: la extrema actividad del deporte o, la ingesta compulsiva para subir de peso ante la percepción de estar aún demasiado delgado.
 - **Megarexia:** generalmente le sucede a personas obesas que se miran al espejo y no lo perciben; por eso no hacen ninguna dieta; por eso se atiborran de comida

basura. Ellos se perciben sanos. Son en cierta forma, personas obesas que se ven delgadas a causa de la distorsión de la percepción que caracteriza a los trastornos alimentarios, cuando la desnutrición que padecen (son obesos desnutridos por falta de nutrientes esenciales en su alimentación), llega a afectar a su cerebro, momento en el que, como sucede con la anorexia, su trastorno alimentario se convierte en una grave enfermedad.

- Ortorexia: Es aquel trastorno donde la persona obesa come alimentos que ella considera saludables, pero que en realidad no lo son.
- Pica: ingestión de alimentos no comestibles.
- Diabulemia: el enfermo de bulimia, también diabético, manipula las dosis de insulina que debe inyectarse, para adelgazar o compensar los atracones. Aparte de las complicaciones de la bulimia, se añaden las complicaciones mortales a medio plazo, de no inyectarse las dosis correspondientes.

8-Complicaciones frecuentes asociadas a la alimentación durante el embarazo

a- Náuseas y vómitos

Las adaptaciones hormonales y los cambios físicos que se producen durante el embarazo y aun mas marcados en los primeros meses de embarazo, predisponen frecuentemente a estados nauseosos.

Las causas pueden ser:

Hormonales: aumento de los niveles de la hormona gonadotropina coriónica, que el huevo fecundado, primero, y la placenta, después; y junto con la progesterona, que también aumenta, relajan el aparato digestivo, facilitando el reflujo de los alimentos, y estimulan el centro emético (del vómito).

Aparato digestivo: las molestias estomacales, simplemente se producen porque algunas mujeres son más sensibles a los cambios que se dan durante el inicio del embarazo.

Sentidos: se produce un aumento en el sentido del olfato y la sensibilidad a los olores.

Psicológico: ciertas mujeres están psicológicamente predisuestas a tener náuseas y vómitos durante el embarazo como una respuesta al estrés.

Las mujeres con mayor predisposición a náuseas y vómitos son aquellas con embarazo doble o múltiple, las mujeres que han sufrido náuseas o vómitos en embarazos anteriores, las que han tenido náuseas o vómitos como efecto secundario cuando estaban tomando píldoras anticonceptivas, las que sufren de mareos cuando viajan, las que tienen predisposición genética a las náuseas durante el embarazo y las que padecen de migraña o dolores de cabeza.

Estas náuseas comienzan por lo general durante el primer mes de embarazo, por la mañana y continúan a lo largo de las semanas 14 a 16 (tercer o cuarto mes). Algunas mujeres presentan náuseas y vómitos durante todo el embarazo.

b- Acides

La acidez (también conocida como hiperclorhidria o reflujo ácido) es una sensación de ardor que a menudo se extiende desde la parte de abajo del esternón hasta la zona inferior de la garganta. Es consecuencia de los cambios hormonales y físicos que se producen en tu cuerpo.

Durante el embarazo, la placenta produce una hormona progesterona, que relaja los músculos lisos del útero. Esta hormona también relaja la válvula que separa el esófago del estómago, de modo que los ácidos gástricos regresan desde estómago hacia el esófago, y esto produce la sensación de acidez.

La progesterona también disminuye las contracciones peristálticas del esófago y los intestinos, haciendo que la digestión sea lenta. Además, a medida que avanza el

embarazo, el feto aumenta de peso y tamaño, presionando sobre el estómago, desplazando los ácidos estomacales hacia el esófago.

Muchas mujeres comienzan a tener acidez y otras molestias gastrointestinales durante la segunda mitad del embarazo y puede persistir hasta que nace el bebé.

c- Pirosis

Es una sensación de dolor o quemazón en el esófago, que es causada por los ácidos del estómago. Para prevenirlo debe realizarse un plan alimentario fraccionado y evitar la ingesta de alimentos en las dos o tres horas previas a acostarse.

d- Constipación

Una de las causas es el incremento de la hormona progesterona, que hace más lento el movimiento del alimento a través del sistema digestivo. Y el problema puede empeorar a medida que avanza el embarazo, debido a la presión que ejerce el útero en crecimiento sobre el recto. Además, los suplementos de hierro pueden empeorar el estreñimiento. Por lo tanto en esta etapa es importante estimular el consumo de alimentos ricos en fibra como por ejemplo frutas que contengan cascara, vegetales de hoja (lechuga , acelga , espinaca) y aumentar el volumen de la ingesta de líquidos .

e- Pica

Es un trastorno en el apetito que se caracteriza por el deseo compulsivo de consumir sustancias no nutritivas como tierra, hielo, arcilla y otras sustancia no comestibles.

Algunos autores sugieren que este trastorno puede darse por alguna deficiencia de minerales como hierro, calcio o zinc.

f- Gases e hinchazón

La primera razón es que durante el embarazo, como ya se dijo anteriormente, se produce el aumento de los niveles de progesterona, una hormona que relaja el tejido muscular liso de todo tu cuerpo, incluido el sistema digestivo. Esta relajación hace más lenta la digestión, lo cual produce gases, hinchazón en el estómago, eructos y flatulencia, y crear, por lo general, sensaciones desagradables en el estómago.

Los gases se forman en el sistema digestivo de dos maneras: cuando se traga aire y cuando las bacterias del colon descomponen la comida no digerida. La mayoría de los gases en el estómago se producen al tragar aire y normalmente se liberan al eructar.

La mayoría de los gases que causan flatulencia, se producen cuando las bacterias en el intestino grueso descomponen la comida que no fue digerida totalmente por las enzimas del estómago y del intestino delgado. Ciertos carbohidratos son los principales responsables.

g- Edema

Esto ocurre cuando se acumula demasiado líquido en los tejidos. Es normal cierto grado de hinchazón durante el embarazo porque se estás reteniendo más líquido. Los cambios en las propiedades de la sangre también hacen que se acumule líquido en los tejidos.

Asimismo, el útero cada vez más grande ejerce presión en las venas pélvicas y en la vena cava. La presión del útero hace que la sangre que vuelve de las piernas hacia el corazón circule más despacio, y esto hace que el fluido de las venas se retenga en los tejidos de los pies y tobillos.

9-Enfermedades en el embarazo

Las enfermedades que se pueden desarrollar durante el embarazo es la anemia, diabetes gestacional e hipertensión, entre otras.

La **anemia** en el embarazo es frecuente ya que el balance de hierro se modifica continuamente en cada trimestre del embarazo. Debido a que en el primer trimestre se produce un aumento del balance de hierro porque cesa la menstruación; en cambio en el segundo y en el tercer trimestre ocurre una disminución del balance de hierro en sangre a causa de la expansión de la masa de los glóbulos rojos y en los últimos meses el feto comienza a captar mas hierro, disminuyendo el balance de hierro.

Para diagnosticar anemia, se tendrá que observar los valores de laboratorios, en el cual si la hemoglobina es menor de 11g/dl, hematocrito menor a 32% y el recuento de glóbulos rojos está por debajo de 3.500.0007ml³, se considera anemia.

La anemia se clasifica según la concentración de hemoglobina, leve de 10,9-10g/dl, moderada de 9-7g/dl y severa de 7g/dl.

Las complicaciones más frecuentes son: aumento del riesgo de prematuridad, retraso del crecimiento fetal, desnutrición materna, complicaciones en el parto y aumenta el riesgo de infecciones.

La forma de prevenir la anemia es atreves de una buena alimentación, eligiendo alimentos fuente de hierro y con suplementación en forma de pastillas de hierro, durante todo el embarazo.

Diabetes gestacional “es la intolerancia a los carbohidratos que carece o se diagnostica por primera vez durante el embarazo, independientemente de que pudiera existir

previamente a las semanas de gestación, de que se requiera insulina o después del embarazo”².

Se caracteriza por niveles de insulina inferiores para cubrir la demanda metabólica. No obstante, se desconoce la causa, pero se cree que es un defecto crónico que aun no se a despertado y en el embarazo se puede desarrollar diabetes, por los cambios hormonales que en este se atraviesa y un ves que nace el bebe desaparece la diabetes, pero en algún momento de la adultez puedo darse que se despierte nuevamente la diabetes.

Las mujeres propensas a desarrollar diabetes gestacional son aquellas con antecedentes en la familia con diabetes tipo 1, edad materna mayor a 25, obesidad, antecedentes de diabetes gestacional anteriores, antecedentes de macrosomia fetal y malformaciones congénitas, y glicosuria positiva por la mañana.

Cuando se presenta diabetes en el embarazo se corre el riesgos de poseer preeclampsia (hipertensión en el embarazo), riesgo de aumentar hiperglucemia, aumenta el riesgo de requerir partos por cesarías, aborto, traumas del bebe al nacer y que sea propenso a obesidad y diabetes en edad adulta.

Diagnosticamos diabetes gestacional con dos pruebas de laboratorios, en las cuales la glucemia en ayuna sea mayor 105mg/dl. El tratamiento se realiza en conjunto con el médico y el nutricionista.

Las **enfermedades hipertensiva** pueden traer serias complicaciones en el embarazo y llevar hasta la muerte de la madre y del feto. Se desconoce su causa, pero se cree que puede ser a causa de otras enfermedades, las que desencadenan la hipertensión.

Las mujeres que están expuestas son aquellas que tienen su primer embarazo, embarazo múltiple, edades extremas, hipertensión antes del embarazo, enfermedades como diabetes, obesidad, problemas renales, entre otras.

²Torresani, M. E. & Somoza, M. I. (2009). Lineamientos para el cuidado nutricional. -3ª.ed.-Buenos Aires: Eudeba. Pag:489

Se diagnostica cuando la tensión sistólica es igual o mayor de 140mm Hg. y diastólica igual o mayor de 90mm Hg.; es grave cuando la sistólica es igual o mayor 160mm Hg. y la sistólica igual o mayor a 110mm Hg., además tiene proteinuria y excreción por orina de proteínas en 24hs cantidad de 300mg.

Las complicaciones más comunes son edemas pulmonares, desprendimiento prematuro de la placenta, coagulación disminuida, insuficiencia hepática o renal, problemas vasculares cerebrales, ceguera cortical, desprendimiento de retina, crisis convulsivas, fallas orgánicas múltiples y puede afectar al feto ya que puede causar muerte, prematuridad y hemorragias.

El exceso de peso y la deficiencia de nutrientes favorecen para el desarrollo de hipertensión.

10-Enfermedades previas al embarazo

a- Diabetes

b-

Tipos de diabetes:

- ❖ Diabetes tipo 1 es una afección en la cual el cuerpo no produce insulina o produce tan poca que no puede transformar en energía el azúcar en la sangre. Por lo general surge en la niñez o la adolescencia, antes de que una mujer quede embarazada.
- ❖ La diabetes tipo 2 es una afección en la cual el cuerpo produce muy poca insulina o no puede utilizarla para transformar en energía el azúcar en la sangre. Por lo general ocurre pasada la edad de procrear, aunque cada vez es más frecuente que las mujeres en edad de procrear presenten diabetes tipo 2.

Una vez que la mujer con diabetes, cualquiera sea el tipo, deberá ir al médico para que le realice la evaluación de su estado en general, como ser, presión arterial, como se encuentran sus ojos, problemas con las tiroides, la función del riñón, el sistema nervioso y el corazón. También deberán realizarse algunos estudios de laboratorio que incluyan la hemoglobina glicosilada (muestra la media de sus glucemias de los últimos tres meses), también la creatinina en sangre y la excreción urinaria de las proteínas (lo que provee información importante sobre la función de los riñones). La hormona estimulante de la tiroides (TSH) debe ser medida, especialmente en mujeres con diabetes tipo 1, determinar el nivel promedio de azúcar en la sangre (prueba A1C).

Cambios en los niveles de sangre de glucosa:

- ✓ Nivel bajo de glucosa en la sangre (Hipoglucemia): es cuando los niveles de glucosa en la sangre son demasiado bajos, el cuerpo no puede obtener la energía que necesita. Por lo general, la hipoglucemia es moderada y puede tratarse fácilmente comiendo o bebiendo algo con azúcar. Pero si no se la trata, la hipoglucemia le puede causar desmayos. El nivel bajo de glucosa en la sangre puede ser causado por:
 - Comidas o colaciones que son muy pequeños, o porque la mujer se demora en comer o se salta algunas comidas.
 - Dosis de insulina demasiado altas.
 - Aumento de la actividad o ejercicios.

- ✓ Nivel alto de glucosa en la sangre (Hiperglucemia): Cuando el cuerpo no tiene suficiente insulina o no puede usarla correctamente, quizás usted corra el riesgo de tener un nivel alto de glucosa en la sangre, llamado “hiperglucemia”. Esa condición puede ser causada por:
 - Un desequilibrio entre las comidas y la medicación.
 - Comer alimentos inapropiados.

- Comer más de lo normal.
- Estar menos activa de lo normal.
- Enfermedad.
- Estrés.

Puede desencadenar presión arterial alta, preeclampsia, enfermedades del riñón, daños en los nervios, cegueras, enfermedades cardiacas, abortos espontáneos, nacimientos prematuros y cesáreas.

Las embarazadas diabéticas que no están bien controladas, pueden tener como resultado graves complicaciones de salud:

- ✓ aborto espontáneo y nacimiento sin vida
- ✓ El bebé tiene un riesgo de 2 a 4 veces más alto de sufrir un defecto de nacimiento grave. Los defectos del corazón y del tubo neural son más comunes entre los bebés nacidos de mujeres diabéticas
- ✓ Es probable que el bebé sea muy grande. Esto complica el parto vaginal y el bebé corre riesgos de sufrir lesiones durante el parto

c- Hipertensión crónica

Se define como la hipertensión arterial igual ó mayor a 140/90, que está presente y es observable previa al embarazo ó que se diagnostica antes de las 20 semanas de gestación.

La hipertensión que se diagnóstica desde el comienzo del embarazo y que persiste más allá del día 42 posterior al parto también debe clasificarse como hipertensión crónica y es más frecuente en obesas y mujeres con edad superior a 35 años.

El diagnóstico de ésta condición se hace sobre la base del incremento de los valores tensionales (>30 mm. Hg. de Presión sistólica ó > 15 mm. Hg de Presión diastólica) junto a la aparición de proteinuria y edema generalizado.

Las complicaciones más frecuentes son el retraso del crecimiento fetal, la prematuridad, abortos y muerte materna en el momento del parto.

d- Obesidad

Se considera que la madre esta obesa cuando al iniciar su embarazo su IMC se encuentra por arriba de 25 unidades.

Existen una serie de factores que influyen de manera importante en la ganancia de peso durante el embarazo:

- El peso de la madre en el momento de iniciar su embarazo.
- Los factores genéticos.
- La reducción de la actividad física.
- El exceso de consumo de calorías.
- El peso del feto.
- El tamaño de la placenta.
- La cantidad de líquido amniótico.
- Retención de líquidos en la madre.

La mujer con obesidad tiene una mayor predisposición a presentar durante el embarazo hipertensión arterial, diabetes mellitus, prematures, cesareas y complicaciones durante el embarazo.

Riesgos para el bebé

- Muerte fetal tardía (después de las 20 semanas de embarazo).

- Obesidad infantil y riesgo de diabetes.
- Lesiones durante el parto: el exceso de peso del bebé, sumado al exceso de tejidos adiposos de la madre en el canal vaginal, puede causar problemas para la salida rápida y segura del bebé. Algunos bebés de madres obesas, especialmente si desarrollan diabetes gestacional, acumulan grasa en los hombros, lo que causa distocia de los hombros (que durante el parto la cabeza del niño salga pero los hombros no). Esto puede resultar en una emergencia obstétrica y causarle daño neurológico al bebé.

La madre, por su parte, puede sufrir traumas en el canal vaginal, infecciones vaginales o incontinencia. También se puede requerir una cesárea de emergencia.

- Espina bífida, malformaciones y enfermedades

e- Anemia

La mayoría de las mujeres comienzan el embarazo sin las reservas de hierro suficientes para satisfacer las crecientes demandas del cuerpo, particularmente durante el segundo y tercer trimestre. El riesgo es aún mayor si presenta náuseas que produzcan vómitos frecuentes, si tiene dos o más embarazos seguidos, si estás embarazada de más de un bebé, si la dieta es pobre en hierro o si la menstruación previa al embarazo fue muy fuerte.

Esta es la razón por la cual la cantidad de hierro que necesita aumenta durante el embarazo de 18 a 27 mg por día.

La falta de hierro es la causa más común de la anemia, pero no es la única causa. También puedes desarrollar anemia si no tomas la cantidad suficiente de ácido fólico o

vitamina B12, pérdida de mucha sangre, o debido a ciertas enfermedades o trastornos de la sangre hereditarios como la anemia drepanocítica o de células falciformes. El tratamiento para la anemia depende de la causa, y los comprimidos de hierro no siempre son la respuesta.

También hay que tener en cuenta que en ocasiones la anemia real es algo menor de lo que marcan las analíticas, ya que durante el embarazo aumenta la cantidad de líquido en sangre y se produce un fenómeno de “hemodilución”. Esto significa que aunque la cantidad de hierro y hemoglobina sea normal puede parecer que están algo bajos en los análisis porque están diluidos en mayor cantidad de líquidos.

Los síntomas de anemia son:

- Fatiga (muy común)
- Debilidad (muy común)
- Mareos
- Dolor de cabeza
- Entumecimiento o frialdad en sus manos y pies
- Temperatura del cuerpo baja
- Palidez
- Ritmo cardíaco rápido o irregular
- Falta de aliento
- Dolor en el pecho
- Irritabilidad
- Tener dificultad en el trabajo

Cuando no se trata la anemia puede provocar parto prematuro, bajo peso al nacer, puede existir riesgo de mortalidad materna postparto.

En cambio los niveles altos de hierro en suplementos pueden alterar el tracto gastrointestinal. La mayoría de las veces se produce estreñimiento y también puedes tener náuseas o, rara vez, diarrea.

f- Gastritis

Inflamación de la mucosa gástrica, las cuales representan irritación o hemorragias subepiteliales. Son varias sus causas, entre ellas, los malos hábitos alimenticios, el estrés, el abuso en el consumo de analgésicos (aspirina, piroxicam, indometacina, etc.). En ocasiones no se presentan síntomas pero lo más habitual es que se produzcan el ardor o dolor en el epigastrio, acompañado de náuseas, mareos, etc. Es frecuente encontrar síntomas relacionados al reflujo gastroesofágico, como la acidez en el estómago. Los ardores en el epigastrio suelen ceder a corto plazo con la ingesta de alimentos, sobre todo leche. Pero, unas dos horas luego de la ingesta, los alimentos pasan al duodeno y el ácido clorhídrico secretado para la digestión queda en el estómago, lo que hace que se agudicen los síntomas. También puede aparecer dolor abdominal en la parte superior (que puede empeorar al comer), indigestión o pérdida del apetito. En caso de que exista un componente ulceroso que sangre, pueden presentarse vómitos con sangre o con un material similar a manchas de café, y heces oscuras.

El diagnóstico se realiza por medio de la endoscopia del aparato digestivo superior. En la examen histopatológico de los tejidos se observa infiltración de polimorfonucleares (glóbulos blancos).

La clasificación de la gastritis se basa en la evolución, histología y la patogenia.

- ❖ Gastritis aguda
- ❖ Infección aguda por *Helicobacter pylori*

❖ Otras gastritis infecciosas agudas

En el momento que la mujer queda embarazada y como ya mencionamos anteriormente, hay una gran producción de hormonas (estrógenos y principalmente progesterona), las cuales tienen como principal efecto la relajación de la musculatura lisa del organismo y por supuesto un enlentecimiento de todo el tracto digestivo lo cual se traduce en una digestión lenta y constipación.

Aunque dicho enlentecimiento es bueno para una mayor absorción de nutrientes para el bebé, también produce el lento funcionamiento y relajación de los anillos musculares que unen el estómago y el esófago aumentando el reflujo de ácido clorhídrico hacia el esófago cuya superficie no está preparada para ello llegando al mayor pico de secreción ácida aproximadamente una hora después de la ingesta de alimentos, produciendo síntomas tan molestos como ardor, quemazón y sabor amargo en la boca.

Esta sintomatología aumenta a partir del segundo o tercer trimestre debido al incremento de la presión intraabdominal producto del crecimiento del bebé.

11-Economía de Eldorado

La economía de Argentina se basa sobre sus recursos naturales, orientados en los recursos agrícolas, ganaderos, frutas, hortalizas, forestales, madereros, petroleros, gas natural, los productos petroquímicos y las industrias. En la actualidad, la República Argentina es considerada como una de las principales economías emergentes y una de las economías de mayor crecimiento económico del mundo.

La provincia de Misiones provee al país productos industrializados como la yerba mate, el té, el tung y el tabaco; el bosque nativo y los procesos de industrialización asociados a estas producciones primarias: los molinos yerbateros, secaderos de té y tabaco,

actividad citrícola, la fabricación de celulosa y papel y transformación de la madera y muebles.

Dentro de la provincia de Misiones encontramos la ciudad de Eldorado en la cual su economía se basa en la industria maderera, industrias de elaboración de aceite de tung, la elaboración de jugos concentrados (a partir de cítricos) y la industria yerbatera (secaderos y molinos yerbateros).

La ciudad tiene más de 70 aserraderos, además de laminadoras y una fábrica de muebles. Se produce machimbre, tableros alistonados, vigas multilaminadas, etc.

También se desarrolla la agricultura. Hay cultivos de yerba mate, tung o aleurites, cítricos, hortalizas y algo de mandioca. Además hay forestaciones con pinos y eucaliptos (este último en menor medida), que junto con algunas maderas de la selva abastecen a la industria maderera local. Otra parte se envía a fábricas de muebles en otras partes del país, a las papeleras de la provincia y para exportación.

12-Pirámide socioeconómica de Argentina

El nivel o estatus socioeconómico es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo. Al analizar el nivel socioeconómico de una familia se analizan, los ingresos del hogar, los niveles de educación, y ocupación, como también el ingreso combinado, comparado con el individual, y también son analizados los atributos personales de sus miembros.

El estatus socioeconómico se clasifica por lo general en tres categorías, Alto, Medio, y Bajo en las cuales una familia puede ser ubicada. Para ubicar a una familia o individuo

“Hábitos alimentarios en mujeres embarazadas de distintos niveles socioeconómicos” de la ciudad de Eldorado, que asisten a centros de salud Públicos y Privados.

en una de estas tres categorías una o todas las siguientes tres variables (ingreso, educación, y ocupación) pueden ser analizadas.

Una cuarta variable, riqueza, también puede ser analizada para determinar el estatus socioeconómico.

La información censal que se refiere al nivel de vida de las poblaciones ha sido elaborada por el INDEC, y consta de dos indicadores: las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y la Privación Material de los Hogares, generando la siguiente pirámide:



Consultora W: en base a NSE EPM/ INDEC/ AAM/ SAIMO/ CEIM. “Línea de pobreza” 2011³.

La línea de pobreza (un ingreso de \$1.900) marca aquella población que cubre o no con sus ingresos la canasta básica de alimentos, la misma contiene todos los alimentos para una familia tipo (4 integrantes) para todo un mes y los que cumplen con la canasta básica total (un ingreso de \$4.100), la cual incluye la canasta básica de alimentos mas los servicios (agua, luz, gas, etc); por lo tanto aquellos individuos que no cubren la canasta básica de alimentos son denominados indigentes o clase baja.

Los rangos utilizados para determinar a que nivel socioeconómico pertenece cada persona, según el ingreso mensual familiar, son los siguientes:

- Los que tienen un ingreso entre \$1900-\$3100 y \$3100-\$4100, pertenecen a la clase baja
- Los que tienen un ingreso entre \$4100-\$6600 y \$7900-\$22200, pertenecen a la clase alta.

IV-ANTECEDENTES

1- Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres

¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social?

Autores: Carme Borrell, IzabellaRohlf's Lucía Artazcozy Carles Muntaner^e

Resumen

Las teorías clásicas de estratificación social se han basado en la familia como unidad de estratificación, utilizándose la ocupación del hombre como medida de clase social. Estas teorías fueron criticadas sobre todo desde el feminismo, reclamando la visualización de las mujeres en el análisis de la estratificación social.

³Desarrollado por 27Sur (23/01/2012). Cuanto hay que ganar para ubicarse en algún escalón de la “clase media”. Recuperado: <http://www.reginnortegrnde.com.ar/?noticia=20182> disponible el 16/09/2012.

Los objetivos de este artículo son revisar la medida de la clase social en las mujeres, así como los estudios que han analizado las desigualdades en salud en las mujeres según distintas medidas de clase social, y analizar, como un ejemplo, las diferencias de las distintas medidas a partir de los datos de la encuesta de salud de Barcelona 2000.

Hay pocos estudios que hayan analizado las desigualdades en salud teniendo en cuenta distintas medidas de clase social para las mujeres. La mayoría de ellos han sido realizados en Gran Bretaña, aunque también existen trabajos realizados en otros países. Estos estudios suelen comparar distintos indicadores de clase social: la «clase social convencional», que atribuye a las mujeres la clase social del marido o de la persona cabeza de familia (medida de hogar), la «clase social individual», que atribuye a las mujeres la clase social basada en su propia ocupación, y la clase «dominante», que se basa en la atribución de la clase social más privilegiada del hogar. El impacto de las distintas medidas en las desigualdades en salud varía según el tipo de estudio, pero suele ser más importantes al utilizar tanto la medida convencional como la dominante. Los datos de la encuesta de salud de Barcelona del año 2000 muestran que existen desigualdades de clase con las 3 medidas, y la repercusión varía según el tipo de indicador de salud analizado y el grupo de mujeres seleccionadas.

La obtención de la clase social a través de la ocupación dominante tiene ventajas: es neutra al género o no sexista, cuando la clase dominante es una clase menos privilegiada (p. ej., trabajador manual) implica que los 2 miembros de la pareja tienen una ocupación igual o inferior a ésta y, finalmente, es fácil de obtener.

Palabras clave: Clase social. Medidas. Desigualdades en salud. Métodos de investigación.⁴

⁴Artazcoza, L. B.D., Borrilla, C.B., Muntanere C. & Rohlfsb, I. C. (4/12/2003). Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. Recuperado: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000500010&script=sci_arttext&tlng=e visto el 24/08/2012

Este trabajo de investigación se acerca a nuestro trabajo, ya que propone una división de clase social y estado de salud de las mujeres. Es así que nos propuso otros métodos para dividir las clases sociales.

2- Los hábitos de alimentación de la madre Dominicana durante el embarazo y la Lactancia.

Autores: Roberto Alvarez Franco, Carmen Lucía Graveley, Ramona Blanco de Almonte y Romeo de León.

RESUMEN

Los hábitos, costumbres y creencias relacionados con la alimentación de las mujeres embarazadas son estudiados en 1232 familias rurales debajo ingreso, estableciendo la relación con los alimentos evitados y determinadas situaciones Patológicas.

Palabras claves: Alimentación; nutrición; embarazo

Conclusiones

- 1.El estudio ha podido comprobar el poco rechazo de alimentos durante el período de la gestación hecho muy importante y aparentemente no limitante con una dieta adecuada para el desarrollo del niño.
2. ha podido comprobar la gran frecuencia de alimentos rechazados durante la lactancia, hecho que servirá para orientar en mejor forma una política educativa.
3. La producción de alimentos a nivel del hogar es muy limitada y consideramos que deben hacerse esfuerzos para incrementarla⁵.

⁵Alvarez R.F., Lucía C. G., Blanco de Almonte R.& Romeo de León. Los hábitos de alimentación de la madre Dominicana durante et embarazo y la Lactancia. Recuperado: <http://www.bvs.org.do/revistas/adp/1975/11/02/ADP-1975-11-02-108-112.PDF.PDF> visto el 10/09/2012.

La relación que encontramos en este trabajo con el nuestro son los hábitos alimentarios y la clase social.

3- Representaciones del cuerpo en el embarazo. Experiencias de las mujeres

Autores: M.^a Jesús Montes, Muñoz; M.^a Antonia Martorell, Poveda; M.^a Francisca Jiménez, Herrero; Teresa Verdura, Anglad; Dolors Burjalés, Martí

RESUMEN

Objetivo: Este artículo tiene como objetivo analizar las representaciones que una serie de mujeres embarazadas expusieron sobre el cuerpo, revisando las influencias externas sobre sus experiencias.

Diseño: Metodología cualitativa con un enfoque antropológico.

Resultados: Las interpretaciones y experiencias del cuerpo fueron diversas y evolucionaron a lo largo del embarazo. Entre ellas destacamos su percepción positiva, al responder de forma natural y automática, aunque conllevara a su transformación-deformación. La previsión del aumento de peso fue una imagen preocupante para la mayoría y, aunque aceptada, se tradujo en prácticas de autocontrol. Otras experiencias fueron de ocupación e interpretación del cuerpo a partir de los discursos profesionales.

Conclusiones: Conocer las representaciones que las mujeres hacen de sus cuerpos en gestación y revisar las propias puede mejorar la efectividad de los cuidados⁶.

Palabras clave: cuerpo, representaciones, embarazo, experiencias, cuidados.

⁶Muñoz, J. M., Poveda, A. M., Herrera, F. J., Anglada, T. V. & Martí, D. B. Representaciones del cuerpo en el embarazo. Experiencias de las mujeres. (2009). Recuperado: <http://www.federacion-matronas.org/rs/616/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/5ae/filename/vol110n3pag5-10.pdf> visto el 18/08/2012.

4- Estética corporal, imagen y Consumo en castilla-la mancha

Estudio realizado por la asociación de estudios psicológicos y Sociales de castilla-la mancha en colaboración con el centro de Estudios sobre consumo de la universidad de castilla-la mancha y la Dirección general de consumo de la junta de castilla-la mancha.

Dirección y Coordinación: D. Javier Garcés Prieto y D. Miguel Ángel Ramos Gabilondo

Resumen y conclusiones

El objetivo de este Estudio es conocer, de la forma más precisa, extensa y actualizada posible, todas las conductas, comportamientos creencias y opiniones que los ciudadanos de Castilla-La Mancha tienen en relación con el consumo de productos y servicios relacionados con su imagen.

Para su realización se ha partido del análisis de los estudios, investigaciones, publicaciones a los que se hace referencia en el Parte I. En ellos se ha puesto de manifiesto que en la sociedad actual es cada vez mayor la importancia de la imagen personal y el aspecto físico. Esta importancia ha tenido un fuerte impacto en los consumidores, produciendo un espectacular crecimiento en el consumo de todo tipo de servicios y productos, y de la práctica de actividades relacionadas con la imagen persona⁷.

Este trabajo de investigación abala nuestra hipótesis de trabajo con respecto a como la imagen corporal influye en las personas.

⁷Gabilondo, D. Miguel Ángel Ramos & Prieto, D. Javier Garcés. **Estética corporal, imagen y Consumo en castilla-la mancha.** Recuperado: <http://www.uclm.es/centro/cesco/pdf/trabajos/22/2011/22-2011-1.pdf> visto el 15/11/2012

5- Factores socioculturales y del entorno que influyen en las prácticas alimentarias de gestantes con y sin obesidad.

