

Creencias, Percepciones y Prácticas Sobre Nutrición en el Embarazo

Gonell J, Martínez N, Castellanos DJ, Martínez HJ, Pierre J.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La nutrición es multidimensional y su estudio actualmente es una herramienta que permite examinar su relación con ciertas enfermedades crónicas. Ya que la malnutrición materna se asocia a un mayor riesgo de morbimortalidad tanto materna como infantil, es de gran importancia conocer todos los factores que influyen en la alimentación de las gestantes, incluyendo las prácticas, creencias y percepciones, además variables sociodemográficas que pueden intervenir en la misma.

OBJETIVOS: Conocer las prácticas, creencias y percepciones actuales sobre nutrición en el embarazo y su relación con variables sociodemográficas de las gestantes que asisten a consulta prenatal del HRUJMCB.

POBLACIÓN Y MÉTODOS: Estudio mixto descriptivo transversal, realizado mediante cuestionarios y dos grupos focales. La población estudiada fueron 237 embarazadas de la consulta prenatal del HRUJMCB.

RESULTADOS: En la presente investigación las gestantes en mayor cantidad entrevistadas fueron de 18-23 años, en unión libre con 84.2% de Práctica alimentaria no saludable (PANS), de nivel educacional medio 86.6% tuvieron PANS, amas de casa 85.9% tuvieron PANS y urbanas 86.5% tuvieron PANS. En la fase cualitativa se observaron creencias y percepciones influenciadas por su cultura, por las enseñanzas de los antepasados, pero sobre todo buscaban mejorar su salud y la del bebé.

CONCLUSIONES: La práctica alimentaria predominante fue la no saludable con 85.2%. La mayoría de las gestantes tuvieron 18-23 años, con 88.4% de PANS. Las creencias y percepciones actuales siguen teniendo como base las creencias de los antepasados y no un sustento científico.

PALABRAS CLAVE: embarazo, prácticas alimentarias, alimentación, creencias, percepciones, nutrición.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Nutrition is multidimensional and their study is now a tool to examine its relationship with certain chronic diseases. Since maternal malnutrition is associated with an increased risk of both maternal and child mortality and morbidity, it is very important to know all the factors that influence the feeding of pregnant women, including practices, beliefs and perceptions, and sociodemographic variables that may be involved.

OBJECTIVES: Knowing the practices, beliefs and current perceptions about nutrition in pregnancy and its relationship with sociodemographic variables of prenatal consultation in HRUJMCB.

Population and Methods: Cross-sectional descriptive study, conducted through questionnaires and two focus groups. The study population was 237 pregnant women who attended in prenatal consultation in HRUJMCB.

RESULTS: Most of the pregnant women interviewed were 18-23 years, 84.2%, with unhealthy food Practice (UFP), average educational level UFP 86.6% were housewives and 85.9% had UFP urban 86.5% had UFP. In the qualitative phase, different beliefs and perceptions in both pregnant and their companions were found, which were influenced by their culture, by the teachings of the ancestors, mostly had the common seeking to improve their health during pregnancy.

CONCLUSIONS: The feeding practice (FP) was predominantly unhealthy (UH) with 85.2%. Most of the participants were 18-23 years, with 88.4% of UHFP. Current beliefs and perceptions remain the beliefs of ancestors and have no scientific basis.

Keywords: pregnancy, food habits, food, beliefs, perceptions, nutrition.

INTRODUCCIÓN

El estado nutricional de una población es un indicador socioeconómico básico para el análisis de su realidad social. Muchos estudios han demostrado que existe una relación estrecha entre el estado nutricional de la madre y la salud del feto ya que el cuerpo de una gestante es el ambiente donde crece el feto, todo lo que afecte a la madre, también afectará al nuevo ser. Una alimentación inadecuada puede ocasionar complicaciones durante y después del embarazo tanto para la madre como para el bebé, por lo tanto es posible evitar estas complicaciones con una dieta

adecuada. En Latinoamérica, los problemas de nutrición de la madre y del hijo han sido de gran interés por décadas.

Ya que la malnutrición materna se asocia a un mayor riesgo de morbimortalidad tanto materna como infantil, es de gran importancia y por tanto el propósito del presente estudio mixto, conocer los factores que influyen en la alimentación de las gestantes, sus prácticas, creencias y percepciones, además las variables sociodemográficas que pueden intervenir en la misma como son la

procedencia, edad, nivel de escolaridad, estado civil y ocupación.

