



Universidad Autónoma de Yucatán

Posgrado Institucional en Ciencias de la Salud
Maestría en Investigación en Salud

Representaciones sociales y prácticas sobre la alimentación
en mujeres con sobrepeso u obesidad durante el embarazo,
parto y puerperio, y sus posibles complicaciones de salud, en
Yaxcabá, Yucatán

Tesis presentada por:
Lic. en Enfría. Erika Bibiana Chávez Arcos

En opción al grado:
Maestro en Investigación en Salud

Directoras de tesis:
Dra. María Graciela Freyermuth Enciso
Dra. Gloria de los Ángeles Uicab Pool

Mérida, Yucatán, México, noviembre 2019



UADY

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

"Luz, Ciencia y Verdad"

*Posgrado Institucional en
Ciencias de la Salud*

PICSA/130/19
11 de noviembre de 2019.

La tesis **"Representaciones sociales y prácticas sobre la alimentación en mujeres con sobrepeso u obesidad durante el embarazo, parto y puerperio, y sus posibles complicaciones de salud, en Yaxcabá, Yucatán"** presentada por la Lic. en Enfermería Erika Bibiana Chávez Arcos, en cumplimiento parcial de los requisitos para optar por el grado de **Maestra en Investigación en Salud**, ha sido aprobada en su contenido científico y en cuanto al cumplimiento de los establecido en el Plan de Estudios vigente del **Posgrado Institucional en Ciencias de la Salud**.

ATENTAMENTE



UADY
DR. JULIO CÉSAR TORRES ROMERO
COORDINADOR DEL POSGRADO INSTITUCIONAL
EN CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. Archivo

Av. Itzaes x 59 y 59 A. Facultad de Medicina. C.P. 97000 Mérida, Yucatán, México.
Tel. (999) 9240554, 9233297 Ext. 36163. <http://www.pics.uady.mx>

DEDICATORIA

A Dios, autor y consumidor de la vida, por Él y para Él.

“No a nosotros, Señor, no a nosotros, sino a Tu nombre le corresponde toda la gloria, por tu amor inagotable y tu fidelidad”. Salmo 115:1 NVI

AGRADECIMIENTOS

A **las mujeres que participaron**, por su colaboración sincera, por el tiempo dedicado, por la confianza y atención al abrir sus hogares, sus vidas y sentimientos, sin ellas la realización de esta investigación no sería posible.

A la **Universidad Autónoma de Yucatán y al Posgrado Institucional en Ciencias de la Salud (PICS)**, por ser para mí, sede de continuo fomento de conocimiento y pensamiento y darme una formación integral, con sentido holístico y humanista.

Al **Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)**, al proyecto Salud materna por haber hecho posible la realización de este proyecto a través de recursos de Fundación Kellogg y Asesoría Capacitación y Asistencia en Salud AC.

A mis directoras de tesis **Dras. Gloria de los Ángeles Uicab Pool y María Graciela Freyermuth Enciso**, por los aprendizajes académicos, compromiso y todo el tiempo y apoyo en la realización de este proyecto.

A la M. en C. Nelly Albertos Alpuche, MAS. Miguel Güémez Pineda, a las Dras. María Teresa Castillo Burguete, Norma Pérez Herrera y Alina Marín Cárdenas por sus valiosas aportaciones y tiempo dedicado en las tutorías y revisiones a este trabajo de investigación.

A mi familia, por la confianza depositada en mí, por el amor, la comprensión de mis ausencias y por el apoyo incondicional.

A mis **docentes**, quienes sembraron en mí no solo conocimientos, también valores, por ayudarme a obtener las herramientas necesarias para desarrollar las habilidades indispensables en la Investigación en Salud.

A los **estudiantes de verano del programa Delfín, docentes y colaboradores** del proyecto: Alimentación, salud y enfermedad durante el embarazo en el contexto intercultural: el caso de mujeres mayas de Yaxcabá.

Índice

I. RESUMEN	1
II. INTRODUCCIÓN	3
III. ANTECEDENTES	5
IV. OBJETIVOS.....	20
V. MATERIALES Y MÉTODOS.....	20
VI. RESULTADOS.....	38
VII. DISCUSIÓN.....	69
VIII. CONCLUSIONES	80
IX. RECOMENDACIONES.....	81
X. REFERENCIAS	82
XI. ANEXOS.....	89

I. RESUMEN

Introducción: en México, el 75.6% de las mujeres en edad reproductiva presentan sobrepeso u obesidad. En Yaxcabá, la mala alimentación a la que población se encuentra expuesta, aumenta la posibilidad de que la madre inicie la gestación con estado nutricional inadecuado. Esto puede generar complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, como aborto, preeclampsia y triplicar el riesgo de diabetes gestacional e incluso la muerte; también hay riesgo de macrosomía o enfermedades congénitas en el hijo.

Objetivo: identificar las representaciones sociales y las prácticas sobre la alimentación en mujeres con sobrepeso y obesidad, así como las complicaciones en salud que presentan durante su embarazo, parto y puerperio.

Métodos: estudio mixto en el cual se realizó una triangulación en metodologías y técnicas. Cuantitativo: descriptivo, transversal y retrospectivo; y cualitativo, con acercamiento etnográfico. Se desarrolla en el marco de las representaciones sociales y prácticas de alimentación que realizan las mujeres en una comunidad rural de Yucatán.

Las participantes fueron 57 mujeres que tuvieron expediente clínico en el Centro de Salud de Yaxcabá, que presentaron sobrepeso u obesidad, estaban inscritas en el programa de control prenatal y habían tenido un embarazo en los últimos 24 meses (2016-2018).

El proyecto constó de dos fases en la recolección de datos: la primera a través del levantamiento de los instrumentos con los cuales se obtuvieron los datos cuantitativos: 1) Cuestionario de condiciones sociodemográficas y complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio; y 2) Frecuencia de consumo de alimentos. En la segunda fase de recolección de datos se realizó la metodología cualitativa, a través de la técnica: relatos de vida y observación participante

La información de los cuestionarios fue capturada y procesada en SPSS v. 20.0 y en Microsoft Excel 2016, los resultados se presentan en tablas de frecuencias y gráficas. Los relatos de vida y las notas de diario de campo se analizaron a

través de códigos significativos sobre las prácticas y representaciones de la alimentación.

Resultados: participaron 57 mujeres, 39 con obesidad y 18 con sobrepeso. Se asoció el sobrepeso u obesidad con amenaza de parto prematuro (Ji^2 p 0.025). El 79% no consume las recomendaciones mínimas de 2 a 3 verduras al día, el 54% no consumieron las tres frutas mínimas al día, el 82% de las mujeres con sobrepeso y el 79% con obesidad consumían cinco o menos cereales al día. Predominó el consumo de tortillas de maíz hechas a mano, pan dulce y avena, el 94% no consumen por lo menos tres alimentos de origen animal al día y comen con frecuencia el huevo. Entre las principales representaciones sociales que tienen las mujeres durante el embarazo es la necesidad de satisfacer un antojo para evitar sufrir un aborto y éste se presenta porque las madres tienen debilidad en su cuerpo. A las mujeres mayores de 25 años se les antoja comer comidas tradicionales como el pipián (preparación a base de pepitas o semillas de calabaza), salsa elaborada de semillas molida de calabaza con pollo, macal, *xux ek* (panal de avispa) asada y en las mujeres 25 años comidas rápidas y procesadas: pizza, hamburguesas, *hot dog*, entre otros.

Conclusiones: la pobreza, las barreras del idioma y los bajos niveles educativos limitan a las mujeres en sus habilidades para cuidar su salud y la de su futuro hijo. En las mujeres del estudio se asoció el estado nutricional que tuvieron con la amenaza de parto prematuro, además el consumo de frutas, verduras, alimentos de origen animal es menor a las recomendaciones diarias emitidas por la NOM 043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria (NOM 043-SSA2-2012). El grupo de cereales fue de consumo abundante. No obstante, en las mujeres menores de 25 años se encuentran nuevas representaciones sociales en torno a la alimentación influenciados por la mercadotecnia, por lo que tienden a consumir comidas rápidas y procesadas que las predispone a ganar más peso en el embarazo y presentar complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

II. INTRODUCCIÓN

El problema de la obesidad en México se ha incrementado de manera acelerada en los últimos 20 años, según las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición.^{1,2} En Yucatán más del 80% de las mujeres presentan sobrepeso u obesidad (SuO) Esta condición les puede llevar a complicaciones materno-fetales, como duplicar o triplicar el riesgo de diabetes pre-gestacional o gestacional; presentar 7.5 veces más riesgo de hipertensión durante la gestación y/o 2.08 más riesgo de preeclampsia, aborto e incluso la muerte.^{3,4}

Dado el contexto sociocultural y económico en las que viven las mujeres, le atribuyen significados particulares a los alimentos durante la gestación y puerperio. Dichos significados son anclados y objetivados por la transmisión intergeneracional de sus madres, sus abuelas o suegras a ellas y entre ellas.