Autores: Bernarda Sánchez-Jiménez, Reyna Sámano-Sámano, Izmet Pinzón-Rivera, Margie Balas-Nakash, Otilia Perichart-Perera

http://www.respyn.uanl.mx/xi/2/articulos/factores_socioculturales.htm

Resumen

Identificar y describir factores socioculturales y del entorno que afectan las prácticas alimentarias de un grupo de gestantes mexicanas con y sin sobrepeso u obesidad. Estudio transversal descriptivo realizado en Instituto Nacional de Perinatología durante el 2009. Se invitó a embarazadas asistentes a control prenatal y se dividieron en dos grupos: gestantes con peso normal y con sobrepeso u obesidad. A todas se aplicó una encuesta para identificar autopercepción del peso y alimentación, preferencias de alimentos, creencias y fuentes de información. Se calcularon medidas de dispersión y tendencia central, χ^2 de Pearson y T de Student. Participaron 301 gestantes. Las mayores de 30 años con sobrepeso u obesidad tuvieron mayor inconformidad con su peso corporal que las de IMC normal (42 vs 14%, $p=0.001$). El 34% de las gestantes practicó algún tratamiento para bajar de peso antes del embarazo. Una mayor proporción de participantes con peso normal reportó tener una alimentación buena o excelente comparadas con las de sobrepeso u obesidad (61% vs 39%, $p=0.004$) independientemente del nivel socioeconómico. La mayoría de las gestantes (95-97%) consideraron el sobrepeso u obesidad como factor de riesgo para presentar alguna comorbilidad. La información sobre dietas y alimentación en todas las participantes se obtuvo principalmente de la familia (14% $p=0.022$). El 88% de las gestantes reportaron una influencia positiva de su pareja y/o madre. El 30% de las embarazadas omitieron un

tiempo de comida de dos a tres veces por semana, y no consumieron los tres grupos de alimentos en forma constante. La falta de voluntad y de poder adquisitivo para la compra de ciertos alimentos fueron limitantes para una alimentación correcta. La obesidad es un problema prevalente en el embarazo. La falta de orientación resulta en prácticas alimentarias inadecuadas, posiblemente por falta de información o a que la información obtenida no siempre es la correcta. Es indispensable establecer estrategias educativas para brindar información veraz, tomando en cuenta el contexto de las mujeres, así como a sus familias.

Palabras clave: Embarazo, obesidad, creencias, prácticas alimentarias⁸

Este trabajo también como todos los demás habla de clases sociales, IMC e imagen corporal, los cuales se focaliza nuestra investigación.

V-OBJETIVOS DEL TRABAJO

1- General

Investigar cuales son los hábitos alimentarios de las embarazadas que asisten a centros de salud Públicos y Privados.

2- Específicos

- Determinar el estado nutricional de las embarazadas.
- Analizar si los hábitos alimentarios cumplen con los requerimientos nutricionales.
- Indagar cuales son los factores que modifican los hábitos alimentarios.
- Realizar un estudio comparativo entre los distintos niveles económicos de la embarazada, teniendo en cuenta su estado nutricional.

⁸Jiménez, B. S, Nakash, M. B. , Sámano, R., Rivera, I. P.& Perera, O. P. **Factores socioculturales y del entorno que influyen en las prácticas alimentarias de gestantes con y sin obesidad.** (2010).Recuperado: http://www.respyn.uanl.mx/xi/2/articulos/factores_socioculturales.htm visto el 12/10/2012

VI-JUSTIFICACIÓN

La tesis tendrá como propósito investigar si las mujeres con distintos niveles socioeconómicos cuentan con un buen estado nutricional durante el embarazo y demostrar con la misma, que la situación económica no es el único factor que modifica los hábitos alimentarios.

Los hábitos alimentarios podrían definirse como el comportamiento más o menos consciente, que conduce a la gente a seleccionar , preparar y consumir un determinado alimento o menú como una parte más de sus costumbres sociales, culturales y religiosas, y que además están influenciados por múltiples factores (socioeconómicos, culturales, geográficos).

Tenemos la inquietud de que todo lo que se investigara sea derivado en un proyecto interdisciplinario, que tendrá con propósito realizar educación nutricional a las mujeres embarazadas, a los fines de beneficiar la calidad de vida y estado nutricional madre-hijo priorizando además la lactancia materna.

La mayor necesidad de nutrientes comienza en el cuarto mes de embarazo, periodo en que el feto aumenta rápidamente su tamaño y de peso. Dando lugar a que la embarazada necesitara una alimentación variada y completa, que incluya los 6 grupos básicos de alimentos en su justa proporción, para así poder tener, tanto la madre como el bebe, un buen estado de salud.

Pero a causa de los cambios continuos en el estilo de vida y las nuevas modas que marca a la sociedad, alteran el mantenimiento del estado nutricional de una mujer embarazada, ya sea por motivos económicos, estéticos, sociales, culturales, etc.

VII-RESULTADOS ESPERADOS

Consideramos para la investigación que se realizo, que no necesariamente una mujer embarazada con un nivel socioeconómico bajo, que no cuenta con recursos económicos propicios, pueda igualmente mantener un buen estado nutricional y que la misma tenga comportamientos que estén influenciados por las modas, creencias y las culturas actuales. De lo cual se procede que las mujeres que cuentan con recursos económicos, para proveerse de una adecuada nutrición, tengan afectado su estado nutricional. Ya que conjeturamos que el motivo por el cual tienen afectado su estado nutricional es por la influencia de las nuevas modas, creencias y las culturas actuales, para poder mantener un ideal social, que ellas creen correcto.

VIII-HIPÓTESIS

Nuestra hipótesis de trabajo consiste en demostrar que no necesariamente la condición económica es el único factor determinante que modifica los hábitos alimentarios y el estado nutricional de las embarazadas.

IX-DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1- Lugar

La tesis se realizó en los siguientes centros de salud: el Hospital SAMIC como centro de salud público y Sanatorio Budemberg como centro de salud privado, en la Ciudad de Eldorado - Misiones- Argentina

El territorio de la República Argentina limita con Chile, Bolivia, Paraguay, Brasil y Uruguay. Esta conformada por una población de 40.117.096 habitantes, según el censo del 2010.

Esta población se encuentra desigualmente repartida por el país, en nueve regiones geográficas: la Pampa, las Sierras Pampeanas, Cuyo, el Noroeste argentino, el Chaco, la Mesopotamia, la Pampa Occidental, la Patagonia, y la Antártida. En las cuales se encuentran las 23 provincias.

La Provincia de Misiones se halla situada en la región del Noreste argentino. Limita con los países Paraguay y Brasil; y con la Provincia de Corrientes.

La provincia se encuentra dividida en 75 municipios agrupados en 17 departamentos: Posadas (Gran Posadas: 279.961 habitantes), capital de la provincia, Oberá, Eldorado, Aristobulo del Valle, Puerto Iguazú, Apóstoles, San Vicente, Leandro N. Alem, Jardín América, Montecarlo, Wanda, Comandante Andresito, Puerto Rico, Puerto Esperanza.

Eldorado se encuentra al nordeste de la provincia de Misiones. Es la tercera ciudad más grande de la provincia y el cuarto departamento más poblado (78.152 habitantes).

Limita con los departamentos de Iguazú, General Manuel Belgrano, San Pedro, Montecarlo y al oeste con la República del Paraguay.

Dentro del municipio de Eldorado se encuentran también los núcleos urbanos de Puerto Pinares, Villa Roulet, Colonia Delicia, 9 de Julio, Santiago de Liniers, Colonia Victoria.

En el ámbito de la salud pública la ciudad posee el centro de la salud pública el Hospital SAMIC y además cuenta con 2 sanatorios privados, el Instituto Materno Infantil y el Sanatorio Budemberg; y la clínica Policlínico.

El hospital SAMIC es un hospital de Nivel III, receptor de derivaciones de alta complejidad.

El hospital cuenta con las especialidades Bioquímica clínica, Cirugía general, Clínica médica, Ortopedia y Traumatología, Pediatría, Tocoginecología, el centro materno neonatal con unidad de terapia, quirófanos y obstetricia; y zonas de emergentología, centro de rehabilitación, consultorios externos. La institución cuenta con unos 500 empleados entre profesionales y no profesionales y posee una capacidad de internación de 150 camas.

La institución está dentro del sistema de “Red solidaria” que garantiza a las personas que carecen de obra social el servicio de salud, y además la accesibilidad para todas las personas que no pueden acceder al sistema privado de salud y la equidad en la atención, para aquellos que cuentan o no con obra social.

El Sanatorio Budemberg posee una moderna infraestructura y tecnología de punta. El sanatorio cuenta entre otras cosas con un moderno sector de internación, consultorios equipados para cada especialidad, baños adaptados para discapacitados y sala de cirugía con el equipamiento y las medidas requeridas, además se están instalando los sistemas de resonancia magnética, mamografía, tomografía computada y la parte edilicia de terapia y terapia intensiva neonatal se están abasteciendo de tecnología y recursos humanos. Cuenta con unos 37 médicos, respondiendo a las especialidades más solicitadas por los pacientes, como ser clínica general, pediatría, oftalmología, neurología, traumatología, ginecología, urología, cirugía, cardiología, psicología para adultos e infantil, estimulación temprana y flebología.

De las instituciones se utilizó el área de consultorios externos donde se encuentra la sala de espera, porque allí se encontró gran cantidad de embarazadas, para poder realizar la investigación.

2- Tipo de estudio

La investigación es de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, cuanti-cualitativo.

Es un estudio observacional donde se detectará y asimilará los rasgos de un elemento utilizando los sentidos como instrumentos principales, sin interferencia por parte del investigador en los sucesos. Consiste en "ver" y "oír" los hechos y fenómenos que estudiaremos, en el cual se podrá incorporar registro de ciertos hechos mediante la utilización de instrumentos. Esta información será útil para poder conocer hechos, conductas y comportamientos colectivos de la población.

Este estudio es descriptivo a causa de que se estudiará situaciones que ocurren en condiciones naturales, permitiéndole descripción del problema, a través del registro de las características de las embarazadas.

Además este estudio es transversal porque permitirá medir la prevalencia de la exposición y del efecto en nuestra población en un solo momento; es decir, se analizará los hechos en un momento determinado.

El estudio es retrospectivo ya que se obtendrán datos a partir de fuentes secundarias, como: los informes de laboratorio, obtenidos de las historias clínicas de las embarazadas. Esta información ha sido captada por otros con anterioridad.

Este estudio tiene la finalidad de ser cuanti- cualitativos. Cuantitativo porque se basa en cantidad, en valores numéricos y cualitativo porque se basa en cualidades, características o modalidad; clasificando los resultados.

3- Población

La población que se utilizó para la investigación son las mujeres embarazadas de distintos niveles socioeconómicos de la ciudad de Eldorado.

4- Universo

El universo estuvo conformado por 400 embarazada que asisten al Hospital SAMIC y el Sanatorio Budemberg.

5- Muestras

La muestra que se utilizó es de 160, que conformara a las mujeres embarazadas entre 21-38 de edad, las cuales son 80 embarazadas en el Hospital SAMIC y 80 embarazadas que asisten al Sanatorio Budemberg. El criterio de exclusión fue para aquellas mujeres que estaban embarazadas pero que no estaban en el rango de edad y las que no contaban con estudios de laboratorio.

6- Técnica de recolección de datos

La recolección de los datos fue tomada con frecuencia de consumo de alimentos y entrevistas informales, con preguntas cerradas y categorizadas de abanico, y de estimulación. Se obtendrán datos que se tomara contabilizar y nos brindara cualidades,

“Hábitos alimentarios en mujeres embarazadas de distintos niveles socioeconómicos” de la ciudad de Eldorado, que asisten a centros de salud Públicos y Privados.

atributos, calidad y especificaciones. Además, se recolectaran datos de laboratorio de las historias clínicas, de cada embarazada.

❖ Instrumentos:

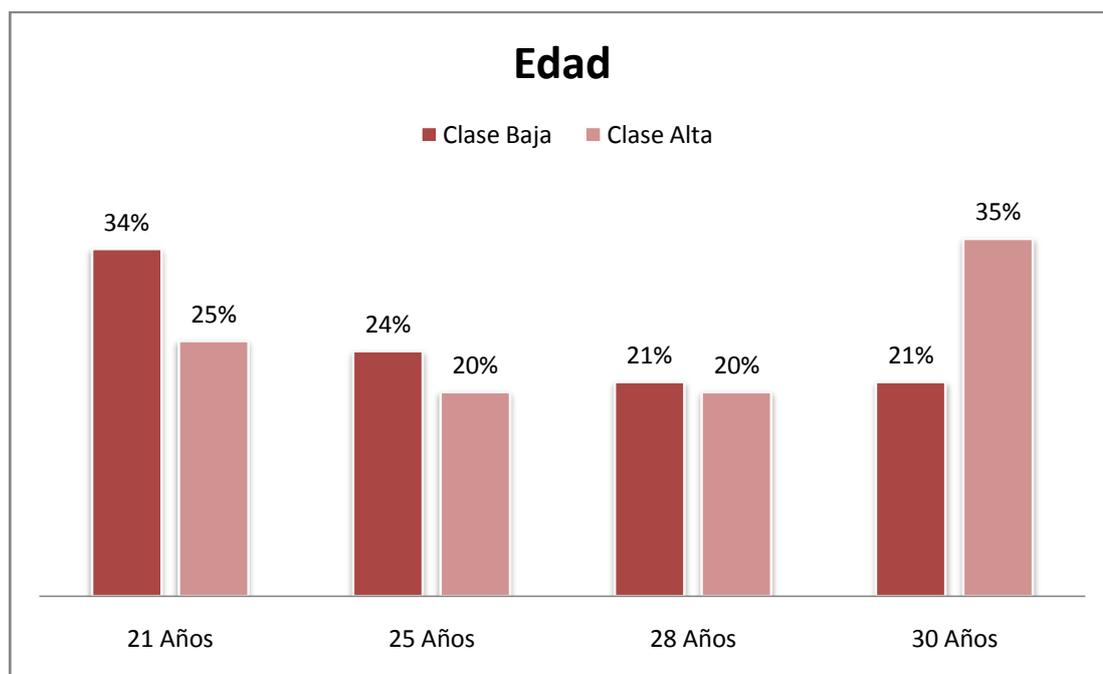
- Encuesta (ver en anexo)
- Datos de laboratorio (ver en anexo)

X-ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para lograr una mejor interpretación de los hallazgos que se presentan en el desarrollo de este análisis, inicialmente se describe algunos datos generales de este estudio.

La muestra está compuesta por 160 embarazadas de distintas clase sociales, las cuales se las dividió en rangos de edades entre los 21 a los 36 años.

En los siguientes cuadros podemos observar la distribución de la muestra entre las edades, y se ha tomado distintos rangos de edades, las embarazadas de *21 años* son aquellas que están entre 21 a 23 años, las de *25 años* entre 24 a 26 años, las de *28 años* entre 27 a 29 años y las de *30 años* entre 30 a 36 años.



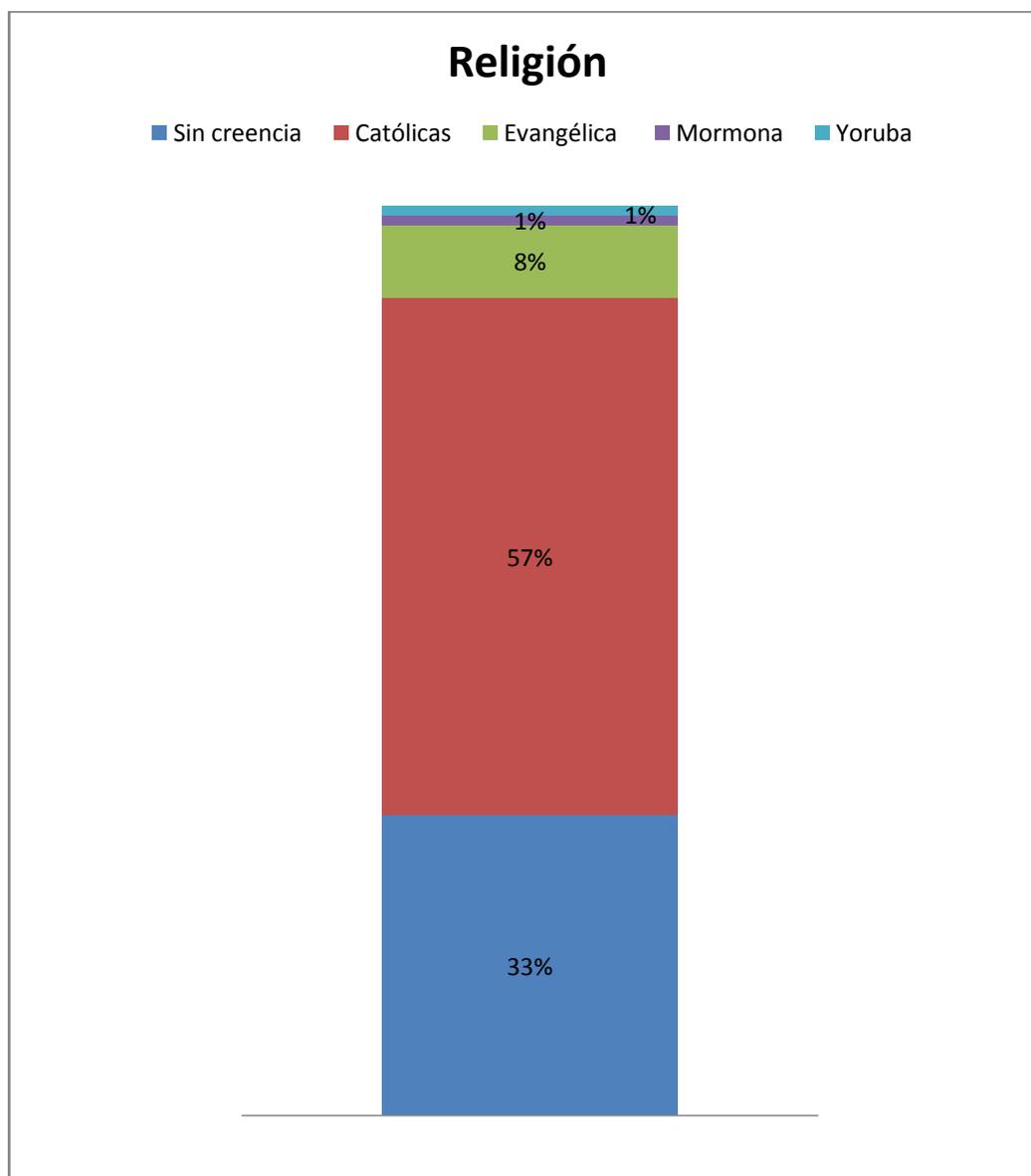
La clase baja está formada por 80 embarazadas, de las cuales la prevalencia de edades es la de 21 años con un 34%, continuando las de 25 años con 24% y con igual cantidad 21% las que tienen 28 años y las de 30 años.

En comparación podemos ver que la clase alta, también formada por 80 embarazadas el 35% de la mayoría tiene 30 años, continuado las que tienen un promedio de 21 años con el 25% e iguales cantidades con el 20% las que tienen 25 años y 28 años.

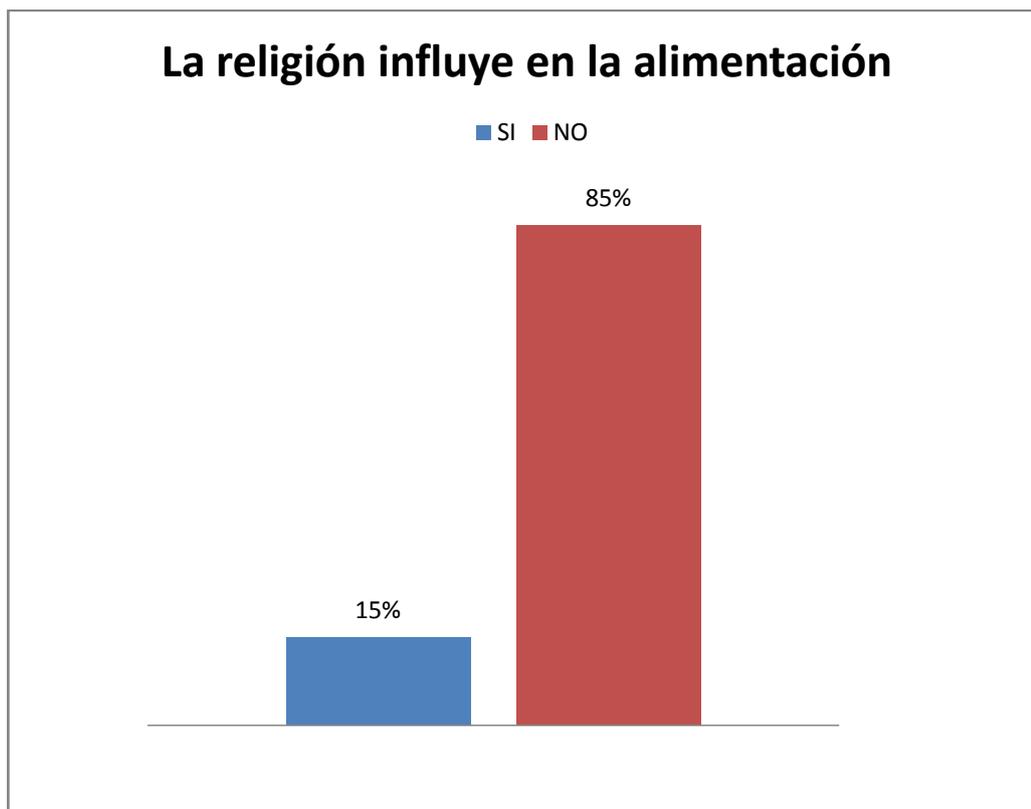
Por lo tanto comparando ambas clase sociales la mayoría de la clase alta son las mujeres con 30 años, que superan en edad a las de clase baja que en su mayoría son de 21 años.

La religión forma parte de la persona, su influencia en la sociedad es en las costumbres y actitudes generales de cada persona, tanto para sí mismo como para con su familia, amigos y sociedad en general.

Tal es la influencia que la religión, independientemente del tipo que sea, que el 67% del total de las embarazadas practican alguna religión y siendo la minoría con 33% que no practica una religión.



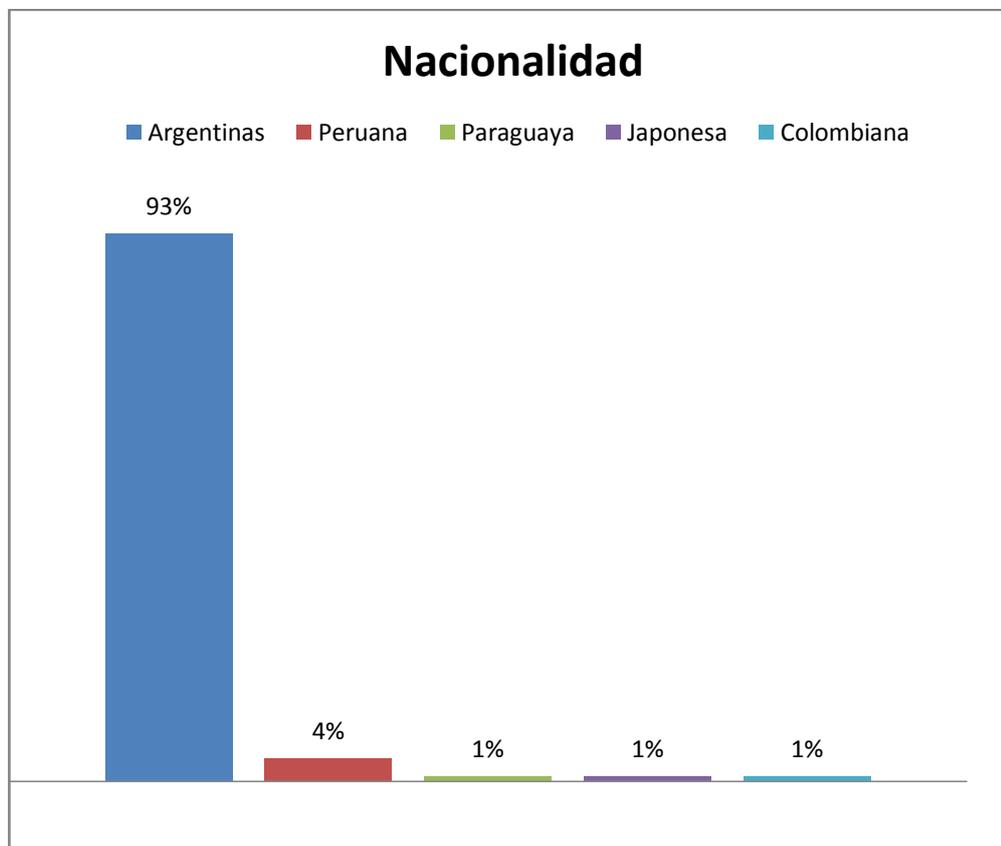
De las que practican algún religión podemos ver que refirieron representa a la religión católica en su mayoría 57%, le sigue es la religión evangélica con el 8% y en un poca cantidad mormona y yoruba, igualadas con 1% cada una, sumando estas cuatro nos da el 67% que practica una religión.



Pero la religión, según cual fuere puede influir en la alimentación de las personas por las tradiciones que tiene o representa cada una. Es por ese motivo que hemos preguntado al 67% de las embarazadas que participan una religión ¿si la religión influye en su alimentación? Y obtuvimos como respuesta que al 85% la religión no influye en su alimentación, siendo la mayoría y solo el 15% refiere que la religión influye en su alimentación.

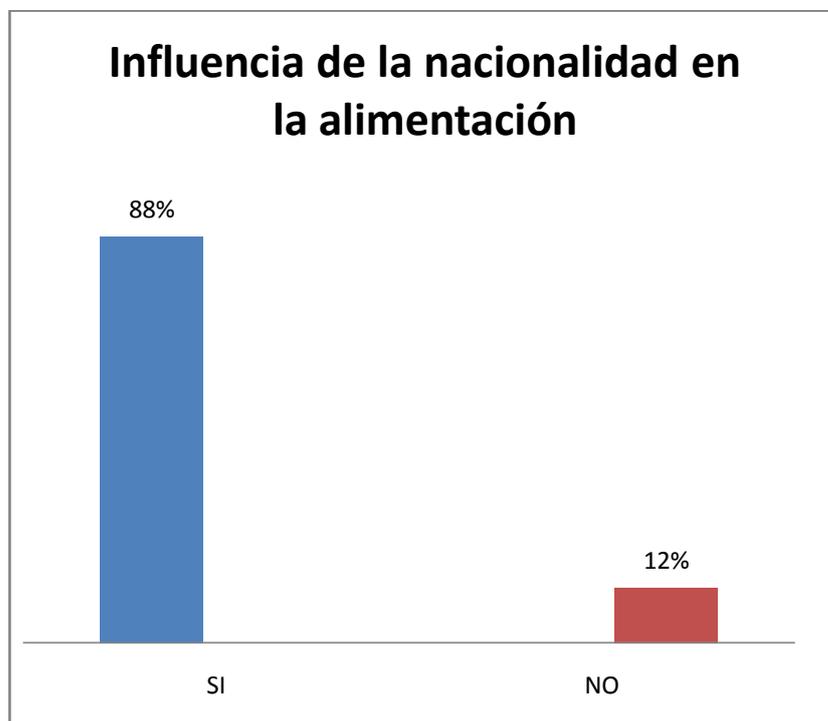
Las inmigraciones al territorio actual de la Argentina comenzaron hace varios años. La inmigración es la entrada a un país o región de personas que nacieron o proceden de otro lugar, que traen consigo las distintas culturas, costumbres, tradiciones.

Cada persona tiene una nacionalidad que la caracteriza, que fue designado por el lugar donde nació o creció y aquella que fue asignado por haber cumplido ciertos requisitos.



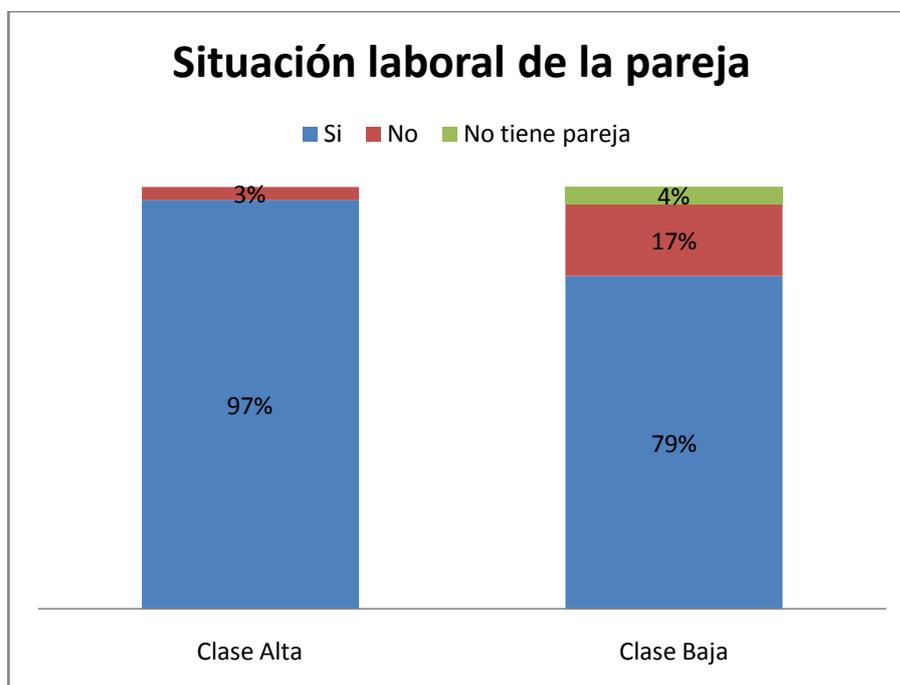
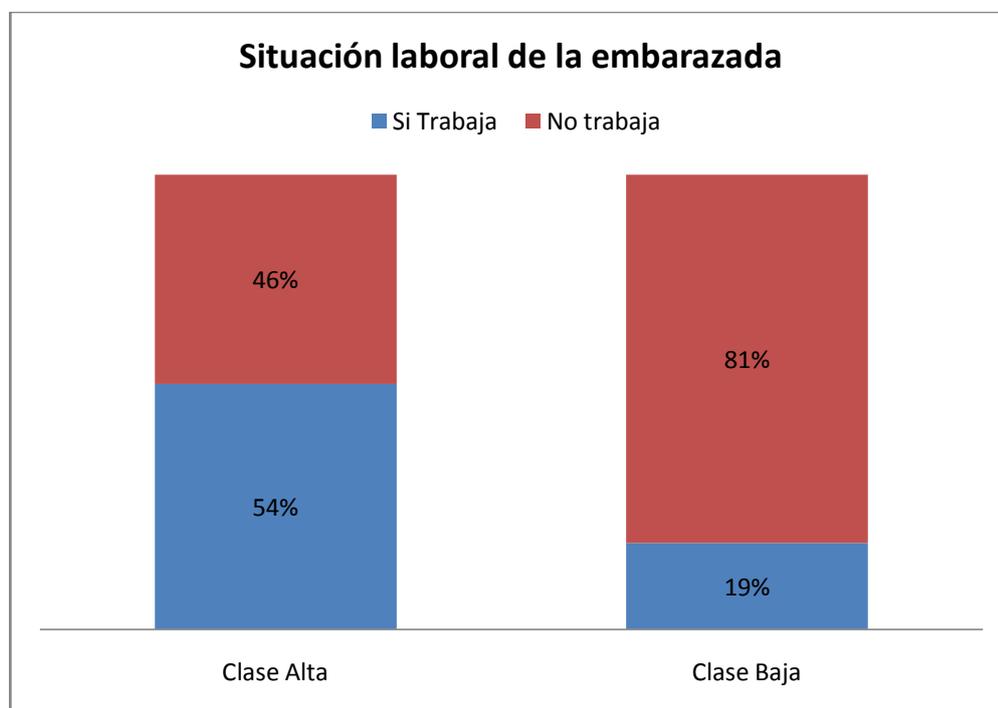
La mayoría de las embarazadas poseen nacionalidad Argentina, el 93%, pero solamente el 7% pertenecen a otro países, el 4% son Peruanas, el 1% Japonesas, el 1% Colombianas y el otro 1% Paraguayas.

Como ocurre con la religión la nacionalidad también puede influir en la alimentación. El 7% de las embarazadas que corresponden a otros países o naciones, solo el 12% no se ven influenciadas en la alimentación y la mayoría, que es el 88% si se encuentran influenciadas.