MÉTODOS Y TÉCNICAS

Tipo de Estudio

El presente trabajo de investigación consta de una fase cuantitativa y otra cualitativa. Para la fase cuantitativa, se propuso un estudio descriptivo transversal, mediante cuestionarios realizados a manera de entrevista. En la fase cualitativa se utilizó un estudio de tipo descriptivo etnográfico de fuente primaria, entrevistando a dos grupos focales por medio de una guía semi-estructurada de preguntas abiertas.

Población

La población estudiada fueron las embarazadas dominicanas que acudieron a la consulta prenatal del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez. Para la fase cuantitativa, se trabajó con un universo conocido gracias a que fue posible el acceso a los registros estadísticos del HRUJMCB. Para el cálculo de la muestra se utilizó el programa Raosoft disponible en línea (<http://www.raosoft.com/samplesize.html>). Se procedió al cálculo con una población total de 614, margen de error de 5%, un nivel de confianza de 95% y un nivel de heterogeneidad de un 50%, lo que arrojó una muestra de 237 gestantes. Para la elección de las participantes se utilizó un muestreo aleatorio simple, tomando 6 gestantes presentes en la sala de espera de la consulta prenatal durante dos meses los días laborables. La muestra cualitativa fue elegida a conveniencia; dos grupos focales de seis participantes, entre ellos tres embarazadas con un acompañante cada una.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA LA FASE CUANTITATIVA

1. Las embarazadas mayores de 18 años que asisten a la consulta prenatal del HRUJMCB.
2. Toda gestante que acepte participar en el estudio de forma voluntaria y firme el consentimiento informado. Solo se incluyeron aquellas que aceptaron verbalmente participar y firmaron el consentimiento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA LA FASE CUANTITATIVA

1. Extranjera. No fueron incluidas gestantes extranjeras a raíz de que las prácticas forman parte de la cultura y la misma es distinta en las diferentes zonas geográficas, lo que podría generar sesgos en los resultados.
2. Cualquier gestante que curse con una enfermedad crónica, ya que existe la posibilidad de

que las gestantes con enfermedades crónicas lleven una dieta distinta y considerablemente diferente a la población gestante sana.

3. Cualquier gestante que curse con algún tipo de discapacidad mental o sensorial, como mudez y sordera que sea capaz de afectar la capacidad de tomar decisiones, emitir juicios y elaborar criterios propios sobre su alimentación y comunicarse adecuadamente.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LA FASE CUALITATIVA

1. Las embarazadas y acompañantes mayores de 18 años presentes en la sala de espera de la consulta prenatal del HRUJMCB, debido a que para la realización de grupos focales se recomienda la selección de un grupo de personas que estén presentes en el mismo lugar.
2. Toda persona que acepte participar en el estudio de forma voluntaria y firme el consentimiento informado. Solo se incluyeron aquellas personas que aceptaron verbalmente y firmaron el consentimiento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LA FASE CUALITATIVA

1. Cualquier gestante y acompañante menor de 18 años. Fueron excluidos participantes menores de edad debido a que no pueden decidir participar por sí solos y normalmente no asisten con un responsable mayor de edad.
2. Cualquier persona que curse con algún tipo de discapacidad mental o sensorial, como mudez y sordera, que sea capaz de afectar la capacidad de tomar decisiones, emitir juicios y comunicarse adecuadamente y por tanto, imposibilitó su participación en el grupo focal.
3. Extranjero. No fueron incluidos extranjeros a raíz de que las creencias forman parte de la cultura y la misma es distinta en los diferentes países, lo que podría generar sesgos en los resultados.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA FASE CUANTITATIVA

