

**Universidad Autónoma de Ciudad Juárez**  
**Instituto de Ciencias Biomédicas**  
**Departamento de Ciencias de la Salud**



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS EN SALUD Y  
NUTRICIÓN EN MUJERES GESTANTES DE CIUDAD JUÁREZ**

Por

Sara Imelda Balderrama Espinoza

Tesis

para obtener el grado de

**MAESTRO EN SALUD PÚBLICA**

Cd. Juárez, Chihuahua.

diciembre 2022

## **APROBACIÓN DE LA TESIS**

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS EN SALUD Y NUTRICIÓN EN MUJERES GESTANTES DE CIUDAD JUÁREZ”, preparado por Sara Imelda Balderrama Espinoza como requerimiento para obtener el grado de Maestro en Salud Pública, ha sido aprobado y aceptado por:

---

**CD. Salvador David Nava Martínez**  
Director del Instituto de Ciencias  
Biomédicas

---

**M.C. Jorge Ignacio Camargo Nassar**  
Jefe del Departamento de Ciencias de la  
Salud

---

**MCSP. Angélica Armida Araujo Sáenz**  
Coordinadora de la Maestría en Salud Pública

---

**DCNP. Linda Selen Valenzuela Calvillo**  
Directora de tesis

---

**DCQB. Ana Lidia Arellano Ortiz**  
Codirectora de tesis

Los miembros del comité designado para la revisión de la tesis de “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS EN SALUD Y NUTRICIÓN EN MUJERES GESTANTES DE CIUDAD JUÁREZ”, la han encontrado satisfactoria y recomiendan que sea aceptada como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Salud Pública.

---

**Dra. Alejandra Rodríguez Tadeo**

---

**MCSP. Angélica Armida Araujo Sáenz**

---

**Dr. David Reyes Ruvalcaba**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo prestado durante el posgrado, ya que sin él no hubiera sido posible poder cumplir esta meta y concluirlo satisfactoriamente.

Agradezco infinitamente a mi directora y codirectora, Dra. Linda Selen Valenzuela Calvillo y Dra. Ana Lidia Arellano Ortiz por toda su paciencia y sabiduría. Su dedicación y apoyo en cada revisión me hicieron crecer y aprender cada vez más. Les agradezco por creer en mí, así como en animarme y empujarme siempre a la excelencia.

A todos los miembros el cuerpo académico que forman parte de nuestra preparación les agradezco sus conocimientos compartidos. En especial, a la Dra. Angélica Araujo su apoyo durante mi estancia en el programa de Maestría en Salud Pública.

Mi agradecimiento lo extiendo al personal de la Jurisdicción Sanitaria II, en especial al Departamento de Salud Reproductiva por la confianza y las facilidades para recabar la información necesaria para realizar este trabajo.

Por último, gracias a todos mis compañeros de maestría, el compartir este desafío con ustedes me ayudó a seguir adelante.

## DEDICATORIA

Para mi Dios creador que me ha permitido llegar a este momento, dándome la fuerza cuando pensé que no tenía más en mí.

Esta tesis la dedico a mis padres, ustedes siempre me alentaron a superarme en mis conocimientos. Mamá, gracias por siempre empujarme a creer en mí y mi inteligencia. Papá, gracias por escucharme y guiarme en todo este proceso. Ustedes siempre fueron mi ejemplo para hacer más, los amo.

Especialmente, dedico este logro a mi esposo, Ricardo, gracias por tu comprensión en todo este tiempo, haciéndome reír en cada momento gris, pero también acompañándome en mis alegrías y victorias. ¡¡Sí se pudo!!

Todos mis maestros que formaron parte de esta formación y mis asesoras, ya que sin su conocimiento, experiencias y ayuda no sería posible estar aquí. Este logro también es para ustedes.

## CONTENIDO

APROBACIÓN DE LA TESIS.....	ii
AGRADECIMIENTOS .....	iv
DEDICATORIA.....	v
LISTA DE FIGURAS.....	ix
LISTA DE TABLAS.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT .....	xii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES .....	2
Embarazo.....	2
Cambios fisiológicos.....	2
Cambios psicológicos.....	3
Cuidados en la gestación.....	4
Atención prenatal .....	4
Nutrición en la gestación.....	9
Ganancia de peso.....	10
Conocimientos de salud y nutrición en la gestación .....	11
Conocimientos en nutrición .....	12
Conocimientos en salud.....	12
Actitudes de la mujer ante el embarazo.....	16
Modelo de creencias en salud.....	16
Susceptibilidad percibida.....	17
Severidad percibida.....	17
Beneficios percibidos .....	17
Barreras percibidas .....	18
Comportamientos.....	19
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	21
IV. JUSTIFICACIÓN .....	23
V. HIPÓTESIS .....	24

VI. OBJETIVOS .....	24
Objetivo General .....	24
Objetivos Específicos.....	24
VII. METODOLOGÍA .....	25
Diseño del estudio .....	25
Selección de población y tamaño de muestra .....	25
Criterios de inclusión .....	26
Criterios de exclusión .....	26
Criterios de eliminación .....	26
Entrevista .....	26
Evaluación de conocimientos .....	27
Conocimientos en nutrición .....	27
Conocimientos en salud .....	27
Evaluación de Actitudes.....	27
Bienestar en el embarazo .....	27
Actitudes específicas hacia un problema de nutrición.....	28
Actitudes en salud .....	28
Evaluación de Comportamientos .....	28
Comportamientos en nutrición .....	28
Comportamientos en salud .....	29
Consideraciones éticas.....	29
Análisis estadístico .....	29
VIII. RESULTADOS.....	31
Conocimientos en salud y nutrición .....	36
Actitudes en salud, nutrición y bienestar .....	39
Comportamientos en salud y nutrición.....	44
Asociaciones entre conocimientos, actitudes y comportamientos en salud y nutrición.....	48
IX. DISCUSIÓN .....	56
Conocimientos en salud y nutrición .....	56
Actitudes en salud y nutrición .....	59
Comportamientos en salud y nutrición.....	60
Fortalezas y limitaciones del estudio .....	63
X. CONCLUSIONES .....	64

XI. REFERENCIAS.....	65
Anexo 1. Autorización por el Comité de Ética en la Investigación.....	74
Anexo 2. Oficio de autorización para la realización del estudio.....	75
Anexo 3. Consentimiento informado.....	76
Anexo 4. Cuestionario.....	77

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Cuidados durante el embarazo. ....	14
Figura 2. Conocimiento de señales de alarma durante el embarazo .....	38
Figura 3. Nivel de conocimientos en salud y nutrición .....	39
Figura 4. Nivel de actitudes en bienestar, salud y nutrición. ....	44
Figura 5. Porcentaje de mujeres gestantes que consumían alcohol antes de conocer de su embarazo.....	45
Figura 6. Consumo de tabaco en la gestación .....	45
Figura 7. Nivel de comportamientos en salud, nutrición y en general.....	47

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Número de consultas prenatales.....	5
Tabla 2. Acciones de laboratorio específicas según la semana de gestación .....	6
Tabla 3. Señales de Alarma en la gestación .....	8
Tabla 4. Ganancia de peso durante el embarazo recomendada de acuerdo con el IMC pregestacional .....	11
Tabla 5. Características sociodemográficas de las gestantes evaluadas .....	31
Tabla 6. Características gineco-obstétricas de las participantes. ....	33
Tabla 7. Atención nutricional y toma de suplementos .....	35
Tabla 8. Conocimientos en salud y nutrición.....	37
Tabla 9. Actitudes en salud .....	41
Tabla 10. Actitudes en nutrición .....	42
Tabla 11. Bienestar en la gestación .....	43
Tabla 12. Comportamientos en salud y frecuencia de consumo de sustancias.....	46
Tabla 13. Comportamientos en calidad alimentaria .....	47
Tabla 14. Análisis bivariado entre los conocimientos en salud y nutrición, y las características sociodemográficas de las participantes.....	50
Tabla 15. Asociaciones entre las actitudes en salud y nutrición, y las características sociodemográficas de las participantes.....	51
Tabla 16. Asociaciones entre los comportamientos en salud y nutrición, y las características sociodemográficas de las participantes.....	52
Tabla 17. Análisis multivariado entre los conocimientos en salud y nutrición, y las características sociodemográficas de las participantes .....	54
Tabla 18. Análisis multivariado entre las actitudes en salud y nutrición, y el estado nutricional de las participantes.....	54
Tabla 19. Análisis multivariado entre el comportamiento en salud y nutrición, y las características sociodemográficas de las participantes .....	55

## RESUMEN

**Introducción:** Una asistencia al control prenatal, dieta saludable, consumo de vitaminas y un bienestar psicológico son importantes para terminar una gestación con éxito. El analizar los conocimientos y actitudes en relación con sus comportamientos de la población gestante, es un paso para identificar la falta de cuidados prenatales que pueden poner en riesgo la salud de las gestantes. **Objetivo:** analizar la relación de los conocimientos y actitudes con los comportamientos de salud y nutrición en un grupo de mujeres gestantes en Ciudad Juárez. **Metodología:** Se realizó una encuesta telefónica a mujeres gestantes de 18 a 40 años adscritas en los Centros de Salud de Atención Primaria a la Salud (CAAPS), se evaluaron conocimientos, actitudes y comportamientos en salud y nutrición, abordando temas sobre control prenatal, actitudes en ganancia de peso, calidad alimentaria, consumo de alcohol y tabaco entre otros. Los resultados se clasificaron por puntuación y terciles. Se realizó un modelo de regresión logística bivariado y multivariado **Resultados:** En general, los conocimientos, actitudes y comportamientos se mostraron inadecuados. Las gestantes que obtuvieron un conocimiento bajo-parcial (OR: 2.35, IC95%, 1.25-4.41) de salud y nutrición, y quienes presentaron actitudes negativas (OR: 1.88, IC95%, 1.00-3.51) y neutrales en salud y nutrición, son quienes tuvieron mayor probabilidad de presentar un comportamiento inadecuado en salud. **Conclusión:** Es necesario diseñar estrategias educativas adicionales con el fin de mejorar la efectividad del control prenatal. Los resultados obtenidos podrán enriquecer los sistemas de información para la salud, específicamente a donde se busque mejorar los comportamientos de salud y nutrición de gestantes, a través de sus conocimientos y actitudes.

**Palabras clave:** Embarazo, Nutrición, Salud, Conocimientos, Actitudes

## ABSTRACT

**Introduction:** Assistance to prenatal control, healthy diet, vitamin consumption and psychological well-being are important to successfully complete a pregnancy. Analyzing the knowledge and attitudes in relation to their behaviors of the pregnant population is a step to identify care deficiencies and risk points for a pregnancy with complications. Objective: to analyze the relationship between knowledge and attitudes with health and nutrition behaviors in a group of pregnant women in Cd. Juárez.

**Methodology:** A telephone survey was carried out on pregnant women between 18 and 40 years of age assigned to Primary Health Care Health Centers (CAAPS), knowledge, attitudes and behaviors in health and nutrition were evaluated, addressing issues of prenatal care, attitudes in weight gain, food quality, alcohol, and tobacco consumption among others. Results were ranked by score and tertiles. A bivariate and multivariate logistic regression model was performed.

**Results:** In general, the knowledge, attitudes and behaviors were inadequate. The pregnant women who obtained a low-partial knowledge (OR: 2.35, CI95%, 1.25-4.41) of health and nutrition, and who presented negative attitudes (OR: 1.88, CI95%, 1.00-3.51) and neutral in health and nutrition, they are the ones who were most likely to present inadequate health behavior.

**Conclusion:** It is necessary to design additional educational strategies to improve the effectiveness of prenatal care. The results obtained may help health systems, specifically where the aim is to improve the health and nutrition behaviors of pregnant women through their knowledge and attitudes.

**Keywords:** Pregnancy, Nutrition, Health, Knowledge, Attitudes

## I. INTRODUCCIÓN

La gestación es una etapa en la cual la mujer experimentará cambios fisiológicos que requieren un mayor cuidado en su salud para favorecer el crecimiento y desarrollo del feto (1). El 99% de los fallecimientos maternos suceden en países en subdesarrollados y en su mayoría del 70 al 80% son prevenibles (2). En México, según la Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud ocurren de 200 a 300 mil gestaciones con complicaciones y 30 mil con complicaciones severas las cuales pueden llevar a la muerte materna (3). Es necesario contemplar los cuidados específicos de salud en la gestación ya que pueden originar problemas de salud como: obesidad, diabetes gestacional, hipertensión, preclamsia, parto pre término, macrosomía fetal, aborto espontáneo, alteraciones en el momento del parto y alta tasa en cesáreas (4,5).

Para evitar las complicaciones en la gestación, la atención prenatal es primordial, por lo que la Secretaría de Salud ha diseñado estrategias específicas para mejorar la salud de las gestantes, tales como: cartillas de salud para la mujer embarazada, campañas de salud reproductiva, el Programa de Salud Materna y Perinatal. Este último, plantea la necesidad de optimizar los servicios de salud y su eficacia en la gestante, además de contar con atención telefónica 24 horas al día para el cuidado de la gestación, parto y puerperio. Sin embargo, a pesar de estas acciones las complicaciones y enfermedades maternas siguen presentándose (6).

Un paso para la prevención de complicaciones en la gestación es contar con conocimientos adecuados en salud y nutrición. De igual modo, el tener una actitud positiva ante a los cuidados del embarazo, puede favorecer el interés en tener un mejor comportamiento (2). La identificación los bajos niveles de conocimiento, actitud y comportamiento en salud y nutrición, permitirá conocer riesgos de salud en gestantes. Debido a esto, en el presente estudio se pretende analizar la relación de los conocimientos y actitudes con los comportamientos de salud y nutrición en un grupo de mujeres gestantes en Ciudad Juárez.

## **II. ANTECEDENTES**

### **Embarazo**

La gestación se determina como la etapa en la que el feto crece internamente en el cuerpo de la madre, iniciando en la fecundación y terminando en el parto y el nacimiento del bebé. El tiempo de la gestación es de 38 a 40 semanas en promedio. Por tanto, ocurren cambios físicos, fisiológicos y psicológicos a los que se necesitan cuidados específicos para una gestación saludable (7).

### **Cambios fisiológicos**

Dado el periodo que toma la formación del producto, el cuerpo comienza a experimentar cambios fisiológicos que abarcan casi todos los sistemas de órganos, inicialmente empieza en el hormonal y el reproductor, donde los cambios hormonales aumentan el tamaño uterino y las glándulas mamarias provocando una ausencia en el ciclo menstrual. Al mismo tiempo, cambia la pigmentación de la piel en areolas y genitales. En el sistema circulatorio, el volumen sanguíneo aumenta provocando una anemia fisiológica, un aumento del gasto cardiaco hasta de un 50% más en comparación con mujeres no gestantes y cambios en la presión arterial debido al flujo sanguíneo que requiere el feto para su crecimiento. En consiguiente, ocurren cambios graduales en el peso de la madre, los cuales consisten en la formación de placenta, líquido amniótico, crecimiento de glándulas mamarias y útero, así como el crecimiento en la cantidad sanguínea y reserva de grasas, para el crecimiento sano del feto (1,8).

## **Cambios psicológicos**

Los cambios psicológicos comienzan en el entorno individual en la forma de pensar al recibir la noticia de la gestación. En consiguiente, se encuentra una diversidad de sentimientos que van desde felicidad y alegría hasta sentimientos de temor, inseguridad, o rechazo. En conjunto, el cambio fisiológico puede generar percepciones diferentes a la imagen corporal. Por otro lado, ocurren cambios en el entorno familiar al responder con la responsabilidad de madre y del recibimiento de un nuevo integrante a la dinámica familiar (9).

El estado psicológico de la gestante puede afectar el desarrollo y resultados del parto. En un estudio longitudinal, se mostró que mujeres con una gestación no planeada son probables de mostrar síntomas depresivos y partos prologados produciendo a complicaciones en el parto. Por otro lado, las mujeres con una gestación planificada además de contar con apoyo social presentaron partos menos prologados. Por lo tanto, la planificación, el soporte familiar y del personal médico colabora para un mejor desenlace en la gestación (10).

Para la mujer, la transición a la maternidad representa un cambio en su vida en el cual su ambiente familiar y entorno social intervienen, sobre todo si las condiciones son desfavorables. Por ello, el apoyo familiar en la gestación es importante debido a que logra que la mujer se adapte a su nuevo estado. La ausencia del apoyo de una pareja, ni tener una situación económica estable afecta su estado emocional y puede generar situaciones de ansiedad o depresión (8).

Al comienzo del primer trimestre la gestación es más común el cambio de estados de ánimo y emociones, debido a que es la aceptación de los cambios que ocurrirán en todo su entorno personal y social. Es frecuente el cambio en el apetito, y síntomas como vómito y mareos, por lo cual la gestante mostrará más dependencia respecto a quienes la rodean para tener apoyo (11). Luego, en el segundo trimestre pasadas las emociones iniciales, la gestante se puede sentir más tranquila, además que los cambios físicos son más notorios, como el crecimiento en el vientre y glándulas mamarias. Por lo cual, es normal que comience a sentir los movimientos del feto, llevándola a pensamientos sobre

el desarrollo bebé y de cómo serán sus características físicas. Esto le permite prepararse cuando el tiempo de nacimiento llegue (8).

Finalmente, en el tercer trimestre el feto cada vez ocupa más espacio, así presentándose síntomas o malestares distintos como cambios en la respiración, interrupciones en el ciclo de sueño y micciones frecuentes. Esto causa inquietudes y preocupaciones del parto y la salud del feto, así como, el deseo de verlo y tocarlo. De igual manera, el hacer un espacio físico para el bebé involucra un cambio psicológico para la madre y su familia (8).

Desde el inicio que ocurre la gestación, la madre comenzará a experimentar cambios psicológicos y una variación de emociones que naturalmente lleva a dudas sobre la maternidad, la crianza, el parto, entre otros. En conjunto ocurren los cambios más notorios siendo estos los fisiológicos, los cuales suceden en diferentes sistemas de órganos. Como resultado, es esencial que la gestante conozca los cuidados correctos de su gestación, para que le permita prevenir circunstancias que arriesguen la salud de ella, tanto como del feto (11).

## **Cuidados en la gestación**

### **Atención prenatal**

La atención prenatal tiene como propósito preparar a la gestante para el alumbramiento, puerperio y lactancia, así como dar a conocer los cuidados del recién nacido. Por consiguiente, se deben asistir a consultas médicas periódicamente con la finalidad de tener una gestación saludable (tabla 1). En particular, se orienta para la prevención de complicaciones y se informa a la gestante sobre las señales o síntomas de alarma (12).

**Tabla 1.** Número de consultas prenatales

<b>Número de consulta</b>	<b>Semanas de gestación</b>
1	Entre 6 y 8 semanas
2	Entre 10 y 13 semanas
3	22 semanas
4	28 semanas
5	32 semanas
6	36 semanas
7	36 semanas
8	Entre 38 y 41 semanas

Fuente: Secretaría de salud, 2016

Para una gestación exitosa se recomienda acudir a una consulta preconcepcional, en la cual consiste en una evaluación de salud en la mujer no gestante, esto permite identificar los riesgos de salud reproductivos y reconocer las medidas de prevención necesarias según su caso. Por otra parte, se debe realizar un expediente médico completo con análisis de laboratorio para identificar alteraciones, como lo son: biometría hemática completa, grupo sanguíneo, glucosa en ayuno y a la hora (poscarga de 50g), examen general de orina, ácido úrico, creatinina y prueba de sífilis y VIH. Estos exámenes se recomiendan que sean tres meses anteriores a la consulta inicial y durante toda la gestación (11,13).

Una vez iniciada la gestación, la atención debe iniciarse en el primer trimestre de preferencia iniciando las ocho semanas de gestación para establecer fecha de parto, detectar factores de riesgo y facilitar las acciones de prevención y promoción de la salud. Las consultas prenatales deben incluir exámenes de laboratorio, así como historia clínica completa para detectar alteraciones que pueden ser posibles riesgos obstétricos, las acciones específicas varían de acuerdo con la edad gestacional (tabla 2). Por otra parte, se les da una guía básica para la mujer gestante, y se les otorga información educativa para el correcto control prenatal, gestación, alumbramiento y puerperio saludable (11,13).