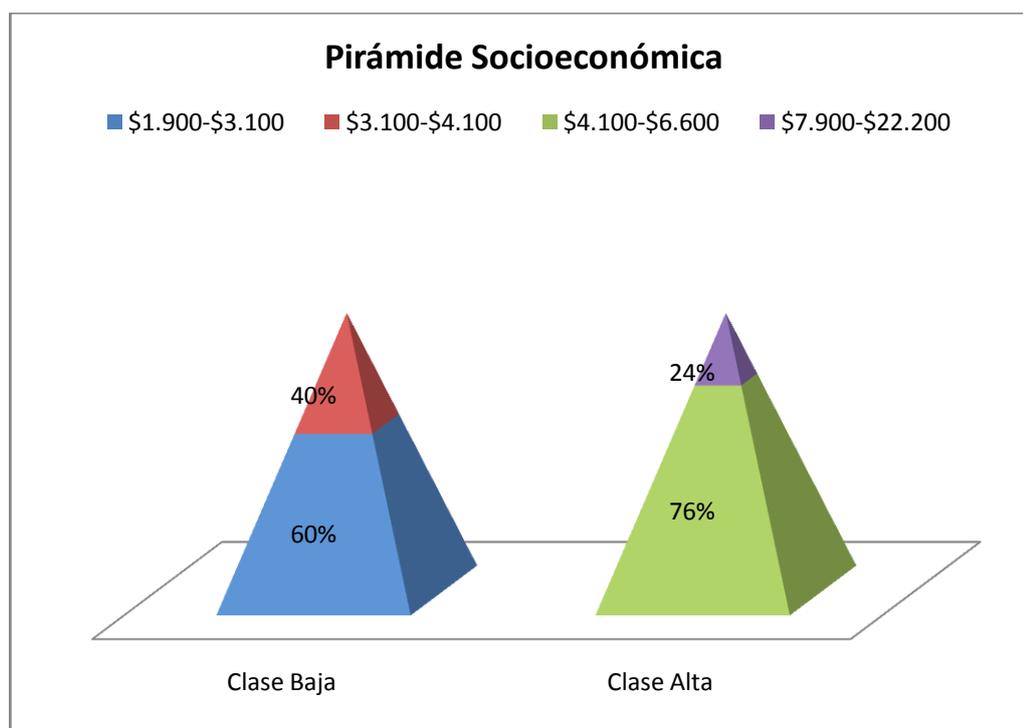
En cuanto a la situación laboral, veremos que la mayoría de las embarazadas de clase alta, que es el 54% son las que cuentan con trabaja y superan en cantidad a la de clase baja, porque solamente un 19% de ellas trabaja.

Esto influirá más adelante en la distribución de la alimentación en un día de la mujer, donde sabremos donde realiza la mayoría de las comidas.



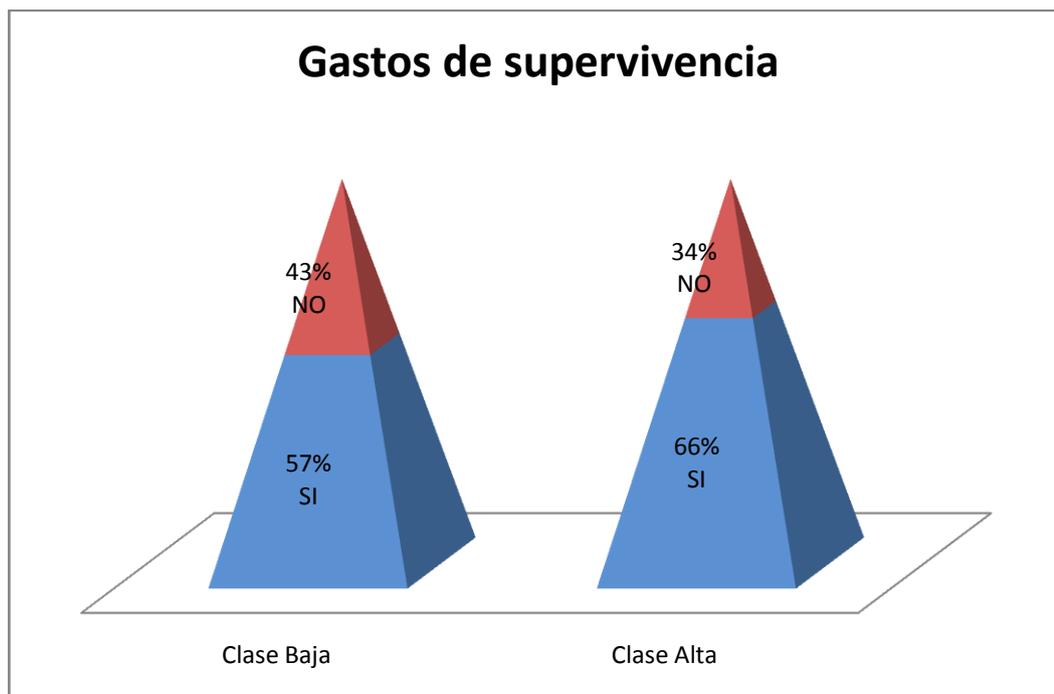
La situación económica de las parejas de las embarazadas: vemos que la clase alta tiene mayor predominio sobre la baja en cuanto a la cantidad de personas que trabajan, un 97% comparado a un 79%, y en la clase baja encontramos un 4% de mujeres que no tienen pareja.

Siguiendo con la situación laboral entramos en el marco de la clasificación de las clases sociales según el nivel de ingreso familiar que obtengan mensualmente.



En cuanto a la pirámide socioeconómica hemos dividido a las clases sociales según el ingreso mensual por familia en distintos rangos:

- ✓ La clase social baja dividida en los rangos entre \$1900-\$3100, que corresponde 60% y el rango \$3100-\$4100, el 40% restante.
- ✓ La clase alta dividida en los rangos entre \$4100-\$6600, que corresponde 76% y el rango \$7900-\$22200, 24% restante.

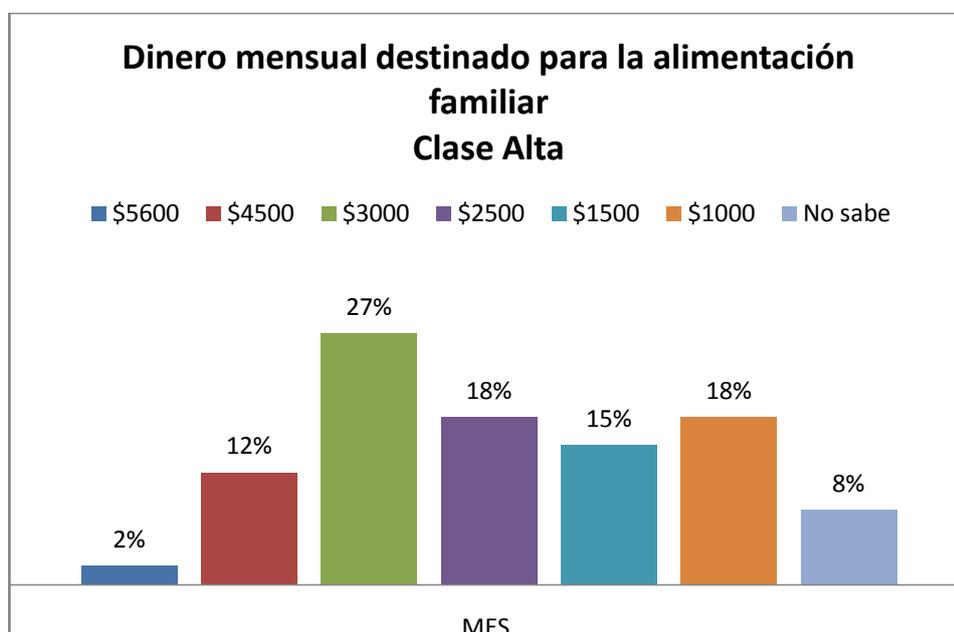
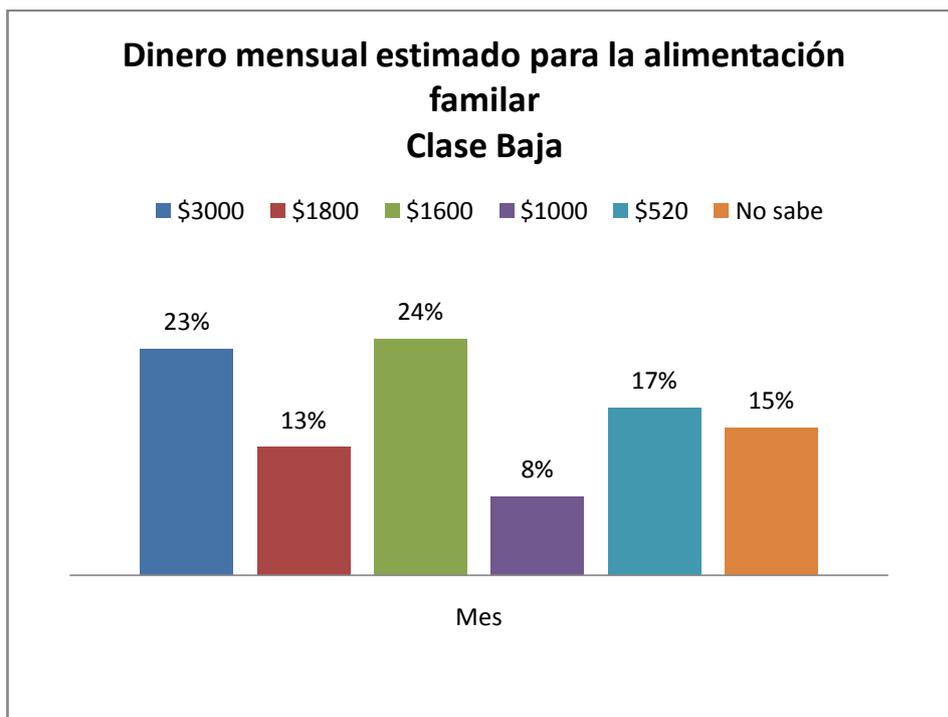


Cada familia ha determinado si el ingreso familiar mensual es suficiente para los gastos de supervivencia y solamente un 57% de clase baja y un 66% de la clase alta, le es suficiente sus ingresos.

Derivando de los ingresos mensuales de cada familia nos determinaron cuánto dinero estiman mensualmente para la alimentación de su familia.

Cada familia de clase baja tiene distintas formas de administrar sus recursos económicos, con respecto a la compra de los alimentos, por lo cual dividimos por mes cuánto dinero es destinada para alimentar a su familia:

- El 24% de las familias destinan por mes \$1600, siendo el mayor porcentaje.
- El 23% de las familias destinan por mes \$3000.
- El 13% de las familias destinan por mes \$1800.
- El 8% de las familias destinan por mes \$1000.
- El 17% de las familias destinan por mes \$520, siendo el menor porcentaje.
- El 15% restante de las familias no sabe cuánto gastan.

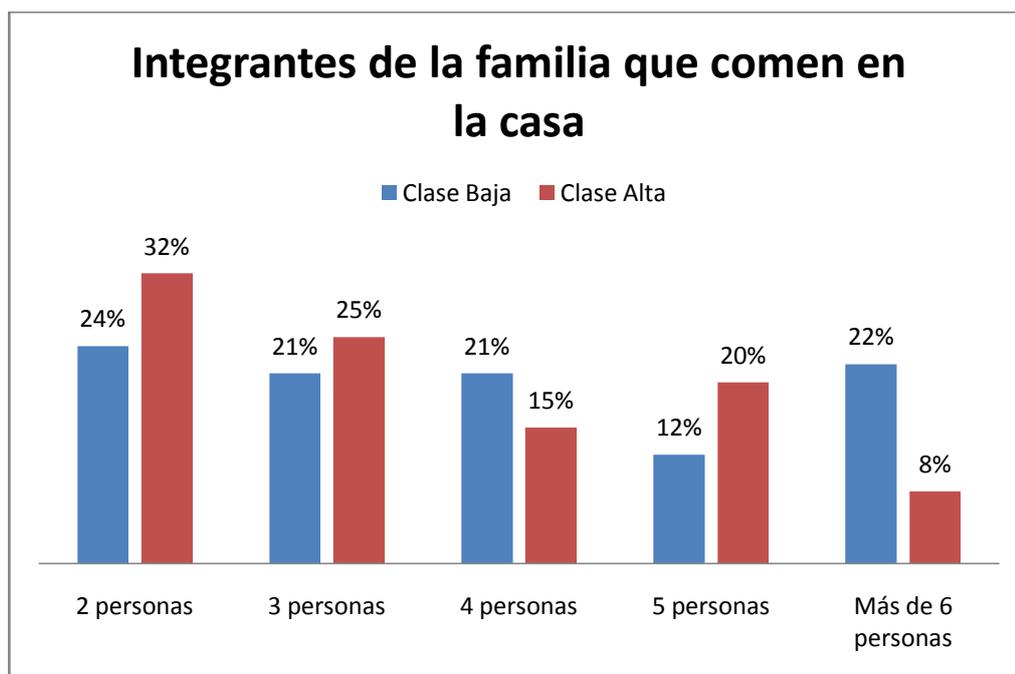


En comparación las familias de clase alta, administran sus recursos económicos mensualmente la siguiente manera:

- El 2% de las familias destinan \$5600, siendo el porcentaje más bajo.
- El 12% de las familias destinan \$4500.
- El 27% de las familias destinan \$3000, siendo el mayor porcentaje.
- El 18% de las familias destinan \$2500.

- El 15% de las familias destinan \$1500.
- El 18% de las familias destinan \$1000.
- El 8% restante de las familias no saben cuánto dinero estiman por mes para alimentarse.

Observamos que en promedio la clase alta destina \$3000 mensuales para los gastos de alimentación y la clase baja solo \$1300, una diferencia de \$1700, sin tener en cuenta el número de personas que forma cada familia.



En cada familia el número de integrantes que conforman la misma no es siempre la misma cantidad de integrantes que come en la casa, ya que puede comer fuera de la casa porque trabaja, estudia, etc.

Es así que a continuación tendrán según cada clase social, cuantas personas comen diariamente en la casa:

✓ Clase Baja:

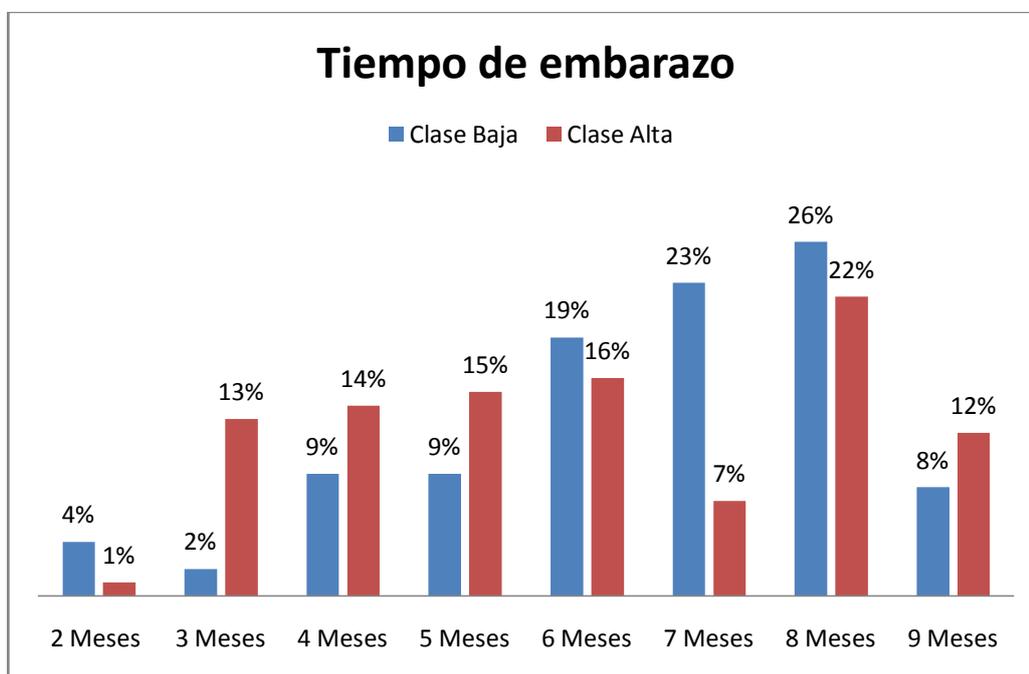
- 2 personas: representan el 24%, mayor porcentaje.
- 3 personas: representan el 21%.
- 4 personas: representan el 21%.
- 5 personas: representan el 12%.
- Más de 6 personas: representan el 22%.

✓ Clase Alta:

- 2 personas: representan el 32%, mayor porcentaje.
- 3 personas: representan el 25%.
- 4 personas: representan el 15%.
- 5 personas: representan el 20%.
- Más de 6 personas: representan el 8%.

Nos damos cuenta rápidamente las diferencias entre las clases sociales, la clase social baja el mayor porcentaje de integrantes de la familias que comen en la casa es de 2 personas y más de 6 personas, y en comparación con la clase alta el mayor porcentaje de integrantes que comen en la casa con de 2 personas y las de 3 personas.

Saliendo del plano familiar, de los ingresos y gastos de la familia, nos focalizaremos a continuación en la situación de la embarazada y comenzamos a arribar al propósito de esta investigación.



El embarazo dura 9 meses o 36-40 semanas es por eso que en este grafico expresamos según la clase social cuantas embarazadas hay por cada mes de embarazo:

✓ Clase baja:

- 2 meses o 8 semanas de embarazo: 4%.
- 3 meses o 12 semanas de embarazo: 2% (menor porcentaje).
- 4 meses o 16 semanas de embarazo: 9%.
- 5 meses o 20 semanas de embarazo: 9%.
- 6 meses o 24 semanas de embarazo: 19%.

- 7 meses o 28 semanas de embarazo: 23%.
- 8 meses o 32 semanas de embarazo: 26% (mayor porcentaje).
- 9 meses o 36 semanas de embarazo: 8%.

✓ Clase alta:

- 2 meses o 8 semanas de embarazo: 1% (menor porcentaje)
- 3 meses o 12 semanas de embarazo: 13%
- 4 meses o 16 semanas de embarazo: 14%
- 5 meses o 20 semanas de embarazo: 15%
- 6 meses o 24 semanas de embarazo: 16%
- 7 meses o 28 semanas de embarazo: 7%
- 8 meses o 32 semanas de embarazo: 22% (mayor porcentaje)
- 9 meses o 36 semanas de embarazo: 12%

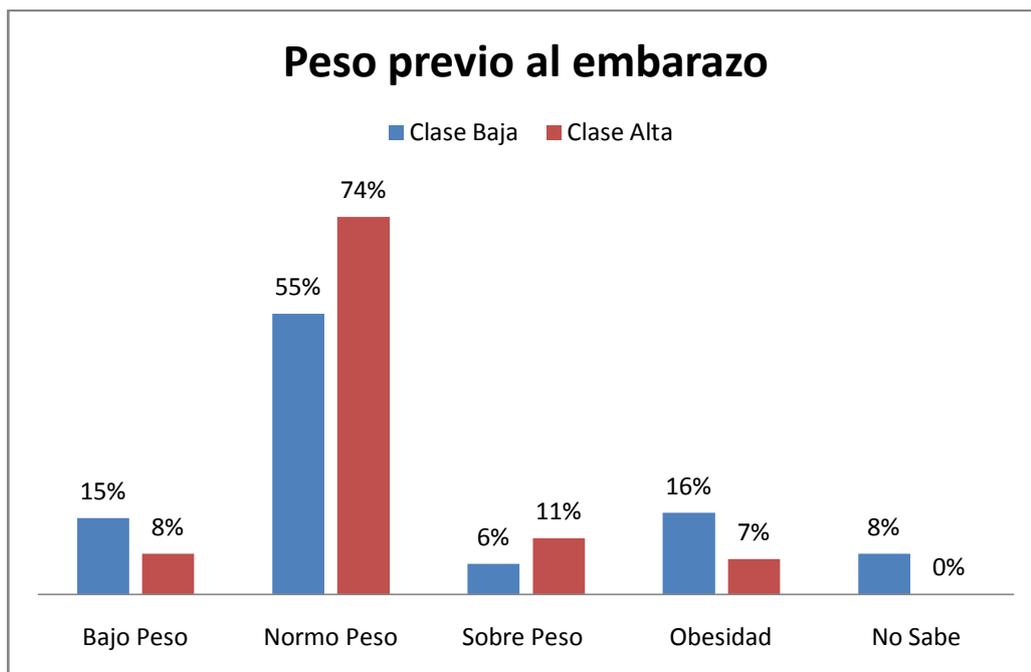
Entre ambas clases sociales el mayor porcentaje de mujeres tiene 8 meses de embarazo.

El peso de la embarazada antes de quedarse embarazada es muy importante para poder determinar cuánto debe aumentar de peso durante todo el embarazo y sus requerimientos nutricionales.

El Índice de Masa Corporal (IMC) es un índice del peso de una persona en relación con su altura. Es método práctico para el diagnóstico nutricional de una persona.

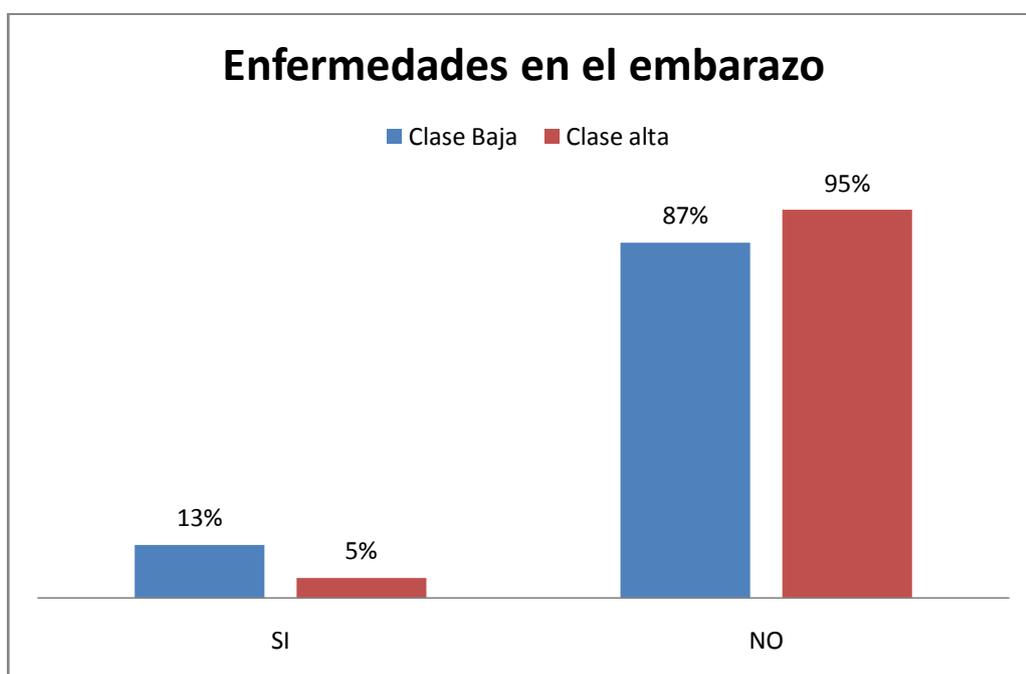
Hallamos que en las embarazadas de clase baja el 15% de ellas tenía bajo peso, el 55% que es la mayoría tenía peso normal, el 6% tenía sobre peso, el 16% eran obesas y el 8% restante no sabe cuánto pesaba antes de quedar embarazada.

La clase alta en cambio presenta un 8% bajo peso, la mayoría el 74%, que supera a la clase baja, pertenece a aquellas mujeres que comenzaron con peso normal, el 11% comenzó con sobre peso y el 7% restante eran obesas.

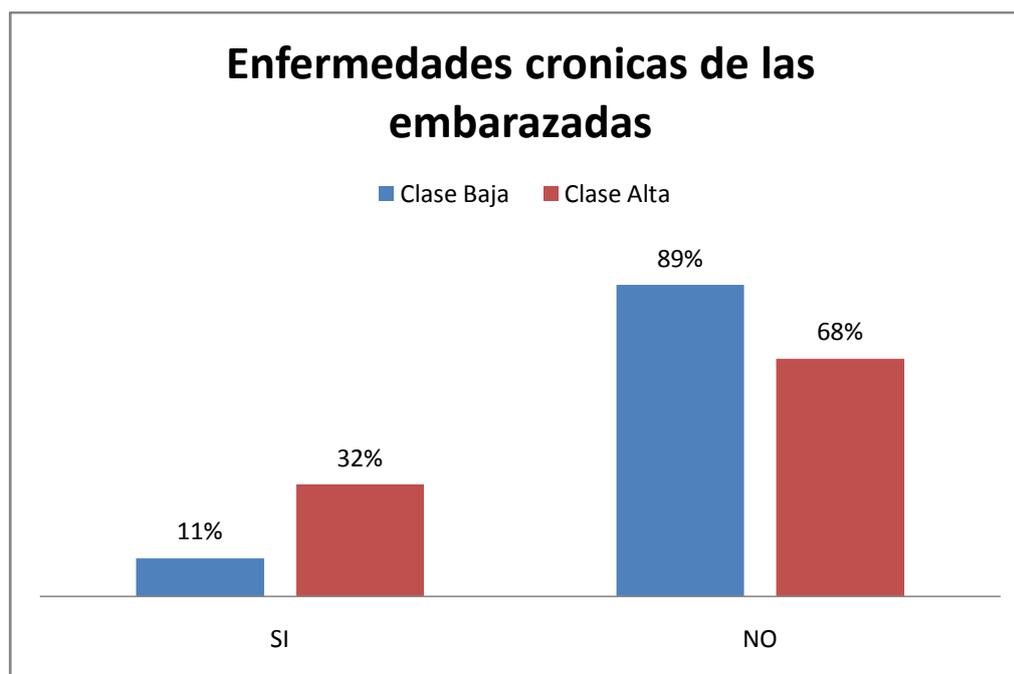
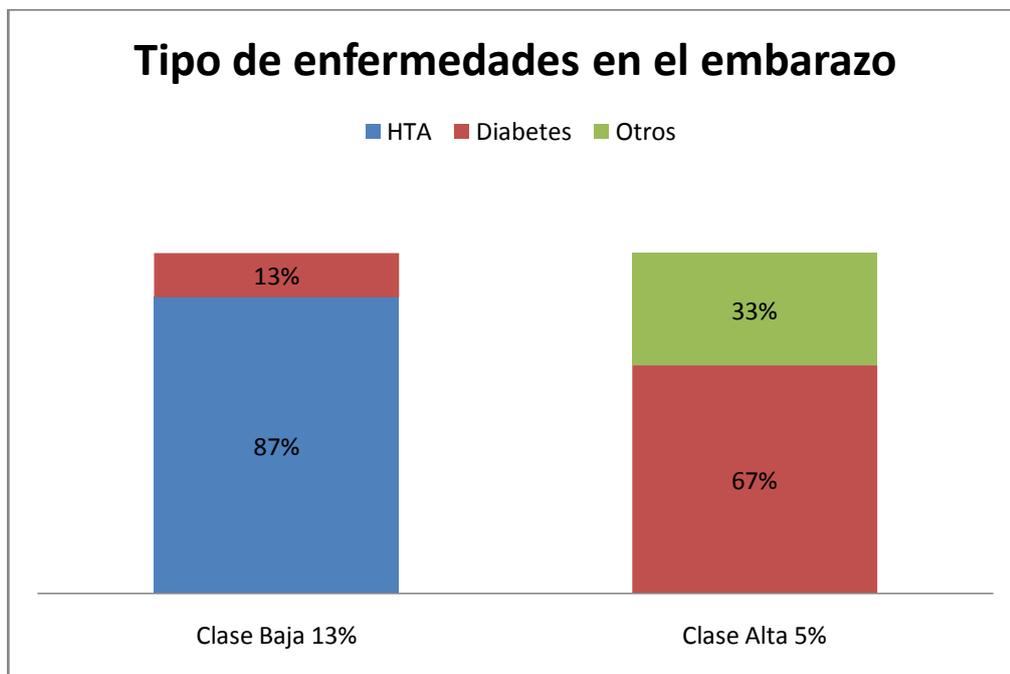


El embarazo puede traer consigo enfermedades que antes no se habían desarrollado y si nos son controlados pueden perjudicar la vida de la madre y del bebe.

Las embarazadas de clase baja solamente el 13% presenta enfermedades, de las cuales el 14% tiene diabetes y la mayoría presenta hipertensión 87% y la mayoría no presenta enfermedades.



En comparación la clase alta tiene solamente un 5% de embarazadas con enfermedades, contra el 13% de la clase baja, de los cuales el 33% tiene otras enfermedades y el 67% tiene diabetes. El restante de las embarazadas no presenta enfermedades.

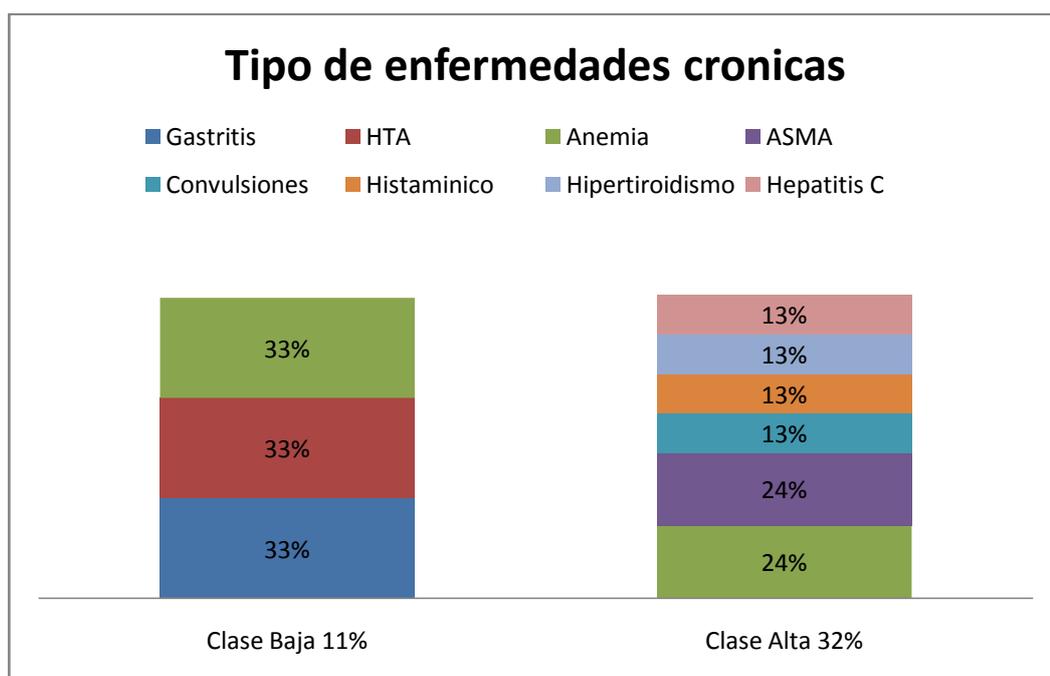


La mujer puede tener alguna enfermedad previa al embarazo. En el cual diferenciamos que 11% de las mujeres de clase baja presentan enfermedades antes del embarazo, contra 32% de la clase alta. Por lo tanto hay menor porcentaje de mujer de clase baja que no tienen enfermedades y mayor porcentaje en la clase alta. Pero en ambas clases

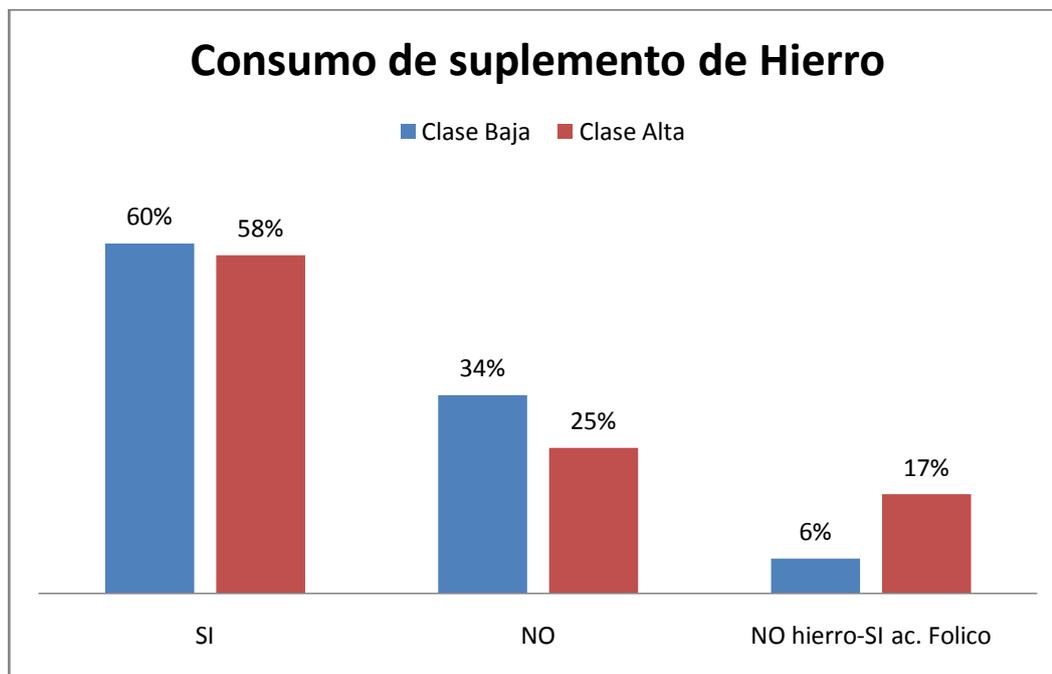
podemos ver que hay mayor porcentaje de mujeres que no tienen enfermedades antes del embarazo.