Se utilizó un formulario de preguntas pre-codificado, que fue realizado a modo de entrevista, donde fueron recopilados los datos Generales de la gestante. Luego 20 preguntas de selección múltiple, de las cuales eligió una respuesta por pregunta, las cuales están dirigidas a identificar el patrón alimentario de las embarazadas y saber si cumplen con los requerimientos de la pirámide alimenticia de la embarazada elaborada por la universidad de Maryland. El cuestionario tiene un valor de 100 puntos de ser respondido con las respuestas ideales, teniendo cada respuesta

correcta un valor de 5 puntos, y pudiendo una pregunta tener más de una respuesta correcta. Si la participante obtiene más de 60 puntos se considera que lleva una práctica alimentaria saludable, de lo contrario no saludable, basándose en el sistema de calificación básico escolar. Este sistema de puntuación también ha sido utilizado en otros estudios similares al presente, como Delgado et al (1). Como base para la elaboración del instrumento se tomó un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos validado en Cataluña, España, por Trinidad et al (2). Este instrumento fue sometido a modificaciones con fines de adaptación al entorno social, siendo validado nuevamente con una prueba piloto realizada en el Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez en el área de consulta prenatal. Este instrumento fue aprobado por el comité de bioética de la facultad de ciencias de la salud de nuestra universidad COBEFACS y por la unidad Técnico Asesora de Investigación UTAI.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA FASE CUALITATIVA

Para la fase cualitativa, se utilizó una guía semi-estructurada de 14 preguntas elaboradas a priori por las investigadoras, las cuales fueron realizadas en dos grupos focales de seis participantes y las respuestas fueron capturadas en grabadoras digitales.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA FASE CUANTITATIVA

En los meses Julio-Septiembre las investigadoras se dirigieron hacia consulta externa prenatal del HRUJMCB, todos los días laborables y en los que se ofrecieron consultas en horarios de la mañana, de forma individual procedieron a explicarle a las participantes el objetivo del estudio y el procedimiento de su realización, de igual forma se les garantizó la confidencialidad de todos sus datos. Se procedió a hacerle las preguntas correspondientes a los criterios de exclusión y en caso de que uno de estos fuera positivo se marcó en un registro de criterios de exclusión. Esta paciente fue excluida inmediatamente, se suspendió la entrevista y se le agradeció por su tiempo. Si la paciente no posee ningún criterio de exclusión y desea continuar en el proceso, se procede a obtener su firma en el consentimiento informado. El proceso continúa entonces con la lectura por parte del investigador de cada una de las preguntas y respuestas del cuestionario, las cuales son llenadas inmediatamente por el entrevistador. Al final del cuestionario se le agradece a la paciente por su colaboración y se

coloca cada formulario en sobres amarillos identificados previamente con la fecha y título de la investigación.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA FASE CUALITATIVA

Esta fase fue realizada en el Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez, con dos grupos focales de 6 personas cada uno, que incluyeron embarazadas que acudieron a la consulta prenatal y acompañantes de las mismas. Las investigadoras se acercaron a las gestantes seleccionadas y se invitaron a participar en un grupo focal. Se les explicó en qué consistía, las razones del estudio y se les preguntó si deseaban participar, en caso positivo, se les pidió que escogieran un acompañante que también estuviera presente en la sala de espera. Se procedió a identificar los criterios de exclusión mediante preguntas directas, en caso de cumplir con uno de ellos, el participante fue excluido y se le agradeció por su tiempo. Luego se obtuvo la firma del consentimiento informado. Los participantes fueron guiados al salón de conferencias previamente reservado del mismo hospital y se acomodaron en el lugar. Las grabadoras fueron ubicadas estratégicamente en el salón para asegurar que todas las respuestas fueran grabadas de forma nítida, teniendo los participantes conocimiento previo sobre esto. Se procedió a hacer las preguntas y se les dio el turno de responder según levantaran las manos, motivando a la participación de todos e incentivando a las respuestas profundas. Cada participante tuvo la oportunidad de responder a gusto ya que se les ofreció el tiempo requerido, destacando que la entrevista fue dirigida por las investigadoras hasta cumplir con los objetivos de la investigación, teniendo como tiempo estimado 30 minutos y sin dejar que la conversación se desviara del tema. Las respuestas contenidas en las grabadoras fueron almacenadas en carpetas debidamente identificadas en las computadoras de las investigadoras, a las cuales nadie más tiene acceso aparte de ellas.

PROCESAMIENTO DE LOS DATOS PARA LA FASE CUANTITATIVA

Teniendo el cuestionario un valor de 100 puntos de ser respondido con las respuestas ideales, la respuesta más correcta tiene un valor de 5 puntos y es una sola por pregunta, con la salvedad de que en algunas preguntas pudo existir una segunda respuesta que puede ser tomada como saludable y tener un valor de 3 puntos. Se sumarán las respuestas correctas, si la participante obtiene más de 60 puntos se considera que lleva una

práctica alimentaria saludable, de lo contrario no saludable. Estos resultados se tabularon en Microsoft Excel 2007. Posteriormente se analizaron los datos utilizando el programa estadístico SPSS Versión 20. Además se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrado por la naturaleza de las variables y con fines de su cruce. También se utilizó Microsoft Office 2007 para mostrar los gráficos y tablas.