El objetivo del estudio es: identificar las representaciones sociales y las prácticas sobre la alimentación, así como las complicaciones en salud que presentan durante su embarazo, parto y puerperio las mujeres con SuO de Yaxcabá, Yucatán.

Este estudio permite identificar los aspectos de la alimentación desde el contexto socio-cultural, que servirán en un futuro próximo, como parte del proyecto madre de este trabajo, para desarrollar un modelo educativo en alimentación, con la finalidad de prevenir enfermedades gineco-obstétricas en mujeres de Yaxcabá, ya que no existen estudios previos que contextualicen su situación y el de otras mujeres rurales en Yucatán.

Aborda el problema del SuO en las etapas del embarazo, parto y puerperio desde un enfoque holístico: cuantitativo y cualitativo desde el estudio de las representaciones sociales y prácticas, de manera que se logre un análisis profundo de la problemática y lograr mejorar las recomendaciones, que el personal de salud da a las mujeres en edad reproductiva, para que éstas incluyan aspectos culturales para que las mujeres puedan aceptar y así potenciar las buenas prácticas e incidir en aquellas que afectan su salud.

El reporte de esta investigación se encuentra estructurado por capítulos: en el primero se encuentra un resumen del trabajo, se describe de manera breve, los apartados de introducción, objetivo, métodos empleados, resultados y conclusiones. En el segundo apartado, se presenta una introducción, en la cual se muestra la importancia y relevancia del estudio de la problemática.

En un tercer capítulo se encuentran los antecedentes y la base teórica de la investigación, organizada en forma cronológica y por los apartados: 1) prácticas y representaciones sociales, 2) sobrepeso y obesidad durante el embarazo, parto y puerperio y finalmente, 3) sobrepeso y obesidad en la mujer: complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. En este mismo capítulo se describe el problema y su magnitud. Al final de este apartado se hace mención de la importancia, relevancia y aportes por lo cual fue necesario realizar esta investigación.

En seguida se presenta el capítulo cuatro, este contiene los objetivos que guiaron la investigación. Posteriormente, en el capítulo cinco, se aborda la metodología empleada. En éste apartado se detallan el tipo y diseño de estudio, se realizó un estudio mixto con una triangulación en metodologías y técnicas, cuantitativo: descriptivo, transversal y retrospectivo; y cualitativo, con acercamiento etnográfico. Las técnicas empleadas fueron encuesta, entrevista y observación participante. También se describen las fuentes de recolección de la información y el plan de procesamiento de los datos.

Los siguientes apartados, capítulos seis, siete, ocho y nueve, están compuestos por los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones. Los resultados son confrontados con la teoría y con otros estudios previos, lo que permite realizar conclusiones y recomendaciones para futuras investigaciones, contribuir y retribuir con la comunidad de estudio. Al final del documento se presentan las referencias bibliográficas utilizadas en el texto y los anexos donde se han colocado los instrumentos empleados y tablas informativas sobre alimentación.

III. ANTECEDENTES

3. 1 Prácticas y representaciones sociales

Este estudio tiene como marco conceptual las representaciones sociales y prácticas (RSyP) sobre la alimentación de mujeres que presentan SuO durante el embarazo y el puerperio, desde un enfoque antropológico. Según Jodelet, las representaciones sociales (RS) surgen a partir de construcciones colectivas, bajo inducción social que incide directamente sobre las prácticas sociales y la organización del grupo. Los saberes se forman a partir de la experiencia, pero también de información, conocimientos y modelos de pensamientos recibidos y transmitidos a través de la tradición, la educación y la comunicación social.^{5,6}

La teoría de las RS inició su abordaje desde el ámbito de la psicología y sociología con Sergio Moscovici y Émile Durkheim. Este último señaló que “los hechos sociales no pueden reducirse a psicológicos individuales, sino que son constructos colectivos supraindividuales autónomos, que se expresan por sí mismos, no en los individuos, sino en su combinación”.⁷

En la teoría de las RS no se polariza hacia lo micro o lo macro: existe una determinación social central (macro) y otra, social lateral (micro) de las representaciones. La primera se refiere a la cultura global de la sociedad en la que se insertan los grupos sociales, y la segunda al grupo en particular en el cual se insertan las personas, esto es descrito por Moscovici.⁸

Estas dos formas de determinación social no tienen un sentido unidireccional, por lo que se dice que las representaciones son sociales por:

- Las condiciones de producción en que emergen (medios de comunicación, interacción cara a cara, comunicación, lenguaje).
- Las condiciones de circulación de las RS (intercambio de saberes y ubicación de las personas en grupos naturales y de los grupos sociales naturales en contextos sociales particulares dentro de una estructura social).

- Las funciones sociales: construcción social de la realidad en el intercambio social, desarrollo de una identidad personal y social, búsqueda de sentidos o construcción del conocimiento del sentido común.
- Los mecanismos de anclaje y objetivación provienen de la construcción de las representaciones sociales. El primero son los saberes y las ideas que las personas tienen acerca de determinados objetos y la objetivación es el hecho de llevar a la práctica dichos saberes.

Por lo tanto, las representaciones sociales son la manera en que los sujetos aprehenden los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro ambiente, la información que en él circula, de las personas de nuestro entorno próximo o lejano. De este modo, ese conocimiento es en muchos aspectos un conocimiento socialmente elaborado y compartido.

Por lo que estudiar las representaciones sociales constituye un pilar en este estudio para comprender el problema, al permitir analizar las prácticas que realizan las mujeres en relación con la alimentación. Se integran conocimientos derivados de la biomedicina y también de saberes construidos socialmente provenientes de la cultura maya. Esas prácticas pueden contribuir en la configuración de modos, condiciones y estilos de vida en las personas y familias.^{6,9}

Las representaciones sociales en torno al embarazo, el parto y el puerperio han sido abordadas en Yucatán por Judith Ortega (2010) en tres generaciones de hombres y mujeres mayas. En su trabajo los entrevistados describen los significados que tienen estas etapas, destaca la creciente medicalización del parto en las comunidades originarias, especialmente por parte de aquellos informantes de la tercera generación, que son las mujeres jóvenes (de 15 a 35 años de edad). Según los informantes, el nacimiento prematuro y el aborto son debidos a un susto o a los deseos alimenticios (antojos) no cumplidos. Después del parto, la retención de la placenta dentro de la mujer es peligrosa para su vida y cuando es expulsada debe ser enterrada para que ningún animal pueda comerla, ya que la placenta es considerada como compañera del hijo y

continuidad del cuerpo de la mujer. Dentro de la representación se encuentra el significado de un mal embarazo, que sucede por comer alimentos agrios que “caen sobre el bebé y lo dañan”, al igual que a la madre porque “mata su sangre”.⁹

Investigaciones realizadas por Güémez (2012)¹⁰ y Quattrocchi y Güémez (2007)⁶ dejan ver claramente las representaciones sobre las prácticas de atención prenatal, durante el parto y el puerperio, así como en la etapa de crianza del hijo, mismas que expresan la cultura de las comunidades mayas de Yucatán. Las parteras de la región poseen un conjunto de saberes y dan recomendaciones de todo tipo a las mujeres que acuden para ser sobadas durante su embarazo: consejos sobre cuidados y alimentación para la madre y el futuro bebé.¹¹ Destacan saberes como el sistema de frío-caliente, ya que en la representación social se indica que el cuerpo de la mujer que esté menstruando o en gestación es caliente, por lo que se debe comer alimentos recién preparados y los que dentro de la cultura se consideran calientes.¹¹

El significado de ser mujer entre las jóvenes de Yaxcabá fue estudiado por Pérez Ruiz, la autora describe que en la comunidad este hecho se construye desde el nacimiento, y su posición y valor se refuerzan durante todo su ciclo de vida. Construirse como mujer incluye cuidados del cuerpo y la alimentación, que influirán en su salud y capacidad reproductiva, como es la etapa del embarazo.¹²

También respecto a la alimentación, Cuanalo en 2017, describe que las madres de familia de Yaxcabá integran conocimientos tanto biomédicos como populares o “tradicionales” para el cuidado de sus hijos. Esta situación debe valorarse al momento de establecer diálogos sobre dicha temática. El investigador refiere las familias cuentan con cinco estrategias de producción de alimentos: el solar, la milpa, la parcela de riego, el apiario y los terrenos con uno o dos cultivos, sin embargo, los productos obtenidos son vendidos para comprar alimentos, estos últimos no necesariamente saludables.¹³ La exploración de estos saberes relacionados con la alimentación a través de los relatos de vida de las mujeres, puede generar elementos para comprender las motivaciones de las mujeres, de

manera oportuna, en la toma de decisiones e intervenir a fin de prevenir complicaciones en el embarazo y enfermedades crónico-degenerativas.