El 89% de las embarazadas de clase baja no presenta enfermedades antes del embarazo. El 11% de ellas si presenta enfermedades, de las cuales se divide de igual manera, en un 33% gastritis, anemia e hipertensión.

En la clase alta podemos ver que el 68% de las mujeres no tienen enfermedades antes del embarazo y el 32% si tiene enfermedades antes del embarazo, de las cuales están de igual manera distribuidas con el 24% cada una asma y anemia, nuevamente igualadas en porcentajes con el 13% convulsiones, histaminico, hipertiroidismo, hepatitis C.



La suplementación de hierro y ácido fólico es indispensable en la embarazada, ya que con la alimentación diaria no se cubre el requerimiento diario, su falta puede traer complicaciones en el embarazo.

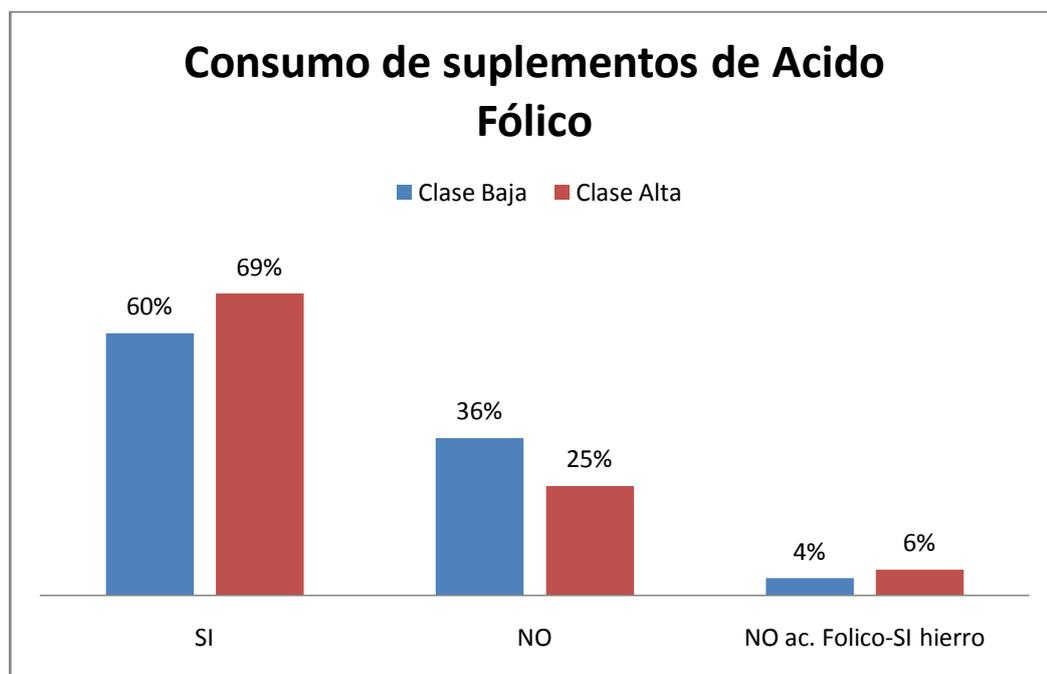


El consumo de suplementos de hierro en la clase baja solamente el 60%, y el 6% no consume hierro, el 34% no consume hierro pero si consume ácido fólico.

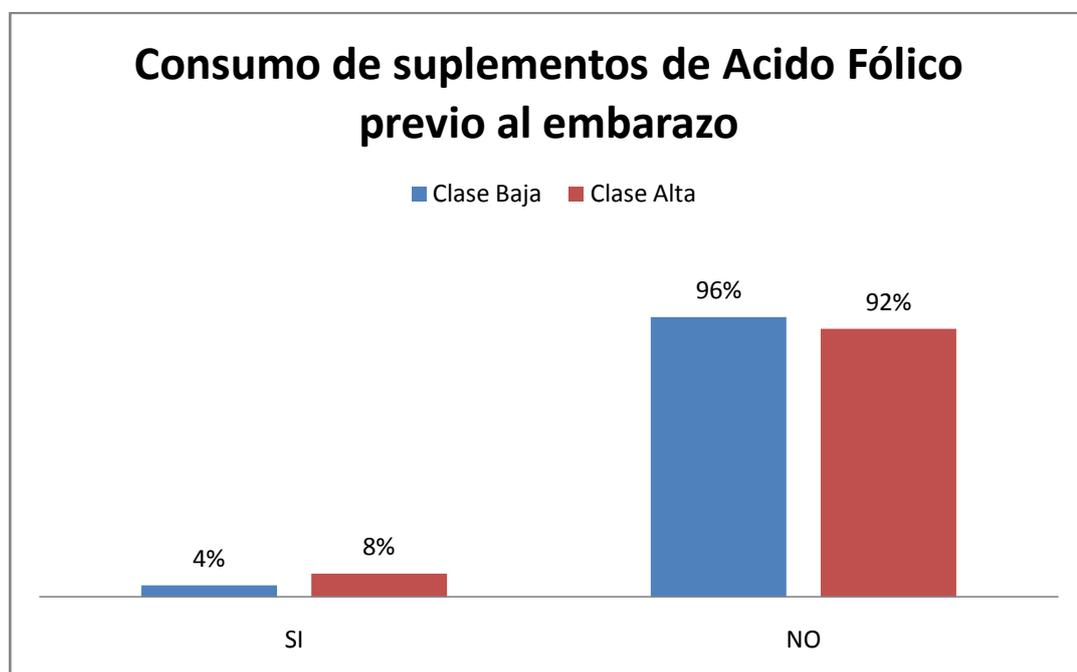
En cambio en la clase social alta vemos que el 58% de las embarazadas consumen hierro y el 25% no consume hierro, pero el 17% no consume hierro pero si ácido fólico.

El consumo de ácido fólico de las embarazadas durante el embarazo, en la clase baja es de un 60% contra el 36% no consume ácido fólico y el 4% restante no consume ácido fólico pero si hierro.

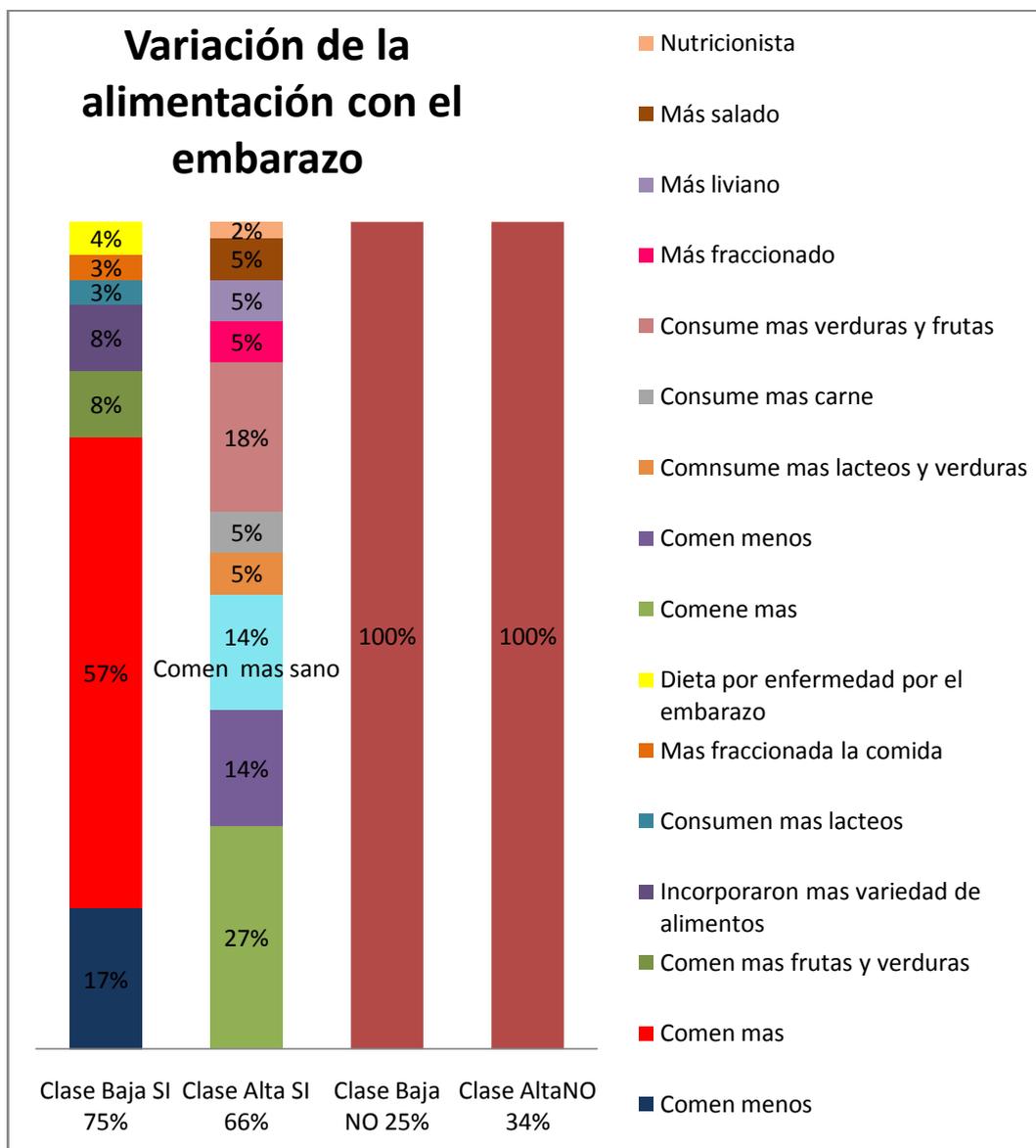
El consumo de ácido fólico durante el embarazo de la clase alta es de 69% y el 25% no consume, y el 4% restante no consume ácido fólico pero sí hierro.



El consumo de ácido fólico previo al embarazo es beneficioso ya que el mismo es fundamental para los primeros meses de embarazo, porque cumple un papel fundamental en el desarrollo del sistema nervioso central del feto.



Las mujeres de clase baja, solamente consumieron previamente un 4%. En cambio en la clase alta sigue siendo bajo el consumo de ácido fólico antes de el embarazo, pero el 8%, superando a la clase baja, si consume.



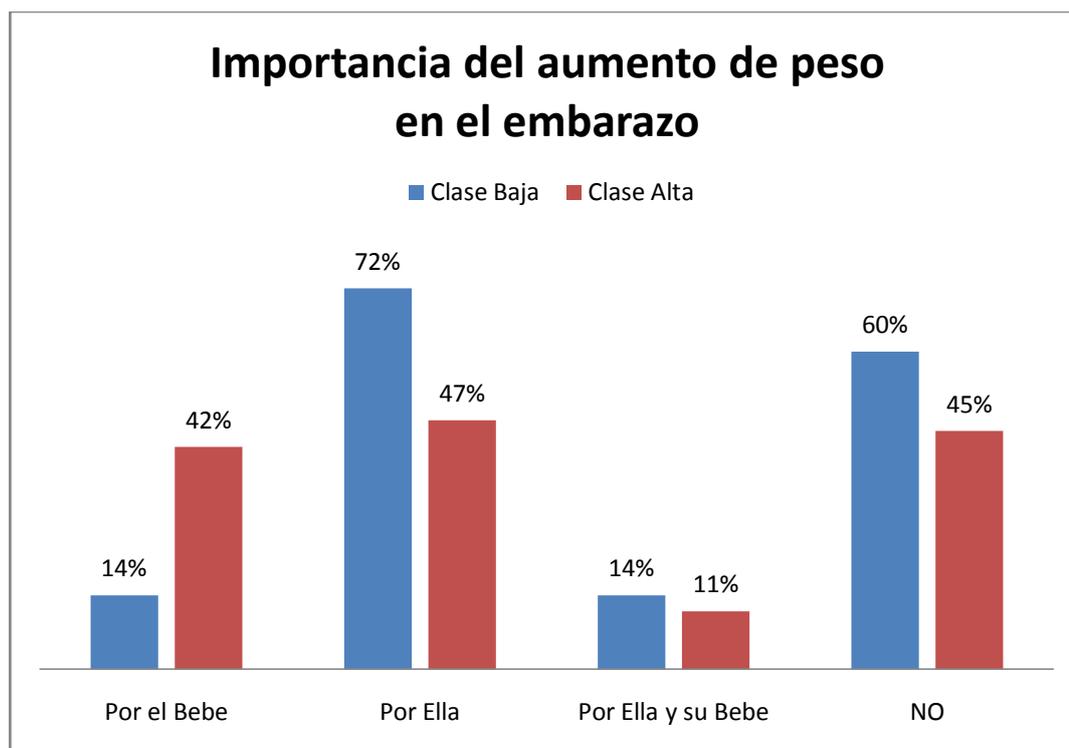
El 75% de las embarazadas de clase baja refieren haber cambiado su forma de alimentarse cuando quedaron embarazadas.

Del 75% que dijo que cambio su forma de alimentarse el 57% refirió comer más, el 17% come menos, en igual porcentaje, el 8% consume más frutas y verdura y incorporaron más variedad de alimentos, en igual porcentaje el 3% cada uno, consume más fraccionado y consume más lácteos y el 4% restante tiene dietas por enfermedades del embarazo.

En comparación y en menor porcentaje que la clase baja, el 66% de la clase alta modifico su forma de alimentarse. Las que modificaron su forma de alimentarse lo hizo de la siguiente manera:

- El 27% consume más alimentos (mayoría)
- El 14% consume menos alimentos
- El 14% consume alimentos más sanos
- El 5% consume más lácteos y verduras
- El 5% consume más carne
- El 18% consume más verduras y frutas
- El 5% consume más fraccionado
- El 5% consume más liviano
- El 5% consume más salado los alimentos
- El 2% restante concurren al nutricionista para que le realice un plan

Acercándonos cada vez más al propósito de la investigación veremos en los gráficos la importancia que tiene para la mujer el aumento de peso en el embarazo.

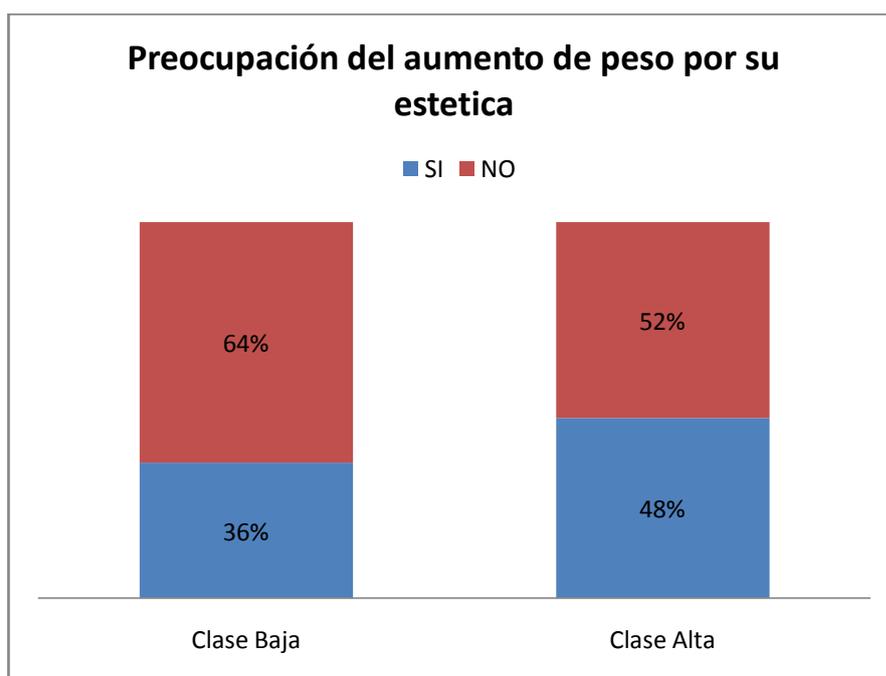


Comparando ambas clases sociales la clase alta supera en porcentaje a la clase baja con respecto a la preocupación por el aumento de peso. Pero en menor porcentaje, el 47% de

las mujeres de clase alta se preocupa por no poder bajar de peso luego de dar a luz, en comparación con el 72% de las clase baja, un 25% más.

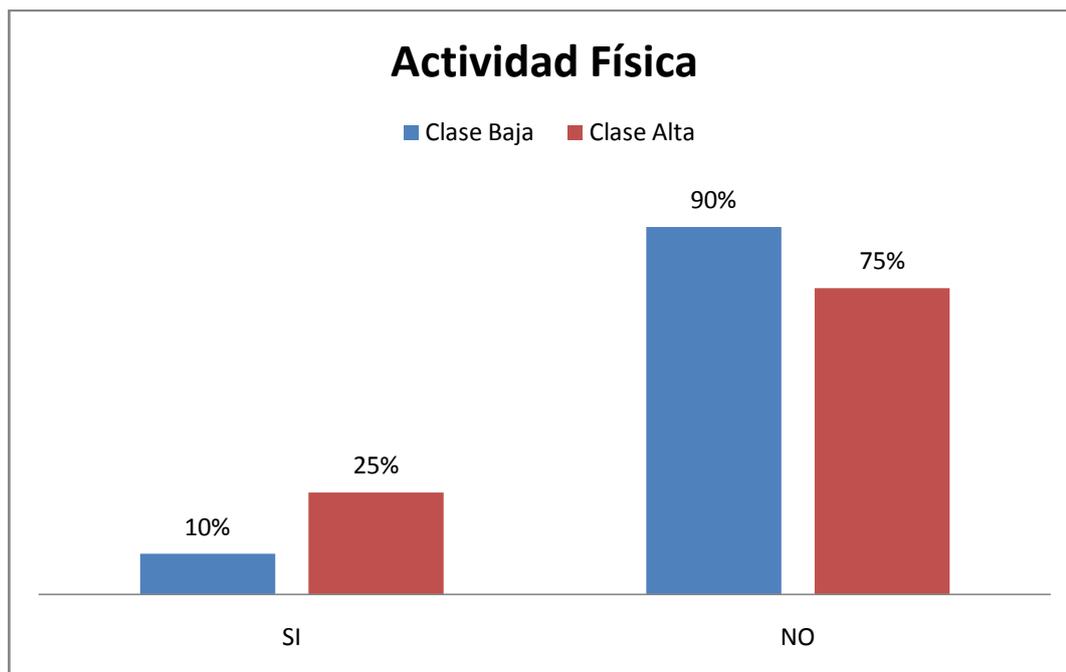
Focalizando otra respuesta, las embarazadas que se preocupa por no poder bajar de peso luego de dar a luz y por la salud de su bebe, supera nuevamente la clase alta con un 14% y la clase alta con un 11%.

Pero con respecto al preocupación por el aumento de peso por la salud de su bebe, la clase alta supera en un 28% mas a la clase baja.

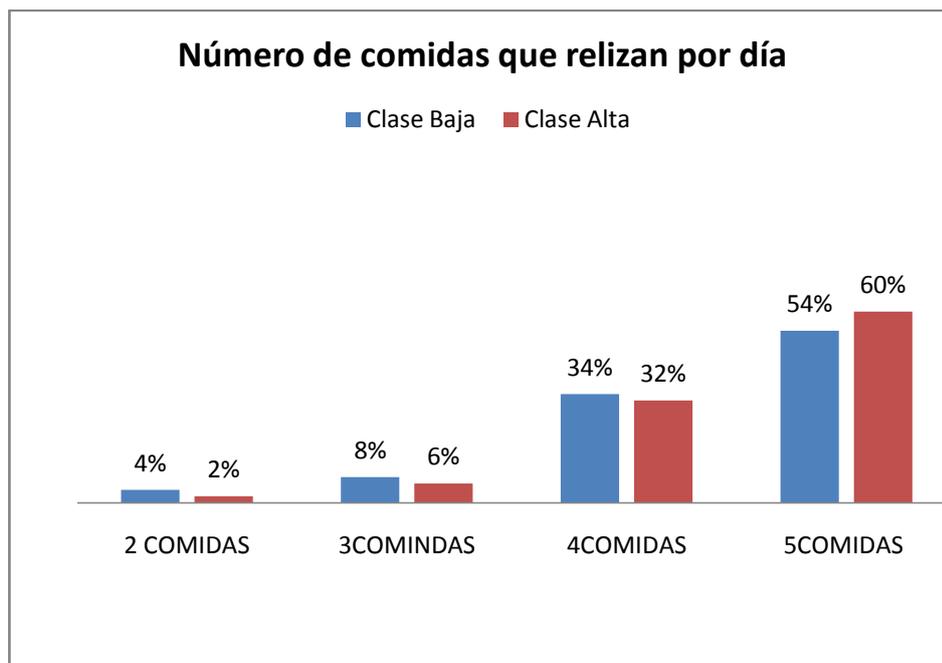


La forma en que se ve y se siente físicamente una mujer durante el embarazo se modifica de persona en persona, es por eso que en este cuadro se puede observar que el 48% de las mujeres de clase alta le importa su estética, comparando con la clase baja que solo es de un 36%.

La actividad física es importante en el día a día de las personas, pero una vez que una mujer queda embarazada esta actividad física tiene que ser adecuada al estado fisiológico.



El 10% de las embarazadas de la clase baja realiza actividad física. Estas embarazadas refirieron realizar solamente caminata. El 25% de las embarazadas de clase alta realizan actividad física. Ellas refieren realizar caminatas y gimnasia para embarazadas. Comparando ambas clase hay 15% más de embarazadas de clase alta que realiza actividad física que las de clase baja, un 25% contra el 10%.



El número de comidas que realizan las embarazadas durante un día tipo son:

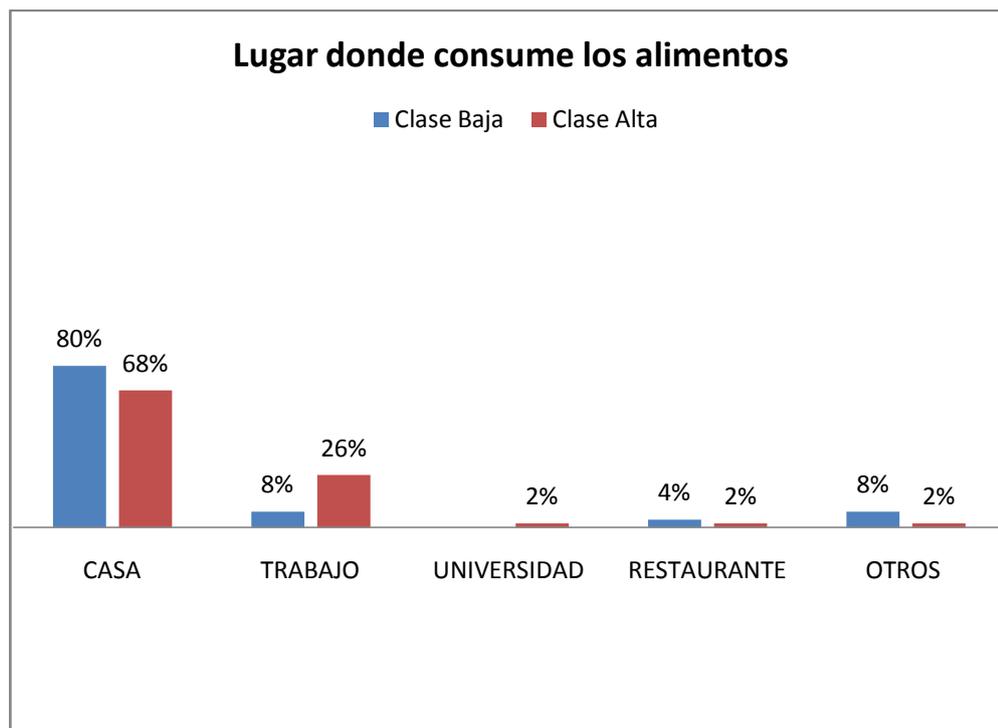
✓ Clase baja

- 2 comidas 4%
- 3comidas 8%
- 4 comidas 34%
- 5 comidas 54%(mayor)

✓ Clase alta

- 2 comidas 2%
- 3comidas 6%
- 4 comidas 32%
- 5 comidas 60%(mayor)

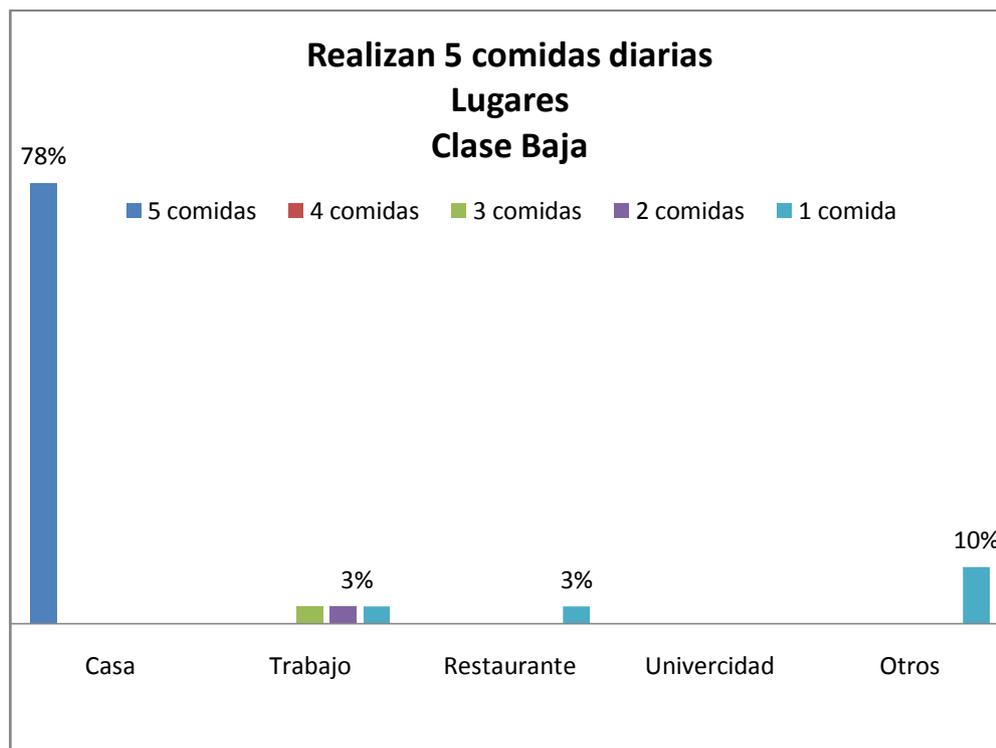
Una persona puede variar los lugares donde consume sus alimentos, conformando así los hábitos de la persona y también el mismo dependerá de la elección y planificación para consumir los alimentos.



Es así que vemos representado en este grafico cuales son los lugares frecuenta la clase baja, el 80%, con la mayoría realiza todas las comidas en su casa, el 8% realiza comidas en su trabajo, el 4% realiza algunas comidas en restaurantes y el 8% en otros lugares.

Los lugares frecuenta la clase alta para realizar las comidas son: el 68% con la mayoría realiza todas las comidas en su casa, el 26% realiza comidas en su trabajo, el 2% en la universidad, el otro 2% realiza algunas comidas en restaurantes y el 8% en otros lugares.

La mayoría de las embarazadas de clase baja realizan sus comidas en la casa, comparado con la menor cantidad de la clase alta (80% contra el 68%). Y vemos como las embarazadas de clase alta superan en porcentaje a la clase baja con respecto a que realizan comidas en su trabajo (26% contra el 8%).

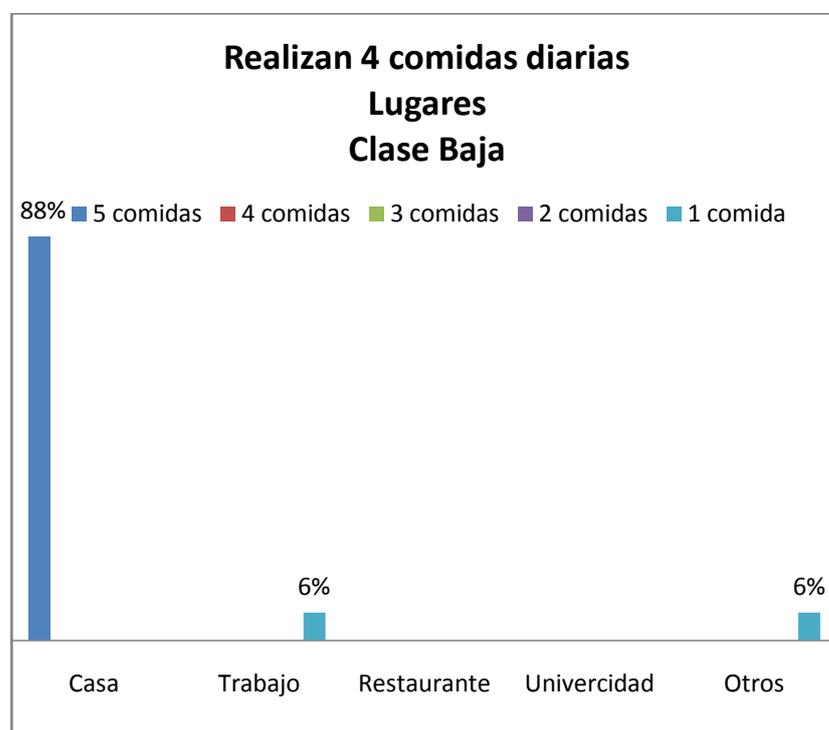
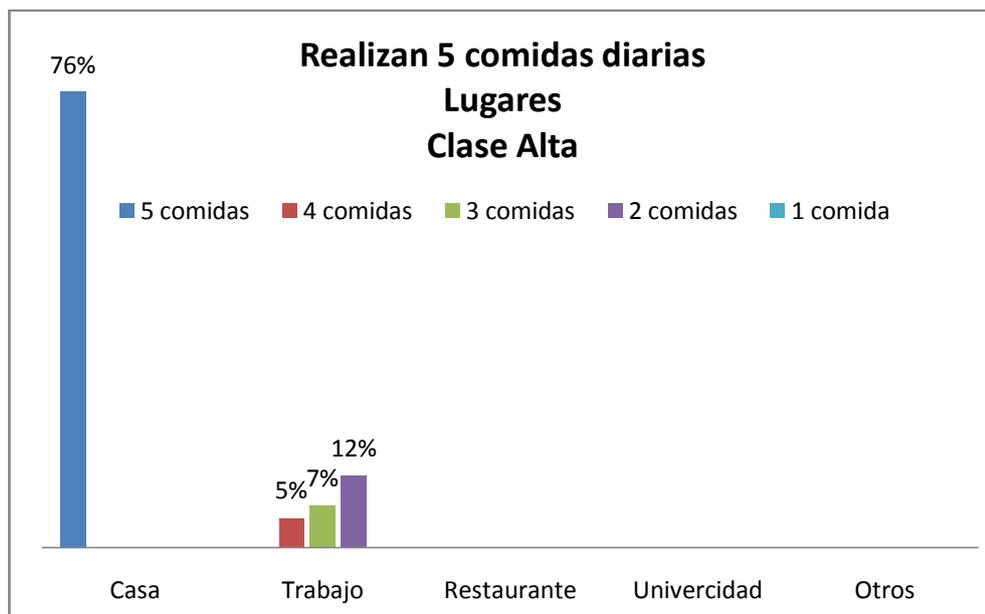


Del 58% de las embarazadas de clase baja realizan 5 comidas diarias, solo el 78% realiza las 5 comidas en la casa, pero igualmente sigue siendo la mayoría.

El 3% de las embarazadas realiza las 5 comidas 3 en el trabajo, el otro 3% realiza de las 5 comidas 2 en el trabajo y el 13% realiza 1 comida en el trabajo y el resto de las comidas en la casa. Y el 3% restante realiza 1 comida en otro lugar y el resto de las comidas en su casa.