PROCESAMIENTO DE LOS DATOS PARA LA FASE CUALITATIVA

Una vez recolectados los datos estos fueron organizados, interpretados y analizados a lo largo de varias etapas. Estas incluyeron la revisión exhaustiva de la información recolectada en la grabación y se describieron las características de estos resultados.

PLAN DE ANÁLISIS PARA LA FASE CUANTITATIVA

La variable práctica alimentaria fue analizada por medio de tablas de distribución de frecuencias y porcentajes además de sus gráficos. Las variables contenidas en el estudio son representadas en frecuencias y porcentajes. Para medir el grado de asociación entre las variables de Chi Cuadrado con un nivel de confianza de 95% para un valor de $P = 0.05$.

CRUCE DE VARIABLES

Práctica alimentaria vs edad.

Práctica alimentaria vs estado civil.

Práctica alimentaria vs nivel de escolaridad.

Práctica alimentaria vs ocupación.

Práctica alimentaria vs procedencia.

Plan de análisis cualitativo

Los datos fueron organizados e interpretados mediante el análisis temático, diseñado específicamente para su óptimo manejo. El análisis de la información recolectada se realizó en varias etapas: Revisar exhaustivamente la información recolectada mediante las grabaciones, esto se realizó escuchando las grabaciones y pasando por escrito las respuestas de los participantes. Interpretar los resultados previamente agrupados y describir las características de cada uno de ellos comparación de datos en base a comparación con estudios anteriores, y la opinión de investigadores, en la cual el equipo de investigación analizó los resultados en conjunto y se extrajeron las conclusiones que se persiguieron durante todo el proceso de investigación. Los resultados arrojados fueron discutidos por el equipo de investigación en base a estudios previos.

RESULTADOS DE LA FASE CUANTITATIVA

Gráfica No 1. Prácticas alimentarias encontradas en las gestantes que acuden a consulta prenatal del HRUJMCB

Fuente: Cuestionario para la recolección de datos de la investigación: "Creencias, percepciones y



prácticas sobre nutrición en el embarazo y su relación con algunas variables sociodemográficas"

En el presente estudio se observó que la práctica alimentaria predominante fue la no saludable con un 85.2%. La práctica saludable sólo representó el 14.8% de la población.

Tabla 2 Relación entre las variables edad y práctica alimentaria de las gestantes que acuden a

Edad	Práctica Alimentaria				Total
	Saludable		No saludable		
	No.	%	No.	%	
18-23 años	16	11.6%	122	88.4%	138
24-29 años	12	16.9%	59	83.1%	71
30-36 años	5	20.8%	19	79.2%	24
37 en adelante	2	50.0%	2	50.0%	4
Total	35	14.8%	202	85.2%	237

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.007 ^a	3	.111

consulta prenatal del HRUJMCB.

Fuente: Cuestionario para la recolección de datos de la investigación: "Creencias, percepciones y prácticas sobre nutrición en el embarazo y su relación con algunas variables sociodemográficas"

Se puede apreciar que el rango de edad de 18-23 años fueron quienes tuvieron el porcentaje más alto de prácticas alimentarias no saludables con un 88.4%.

Tabla 3 Relación entre las variables estado civil y

	Práctica Alimentaria				Total
	Saludable		No saludable		
	No.	%	No.	%	
Estado civil					
Soltera	2	3.8%	51	96.2%	53
Casada	9	33.3%	18	66.7%	27
Divorciada	0	.0%	5	100.0%	5
Unión Libre	24	15.8%	128	84.2%	152
Total	35	14.8%	202	85.2%	237

práctica alimentaria de las gestantes que acuden a

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13.476	3	.004

consulta prenatal del HRUJMCB.

Fuente: Cuestionario para la recolección de datos de la investigación: "Creencias, percepciones y prácticas sobre nutrición en el embarazo y su relación con algunas variables sociodemográficas"

La mayor cantidad de gestantes con práctica alimentaria no saludable fueron las solteras con un 96.2%, Las casadas tuvieron un 66.7% de prácticas alimentarias no saludables, las prácticas alimentarias saludables en este grupo representó el 33.3%. De las divorciadas solo se encontraron 5 gestantes, de las cuales el 100% tuvo prácticas alimentarias saludables.