**Tabla 2.** Acciones de laboratorio específicas según la semana de gestación

<b>Semanas de gestación</b>	<b>Exámenes de laboratorio</b>
<b>&lt;13 semanas</b>	Biometría hemática completa, examen general de orina, glucosa, urocultivo, prueba de sífilis, prueba rápida VIH, Papanicolaou
<b>14 - 24 semanas</b>	Determinación de proteinuria por tira reactiva
<b>25 - 28 semanas</b>	Determinación de proteinuria por tira reactiva, biometría hemática completa, curva de tolerancia de glucosa
<b>29 – 34 semanas</b>	Determinación de proteinuria por tira reactiva
<b>35 – 40 semanas</b>	Determinación de proteinuria por tira reactiva

Fuente: GPC 2017 Control Prenatal Con Atención Centrada en la Paciente

En cada consulta se deben verificar los signos vitales, como: la tensión arterial y frecuencia cardíaca, además de una exploración física extensa como el peso, estatura, condición nutricional, medición del fondo uterino. Por otro lado la salud del producto igualmente debe ser monitoreado, verificando su desarrollo y frecuencia cardíaca fetal por medio de ultrasonido (13,14).

En todo servicio de atención médica, el equipo de salud debe otorgar información completa acerca de: alimentación e higiene correcta en la gestación, el uso de medicamentos no recetados y sus efectos negativos en el feto, ventajas de la lactancia materna exclusiva, control familiar, señales de alarma, cuidados del alumbramiento, puerperio y del recién nacido, tales como los cambios fisiológicos y psicológicos de la mujer gestante. Otro aspecto que se debe realizar es un interrogatorio médico en búsqueda de factores de riesgo y señales de alarma (11,13).

La frecuencia óptima de asistencia para la atención prenatal se contabiliza a ocho consultas. Se recomienda que una gestante como mínimo reciba cinco consultas prenatales (2,13).

Los síntomas de alarma en la gestación se presentan cuando el estado de salud de la madre o el bebé están en riesgo (tabla 3). Durante la gestación se pueden manifestar

señales que pueden significar que algo irregular está sucediendo. De igual importancia, se requiere que la madre esté preparada para conocer e identificar los síntomas, así como saber cuándo acudir a recibir atención médica inmediata (13). La mayoría de las muertes maternas se atribuye al desconocer las señales de alarma y no detectarlas a tiempo (15,16).

**Tabla 3. Señales de Alarma en la gestación**

<b>Señales y Síntomas de alarma</b>	<b>Características</b>
Sangrado Vaginal	No debe presentarse en ningún momento de la gestación, requiere atención médica inmediata
Salida del líquido amniótico	No debe presentarse antes de las 38 semanas, requiere atención médica inmediata
Cefalea intensa	El dolor de cabeza intenso es señal de presión arterial alta y cambios hormonales
Alteraciones auditivas y visuales	Amaurosis (dejar de ver un momento) y fosfenos (ver centellas), acufenos (zumbido en los oídos) indican problemas de presión arterial alta
Dolor intenso en el abdomen	No es normal si se presenta antes de las 38 semanas, ya que es cuando se presentan contracciones
Epigastralgia	El dolor en la boca del estómago causa inflamación y dolor. Puede indicar problemas de presión arterial alta
Convulsiones	No debe presentarse en ningún momento de la gestación, requiere atención médica inmediata
Disminución de movimientos fetales	Los movimientos fetales se presentan después de la semana 20-25, al no detectarlos con frecuencia requiere atención médica inmediata
Infecciones urinarias	Las infecciones son más propensas por el cambio en la uretra, en caso de presentarse requiere atención médica
Fiebre	La fiebre es una señal de alguna infección o enfermedad, cualquier elevación de temperatura arriba de 38.3 C, es señal de alarma
Hiperémesis gravídica	Cuando las náuseas o vómitos son persistentes y severos, aparecen signos de deshidratación y probable estado de desnutrición.

Fuente: Ministerio de Sanidad 2014, Cabañas et al. 2001

## Nutrición en la gestación

Durante el proceso de la gestación, los requerimientos nutricionales aumentan en comparación con las de una mujer no gestante. Por tanto, se debe conocer cuáles son los requerimientos de nutrientes que aumentan para esta etapa, así como el consumir alimentos de calidad nutrimental (frutas, verduras, lácteos, leguminosas, alimentos de origen animal) ya que aportan lo necesario para el desarrollo del feto. No obstante, una malnutrición en la gestación por déficit lleva a anemia, aborto espontáneo, defectos congénitos y bajo peso en el nacimiento. Por otro lado, el exceso nutrimental se asocia con un mayor riesgo a hipertensión arterial, alto peso al nacer y diabetes gestacional entre otros (17,18).

Una buena alimentación es fundamental para un correcto desarrollo del feto y salud de la madre. Los requerimientos nutricionales cambian empezando por el consumo de energía (Kcal), de 200 a 500 kcal/día siendo después del segundo y tercer trimestre respectivamente. Las recomendaciones pueden variar dependiendo del peso previo a la gestación incluyendo las sugerencias del consumo de macronutrientes (19).

Los macronutrientes se dividen en tres grupos comenzado por las proteínas, deben representar un 15-20% de la dieta y son necesarias para el crecimiento del feto, placenta y tejidos maternos. Luego, se encuentran los lípidos, específicamente el consumo de ácidos grasos de cadena larga quienes fomentan un aumento en el tiempo de gestación y el crecimiento cefálico del feto. El consumo de lípidos oscila entre un 30 a 35% de las calorías totales en la dieta. Por último, los carbohidratos, deben contribuir el 50-55% de la energía, la ingesta puede causar niveles altos de glucosa, es por ello que se debe monitorear que este en valores normales (11,20)

Para la ingesta de vitaminas y minerales se recomienda un refuerzo en el consumo de hierro y ácido fólico específicamente ya que previene la anemia y defectos en el tubo neural del feto respectivamente. No obstante, se recomienda un multivitamínico con más nutrientes para evitar deficiencias que pueda causar el desarrollo del feto (20).

En diferentes estudios se ha observado que hay una relación entre el estado nutricional de la gestante y la predisposición a complicaciones como parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer (<2500gr) (2,18) Debido a los cambios fisiológicos, las demandas nutricionales aumentan, por tanto, el llevar una alimentación adecuada es un factor protector de complicaciones en la gestación, al igual que una ganancia de peso correcta (11). Sin embargo, la ingesta alimentaria de frutas, verduras, proteína, leguminosas y productos lácteos, de muchas gestantes, es frecuentemente insuficiente para cubrir sus necesidades, creando un riesgo de bajo peso materno o desnutrición (2).

La desnutrición se le conoce como un desequilibrio en uno o más nutrientes que manifiesta un cuadro clínico, el cual si se presenta puede ocasionar efectos contraproducentes en la gestación como: anemia, nacimientos con retraso del crecimiento intrauterino, partos pre términos e incremento del riesgo de adquirir enfermedades infecciosas y crónicas relacionadas con la dieta (21). Como resultado, las asociaciones encontradas con la desnutrición en el embarazo es la atención inadecuada al control prenatal, nivel socioeconómico y nivel de escolaridad bajo (18).

### **Ganancia de peso**

En el ciclo reproductivo materno la ganancia de peso forma parte de una gestación saludable. Al mismo tiempo, se deben considerar las características de la madre: edad, genética, elementos hormonales, ambientales y la actividad física son causas que pueden influir en la composición corporal de cada mujer en su gestación (22).

Es importante realizar un seguimiento personalizado para cada mujer, debido a que el aumento de kilocalorías y nutrientes al día, puede resultar en algunos casos insuficiente o excesivo, provocando una aumento de peso inapropiado (23). El aumento de peso correcto se determina por el índice de masa corporal (IMC) pre gestacional (tabla 4) (1).

**Tabla 4.** Ganancia de peso durante el embarazo recomendada de acuerdo con el IMC pregestacional

<b>Estado nutricional</b>	<b>IMC previo a la gestación</b>	<b>Ganancia de peso recomendado en kg</b>
Bajo peso	<18.5	12.5 - 18.0
Normal	18.5-24.9	11.3 – 16.0
Sobrepeso	25.0-29.9	7.0 - 11.3
Obesidad	30.0 - >40.0	4.0 – 9.0

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-2016

Una gestación saludable se forma en parte de la educación e información que recibe la gestante. Por lo tanto, el conocimiento sobre los cuidados prenatales, una alimentación correcta, el identificar de señales de alarma y acudir al cuidado prenatal, entre otros, son prácticas favorables para una gestación exitosa. Como resultado, el acceso a la información correcta y oportuna, le permitirá a la gestante tener las herramientas indicadas para prevenir complicaciones que pueden ocurrir en la gestación (14).

### **Conocimientos de salud y nutrición en la gestación**

Los conocimientos se entienden como la información adquirida por un individuo, mediante la educación, experiencias, entendimiento teórico o práctico (24). Los conocimientos en salud, son los que consisten en la comprensión de los cuidados de salud tales como las recomendaciones dadas durante la atención médica, instrucciones del personal de salud, formularios médicos, materiales informativos que son brindados en campañas de prevención, así como la capacidad intelectual para recordar indicaciones médicas (25).

## **Conocimientos en nutrición**

El estado de nutrición de la mujer gestante es un elemento clave para el buen manejo de su salud y prevención de complicaciones como el sobrepeso u obesidad, diabetes gestacional, hipertensión entre otras. Las características y necesidades nutricias de cada población pueden ser distintas, por lo que en la gestación se deben contar con los conocimientos necesarios. Por esta razón, el equipo de salud debe brindar la información educativa pertinente para que la madre tenga las herramientas necesarias para proteger su estado nutricional y su salud en general (13).

De acuerdo con los conocimientos que poseen las mujeres gestantes sobre nutrición y alimentación, estudios han mostrado que son insuficientes, presentándose una relación entre el nivel educativo y situación económica. Por lo tanto, se muestra una necesidad de identificar los conocimientos así como sus hábitos y actitudes para una intervención que impacte su salud y bienestar familiar (18,32).

Un gran número de mujeres que no están familiarizadas con las recomendaciones básicas de comer más frutas, verduras, pan y cereales. Estudios en Australia, Etiopia y México, encontraron que más del 50% de las gestantes desconocen algún tema sobre los nutrientes esenciales en el embarazo como el hierro o el calcio, y a su vez recomendaciones alimentarias para la gestación. En estos estudios, se observó que generar actividades educativas sobre estos temas, así como intervención de los profesionales de salud puede generar un aumento en su conocimiento. No obstante, también se encontró que hay factores que pueden intervenir en sus conocimientos y comportamientos, como: el nivel educativo, los ingresos económicos, la edad y etapa de gestación (17,28,29).

## **Conocimientos en salud**

El conocer el estado de salud, reconocer las señales de alarma, saber la importancia del control prenatal, así como su seguimiento, forman parte de los conocimientos en salud a tener en la gestación. Además, los conocimientos en salud se deben transmitir de manera clara y comprensible para que prepare a la gestante a seguir las indicaciones brindadas por el personal de salud (14).

Se ha demostrado que la atención prenatal disminuye la morbilidad, la mortalidad materna y perinatal. Por tanto, este es uno de los conocimientos primordiales para el cuidado de la salud en la gestación (2,30). Uno de los riesgos que se debe capacitar a la gestante es el reconocimiento de las señales de alarma. En una investigación llevada por García y colaboradores, localizaron que tras realizar un análisis de 150 gestantes, el 72.2% no reconocieron los signos de alarma en la gestación; encontrando relación de conocer las señales con haber tenido gestaciones previas y el número de asistencia a las consultas prenatales (15). Como resultado se demuestra que el acudir al prenatal apoya al conocimiento de las complicaciones y como prevenirlos.

Los sistemas de salud han implementado estrategias para llevar a cabo la asistencia al control prenatal, además de difundir información sobre los cuidados a través de las cartillas de salud para la mujer embarazada. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) pone a resolución cartillas y/o carteles que incluyen información sobre cuidados de higiene, alimentación, conocimiento señales de alarma y consumo de alcohol y tabaco (31) (Figura 1).



## Cuida tu alimentación

- Realiza tres comidas completas con todos los grupos de alimentos.
- Come frutas y verduras y alimentos ricos en calcio, hierro y ácido fólico.
- Toma 2 litros de agua al día.
- Evita la comida chatarra y no tomes café ni alcohol.

Si te informan que cursas con un embarazo de **alto riesgo** no te asustes, solo no faltes a tus citas médicas y sigue todas las indicaciones.

Usa **ropa cómoda y holgada**, y zapatos de tacón bajo para evitar dolores de cadera.

Evita medias que aprieten tus piernas, y procura que tu ropa interior sea de algodón.



**Báñate** y cambia de ropa **diariamente**. Evita hábitos nocivos como fumar, beber alcohol o drogarse o automedicarse.



Puedes realizar **ejercicio moderado**, como 20 o 30 minutos diarios de caminata, excepto en los últimos dos meses de tu embarazo. Evita el ejercicio intenso y estar mucho tiempo de pie. **No** cargues cosas pesadas.

Salvo lo que indique tu médico, puedes continuar las **relaciones sexuales** con tu pareja.



Los datos de **alarma** durante el embarazo son:

- |  |  |
|--|--|
| ● Sangrado vaginal o flujo abundante         | ● Fiebre y escalofrío  |
| ● Dolor de cabeza                            | ● Más de seis vómitos por día  |
| ● Visión de luces o manchas                  | ● Dolores de parto   |
| ● Dolor o ardor al orinar                    | ● Disminución en intensidad y frecuencia de los movimientos del bebé |
| ● Dolor de espalda a la altura de la cintura |  |

**Acude inmediatamente a tu UMF**

**Figura 1. Cuidados durante el embarazo.**

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social 2018

Por otro lado, la Secretaría de Salud implementa el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, este consiste en el mejoramiento de los servicios en salud materna. Además, se brinda capacitación al personal para trato digno a la mujer, entre otras estrategias. El Programa de Salud Materna y Perinatal igualmente ofrece un servicio telefónico 24 Horas, a través de la línea “01 800 Materna” los 365 días del año para guiar a mujeres gestantes, puérperas y familiares sobre cualquier duda de los cuidados en salud o si desean expresar alguna queja sobre las prestaciones de salud (6).

Todos los programas generados y servicios para el beneficio de la mujer gestante deben incluir criterios y procedimientos adecuados, los cuales se encuentran regulados por la “Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-2016: Para la atención de la mujer en el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida” (13).

En conjunto con la norma, se encuentra la guía de “Práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo”, elaborado por el consejo de salubridad general. En esta guía se abordan recomendaciones para el cuidado, valoración y tratamiento en la gestación sustentado en evidencia. En general, el objetivo es de propiciar el cuidado prenatal de rutina de manera integral, por medio de la integración de un equipo multidisciplinario de los centros de salud comunitarios, para desarrollar su eficacia en la salud materno-fetal (32).

La efectividad y las herramientas que se brindan a la población gestante para un buen desenlace no aseguran el mismo. Puesto que, los conocimientos y actitudes de cada individuo provienen de diversas fuentes de información, experiencias transmitidas por el grupo familiar, nivel comunitario, nivel socioeconómico, educación, creencias y cultura. Debido a esto, los conocimientos obtenidos pueden afectar el estado de salud creando conductas en dañen su bienestar (33).

Los conocimientos y cuidados brindados para capacitar a la gestante en su servicio de salud no son los únicos que forman parte para un correcto desenlace en la gestación. De la misma forma, se encuentran las actitudes que toman parte en las decisiones del cuidado de su gestación, por lo que pueden impactar de forma positiva o negativa (34).

## **Actitudes de la mujer ante el embarazo**

Las actitudes son creencias que llegan a influir en el comportamiento de la persona, estas pueden ser parte de sus percepciones, emociones y motivaciones. En conjunto, son manifestaciones que indican la preferencia a alguna actividad o la predisposición a actuar. Como resultado, forman estados de disposición a responder y pueden ejercer una reacción al individuo negativa o positivamente. Además, pueden ser relacionados con los valores y como lleva a cabo una conducta (35,36). Por otro lado, el bienestar emocional forma parte de las actitudes y su comportamiento debido a que este representa la plenitud y el de tener un sentido o propósito para su satisfacción personal, asimismo su salud mental y confianza en sí mismo (37).

### **Modelo de creencias en salud**

El Modelo de Creencias en Salud, planteado por Hochbaum, y colaboradores (24); busca explicar los elementos que contribuyen para que las personas realicen o no acciones para su salud. En este enfoque se interviene en los estilos de vida, pero integrando los factores ambientales y las creencias de las personas. Los componentes básicos del modelo tienen su base en dos variables: a) la meta en específico en conjunto con el valor que le da el individuo, y b) la estimación del individuo a realizar dicha meta según sus acciones. Los determinantes del comportamiento que componen el modelo de creencias y sirven para explicar una conducta son: susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras percibidas (24). El tener este modelo en cuenta, permite evaluar las creencias que pueden afectar el comportamiento de la gestante y comprender los elementos en sus actitudes y percepciones que influyen para que los cuidados prenatales sean óptimos.

## **Susceptibilidad percibida**

La susceptibilidad percibida en relación con los problemas de salud se entiende como los sujetos pueden tener una adecuada o errónea percepción de su propia vulnerabilidad a enfermarse o pasar una dificultad. El sujeto no toma como real la posibilidad de ser vulnerable a la enfermedad y reposa en una posibilidad “estadística” de no verse afectado, ignorando la posibilidad real de que le ocurra (24). En el embarazo los riesgos pueden ser subestimados si se tiene una inadecuada susceptibilidad. Por ejemplo, una mala percepción de la susceptibilidad puede llevar a la mujer a no mantener una dieta adecuada, que no considera que su bebé tiene la posibilidad de nacer con bajo peso o algún tipo de problema de salud (38).

## **Severidad percibida**

La severidad percibida indica las actitudes que tienen relación a la dificultad de una enfermedad o su tratamiento que tiene un individuo, esto conlleva consecuencias negativas a la salud, dado que provoca que las afecciones se compliquen con el paso del tiempo. En el caso de la mujer gestante sería el pensar que ciertos comportamientos no afectan su gestación, por ejemplo el pensar que no hay efectos contraproducentes en el producto si no toma los suplementos indicados, o el llevar una alimentación inadecuada no afecta en la ganancia de peso (26).

## **Beneficios percibidos**

Los beneficios percibidos se refieren a la creencia de que tan efectivas pueden llegar a ser ciertas conductas relacionadas a la salud al momento de enfrentarse a un padecimiento o enfermedad. Estas conductas pueden estar influenciadas por el contexto social y cultural al que pertenece. Aunque el individuo se pueda sentir amenazado por algún problema de salud, no acataría las recomendaciones del personal especializado a

menos que perciba que son efectivas para afrontar la enfermedad o condición de salud (24). En las gestantes los beneficios percibidos se pueden observar en diferentes áreas, como en qué tan positivo consideran el cuidar su alimentación durante el embarazo, que tan bueno es para ellas el tomar la suplementación, el aumentar de peso y las recomendaciones que indique el médico como los cuidados de higiene personal, y el evitar hábitos nocivos (11).

### **Barreras percibidas**

Las barreras percibidas consisten en la percepción de cierta oposición para la realización de una determinada conducta, aunque lo considere como un beneficio para su salud, y tenga disposición de llevarla a cabo, se puede encontrar con la barrera de concebir la práctica como algo desagradable, costoso o doloroso. Estas barreras forman aspectos que interfieren con las demás percepciones (24). En gestantes, la lactancia materna es beneficiosa para el bebé, sin embargo, por incomodidad, cansancio o dolor, entre otras la práctica puede no realizarse. De igual manera, la realización de actividad física, se pueden percibir barreras para su ejecución debido a la falta de energía, o el no tener algún lugar para realizarlo (26). La evidencia indica que la capacidad de escuchar a la gestante por parte del personal de enfermería y la atención integral determinan la adherencia al control prenatal (39). Por tanto, las actitudes forman creencias en materia de salud y conductas que pueden ser o no ser preventivas, los indicadores de bienestar o enfermedad se evalúan mediante signos y síntomas, al igual su magnitud y regularidad llevará a considerar a la gestante la urgencia de esa condición, reflejándose en sus comportamientos (40).