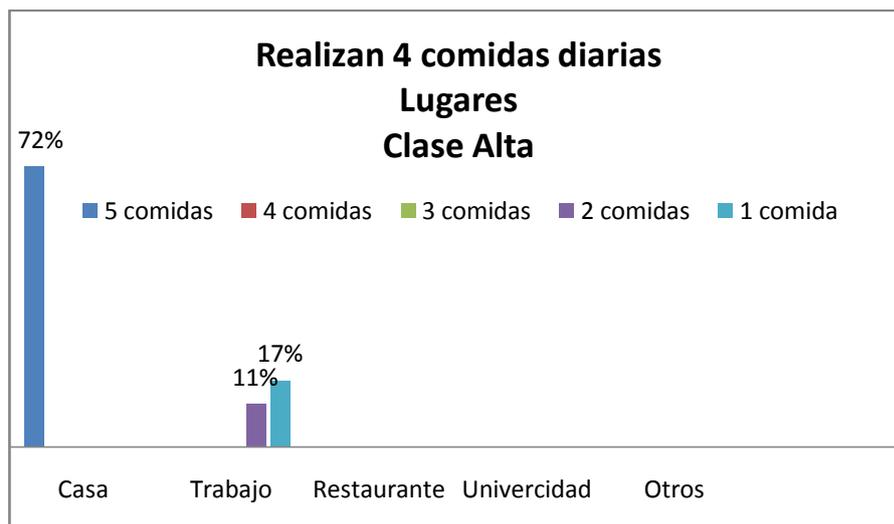
Siguiendo el mismo criterio, el 63% de las embarazadas de clase alta realizan 5 comidas diarias, del mismo el 76% realiza las 5 comidas en la casa, pero igualmente sigue siendo la mayoría.

El 5% realiza 4 comidas en el trabajo y 1 en la casa, el 7% realiza las 5 comidas 3 en el trabajo, el otro 12% realiza de las 5 comidas 2 en el trabajo.



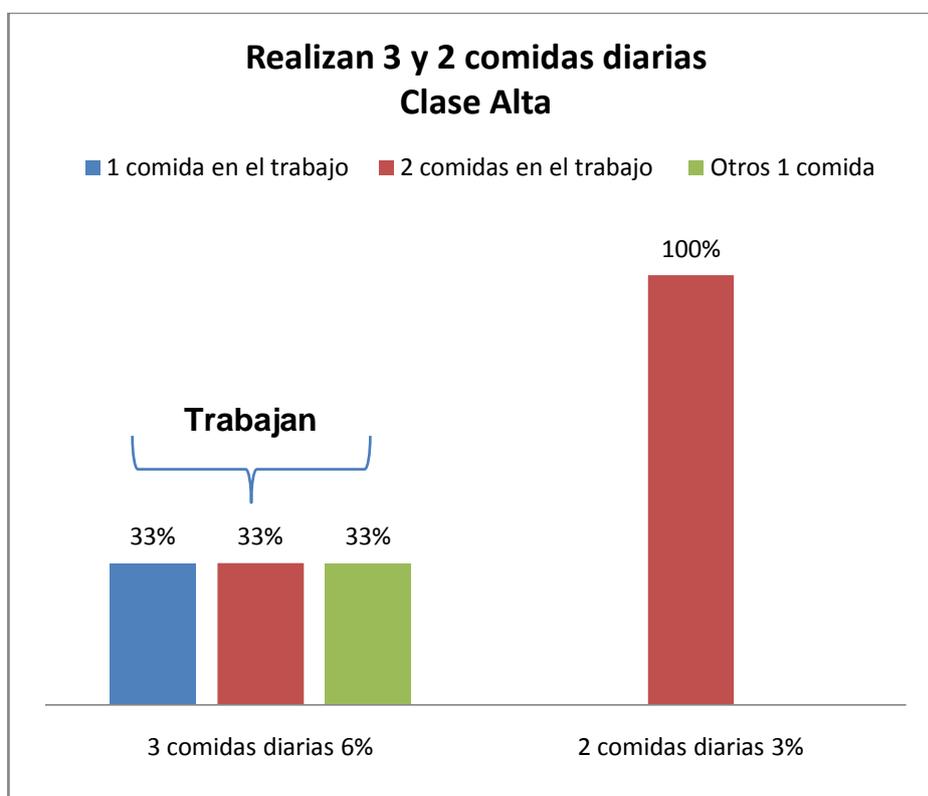
Del 32% de las embarazadas de clase baja realizan 4 comidas diarias, solo el 88% realiza las 4 comidas en la casa, pero igualmente sigue siendo la mayoría.

El 6% de las embarazadas realiza 1 comida en el trabajo y el resto de las comidas en la casa. Y el 6% restante realiza 1 comida en otro lugar y el resto de las comidas en su casa.



El 28% de las embarazadas de clase alta realizan 4 comidas diarias, solo el 72% realiza las 4 comidas en la casa, pero sigue siendo la mayoría.

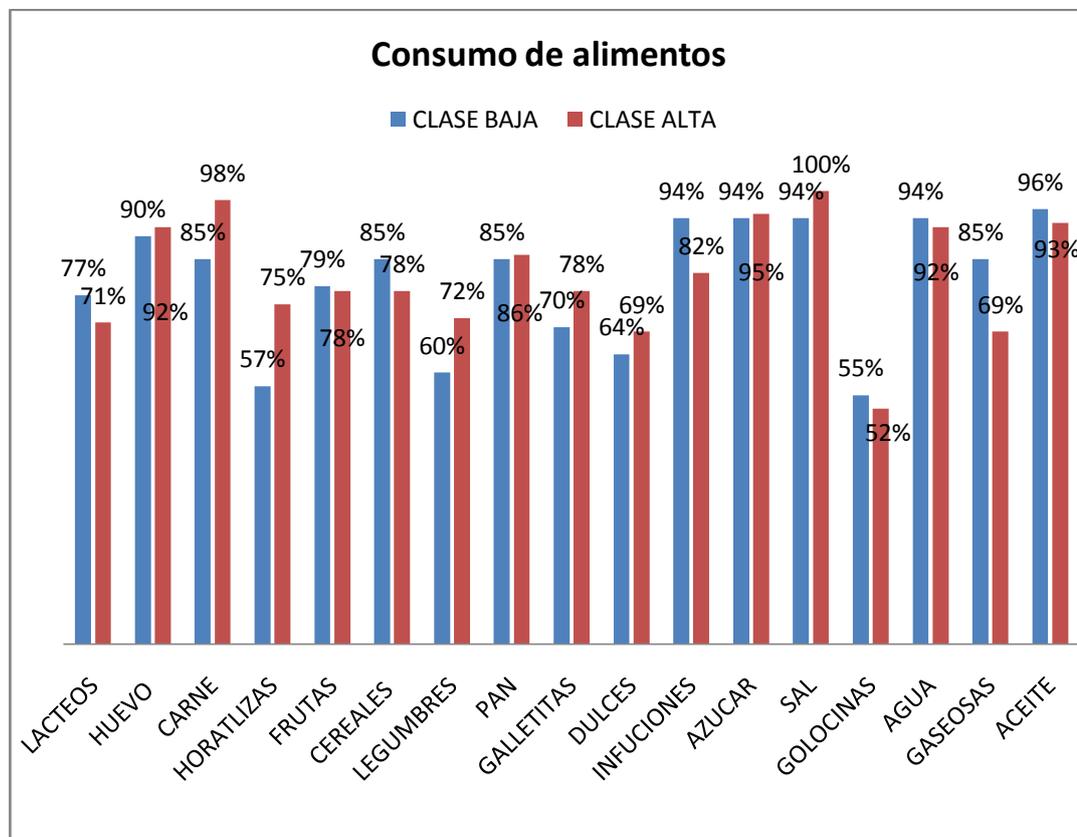
El 17% de las embarazadas realiza 1 comida en el trabajo y el resto de las comidas en la casa y el 11% restante realiza las 4 comidas diarias 2 en el trabajo y 2 en la casa.



El 100% de la clase baja que consume de 1-2-3 comidas diarias las consume en su casa.

En cambio, el 6% de las embarazadas de clase alta realizan 3 comidas diarias, de las cuales están distribuidas en igual porcentaje las que realizan 1 a 2 comidas en el trabajo y las que realizan 1 comida en otros lugares y el resto en la casa.

Continuando las embarazadas que realizan 2 comidas diarias el 100% la realiza en el trabajo.

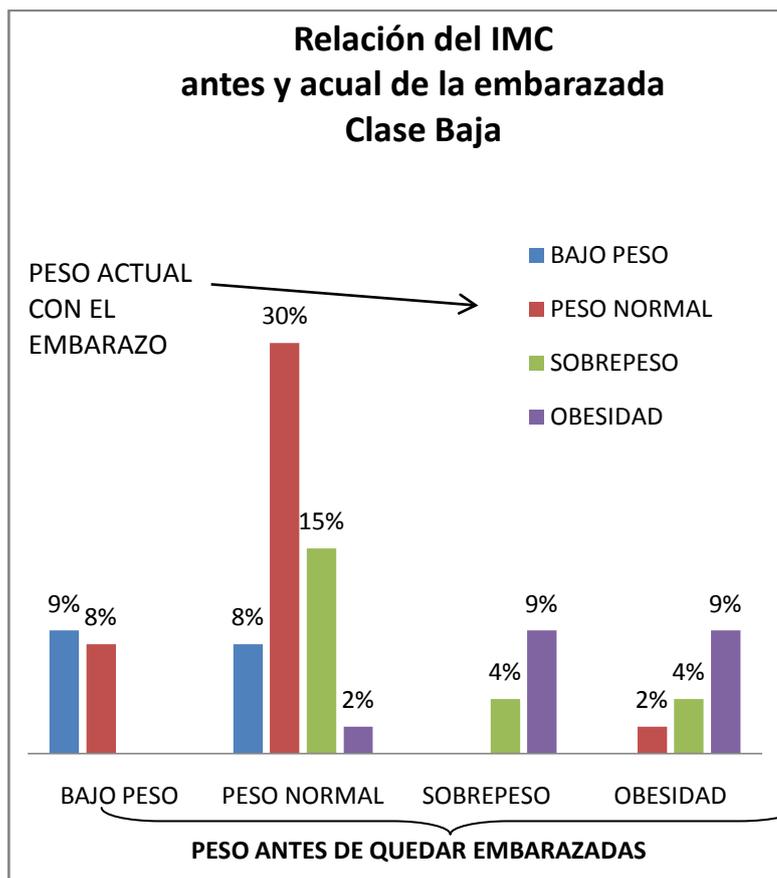


Observamos la diferencia entre ambas clases con respecto al consumo de alimentos.

Vemos que la clase alta consume más que la clase baja los siguientes alimentos: huevo, carne, hortalizas, legumbres, galletitas, dulces y sal.

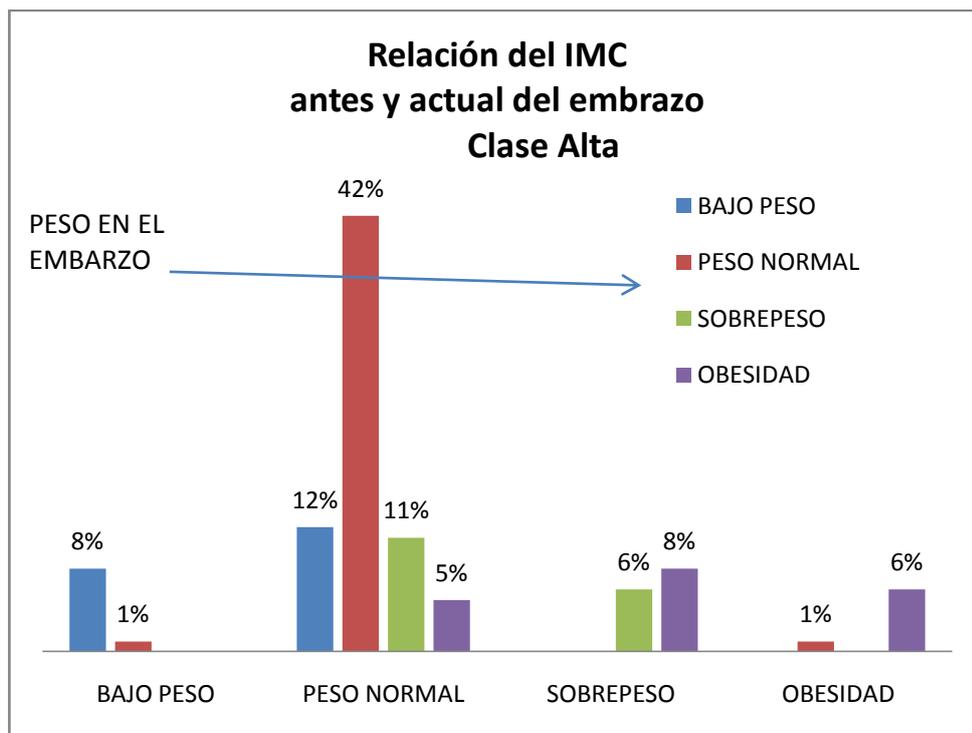
En cambio la clase baja consume más que la clase alta los siguientes alimentos: lácteos, cereales, golosinas, infusiones, gaseosas y aceite.

Pero prácticamente igualas en el consumo de huevo, frutas, pan, azúcar y agua.



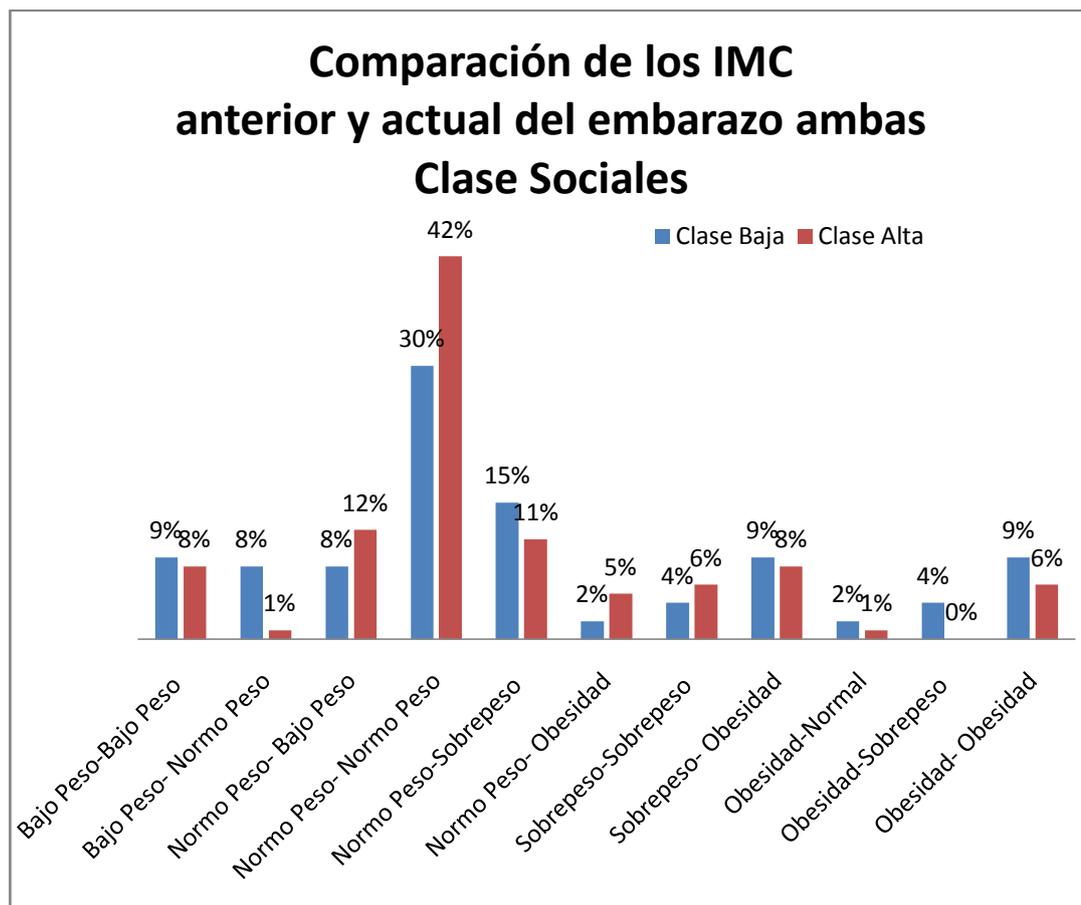
En este grafico se represento el cambio de peso de las mujeres en el embarazo. Para lo cual se ordenara los ítems según el peso antes de quedar embarazadas y el peso actual con el embarazo, comparados con el IMC.

COMENZARON	ACTUAL	%
Bajo peso	Bajo Peso	9
Bajo peso	Normo Peso	8
Peso Normal	Bajo Peso	8
Peso Normal	Normo Peso	30
Peso Normal	Sobrepeso	15
Peso Normal	Obesidad	2
Sobrepeso	Sobrepeso	4
Sobrepeso	Obesidad	9
Obesidad	Normo peso	2
Obesidad	Sobrepeso	4
Obesidad	Obesidad	9



En este grafico se representa el cambio del IMC de las mujeres en el embarazo. Para lo cual se ordenara los ítems según el IMC antes de quedar embarazadas y el IMC actual con el embarazo:

COMENZARON	ACTUAL	%
Bajo peso	Bajo Peso	8
Bajo peso	Normo Peso	1
Peso Normal	Bajo Peso	12
Peso Normal	Normo Peso	43
Peso Normal	Sobrepeso	11
Peso Normal	Obesidad	5
Sobrepeso	Sobrepeso	6
Sobrepeso	Obesidad	8
Obesidad	Normo peso	1
Obesidad	Obesidad	6



Comparando las clases sociales podemos ver la diferencia entre las clases siguiendo el IMC:

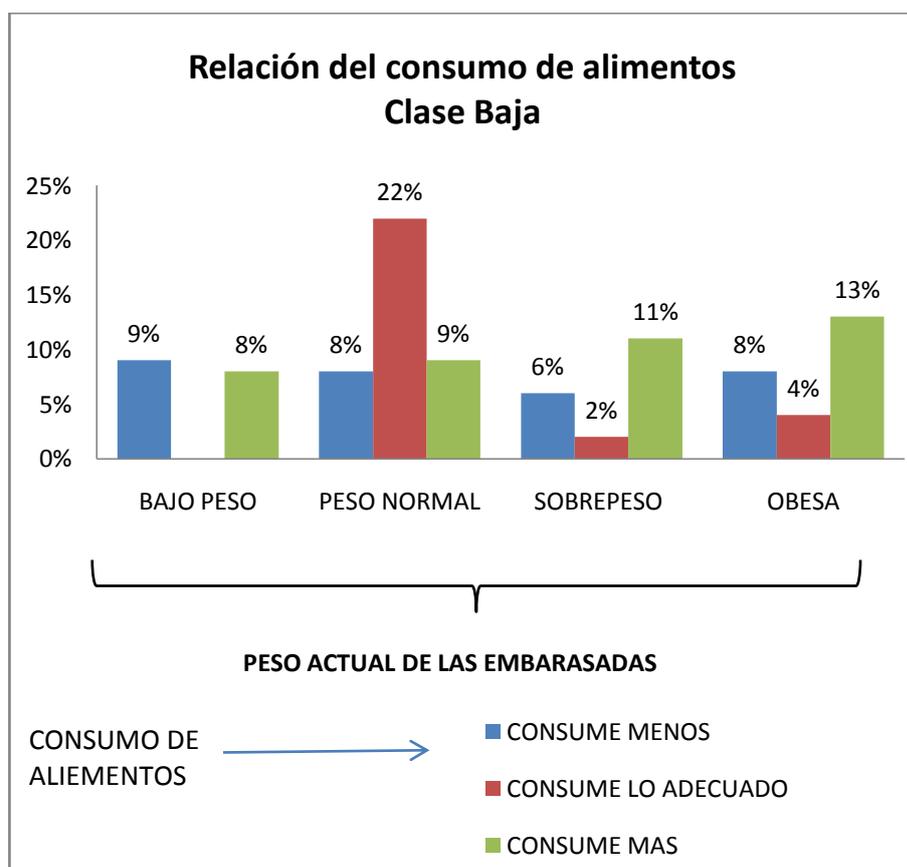
Las mujeres con bajo peso y que continúan con bajo peso tenemos una diferencia de 1% entre clases, superando en porcentaje la clase baja.

Aquellas mujeres con bajo peso y que ahora tienen peso normal hay una diferencia de 7% entre clases, superando la clase baja.

Las mujeres con peso normal y que ahora tienen bajo peso 4% de diferencia entre clases sociales, superando esta vez la clase alta. Continúa superando la clase alta por un 13% a la baja, con respecto a aquellas mujeres que comenzaron con peso normal y continúan con peso normal. Las mujeres que comenzaron con peso normal y ahora tienen sobrepeso solo hay una diferencia de 4%, superando la clase baja. Y por última, el 3% de diferencia entre clases fueron las mujeres que comenzaron con peso normal y ahora tienen obesidad, y la clase que predominó fue la clase alta.

De las mujeres que comenzaron con sobrepeso y continúan hay una diferencia de 2% entre ambas clases, superando la clase alta. Con una diferencia del 1%, las mujeres de clase baja superan a la clase alta, ya que empezaron con sobrepeso y ahora tienen obesidad.

Las mujeres que presentaron obesidad antes de quedar embarazada y ahora presentan peso normal, supera la clase baja con un 1% mas a la clase alta. Siguiendo con la superación de la clase baja y sin obtener porcentajes la clase alta, aquellas mujeres con que comenzaron con obesidad y ahora tienen sobrepeso. Y para finalizar la clase alta tiene una diferencia de 3% a la clase alta, con respecta a las mujeres que comenzaron con obesidad y continúan con obesidad.



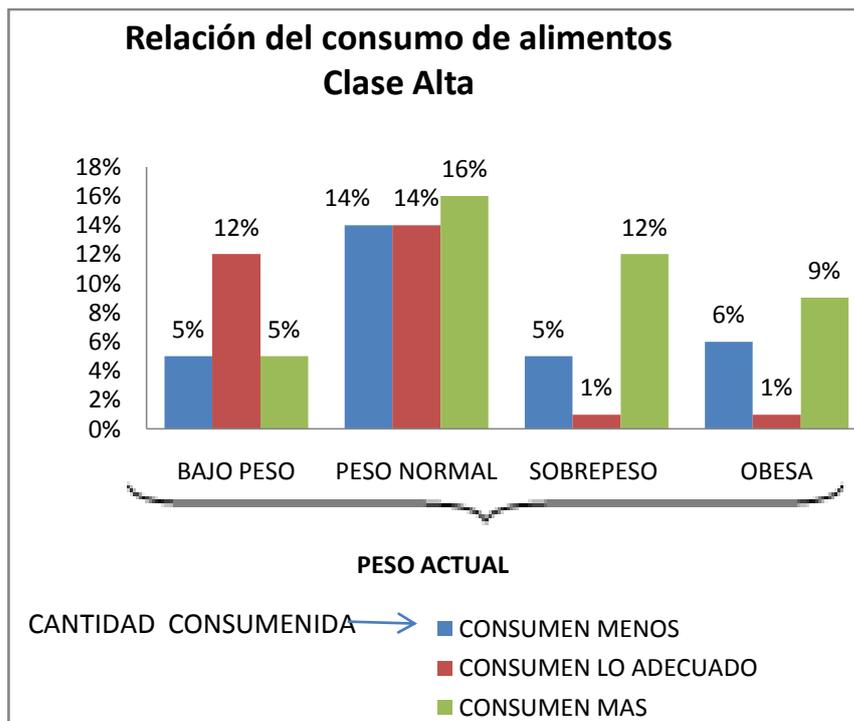
En este grafico se representamos a las embarazadas con su IMC actual y según su requerimiento diario optimo para su estado, comparado con lo que ella consume, seria la que deberían consumir versus lo que consumen.

Las embarazadas que tienen bajo peso el 9% de consume menos de lo que debe consumir y el 8% restante consume más de lo que debería consumir.

Aquellas mujeres que tiene peso normal únicamente el 22% consume lo que debería, el 8% consume menos de lo que debería y el 9% consume más de lo que debería.

Las que tienen sobrepeso el 2% consume lo que debería, el 6% consume menos de lo que debería y el 11% consume más de lo que debería.

Las embarazadas con obesidad solamente el 4% consume lo que debería y el 8% consume menos de lo deberían y el 13% consume más de lo deberían.



En este grafico representamos a las embarazadas con su IMC actual y según su requerimiento diario optimo para su estado, comparado con lo que ella consume, seria la q deberían consumir versus lo que consumen.

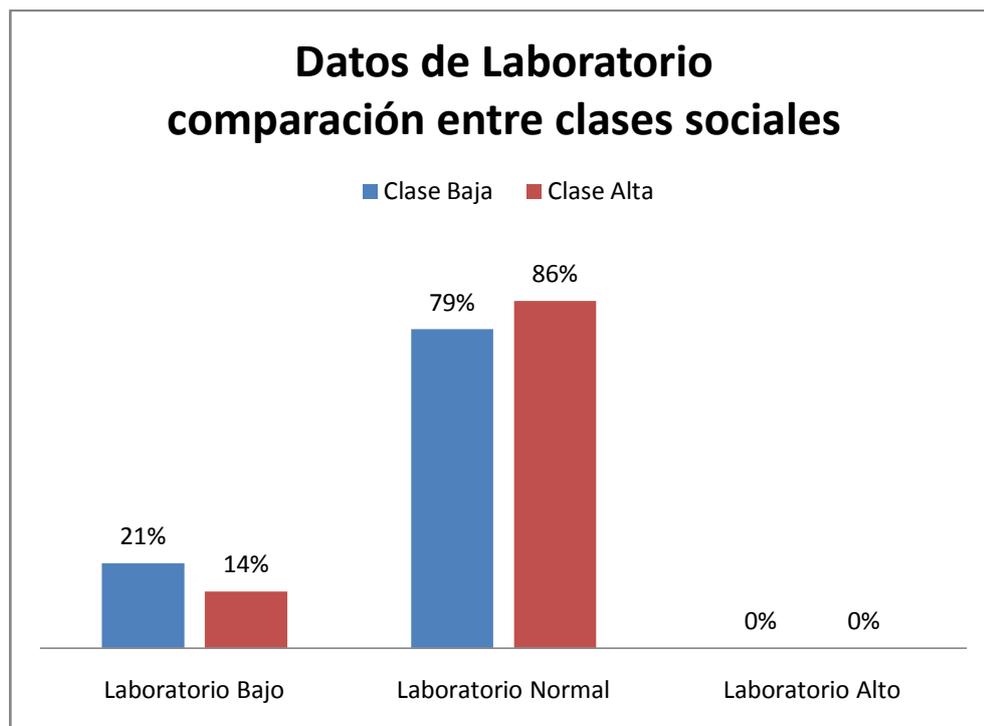
Las embarazadas que tienen bajo peso solamente el 12% consume lo que debe consumir, el 5% de consume menos de lo que debe consumir y el 5% restante consume más de lo que debería consumir.

Aquellas mujeres que tiene peso normal únicamente el 14% consume lo que debería, el 14% consume menos de lo que debería y el 16% consume más de lo que debería.

Las que tienen sobrepeso el 1% consume lo que debería, el 5% consume menos de lo que debería y el 12% consume más de lo que debería.

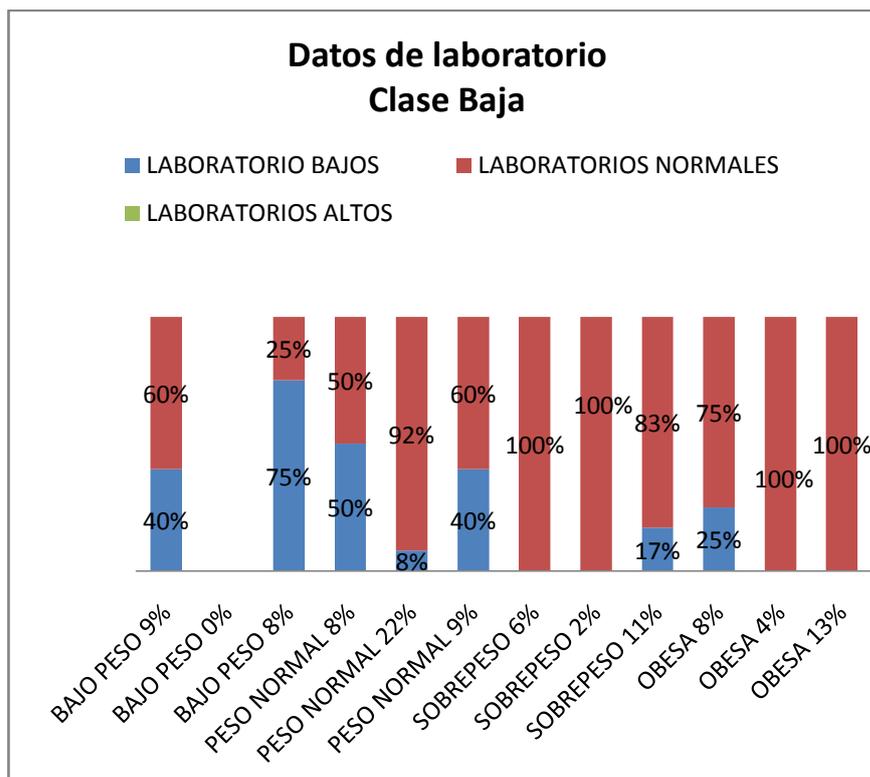
Las embarazadas con obesidad solamente el 1% consume lo que debería y el 6% consume menos de lo deberían y el 9% consume más de lo deberían.

La diferencia entre las clases sociales sobre el consumo de alimentos y la que deberían consumir es llamativo, ya que podemos ver que como la clase alta tiene mayor porcentaje de embarazadas que consumen adecuadamente, en cambio la clase baja tiene mayor porcentaje de mujeres que consumen menos de lo que deberían consumir y además están igualadas ambas clases con respecto a las embarazadas que consumen más de lo que deberían consumir.



Entre ambas clases sociales vemos que la mayor cantidad de embarazadas tienen laboratorio normal.

La clase alta tiene mayor porcentaje de embarazadas con laboratorios normales que la clase baja, pero la clase baja tiene mayor porcentaje de embarazadas con laboratorios bajos, que la clase alta.



Este grafico representa a las embarazadas según su IMC y el consumo de alimento que tiene versus los datos de laboratorios. Proporcionándonos datos de su estado nutricional.

✓ Las embarazadas de bajo peso:

- El 9% que consumen menos: el 40% de ellas tiene laboratorios bajos y el 60% tiene laboratorios normales.
- El 8% que consume más de lo adecuado: el 75% tiene laboratorios bajos y el 25% tiene laboratorio normal.

✓ Las embarazadas con peso normal:

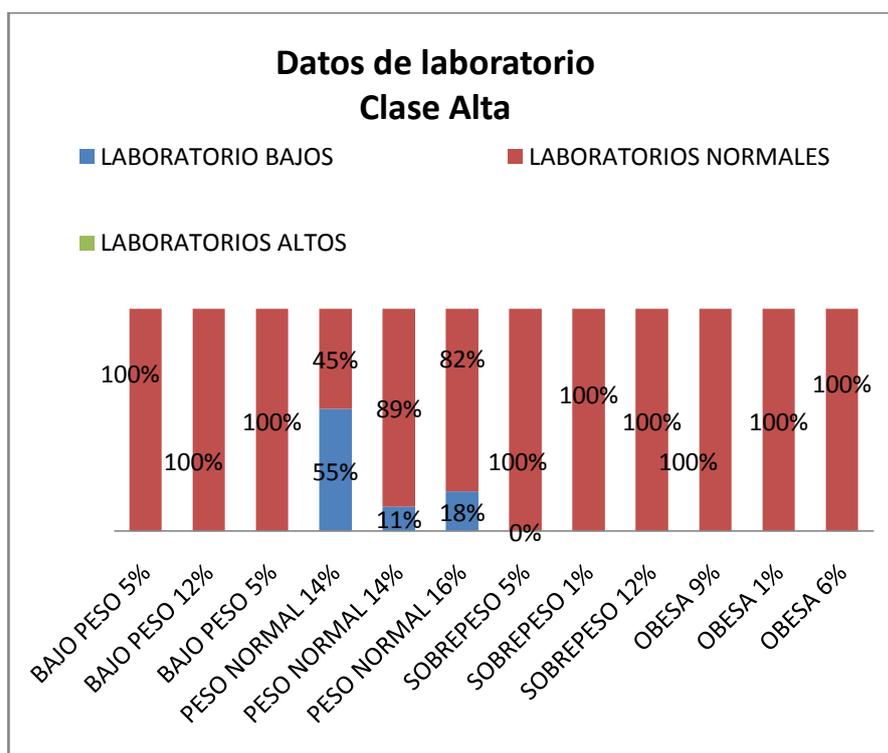
- El 8% que consume menos de lo que debe consumir: el 50% tiene laboratorios bajos y el 50% tiene laboratorios normales.
- El 22% que consumen lo que deben: el 8% tiene laboratorios bajos y el 92% tiene laboratorios normales.
- El 9% que consume más de lo que debe consumir: el 40% tiene laboratorios bajos y el 60% tiene laboratorios normales.