Tabla 4 Relación entre las variables nivel de escolaridad y práctica alimentaria de las gestantes que acuden a consulta prenatal del HRUJMCB.

Nivel de Escolaridad	Práctica Alimentaria				Total
	Saludable		No saludable		
	No.	%	No.	%	
Básica	10	11.0%	81	89.0%	91
Media	15	13.4%	97	86.6%	112
Universitaria	6	30.0%	14	70.0%	20
Técnica	3	30.0%	7	70.0%	10
Ninguna	1	25.0%	3	75.0%	4
Total	35	14.8%	202	85.2%	237

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.063	4	.133

Fuente: Cuestionario para la recolección de datos de la investigación: "Creencias, percepciones y prácticas sobre nutrición en el embarazo y su relación con algunas variables sociodemográficas"

Se puede observar que el nivel básico obtuvo un 89.0% de prácticas alimentarias no saludables y un 11.0% de prácticas alimentarias saludables para. En su mayoría las gestantes alcanzaron un nivel medio, de las cuales un 86.6% tuvieron prácticas alimentarias no saludables, y un 13.4% tuvo prácticas alimentarias saludables. De las universitarias el 70% tuvo prácticas alimentarias no saludables.

Tabla 5 Relación entre las variables ocupación y práctica alimentaria de las gestantes que acuden a consulta prenatal del HRUJMCB.

Ocupación	Práctica Alimentaria				Total
	Saludable		No saludable		
	No.	%	No.	%	
Amas de casa	22	14.1%	134	85.9%	156
Estudiante	6	11.1%	48	88.9%	54
Empleada	6	23.1%	20	76.9%	26
Total	35	14.8%	202	85.2%	237

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.826	3	.050

Fuente: Cuestionario para la recolección de datos de la investigación: "Creencias, percepciones y prácticas sobre nutrición en el embarazo y su relación con algunas variables sociodemográficas"

La mayor parte de las gestantes entrevistadas fueron amas de casa de las cuales un 85.9% tuvieron prácticas alimentarias no saludables y un 14.1% de las mismas tuvieron prácticas alimentarias saludables. Las estudiantes, de las cuales un 88.9% tuvieron prácticas alimentarias no saludables y un 11.1% tuvieron prácticas alimentarias saludables.

Tabla 6 Relación entre las variables procedencia y práctica alimentaria de las gestantes que acuden a consulta prenatal del HRUJM CB.

Procedencia	Práctica Alimentaria				Total
	Saludable		No saludable		
	No.	%	No.	%	
Rural	12	17.9%	55	82.1%	67
Urbana	23	13.5%	147	86.5%	170
Total	35	14.8%	202	85.2%	237

		Sig. asintótica Valorgl (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	733 ^a	1,392

Fuente: Cuestionario para la recolección de datos de la investigación: “Creencias, percepciones y prácticas sobre nutrición en el embarazo y su relación con algunas variables sociodemográficas”

Se observa que la mayor parte de las gestantes entrevistadas eran de procedencia urbana, de estas el 86.5% tuvieron prácticas alimentarias no saludables, y el 13.5% tuvieron prácticas alimentarias saludables. Las de procedencia rural en un 82.1% tuvieron prácticas alimentarias no saludables,

Resultados de la fase cualitativa

En la fase de recolección cualitativa, realizada a través de grabaciones de grupos focales, las investigadoras pudieron observar distintas creencias y percepciones encontradas tanto en las embarazadas como en sus acompañantes, las cuales estaban evidentemente influenciadas por su cultura, por las enseñanzas de los antepasados, pero sobre todo tenían el común que buscaban mejorar su salud durante el embarazo y la del bebé.