## Comportamientos

Los comportamientos se denominan acciones observables que una persona ejecuta dependiendo del entorno en el que se encuentra. Los comportamientos en salud son las actividades que deben aprenderse y repetirse de forma continua para poder establecer hábitos, debido que si se practica el comportamiento con poca periodicidad no se genera un hábito y por ende un estilo de vida (37).

Un comportamiento favorable es el precursor para un buen estado de salud y un embarazo seguro. En la gestación los comportamientos son los que marcan una diferencia al momento de obtener beneficios durante el embarazo, ya que es común que aunque la gestante pueda identificar las causas, síntomas y las etapas del embarazo como las formas de prevención de riesgo, sus comportamientos y prácticas pueden ser opuestas a sus actitudes al respecto (41).

En la gestación los cuidados en el comportamiento son los que reflejarán el estado de salud materno y fetal. El consumo de alcohol y tabaco es de los hábitos más nocivos para el feto, la nicotina inhalada durante la gestación incrementa la incidencia de aborto espontáneo, bajo peso en el nacimiento y muerte repentina del bebé. Por otra parte, las consecuencias del alcohol en el feto se convierten en dificultades para el aprendizaje, hiperactividad, complicaciones para mantener la atención, atraso en el habla y lenguaje, capacidad de reflexión y juicio disminuido, al igual que un coeficiente intelectual bajo. Por tanto, cualquier cantidad de alcohol y tabaco durante la gestación es perjudicial (42).

Al-Hossani y colaboradores (43) evaluaron los conocimientos actitudes y prácticas (CAP) de un grupo de gestantes sobre el consumo de ácido fólico en la gestación. Respecto al conocimiento, el 79.1% habían escuchado sobre el ácido fólico, sin embargo, solo 46.6% tenían conocimiento adecuado y el 60% definió como su fuente de información el médico. Esto muestra la importancia que ejerce el médico sobre la información. En cuanto a sus prácticas, el 69.7% reportó consumir ácido fólico, siendo el 65.3% quienes iniciaron el consumo luego del primer mes de gestación. Así mismo, el 64.4% modificó su dieta durante el embarazo. Como conclusiones se mostró que el factor de influencia más importante fue el nivel de educación, donde a mejores conocimientos sobre el ácido fólico, mayor nivel de educación contaban (44).

El analizar los comportamientos permite entender el por qué el individuo hace lo que hace encontrando las barreras que pueden existir para crear hábitos. Estas barreras se pueden presentar tanto en los conocimientos del individuo respecto a salud, así como sus actitudes respecto a ella (45).

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las complicaciones durante la gestación y el parto son la principal causa de defunción entre las mujeres de edad reproductiva en los países en desarrollo. Al menos 300 millones de mujeres alrededor del mundo sufren de morbilidades que se relacionan a la reproducción, específicamente en la gestación, parto y puerperio (46). El que la gestantes, lleven un comportamiento adecuado puede prevenir dificultades, en México, la razón de mortalidad materna nacional en el 2019 fue de 31.2 muertes por cada 100 mil nacidos vivos y en Chihuahua de 24.8 muertes por cada 100 mil nacidos vivos (47). Se ha establecido que por cada caso de muerte hay 135 mujeres que sufren alguna enfermedad vinculada con la gestación, y que 30 de estas quedan con secuelas (48). Debido a que la mayoría de las muertes maternas puede ser prevenibles, esto refleja un problema de salud pública que se vincula con el desarrollo social, tecnológico y económico (49).

Un Sistema de Salud que funciona adecuadamente debe responder y cumplir las necesidades de una población, esto con el fin de reducir las inequidades en salud y mejorar la calidad de vida. Particularmente en la población de mujeres gestantes, el servicio de salud se centra en una adecuada atención prenatal (34,48). Por ejemplo, en países desarrollados, la mayoría de las mujeres acuden a atención prenatal al menos cinco veces durante el embarazo. No obstante, en países en vías de desarrollo, se estima que solo 40% de las gestantes realizan cuatro visitas prenatales. El que las gestantes conozcan más sobre los cuidados prenatales, tengan actitudes favorables hacia realizar cambios tanto de su alimentación como en su salud, puede favorecer una gestación con mejores resultados. Cuando esto no se cumple, la salud de la mujer y del feto pueden verse afectadas al desarrollar una enfermedad durante la gestación, o bien, presentar complicaciones de una enfermedad previamente existente, tales como cardiopatías, hipertensión, sobrepeso, obesidad, diabetes, anemia y toxicomanías como el alcohol y tabaquismo entre otras sustancias (50).

Los conocimientos en salud y nutrición son clave para llevar una vida saludable en cualquier etapa de la vida, especialmente en la gestación. Una gestante con mayor

conocimiento puede tener más adherencia a las recomendaciones médicas y cuidado prenatal, a diferencia de una mujer con bajos conocimientos en el cuidado prenatal aumenta la morbilidad y mortalidad materna (51). De ahí que, cuando no hay un conocimiento adecuado, los riesgos y las complicaciones en la gestación son difíciles de prevenir. Otro aspecto importante son las actitudes, estas se reflejan mediante emociones y creencias, las cuales pueden influir en el desarrollo de aprendizaje, comportamiento y como consecuencia pueden favorecer o perjudicar las prácticas en salud, debido a que no solo el conocimiento obtenido es lo único que interviene para ejercer una conducta. Como resultado, los comportamientos llegan a ser un conjunto de los conocimientos y actitudes de la gestante, por tanto, estos pueden beneficiar o afectar directamente a la salud materna.

Por lo anterior, es necesario realizar investigaciones que identifiquen los conocimientos, actitudes y comportamientos que cuenta la mujer gestante, debido a que ayuda a determinar cuáles son los factores que inciden o condicionan a poner en riesgo la salud materna. Como resultado, esto ayudaría a analizar estrategias que podrían beneficiar tanto la salud de la madre como la del producto. Por tanto, se deriva la siguiente pregunta ¿Cuál es la relación que existe entre los conocimientos y actitudes con los comportamientos de salud y nutrición en un grupo de mujeres gestantes en Ciudad Juárez?

#### IV. JUSTIFICACIÓN

El mejoramiento de la salud materna es esencial. En el mundo, más de medio millón de mujeres fallecen cada año por dificultades en la gestación y parto, la mayoría de estos decesos son prevenibles. Del mismo modo, que las gestantes padezcan de hambre o malnutrición incrementa la incidencia y enfermedades que provocan hasta 80% de muertes maternas (46).

Es por ello la necesidad de más investigaciones sobre salud materna, dado que es un problema de salud pública, ya que el no tener una maternidad saludable provoca inestabilidad en el desarrollo social y económico de una población. Esto refleja el estado de salud de una población y sus inequidades (52). La salud materna no solo implica lineamientos y atención médica adecuada, asimismo sus determinantes sociales en salud afectan los cuidados de su gestación. Por esta razón el identificar y analizar los conocimientos y actitudes en la mujer gestante y cómo influyen en sus comportamientos, permitirá el identificar sus creencias en salud, educación, percepción de riesgos, entre otros. Como resultado, estas son variables afectan la presencia morbimortalidades maternas (53).

Por otra parte, los resultados de este estudio brindarán información a los organismos responsables de crear, ejecutar y evaluar la planificación de los programas de salud. Por otra parte, ayudará a los tomadores de decisiones a generar acciones y formar estrategias pertinentes basadas en evidencia que ayuden al profesional de salud, instituciones públicas y centros de salud.

## **V. HIPÓTESIS**

Un bajo nivel de conocimientos en conjunto con actitudes negativas genera comportamientos desfavorables para la salud de la mujer embarazada en Ciudad Juárez

## **VI. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Analizar la relación de los conocimientos y actitudes con los comportamientos de salud y nutrición en un grupo de mujeres gestantes en Ciudad Juárez.

### **Objetivos Específicos**

- Evaluar los conocimientos de salud y nutrición durante la gestación.
- Identificar las actitudes referentes al bienestar en la gestación, a la salud y la nutrición.
- Evaluar los comportamientos nutricionales y cuidados prenatales.

## VII. METODOLOGÍA

### Diseño del estudio

El presente estudio fue de tipo observacional, analítico y de corte transversal. Participaron mujeres gestantes de 18 a 49 años, que acudieron a los Centros de Salud que pertenecen a la Jurisdicción Sanitaria II; se les realizó una encuesta telefónica durante el período de junio a agosto del 2021 con el propósito de conocer sus conocimientos, actitudes y comportamientos respecto a la salud y nutrición en la gestación.

### Selección de población y tamaño de muestra

La selección de participantes fue por conveniencia de acuerdo con el registro de mujeres adscritas a los Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud (CAAPS) de Ciudad Juárez. Los CAAPS se dividen en redes de salud las cuales son: Águilas de Zaragoza, Bellavista, Galeana y Colinas, cada red cuenta con Centros de Salud distribuidos en puntos estratégicos de la ciudad. Se seleccionaron cinco Centros de Salud debido a que son los que reciben más concurrencia de mujeres embarazadas siendo: Águilas, Senderos, Colinas, Galeana y Anapra. Se contactó a las participantes por vía telefónica para invitarlas a participar en el estudio.

El tamaño de muestra se estimó con la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2(N - 1) + Z^2 pq}$$

*Dónde:*

*N = Total de la población*

*Z = Nivel de confianza*

*p = Proporción esperada del fenómeno*

*q = Proporción esperada*

*d = precisión*

De acuerdo con los siguientes valores:  $N= 1,125$   $Z=1.96$ ,  $p=0.5$ ,  $q=0.5$  y  $d=0.05$ , se obtuvo un tamaño de muestra de 279 gestantes.

### **Criterios de inclusión**

Participaron mujeres con diez o más semanas de gestación, de 18 a 49 años, adscritas a un Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud (CAAPS), que ya hayan acudido por lo menos a una consulta de control prenatal, primigestas o multíparas y hayan dado su consentimiento informado de manera verbal para la participación en el estudio.

### **Criterios de exclusión**

Gestantes que padecieron alguna discapacidad mental, física o lingüística y no permitió la comunicación por ellas mismas, así como aquellas mujeres que no hablaron el idioma español.

### **Criterios de eliminación**

Se eliminaron del análisis las gestantes que decidieron la salida voluntaria del estudio y quienes no tuvieron las evaluaciones completas.

### **Entrevista**

Se realizó un cuestionario telefónico que incluyó preguntas personales como edad, ocupación, estado civil y datos gineco-obstétricos. Posteriormente, se realizó un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y comportamientos de salud y nutrición (Anexo 4)

## **Evaluación de conocimientos**

### **Conocimientos en nutrición**

La evaluación de conocimientos en nutrición se llevó a cabo a través de la Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, por sus siglas en inglés) (37), la cual consiste en 4 preguntas abiertas, abordando temas sobre la importancia de la alimentación en el embarazo así como de la suplementación adecuada. Las preguntas son de respuesta múltiple y se calificarán a través de la asignación de dos puntos por cada respuesta correcta. La puntuación total obtenida se clasificó en tres categorías: no conoce= <5 puntos, parcialmente conoce= 6-7 puntos y conoce ≥8 puntos.

### **Conocimientos en salud**

Los conocimientos en salud se evaluaron a través de 16 preguntas derivadas de los acerca del control prenatal (26), actividades que se realizan en la consulta prenatal (26), complicaciones del sobrepeso y obesidad en el embarazo (54) y señales de alarma durante la gestación (43). Las preguntas contienen opción múltiple y dicotómicas (Si/No). Las respuestas se calificaron en si conoce, parcialmente conoce y no conoce, se asignaron 2, 1 y 0 puntos respectivamente. La puntuación total obtenida fue clasificada en terciles.

## **Evaluación de Actitudes**

### **Bienestar en el embarazo**

La sección está basada en un cuestionario de bienestar en la gestación (38), el cual consiste en 12 afirmaciones, incluyendo aspectos como la autoconfianza, sentimientos acerca de estar embarazada, satisfacción y apoyo a la atención del personal médico. Las respuestas fueron en escala de Likert y se calificaron por puntos de 1 a 6 tomando como mayor calificación la respuesta esperada dependiendo la pregunta cambiando a conveniencia. Para calificar el Bienestar, la puntuación total se dividió en terciles.

### **Actitudes específicas hacia un problema de nutrición**

Se pidió a las encuestadas que juzguen un escenario hipotético sobre un problema de nutrición en su futuro hijo, para la evaluación de su actitud. Por otro lado, se evaluaron las actitudes hacia el consumo de alimentos. El cuestionario de actitudes se conformó de 5 preguntas de opción múltiple basados en el cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Practicas de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura 2014 (37). Se calificaron las respuestas de 1 a 3 puntos tomando como mayor la respuesta correcta, dos puntos a la respuesta neutral y un punto a la respuesta incorrecta. Para clasificar las actitudes, se estimaron terciles del puntaje total.

### **Actitudes en salud**

Las actitudes en salud se midieron a través del cuestionario diseñado para mujeres gestantes (54), que consiste en siete afirmaciones relacionadas con el peso. Estas se clasificaron en tres dimensiones: la imagen negativa del cuerpo durante el embarazo, la indiferencia con respecto a la ganancia de peso y las conductas restrictivas con el fin de limitar el aumento de peso. El formato de respuesta de las preguntas es una escala Likert de 5 puntos donde 1 se refiere "Nunca" y 6 "Siempre". Una puntuación alta obtenida de la escala indica que las actitudes de la embarazada hacia su peso son positivas. Adicionalmente se hicieron 3 preguntas con opción múltiple sobre la percepción de su peso corporal y la atención brindada en control prenatal.

## **Evaluación de Comportamientos**

### **Comportamientos en nutrición**

Se utilizó la encuesta de calidad de la dieta diseñada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (55). El objetivo de la encuesta es medir la calidad de la dieta respecto al consumo suficiente de vitamina B12, proteína animal, omega 3 y 6, vitamina D, calcio, ácido fólico y azúcar. Originalmente, la encuesta incluye seis preguntas. Sin embargo, en este estudio se hicieron adaptaciones agregando 3 ítems más para

especificar la frecuencia de consumo de bebidas azucaradas, alimentos procesados como pastelillos y frituras, así como el consumo de leguminosas, debido a que forman parte de la alimentación mexicana. Las preguntas fueron de respuestas dicotómicas “Si” o “No”. Cada respuesta de “Si” recibió 1 punto y cada respuesta “No” recibió una puntuación de 0. La puntuación total obtenida fue de 8 puntos. La puntuación total se clasificó en tres categorías mediante la estimación de terciles.

### **Comportamientos en salud**

Esta sección fue conformada por 14 preguntas, acerca de la suplementación y uso de medicamentos, la asistencia a control prenatal y el consumo de alcohol y tabaco. La calificación a las respuestas correctas fue de 1 punto, eligiendo como correctas aquellas respuestas que cumplan los lineamientos recomendados para el embarazo. Las preguntas fueron analizadas a través de cuestionario del programa especial de alimentos suplementarios para mujeres, bebés y niños de los Estados Unidos (WIC, por sus siglas en inglés) (56). La puntuación total obtenida se dividió en terciles.

### **Consideraciones éticas**

El estudio fue autorizado por el Comité Ética en la Investigación, de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez por medio de la Coordinación General de Investigación y Posgrado. Se les explicó a las participantes un consentimiento informado en donde se les expresó de manera detallada el propósito del estudio, objetivos, beneficios, confidencialidad y participación voluntaria y de forma gratuita.

### **Análisis estadístico**

Se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, por sus siglas en inglés) versión 25.0 para el análisis de los datos. Se realizó un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, mientras que para las variables cuantitativas fueron calculadas las medias y desviaciones estándar. Para el análisis de asociación de variables, se realizó un modelo de regresión logística

bivariado y multivariado tomando en cuenta el modelaje de las variables comportamiento, actitud o conocimiento inadecuado en salud, en nutrición y en ambos. Además, fue utilizado el método eliminación hacia atrás entre todas las covariables resultantes del análisis bivariado con una  $p \leq 0.25$ . Las variables comparadas fueron los grupos de edad, escolaridad, embarazos previos, estado civil, estado nutricional pregestacional, haber asistido a capacitación en salud y nutrición, así como el resultado del cuestionario de bienestar. Las pruebas fueron analizadas con un nivel de significancia de  $p < 0.05$ .

## VIII. RESULTADOS

Participaron 279 mujeres de 18 a 40 años que acudieron a cinco Centros de Salud de Atención Primaria a la Salud (CAAPS). El grupo de edad predominante fue de 18 a 20 años (34.8%). Respecto al estado civil, 66.7% estaban en unión libre, 15.1% casadas y 16.8% solteras. Poco más de la mitad de las participantes tenían un nivel de escolaridad secundaria (52.7%). En cuanto a la ocupación, el 88.9% se dedicaba al hogar (tabla 5).

**Tabla 5.** Características sociodemográficas de las gestantes evaluadas

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Grupo de edad (años)</b>		
18 a 20	97	34.8
21 a 25	90	32.3
26 a 30	52	18.6
31 a 35	30	10.8
36 a 40	10	3.6
<b>Estado civil</b>		
Soltera	47	16.8
Casada	42	15.1
Unión Libre	186	66.7
Divorciada	4	1.4
<b>Escolaridad</b>		
Ninguna	4	1.4
Primaria	40	14.3
Secundaria	147	52.7
Preparatoria	78	28.0
Universidad	10	3.6
<b>Ocupación</b>		
Estudiante	12	4.3
Empleada	19	6.8
Hogar	248	88.9

En los antecedentes gineco-obstétricos, el 57.7% de las gestantes se encontraba en su tercer trimestre de gestación y el 39.4% en el segundo trimestre. El 71.3% de las mujeres asistieron por primera vez a control prenatal durante el primer trimestre de gestación, mientras que el 26.9% asistió por primera vez en el segundo trimestre. Respecto a los

medicamentos recetados por el médico, la mayoría fueron debido a infecciones urinarias (22.2%). La prevalencia de diabetes gestacional y diabetes tipo II (0.7% en ambos casos) y anemia (1.4%) fueron bajas. De igual manera, el consumo de drogas fue bajo en las mujeres gestantes (2.2%). El 95% de las mujeres reportaron no haber consumido vitaminas o suplementos previas a la gestación. Respecto a la suplementación de ácido fólico en la gestación, el 4.3% reportaron no consumir actualmente y el 12.5% comenzó a consumirlo en el cuarto mes (tabla 6).

Por otro lado, alrededor de la mitad de la población recibió consulta nutricional durante la gestación (53.4%), la mayoría de las gestantes su última visita fue hace un mes (65.8%). En cuanto a los servicios recibidos durante la consulta nutricional, la orientación y entrega de un plan alimentario fueron los más frecuentes (45.2% y 33.6%, respectivamente). En relación con las capacitaciones, únicamente el 11.8% recibieron el servicio; los temas más referidos fueron las señales de alarma (33.3%) y planificación familiar (24.2%) (tabla 7).