✓ Las embarazadas con sobrepeso:

- El 6% que consume menos de lo que debe consumir: el 100% tiene laboratorios normales.

“Hábitos alimentarios en mujeres embarazadas de distintos niveles socioeconómicos” de la ciudad de Eldorado, que asisten a centros de salud Públicos y Privados.

- El 2% que consumen lo que deben consumir: el 100% tiene laboratorios normales.
 - El 11% que consume más de lo que debe consumir: el 17% tiene laboratorios bajos y el 83% tiene laboratorios normales.
- ✓ Las embarazadas con obesas:
- El 8% que consume menos de lo que debe consumir: el 25% tiene laboratorios bajos y el 75% tiene laboratorios normales.
 - El 4% que consumen lo que deben: el 100% tiene laboratorios normales.
 - El 13% que consume más de lo que debe consumir: el 100% tiene laboratorios normales.



Este grafico representa a las embarazadas según su peso y el consumo de alimento que tiene versus los datos de laboratorios. Proporcionándonos datos de su estado nutricional. Del 5% de las embarazadas que tienen bajo peso y consumían menos de lo que debían, el 100% tiene laboratorio normal.

El 12% de las embarazadas que tienen bajo pesos y consumen lo que deben: tienen el 100% laboratorios normales.

Continuando con el 5% de las embarazadas de bajo peso y que consumen más de lo que deberían, el 100% tiene laboratorio normal.

El 14% de las embarazadas con peso normal y consumen menos de lo que deben consumir, el 55% tiene laboratorios bajos y el 45% laboratorios normales.

Del 14% de las embarazadas que consumen lo que deben, solamente el 89% tiene laboratorios normales y el 11% tiene laboratorios bajos.

Las embarazadas con peso normal que consumen más de lo que deben consumir representan 16%, el 82% tiene laboratorio normal y el 18% tiene laboratorio bajo.

El 5% de las embarazadas que tiene sobrepeso, que además consumen menos de lo que deberían consumir, el 100% de ellas tiene laboratorio normal.

El 1% de las embarazadas tienen sobrepeso consume lo que deben consumir y además el 100% de ellas tiene laboratorios normales.

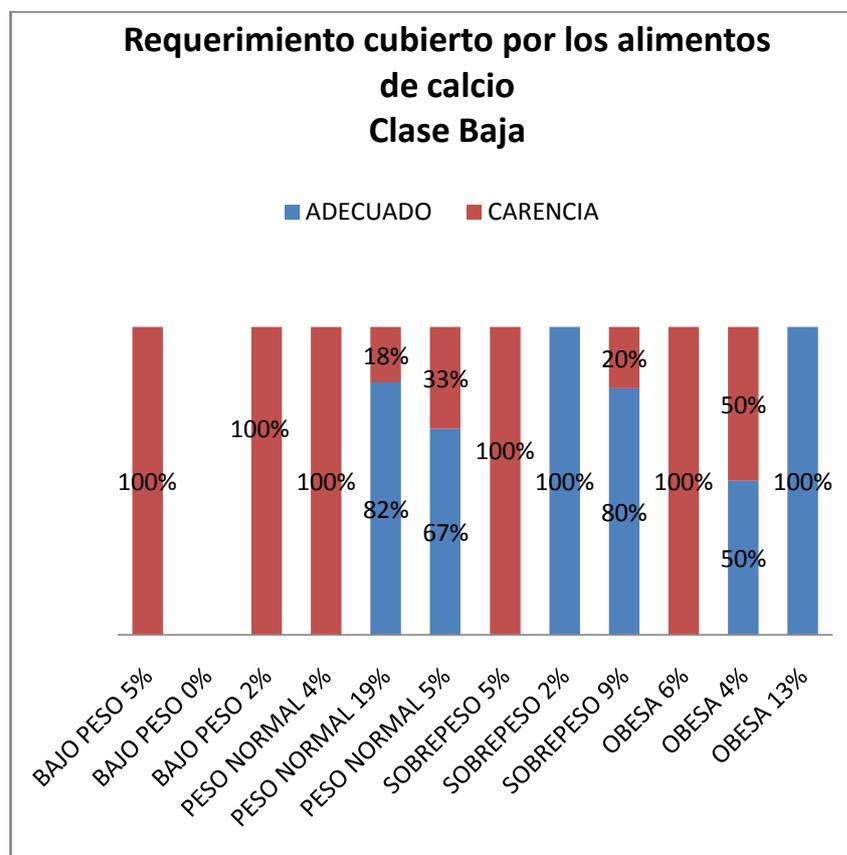
El resto de las embarazadas son obesas, el 9% de ellas consume lo que debe consumir y el 100% de ellas tiene laboratorio normal.

El 1% de las obesas consume lo que debe consumir y el 100% de ellas tiene laboratorios normales.

El 6% de las embarazadas obesas que consumen más de lo que deben consumir, el 100% tiene laboratorio normal.

A simple vista vemos las diferencias entre ambas clase porque hay un mayor porcentaje de mujeres embarazadas de clase baja con laboratorios bajos o disminuidos.

1- Los siguientes cuadros representan a las embarazadas con datos de laboratorios normales



El calcio es fundamental cubrir los requerimientos tanto para la madre como para el bebe, ya que en ambos cumple una función clave que es la calcificación.

A continuación seguimos con el mismo criterio de clasificación que en los cuadros anteriores.

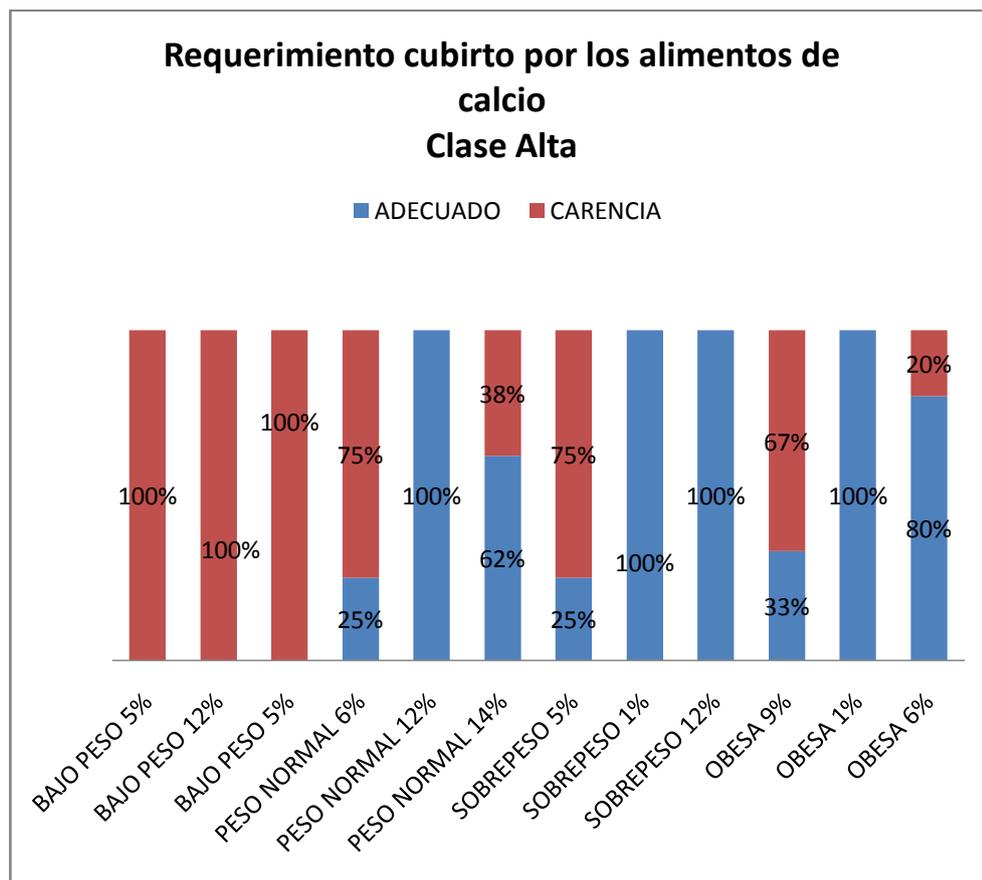
✓ Las embarazadas de bajo peso:

- El 5% que consumen menos: el 100% de ellas no cubren con los requerimientos de calcio.
- El 2% que consume más de lo adecuado: el 100% no cubre con los requerimientos de calcio.

✓ Las embarazadas con peso normal:

- El 4% que consume menos de lo que debe consumir: el 100% cubre los requerimientos.
- El 19% que consumen lo que deben: el 18% no cubre los requerimientos y el 82% si cubre los requerimientos.

- El 5% que consume más de lo que debe consumir: el 33% cubre los requerimientos y el 67% no cubre los requerimientos.
- ✓ Las embarazadas con sobrepeso:
 - El 5% que consume menos de lo que debe consumir: el 100% no cubre el requerimiento.
 - El 2% que consumen lo que deben: el 100% cubre el requerimiento.
 - El 9% que consume más de lo que debe consumir: el 20% no cubre los requerimientos y el 80% si cubre los requerimientos.
- ✓ Las embarazadas con obesas:
 - El 6% que consume menos de lo que debe consumir: el 100% no cubre el requerimiento.
 - El 4% que consumen lo que deben: el 50% cubre el requerimiento y el 50% no cubre el requerimiento.
 - El 13% que consume más de lo que debe consumir: el 100% cubre el requerimiento.



El calcio es fundamental cubrir los requerimientos tanto para la madre como para el bebe, ya que en ambos cumple una función clave que es la calcificación.

A continuación seguimos con el mismo criterio de clasificación que en los cuadros anteriores.

✓ Las embarazadas de bajo peso:

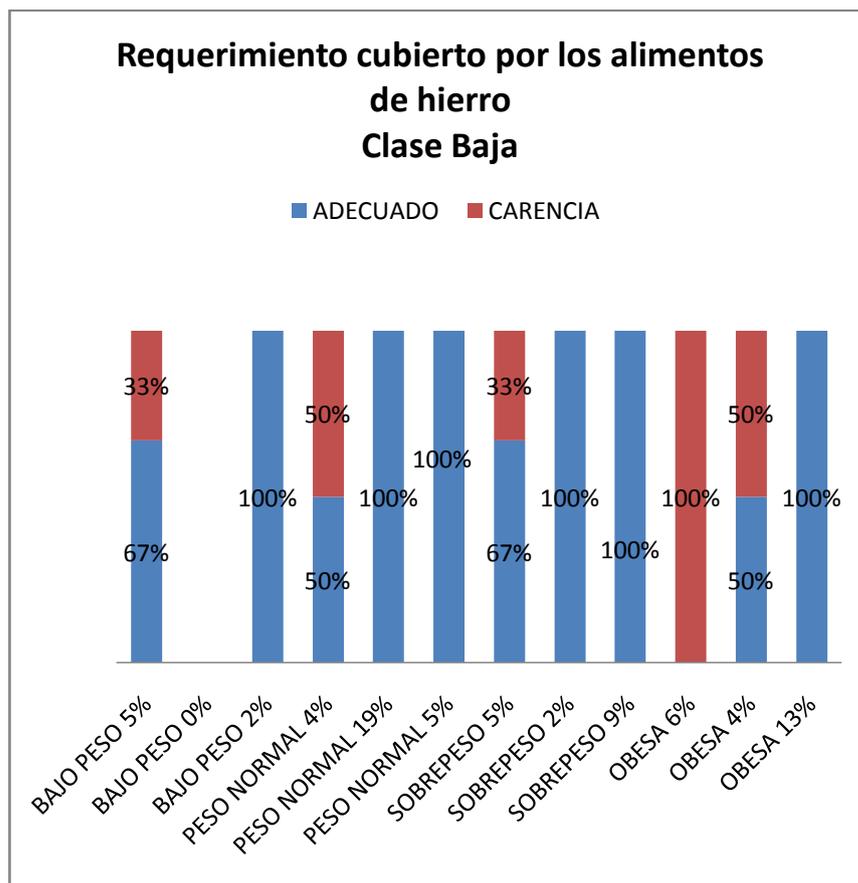
- El 5% que consumen menos: el 100% de ellas no cubren con los requerimientos de calcio.
- El 12% que consume adecuadamente: el 100% no cubre el requerimiento de calcio.
- El 5% que consume más de lo adecuado: el 100% no cubre con los requerimientos de calcio.

✓ Las embarazadas con peso normal:

- El 6% que consume menos de lo que debe consumir: el 75% no cubre los requerimientos y el 25% si cubre los requerimientos.
- El 12% que consumen lo que deben: el 100% cubre los requerimientos.
- El 14% que consume más de lo que debe consumir: el 62% cubre los requerimientos y el 38% no cubre los requerimientos.

- ✓ Las embarazadas con sobrepeso:
 - El 5% que consume menos de lo que debe consumir: el 75% no cubre los requerimientos y el 25% si cubre los requerimientos.
 - El 1% que consumen lo que deben: el 100% cubre el requerimiento.
 - El 12% que consume más de lo que debe consumir: el 100% cubre el requerimiento.
- ✓ Las embarazadas con obesas:
 - El 9% que consume menos de lo que debe consumir: el 67% no cubre los requerimientos y el 33% si cubre el requerimiento.
 - El 1% que consumen lo que deben: el 100% cubre el requerimiento.
 - El 6% que consume más de lo que debe consumir: el 80% cubre el requerimiento y el 20% no cubre el requerimiento.

Cuando comparamos ambos gráficos podemos ver como la clase alta supera a la clase baja con el porcentaje de embarazadas que cubre el requerimiento de calcio con la alimentación.

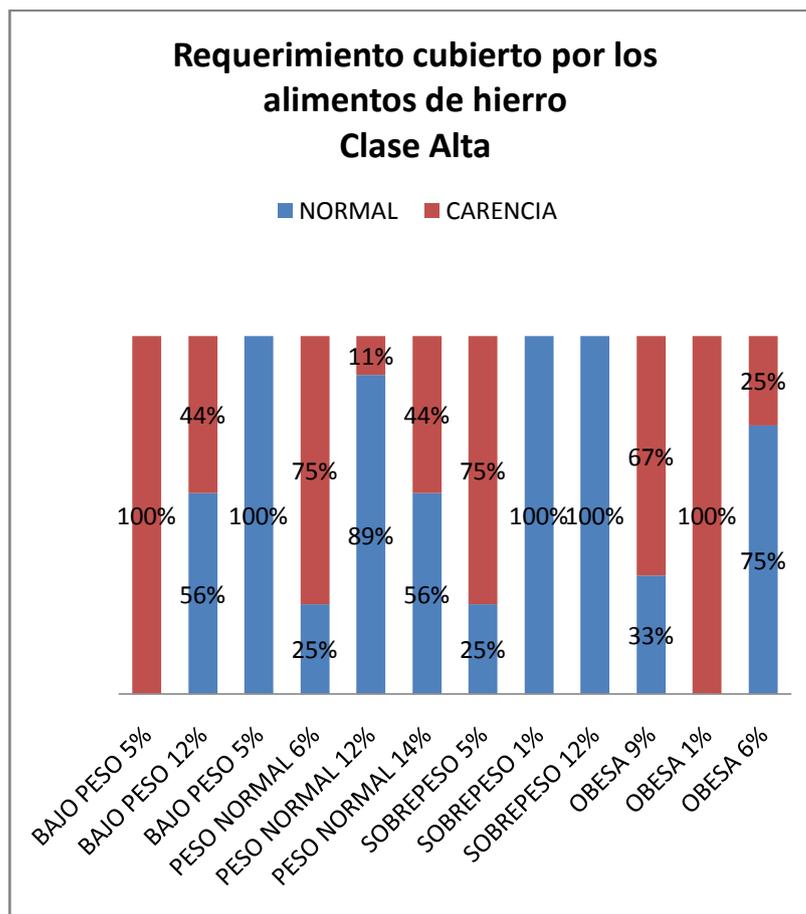


El hierro cumple una función muy importante en la sangre en el transporte de oxígeno y para el momento del nacimiento generar reservas en el hígado de hierro, en el bebé. Es por eso que en el embarazo se debe cubrir los requerimientos de hierro a través de los alimentos y suplementación.

A continuación explicamos el gráfico siguiendo con las clasificaciones de los cuadros anteriores:

- ✓ Las embarazadas de bajo peso:
 - El 5% que consumen menos: el 67% de ellas cubren con los requerimientos de hierro y el 33% no cubre.
 - El 2% que consume más de lo adecuado: el 100% cubre con los requerimientos de hierro.
- ✓ Las embarazadas con peso normal:
 - El 4% que consume menos de lo que debe consumir: el 50% no cubre los requerimientos y el 50% si cubre los requerimientos.
 - El 19% que consumen lo que deben: el 100% cubre los requerimientos de hierro.

- El 5% que consume más de lo que debe consumir: el 100% cubre los requerimientos.
- ✓ Las embarazadas con sobrepeso:
 - El 5% que consume menos de lo que debe consumir: el 33% no cubre los requerimientos y el 67% si cubre los requerimientos.
 - El 2% que consumen lo que deben: el 100% cubre el requerimiento.
 - El 9% que consume más de lo que debe consumir: el 100% cubre el requerimiento.
- ✓ Las embarazadas con obesas:
 - El 6% que consume menos de lo que debe consumir: el 100% no cubre los requerimientos.
 - El 4% que consumen lo que deben: el 50% cubre el requerimiento y el 50% no cubre el requerimiento.
 - El 13% que consume más de lo que debe consumir: el 100% cubre el requerimiento.



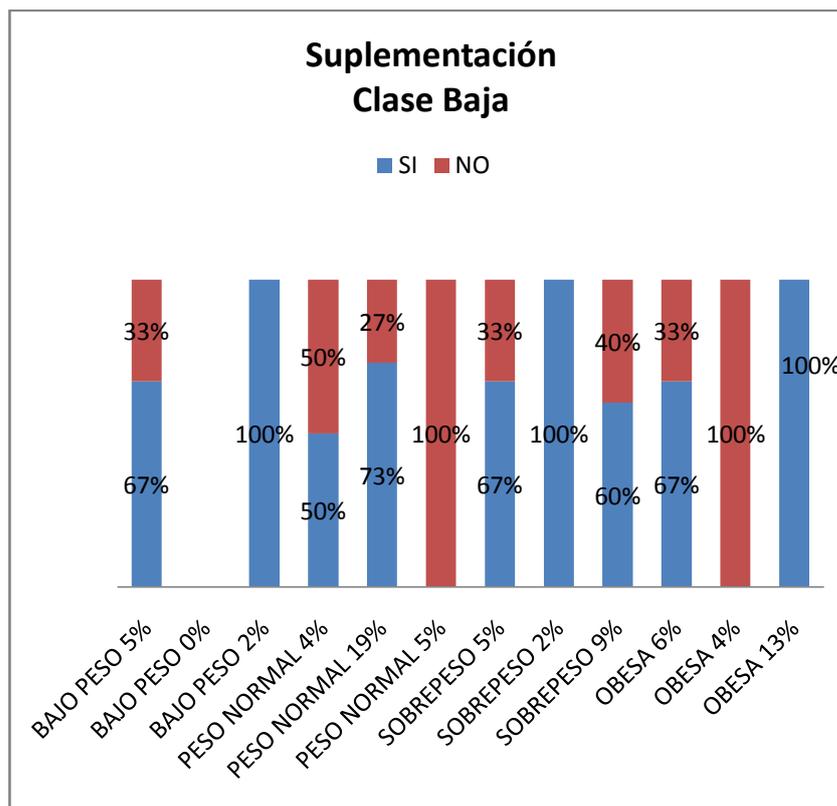
A continuación explicamos el gráfico siguiendo con las clasificaciones de los cuadros anteriores:

- ✓ Las embarazadas de bajo peso:
 - El 5% que consumen menos: el 100% de ellas no cubren con los requerimientos de hierro.
 - El 12% que consume adecuadamente: el 44% no cubre el requerimiento y el 56% cubre con los requerimientos de hierro.
 - El 5% que consume más de lo adecuado: el 100% cubre con los requerimientos de hierro.
- ✓ Las embarazadas con peso normal:
 - El 6% que consume menos de lo que debe consumir: el 75% no cubre los requerimientos y el 25% si cubre los requerimientos.
 - El 12% que consumen lo que deben: el 89% cubre los requerimientos y el 11% no cubre con los requerimientos de hierro.

“Hábitos alimentarios en mujeres embarazadas de distintos niveles socioeconómicos” de la ciudad de Eldorado, que asisten a centros de salud Públicos y Privados.

- El 14% que consume más de lo que debe consumir: el 56% cubre los requerimientos y el 44% no cubre los requerimientos.
- ✓ Las embarazadas con sobrepeso:
 - El 5% que consume menos de lo que debe consumir: el 75% no cubre los requerimientos y el 25% si cubre los requerimientos.
 - El 1% que consumen lo que deben: el 100% cubre el requerimiento.
 - El 12% que consume más de lo que debe consumir: el 100% cubre el requerimiento.
- ✓ Las embarazadas con obesas:
 - El 9% que consume menos de lo que debe consumir: el 67% no cubre los requerimientos y el 33% si cubre el requerimiento.
 - El 1% que consumen lo que deben: el 100% no cubre el requerimiento.
 - El 6% que consume más de lo que debe consumir: el 75% cubre el requerimiento y el 25% no cubre el requerimiento.

Comparando el requerimiento cubierto por los alimentos de hierro obtuvimos porcentajes mayores en la clase baja, sería que ellos consumen más alimentos fuentes de hierro que la clase alta.



Como explicamos anteriormente la suplementación es importante de hierro. A continuación explicamos el gráfico siguiendo con las clasificaciones de los cuadros anteriores:

✓ Las embarazadas de bajo peso:

- El 5% que consumen menos: el 33% no consume y el 67% si consume suplementos.
- El 2% que consume más de lo adecuado: el 100% de ellas consume suplementos.

✓ Las embarazadas con peso normal:

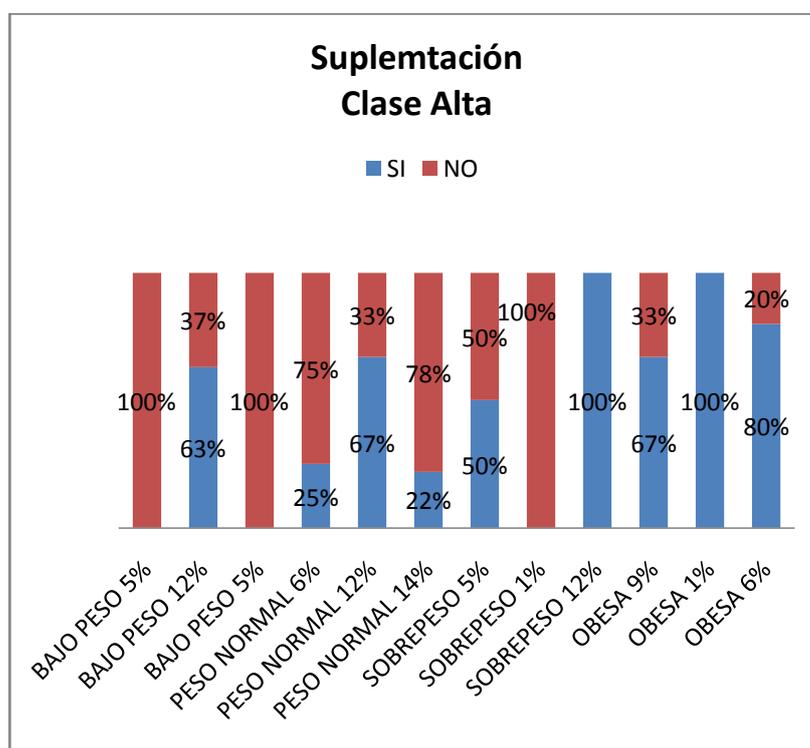
- El 4% que consume menos de lo que debe consumir: el 50% no consume y el 50% si consume suplementos.
- El 19% que consumen lo que deben: el 73% si consume y el 27% no consume suplementos.
- El 5% que consume más de lo que debe consumir: el 100% no consume suplementos.

✓ Las embarazadas con sobrepeso:

- El 5% que consume menos de lo que debe consumir: el 33% no consume y el 67% si consume.

“Hábitos alimentarios en mujeres embarazadas de distintos niveles socioeconómicos” de la ciudad de Eldorado, que asisten a centros de salud Públicos y Privados.

- El 2% que consumen lo que deben: el 100% si consume suplementos.
 - El 9% que consume mas de lo que debe consumir: el 60% si consume y el 40% no consume suplementos.
- ✓ Las embarazadas con obesas:
- El 6% que consume menos de lo que debe consumir: el 67% si consume suplementos y el 33%no consume suplementos.
 - El 4% que consumen lo que deben: el 100% no consume suplementos.
 - El 13% que consume más de lo que debe consumir: el 100% si consume suplemento.



Como explicamos anteriormente la suplementación es importante de hierro. A continuación explicamos el grafico siguiendo con las clasificaciones de los cuadros anteriores:

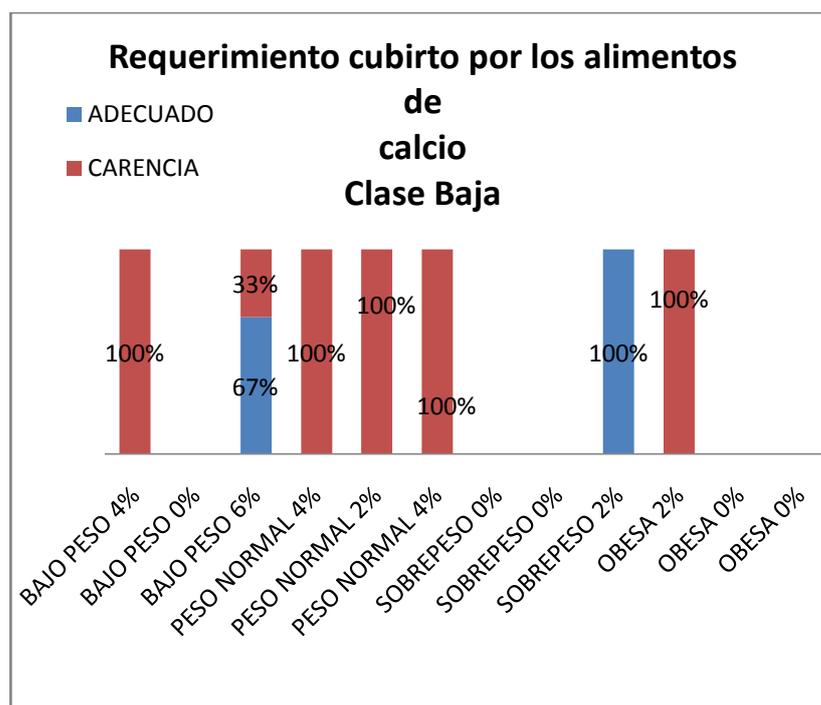
- ✓ Las embarazadas de bajo peso:
- El 5% que consumen menos: el 100% de ellas no consume suplementos.
 - El 12% que consume adecuadamente: el 63% si consume y el 37% no consume suplementos.

“Hábitos alimentarios en mujeres embarazadas de distintos niveles socioeconómicos” de la ciudad de Eldorado, que asisten a centros de salud Públicos y Privados.

- El 5% que consume más de lo adecuado: el 100% no consume.
- ✓ Las embarazadas con peso normal:
 - El 6% que consume menos de lo que debe consumir: el 75% no consume y el 25% si consume suplementos.
 - El 12% que consumen lo que deben: el 67% si consume y el 33% no consume suplementos.
 - El 14% que consume más de lo que debe consumir: el 22% si consume y el 78% no consume suplementos.
- ✓ Las embarazadas con sobrepeso:
 - El 5% que consume menos de lo que debe consumir: el 50% no consume y el 50% si consume.
 - El 1% que consumen lo que deben: el 100% no consume suplementos.
 - El 12% que consume más de lo que debe consumir: el 100% si consume suplementos.
- ✓ Las embarazadas con obesas:
 - El 9% que consume menos de lo que debe consumir: el 67% si consume suplementos y el 33% no consume suplementos.
 - El 1% que consumen lo que deben: el 100% si consume suplementos.
 - El 6% que consume más de lo que debe consumir: el 80% consume y el 20% no consume suplemento.

En relación al consumo de suplementos hay un mayor porcentaje de embarazadas de clase baja que consumen suplementos y además tienen laboratorios normales.

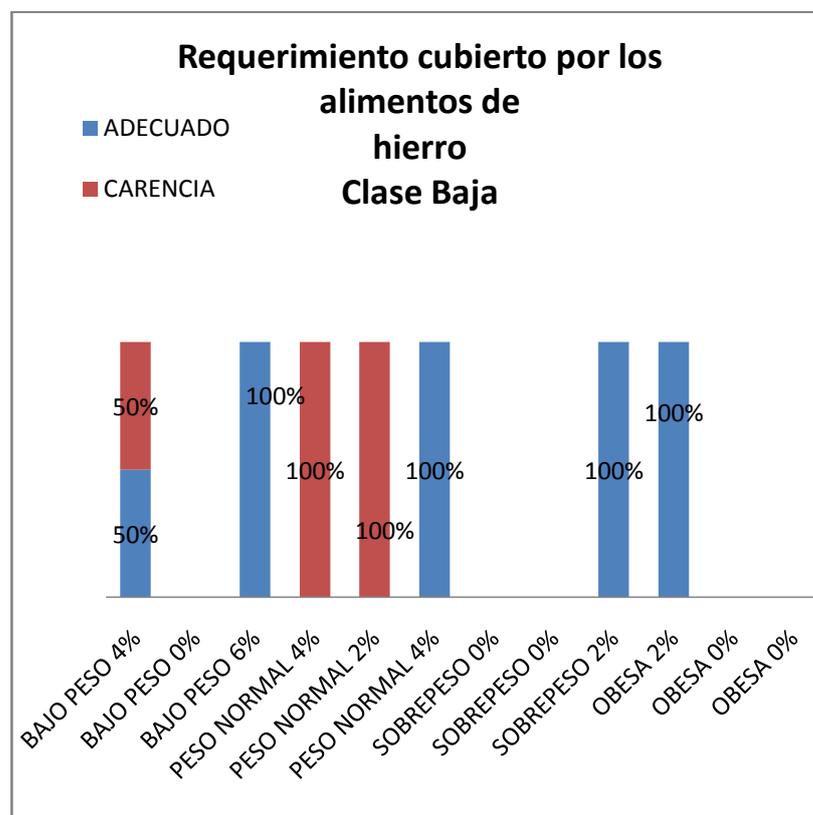
2- Los siguientes cuadros representa a las embarazadas con datos de laboratorios anormales



A continuación seguimos con el mismo criterio de clasificación que en los cuadros anteriores, pero las embarazadas tienen laboratorios anormales.

- ✓ Las embarazadas de bajo peso:
 - El 4% que consumen menos: el 100% de ellas no cubren con los requerimientos de calcio.
 - El 6% que consume más de lo adecuado: el 67% cubre con los requerimientos de calcio y el 33% no cubre con los requerimientos.
- ✓ Las embarazadas con peso normal:
 - El 4% que consume menos de lo que debe consumir: el 100% no cubre los requerimientos.
 - El 2% que consumen lo que deben: el 100% no cubre los requerimientos.
 - El 4% que consume más de lo que debe consumir: el 100% no cubre los requerimientos.
- ✓ Las embarazadas con sobrepeso:
 - El 2% que consume más de lo que debe consumir: el 100% si cubre los requerimientos.
- ✓ Las embarazadas con obesas:

- El 2% que consume menos de lo que debe consumir: el 100% no cubre el requerimiento.