“No pueden comer guanábana disque porque le da ataque clan y flema”

“No pueden comer e comida subía de sal, porque trae problemas, si hinchan, ni con picante”

“yo también creo que no se puede comer el huevo porque le da basteria cuando ta pasao por agua nada más, le da basteria en el estómago, entonces uno no puede comer y no le da nutrientes al niño”

Llamó la atención que muchos de los alimentos evitados era debido a que causaban daño en el niño. Lo que pone en manifiesto la preocupación y la necesidad de esta población por llevar a través de su alimentación lo mejor para sus hijos. Dentro de estas creencias y percepciones se pueden citar:

Los limoncillos yo siempre escucho en el campo que dicen que las mujeres embarazadas no pueden comer limoncillos porque le da flema al bebe”
 “el guineo, porque produce flema”
 “el concón, no se puede comer, porque supuestamente el niño se pega en la placenta y cuando uno va a dar a luz, entonces si uno va a dar a luz normal, uno tiene sus dolores, el niño da mucho trabajo, hay que ponerle mucho medicamento, dura más el parto, es más doloroso. Si es cesárea también el niño se va a pegar ahí cuando lo van a extraer, más tiempo, más complicado, puede peligrar la vida de la persona porque le puede subir la presión arterial”

El papel del médico en la sana alimentación de una embarazada, así como en la formación y estructuración de una creencia en la misma se pone de manifiesto en esta investigación, por lo que es posible inferir que las embarazadas si se dejan guiar y creen en la consejería médica.

“La pina con miel de abeja e buena, y eso lo indican lo dotore, porque eso lo limpia”.

“ Disque la maltaindia, porque hace daño, pero yo le pregunte al doctor y el me dijo que tu puede comer de todo, meno lo que no se puede es abusar, pero un chin que uno se tome no e’ na ”

Un tema de interés y muy relevante en la sociedad dominicana, que ha sido ampliamente debatido es el tema del aborto, en esta investigación fueron discutidas y expresadas por parte de las personas participantes creencias sobre qué tipo de alimentación debe de tener una embarazada para evitar el aborto como son:

“La malta alemana, dicen que eso es para botar barriga porque es muy amarga”

“Dicen que las mujeres cuando están embarazadas se la toman para abortar” (la malta alemana)

“el té de manzanilla hace sangrar”

DISCUSIÓN

Según la OMS (3) en Latinoamérica, los problemas de nutrición han sido de gran interés por décadas, sobre todo por la salud de la madre y el hijo, ya que esto es un indicador del nivel de bienestar de un país. Ha quedado demostrado cómo la alimentación influye de manera significativa en la salud, y cómo factores no relacionados directamente con los alimentos influyen entonces sobre los hábitos alimentarios (4). De igual forma, ya se ha visto las grandes complicaciones de la malnutrición materna; macrosomía, bajo peso, parto prolongado, desgarros, asfixia, muerte súbita

del lactante, entre otros. [5] [6]. De los resultados obtenidos en esta investigación se puede destacar que, en general, las prácticas alimentarias de las gestantes no son saludables, lo que era de esperarse debido a las condiciones sociales que prevalecen en el ámbito donde se realizó el estudio. Un 85.2% de las gestantes entrevistadas lleva una práctica alimentaria no saludable, lo que es una cifra alarmante y a tomar en cuenta para aplicar medidas dirigidas y lograr cambios satisfactorios en la salud de esta población tan vulnerable. También dicho dato abre paso a la realización de nuevas investigaciones que indaguen en las razones de tan alto porcentaje de malas prácticas alimentarias en las gestantes.

Se encontró que a mayor edad de las gestantes mayor porcentaje de prácticas alimentarias saludables, aunque este dato no resultó estadísticamente significativo ($p=0.11$), en la práctica clínica si se puede ver que a menor edad de la madre menor conocimiento e interés por una alimentación adecuada durante el embarazo. Contrario a los resultados encontrados por Ferrer et al [7] en los cuales sí existió una relación significativa entre la edad y práctica alimentaria no saludable ($p=0.01$). Esto quizás se vio influenciado por la cantidad de muestra utilizada en ambos estudios, ya que Northstone et al [8] al realizar un estudio similar en 12,053 gestantes sí encontraron una relación estadísticamente significativa entre la edad y las prácticas alimentarias ($p<0.001$). Lo que traduce que de realizarse el presente estudio con una muestra mayor podrían obtenerse resultados estadísticamente significativos.

Por otra parte, se encontró una relación estadísticamente significativa ($p=0.004$) entre el estado civil y las prácticas alimentarias, siendo las casadas quienes tuvieron en mayor porcentaje prácticas alimentarias saludables (33.3%), y las divorciadas las que tuvieron mayor cantidad de prácticas alimentarias no saludables (100%) siendo esto sugestivo de que la paciente divorciada podría estar atravesando situaciones de estrés económico y emocional pudiendo esto estar afectando la elección de buenos alimentos durante su gestación. Cabe destacar que esta población está compuesta por un pequeño número de participantes lo que puede significar una variación en los resultados.