3.2. Sobrepeso u obesidad durante el embarazo, parto y puerperio

Este estudio se propone analizar el fenómeno del SuO en las mujeres que se encuentran en alguna etapa del embarazo, parto o puerperio. El aumento de peso ha sido asociado a diversos problemas de salud en la madre y el recién nacido (RN): dificultad para concebir, mayor riesgo de aborto, preeclampsia y diabetes gestacional.^{14,15} Si se tiene en cuenta el ciclo reproductivo de la mujer, el padecimiento de la obesidad conlleva una serie de riesgos en salud, que la pueden predisponer a una serie de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que pudieran evitarse con intervenciones enfocadas al cambio de comportamiento en la dieta y ejercicio.

El sobrepeso es una condición que puede conducir a la obesidad, si no es tratado a tiempo. La obesidad es una ECNT, epidémica y multifactorial que puede ser prevenible,¹⁶ afecta a la población en general y también a la mujer en su proceso reproductivo.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el número de adultos obesos pasó de 100 millones en 1975 (69 millones de mujeres y 31 millones de varones) a 671 millones en 2016 (390 y 281 millones, respectivamente). En el mismo año, la prevalencia de obesidad en la población adulta mundial, era alrededor del 11% en hombres y 15% en mujeres, se estima que este problema de salud casi se ha triplicado en la actualidad.¹⁶

En México, la NOM-008-SSA3-2017, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad se define obesidad como una enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, determinada cuando en los adultos existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m² y en los adultos de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m², mientras que el sobrepeso es considerado cuando el IMC es igual o mayor a 25 kg/m² y menor a 29.9 kg/m² y en el caso de talla baja, mayor a 23 kg/m² y menor a 25 kg/m².¹⁷ Este padecimiento predispone a la población a otras ECNT como las cardiovasculares, la diabetes y algunos tipos de cáncer,

afecciones que se encuentran entre las principales causas de muerte en México y Yucatán.¹⁸

En los últimos 40 años, México ha sufrido una transición epidemiológica debida, en gran parte, a cambios nutricionales en la población. Se caracteriza fundamentalmente por un aumento en las tasas de morbimortalidad debidas a ECNT, en lugar de altas tasas de prevalencia por enfermedades infecciosas. Las tasas de desnutrición altas que habían caracterizado a nuestro país, han sido reemplazadas por el predominio de enfermedades crónicas asociadas a obesidad, la cual refleja cambios en la dieta, así como en la actividad física.¹⁹

Esta transición de tasas altas de mortalidad debidas a enfermedades infecciosas y desnutrición a altas tasas de ECNT, tienden a ser el resultado de una dieta con aumento del consumo de grasas, azúcar, alimentos procesados y refinados, combinada con una reducción en la actividad física. La modificación de los patrones alimenticios de la población mexicana ha hecho que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos (72.5%)^{2,20} sea ahora mayor que la de los Estados Unidos (68%), según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD 2017).²¹

En declaraciones recientes, enero, 2017, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) presentaron un informe donde se afirma que cerca del 58% de los habitantes de la región de las Américas viven con sobrepeso (360 millones de personas). El informe señala que este aumento en el sobrepeso y la obesidad ha tenido un impacto mayor en las mujeres.²² Según este informe, el sobrepeso afecta a más de la mitad de la población de todos los países de la región, siendo México (64 %) y Bahamas (69%) los que presentan las tasas más elevadas. El aumento de la obesidad ha impactado de manera desproporcionada a las mujeres: en más de 20 países de América Latina y el Caribe, la tasa de obesidad femenina es 10 puntos porcentuales mayor que la de los hombres.²²

También la FAO reporta que el costo global estimado de las enfermedades no infecciosas, tales como el sobrepeso y la obesidad que se comportan como factores de riesgo, fue de US\$ 1.4 trillones en el 2010.²²

A diferencia de décadas anteriores, la obesidad ha aumentado y pareciera que la desnutrición ha disminuido.^{23,24} Pero el problema es más complejo y México, un país donde la mitad de la población vive en la pobreza, enfrenta una doble carga de malnutrición combinada con desnutrición, obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares. A pesar de que se ha logrado mejorar la nutrición, la desnutrición afecta más a la población pobre y a la de las zonas rurales. La desnutrición crónica, por ejemplo, presenta niveles superiores en las zonas rurales.^{25,26} En una misma familia de la población vulnerable es posible observar que los padres son obesos y sus hijos desnutridos. Paradójicamente, estos niños desnutridos están adquiriendo hábitos de alimentación que favorecen la obesidad.²⁷

La organización el “Poder del Consumidor” en sus estudios señala que la leche de fórmula, sopas instantáneas y los refrescos azucarados han sustituido a la lactancia materna, el maíz, los frijoles y el agua, por lo que los niños se convierten en adictos al azúcar desde una edad temprana. México consume más refrescos azucarados por persona que cualquier otro país del mundo.²⁸

La integración de México a los mercados internacionales lo ha convertido en un país importador de alimentos, lo que ha representado el abandono de consumo de alimentos tradicionales por la adopción del consumo de productos de bajo precio, altos en azúcar, grasas, sal y ultra procesados que conllevan peligros para la salud pública. Este aumento en el consumo de alimentos industrializados de alta densidad energética pero pobres en nutrientes, se produce de manera masiva por la industria alimentaria, abaratando sus productos, lo que los hace más accesibles en precios y coloca en desventaja la producción local de alimentos frescos y más nutritivos, como las frutas y verduras. Este nuevo patrón de consumo tiende a establecer una dieta monótona y no equilibrada, entre

alimentos locales, principalmente derivados del maíz como tortillas y masa y un alto consumo de alimentos industrializados que dan mucha saciedad y sabor.^{24,29}

Por otro lado, la industria alimenticia, mal regulada por el Estado, prioriza sus intereses económicos sobre la salud de la población y tiene el poder de llevar a cabo un marketing exitoso, a través de anuncios en la televisión y radio. Esta industria suele tener la infraestructura para llegar a las comunidades más alejadas, donde es más difícil el acceso para la venta de frutas y verduras. Por ejemplo; en las tiendas locales de las comunidades rurales evitan vender frutas y verduras porque no cuentan con los medios para mantenerlos frescos y favorecen la venta de refrescos y alimentos chatarra.^{30,31}

Estos cambios en los estilos de alimentación han impactado en las tradiciones y costumbres de las comunidades rurales de México. Se ha documentado la pérdida de buenas prácticas, entre ellas el cultivo de los huertos familiares y la cría de animales de corral. Entre los motivos para abandonar estas prácticas se encuentra la falta de agua y su racionamiento, lo que impide el riego de los cultivos y, consecuentemente, no garantiza la cosecha ni la cría de las aves de corral. Esta situación obliga a las personas de las comunidades rurales a depender de los productos procesados de la industria alimentaria, porque son los que tienen a su alcance y pueden adquirirlos.^{30,32, 33}

El incremento de la obesidad ha sido estudiado por diversos autores desde diferentes abordajes: los procesos de transición epidemiológica y nutricional, los cambios en los patrones de alimentación, factores socioculturales y el sedentarismo.^{23,34,35}