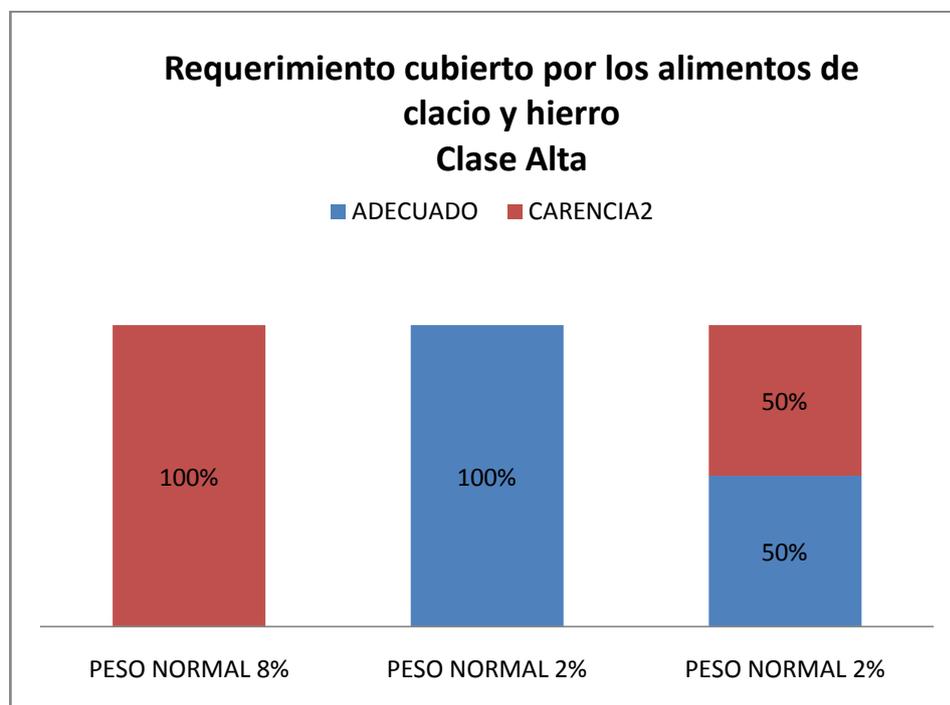


Las embarazadas que tienen laboratorios anormales, requerimiento de hierro:

- ✓ Las embarazadas de bajo peso:
 - El 4% que consumen menos: el 50% de ellas cubren con los requerimientos de hierro y el 50% no cubre.
 - El 6% que consume más de lo adecuado: el 100% cubre con los requerimientos de hierro.
- ✓ Las embarazadas con peso normal:
 - El 4% que consume menos de lo que debe consumir: el 100% no cubre los requerimientos.
 - El 2% que consumen lo que deben: el 100% no cubre los requerimientos de hierro.
 - El 4% que consume más de lo que debe consumir: el 100% cubre los requerimientos.
- ✓ Las embarazadas con sobrepeso:

“Hábitos alimentarios en mujeres embarazadas de distintos niveles socioeconómicos” de la ciudad de Eldorado, que asisten a centros de salud Públicos y Privados.

- El 2% que consume más de lo que debe consumir: el 100% cubre el requerimiento.
- ✓ Las embarazadas con obesas:
- El 2% que consume menos de lo que debe consumir: el 100% cubre los requerimientos.

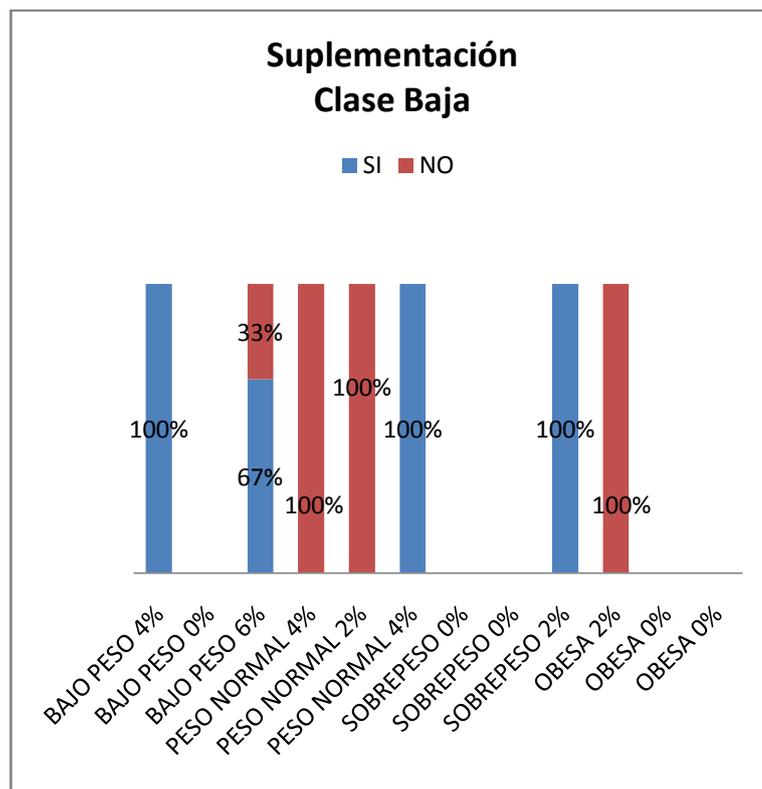


Las embarazadas que tiene laboratorio bajo se ven representadas en este cuadro, según el consumo de las alimentos y si cubren los requerimientos.

Las embarazadas con peso normal son las únicas que tienen alterado los laboratorios:

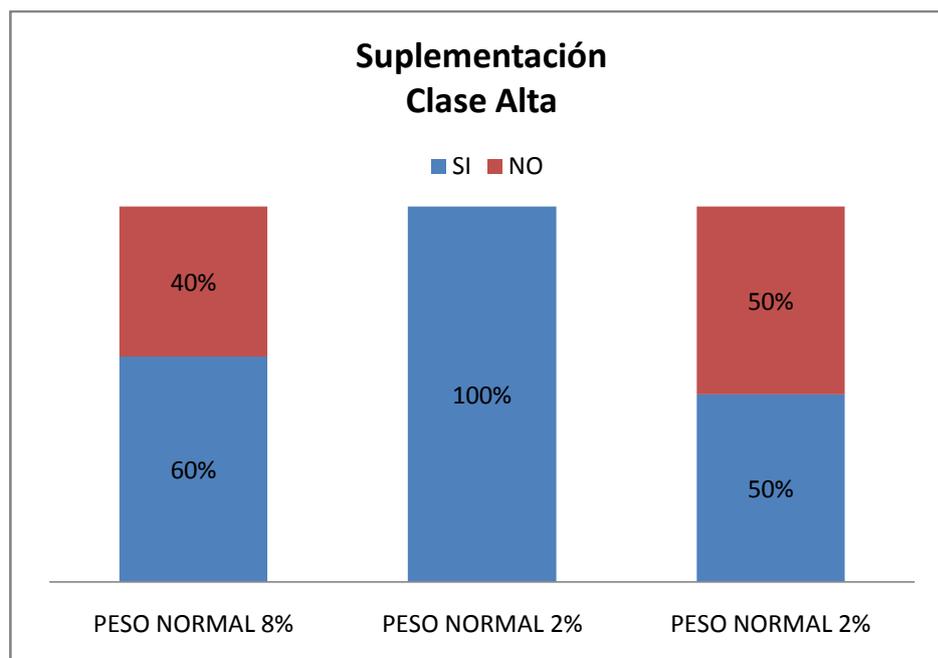
- El 8% que consume menos de lo que debe consumir: el 100% no cubre los requerimientos.
- El 2% que consumen lo que deben: el 100% cubre los requerimientos.
- El 2% que consume más de lo que debe consumir: el 50% cubre los requerimientos y el 50% no cubre los requerimientos.

Comparando estos tres cuadros que representan el requerimiento cubierto por los alimentos de calcio y hierro en ambas clase sociales y que además presentan laboratorios anormales. Vemos como la clase baja tiene mayor porcentaje de embarazadas que no cubren los requerimientos de calcio. Pero con respecto al hierro ambas clases tiene el mismo porcentaje de embarazadas con carencia.



A continuación explicamos el gráfico siguiendo con las clasificaciones de los cuadros anteriores, pero las embarazadas tienen laboratorios anormales:

- ✓ Las embarazadas de bajo peso:
 - El 4% que consumen menos: el 100% si consume suplementos.
 - El 6% que consume más de lo adecuado: el 67% de ellas consume suplementos y el 33% no consume suplementos.
- ✓ Las embarazadas con peso normal:
 - El 4% que consume menos de lo que debe consumir: el 100% no consume suplementos.
 - El 2% que consumen lo que deben: el 100% no consume suplementos.
 - El 4% que consume más de lo que debe consumir: el 100% si consume suplementos.
- ✓ Las embarazadas con sobrepeso:
 - El 2% que consume más de lo que debe consumir: el 100% si consume suplementos.
- ✓ Las embarazadas con obesas:
 - El 2% que consume menos de lo que debe consumir: el 100% no consume suplementos.

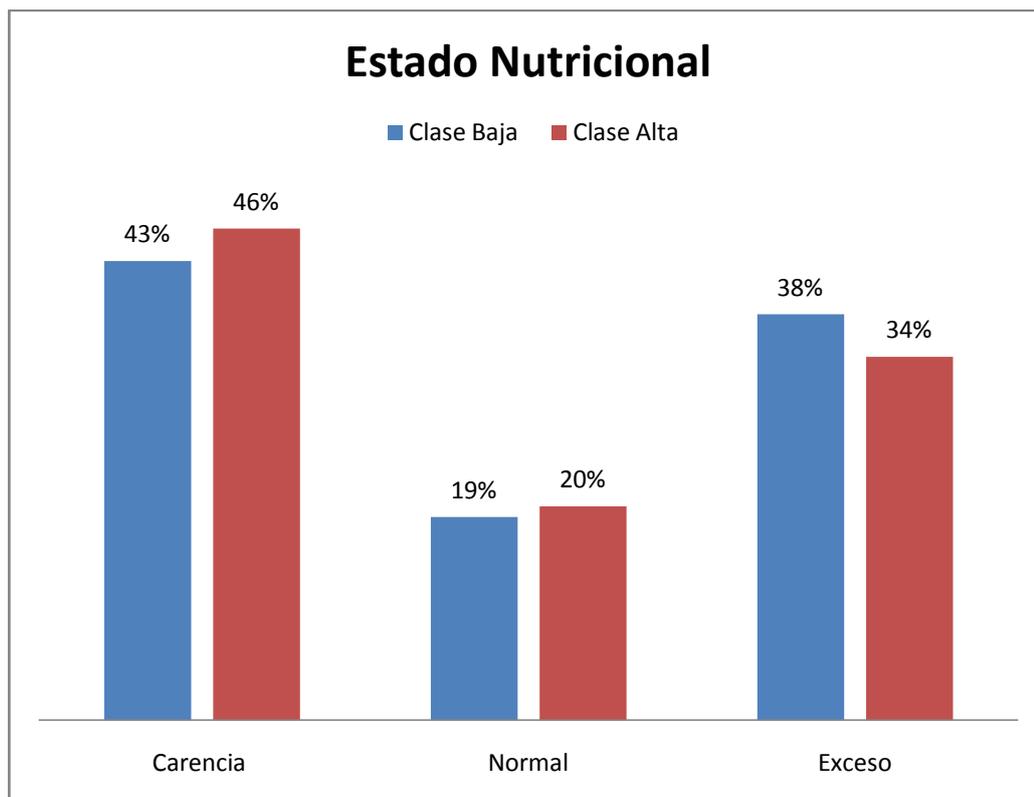


Las embarazadas que tiene laboratorio bajo se ven representadas en este cuadro, según el consumo de suplementos y el consumo de los alimentos.

Las embarazadas con peso normal con laboratorios anormales:

- El 8% que consume menos de lo que debe consumir: el 40% no consume y el 60% si consume suplementos.
- El 2% que consumen lo que deben: el 100% si consume suplementos.
- El 2% que consume más de lo que debe consumir: el 50% si consume y el 50% no consume suplementos.

Los cuadros representaron que la clase baja tiene mayor porcentaje de mujeres que consumen suplantación, pero igualmente continúan con laboratorios bajos.

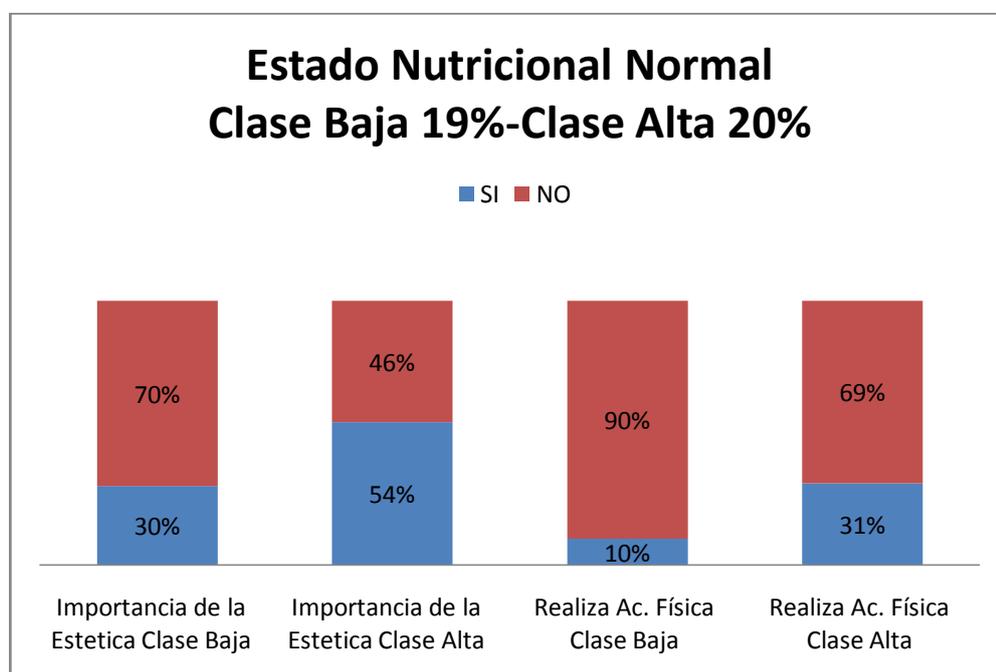
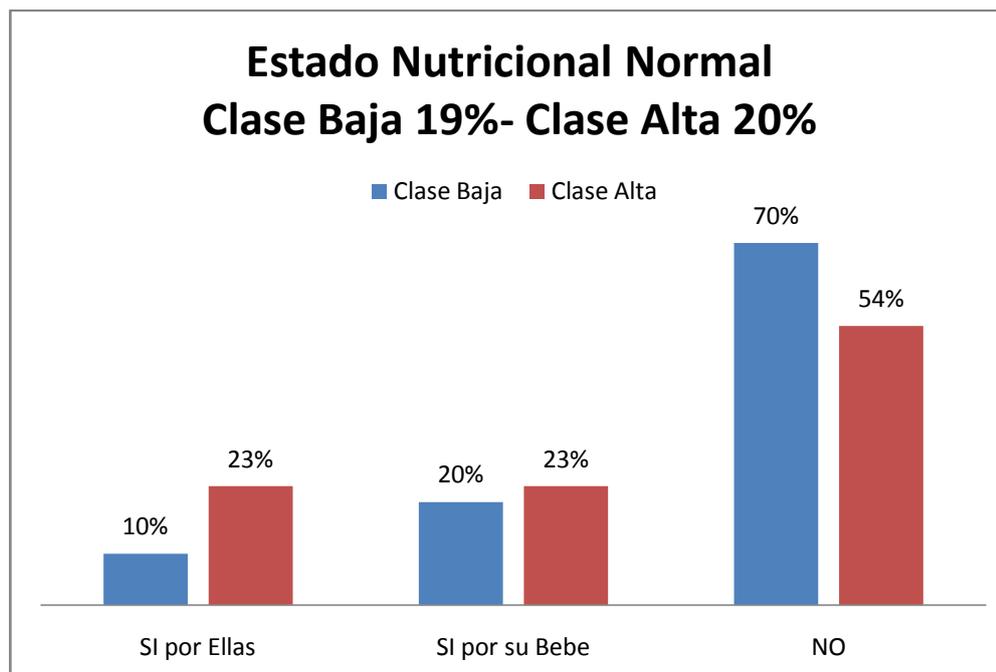


Para determinar el estado nutricional de las embarazadas tuvimos en cuenta el IMC actual, datos de laboratorio, consumo de alimentos (cantidad) y requerimiento de micronutrientes.

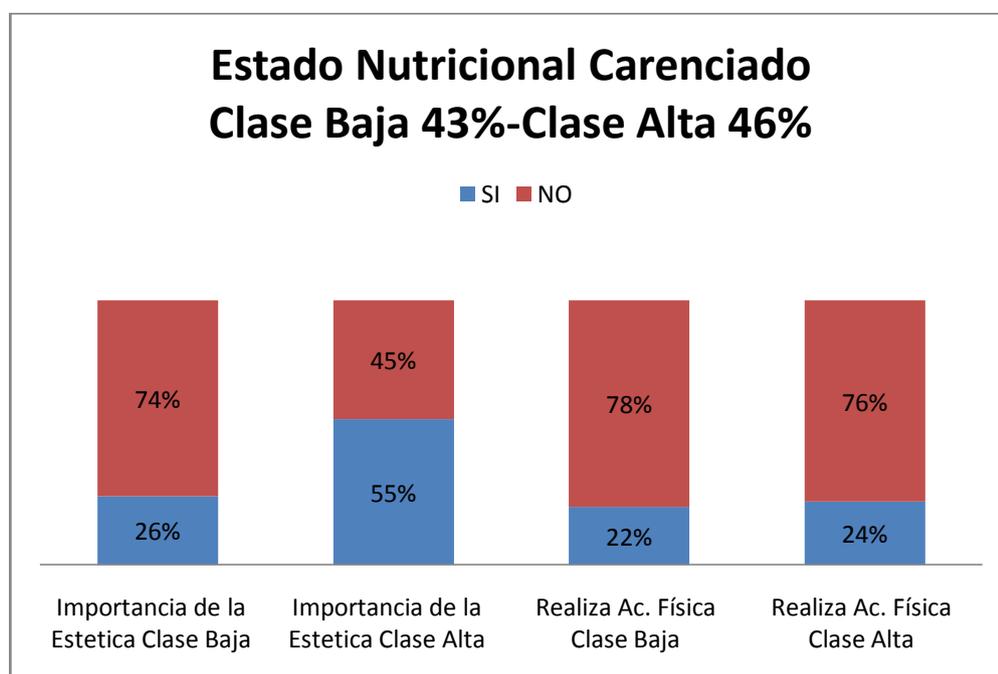
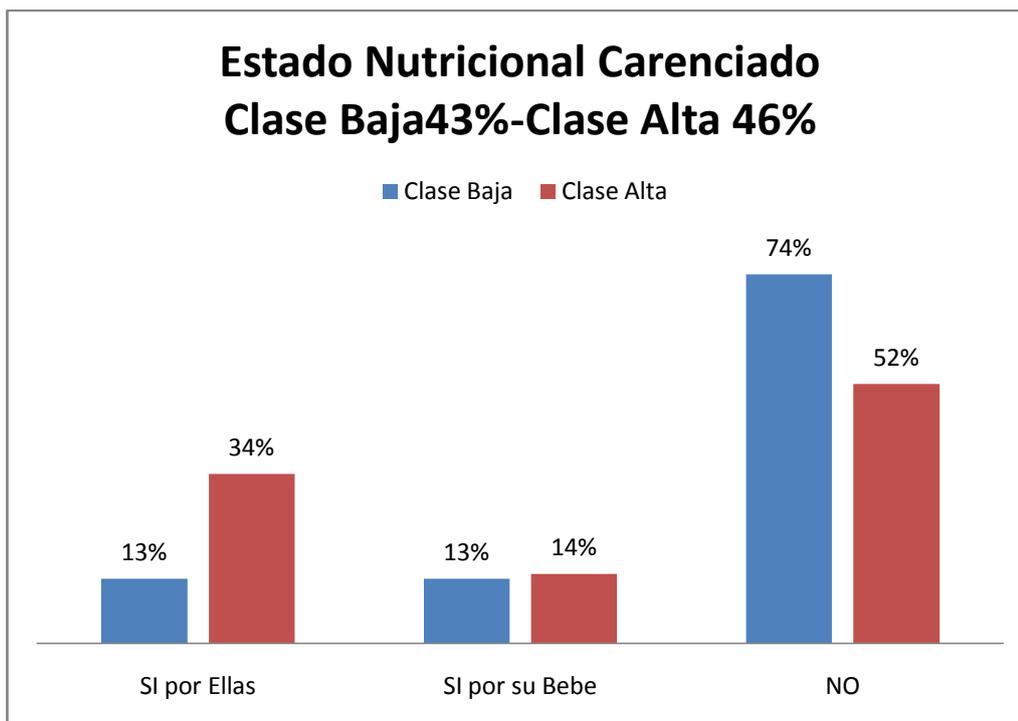
Las embarazadas de clase baja, el 19% tiene un estado nutricional normal, el 43% tiene un estado nutricional en carencia y el 38% tiene una estado nutricional en exceso.

En cambio en la clase alta, el 20% tiene un estado nutricional normal, el 46% superando a la clase baja tiene un estado nutricional en carencia y el 34% tiene un estado nutricional en exceso, siendo menor que la clase baja.

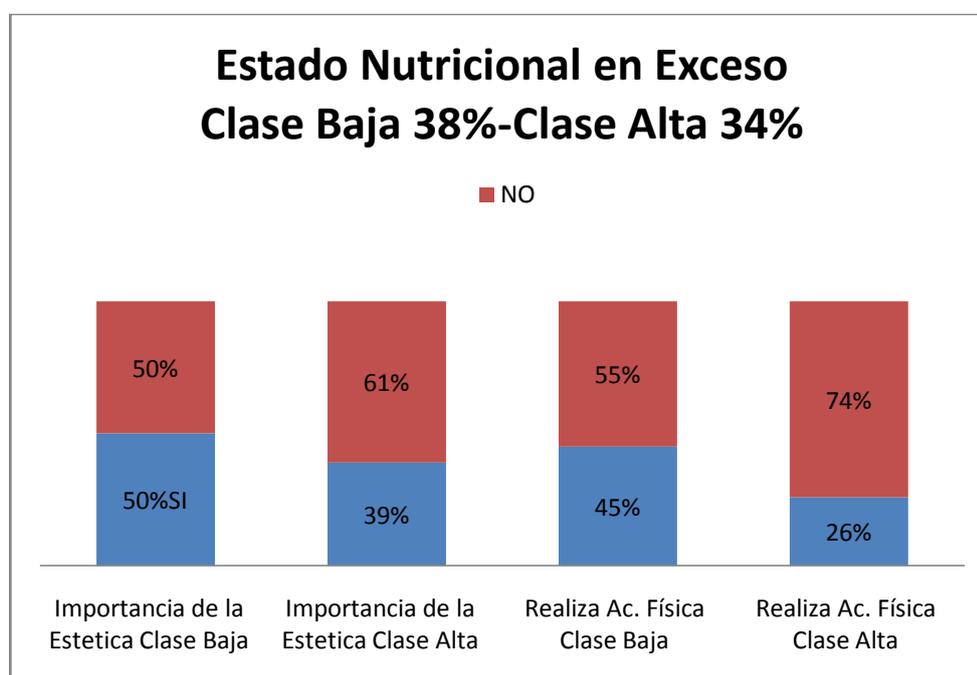
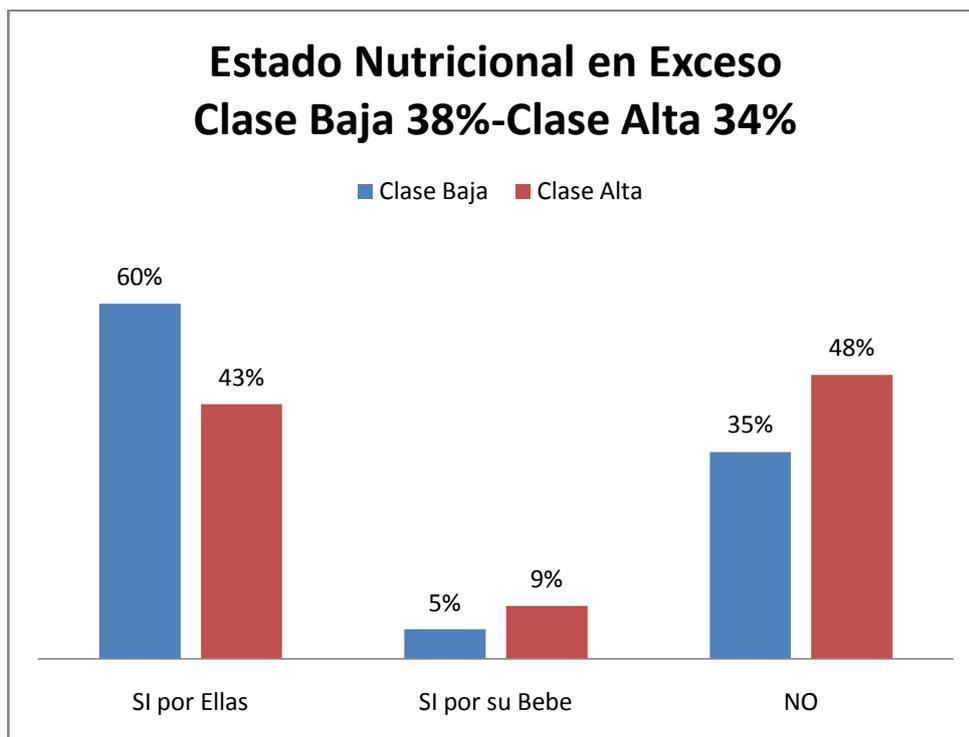
Teniendo en cuenta el cuadro anterior del estado nutricional, derivamos estos cuadros, en el cual comparamos el estado nutricional de la embarazadas con las respuestas que ellas dieron con respecto a las preguntas ¿le preocupa el aumento de peso en el embarazo? ¿le importa su estética? Y ¿realiza actividad física?.



Vemos como hay un mayor porcentaje de las mujeres de clase alta que le preocupa el aumento de peso por ellas, su estética y por la salud su bebe, y que además realizan actividad física. En cambio la clase baja tiene menores porcentajes en todas las respuestas, que la clase alta.

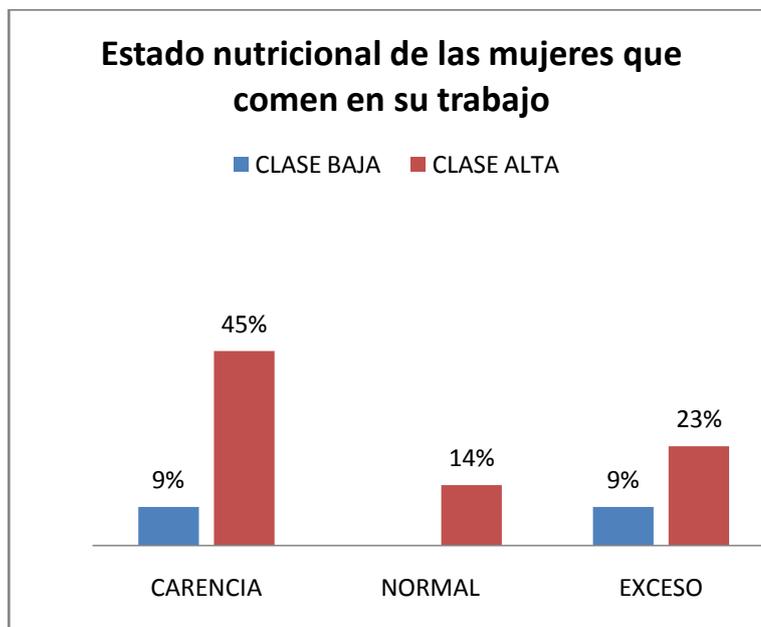


Los cuadros nos representan que las embarazadas de clase alta con carencia nutricional le importan mucho más el aumento de peso durante el embarazo por ellas y su estética, que la clase baja. Y prácticamente están igualadas en el interés del aumento de peso por el daño que le puede hacer a su bebe y la cantidad de mujeres que realizan actividad física.

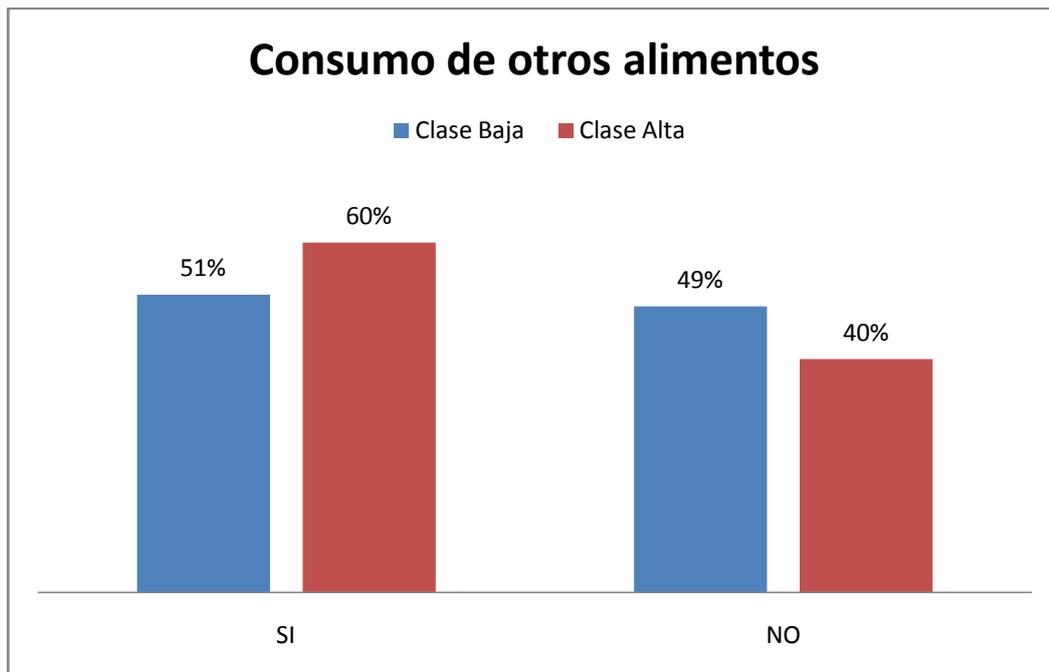


La diferencia que se puede ver en este cuadro entre las clases sociales, es que a la clase baja le interesa más a las embarazadas el aumento de peso por ellas y su estética, y además realizan más mujeres actividad física que la clase alta. Pero la clase alta solamente por un 4% de diferencia, sobre la clase baja, tiene con respecto a la importancia de la salud de su bebe.

Del total de las embarazadas el 21% trabajan. En este grafico diferenciamos el estado nutricional de las embarazadas de las distintas clases sociales que trabajan, pero que realizan alguna de las comidas allí.