Entre el nivel de escolaridad y las prácticas alimentarias no se encontró una relación estadísticamente significativa ($p=0.13$), sin

embargo cabe destacar que en su mayoría las prácticas alimentarias saludables se concentraron en mayor porcentaje en las gestantes que alcanzaron el nivel técnico (30%) y universitario (30%) lo que da a entender que la educación podría tener un papel fundamental en las prácticas alimentarias de la población y también da cabida a nuevas investigaciones que indaguen en la relación entre la educación de las gestantes y su alimentación. Una relación estadísticamente significativa entre estas variables ($p<0.001$) fue encontrada por Northstone et al [8] obteniendo resultados similares a los de la presente investigación, en los cuales se aprecia que a mayor nivel educacional, mayor porcentaje de prácticas alimentarias saludables.

En cuanto a la ocupación, la mayor parte de la población gestante es ama de casa (65.8%) y las que llevan prácticas alimentarias más saludables son las empleadas (23.1%), existiendo una relación estadísticamente significativa ($p=0.05$). Lo que no es el resultado que se pensaría encontrar, ya que una gestante que trabaje fuera de casa, que deba cumplir un horario, podría no permitirle llevar una dieta tan adecuada como aquella gestante que tiene la libertad y el tiempo de preparar sus comidas porque es ama de casa. Por otra parte, el mayor porcentaje de gestantes fueron de procedencia urbana (71.7%), mientras que el mayor porcentaje de prácticas alimentarias saludables lo obtuvieron las gestantes de procedencia rural (17.9%). Sin embargo, no se valoró si se trataba de una gestante que había vivido la mayor parte de su embarazo en una zona rural, trasladándose recientemente a una zona urbana, conservando sus prácticas alimentarias.

Por su parte, los resultados cualitativos demuestran que las creencias y las percepciones que tiene la población dominicana sobre la nutrición en el periodo del embarazo ha sido moldeada directamente por su cultura, y que a través de los años se han mantenido las mismas costumbres y en vez de recurrir a una base científica, ya que no están orientadas por sus propios médicos, entonces las gestantes recurren a los conocimientos y creencias de sus abuelos y padres, perpetuando así las creencias erradas y las malas prácticas alimentarias como comer por dos. Desde 1975 se han estudiado las creencias de la población dominicana en el periodo de embarazo como Álvarez et al [9], encontrándose similitudes con la actualidad como el rechazo de la piña, la guanábana y el tamarindo. Si se compara con resultados obtenidos en otros países se puede ver

cómo la cultura determina de forma importante las creencias de un pueblo, ya que son significativamente distintas como se demuestra en el estudio realizado por Patil et al (10). La población dominicana, por ejemplo no considera que la lechosa deba ser evitada durante la gestación, en contraste con otros países ya mencionados. Por lo observado, el origen, las tradiciones, la crianza, influyen en las creencias, lo que va a ser un factor determinante en el tipo de alimentación que se lleve durante el embarazo.

CONCLUSIONES

La práctica alimentaria predominante fue la no saludable con un 85.2%, el rango de edad de 18-23 años fueron quienes más tuvieron estas prácticas alimentarias con un 88.4% y La mayor cantidad de gestantes con práctica alimentaria no saludable fueron las solteras con un 96.2%. De las participantes en unión libre, que representaron la mayor parte de la población con un total de 152 de las 237, se encontró que un 84.2% de las mismas tienen prácticas alimentarias no saludables además de que en su mayoría las gestantes alcanzaron un nivel medio, para un total de 112 pacientes, de las cuales un 86.6% tuvieron prácticas alimentarias no saludables, equivalente a 97 gestantes. La mayor parte de las gestantes entrevistadas fueron amas de casa para, de las cuales un 85.9% tuvieron prácticas alimentarias no saludables, la mayor parte de las gestantes entrevistadas eran de procedencia urbana con un total de 170 de las 237, de estas el 86.5% tuvieron prácticas alimentarias no saludables.