En comunidades rurales de Yucatán, desde el punto de vista sociocultural, la obesidad por mucho tiempo no fue catalogada como una enfermedad sino incluso puede ser vista como *símbolo de salud y de poder adquisitivo*, de la misma forma, que el ser delgado es visto como falto de dinero para adquirir ciertos alimentos o bebidas que dan estatus social y como más propenso a enfermarse, por lo que, la obesidad es sinónimo de belleza y no se plantean la necesidad de modificar su alimentación.^{23,36,37} Sin embargo, esto podría estar

cambiando^{38,39} (Pérez 2008), estudios como el de Arias en 2016, encontraron en los discursos de mujeres de pueblos originarios, que el referente del cuerpo bello es lo que ven en televisión y principalmente en las telenovelas, también que la representación de la belleza femenina se encuentra en función de cómo los hombres las visualizan atractivas, más que por la esbeltez se interesan por el volumen de sus cuerpos. Se alude también a la situación económica de las mujeres, porque un aumento de peso sin poder adquisitivo, es desvalorizado.⁴⁰

Estas concepciones permean en la mujer embarazada de las comunidades rurales y, por lo tanto, les asignan valores y significados a los alimentos, considerando algunos como permitidos y otros prohibidos para ingerir durante su proceso de gestación y puerperio. Estas valoraciones no necesariamente son correctas desde el punto de vista nutricional, ya que dejan fuera alimentos ricos en nutrientes, disminuyendo así la posibilidad de una dieta completa, según las recomendaciones de las normas y guías alimentarias.^{41,42} Entre las prácticas que realizan de acuerdo a sus creencias puede incluirse el dejar de consumir ciertas frutas y verduras, y comer más que antes porque están embarazadas y, por tanto, deben comer por dos. Además, los antojos se deben cumplir para evitar tener consecuencias negativas en el futuro hijo (como un aborto). Dentro de estas concepciones, las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y lactancia consumen alimentos cálidos como caldos y atoles, por ser considerados saludables y que caen bien en el estómago y los “fríos” les causan cólicos.^{30,43}

Otro punto, por el que se explica las prevalencias altas de SuO es el sedentarismo, esto debido a los fenómenos de urbanización que vuelven a las personas menos activas, al reemplazar caminar y el uso de bicicleta por el transporte motorizado, combinado con el cambio en las actividades recreativas como el incremento de horas dedicadas al uso de aparatos digitales, celulares, tabletas, televisión e internet y la inseguridad para salir a lugares públicos o jugar en las calles y parques; y la mecanización del trabajo físico son otros de los factores coadyuvantes al incremento del SuO.²³

Por su parte, la mujer de una comunidad rural, se enfrenta a ciertos cambios en las actividades que realizaban las de generaciones atrás, como lo son caminar al pozo para obtener agua, preparar y moler el nixtamal para hacer las tortillas, lavar ropa y otras actividades que hoy se realizan a través de máquinas que facilitan el trabajo, como se ha mencionado anteriormente.

Además de ciertas barreras, que le condicionan aún más al sedentarismo, impidiéndole muchas veces realizar actividad física. De modo que, por ejemplo, en su casa, resulta poco común que cuente con el espacio adecuado para realizar alguna rutina de entrenamiento, y si hay el espacio, sucede que no cuenta con la privacidad para practicarlo. Por otro lado, no tiene la opción de salir a un espacio público como puede ser un parque o plaza a caminar o correr porque no es algo común o bien visto por la comunidad. Cuando existen cerca de su casa, espacios para hacer ejercicio, como alguna unidad deportiva o un parque, por lo general éstos son ocupados por grupos locales como bandas de jóvenes que impiden que la mujer pueda acercarse y menos aún que pueda sentirse segura en dichos espacios.²³ Aunado a ello, el clima caluroso del estado, favorece el sedentarismo, lo que se agrava en época de humedad y de lluvias porque se acompaña de un incremento de mosquitos.

Si bien, la mujer tiene cada día una serie de labores en el ámbito interno y externo de su hogar que les representan actividad física (barrer, lavar, trapear y el cuidado de los hijos), muchas veces no cuenta con el tiempo para realizar ejercicio planificado que les permita ejercitar sus músculos de manera constante, ya que cada vez, son más las que entran al ámbito laboral para contribuir con el gasto familiar. Ahora su tiempo es más restringido al enfrentar una doble jornada de trabajo, ya que a la carga laboral se le añaden sus tareas domésticas,⁴³ el cuidado de los niños, entre ellas. Dicha dinámica lejos de permitirle practicar algún tipo de ejercicio, le provoca un mayor desgaste físico y aumenta su exposición a riesgos laborales.^{43,44}

En ese sentido, la obesidad no parece afectar de la misma manera a hombres y mujeres y la prevalencia también parece variar en relación con las diferencias

socioeconómicas y culturales, siendo los más vulnerables aquellos con menor grado educativo, bajos niveles socioeconómicos y la condición de ser mujer.²⁴ Por tanto, el problema de la obesidad no se puede combatir de manera eficaz, sin tener en cuenta estos determinantes sociales.^{45,46}

El poder adquisitivo de las familias, también se relaciona con el problema de la obesidad. En décadas anteriores, la obesidad se asociaba con niveles socioeconómicos elevados y vivir en países desarrollados. Sin embargo, este problema se presenta ahora con más frecuencia en países en vías de desarrollo y en población pobre.⁴⁴ Es así que, quienes vivieron en una condición de pobreza y desnutrición en la infancia tienen mayor posibilidad de presentar un aumento de peso por encima de lo normal al llegar a la edad adulta.²³

En un estudio realizado en 2012, en Perú, se encontró que los niveles socioeconómico y educativo bajos y ser mujer son factores que se asocian con el exceso de peso.⁴⁷ También se encuentra, el hecho de que en la familia no se cuente con un ingreso estable, lo que limita la compra de alimentos. En relación con el ingreso económico, también se ha dicho que, en ocasiones sucede que al iniciar el mes, la familia tiende a comer en mayor cantidad mientras al final de éste, cuando el sueldo casi se termina, se restringe en su alimentación, se altera el sistema metabólico y le hace almacenar energía en forma de grasa.^{43,48}

La falta de recursos económicos, aunando a su condición de ser mujer, en un contexto de inequidad, donde históricamente en México y en Yucatán, son las mujeres quienes han tenido menos acceso a oportunidades y derechos que los hombres. Esto, le lleva a carecer de educación formal y, por consiguiente, a no alcanzar el nivel académico que le permita un empleo mejor remunerado económicamente. De hecho, se ha reportado que la falta de educación formal contribuye a la presencia de obesidad, lo que aunado a la carencia de dinero para comprar productos frescos y de calidad, conduce a una mala alimentación.²⁴

3.3 Sobrepeso u obesidad en la mujer: complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio

La obesidad en el embarazo puede ocurrir de dos maneras, una es que la mujer presente SuO previa al embarazo o que la mujer con peso normal se embarace y durante éste, aumente de peso por arriba de lo recomendado por las guías, respecto a su peso pre-gestacional (normopeso: puede aumentar entre 11.5-16 kg, sobrepeso: entre 7 a 11.5 kg, mientras que si presenta obesidad únicamente puede subir entre 5 a 9 kg como máximo).⁴²

En México y en Yucatán, la prevalencia de sobrepeso u obesidad en la que vive un alto porcentaje de mujeres en edad reproductiva^{29,49} es de 75.6%, según la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT de medio camino 2016); lo que puede tener repercusiones para su salud, como: tener dificultad para lograr la gestación e infertilidad en algunos casos; complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio³²; complicaciones en el recién nacido (RN), macrosomía^{50,51} (enfermedades congénitas) y predisposición a morbi-mortalidad propia de un ambiente obesogénico por su condición de ser hijo de madre con obesidad.⁵²

Además, las madres malnutridas en su embarazo presentan hijos con mayor riesgo de enfermedad cardiaca coronaria, dislipidemia, obesidad y diabetes mellitus tipo 2 en futuras etapas de su desarrollo. Por tal motivo la OMS implementa la estrategia “Ventana de los 1000 días”, donde se propone intervenciones encaminadas a prevenir la desnutrición crónica durante los primeros mil días de vida, es decir, desde el momento de la concepción hasta los primeros dos años de edad, pues estos son cruciales en la vida del ser humano y determinan la salud en futuras etapas de la vida.⁵³⁻⁵⁵

De modo que, la mujer que cursa su embarazo con SuO es más susceptible a padecer complicaciones obstétricas comparadas con las que tienen un peso saludable. La gestante obesa puede presentar mayor probabilidad de aborto, preeclampsia (aumento de la tensión arterial), diabetes gestacional (alteraciones en los niveles de glucosa en sangre que inicia con el embarazo y se distingue de

la madre con diabetes tipo 2 quien ya cursaba con esta patología antes de la gestación).⁵⁶