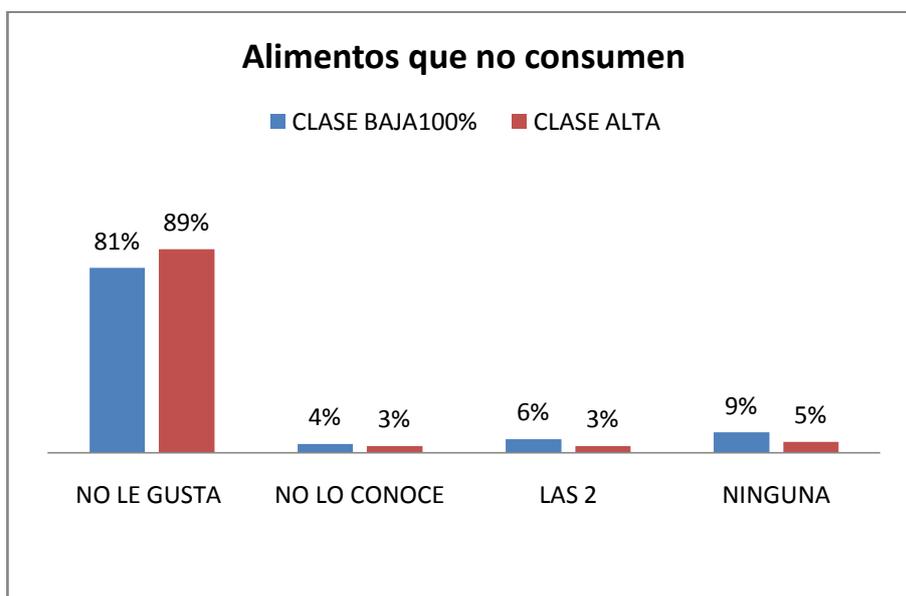
Vemos que hay mayor cantidad de embarazadas que tienen un estado nutricional carenciado, pero la clase alta supera por un 36% más a la clase baja. Continúa la superación de la clase alta, con respecto al estado nutricional en exceso, ya que supera en un 14% más a la clase baja. Y solamente la clase alta tiene 14% de embarazadas que tiene un buen estado nutricional.



De todos los alimentos que nombre en las encuestas el 51%, de la clase baja, expreso que consumir otros alimentos.

De todos los alimentos que nombre en las encuestas el 60%, de la clase alta, expreso que consumir otros alimentos.

Ambas clase nombraron que los otros alimentos que consumen son: frutas de estación, verduras, bebidas saborizadas y jugos en sobres, mate y terere.

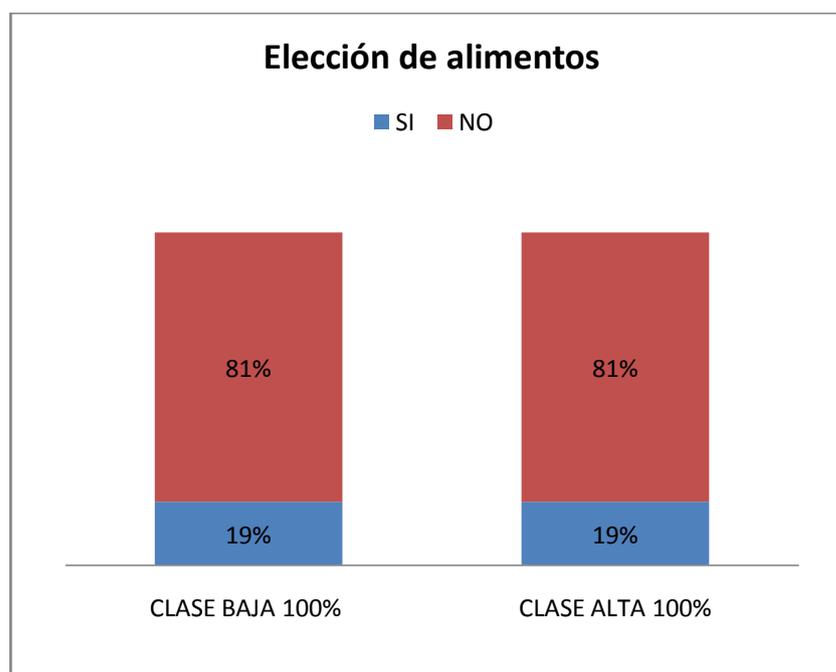


Este grafico representa y compara a las 2 clase sociales, con respecto a la respuesta de la pregunta ¿de aquellos alimentos que me marcaron que no consume, es porque no le gusta o porque no lo conoce?.

El 89% de la clase alta contestó que es porque no le gusta contra el 81% de la clase baja. En cambio cuando contesta que es porque no conocen supera la clase baja con un 4% comparado al 3% de la clase alta.

Nuevamente la clase baja supera a la clase alta contestando que no consume porque no conoce y porque no le gusta un 6% contra un 3%.

Con respecto a las embarazadas que no contestaron nada, 9% de la clase baja contra el 5% de la clase alta.



Este gráfico expresa si en el momento que las embarazadas van a comprar un alimento se fijan en las calorías, si es light o diet, si lee el rótulo nutricional. Ambas clases están igualadas en un 19%, con respecto a que se fijan en los rótulos nutricionales.

XI-CONCLUSIÓN

Para concluir con la hipótesis planteada podemos decir que los planes nutricionales son individuales y no colectivos, debido a que las personas tienen estilos de vidas, hábitos alimentarios, situación biológica y estado fisiológico diferentes, además de su situación económica.

Por eso podemos decir que al ser correcta la alimentación de la embarazada, el número de complicaciones durante el parto y después del mismo, es mucho menor que en las mal alimentadas. También es menor el número de recién nacidos muertos o que mueren después del parto.

Focalizándonos en nuestra investigación la mayoría de las embarazadas practican una religión y las mismas afirmaron que no influye en su alimentación, es por ello que podemos decir que la misma no condiciona su alimentación.

La nacionalidad si es un factor a tener en cuenta en los hábitos alimentarios, ya que las embarazadas pertenecientes a otros países afirmaron que siguen con sus costumbres.

Cuando observando ambas clases sociales podemos establecer según el IMC de las mujeres con el que comenzaron el embarazo con relación al IMC actual, que una pequeña cantidad bajó su IMC (para mal), otra proporción subió su IMC (para mal) y la mayoría mantuvo el IMC. Pero diferenciando las clases sociales percibimos que la clase alta tiene una mayor porción de embarazadas que mantuvieron su IMC y que bajaron su IMC (para mal); pero la clase baja tiene una mayor proporción de embarazadas que bajó el IMC (para bien), que subió su IMC (para bien) y las que subieron su IMC (para mal); sin superar estas porciones a la clase alta que mantiene su IMC.

En el análisis de los datos de laboratorio ambas clases sociales tienen una mayor proporción de embarazadas con laboratorios normales y entre las clases sociales con laboratorios bajos, supera la clase baja en porcentaje.

En el momento de comparar las clases sociales según el requerimiento cubierto por su alimentación de los micronutrientes, distinguimos una disputa, hay una porción más generosa de clase alta que cubre los requerimientos de calcio y en cambio la mayor porción de embarazadas de clase baja cubre los requerimientos de hierro.

En relación al consumo de suplementos hay un mayor porcentaje de embarazadas de clase baja que consumen suplementos, sin tener en cuenta los datos de laboratorio.

Cuando hablamos del consumo de alimentos la mayoría de las embarazadas consumen más de lo que deberían consumir. Realizando de cuatro a cinco comidas, las cuales en su mayoría las realizan en su casa y una minoría en el trabajo.

Observamos que en promedio la clase alta destina \$3000 mensuales para los gastos de alimentación y la clase baja solo \$1300, una diferencia de \$1700, sin tener en cuenta el número de personas que forma cada familia. La clase baja no llega a la canasta básica (\$1900) según el promedio obtenido.

Según los datos obtenidos, apreciamos que en ambas clases la menor porción tiene un estado nutricional normal, otra porción de embarazadas tiene un estado nutricional excedido y la mayor porción de embarazadas tienen carencia nutricional.

El factor por el que nosotros realizamos esta investigación, es la importancia que le brinda la mujer sobre su cuerpo durante el embarazo, llevándola a modificar sus hábitos alimentarios y estilo de vida. Y como el mismo modifica según su estado nutricional.

Teniendo en cuenta el estado nutricional de la embarazada y según la influencia que tiene en ella el aumento de peso y su estética en el embarazo, la mayor fracción de aquellas embarazadas con un estado nutricional “adecuado” planteó que le importa la estética y la salud de su bebe. En cambio en su mayoría, las embarazadas con estado nutricional “carenciado” y en “exceso” planteo que le importa más su estética y el aumento de su peso. Comparando las clases sociales, las embarazadas con estado nutricional “adecuado” y “carenciados” de clase alta superan en proporción a la clase baja, con respecto a la importancia que le dan a la estética y al aumento de su peso. En cambio la mayor porción de embarazadas de clase baja con un estado nutricional en “exceso” se preocupan por su estética y el aumento de peso por como se ven y como se verán.

La minoría de la embarazadas de clase alta que trabajan tienen un estado nutricional normal, otra porción tiene estado nutricional en exceso y el mayor porcentaje de embarazadas tiene un estado nutricional carenciado. En cambio las embarazadas con estado nutricional carenciado y en exceso de la clase baja están igualadas en proporción. En su mayoría las embarazadas prefieren no consumir ciertos alimentos porque no le gusta; y que no se fijan en los rótulos nutricionales en el momento de la elección de un alimento para el consumo.

En esta investigación demostramos que la condición económica influye en los hábitos alimentarios y el estado nutricional de las embarazadas, así como también la

nacionalidad y la moda. Ya que la mayoría de ellas con estado nutricional adecuado, de clase alta se preocupa por su estética, pero no es un factor menor en la clase baja.

Igualmente podemos decir que las embarazadas de clase alta en su mayoría tienen un estado nutricional adecuado. Sin embargo, las de clase baja modificaron su IMC, acercándose al normal, lo cual no indica que hayan mejorado su estado nutricional.

Sugerimos a las mujeres embarazadas que con hábitos alimentarios y estilos de vida adecuados (buena alimentación, actividad física adecuada para embarazadas, sin adicciones, evitar cualquier obsesión) podrán disfrutar de un embarazo sin complicaciones, tanto para ella como para el bebé. Además de conservar y lograr una figura deseada después del embarazo, ya que el mismo es transitorio. Considerando que la figura deseada por la sociedad no siempre es el ideal o saludable.

XII-BIBLIOGRAFÍA

LIBROS:

- Longo, E. N. & Navarro, E. (2004) Técnica dietoterápica. 2ª ed.- 3ªreimprecion.Buenos Aires: el Ateneo.
- López, L. B. & Suárez, M. M. (2009). Alimentación Saludable.1ª.ed.-Buenos Aires: Hipocratico S.A.
- López, L. B. & Suárez, M.M. (2003). Fundamentos de Nutrición Normal. 1ª. ed., 1a. reimpresión Buenos Aires: el Ateneo.
- Navarro, A, Critaldo, P, Andreatta, M., Muñoz, S., Diaz, M., Lantieri, A. &Eynard, A.(2007). Atlas de Alimentos. 1ª ed. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Torresani, M. E. & Somoza, M. I. (2009). Lineamientos para el cuidado nutricional. -3ª.ed.-Buenos Aires: Eudeba.
- Mahan, L. K. & Stump Sylvia E.(2008). Dietoterapia de Krause-12ª. ed.- Barcelona: Masson.

PAGINAS WWW:

- Alvarez R.F., Lucía C. G., Blanco de Almonte R.& Romeo de León. Los hábitos de alimentación de la madre Dominicana durante et embarazo y la Lactancia. Recuperado: <http://www.bvs.org.do/revistas/adp/1975/11/02/ADP-1975-11-02-108-112.PDF.PDF> disponible el 10/09/2012
- Artazcoza,L. B.D., Borrilla, C.B., Muntanere C. &Rohlfsb, I. C.(4 /12/ 2003). Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. Recuperado: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000500010&script=sci_arttext&tlng=edisponible el 24/08/2012
- Desarrollado por 27Sur (23/01/2012). Cuanto hay que ganar para ubicarse en algún escalón de la “clase media”. Recuperado: <http://www.reginnortegrnde.com.ar/?noticia=20182> disponible el 16/09/2012.
- Gabilondo, D. Miguel Ángel Ramos & Prieto, D. Javier Garcés. Estética corporal, imagen y Consumo en castilla-la mancha. Recuperado: <http://www.uclm.es/centro/cesco/pdf/trabajos/22/2011/22-2011-1.pdf> visto el 15/11/2012
- Generalitat de catalupya. Departament de Sanitat.Seguretat Social.8. PRUEBAS DE LABORATORIO DURANTE EL EMBARAZO. Recuperado:

<http://es.scribd.com/doc/13620129/Valores-de-Laboratorio-en-el-Embarazo>
disponible el 15/09/2012

- Jiménez, B. S, Nakash, M. B. , Sámano, R., Rivera, I. P.& Perera, O. P. Factores socioculturales y del entorno que influyen en las prácticas alimentarias de gestantes con y sin obesidad. (2010).Recuperado: http://www.respyn.uanl.mx/xi/2/articulos/factores_socioculturales.htm visto el 12/10/2012
- Muñoz, J. M., Poveda, A. M., Herrera, F. J., Anglada, T.V.& Martí, D.B.Representaciones del cuerpo en el embarazo. Experiencias de las mujeres. (2009).Recuperado:<http://www.federacion-matronas.org/rs/616/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/5ae/filename/vol10n3pag5-10.pdf> disponible el 18/08/2012.

ANEXO

ENCUESTA

Nombre y Apellido: _____

Edad:

Altura:

Peso:

¿Religión? _____ ¿influye en su alimentación? Si No

¿Nacionalidad? _____ ¿influye en su alimentación? Si No

¿Usted cuenta con trabajo? Si No

¿Su marido cuenta con trabajo? Si No

Ingreso mensual total por la familia:

*1.900 *4.100 *7.900

*3.100 *6.600 *22.200

¿Los ingresos económicos de la familia mensuales, son suficientes para sus gastos de supervivencia? Si No

¿Cuanto dinero estima para sus alimentos? _____

¿Cuántas personas comen diariamente en su casa? _____

¿Cuánto tiempo de embarazo ____ meses ó ____ semanas llevaba?

¿Cual era su peso antes de quedar embarazada? _____ kg. No sabe

¿Posee alguna enfermedad relacionada al embarazo?

Si No No sabe

Si es Si ¿Cuál es? *HTA *Diabetes *Eclampsia *otras _____

¿Posee alguna enfermedad que no este relacionada al embarazo?

Si No

Si es Si, ¿cual? _____

¿Consume Hierro? Si No

¿Usted consume ac. Fólico? y previo al embarazo también?

Si No Si No

¿Ha cambiado su manera de alimentarse desde que quedo embarazada?

Si No

Si es si, ¿Cómo? _____

¿Le preocupa el aumento de peso durante el embarazo? Si No

¿Por qué? _____

¿Teniendo en cuenta que en el embarazo aumenta de peso, le importa su estética? Si No

¿Realiza actividad física con el embarazo? Si No

¿Durante una semana, donde come la mayoría de las comidas?

COMIDAS	Casa	Trabajo	Universidad	Restaurantes	Otros
Desayuno					
Almuerzo					
Merienda					
Cena					
Colación					

Consumo semanal de los alimentos:

Alimento	Come SI/NO	Porción (cantidad)	Nº de porciones por semana	Tipos de preparación
Leche				
*Entera				
*Descremada				
Yogur				
*Entera				
*Descremada				
Queso				
*Entera				
*Descremada				
Carne				
*vaca				
*pollo				
*pescado				
#río				
#mar				
#enlatados				
*viseras				
*embutidos				
Huevo				
Hortalizas A				
*acelga				

“Hábitos alimentarios en mujeres embarazadas de distintos niveles socioeconómicos” de la ciudad de Eldorado, que asisten a centros de salud Públicos y Privados.

*lechuga				
*berenjena				
*tomate				
*zapallitos				
*espinaca				
Hortalizas B				
*cebolla				
*remolacha				
*zanahoria				
*zapallo				
Hortalizas C				
*Papa				
*batata				
*choclo				
*mandioca				
Frutas				
*cítricos				
*manzana				
*banana				
*pera				
*durazno				
*ciruelas				
Cereales				
*pastas simples				
*pastas rellenas				
*polentas				
*arroz				
Pizza				
Empanadas				
Legumbres				
*secas				
*enlatadas				

“Hábitos alimentarios en mujeres embarazadas de distintos niveles socioeconómicos” de la ciudad de Eldorado, que asisten a centros de salud Públicos y Privados.

Pan				
Galletitas				
*saladas				
*dulces				
Dulces de leche				
Mermeladas				
Manteca				
Margarina				
Aceite				
Golosinas				
Te				
Café				
Chocolatadas				
Azúcar				
Sal				
Caldos				
Aderezo				
Gaseosas				
Cerveza				
Vino				
Agua				

Además de los alimentos nombrados en esta lista, ¿consume otros alimentos? Si No

Si es Si, como cual _____

Los alimentos que No consume:

*No los consume porque no le gusta **Si**

*No los consume porque no los conoce **Si**

Datos de laboratorio

Hemoglobina _____

Hematocrito _____

Glóbulos blancos _____

Glóbulos rojos _____

Glucemia _____

PORCIONES DE ALIMENTOS

LACTEOS

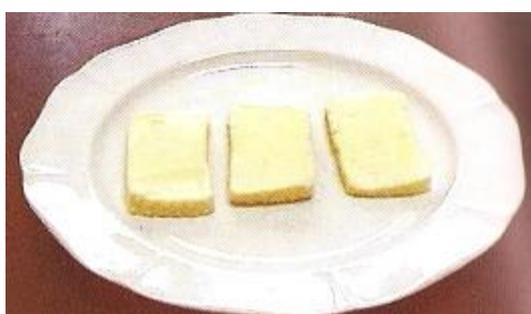


Vaso y Tasa 200cc de leche

	Entero	Descremado
-Calcio:	246mg	240mg
-Hierro:	0.14mg	0.16mg

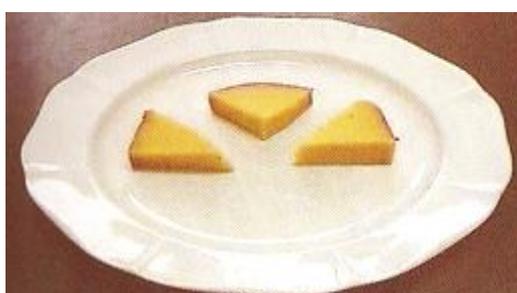
Yogur 200cc

-Calcio:	250mg	220mg
-Hierro:	0.20mg	0.18mg



Queso cremoso 30g cada feta

	Entero	Descremado
-Calcio:	177mg	210mg
-Hierro:	----	----



Queso cáscara colorada 20g

	Entero
-Calcio:	208mg
-Hierro:	0.52mg

Queso rallado 1cuchara sopera 20g

-Calcio:	200mg
-Hierro:	----

CARNES



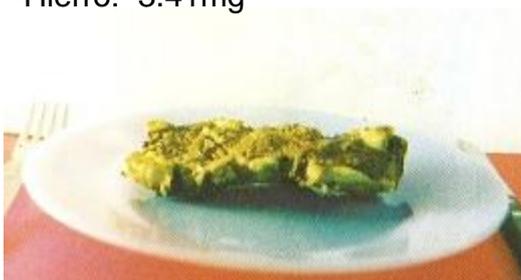
Carne magra (bife) 110g

-Calcio: 13.2mg
-Hierro: 3.41mg



Carne grasa (costeleta) 190g

-Calcio: 15.2mg
-Hierro: 3.21mg



Asado de tira (costilla) 130g

-Calcio: 11.7mg
-Hierro: 2.86mg



Carne grasa puchero (ossobuco) 90g

-Calcio: 9.9mg
-Hierro: 2.52mg



Pollo con piel 270g

-Calcio: 29.7mg
-Hierro: 2.97mg



Pescado (sardina) 90g

-Calcio: 297mg
-Hierro: 2.43mg

Pata 170g

-Calcio: 18.7mg
-Hierro: 1.87mg

Filet de pescado (mediano) 120g

-Calcio: 39.6mg
-Hierro: 1.2mg

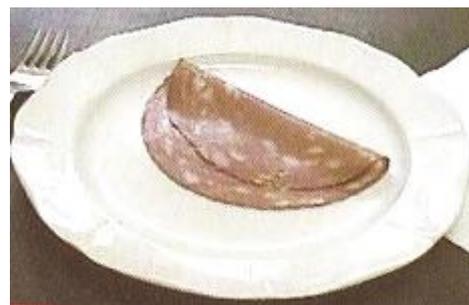
Pechuga 320g

-Calcio: 35.2mg
-Hierro: 3.52mg



Atún enlatado 60g

-Calcio: 4.2mg
-Hierro: 0.72mg



Embutidos (mortadela) 75g

-Calcio: 15.6mg
-Hierro: 0.54mg

Huevo 1 unidad 50g

-Calcio: 27mg
-Hierro: 1.15mg

VERDURAS



Acelga 180g

-Calcio: 129.6mg
-Hierro: 9.54mg

Espinaca 180g

-Calcio: 167.4mg
-Hierro: 5.58mg



Lechuga 70g

-Calcio: 11.2mg
-Hierro: 0.28mg



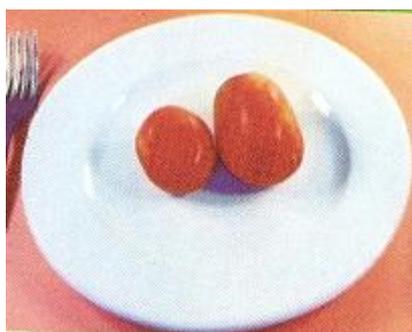
Berenjena 250g

-Calcio: 30mg
-Hierro: 1.75mg

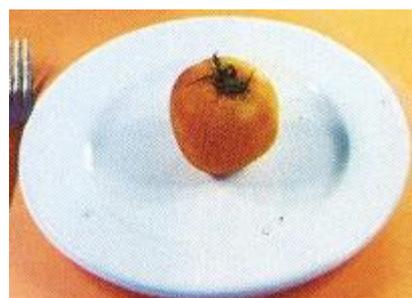


Zapallito 170g

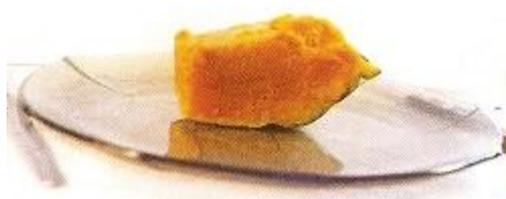
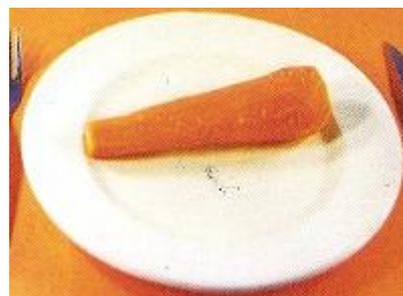
-Calcio: 37.4mg
-Hierro: 0.85mg



Tomate 140g
-Calcio: 19.6mg
-Hierro: 0.7mg



Zanahoria 140g
-Calcio: 47.6mg
-Hierro: 1.26 mg



Zapallo 140g
-Calcio: 44.8mg
-Hierro: 3.22mg



Zapallo (puré) 300g
-Calcio: 96mg
-Hierro: 6.9mg



Papa 170g
-Calcio: 10.2mg
-Hierro: 1.36mg



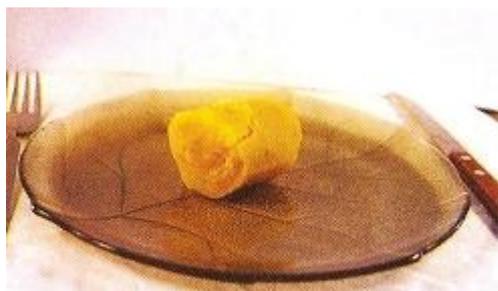
Papa (puré) 170g



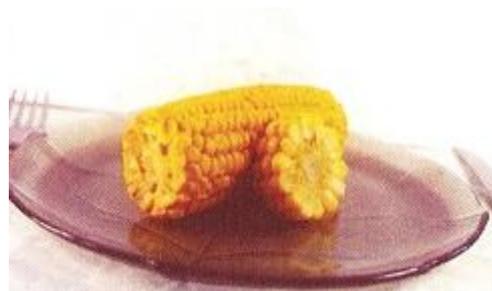
Papa frita 170g



Remolacha 70g
-Calcio: 11.2mg
-Hierro: 0.49mg



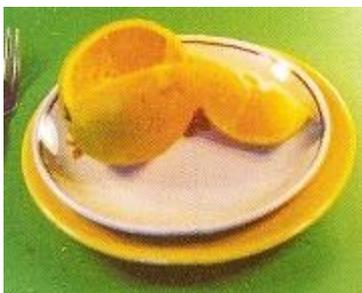
Batata puré 110g
-Calcio: 18.7mg
-Hierro: 1.32mg



Choclo 210g
-Calcio: 84mg
-Hierro: 2.31mg

Cebolla 1 unidad 100g
-Calcio: 31mg
-Hierro: 0.5mg

FRUTAS



Naranja 150g
-Calcio: 51mg
-Hierro: 1.05mg



Mandarina 150g
-Calcio: 49.5mg
-Hierro: 0.45mg



Manzana 180g
-Calcio: 1.08mg
-Hierro: 12.6mg



Pera 240g
-Calcio: 24mg
-Hierro: 0.72mg



Banana 100g
-Calcio: 6mg
-Hierro: 0.3mg



Ciruela 90g
-Calcio: 7.2mg
-Hierro: 0.36mg



Durazno 200g
-Calcio: 24mg
-Hierro: 2.2mg



Durazno (lata) 200g
-Calcio: 32mg
-Hierro: 4.2mg

CEREALES



Arroz (blanco) 85g
-Calcio: 6.8mg
-Hierro: 0.76mg



Pasta simple 100g
-Calcio: 6mg
-Hierro: 2.8mg



Pasta simple con salsa 100g
-Calcio: 44.8mg
-Hierro: 3.22mg



Capellettinis(10-12 unidades) 100g
-Calcio: 31.8mg
-Hierro: 1mg



Ñoquis(10-12 unidades) 100g
-Calcio: 16.5mg
-Hierro: 0.83mg



Ravioles (11 unidades)100g
-Calcio: 36.7mg
-Hierro: 1.06mg



Polenta 85g
-Calcio: 10.2mg
-Hierro: 2.21mg



Pizza Piedra (1 unidad) 60g
-Calcio: 420mg
-Hierro: 0.6mg



Empanadas(1 unidad) 100g

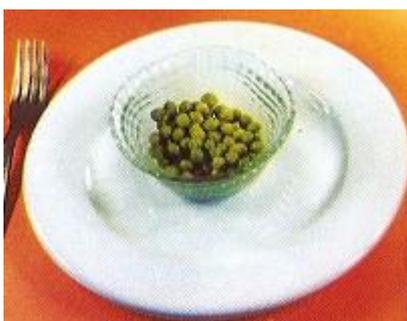
LEGUMBRES



Porotos 100g
-Calcio: 144mg
-Hierro: 7.8mg



Lentejas 70g
-Calcio: 55.3mg
-Hierro: 4.7mg



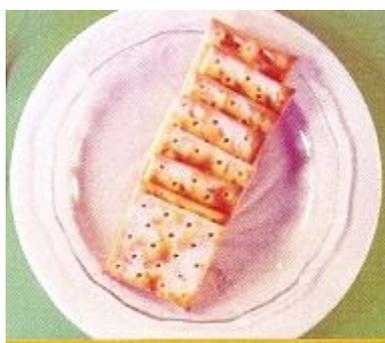
Arvejas 50g
-Calcio: 12mg
-Hierro: 0.9mg



Pan blanco (las 4 rebanadas)80g



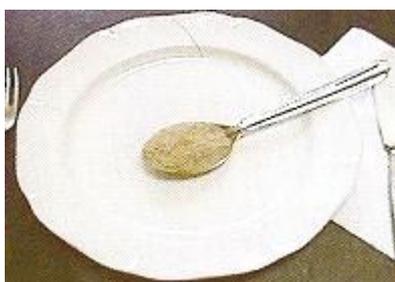
Pan de salvado(los 3 pancitos)100g



Galletitas saladas (6 unidades) 50g
-Calcio: 44mg
-Hierro: 3.43mg



Galletitas Dulces 80g
-Calcio: 27mg
-Hierro: 3.21mg



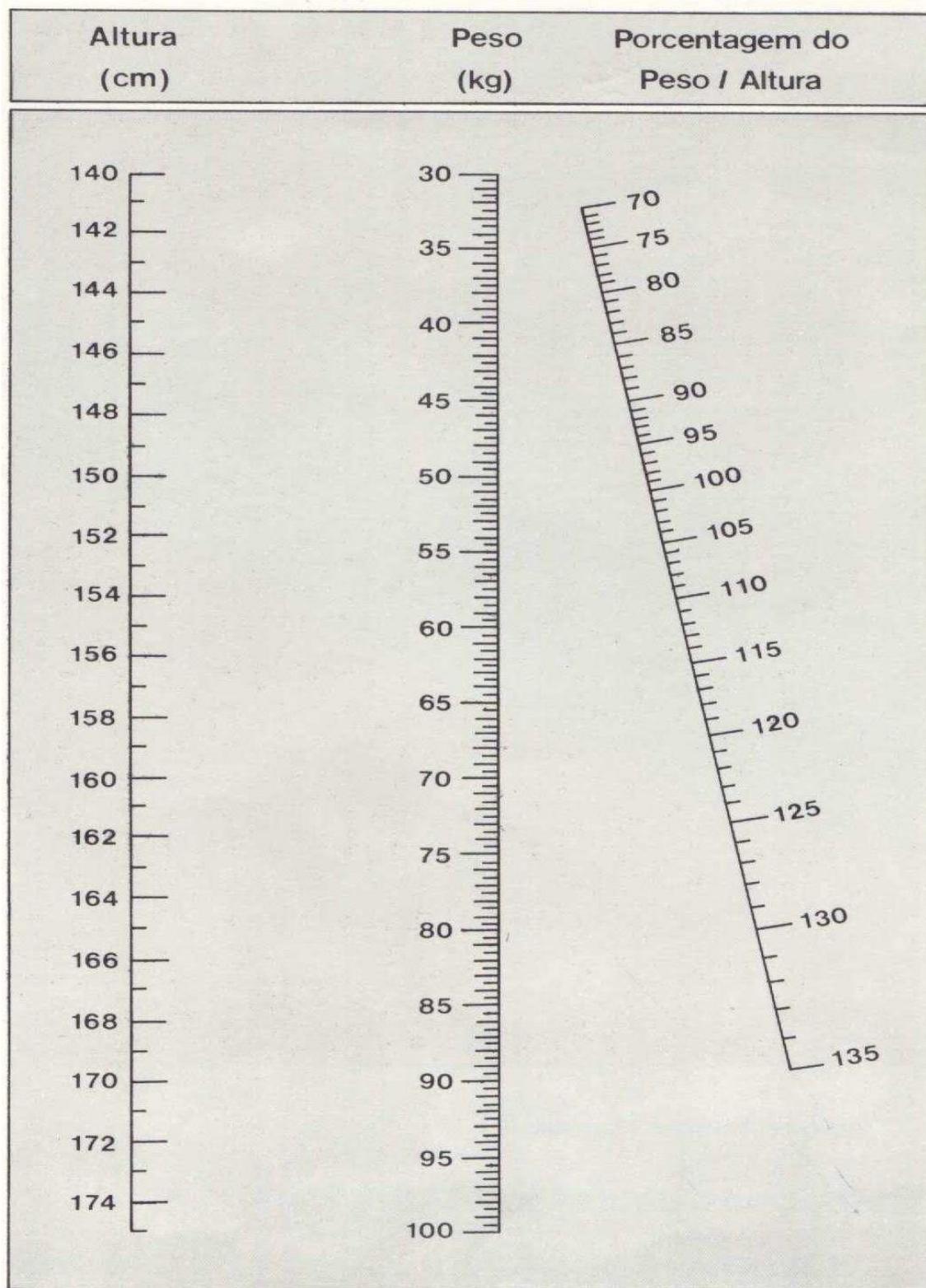
“Hábitos alimentarios en mujeres embarazadas de distintos niveles socioeconómicos” de la ciudad de Eldorado, que asisten a centros de salud Públicos y Privados.

Alimentos	1 cucharadita de te en gramos	1 cucharada sopera en gramos	Calcio (mg)	Hierro (mg)
Dulce de Leche		15	48.3	0.04
Mermelada		15	4.5	4.5
Manteca		18	2.7	0.2
Margarina		15	7.27	1.8
Aceite	5	15	1.72	8.17
Azúcar	5	15	0.01	
Café		8		
Chocolatada		15		
Te saquito		1.5		0.37
Aderezos				
Mayonesa		15		
Ketchup		15	52.95	
Sabora		15	187.8	0.3



1 vaso 200cc

FÓRMULA PARA OBTENER EL IMC EN EL EMBARAZO



**CURVA ALTURA UTERINA/IDADE GESTANCIONAL
(PARA O ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO FETAL)**