**Tabla 6.** Características gineco-obstétricas de las participantes.

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Trimestre de gestación</b>			<b>Primera consulta prenatal</b>			<b>Estado fisiopatológico</b>		
Primer trimestre	8	2.9	Antes del embarazo	1	0.4	<b>Diabetes gestacional</b>		
Segundo trimestre	110	39	Primer trimestre	199	71.3	No	277	99.3
Tercer trimestre	161	58	Segundo trimestre	75	26.9	Si	2	0.7
<b>Abortos</b>			Tercer trimestre	4	1.4	<b>Diabetes tipo 2</b>		
No	134	72	Inicio de toma de ácido fólico			No	277	99.3
Si	52	28	No está tomando	12	4.3	Si	2	0.7
<b>Nacido muerto</b>			Primer trimestre	230	82.4	<b>Hipertensión</b>		
No	176	95	Segundo trimestre	35	12.5	No	277	99.3
Si	9	4.9	Tercer trimestre	2	0.7	Si	2	0.7
<b>Tipo de parto</b>			<b>Medicamentos por indicación médica</b>			<b>Otra enfermedad</b>		
Parto natural	122	65	Infecciones urinarias	62	22.2	Anemia	4	1.4
Cesárea	68	35	Infecciones vaginales	26	9.3	Asma	2	0.7
<b>Duración de gestación &gt;4 meses</b>			Paracetamol	23	8.2	Epilepsia	2	0.7
No	14	7.5	Vómitos, náuseas, reflujo	17	6.1	Hipertiroidismo	1	0.4
Si	173	93	Evitar aborto	6	2.2	Sífilis	1	0.4
<b>Nacidos vivos</b>			Otros	30	10.8	VPH	1	0.4
No	18	9.6	Ninguno	145	41.2			

**Tabla 6.** Características gineco-obstétricas de las participantes (continuación)

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Medicamentos sin recomendación médica</b>		
Paracetamol	16	5.7
Vómitos, náuseas, reflujo	5	1.8
Otros	3	1.1
Ninguno	255	91.4
<b>Tiempo transcurrido de la gestación anterior</b>		
Sin embarazo anterior	96	34
<2 años	36	13
2 a 5 años	98	35
5 a 10 años	40	14
>10 años	9	3.2

**Tabla 7.** Atención nutricional y toma de suplementos

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Frecuencia de consumo de vitaminas previo a la gestación</b>			<b>Tiempo de la última consulta</b>		
No consumió	265	95	≤1 mes	93	65.8
Diariamente	10	3.6	≥ 2 meses	48	32.9
3 veces por semana	1	0.4	≥ 3 meses	5	1.4
2 veces por semana	1	0.4	<b>Recomendaciones nutricionales</b>		
1 vez a la semana	2	0.7	Entrega de dieta/plan alimenticio	49	33.6
<b>Inicio de suplementación con vitaminas en el embarazo</b>			Orientación alimentaria	66	45.2
Antes del embarazo	4	1.4	Orientación alimentaria y control de peso	25	17.1
Primer trimestre	199	71.0	Control de peso	5	3.4
Segundo trimestre	57	20.0	No recuerda	1	0.7
Tercer trimestre	6	2.2	<b>Pláticas Prenatales</b>		
No está tomando	13	4.7	<b>¿Ha recibido alguna plática en este embarazo?</b>		
<b>Consumo de vitaminas por receta médica</b>			No	226	81.0
No	9	3.2	Si	33	11.8
Si	260	93.8	<b>Tipos de capacitación</b>		
<b>Atención nutricional a las mujeres gestantes</b>			Señales de alarma	11	33.3
<b>¿Ha recibido alguna consulta nutricional?</b>			Planificación familiar	8	24.2
Ha recibido	149	53.0	Control prenatal	5	15.1
No ha recibido	130	47.0	Lactancia	4	12.1
<b>¿La consulta nutricional fue en este embarazo?</b>			Nutrición	1	3.0
No	2	0.7	No recuerda	1	3.0
No ha recibido	130	46.6	Otros	10	30.3
Si	147	52.7			

## Conocimientos en salud y nutrición

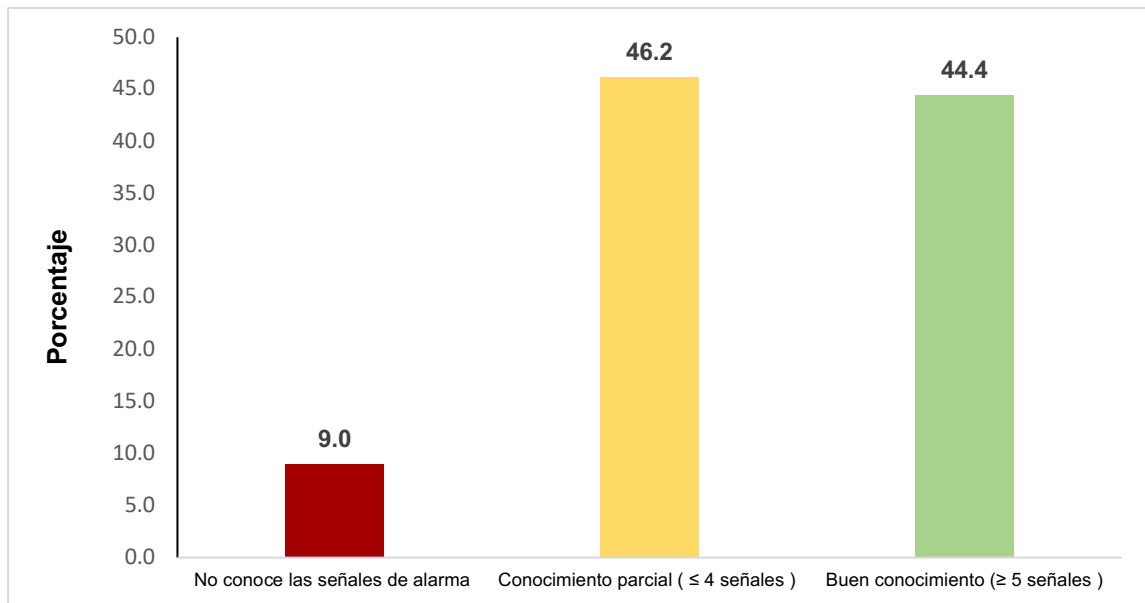
En cuanto a los conocimientos en salud, la mayoría de las mujeres tuvieron un conocimiento adecuado sobre la frecuencia de las visitas al control prenatal (99.3%) y la importancia de asistir con el médico durante el embarazo (98.6%). El 21.1% de las gestantes consideró que una ganancia de peso excesiva no afecta su salud y 39.7% piensa que tampoco afecta al bebé y 71% obtuvo un conocimiento parcial-bajo sobre el tiempo ideal para el siguiente embarazo.

Respecto a los conocimientos en nutrición, el 57.0% de las mujeres presentaron un conocimiento parcial acerca de la alimentación durante el embarazo, mientras que el 14.0% presentaron conocimientos bajos. En cuanto al conocimiento de los suplementos de importancia (hierro y ácido fólico), el 68.5% los desconoce, casi la mitad (44.4%) no reconocieron la importancia del ácido fólico en el embarazo. Además, el 49.9% mostró un conocimiento parcial-bajo sobre la influencia del bajo peso en la salud del niño (tabla 8).

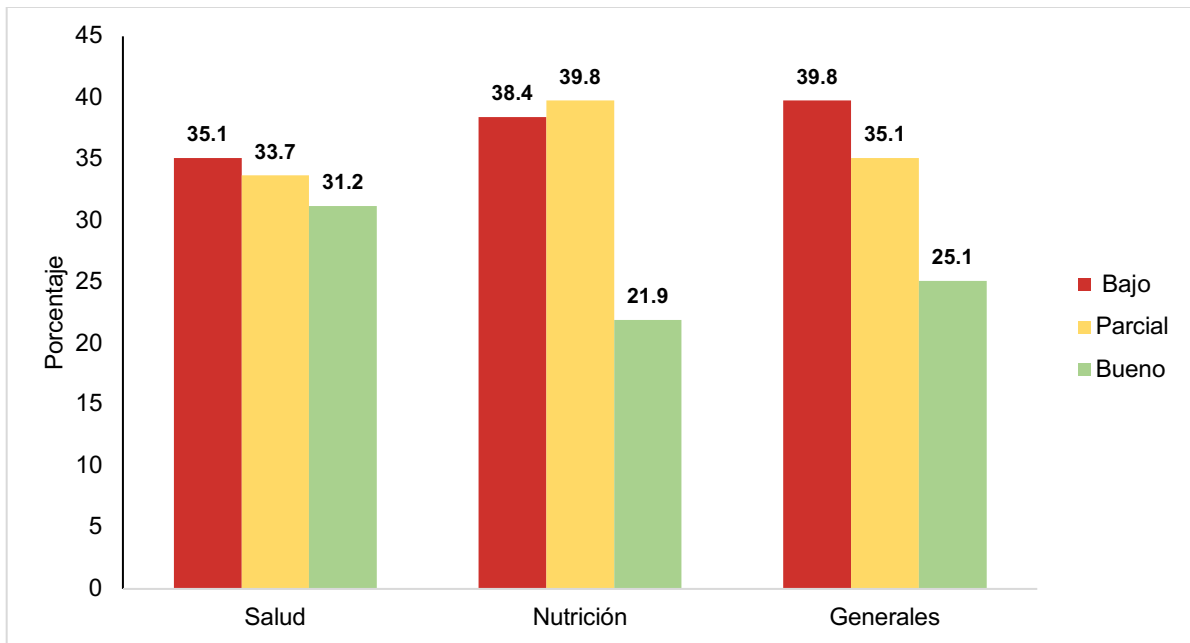
**Tabla 8.** Conocimientos en salud y nutrición

Variable	Buen conocimiento		Conocimiento parcial		Sin conocimiento	
<b>Conocimientos en salud</b>						
Es recomendado que una mujer espere al menos 2 o 3 años para volver a quedar embarazada. ¿Por qué esto es recomendado?	48	17.2	127	45.5	104	37.3
¿Cada cuándo se debe asistir con el médico en el embarazo?	275	98.6	-	-	4	1.1
¿Usted ha recibido información sobre las señales de alarma durante el embarazo?	253	90.7	-	-	26	9.3
¿Crees que ganar mucho peso o tener sobrepeso durante el embarazo, puede incrementar problemas en la madre?	220	78.9	-	-	59	21.1
¿Cree que ganar mucho peso o tener sobrepeso durante el embarazo, puede incrementar los problemas del bebé?	168	60.2	-	-	111	39.7
¿Cree que se necesita asistir a consulta médica durante el embarazo?	277	99.3	-	-	2	0.7
¿Debe realizarse la primera valoración médica dentro de los primeros 3 meses de embarazo?	275	98.6	-	-	4	1.5
¿Se puede prevenir la anemia consumiendo más alimentos que contengan hierro durante el embarazo?	260	93.2	-	-	19	6.8
¿La mujer embarazada necesita aporte de calcio?	265	95.0	-	-	14	5.0
¿Debería la mujer embarazada controlar con frecuencia la presión arterial?	271	97.1	-	-	8	2.8
¿Es necesario ir al hospital cuando ocurre un fuerte dolor de cabeza?	267	95.7	-	-	12	4.0
¿Es necesario ir al hospital cuando ocurre un problema de visión?	254	91.0	-	-	25	9.0
¿Qué método es mejor para alimentar a los recién nacidos?	232	83.2	-	-	47	16.8
<b>Conocimientos en nutrición</b>						
¿Cómo cree que debería comer una mujer embarazada en comparación a una mujer no embarazada para prevenir problemas de salud y nutrición para ella y su bebé?	81	29.0	159	57.0	39	14.0
Hay dos tipos de suplementos importantes que deben consumirse en el embarazo ¿recuerda cuáles son?	65	23.3	23	8.2	191	68.5
¿Por qué es tan importante el ácido fólico para una mujer embarazada?	155	55.6	50	17.9	74	26.5
Cuando una mujer embarazada está desnutrida, ella está en riesgo de tener un bebé con bajo peso ¿Cuáles son los riesgos de salud para niños con peso bajo?	140	50.2	13	4.7	126	45.2

Respecto a las señales de alarma en el embarazo, el 44.4% mostró un buen conocimiento de estas (mencionando más de 4 señales) y 46.2% un conocimiento parcial (mencionando más de 4 señales) y 9.0% un conocimiento parcial (mencionando más de 4 señales) (figura 2). Las señales de alarma más mencionadas fueron las siguientes: sangrado vaginal (72.4%), dolor de cabeza (63.4%) y zumbido de oídos (41.2%). Por otro lado, las menos mencionadas fueron el dolor y/o cólicos con 23.7% y fiebre-escalofríos (14.7%). Los conocimientos tanto en salud y nutrición resultaron bajos (35.1% y 38.4%, respectivamente) y medios (33.7% y 39.8%, respectivamente). Asimismo, en los resultados generales se observó el mismo comportamiento (figura 3).



**Figura 2. Conocimiento de señales de alarma durante el embarazo**



**Figura 3. Nivel de conocimientos en salud y nutrición**

### **Actitudes en salud, nutrición y bienestar**

En cuanto a las actitudes en salud, el 34.1% de las mujeres mostraron una actitud negativa, afirmando “nunca” querer tener una ganancia de peso de entre 10 y 13 kg, mientras que el 28.0% prefirieron aumentar entre 5 y 9 kg. El 39.1% no expresó preocupación por tener una ganancia de peso excesiva, y el 53.3% no mostró interés en la cantidad de peso que ganará durante la gestación. En cuanto a la actitud al peso, el 48.8% refirió como “nunca” y “casi nunca” tener inquietud por cuidar su peso cuando tuvo una ganancia excesiva el mes anterior. Sobre percepción de su peso previo al embarazo, 33.7% de las mujeres se identificaron con sobrepeso-obesidad. Las mujeres que se clasificaron con bajo peso previo a la gestación (18.3%), cambiaron de percepción en su embarazo clasificándose menores gestantes con bajo peso en la gestación (8.6%). Un mayor número de mujeres se percibieron en un peso saludable durante el embarazo, en comparación con su peso pregestacional. Por otra parte, el 95.7% calificaron el trato recibido del médico como “muy bueno” y “bueno” (tabla 9).

Respecto a las actitudes en nutrición, 29.7% no sabe si su bebé podría tener bajo peso, el 60% consideró poco probable que el bebé nazca con bajo peso. Las razones principales fueron que siguen las indicaciones del médico sobre el correcto peso del bebé (34.7%), y porque las gestantes consideran que se alimentan correctamente (37.3%). Por otra parte, el 24.7% consideraron que no es bueno consumir más alimentos en el embarazo, y la razón principal es que puede afectar la ganancia de peso (47.8%). El 32.6% de las mujeres reportaron dificultad para ingerir más alimentos, debido a las náuseas y/o vómitos (35.6%) (tabla 10).

En cuanto al bienestar en el embarazo, el 68.1% mostró un bienestar negativo-neutral. Los aspectos con mayor satisfacción reportada fueron la atención en salud recibida y el trato del profesional de salud (82.4% y 83.0% respectivamente). No obstante, el 40% de las gestantes expresaron tener “siempre” inquietud por la salud del bebé. De igual manera, el 49% expresó estar “casi siempre” o “siempre” preocupada por su salud (tabla 11). En general, una gran proporción de la población presentó actitudes negativas en cuanto a salud (47.6%), nutrición (49.1%) y bienestar (33.3%) (figura 4).

**Tabla 9.** Actitudes en salud

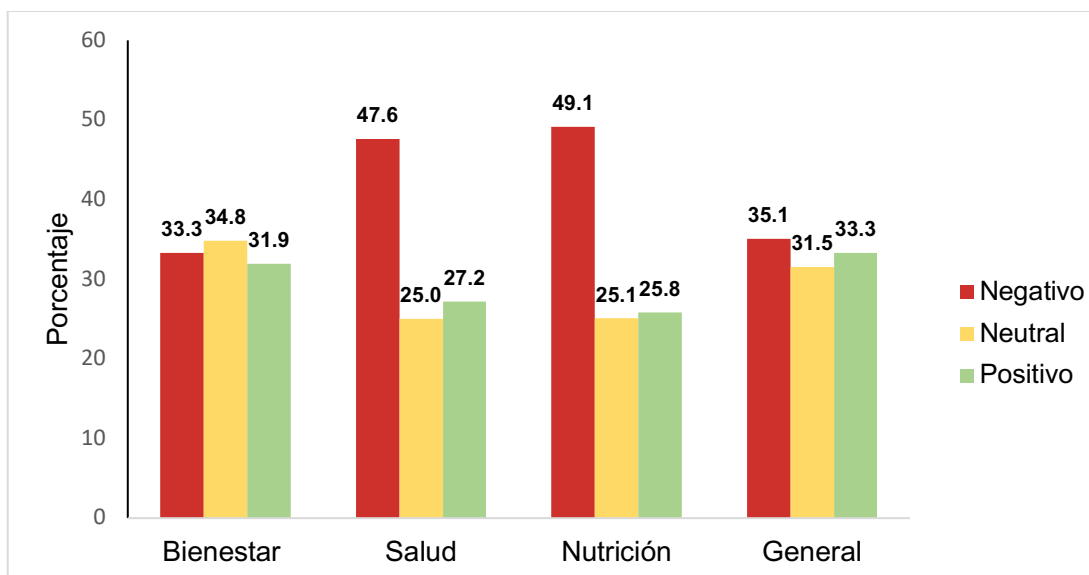
Variable	Nunca		Casi nunca		En ocasiones		Con frecuencia		Casi siempre		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tengo miedo de subir mucho de peso este embarazo	109	39.1	44	15.8	50	17.9	3	1.1	25	9.0	48	17.2
Me gustaría ganar entre 10 y 13 kg durante este embarazo.	95	34.1	39	14.0	58	20.8	4	1.4	25	9.0	58	20.8
Me gustaría ganar entre 5 y 9 kg durante este embarazo.	76	27.2	21	7.5	59	21.1	6	2.2	30	14.0	78	28.0
No me importa cuánto peso voy a ganar durante este embarazo.	34	12.2	25	9.0	63	22.6	8	2.9	56	20.0	93	33.3
Me gustaría ser capaz de ganar peso durante el embarazo.	61	21.9	40	14.3	54	19.4	5	1.8	36	12.9	83	29.7
Si gano mucho peso en un mes, trato de no aumentar de peso en el mes siguiente	97	34.8	38	13.6	33	11.8	6	2.2	37	13.3	68	24.4
Me da pena de cómo he ganado peso durante este embarazo.	188	67.4	31	11.1	30	10.8	4	1.4	11	3.9	15	5.4
	<b>Bajo peso</b>		<b>Peso saludable</b>		<b>Sobrepeso</b>		<b>Exceso de peso</b>					
	n	%	n	%	n	%	n	%				
¿Cómo clasificaría su peso antes del embarazo?	51	18.3	134	48.0	77	27.6	17	6.1				
¿Cómo percibe usted su categoría del peso actual?	24	8.6	160	57.3	79	28.3	16	5.7				
	<b>Muy bueno</b>		<b>Bueno</b>		<b>Regular</b>		<b>Malo</b>					
¿Cómo considera el trato recibido por el médico durante su control prenatal?	140	50.2	127	45.5	12	4.3	0	0				

**Tabla 10.** Actitudes en nutrición

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>¿Qué tan probable cree usted que tenga un bebé con bajo peso?</b>			<b>¿Es difícil para usted comer más alimento durante el embarazo?</b>		
Poco probable	168	60.2	No es difícil	153	54.8
No sabe / No está segura	83	29.7	Regular	35	12.5
Probable	28	10.0	Difícil	91	32.6
<b>¿Me podría decir por qué razones es poco probable?</b>			<b>¿Me podría decir por qué razones es difícil?</b>		
El médico dice que su peso es adecuado	58	34.7	Poco apetito	15	16.5
Se alimenta correctamente	62	37.3	Náuseas y/o vómitos	32	35.2
El médico dice que su peso es adecuado y se alimenta correctamente	20	11.0	Aumento de apetito, no estaba acostumbrada a comer más	19	20.9
No ha tenido bebés con bajo peso en sus embarazos previos	16	9.6	Cambio de hábitos, tener que consumir más grupos de alimentos tener horarios	14	15.4
Otros	11	6.6			
<b>¿Qué tan grave cree que es el tener un bebé con bajo peso?</b>			<b>Actitudes hacia el consumo de alimentos</b>		
No es grave	9	3.2	<b>¿Cree usted que se está alimentando lo suficiente ahora que está embarazada?</b>		
No sabe / No está segura	58	21.0	Si	233	83.5
Grave	212	76.0	No sabe / No está segura	15	5.3
<b>¿Qué tan bueno cree que es comer más durante el embarazo?</b>			No	35	12.5
No es bueno	69	24.7	<b>¿Me podría decir por qué razones no?</b>		
No sabe / No está segura	69	24.7	Náuseas y/o vómitos	17	48.5
Es bueno	141	50.5	Come menos, pocas comidas al día	13	37.1
<b>¿Me podría decir por qué razones no es bueno?</b>			No consume alimentos nutritivos	4	11.4
No se debe comer el doble	23	33.3	Problemas económicos	1	2.8
Afecta en la ganancia de peso	33	47.8			
No se debe comer de más, solo más nutritivo	13	18.8			