El riesgo de dislipidemia, de resistencia a la insulina y diabetes gestacional se duplica con un IMC de 26 y se triplica en gestantes con un IMC mayor a 30. También la incidencia de trastornos hipertensivos ocurre de 2.2 a 21.4 veces más en gestantes con algún grado de SuO que en las que presentan un peso normal, de estas patologías la preeclampsia y eclampsia son las primeras causas de muerte materna.^{15,50}

Los métodos diagnóstico del embarazo también se ven entorpecidos, en particular la fecha probable de parto, la cual es calculada con la fecha de última regla, pero debido a que las mujeres con obesidad suelen tener un desorden hormonal, les lleva a un periodo menstrual irregular y este diagnóstico se dificulta.¹⁵

El examen obstétrico físico de una mujer con obesidad, la evaluación por ultrasonido, la medición de signos como tensión arterial y el monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal, entre otros exámenes, se comprometen por la presencia del exceso de tejido graso.^{15,56} Y al examen físico para evaluar la presentación y posición fetal puede ser difícil. También la altura uterina puede no ser fiable y confundir con presunción diagnóstica de retardo de crecimiento intrauterino.¹⁵

Las mujeres con obesidad incrementan la posibilidad del retraso de la fecha probable de parto, se reporta que casi el 70% de las gestantes obesas tienen mayor posibilidad de llegar a la semana 42 de gestación.¹⁵ En las embarazadas con SuO se ha reportado también, mayor recurrencia de cesárea, tasa hasta de 31% comparado con 22 % en mujeres de peso normal. En ellas se ha informado, también, dificultad en el uso de anestesia debido a que ciertos procedimientos sencillos, como lo es el acceso intravenoso podría tener mayor dificultad dado el aumento de tejido graso, y el retraso de su efecto.^{15,46} Durante el parto vaginal, experimentan mayor dificultad, por ejemplo, al tener hijos macrosómicos

(grandes para la edad gestacional) tienen más riesgo de desgarro del canal de parto o mayor recurrencia de episiotomía.^{14,15,57}

En el puerperio, las complicaciones más frecuentes están relacionadas con la mayor posibilidad de infección o dehiscencia de la herida operatoria o episiotomía, a pesar del uso del antibiótico; un proceso de cicatrización más prolongado, así como mayor recurrencia de infecciones urinarias, hemorragia y sepsis. Asimismo, la evidencia señala mayor riesgo de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar⁵⁸ y mayor posibilidad de desarrollar diabetes tipo 2 comparado con las gestantes con un peso saludable.^{15,59,60}

3.4 Definición del problema

La obesidad es factor causal importante de ECNT, que son responsables del 70% de las muertes en el mundo.^{34,57,61} Pese a la gravedad del problema, México actúa de manera tardía y poco eficiente ante la alerta epidemiológica dada en 2016, con una prevalencia de más del 70% de SuO en su población adulta. Sin embargo, destina menos del 1% del presupuesto nacional asignado en salud, el cual ha sufrido recortes desde 2013, para su prevención y control, haciendo visible la falta de interés por la salud poblacional.⁶² México presenta una prevalencia en obesidad de 32.4%, mientras que en Yucatán la prevalencia de obesidad en mujeres (46.2%) es mayor que la de los hombres (43.3%), ambas superiores a la media nacional.⁶³

De acuerdo con las estadísticas mencionadas el SuO ocupan los primeros lugares, en este grupo se encuentran las mujeres en periodo de gestación y en puerperio, quienes comúnmente tienen prácticas de exceso en el consumo de alimentos, que no necesariamente les brindan los nutrientes necesarios para llevar a cabo una gestación saludable, pero sí a un embarazo con deficiencias de hierro, calcio y ácido fólico, importantes para el desarrollo fetal.^{37,41}

Por consiguiente, el SuO aumenta de manera significativa el riesgo de complicaciones al binomio madre-hijo durante el embarazo, parto o puerperio, conduciéndoles muchas veces a la muerte.^{14,60} Las mujeres de Yaxcabá están expuestas a mayores riesgos de sufrir complicaciones o morir durante el

embarazo debido al limitado acceso a los servicios de salud y a sus condiciones sociales: marginación, pobreza, bajos niveles de educación y migración.⁶⁴⁻⁶⁶

Entre las competencias del personal de salud, médicos y enfermeras, no se encuentra prescribir una dieta saludable y tampoco indicar ejercicio físico; por lo que es limitada la orientación que puedan brindar a la población respecto a estos cuidados. Por otro lado, en los servicios de salud, no siempre está contemplada la asignación de plazas de profesionales de la nutrición en las unidades de salud, lo que representa una necesidad imperativa.⁶² Además, el personal de salud en la mayoría de los casos, no fue formado con un enfoque comunitario, por lo que muchas veces no conoce el contexto de las mujeres rurales, de modo que suelen brindar atención de acuerdo a protocolos y Normas Oficiales de Salud, sin considerar que las comunidades rurales de Yucatán, cuentan con su propio código de saberes y prácticas relacionadas con la alimentación y el proceso salud-enfermedad.^{65,67} De este modo, los valores y significados que se atribuyen a los alimentos están relacionados con el sistema de creencias, el estrato social y económico.⁶⁸ Por lo tanto, conocer las representaciones sociales y prácticas de estas mujeres, permitirá al personal de salud a proporcionar una atención más personalizada considerando los aspectos socioeconómicos y culturales de las gestantes.

Ante el panorama descrito, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuáles son las representaciones sociales y las prácticas en torno a la alimentación durante el embarazo, parto y puerperio que tienen las mujeres con sobrepeso u obesidad de Yaxcabá, Yucatán?
2. ¿Cuáles son las complicaciones que pueden presentar durante el embarazo, parto y puerperio las mujeres con sobrepeso u obesidad de Yaxcabá, Yucatán?

3.5 Justificación

De acuerdo con la OMS, la salud materna es eje angular del Tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible para el 2030: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Este objetivo se propone reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.^{53,54,69} Para lograrlo sugiere, entre otras recomendaciones, mantener un estado nutricional óptimo a través de una dieta saludable que incluya proteínas, vitaminas y minerales para satisfacer las necesidades maternas y fetales. Sin embargo, la malnutrición en el embarazo representa un conflicto para la salud pública, pues incrementa los riesgos obstétricos y neonatales, especialmente en países en vías de desarrollo.⁶⁹

Este estudio permitirá conocer las representaciones sociales y prácticas de la alimentación de las mujeres embarazadas y puérperas, a fin de que brinde información al personal de salud y actores comunitarios que atienden a éstas, acerca de las recomendaciones de alimentación factibles de realizar, respetando sus creencias y significados de manera que se logre un mejor apego a las recomendaciones alimentarias y se reduzca el riesgo de complicaciones a las que pueden conducir el sobrepeso y la obesidad durante el embarazo.

Las distintas técnicas con las que se recolectó la información permitió, a través de la triangulación, la comprensión del porqué estas mujeres han llegado al estado nutricional en el que se encuentran cursando su embarazo y el porqué de sus hábitos alimenticios. Lo que también permitirá, analizar con claridad cómo toman sus decisiones en el momento de elegir los alimentos que ingieren durante el periodo de gestación. De este modo esta investigación podrá aportar el contexto sociocultural en el que están inmersas las mujeres de Yaxcabá.

La información que se obtenga, de esta investigación, también será útil para el diseño de guías alimentarias para el sano control del peso de la mujer embarazada con obesidad y que respondan a las representaciones sociales y prácticas de la mujer rural de zonas mayas de Yucatán, además, esta información será entregada a los tomadores de decisión, a fin de que actúen

acorde a las necesidades que presentan las mujeres en su región, de acuerdo con su nivel educativo y socioeconómico y no solamente con base en las normas generales de educación alimentaria. Información que será útil en la formación de programas integrales para atender el problema de malnutrición; disminuir los riesgos y desarrollar políticas de nutrición en mujeres embarazadas de comunidades marginadas como muchos de los municipios de Yucatán con índices bajos de educación y difícil acceso a los servicios de salud.

IV. OBJETIVOS

4.1. General

Identificar las representaciones sociales y las prácticas sobre la alimentación, así como las complicaciones de salud que presentan durante su embarazo, parto y puerperio las mujeres con sobrepeso y obesidad de Yaxcabá, Yucatán.