Las creencias y percepciones han sufrido variaciones mínimas a través de los años. Dentro de estas variaciones, se ve la inclusión en la dieta de alimentos producto de la transculturización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delgado S, Retes L, Méndez R, Rivera M, Uscamayta M, Ortiz L. Patrones alimenticios y actividades físicas en adolescentes sobrepeso y obesos entre 13-18 años del politécnico
2. México y el colegio sagrado corazón de Jesús [Tesis de pre grado] Santiago: Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra; 2011.
3. Trinidad I, Fernández J, Cucó G, Biarnés E, Arija V. Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario corto: reproducibilidad y validez. *Nutr Hosp* [en línea] 2008 [acceso 28 Abril 2012]; 23(3):242-252. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23n3/original7.pdf>

Aunque las creencias no tienen base científica, las gestantes muestran preocupación por conservar el embarazo, por mantener el bebé sano, evitando ciertos alimentos. Las gestantes ven al personal médico como los encargados de disipar las dudas sobre alimentación durante el embarazo.

RECOMENDACIONES

Al sistema de salud se recomiendan campañas de promoción de la salud enfocadas a la alimentación de la embarazada y la importancia de la misma y tomar en cuenta a aquellas gestantes que son amas de casas, que tienen un bajo nivel educativo. Al personal de salud aprovechar las consultas y cada encuentro con una gestante para ofrecerle información puntual y de valor sobre los beneficios de una buena alimentación durante el embarazo y cómo llevar a cabo la misma.

Esta investigación da lugar a nuevas preguntas de investigación cuyas respuestas serían una información valiosa para la comunidad científica. También se recomienda la realización de esta misma investigación en una población mayor y que abarque otros centros de salud.

LIMITACIONES

No fue posible llevar a cabo por completo el proceso denominado triangulación para el análisis de los datos cualitativos, debido a que la forma en que fue planteada en el acápite 5.9.2 denominado plan de análisis cualitativo no satisface los requisitos para que se lleve a cabo la misma. Según la opinión del jurado evaluador hizo falta un punto de vista para que se completara el proceso de triangulación. Las formas en que si se pudo haber realizado esta era por medio de una entrevista a profundidad o una discusión de expertos.

4. Organización Mundial de la Salud. OMS. Estadísticas sanitarias mundiales. Ginebra. 2011.
5. Bolaños P. La educación nutricional como factor de protección en los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 10 [en línea] 2009 [acceso 16 Marzo 2012]; 1069-1086. Disponible en: http://www.tcasevilla.com/archivos/educacion_nutricional_en_trastornos_de_la_conducta_alimentaria.pdf
6. Ferrer C, García R, Mendez M, Romieu I, Torrent M, Sunyer J. Determinantes sociales de los patrones dietéticos durante el embarazo. *Gac Sanit.* [en línea] 2009 [acceso 03 Febrero 2012]; 23(1): 38-43. Disponible en: <http://>

- www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/138/138v23n01a13133267pdf001.pdf
7. Uauy R, Atalah E, Barrera C, Behneke E. Alimentación y nutrición durante el embarazo. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/alimentosynutricion/estrategiaintervencion/AlimentacinEmbarazo.pdf>
 8. Northstone K, Emmet P, Rogers I. Dietary patterns in pregnancy and associations with socio-demographic and lifestyle factors. *Eur J Clin Nutr.* [en línea] 2008 [acceso 02 de Febrero 2012]; 62(4): 471-479. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2492391/pdf/nihms-1111.pdf>
 9. Zhang X, Decker A, Platt RW, et al. How big is too big ? The perinatal consequences of fetal macrosomia. *Am J Obstet Gynecol.* [en línea] 2008 [acceso 14 Febrero 2012]; 198: 517.e1-517.e6. Disponible en: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0002-9378/PIIS0002937807022703.pdf>
 10. Álvarez R, Gravaley C, Blanco R, De león R. Los hábitos de alimentación de la madre dominicana durante el embarazo y la lactancia [en línea] 1975 [acceso 6 Marzo 2012]; 109-112. Disponible en: <http://www.bvs.org.do/revistas/adp/1975/11/02/ADP-1975-11-02-108-112.PDF.PDF>
 11. Patil R, Mittal A, Iqbal M, Raghavia M. Taboos and misconceptions about food during pregnancy among rural population of Pondicherry. *Calicut Medical Journal* [en línea] 2010 [acceso 10 Marzo 2012]; 8(2):e4. Disponible en: <http://calicutmedicaljournal.org/2010/2/e4.pdf>