**Tabla 11.** Bienestar en la gestación

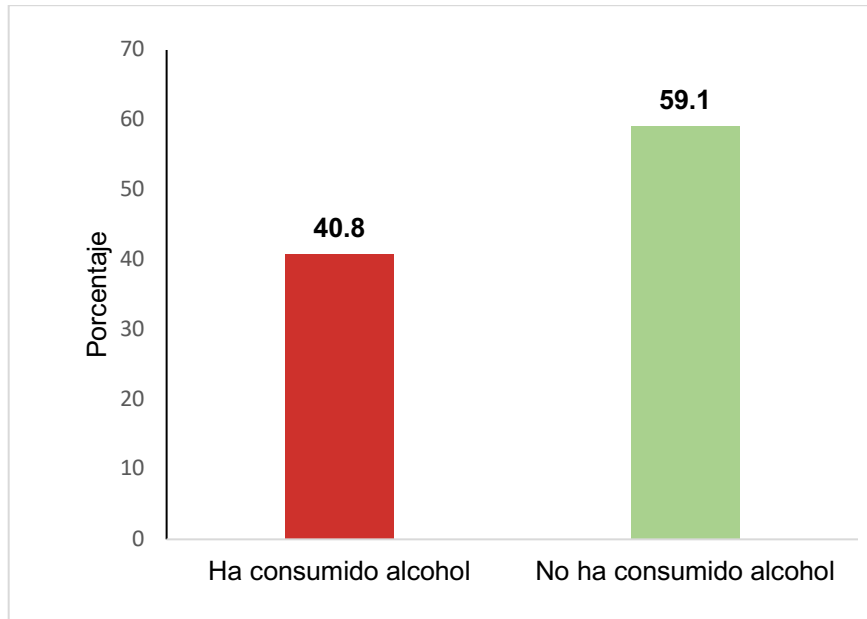
Variable	Nunca		Casi nunca		En ocasiones		Con frecuencia		Casi siempre		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Estoy satisfecha con la atención de salud recibida	3	1.1	3	1.1	8	2.9	3	1.1	32	11.5	230	82.4
Me siento unida con mi bebe	0	0.0	0	0.0	4	1.4	1	0.4	13	4.7	261	93.5
Me siento positiva de estar embarazada	1	0.4	2	0.7	13	4.7	1	0.4	30	10.8	232	83.2
Me siento apoyada por los profesionales de salud	1	0.4	3	1.1	7	2.5	1	0.4	25	0.9	242	86.7
Estoy preocupada de que mis relaciones (familia-amigos) este cambiando	164	58.8	37	13.3	38	13.6	3	1.1	24	8.6	13	4.7
Estoy contenta de como luzco en el embarazo	4	1.4	11	3.9	38	13.6	4	1.4	30	10.8	192	68.8
Estar embarazada me ha dado un propósito en la vida	2	0.7	3	1.1	11	3.9	6	2.2	17	6.1	240	86.0
Estoy preocupada acerca de mi propia salud	71	25.4	28.0	10.0	78	28.0	7	2.5	35	12.5	60	21.5
Los síntomas físicos actuales me preocupan	96	34.4	43	15.4	71	25.4	0	0.0	24	8.6	45	16.2
Estar embarazada me hace sentir segura de mí misma	5	1.8	8	2.9	24	8.6	2	0.7	38	13.6	202	72.4
Me provoca ansiedad dar a luz	67	24.0	30	10.8	71	25.4	5	1.8	34	12.2	72	25.8
Estoy preocupada por la salud de mi bebé	53	19.0	20	7.2	57	20.4	8	2.9	26	9.3	115	41.2



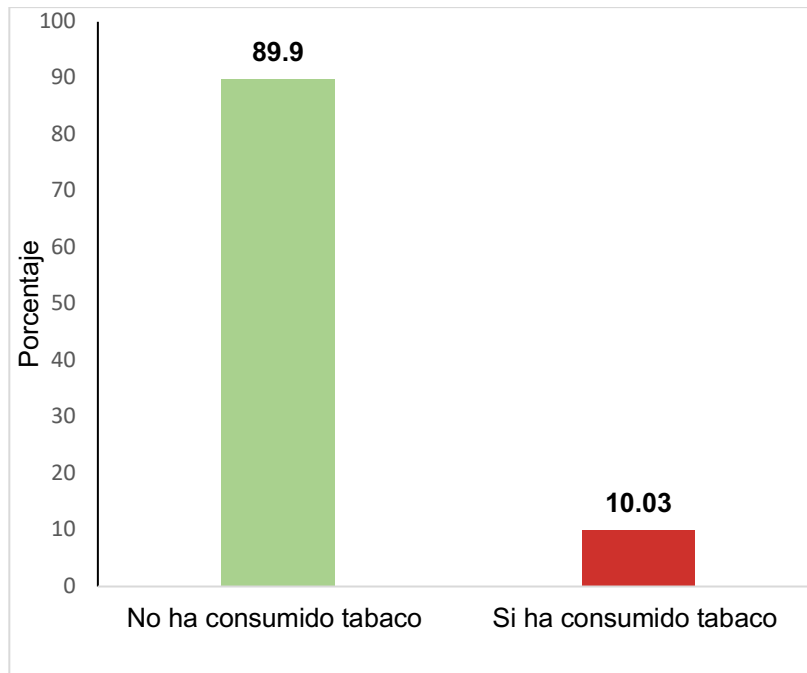
**Figura 4. Nivel de actitudes en bienestar, salud y nutrición.**

### **Comportamientos en salud y nutrición**

Respecto a los comportamientos en salud, el 40.8% de las mujeres ingirió alcohol antes de darse cuenta de su embarazo (Figura 6). En la frecuencia del consumo, casi la mitad de las mujeres reportaron que fue una vez al mes (48.2%). En cuanto al uso del tabaco, el 10.3% refirió fumar antes saber de su gestación (Figura 7). No obstante, el 96.4% dejó de consumirlo totalmente luego de saber de su embarazo. Respecto al comportamiento del inicio de ingesta en vitaminas en general, 20.7% comenzó en el segundo trimestre y 4.7% reportó no consumir. Los suplementos de nutrientes ingeridos con menor frecuencia fueron el calcio (2.2%) y Omega 3 (1.0%) (tabla 12). En cuanto a la calidad alimentaria, en las mujeres gestantes se mostró un consumo adecuado de carne roja y pollo (83.5%). Sin embargo, el 68.8% reportó no ingerir pescado semanalmente, mientras que el 41.9% no consume frutas y vegetales diariamente. De igual manera, no se ingieren diariamente lácteos (26.5%), cereales integrales (86.0%) y leguminosas (60.2%). En cuanto al consumo de alimentos empaquetados y bebidas azucaradas, el 36.0% de las mujeres ingirieron estos productos más de cinco veces por semana (63.0%) (tabla 13). En general, los comportamientos parciales/inadecuados predominaron con un 68.9% en salud y un 74.9% en nutrición (figura 7).



**Figura 5. Porcentaje de mujeres gestantes que consumían alcohol antes de conocer de su embarazo.**



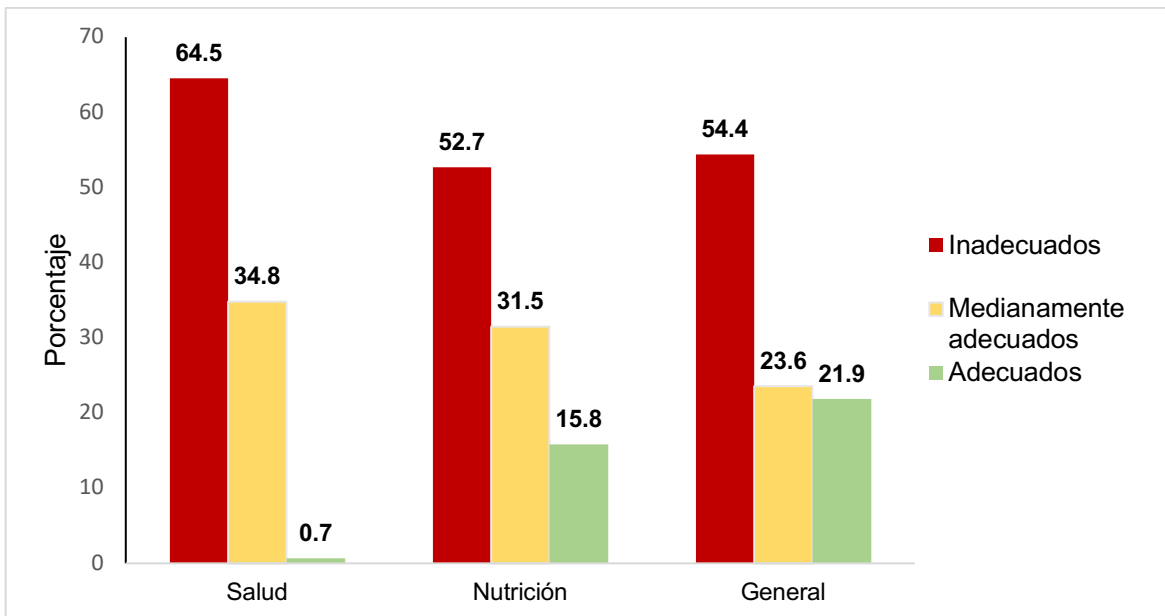
**Figura 6. Consumo de tabaco en la gestación**

**Tabla 12.** Comportamientos en salud y frecuencia de consumo de sustancias

Variable	n	%	Variable	n	%	Variable	n	%
<b>Primera consulta prenatal</b>			<b>Consumo de alcohol</b>			<b>Consumo de tabaco</b>		
Antes del embarazo	1	0.4	<b>Antes de saber que estaba embarazada, ¿Con qué frecuencia bebía alcohol?</b>			<b>Frecuencia del consumo de tabaco</b>		
Primer trimestre	199	71.0	<b>Veces por semana</b>			Diario	17	60.7
Segundo trimestre	75	27.0	3	4	13.3	1 a 4 veces por semana	7	24.8
Tercer trimestre	4	1.4	2	4	13.3	3 veces al mes	1	3.5
<b>Comienzo de la toma de ácido fólico</b>			1	17	56.6	2 veces al mes	1	3.5
No está tomando	12	4.3	Solo 1 vez	5	16.6	1 vez al mes	1	3.5
Primer trimestre	230	82.4	<b>Veces por mes</b>			1 ocasión	1	3.5
Segundo trimestre	35	12.5	3	2	1.6	<b>¿Cómo cuántos cigarros fuma al día ahora?</b>		
Tercer trimestre	2	0.7	2	26	21.8	Lo dejé totalmente	27	96.4
<b>Consumo de vitaminas en la gestación</b>			1	55	65.4	Fumo menos 1 cigarro/día	1	3.5
Ácido fólico	171	64.7	Cada 2 meses	1	0.84	<b>Consumo de drogas</b>		
Hierro	152	57.0	<b>¿En los últimos 3 meses ha tomado alguna bebida ocasional con alcohol?</b>			No	273	97.8
Vitaminas	176	66.6	No	268	96.5	Si	6	2.2
Calcio	6	2.2	Si	10	3.5	<b>Tipo de droga consumida</b>		
Omega 3	3	1.1	<b>¿Cuántos días a la semana o al mes tomó bebidas alcohólicas?</b>			Mariguana	3	1.1
Complejo B	2	0.7	2 veces al mes	1	10.0	Cristal	1	0.4
Vitamina E	1	0.4	1 vez al mes	4	40.0	Agua celeste	1	0.4
			1 vez a la semana	1	10.0	Mariguana y cocaína	1	0.4
			1 ocasión	4	40.0			

**Tabla 13.** Comportamientos en calidad alimentaria

Variable	Si		No	
	n	%	n	%
¿Comes carne o pollo de 2 a 3 veces por semana?	233	83.5	46	16.4
¿Comes de 2 a 3 porciones de fruta o vegetales por día?	162	58.1	117	41.9
¿Comes pescado por lo menos de 1 a 2 veces por semana?	87	31.1	192	68.8
¿Consumes productos lácteos (leche, queso yogurt) diariamente?	205	73.4	74	26.5
¿Consumes alimentos integrales (pan integral, arroz integral, pasta integral, u otros) al menos una vez al día?	39	13.9	260	86.0
¿Consumes alimentos bocadillos empaquetados como frituras, panes, pastelillos o bebidas azucaradas menos de 5 veces a la semana?	103	36.9	176	63.0
¿Consumes leguminosas (frijoles, lentejas, garbanzos, habas) diariamente?	111	39.5	120	60.2



**Figura 7.** Nivel de comportamientos en salud, nutrición y en general

## **Asociaciones entre conocimientos, actitudes y comportamientos en salud y nutrición**

Al analizar las variables que pudieran influir para presentar un conocimiento bajo en salud y nutrición, se observó que las mujeres  $\geq 21$  años, o con un nivel educativo superior a preparatoria, presentaron una menor posibilidad de tener bajos conocimientos tanto de salud y de nutrición, en comparación con las mujeres más jóvenes y con un menor nivel educativo (OR: 0.28, IC 95%: 0.12-0.61,  $p < 0.001$  en mujeres de 26 a 30 años; OR: 0.35, IC 95%: 0.14-0.90;  $p = 0.029$  en mujeres de 31 a 35 años; OR: 2.46, IC 95%: 1.33-4.56,  $p = 0.014$  en mujeres con secundaria terminada y OR: 2.69, IC 95%: 1.22-5.95,  $p < 0.001$  en mujeres con educación primaria o ninguna) (tabla 14).

En cuanto al conocimiento bajo en temas de salud, quienes tuvieron menos probabilidad de presentarlo fueron las mujeres de 26-30 años, así como aquellas sin pareja (solteras o divorciadas). Así mismo, un conocimiento bajo en temas de nutrición se mostró con menor probabilidad en aquellas mujeres de 26-30 años y con un nivel educativo superior al de preparatoria. (OR: 0.34, IC 95%: 0.16-0.73;  $p = 0.006$  en mujeres de 26 a 30 años; OR: 0.48, IC 95%: 0.24-0.98,  $p = 0.004$  en mujeres sin pareja; OR 0.35, IC 95%: 0.16-0.77,  $p = 0.008$  en mujeres de 26 a 30 años) (tabla 17).

En relación con las actitudes, el estado nutricional pregestacional se asoció con actitudes negativas en salud, ya que quienes presentaron sobrepeso u obesidad antes de embarazarse, mostraron mayor probabilidad de tener una actitud negativa hacia la salud. Por el contrario, quienes presentaron bajo peso se asociaron con mejores actitudes en salud (OR: 2.89, IC 95%: 1.62-5.17,  $p = 0.001$  en mujeres con sobrepeso u obesidad pregestacional; OR: 0.12, IC 95%: 0.01-0.91;  $p = 0.041$  en gestantes con bajo peso) (tabla 18).

Finalmente, se realizó un análisis multivariado para determinar las variables que se asociaban con presentar un comportamiento inadecuado. Las mujeres que no tienen pareja, quienes tienen un conocimiento bajo-parcial de salud y nutrición y quienes tienen actitudes negativas y neutrales en salud y nutrición, son quienes tienen mayor probabilidad de presentar un comportamiento inadecuado en salud. (OR: 2.22, IC 95%:

1.08-4.57,  $p=0.031$  en mujeres sin pareja; OR: 2.35, IC 95%: 1.25-4.41,  $p=0.008$  con conocimiento bajo; OR: 2.06, IC 95%: 1.12-3.81,  $p=0.0021$  con conocimiento parcial; OR 1.88, IC 95%: 1.00-3.51,  $p=0.049$  en actitudes negativas; OR: 1.96, IC 95%: 1.06-3.63;  $p=0.031$  en actitudes neutrales.

Cabe destacar que, aunque contrario a lo esperado, las mujeres que presentaron sobrepeso u obesidad pregestacional tuvieron una menor probabilidad de tener un comportamiento inadecuado en nutrición. OR: 0.57, IC 95%: 0.32-1.00,  $p=0.051$  en gestantes con sobrepeso u obesidad). Además, se observó que quienes asistieron a capacitaciones de salud y nutrición, son quienes mayor probabilidad tuvieron de tener comportamientos inadecuados tanto en salud como en nutrición (OR: 2.29, IC 95%: 0.95-5.49,  $p=0.064$  quienes recibieron capacitación de salud y/o nutrición) (tabla 19).

**Tabla 14.** Análisis bivariado entre los conocimientos en salud y nutrición, y las características sociodemográficas de las participantes

Variable	Bajos Conocimientos Generales				Bajos Conocimientos en salud				Bajos Conocimientos en nutrición			
	OR	IC 95%		<i>p</i>	OR	IC 95%		<i>p</i>	OR	IC 95%		<i>p</i>
<b>Grupo de edad</b>												
18-20 años	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-
21-25 años	0.58	0.32	1.05	0.070	0.63	0.35	1.14	0.125	0.96	0.53	1.71	0.891
26-30 años	0.28	0.12	0.61	<0.001	0.38	0.18	0.81	0.012	0.38	0.18	0.81	0.012
31-35 años	0.35	0.14	0.90	0.029	0.84	0.36	1.93	0.676	0.73	0.31	1.69	0.459
36-40 años	0.13	0.02	1.05	0.056	0.14	0.02	1.14	0.067	0.31	0.06	1.56	0.156
<b>Escolaridad</b>												
Preparatoria y más	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-
Secundaria	2.46	1.33	4.56	0.014	1.55	0.87	2.76	0.137	3.30	1.81	6.03	<0.001
Ninguna-Primaria	2.69	1.22	5.95	<0.001	2.22	1.04	4.73	0.039	2.51	1.14	5.52	0.022
<b>Estado Civil</b>												
Con pareja	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-
Sin pareja	1.24	0.66	2.32	0.512	0.58	0.29	1.14	0.114	0.94	0.50	1.77	0.859
<b>Embarazos previos</b>												
Si	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-
No	1.43	0.85	2.41	0.179	1.18	0.70	1.98	0.535	1.09	0.66	1.82	0.728
<b>Estado nutricional pregestacional</b>												
Normal	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-
Bajo peso	1.26	0.42	3.81	0.680	0.79	0.25	2.46	0.678	1.41	0.48	4.14	0.532
Sobrepeso u obesidad	0.82	0.44	1.51	0.523	0.64	0.35	1.18	0.151	1.00	0.56	1.79	0.995
<b>Recibió capacitación de salud-nutrición</b>												
No	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-
Si	1.16	0.55	2.48	0.694	0.66	0.29	1.49	0.317	1.21	0.58	2.53	0.609

**Tabla 15.** Asociaciones entre las actitudes en salud y nutrición, y las características sociodemográficas de las participantes

Variable	Actitudes negativas generales				Actitudes negativas en salud				Actitudes negativas en nutrición			
	OR	IC 95%		p	OR	IC 95%		p	OR	IC 95%		p
<b>Grupo de edad</b>												
18-20 años	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-
21-25 años	0.93	0.51	1.70	0.825	1.49	0.84	2.66	0.177	0.85	0.48	1.51	0.583
26-30 años	0.90	0.44	1.81	0.762	1.32	0.67	2.60	0.423	1.70	0.86	3.38	0.129
31-35 años	0.73	0.30	1.76	0.478	1.63	0.71	3.71	0.246	0.93	0.41	2.11	0.864
36-40 años	0.73	0.18	2.99	0.657	2.14	0.57	8.07	0.262	0.71	0.19	2.67	0.612
<b>Escolaridad</b>												
Preparatoria y más	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-
Secundaria	1.43	0.82	2.51	0.211	1.21	0.71	2.05	0.489	0.77	0.45	1.31	0.337
Ninguna-Primaria	1.05	0.48	2.30	0.894	1.26	0.61	2.60	0.537	0.80	0.39	1.64	0.538
<b>Estado Civil</b>												
Con pareja	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-
Sin pareja	1.12	0.60	2.10	0.725	0.80	0.43	1.47	0.474	1.10	0.60	2.01	0.767
<b>Embarazos previos</b>												
Si	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-
No	0.95	0.57	1.61	0.859	0.71	0.43	1.17	0.176	0.96	0.58	1.58	0.866
<b>Estado nutricional pregestacional</b>												
Normal	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-
Bajo peso	0.60	0.18	2.03	0.415	0.12	0.01	0.91	0.041	0.50	0.16	1.55	0.227
Sobrepeso u obesidad	1.08	0.60	1.94	0.791	2.89	1.62	5.17	<0.001	1.29	0.74	2.27	0.369
<b>Recibió capacitación de salud-nutrición</b>												
No	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-
Si	1.23	0.58	2.60	0.585	1.57	0.75	3.28	0.228	0.85	0.41	1.76	0.655