4.2. Específicos

1. Describir las condiciones sociodemográficas de las mujeres con sobrepeso u obesidad durante el embarazo, parto y puerperio.
2. Identificar las complicaciones de salud que presentan las mujeres con sobrepeso u obesidad, durante su embarazo, parto y puerperio.
3. Identificar los hábitos de consumo alimenticios que realizan las mujeres con sobrepeso u obesidad durante el embarazo, parto y puerperio.
4. Identificar las prácticas de alimentación de las mujeres con sobrepeso u obesidad en torno al embarazo, parto y puerperio.
5. Analizar las representaciones sociales de la alimentación que tienen las mujeres con sobrepeso u obesidad durante su embarazo, parto y puerperio.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Tipo y diseño del estudio

Estudio mixto que permitió realizar un abordaje holístico de la problemática, se realizó una triangulación entre métodos y diferentes técnicas de recolección de

datos:1) Cuestionario sociodemográfico y de complicaciones, 2) Frecuencia de consumo de alimentos, 3) Relatos de vida y 4) Observación participante.⁷⁰

El enfoque cuantitativo fue de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo y el cualitativo con un acercamiento etnográfico.⁷¹

Los métodos mixtos (MM) en investigación se definen como la manera de “recoger, analizar e interpretar tanto los datos cualitativos como cuantitativos en un solo estudio, o una serie de estudios que investigan el mismo paradigma”.⁷¹

La combinación de métodos permitió darle profundidad al análisis y comprender de manera holística las prácticas de alimentación durante el embarazo y puerperio, así como sus representaciones que les llevaron a objetivar y anclar esas prácticas.⁷²

Los MM representaron la vinculación y combinación de niveles de análisis y fuentes de información de diversos tipos y permitieron hacer una interpretación más comprehensiva del fenómeno social en estudio.⁷³

En este estudio las metodologías cuantitativa y cualitativa, así como las distintas técnicas que se emplearon en la recolección de los datos, se complementan. La metodología cuantitativa sentó las bases y contribuyó con el acercamiento y reconocimiento de las características de las mujeres y a partir de ellas, se eligió a las informantes clave a quienes se invitó a participar en los relatos de vida.

5.2 Área de estudio

El municipio de Yaxcabá por su extensión territorial ocupa el quinto lugar a nivel estatal, su nombre se traduce de la lengua maya al castellano como “lugar de tierra verde”. Se ubica al sur del estado de Yucatán (Anexo 1) a 108 kilómetros de Mérida y 84 kilómetros de la ciudad de Valladolid (aproximadamente hora y media de viaje en transporte desde Mérida). De acuerdo a la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL, 2010), el municipio de Yaxcabá cuenta con 66 localidades, entre las más importantes, según su número habitantes, se encuentran: Yaxcabá (cabecera municipal), Tixcaltuyub, Libre Unión, Tahdzibichén y Tiholop.⁷⁴ Tiene una población de 3,007 habitantes, de los cuales

1,443 son mujeres (48%) y de éstas 158 (11%) corresponden a mujeres en edad fértil.⁷⁴

La cabecera de Yaxcabá limita con los siguientes poblados: al norte con Libre Unión, al sur con Tahdzibichen, al este Kancabdzonot y al oeste con Tabi.

Yaxcabá tiene caminos hacia comisarias como Tabi, a 8 km, Tahdzibichén a 12 km, y Kancabdzonot a 13 km.⁷⁴ En estas comunidades, las mujeres participantes del estudio suelen trasladarse para ser sobadas o atendidas por las parteras, porque refieren que las “buenas parteras de Yaxcabá” ya fallecieron.

Acorde con los datos de la SEDESOL 2015 se clasifica como un municipio de alta marginación. La población vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema; es decir que el ingreso es inferior al valor de la línea de bienestar mínimo. Las carencias sociales incluyen: rezago educativo, falta de acceso a los servicios de salud y la seguridad social, alimentación deficiente, viviendas con falta de acceso a los servicios básicos.⁷⁵ El servicio de transporte es precario y las carreteras se encuentran en malas condiciones, con baches y son inseguras. Asimismo, el 70% de la población del municipio de Yaxcabá se caracteriza por hablar la lengua maya.^{76,77}

Entre las áreas de recreación, esparcimiento y deporte, la cabecera de Yaxcabá cuenta con una concha acústica donde se realizan actividades culturales, dos canchas de básquetbol, dos campos de fútbol soccer, uno de fútbol rápido y dos de béisbol, un parque con juegos para niños, tres parques con áreas verdes y un centro comunitario con piscina.

5.3 Universo y población de estudio

El universo de estudio correspondió a las mujeres que viven en la cabecera municipal de Yaxcabá, Yucatán y que se encontraban embarazadas durante el momento de la recolección de datos o tuvieron un hijo en los últimos 24 meses (2016-2018), es decir, se encuentren llevando o hayan llevado su control prenatal en el Centro de Salud SSY de la misma localidad, y su expediente clínico reporte SuO a través del IMC calculado por el peso y talla al inicio de su embarazo o durante el mismo.

1. Para la metodología cuantitativa

A través de la revisión de las tarjetas de control de embarazo del Centro de Salud de Yaxcabá, SSY, se identificaron a las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión, se les visitó en sus hogares y se les invitó a participar. Las participantes fueron 57 y de ellas 39 (68%) presentaron obesidad y 18 (32%) de ellas, sobrepeso.

Las 57 mujeres participantes en el estudio, residen actualmente en la cabecera del municipio de Yaxcabá, de las cuales 12 se encontraban embarazadas y llevando su control prenatal en el Centro de Salud de Yaxcabá, SSY, 45 ya habían tenido un hijo en los últimos 24 meses y una tuvo un hijo nacido muerto.

2. Para la metodología cualitativa

Los datos cuantitativos permitieron identificar las características sociodemográficas de las mujeres participantes, se consideró: edad, estado civil, ocupación de la mujer y escolaridad, ser hablante de lengua maya y complicación en el embarazo, lo que permitió la construcción de los perfiles de las mujeres que fueron invitadas a participar en la segunda fase cualitativa (Tablas 1 y 2).

En la segunda fase, se cuidó que entre las participantes exista un número similar de mujeres que presentaron SuO. El número de participantes respondió al criterio de saturación teórica de las categorías, que consiste en detener las entrevistas cuando se empieza a repetir la información y no se aporta nada nuevo para la comprensión del problema de estudio.⁷⁸

Tabla 1. Perfil de las mujeres con sobrepeso participantes en las entrevistas cualitativas

Folio	Edad	Gestas	Estado civil	Escolaridad	Habla Maya	Ocupación	Complicaciones
014	19	1	Soltera	Preparatoria	Sí	Ventas	Presión arterial Alta
016	16	1	Unión Libre	Ninguno	No	Ama de casa	Ninguna
025	32	2	Casada	Profesional	Sí	Ventas	Ninguna
032	37	4	Casada	Preparatoria	No	Ama de casa	Aborto
035	17	1	Unión Libre	Secundaria	Sí	Ama de casa	Sangrado, dolor de cabeza, presión arterial alta

052	18	1	Unión Libre	Secundaria	No	Ama de casa	Presión Arterial Alta, Infección Urinaria
-----	----	---	-------------	------------	----	-------------	---

Tabla 2. Perfil de las mujeres con obesidad participantes en las entrevistas cualitativas

Folio	Edad	Gestas	Estado civil	Escolaridad	Habla Maya	Ocupación	Complicaciones
008	45	7	Soltera	Ninguno	Sí	Ama de casa	Aborto
015	34	3	Casada	Profesional	No	Enfermera	Aborto
021	18	2	Unión Libre	Secundaria	Sí	Ama de casa	Ninguna
027	29	3	Casada	Preparatoria	No	Ama de casa	Aborto, sangrado, dolor de cabeza
030	26	3	Casada	Primaria	No	Ama de casa	Dolor de cabeza
045	26	2	Casada	Secundaria	Sí	Ama de casa	Aborto
048	27	2	Unión Libre	Secundaria	Sí	Ama de casa	Presión arterial Alta
057	33	4	Casada	Primaria	Sí	Ama de casa	Aborto

5.3.1 Criterios de selección para la primera fase cuantitativa de recolección

Inclusión

Mujeres que tengan expediente clínico en el Centro de Salud de Yaxcabá, al cálculo de IMC reportaron SuO que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado.

- Se encontraban inscritas en el programa de control prenatal al momento de la recolección de datos.
- Tuvieron un embarazo en los últimos 24 meses.