**Tabla 16.** Asociaciones entre los comportamientos en salud y nutrición, y las características sociodemográficas de las participantes

Variable	Comportamientos inadecuados generales				Comportamientos inadecuados en salud				Comportamientos inadecuados en nutrición				
	OR	IC 95%	p		OR	IC 95%	p		OR	IC 95%	p		
<b>Grupo de edad</b>													
18-20 años	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	
21-25 años	1.09	0.61	1.93	0.780	0.70	0.38	1.29	0.256	1.40	0.79	2.50	0.251	
26-30 años	0.97	0.49	1.90	0.926	0.70	0.34	1.44	0.338	0.91	0.46	1.78	0.777	
31-35 años	1.25	0.54	2.86	0.606	0.53	0.23	1.24	0.142	1.28	0.56	2.92	0.556	
36-40 años	0.36	0.09	1.46	0.151	0.27	0.07	1.03	0.056	0.42	0.10	1.72	0.228	
<b>Escolaridad</b>													
Preparatoria y más	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	
Secundaria	1.37	0.81	2.33	0.244	0.96	0.55	1.65	0.872	0.81	0.48	1.38	0.447	
Ninguna-Primaria	1.20	0.58	2.48	0.622	1.52	0.69	3.37	0.298	0.69	0.34	1.43	0.324	
<b>Estado Civil</b>													
Con pareja	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	
Sin pareja	1.65	0.88	3.10	0.119	2.01	1.00	4.04	0.051	1.01	0.55	1.86	0.968	
<b>Embarazos previos</b>													
Si	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	
No	1.39	0.84	2.30	0.203	1.43	0.84	2.44	0.185	1.48	0.89	2.45	0.128	
<b>Estado pregestacional</b>													
Normal	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	
Bajo peso	0.86	0.29	2.51	0.778	0.83	0.28	2.51	0.746	1.16	0.39	3.48	0.786	
Sobrepeso u obesidad	0.63	0.36	1.11	0.111	0.80	0.45	1.45	0.468	0.57	0.32	1.00	0.051	
<b>Recibió capacitación de salud-nutrición</b>													
No	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	
Si	2.42	1.08	5.41	0.032	1.54	0.69	3.45	0.297	1.44	0.69	3.03	0.334	

**Tabla 16.** Asociaciones entre los comportamientos en salud y nutrición, y las características sociodemográficas de las participantes (continuación)

Variable	Comportamientos negativos generales				Comportamientos negativos en salud				Comportamientos negativos en nutrición				
	OR	IC 95%		p	OR	IC 95%		p	OR	IC 95%		p	
<b>Conocimientos generales</b>													
Alto	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	
Parcial	1.24	0.70	2.19	0.460	1.83	1.01	3.32	0.046	0.85	0.48	1.49	0.564	
Bajo	1.57	0.88	2.82	0.126	2.01	1.10	3.69	0.024	1.21	0.68	2.16	0.518	
<b>Actitudes generales</b>													
Positivo	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	
Neutral	1.55	0.87	2.74	0.134	1.79	0.99	3.23	0.055	0.94	0.53	1.65	0.824	
Negativo	1.61	0.89	2.90	0.113	1.69	0.92	3.10	0.091	1.23	0.69	2.22	0.483	

**Tabla 17.** Análisis multivariado entre los conocimientos en salud y nutrición, y las características sociodemográficas de las participantes

Variable	Bajos Conocimientos Generales				Bajos Conocimientos en salud				Bajos Conocimientos en nutrición				
	OR	IC 95%	p		OR	IC 95%	p		OR	IC 95%	p		
<b>Grupo de edad</b>													
18-20 años	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-	
21-25 años	0.54	0.29	0.99	0.046	0.55	0.30	1.02	0.059	0.90	0.49	1.64	0.727	
26-30 años	0.26	0.12	0.59	0.001	0.34	0.16	0.73	0.006	0.35	0.16	0.77	0.008	
31-35 años	0.33	0.13	0.87	0.025	0.77	0.33	1.79	0.545	0.73	0.31	1.76	0.487	
36-40 años	0.13	0.02	1.06	0.057	0.13	0.02	1.07	0.057	0.32	0.06	1.67	0.177	
<b>Escolaridad</b>													
Preparatoria y más	Ref	-	-	-					Ref	-	-	-	
Secundaria	2.87	1.26	6.52	0.012					2.49	1.12	5.53	0.025	
Ninguna-Primaria	2.57	1.36	4.86	0.004					3.38	1.83	6.23	0.000	
<b>Estado Civil</b>													
Con pareja					Ref	-	-	-					
Sin pareja					0.48	0.24	0.98	0.044					

**Tabla 18.** Análisis multivariado entre las actitudes en salud y nutrición, y el estado nutricional de las participantes

Variable	Actitudes negativas en salud				Actitudes negativas en nutrición			
	OR	IC 95%	p		OR	IC 95%	p	
<b>Estado nutricional pregestacional</b>								
Normal	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-
Bajo peso	0.12	0.01	0.91	0.041	0.50	0.16	1.55	0.227
Sobrepeso u obesidad	2.89	1.62	5.17	0.000	1.29	0.74	2.27	0.369

**Tabla 19.** Análisis multivariado entre el comportamiento en salud y nutrición, y las características sociodemográficas de las

Variable	Comportamientos inadecuados generales				Comportamientos inadecuados en salud				Comportamientos inadecuados en nutrición			
	OR	IC 95%		p	OR	IC 95%		p	OR	IC 95%		p
<b>Estado Civil</b>												
Con pareja	Ref	-	-	-	Ref	-	-	-				
Sin pareja	1.85	0.88	3.85	0.102	2.22	1.08	4.57	0.031				
<b>Estado nutricional pregestacional</b>												
Normal									Ref	-	-	-
Bajo peso									1.16	0.39	3.48	0.786
Sobrepeso u obesidad									0.57	0.32	1.00	0.051
<b>Recibió capacitación de salud-nutrición</b>												
No	Ref	-	-	-								
Si	2.29	0.95	5.49	0.064								
<b>Conocimiento</b>												
Alto					Ref	-	-	-				
Parcial					2.06	1.12	3.81	0.021				
Bajo					2.35	1.25	4.41	0.008				
<b>Actitudes</b>												
Positivo					Ref	-	-	-				
Neutral					1.96	1.06	3.63	0.031				
Negativo					1.88	1.00	3.51	0.049				

## **IX. DISCUSIÓN**

El comportamiento de una mujer gestante puede verse influido por sus conocimientos y actitudes ante temas de salud y nutrición. Si el comportamiento es inadecuado, puede poner en riesgo la salud, tanto de la madre como la del hijo (26,57). Por ello, el propósito de este estudio fue analizar la relación entre los conocimientos, actitudes y comportamientos que tienen las mujeres gestantes de Ciudad Juárez, Chihuahua.

### **Conocimientos en salud y nutrición**

La mayor proporción de mujeres evaluadas presentaron un nivel de conocimiento parcial a bajo, tanto en los temas de salud como de nutrición. Un conocimiento suficiente de estos dos temas son necesarios para que las mujeres estén informadas de los cuidados en la gestación, ya que cuando no hay conocimiento es más difícil prevenir complicaciones (2). Un factor importante que pudo influir sobre el nivel de conocimientos de las participantes es que la recolección de datos se realizó durante el confinamiento por la pandemia por Covid-19. En este periodo se observaron cambios en el funcionamiento del sistema de salud del país (58). Aunque el control prenatal se realizó de manera normal, algunas actividades como charlas o talleres informativos se suspendieron, esto afectó la difusión de información clave en el embarazo. Además, las gestantes solo podían ingresar a la atención sin acompañantes, por lo que la poca información brindada, si es que la hubo, no llegó a los integrantes de la familia, quienes tienen un rol importante en el acompañamiento de la mujer gestante (59). Por otro lado, el miedo a contagiarse de Covid-19 también pudo afectar decisión de las gestantes para acudir a las citas de control prenatal. Se ha documentado que, durante la pandemia, se perdieron alrededor de 8.74 millones de visitas a los servicios de salud por parte de los usuarios, de las cuales 88,552 fueron visitas no realizadas al control prenatal (58).

Además de la situación por la pandemia, no es el único factor para que las mujeres gestantes tuvieran una deficiencia en el conocimiento de salud. Algunos estudios han encontrado que el conocimiento puede verse reflejado por el nivel de educación de las personas (28,60,61). En este trabajo se mostró que las mujeres con una escolaridad de nivel secundaria o menor tuvieron mayores probabilidades de presentar bajos conocimientos, en comparación con las mujeres con escolaridad preparatoria o más. Otros estudios han reportado que el nivel educativo es un determinante para medir los conocimientos, demostrando que a menor escolaridad, menor es el entendimiento en saber los cuidados en temas de salud y nutrición prenatal, (44,61). Así mismo, otro factor que influye para el conocimiento es la edad. En este trabajo se encontró que específicamente el grupo de 26 a 30 años tiene una mayor probabilidad de presentar mejores conocimientos en salud. Esto puede deberse a la madurez que representa la edad, donde es más común un embarazo deseado y hay más estabilidad emocional y económica que en una edad temprana (62). Cabe señalar que, en este estudio no se observó una asociación entre la edad y el nivel educativo. Por lo que, las asociaciones de estas dos variables con los conocimientos se observaron de manera independiente.

En cuanto a los conocimientos sobre temas exclusivamente de salud, la mayor proporción de mujeres mostraron un conocimiento bajo o parcial en las señales de alarma y una tercera parte consideró que la ganancia de peso excesiva no puede causar problemas a su salud ni a la del bebé. Con base en esto, el hecho de no conocer las señales de alarma puede tener consecuencias de gravedad como: trastornos hipertensivos, hemorragias, parto prematuro, sepsis o muerte materna y/o fetal (15). Por otro lado, el considerar que el exceso de peso no causa problemas en el embarazo, resulta preocupante, ya que está ampliamente documentado que el exceso de peso aumenta el riesgo de padecer preeclampsia, diabetes gestacional, cesáreas, parto prematuro, así como, muerte materna y neonatal (5,63). Así mismo, las mujeres que mostraron un conocimiento bajo en temas específicamente de salud tendieron a ser las de menor edad. Es evidente que mujeres jóvenes puedan presentar una deficiencia en su conocimiento por su baja experiencia en temas de salud. Esto puede ser debido a que

aumenta la vulnerabilidad, ya sea por su inmadurez emocional, falta de educación o experiencia de vida (64)

Por otro lado, otro factor que influyó en un bajo conocimiento en salud fue el estado civil. Se observó que quienes no tenían pareja, tuvieron una mayor probabilidad de tener mejor entendimiento en salud. Esto puede deberse a que, al no contar con una red de apoyo durante el embarazo, en este caso la pareja, podría propiciar que las mujeres estén más atentas a la información sobre los cuidados necesarios en la gestación (65).

En cuanto a los conocimientos sobre temas en nutrición, aproximadamente la mitad de las mujeres no reconocieron al ácido fólico y el hierro como nutrientes importantes. El desconocimiento de la importancia de estos nutrientes puede deberse a la falta de capacitación debido a la pandemia, o bien, a la recepción de información insuficiente durante las consultas prenatales, ya que de los principales objetivos de la atención fue revisar signos de contagio COVID-19 o de señales de alarma (66). Del mismo modo, otros dos factores que pudieron afectar los conocimientos acerca de los suplementos nutrimentales son la falta de consulta nutricional en aproximadamente la mitad de las participantes y el retraso del inicio de la atención prenatal, ya que un número considerable de mujeres empezaron su consulta hasta el segundo trimestre. Esto puede impactar negativamente en su embarazo, ya que el no conocer sobre la suplementación, puede ocasionar que no haya un consumo suficiente de estos nutrientes, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollar diferentes alteraciones como: malformaciones en el sistema nervioso del bebé y parto prematuro. En el caso de la mujer, puede presentarse anemia y problemas hipertensivos, entre otros (67).

La problemática de presentar un bajo conocimiento en el consumo de suplementos ya se ha observado con anterioridad. Se ha mostrado que la falta de nivel educativo de las gestantes y el acceso a la información sobre estos temas, influyen en el conocimiento (57). En este trabajo, las mujeres con un buen conocimiento de nutrición fueron aquellas con edades de 26 a 30 años, así como quienes presentaron mayor nivel educativo (preparatoria y más). Por ello, se reitera que el conocimiento se verá reflejado por la necesidad de aprender más sobre nutrición en edades donde se desea embarazarse

(57). Además, el tener un nivel educativo alto no solo incrementa los conocimientos en las mujeres, sino que además mejora las habilidades y brinda herramientas para la búsqueda de información sobre una alimentación saludable (68,69).

### **Actitudes en salud y nutrición**

En cuanto a las actitudes de salud y nutrición, así como los resultados del cuestionario de bienestar en la mujer gestante, en su mayoría se observó la presencia de actitudes de negativas-neutrales. Las actitudes son creencias emocionales y cognitivas que influyen positiva o negativamente en el comportamiento de una persona (37). El tener una actitud negativa hacia los cuidados de salud y nutrición en la gestación, tales como la ganancia de peso, bienestar o alimentación pueden influir en que los cuidados no sean los óptimos (70).

En este estudio se observó un desinterés por la ganancia de peso en general, al igual que una actitud negativa a neutral sobre si es bueno comer más en el embarazo. Ambas perspectivas se relacionan con el peso de la paciente y este resultado puede ser reflejo de la problemática nacional sobre obesidad. En México, el 73% de la población femenina mayor a 20 años tiene sobrepeso u obesidad (4). En este trabajo se mostró una asociación entre la presencia de actitudes negativas-neutrales y la presencia de sobrepeso u obesidad pregestacional, es decir, las personas con sobrepeso y obesidad tuvieron una mayor probabilidad de tener una actitud negativa en nutrición. Resultados similares se encontraron en un estudio realizado en Estados Unidos con mujeres latinas, donde las mujeres con actitudes más negativas tenían sobrepeso u obesidad (71). Dicha asociación puede ocurrir porque las mujeres con un IMC alto en su gestación, pueden sentirse juzgadas en función de su peso y por los cambios fisiológicos que conlleva la gestación (72). Por lo tanto, esto puede ocasionar que sean más propensas a adoptar actitudes negativas hacia la ganancia de peso (73). Además, la presencia conjunta de sobrepeso u obesidad y actitudes negativas hacia la ganancia de peso durante el embarazo, pueden incrementar el riesgo de presentar problemas de salud tales como: parto pre término, cesárea, diabetes gestacional entre otros (74).

La presencia de actitudes negativas acerca de la ganancia de peso y sobre la forma de alimentarse, puede deberse a la falta de conocimiento en temas de nutrición (75) y a su vez a la ausencia de una intervención nutricional. En este trabajo, el 46% de las mujeres reportaron no haber recibido consulta de nutrición durante su embarazo. Según la Guía de Práctica Clínica en el embarazo, se recomienda que debe haber educación y consejería de nutrición desde la visita inicial, preferentemente antes de las 14 semanas (34). En general, la falta de actitud positiva podría explicarse por la ausencia de conocimiento, ya que se ha descrito que a mayor nivel de conciencia y entendimiento en un tema, se puede estimular una mejor actitud y, consecuentemente mostrar mejoría en el comportamiento (26,76).

### **Comportamientos en salud y nutrición**

Respecto a los comportamientos tanto de salud como de nutrición, en general se mostraron inadecuados. Una de las principales barreras para un comportamiento adecuado, es la falta de conocimientos y la presencia de actitudes negativas hacia los cuidados necesarios (70,77). Los comportamientos son la manifestación de lo que aprendemos a lo largo de nuestra vida y son el reflejo de otros factores como las creencias, conocimientos, actitudes, cultura, tradiciones, valores; en la etapa de gestación, tener comportamientos adecuados son clave para un embarazo exitoso (61). En este estudio, cerca de la tercera parte de la población comenzó de manera tardía la atención prenatal y el consumo de suplementos prenatales de vitaminas y minerales.

La atención prenatal debe comenzarse desde el inicio de la gestación o inclusive antes de la concepción (13). Es por ello que, la NOM-007-SSA-2016 indica que las consultas prenatales deben realizarse en las primeras semanas de gestación (13). Por otro lado, la correcta suplementación de nutrimentos esenciales en el embarazo permite prevenir la ocurrencia de deficiencias que pueden afectar el desarrollo del feto, tales como el hierro, ácido fólico y calcio (2). La suplementación de calcio reduce un 35% las probabilidades de presentar hipertensión y un 55% para la preeclampsia, mientras que el hierro suplementado puede reducir hasta un 70% casos de anemia en el embarazo

(34). A su vez, las madres que tienen mayor conocimiento de estos nutrientes, tienen una mayor probabilidad de consumir los suplementos recetados por el médico, en comparación con las mujeres con bajos conocimientos del tema (78).

En relación con los comportamientos en nutrición, más de la mitad de las mujeres evaluadas mostraron una baja calidad alimentaria y un consumo alto de alimentos procesados. Esto se documentó también en mujeres de Irlanda, quienes tuvieron un elevado consumo de alimentos procesados. Sin embargo, el porcentaje de consumo de pescados, vegetales y lácteos fue mayor en este país a diferencia del presente estudio (79). Según una encuesta nacional realizada en dicho país, más de la mitad de la población consume diariamente pescados, vegetales, lácteos y alimentos integrales (80). Por otro lado, el resultado del presente trabajo coincide con lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2018, donde más de la mitad de la población mexicana adulta de 20 años y más no consume habitualmente vegetales y lácteos (4). El bajo consumo de vegetales disminuye el aporte de fibra y micronutrientes, de modo que, el no consumir estos grupos de alimentos de manera habitual puede afectar la salud digestiva, cardiovascular e inmunológica en la madre y el crecimiento del feto durante la gestación (11,81). El bajo consumo de pescados puede explicarse por la disponibilidad, acceso, higiene y preparación (82). Cabe mencionar, que debido a las cuestiones culturales del norte del país, donde se caracteriza por tener tierras áridas y ser lejano al mar, el consumo de pescado no es común y es más frecuente la ingesta de carnes rojas debido a que es una región ganadera (83). Sin embargo, un bajo consumo de pescados afecta el aporte diario de omega 3, se ha observado que una ingesta adecuada de este nutriente durante la gestación, reduce el riesgo de un parto pretérmino de un 33.0% a 21.0% (34).

La población de este estudio, tuvo una baja ingestión de cereales integrales y un alto consumo de alimentos procesados que contienen elevadas cantidades de grasas saturadas, azúcares y sal que pueden ocasionar enfermedades coronarias (84). La presencia simultánea de una ganancia de peso inadecuada, y un bajo acceso a la

información y a la atención nutricional, pueden propiciar que las mujeres tomen decisiones poco saludables para alimentarse.

En cuanto al análisis multivariado, los comportamientos negativos en salud se asociaron únicamente con los conocimientos generales bajos y parciales. Los comportamientos negativos más frecuentes fueron la asistencia tardía a la atención prenatal y el retraso en el consumo de suplementos nutricionales esenciales en el embarazo. Se ha reportado que, cuando el embarazo no es planificado, hay una mayor prevalencia de un inicio tardío de la atención prenatal (85). En este estudio las mujeres sin pareja fueron las más propensas a presentar estos comportamientos inadecuados, aunque no se alcanzó la significancia estadística ( $p=0.051$ ). Esto puede explicarse por la falta de una red social de apoyo en las madres solteras, lo que puede afectar en su asistencia al control prenatal y el consumo de alcohol (85,86).

Importancia de las intervenciones en el mejoramiento de los conocimientos, actitudes y comportamientos de gestantes.

Es necesario mejorar los conocimientos y actitudes de las gestantes, con el fin de que puedan tomar decisiones informadas que beneficien su salud y la de su hijo. La promoción de salud en mujeres en edad reproductiva desempeña un papel importante en la prevención de problemas de salud. En nuestro país, uno de los principales problemas es el sobrepeso u obesidad en edad fértil; tomando en consideración la alta prevalencia reportada en México, la población de mujeres en edad reproductiva se encuentra en riesgo de presentar resultados adversos durante la gestación (87). Además, cuando uno o ambos padres presentan obesidad, se incrementan las probabilidades de que el hijo también la presente (33% y 64%, respectivamente), en comparación con los padres con peso normal (88). La elevada prevalencia de obesidad en una población impacta negativamente en la salud y la calidad de vida de esta. Asimismo, repercute en costos elevados de tratamiento y afecta su productividad (89). El diseño e implementación de estrategias para prevenir complicaciones de salud desde

el embarazo, puede beneficiar no solo a la mujer y al feto durante la gestación, sino también a la salud de ambos a futuro.

Aunque ya se cuentan con programas y guías para la atención prenatal, se necesita reforzar estas prácticas para brindar información e incentivar al cambio que deben hacer las mujeres gestantes, al igual que el profesional de salud. El incrementar la oportunidad, de inicio temprano a la atención prenatal, así como aumentar la detección del sobrepeso u obesidad, monitorear y brindar una red de apoyo y educación a gestantes con bajo nivel de escolaridad o sin apoyo de alguna pareja, puede ser de beneficio para esta población (34).

### **Fortalezas y limitaciones del estudio**

Este trabajo tiene como fortalezas la generación de evidencia a partir de una muestra grande, proveniente de cinco centros de salud, distribuidos en diferentes zonas geográficas de la ciudad. Los resultados obtenidos aportan información relevante y de utilidad para la Jurisdicción Sanitaria II, así como para el departamento de salud reproductiva y el área de atención prenatal de la institución. Por otro lado, este estudio presenta limitaciones tales como el periodo de recolección de datos, el cual se llevó a cabo durante la pandemia de COVID-19, por lo que no se realizó de manera presencial sino telefónica. Por lo tanto, las respuestas de las participantes se pudieron ver afectadas. De igual manera, la asistencia al control prenatal pudo verse influida debido a las medidas o restricciones que se tomaron por la pandemia.

## **X. CONCLUSIONES**

En este estudio, se mostró una relación de los conocimientos y actitudes en salud y nutrición, con los comportamientos de salud, no así con los de nutrición. Aquellas mujeres que presentan conocimientos bajos a parciales y actitudes negativas a neutrales, tienen mayor probabilidad de presentar un comportamiento inadecuado en salud. Además, algunas características sociodemográficas como el nivel educativo y la edad se asociaron con la presencia de conocimientos bajos a parciales; mientras que el estado nutricional se asoció con la presencia de actitudes negativas a neutrales.

Es necesario incorporar estrategias educativas que permitan un mejor entendimiento del control prenatal a la población tanto en una situación normal, como en situaciones de emergencia nacional. En este estudio se buscó cumplir la función de Salud Pública mediante la evaluación de la situación en salud a través del monitoreo y evaluación de salud y nutrición de la mujer gestante. Los resultados obtenidos en este trabajo permitirán fortalecer los sistemas de información para la salud con el fin de apoyar la toma de decisiones basadas en evidencia. Especialmente, aquellos que busquen mejorar los conocimientos y actitudes de las mujeres gestantes, con el fin de mejorar sus comportamientos en salud y nutrición.

## XI. REFERENCIAS

1. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Educación Nutricional en la Etapa Preconcepcional, Embarazo y Lactancia. ACV Ediciones, editor. 2009. 12–44 p.
2. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo [Internet]. 2018. p. 1–45. Disponible en: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/an-c-positive-pregnancy-experience/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/an-c-positive-pregnancy-experience/es/)
3. Subsecretaria de Previsión y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Salud Materna. Secretaria de Salud. 2015.
4. ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [Internet]. 2018. Disponible en: [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf)
5. Lozano Bustillo A, Waleska R, Turcios Urbina L, Cueva Nuñez J, Ocampo Eguigurems D, Portillo Pineda C, et al. Sobrepeso y Obesidad en el Embarazo: Complicaciones y Manejo. Archivos de Medicina. 2015;12(3:11):1–7.
6. Secretaría de Salud Pública. Programa de Salud Materna y Perinatal. 2013-2018 [Internet]. Programa Sectorial de Salud. 2013. p. 1,16-22. Disponible en: [http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal\\_2013\\_2018.pdf](http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf) <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-salud-materna-y-perinatal-cnegrs-12031>
7. Purizaca M. Modificaciones fisiológicas en el embarazo. Rev Peru Ginecol y Obstet. 2010;56(1):57–69.
8. Maldonado M, Saucedo J, Lartigue T. Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. Artemisa. 2008;22(1):5–14.
9. Gómez López ME, Calva EA, Meléndez JC, Bravo CS. Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada Psychological Disturbances in Pregnant Women. Psicol Iberoam. 2006;14(2):28–35.
10. Marín Morales D, Bullones Rodríguez MÁ, Carmona Monge FJ, Carretero Abellan MI, Moreno Moure M, Peñacoba Puente C. Influencia de los factores psicológicos

- en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. NURE Investigación : Revista Científica de enfermería [Internet]. 2008;37:1–20. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/422/413>
11. Alcolea Flores S, Mohamed Mohamed D, Ceuta HU de. Guía de cuidados en el embarazo. Instituto. Sanitaria IN de G, editor. Madrid; 2011.
  12. Ticona D, Torres L, Veramendi L. Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre- Niño San Bartolomé, Lima, Perú. Rev Peru Ginecol y Obstet. 2016;60(2):123–9.
  13. Subdirección de Informática Jurídica, Dirección General de Información Automatizada, Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. 2016;1–67.
  14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, editor. España, andalucia; 2014. 2–198 p.
  15. García Regalado JF, Montañez Vargas MI. Signos y síntomas de alarma obstétrica. Revista Medica Del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2012;50(6):651–7.
  16. Freyermuth G, Sesia P. La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Mexico: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos. Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A.C; 2009.
  17. Barbosa-Ruiz RE, Domínguez-Quintela MS, Gómez-Gómez G de J, Monjo-Zarate CE, Salinas-López C, Torres-Blas RM. Conocimientos de mujeres gestantes sobre los requerimientos nutricios en el embarazo. Rev Enferm IMSS. 2005;13(1):3–7.
  18. Barrios Amaya JA, Zapata Gómez V. Desnutrición materna y su influencia sobre el feto y el recién nacido. Rev Colomb Obstet Ginecol. 1983;35(4):259–65.
  19. Prats G, Peláez A, Núñez M, Núñez C, Sánchez R. Nutrición durante el embarazo. Revista Información Científica. 2007;55(3).
  20. Gil-Antuñano SP. Nutrición en las diferentes etapas y situaciones de la vida. Manual Practico de nutricion y salud. 2012. p. 196–210.
  21. Rosell Juarte E, Lopez Montero M, Trufero Canovas N. Efectos del bajo peso materno preconcepcional sobre el embarazo y parto. Archivo Médico de

- Camagüey. 2006;10(4).
22. Carmona-Ruiz I, Saucedo de la Llata E, Moraga-Sánchez M, Cantero-Miñano M, Romeu-Sarrió A. Ganancia de peso durante el embarazo y resultados perinatales : estudio en una población española e influencia de las técnicas de reproducción asistida. *Ginecol Obstet Mex.* 2016;84(11):684–95.
  23. Cabañas M. J., Longoni M, Corominas N, Sarobe C, Yurrebaso MJ, Aguirrezábal A. *Obstetricia y ginecología.* Vol. 2, Farmacia Hospitalaria. 2001.
  24. Moreno E, Roales J. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica , Consideración Crítica y Propuesta Alternativa . *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica.* 2003;3:91–109.
  25. Corona H F, Peralta V E. Prevención de conductas de riesgo. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2011;22(1):68–75.
  26. Perumal N, Cole DC, Ouédraogo HZ, Sindi K, Loechl C, Low J, et al. Health and nutrition knowledge, attitudes and practices of pregnant women attending and not-attending ANC clinics in Western Kenya: A cross-sectional analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13:1–12.
  27. Pino JL, López MÁ, Cofré MI, González C, Reyes L. Conocimientos Alimentario-Nutricionales y Estado Nutricional De Estudiantes de Cuarto año básico según establecimientos particulares y subvencionados de la ciudad de Talca. *Rev Chil Nutr.* 2010;37(4):418–26.
  28. Bookari K, Yeatman H, Williamson M. Exploring Australian women’s level of nutrition knowledge during pregnancy: A cross-sectional study. *Int J Womens Health.* 2016;8:405–19.
  29. Zerfu TA, Biadgilign S. Pregnant mothers have limited knowledge and poor dietary diversity practices, but favorable attitude towards nutritional recommendations in rural Ethiopia: Evidence from community-based study. *BMC Nutr.* 2018;4(1):1–9.
  30. Organización Mundial de la salud, UNICEF, UNFPA. Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial. [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2005. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v14n20/v14n20a08.pdf>
  31. Instituto Mexicano del Seguro Social. Cartilla de la mujer embarazada [Internet].

- Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/maternidad/pdf/cartillaEmbarazo.pdf>
32. Consejo de Salubridad General. Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. Gobierno Federal. 2009.
  33. Soler Morejon C. Conocimiento médico y su gestión. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2011;10(4):505–12.
  34. Instituto Mexicano del Seguro Social. Control Prenatal con Atención Centrada al Paciente. GUIA Pract Clin IMSS--028-08 [Internet]. 2017;1–104. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GER.pdf>
  35. Llanos Zavalaga LF, Velasquez Hurtado JE, Ventosilla Villanueva R, Reyes Lecca RC. Actitudes hacia la prevención y promoción en salud en estudiantes de medicina de una universidad peruana. Rev Medica Hered. 2012;17(2):81.
  36. Magall C, Le N. Valores y Actitudes del personal de salud ante la atención de la persona ante la violencia y el fenómeno de las drogas. Rev Salud Pública y Nutr. 2012;13(4):13–8.
  37. Yvette Fautsch Macías PG. PraGuidelines for assessing nutrition-related Knowledge, Attitudes and Practices manual [Internet]. Vol. 19, Food and Agriculture Organization of the United Nations. 2014. 497–503 p. Disponible en: [www.fao.org/docrep/019/i3545e/i3545e00.htm](http://www.fao.org/docrep/019/i3545e/i3545e00.htm) <http://www.fao.org/3/i3545e/i3545e.pdf>
  38. Alderdice F, McNeill J, Gargan P, Perra O, Alderdice F, McNeill J, et al. Preliminary evaluation of the Well-being in Pregnancy ( WiP ) questionnaire. Psychosomatic Obs Gynecol. 2017;8942(2):133–40.
  39. Marcela L, Gualdrón V, Helena C, Cárdenas R De. Percepción que tienen las gestantes sobre el cuidado de enfermería en la atención prenatal. Enfermería imagen y Desarrollo. 2019;21(1).
  40. Castellano Bentancur GS, Heinzen Cesio J, Niño Celio MS. Creencias Populares en torno a la Salud Materna y el Modelo Asistencial Predominante. Revista de Salud Pública. 2010;32–46.
  41. Perez L, Márquez M. La atención a la salud durante el embarazo y el parto. una propuesta desde la psicología de la salud. Avances en Psicología Latinoamericana.

- 2004;22:61–75.
42. CDC. Consumo de alcohol [Internet]. Documento Técnico. 2012. Disponible en: [http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=614:mas-de-900-mil-ecuatorianos-consumen-alcohol&catid=68:boletines&Itemid=51&lang=es](http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=614:mas-de-900-mil-ecuatorianos-consumen-alcohol&catid=68:boletines&Itemid=51&lang=es)
  43. Zhao Q, Kulane A, Gao Y, Xu B. Knowledge and attitude on maternal health care among rural-to-urban migrant women in Shanghai, China. *BMC Womens Health*. 2009;9:1–8.
  44. Abouzeid H, Salah MM, Farag HM, Fawzy E. Knowledge and practices of pregnant women about folic acid in pregnancy in Abu Dhabi , United Arab Emirates. *East Mediterr Heal J*. 2010;16(4).
  45. Vázquez E, Guerrero M, Olvera J, Arriaga Y. El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. *Alternativas en psicología*. 2009;20:89–100.
  46. Organización de las naciones unidas para la agricultura y la alimentación. La FAO y los ocho objetivos de desarrollo del milenio. 2015;5–6.
  47. INEGI. Banco de indicadores [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/indicadores/?ind=6300000085&tm=8#divFV6300000085%23D6300000085>
  48. Morales Andrade E, Ayala Hernández I, Morales Valerdi F, Astorga Castañeda M, Castro Herrera GA. Epidemiología de la muerte materna en México y el cumplimiento del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio, hacia los objetivos de desarrollo sostenible. *Rev Espec Médico-Quirúrgicas [Internet]*. 2018;23:61–86. Disponible en: [www.remq-issste.com](http://www.remq-issste.com)
  49. Manuel V, Mora G. Clasificación de morbilidad y mortalidad materna mediante una escala de disfunción orgánica. 2020;58(6):686–97.
  50. Campos C, Hurtado M, Pulido A, Guerrero A, Briones C. Muerte Materna en México. En: *Mortalidad Materna*. 2013. p. 50–70.
  51. Pastor M, Herrera L, Vásquez I. Conocimientos y prácticas sobre autocuidado que influyen en la salud de la mujer, durante el embarazo y el puerperio. *Rev Fac Cienc Méd*. 2014;3(2):13–8.
  52. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud. Aspectos

- conceptuales y operativos. Washington, D.C.; 2018. 35–45 p.
53. Ángel M, Calderón K, Montes PB, Campuzano M. Aspectos sociales de la mortalidad materna . Estudio de caso en el Estado de México. *Med Soc.* 2007;2(4):205–11.
  54. Márquez Hernandez A. Conocimiento sobre ganancia de peso, actitud hacia la imagen corporal y ganancia de peso gestacional en la embarazada. Universidad Autonoma de Nuevo León; 2019.
  55. International Federation of Gynecology & Obstetrics. Healthy mother , healthy baby – Nutritional questionnaire for pre-pregnant / early pregnant women [Internet]. International Federation of Gynecology & Obstetrics. 2015. Disponible en: [https://www.figo.org/sites/default/files/2020-06/FIGO\\_Nutrition\\_Checklist%283%29.pdf](https://www.figo.org/sites/default/files/2020-06/FIGO_Nutrition_Checklist%283%29.pdf)
  56. Michigan Department of Community Health. Preguntas de Salud y Dieta para Mujeres Embarazadas [Internet]. Women Infant and Children (WIC). 1978. p. 1–6. Disponible en: [https://www.michigan.gov/-/media/Project/Websites/mdhhs/Folder1/Folder47/DCH-1314AR\\_102016.pdf?rev=1347dd77372a49f1822658627c0fe150](https://www.michigan.gov/-/media/Project/Websites/mdhhs/Folder1/Folder47/DCH-1314AR_102016.pdf?rev=1347dd77372a49f1822658627c0fe150)
  57. Ramos Francia C, Correa Lopez L, De la Cruz Vargas J. Conocimientos y prácticas de alimentación en gestantes atendidas en un hospital de Lima. *Revista de la Facultad de Medicina Humana.* 2018;18(2):28–35.
  58. Doubova S V., Leslie HH, Kruk ME, Pérez-Cuevas R, Arsenault C. Disruption in essential health services in Mexico during COVID-19: An interrupted time series analysis of health information system data. *BMJ Glob Heal.* 2021;6(9).
  59. Diaz Niño MV. La salud de la Mujer frente a la pandemia [Internet]. Vol. 2021, Partido Acción Nacional. 2021. p. 3–38. Disponible en: [https://node1.123dok.com/dt02pdf/123dok\\_es/003/201/3201306.pdf.pdf?X-Amz-Content-Sha256=UNSIGNED-PAYLOAD&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=7PKKQ3DUV8RG19BL%2F20220225%2F%2Fs3%2Faws4\\_request&X-Amz-Date=20220225T172113Z&X-Amz-SignedHeaders=h](https://node1.123dok.com/dt02pdf/123dok_es/003/201/3201306.pdf.pdf?X-Amz-Content-Sha256=UNSIGNED-PAYLOAD&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=7PKKQ3DUV8RG19BL%2F20220225%2F%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20220225T172113Z&X-Amz-SignedHeaders=h)
  60. Kamau MW, Mirie W, Kimani ST. Maternal knowledge on iron and folic acid

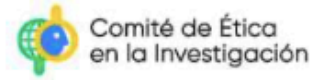
- supplementation and associated factors among pregnant women in a rural County in Kenya. *Int J Africa Nurs Sci*. 2019;10(January):74–80.
61. Patel BB, Gurmeet P, Sinalkar DR, Pandya KH, Mahen A, Singh N. A study on knowledge and practices of antenatal care among pregnant women attending antenatal clinic at a Tertiary Care Hospital of Pune, Maharashtra. *Med J Dr DY Patil Univ*. 2016;9(3):354–62.
  62. Bellieni C. The Best Age for Pregnancy and Undue Pressures. *J Fam Reprod Heal*. 2016;10(3):104–7.
  63. Flores-padilla L, Melo-rey ML. Embarazo y obesidad : riesgo para desarrollo de diabetes gestacional en la frontera norte de México. *Gac Med Mex*. 2014;150(1):73–8.
  64. Zasloff E, Schytt E, Waldenström U. First time mothers' pregnancy and birth experiences varying by age. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(11):1328–36.
  65. Berregui MIA. La Madre Soltera Frente la Sociedad. *Revista de Sociología*. 1978;9(9):175–95.
  66. Briones-Garduño JC. COVID-19 y atención a embarazadas en el consultorio. *Rev CONAMED*. 2020;25(S1):15–23.
  67. Organización Mundial de la Salud. Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo. *Organ Mund la Salud*. 2014;2(1):1–36.
  68. Obdulia J, Solano G, Ramirez T, Ramirez M, Latorre S, Ruvalcaba J. Impacto de una intervención educativa en mujeres embarazadas con respecto a su autocuidado. *J Negat No Posit Results JONNPR*. 2018;3(11):875–86.
  69. Rodríguez-Ángulo E, Andueza-Pech G, Rosado-Alcocer L, Ortiz-Panozo E, Hernández-Prado B. Efecto de una intervención comunitaria para mejorar conocimientos sobre signos de alarma de complicaciones maternas en mujeres mayas de Yucatán, ensayo controlado, aleatorizado. *Revista de Investigacion Clinica*. 2012;64(2):154–63.
  70. Lara EC, Torres YC, Moreno M. Actitudes y hábitos ante la prevención. *Revista de Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2012;20(1):11–7.
  71. Tovar A, Chasan-Taber L, Bermudez OI, Hyatt RR, Must A. Knowledge, attitudes, and beliefs regarding weight gain during pregnancy among hispanic women.