Exclusión

- Mujeres en cuyo expediente clínico no se localizó peso ni talla al inicio del embarazo, para el cálculo del índice de masa corporal.

Eliminación

- Mujeres que no contestaron los módulos: I) Características sociodemográficas, III) Cuidados en el último embarazo y IV) Complicaciones en el último embarazo.

5.4 Variables y categorías

5.4.1. Variables y escalas de medición en la metodología cuantitativa.

Las tres variables de estudio en las mujeres con SuO durante el embarazo, parto y puerperio, fueron: a) características sociodemográficas, b) hábitos alimenticios de consumo y c) características gineco-obtétricas y complicaciones de salud, se presentan en las tablas 3, 4 y 5.

Definición de las variables y escalas de medición

Tabla 3. Características sociodemográficas.

Variable	Naturaleza	Operacionalización	Escala de medición	Indicadores
Edad	Cuantitativa	Número de años vividos de las mujeres hasta la fecha de recolección de datos	De razón discreta	Años cumplidos
Estado civil	Cualitativa	Condición de la persona en relación al matrimonio.	Nominal Politómica	Casada Unión libre Divorciada Viuda Soltera
Religión	Cualitativa	Religión que practica la persona.	Nominal politómica	Ninguna Católica Pentecostal Evangélica Cristiana Testigos de Jehová Mormona Judía Otra religión
Escolaridad	Cualitativa	Grado de estudio alcanzado	Nominal politómica	Ninguno Preescolar Primaria Secundaria Estudios técnicos Preparatoria Profesional Posgrado
Lengua indígena	Cualitativa	Habla o entiende una lengua indígena	Nominal politómica	Maya Otro
Ocupación	Cualitativa	Actividad que desempeña la persona	Nominal politómica	Ama de casa Estudiante Jubilada/ pensionada Campesina Otro

Tabla 4. Hábitos de consumo alimenticio.

Variable	Naturaleza	Operacionalización	Escala de medición	Indicadores
----------	------------	--------------------	--------------------	-------------

Hábitos de consumo alimenticio	Cuantitativa	Número de veces que consumen los alimentos.	De razón discreta	Frecuencia de consumo de alimentos.
--------------------------------	--------------	---	-------------------	-------------------------------------

Tabla 5. Características gineco-obstétricas.

Variable	Naturaleza	Operacionalización	Escala de medición	Indicadores
Embarazo	Cualitativa	Estado de gestación	Nominal dicotómica	Sí No
Semanas de gestación	Cuantitativa	Tiempo transcurrido en semanas desde el momento de la concepción a la fecha de recolección de datos.	De razón discreta	Número de semanas de gestación
Embarazo	Cuantitativa	Periodo de la concepción que termina con el nacimiento.	De razón discreta	Número de embarazos
Hijos nacidos vivos	Cuantitativa	Productos de la gestación nacidos vivos	De razón discreta	Número de hijos nacidos vivos
Cesárea	Cuantitativa	Proceso quirúrgico para ayudar al nacimiento del producto de la gestación.	De razón discreta	Número de cesáreas
Parto	Cuantitativa	Embarazo que termina en parto vaginal	De razón discreta	Número de partos
Tipo de parto	Cualitativa	El parto fue por cesárea o vaginal	Nominal dicotómica	Cesárea Parto vaginal
Hijos nacidos muertos	Cuantitativa	Producto de la gestación que no llega a término	De razón discreta	Número de hijos nacidos muertos
Complicaciones en el embarazo	Cualitativa	Complicaciones que presentó durante el embarazo.	Nominal politómica	Sangrado Cara hinchada Dolor de cabeza Dolor de abdomen Presión arterial alta Infección urinaria Complicación de problemas de salud anteriores Amenaza de parto prematuro
Complicaciones durante el parto	Cualitativa	Las afecciones que ocurran en el peri parto	Nominal politómica	Retraso de la fecha del parto. Corte vaginal Desgarro Cesárea Sangrado Molestias Fiebre
Complicaciones en el puerperio	Cualitativa	Principales complicaciones después del parto.	Nominal politómica	Ninguna Complicaciones en la episiotomía Complicaciones en la cirugía Infección de la epirrafia Hematoma Desgarro Dolor Dehiscencia de la herida Laceraciones en el pezón

5.4.2. Categorías de estudio en la metodología cualitativa

Las dos categorías de estudio que se exploraron en las mujeres participantes, fueron: i) Representaciones sociales de la alimentación y ii) Prácticas de la alimentación.

Definiciones

- i) **Representaciones sociales de la alimentación:** es la imagen mental o el concepto que se construye social y culturalmente, que las mujeres dan a los alimentos, durante el embarazo y puerperio.
- ii) **Prácticas de alimentación:** conjunto organizado de conductas y acciones, rutinarias o eventuales, que las mujeres durante el embarazo y puerperio, llevan a cabo ante la salud-enfermedad-atención referente a la alimentación, como grupo social durante el embarazo, parto y puerperio.

5.5 Fuentes y recolección de la información

Se recolectó la información a partir de los expedientes clínicos, previa autorización del director del Centro de Salud de Yaxcabá, SYY, y mediante la aplicación de diversos instrumentos, para la segunda fase se empleó la entrevista relato de vida. Los cuales se describen a continuación.

1. Expedientes clínicos. Se buscó de manera intencionada en las tarjetas de control de embarazo a las mujeres que forman parte de la investigación de acuerdo a los criterios de selección. Para fines del estudio, se identificó quienes se encontraban embarazadas o habían estado embarazadas los 24 meses previos a la fecha de recolección de datos. De la tarjeta de control de embarazo se tomó el peso y la talla y se determinó el estado de nutrición de la mujer a través del IMC.
2. Cuestionario de las condiciones sociodemográficas y complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio (Anexo 3). Este instrumento fue utilizado en el proyecto “Modelo de la partería en México desde el punto de vista de las usuarias”, en diferentes estados de la República Mexicana y ha sido validado para población mexicana. Para el logro de los objetivos

de este proyecto de investigación, en este instrumento se agregó un módulo de alimentación, para lo cual se solicitó y contó con la aprobación de la autora Freyermuth, G, 2015 y consta de los siguientes apartados:

- I. Características sociodemográficas
- II. Antecedentes gineco-obstétricos
- III. Cuidados en el último embarazo
- IV. Complicaciones en el último embarazo
- V. Cuidados durante el último parto
- VI. Complicaciones sentidas durante el parto
- VII. Cuidados durante el puerperio inmediato
- VIII. Cuidados del puerperio en casa
- IX. Complicaciones neonatales

3. El instrumento de frecuencia de consumo de alimentos (FCA), (Anexo 4) permite, de manera sencilla y rápida, tener mayor representatividad de la ingesta y los patrones de alimentación de las personas a entrevistar. Se aplicó de manera conjunta con el cuestionario de las condiciones sociodemográficas y complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio (Anexo 3). Está integrado por 121 alimentos y consta de cuatro columnas y con él se buscó conocer los alimentos que consumieron de manera frecuente en una semana durante el embarazo o en el puerperio:

En la primera columna se enlista 12 grupos de alimentos:

1. Frutas, verduras
2. Frutas de temporada
3. Uso como condimento
4. Aceites
5. Cereales
6. Alimentos de origen animal
7. Leguminosas
8. Bebidas
9. Alimentos industrializados
10. Preparaciones
11. Comida rápida
12. Azúcares

En la segunda columna se refiere al consumo según número de veces a la semana (1-2, 3-4, 4-6 veces a la semana y diario)

En la tercera columna, la cantidad consumida durante el embarazo y el puerperio.

En la cuarta columna el lugar donde fueron adquiridos los alimentos: solar, milpa, en Mérida, mercado y tienda de la comunidad.

Prueba piloto: el instrumento de FCA ha sido validado y utilizado en población yucateca, sin embargo, previo a la recolección de datos se realizó un sondeo de los alimentos más vendidos en tiendas, fruterías, carnicerías, mercado municipal, loncherías y puestos de comida rápida, a fin de asegurar que dichos alimentos estén incluidos en el instrumento, posteriormente se realizó una prueba piloto con cinco mujeres de Yaxcabá que tienen características similares a las de la muestra para garantizar su adaptación cultural.