- Matern Child Health J. 2010;14(6):938–49.
72. Sui Z, Turnbull D, Dodd J. Effect of body image on gestational weight gain in overweight and obese women. *Women and Birth*. 2013;26(4):267–72.
  73. Savard C, Yan E, Plante AS, Bégin C, Robitaille J, Michaud A, et al. Positive attitudes toward weight gain in late pregnancy are associated with healthy eating behaviours. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2021;26(6):2051–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01057-5>
  74. Pacheco Romero J. Gestación en la mujer obesa : consideraciones especiales. *An Fac med*. 2017;78(2):207–14.
  75. Zelalem A, Endeshaw M, Ayenew M, Shiferaw S, Yirgu R. Effect of Nutrition Education on Pregnancy Specific Nutrition Knowledge and Healthy Dietary Practice among Pregnant Women in Addis Ababa. *Clin Mother Child Heal*. 2017;14(3).
  76. Zelalem T, Mikyas A, Erdaw T. Nutritional knowledge, attitude and practices among pregnant women who attend antenatal care at public hospitals of Addis Ababa, Ethiopia. *Int J Nurs Midwifery*. 2018;10(7):81–9.
  77. Sator P. Knowledge , Attitude , and Practice among Antenatal Mother Regarding High-risk Pregnancy in Penampang Health Clinic, Sabah, Malaysia Patricia. *J Comm Pub Heal Nurs*. 2019;5(3):2–8.
  78. Barrett G, Shawe J, Howden B, Patel D, Ojukwu O, Pandya P, et al. Why do women invest in pre-pregnancy health and care? A qualitative investigation with women attending maternity services. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(1):1–15.
  79. Killeen SL, Callaghan SL, Jacob CM, Hanson MA, McAuliffe FM. Examining the use of the FIGO Nutrition Checklist in routine antenatal practice: multistakeholder feedback to implementation. *Int J Gynecol Obstet*. 2020;151(S1):51–6.
  80. Irish Universities Nutrition Alliance. *The North/South Ireland Food Consumption Survey*. Vol. 4, Public Health Nutrition. 2001.
  81. FAO. Frutas y verduras – Esenciales en tu dieta [Internet]. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. 2021. Disponible en: <https://www.fen.org.es/storage/app/media/2021/naciones-unidas-y-faointernacional-frutas-y-verduras.pdf>
  82. Arrvizú O, Polo E, Shamah T. Qué y cómo comemos los Mexicanos, consumo de

- alimentos en la población urbana [Internet]. Instituto Nacional de Salud Pública. 2015. 19–50 p. Disponible en: [file:///C:/Users/Supervisor/Downloads/que\\_y\\_como\\_comemos\\_los\\_mexicanos.pdf](file:///C:/Users/Supervisor/Downloads/que_y_como_comemos_los_mexicanos.pdf)
83. FAO. El sistema alimentario Oportunidades para el campo mexicano [Internet]. 2019. 68 p. Disponible en: <https://www.fao.org/3/CA2910ES/ca2910es.pdf>
  84. Quiles Izquierdo J. Nutrición y enfermedad cardiovascular: hiperlipemias, hipertensión arterial e insuficiencia cardiaca congestiva. *Man Pract Nutr y salud*. 2012;1:313–23.
  85. Yanikkerem E, Ay S, Piro N. Planned and unplanned pregnancy: Effects on health practice and depression during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res*. 2013;39(1):180–7.
  86. López MB, Arán V, Cremonte M. Consumo de alcohol antes y durante la gestación en Argentina : prevalencia y factores de riesgo. 2015;37:211–7.
  87. Perichart O, Balas M, Schiffman E, Serrano M, Valdillo F. Impacto de la obesidad pregestacional en el estado nutricional de mujeres embarazadas de la Ciudad de México. *GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO*. 2006;74–2(Octubre):77–88.
  88. IMCO. Kilos de mas, pesos de menos: Los costos de la obesidad en México [Internet]. Centro de Investigación en Política Pública. 2015. Disponible en: [http://imco.org.mx/wp-content/uploads/2015/01/20150127\\_ObesidadEnMexico\\_DocumentoCompleto.pdf](http://imco.org.mx/wp-content/uploads/2015/01/20150127_ObesidadEnMexico_DocumentoCompleto.pdf)
  89. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Health at a Glance 2019. México. ¿Cómo se compara? [Internet]. OCDE. 2021. Disponible en: [www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm](http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm)

## ANEXOS

## Anexo 1. Autorización por el Comité de Ética en la Investigación



CEI-2021-1-327


Ciudad Juárez, Chihuahua, a 22 de abril de 2021

**Dra. Sara Imelda Balderrama Espinoza  
Presente.**


El Comité de Ética en la Investigación (CEI), después de recibir el protocolo de investigación CEI-2021-1-30, denominado "Conocimientos, actitudes y comportamientos en salud y nutrición en mujeres gestantes de Ciudad Juárez", resolvió:

**Dictamen favorable**

**Atentamente  
"Por una vida científica  
Por una ciencia vital"**



Dra. Gwendolyne Peraza Mercado  
Presidente del Comité de Ética en la  
Investigación



Dra. María de Jesús Viloria Beltrán  
Secretaria del Comité de Ética  
en la Investigación

c.c.p. Archivo.

## Anexo 2. Oficio de autorización para la realización del estudio

INSTITUTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS

### Maestría en Salud Pública

UACJ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE CIUDAD JUÁREZ

12 de abril de 2021

Dr. Ramón Murrieta González  
Director de la Jurisdicción Sanitaria II  
Presente.-

ATN. Lic. Mitzi Alicia García Zarate  
Coordinadora del Programa Salud Reproductiva

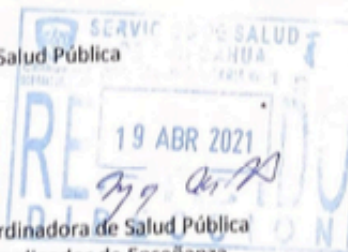
Por medio de la presente lo saludo y así mismo me permito solicitar su autorización para que la alumna Sara Imelda Balderrama Espinoza realice su proyecto de investigación en las instalaciones de los Centros de Salud Águilas, Senderos, Anapra, Galeana y Colinas de Juárez.

El nombre del proyecto es "Conocimientos, actitudes y comportamientos en salud y nutrición en mujeres gestantes de Ciudad Juárez, Chihuahua." Las actividades consisten en aplicar una encuesta; la docente investigadora a cargo es la Dra. Linda Selen Valenzuela Calvillo.

Sin otro particular por el momento y esperando una respuesta favorable, me despido de usted.

Atentamente  
"Por una vida científica,  
Por una ciencia vital"

  
MCSP. Angélica A. Araujo Sáenz  
Coordinadora de la Maestría en Salud Pública



UACJ  
MAESTRÍA EN  
SALUD PÚBLICA  
I.C.B.

Ccp. Dra. Eva Lizeth Gaytán, Coordinadora de Salud Pública  
Ccp. Dr. Raúl Ayala Mendoza, Coordinador de Enseñanza

### Anexo 3. Consentimiento informado

Estimada participante:

El embarazo es un proceso donde ocurren cambios físicos y psicológicos, por tanto, el llevar cuidados en salud protege el desarrollo del feto. La toma de decisiones para su cuidado puede marcar la diferencia para un desenlace seguro. La salud de la mujer embarazada y la prevención de riesgos es importante para la salud pública, al mismo tiempo, el ofrecer el óptimo servicio para mejorar la salud materna. El objetivo de este trabajo es analizar la relación de los conocimientos y actitudes con los comportamientos de salud y nutrición en un grupo de mujeres gestantes en Cd. Juárez.

Por este motivo se solicita tu participación en el proyecto de investigación en salud denominado "Conocimientos, actitudes y comportamientos en salud y nutrición en mujeres gestantes en Cd. Juárez" en el que se realizarán los siguientes procedimientos:

1. Se aplicará un cuestionario de datos generales y gineco-obstétricos
2. Se aplicará un cuestionario de conocimientos de nutrición y control prenatal
3. Se aplicará un cuestionario de actitudes de bienestar y hacia algún problema de salud
4. Se aplicará un cuestionario de comportamientos nutricionales y cuidados prenatales

El estudio no implica ningún costo para ti, el tiempo para realizar los cuestionarios es aproximadamente de 25 minutos. Toda la información recabada a lo largo del estudio tendrá exclusivamente fines de investigación y se mantendrá estrictamente confidencial. Cabe destacar que la investigadora no pertenece o tiene relación alguna con los centros de salud por lo que la información obtenida, será revisada y evaluada exclusivamente por la investigadora. Este estudio se ha sometido a la aprobación de la Comité de Bioética de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. El poner tu nombre en este documento, significa que sí deseas participar en este estudio. Para nosotros es muy importante tu participación hasta su finalización, pero puedes dejar de participar si así lo decides. La participación en este estudio no representa daño o riesgo alguno para ti y tú bebé, así como para la relación con el centro de salud. Asimismo, no recibirás algún incentivo económico, ni de otra índole, el beneficio de la participación será la satisfacción de colaborar en el estudio para generar información que permita mejorar la atención en el servicio de salud.

Para cualquier duda o aclaración pueden comunicarse a los teléfonos o al correo electrónico:

**Linda Selen Valenzuela Calvillo - Doctora en Ciencias en Nutrición Poblacional**

Teléfono celular. 656 1801584

[linda.valenzuela@uacj.mx](mailto:linda.valenzuela@uacj.mx)

**Sara Imelda Balderrama Espinoza**

**Estudiante de Maestría en Salud Pública**

Teléfono celular. 614 246 31 01

[al198604@alumnos.uacj.mx](mailto:al198604@alumnos.uacj.mx)

En Ciudad Juárez, a \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la participante

---

Nombre y firma del investigador

---

## Anexo 4. Cuestionario

### DATOS GENERALES

**Folio:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ años  
**ESTADO CIVIL:** Soltera  Casada  Unión libre  Viuda  Divorciada   
**ESCOLARIDAD:** Ninguna  Primaria  Secundaria  Bachillerato  Universidad   
**OCUPACION:** Estudiante  Empleada  ¿Qué actividad realiza? \_\_\_\_\_ Hogar   
Otro \_\_\_\_\_

### INFORMACION Obstétrica

**1. ¿Cuántas semanas tiene de embarazo?** \_\_\_\_\_  
**2. Incluyendo este embarazo, ¿cuántas veces ha estado embarazada?** \_\_\_\_\_

Incluyendo:  Abortos  Nacido Muerto

Tipo de parto:  Cesárea  Natural

**3. ¿Cuántos embarazos pasados duraron más de 4 meses?** \_\_\_\_\_  
(No incluye este embarazo)

**4. ¿Cuántos bebés nacidos vivos ha tenido?** \_\_\_\_\_

**5. Antes de este bebé, ¿cuándo acabó su último embarazo?**

(Fecha del último parto, aborto, nacido muerto) \_\_\_\_\_

**6. ¿Dónde va a recibir la mayoría de su cuidado médico durante este embarazo?**

\_\_\_ 1. Centro comunitario \_\_\_\_\_

\_\_\_ 2. Hospital \_\_\_\_\_

\_\_\_ 3. Otro \_\_\_\_\_

**7. ¿Cuándo empezó a asistir al control prenatal?** \_\_\_\_\_

Antes de embarazarme  1 a 4 semanas  5 a 8 semanas  9 a 13 semanas  14 a 17  
semanas  18 a 22 semanas  23 a 27 semanas  28 a 31 semanas  32 a 35 semanas  
 36 a 40 semanas

**8. ¿Cuándo comenzó a tomar ácido fólico?**

Antes de embarazarme  1 a 4 semanas  5 a 8 semanas  9 a 13 semanas  14 a 17  
semanas  18 a 22 semanas  23 a 27 semanas  28 a 31 semanas  32 a 35 semanas  
 36 a 40 semanas

**9. Desde que se embarazó, ¿ha tomado usted algunas medicinas recetadas por el médico?** \_\_\_ No \_\_\_ Sí  
\_\_\_ Sí ¿Cuáles?

**10. Desde que se embarazó ¿Ha tomado algunas medicinas sin receta?** \_\_\_ No \_\_\_ Sí  
¿Cuáles?

**11. Desde que se embarazó ¿Ha consumido drogas?** \_\_\_ No \_\_\_ Sí

¿Cuáles?

**12. ¿Usted ha tomado vitaminas o minerales durante el embarazo?** \_\_\_ No \_\_\_ Sí

Si contesta sí, ¿qué está tomando? \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

¿Es recetado? \_\_\_ No \_\_\_ Sí

**13. En el mes antes de estar embarazada con este bebé ¿cuántas veces por semana tomó usted una multi-vitamina (una píldora que contiene muchas vitaminas y minerales diversos)?**  
\_\_\_\_\_ Veces

### ESTADO FISIOPATOLÓGICO

Diabetes gestacional actual: \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Diabetes tipo 2: \_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Desde cuándo? tiempo de evolución \_\_\_\_\_

Hipertensión: \_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Desde cuándo? tiempo de evolución \_\_\_\_\_

Otra enfermedad \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? tiempo de evolución \_\_\_\_\_

Peso actual: \_\_\_\_\_

Talla: \_\_\_\_\_

Peso pre gestacional: \_\_\_\_\_

## CONOCIMIENTOS

### Conocimientos nutrición

1. **¿Cómo cree que debería comer una mujer embarazada en comparación a una mujer no embarazada para prevenir problemas de salud y nutrición para ella y su bebé? Por favor diga 4 recomendaciones**
2. **Hay dos tipos de suplementos importantes que deben consumirse en el embarazo ¿recuerda cuáles son?**
3. **¿Por qué es tan importante el ácido fólico para una mujer embarazada?**
4. **Cuando una mujer embarazada está desnutrida, ella está en riesgo de tener un bebé con bajo peso ¿Cuáles son los riesgos de salud para niños con peso bajo?**

### Conocimientos Salud

1. **Es recomendado que una mujer espere al menos 2 o 3 años para volver a quedar embarazada. Por favor podría decirme ¿Por qué esto es recomendado?**
2. **¿Cada cuándo se debe asistir al control prenatal?**
3. **¿Usted ha recibido información sobre las señales de peligro durante el embarazo, parto o puerperio? Si / No**
4. **¿Quién o quienes le han proporcionado información acerca de las señales de peligro durante el embarazo?**
  - a) Médico
  - b) Experiencia previa por embarazos anteriores
  - c) Personal de Enfermería
  - d) Familiares/ Amigos
  - e) Medios de comunicación (televisión, radio, redes sociales)
5. **¿Qué señales durante el embarazo conoce usted, que ponen en peligro la vida de la mujer embarazada? Mencione todas las que sepa**
6. **¿Crees que ganar mucho peso o tener sobrepeso durante el embarazo, puede incrementar problemas en la madre?**  
Si / No / No estoy segura
7. **¿Qué clase de problemas puede acarrear tener un sobrepeso u obesidad durante el embarazo?**
8. **¿Cree que ganar mucho peso o tener sobrepeso durante el embarazo, puede incrementar los problemas del bebé? Si / No / No estoy segura ¿Qué clase de problemas?**
9. **¿Cree que se necesita atención prenatal? Si / No / No estoy segura**
10. **¿Debe realizarse el primer examen prenatal dentro de los primeros 3 meses? Si / No**
11. **¿Se puede prevenir la anemia consumiendo más alimentos que contengan hierro durante el embarazo? Si / No**
12. **¿La mujer embarazada necesita aporte de calcio? Si / No**
13. **¿Debería la mujer embarazada controlar con frecuencia la presión arterial? Si / No**
14. **¿Es necesario ir al hospital cuando ocurre un fuerte dolor de cabeza? Si / No**
15. **¿Es necesario ir al hospital cuando ocurre un problema de visión? Si / No**
16. **¿Qué método es mejor para alimentar a los recién nacidos?**

- a) lactancia
- b) leche en polvo
- c) ambas

ACTITUDES

Por favor conteste las preguntas con las siguientes respuestas:

Preguntas	Nunca	Casi nunca	En ocasiones	Con frecuencia	Casi siempre	Siempre
Estoy satisfecha con la atención de salud recibida						
Me siento unida con mi bebe						
Me siento positiva de estar embarazada						
Me siento apoyada por los profesionales de salud						
Estoy preocupada de que mis relaciones (familia-amigos) este cambiando						
Estoy contenta de como luzco en el embarazo						
Estar embarazada me ha dado un propósito en la vida						
Estoy preocupada acerca de mi propia salud						
Los síntomas físicos me preocupan						
Estar embarazada me hace sentir segura de mi misma						
Me provoca ansiedad dar a luz						
Estoy preocupada por la salud de mi bebé						

- Actitudes hacia un problema de salud o nutrición (Sección E)
1. ¿Qué tan probable cree usted que tenga un bebé con bajo peso?

- Poco probable
- No lo sé/ No estoy segura
- Probable

¿Me podría decir por qué razones es poco probable? \_\_\_\_\_

**2. ¿Qué tan grave cree que es el tener un bebé con bajo peso?**

- No es grave
- No lo sé/ No estoy segura
- Grave

- Actitudes hacia una práctica ideal o deseada en relación con la nutrición.

**3. ¿Qué tan bueno cree que es comer más durante el embarazo?**

- No es bueno ¿Me podría decir por qué razones no es bueno?
- No lo sé/ No estoy segura
- Es bueno

**4. ¿Es difícil para usted comer más alimento durante el embarazo?**

- No es difícil
- Regular/ No lo sé/ No estoy seguro/a
- Difícil  ¿Me podría decir por qué razones es difícil?

• Actitudes hacia el consumo de alimentos

**5. ¿Cree usted que se está alimentando lo suficiente ahora que está embarazada?**

- Si
- No lo sé/No estoy segura
- No ¿Me podría decir por qué razones?

Preguntas	Nunca	Casi nunca	En ocasiones	Con frecuencia	Casi siempre	Siempre
Tengo miedo de subir mucho de peso este embarazo						
Me gustaría ganar entre 10 y 13 kg durante este embarazo.						
Me gustaría ganar entre 5 y 9 kg durante este embarazo.						
Estoy comiendo una dieta equilibrada, no me importa cuánto peso voy a ganar durante este embarazo.						

Me gustaría ser capaz de ganar peso durante el embarazo.						
Si gano mucho peso en un mes, trato de no aumentar de peso en el mes siguiente						
Me da pena de cómo he ganado peso durante este embarazo.						

Actitudes en salud

**1. ¿Cómo clasificaría su peso antes del embarazo?**

- 1) Bajo peso
- 2) Peso saludable
- 3) Sobrepeso
- 4) Exceso de peso

**2. ¿Cómo percibe usted su categoría del peso actual?**

- 1) Bajo peso
- 2) Peso saludable
- 3) Sobrepeso
- 4) Exceso de peso

**3. ¿Cómo considera el trato recibido por el médico durante su control prenatal?**

- a) Muy bueno
- b) Bueno
- c) Regular
- d) Malo

## COMPORTAMIENTOS

### Comportamientos en nutrición

1. ¿Consumes carne o pollo tres veces a la semana? Si / No
2. ¿Consumes regularmente más de 2 a 3 porciones de fruta o vegetales al día? Si / No
3. ¿Consumes pescado por lo menos de 1 a 2 veces por semana? Si / No
4. ¿Consumes lácteos (como leche, queso, yogurt) todos los días? Si / No
5. ¿Consumes alimentos integrales (como pan integral, pasta integral, arroz integral, u otros) al menos una vez al día? Si / No
6. ¿Consumes bocadillos como papitas o frituras menos de dos veces por semana?  
Si / No
7. ¿Consumes bocadillos como pan dulce y galletas (como emperador, chokis, pingüinos, gansitos u otros) menos de dos veces por semana? Si / No
8. ¿Consumes bebidas azucaradas (como coca cola, nestea, jugos jumex, del valle u otras) menos de dos veces por semana? Si / No
9. ¿Consumes leguminosas (como frijoles, lentejas, garbanzos o habas) tres o más veces por semana? Si / No

### Comportamientos en salud

10. Mencione 3 actividades que ocurren cuando asiste a consulta

### Uso de alcohol

11. ¿Ha consumido cualquier bebida alcohólica (cerveza, vino, licor, etc.) durante este embarazo, aún antes de descubrir que estaba embarazada? \_\_\_ No \_\_\_ Sí
12. Durante los últimos tres meses, ¿Cuántos días a la semana o al mes tomó

bebidas alcohólicas como promedio? \_\_\_\_\_ Días/semana \_\_\_\_\_ Días/mes

13. Durante los últimos tres meses, en los días que tomaba, ¿Cuántas bebidas tomaba como promedio? \_\_\_\_\_ Número de bebidas

### Uso de tabaco

14. ¿Ha fumado cigarrillos, pipas o cigarros durante este embarazo, aún antes de descubrir que estaba embarazada? \_\_\_ No \_\_\_ Sí
15. Como promedio, ¿Cómo cuántos cigarrillos, pipas o cigarros fuma al día ahora?  
Cantidad por día \_\_\_\_\_ No fuma \_\_\_\_\_
15. ¿Han cambiado sus hábitos de fumar durante este embarazo?  
\_\_\_ No fumé  
\_\_\_ Si han cambiado lo dejé completamente  
\_\_\_ Fumo menos  
\_\_\_ No hubo cambio, traté de reducirlo, pero no pude  
\_\_\_ No hay cambio, sigo fumando igual  
\_\_\_ Empecé a fumar