4. Guía de preguntas de la técnica relatos de vida (Anexo 5). La entrevista es uno de los procedimientos más usuales en el trabajo de campo, ésta no significa una conversación neutra, una vez que se inserta como medio para recolectar los hechos relatados por los actores que viven una determinada realidad.⁷⁰

Los relatos de vida (RV) se definen como una forma de entrevista narrativa, en la cual el investigador pide a una persona le cuente un momento específico de su experiencia vivida, permite el análisis de las relaciones sociales dentro de su desarrollo histórico. La entrevista en la técnica RV se basa en las palabras “cuénteme”, “plátiqueme” y ¿Qué puede decirme de? ¿Por qué lo realiza así? De modo que es posible observar formas simbólicas, así como construcciones acerca de sus representaciones sociales.⁷⁹

A través de los RV se asegura un abordaje holístico, cualitativo e interpretativo del problema de estudio, centrando el interés en la búsqueda de significados y sentidos dichos en los discursos de las personas,

diferente al estudio de las representaciones sociales desde el enfoque cuantitativo, donde el análisis se realiza por la asociación y repetición de pares de palabras.^{79,80}

Los relatos de vida han sido empleados como herramienta en el análisis de las RS, permite que las mujeres remitan su propia historia, mismas que señalan vivencias propias acontecidas sobre el sobrepeso, obesidad, alimentación, embarazo y puerperio. La triangulación de distintos métodos y técnicas de recolección de datos permitió visualizar un panorama amplio del problema, de modo que se propongan soluciones prácticas y apegadas al contexto en que viven las mujeres de Yaxcabá.

Durante el desarrollo de la entrevista se utilizó una guía temática previamente diseñada que contuvo los siguientes temas: a) representaciones sociales de la alimentación en torno al embarazo, parto y puerperio y b) prácticas tradicionales de alimentación en torno al embarazo, parto y puerperio.

Los pasos realizados en esta técnica fueron: 1) se estableció contacto con las personas potenciales, 2) se buscó una relación de confianza y 3) se dirigió la entrevista.

Las entrevistas fueron grabadas previa autorización de las participantes, en todos los casos se obtuvo el consentimiento informado verbal (Anexo 2), en el que se les garantizó el anonimato y la confidencialidad y se les explicó que dicho material será usado para fines del estudio y su acceso estaría restringido al personal relacionado con la investigación; las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 1 a 2 horas, en los casos cuando no se concluyó la entrevista en una sola visita, se le solicitó a las mujeres una nueva cita para concluirla.

5. Guía de observación participante (Anexo 6)

La técnica de observación participante combina la intervención de las personas estudiadas con la misma distancia profesional del investigador,

que permite una observación y registro de datos adecuados.⁸¹ En este estudio, fue un recurso útil en la triangulación de las técnicas. Así mismo, Bertaux muestra cómo pasar de las observaciones locales a generalizaciones y menciona que la observación podría aportar conocimiento sociográfico al campo donde se aplica.⁷⁰

5.6 Métodos

El proyecto constó de dos fases de recolección de datos: la primera correspondió al levantamiento de datos cuantitativos y en la segunda se aplicó la metodología cualitativa.

La primera fase se llevó a cabo de abril a julio de 2019.

Se contactó al Director del Centro de Salud de Yaxcabá, con quien se ha trabajado previamente el proyecto de Modelo de Atención de la Partería.

El proceso de recolección de los datos se realizó de la siguiente manera:

- 1 Se presentó el proyecto a las autoridades de salud del Centro de Salud de Yaxcabá para dárselos a conocer e invitarlos, se solicitó su autorización para tener acceso a los expedientes clínicos de las mujeres embarazadas.
- 2 Se buscó establecer un acercamiento con la población de Yaxcabá para conocer el contexto sociocultural, a través del diálogo y de la participación en eventos religiosos y sociales, a fin de crear un ambiente de confianza con las mujeres que potencialmente participarían en el estudio.
- 3 Se acudió al Centro de Salud y mediante el análisis de las tarjetas de control de embarazo, se identificó a las mujeres que cumplieron con los criterios de selección.
- 4 Se realizó la adaptación cultural de los instrumentos, al que se le incluyeron los alimentos regionales o tradicionales y se eliminaron los que no correspondían al área.
- 5 Se visitó a las mujeres en sus hogares, invitándoles a participar en el estudio de manera voluntaria.
- 6 Con las mujeres que aceptaron participar, se acordó una cita individual para la aplicación del cuestionario, tuvo una duración aproximada de 30 a 40 min, se cuidó respetar la disponibilidad de tiempo de la participante, ofreciéndole

dos o tres opciones de día y hora para dicha cita, con opción de pausar la entrevista en el momento que ella así lo deseara y retomarla en otro momento.

- 7 El día de la entrevista, se leyó la hoja de consentimiento informado (Anexo 2), garantizándole la confidencialidad de todos los datos que proporcione, así como el correcto uso del audio y fotografía, después de la lectura se resolvieron las dudas y se le preguntó si deseaba seguir con su participación.
- 8 Se aplicó el primer instrumento del estudio denominado: Cuestionario de características sociodemográficas y de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. (Anexo 3).

Seguidamente, se empleó en una sola ocasión el instrumento de frecuencia de consumo de alimentos (Anexo 4), que se enfocó a dos momentos, el embarazo y puerperio, que se indagó en las mujeres que ya habían parido. La formulación de las preguntas evitó sugerir las respuestas. Todos los instrumentos contienen al inicio una leyenda introductoria que se refiere a la forma de preguntar a las mujeres sobre el consumo de alimentos: ¿qué come o bebe de manera frecuente durante su embarazo y después de su parto? y ¿cuántos días a la semana los consume? Se marcaron los alimentos, las frecuencias y las cantidades que indicaron. También se preguntó por el lugar donde los adquirió (en el solar, en la milpa, en Mérida, mercado o tienda de la comunidad).

En la segunda fase de la recolección:

- 1 Para la entrevista: relatos de vida (Anexo 5) participaron 14 mujeres que previamente respondieron los instrumentos cuantitativos. Con las variables sociodemográficas y reproductivas se conformaron perfiles de mujeres menores de 20 años y mayores de 25 años, que hayan tenido diferentes números de gestas, estado civil, grados de escolaridad, hablante de lengua maya o no, ocupación y si tuvo o no complicaciones (Tablas 1 y 2). Una vez identificadas se agendó una nueva cita con ellas para posteriormente llevar a cabo la entrevista.

2 Para la observación: se llevó un diario de campo donde se registraron las observaciones realizadas e interacciones entre la comunidad. Se empleó la guía de observación participante. (Anexo 6)

Se anexa cronograma de actividades (Anexo 7) y diagrama de flujo (Anexo 8)

5.7 Plan de procesamiento de datos

Los datos obtenidos de los cuestionarios sociodemográficos fueron capturados en Microsoft Excel 2016 y procesados por medio del paquete estadístico SPSS v. 20.0 para Windows. Se utilizó para su análisis: prevalencias, frecuencias relativas, para variables categóricas y J^2 para las variables de complicaciones. Se calcularon medidas de tendencia central cuando la naturaleza de los datos así lo permitió. Se presentan los resultados en tablas.

Del instrumento de frecuencia de consumo de alimentos, sus datos fueron capturados en Excel 2016 y en SPSS. Para su evaluación se construyeron índices que van del cero al uno, cada uno de éstos representa una calificación asignada al número de veces de consumo de cada una de las verduras por cada participante; se entiende por grupo de alimento, a la clasificación de los alimentos de acuerdo con su composición y que sean intercambiables dentro del mismo grupo; pero complemento de los demás grupos. En este estudio se organizó en frutas, verduras, alimentos de origen animal, grasas y bebidas. Se estableció su frecuencia de consumo y su calificación en: diario (1), de 5 a 6 veces a la semana (0.75), de tres a cuatro veces (0.5) y de una a dos (0.25), y nunca (cero) (Tabla 6). La sumatoria de los índices de consumo de verduras resulta del número de veces que se consume al día cada alimento para lo cual se tomó en cuenta los alimentos que componen cada grupo, por ejemplo, los que pertenecen al de verduras son: calabaza, zanahoria, chaya. El estándar se construye a partir de las recomendaciones nutricionales oficiales establecidas en la NOM 043-SSA2-2012 (Tabla 7).⁴²

Para conocer el índice del consumo por grupo, se obtuvo primero el promedio de consumo por cada alimento del grupo por mujer con SuO. Estos promedios

fueron sumados para obtener las veces al día en que consumen frutas, verduras, alimentos de origen animal, etc.

Esta metodología es una adaptación a la empleada para desarrollar la evaluación de los servicios de salud a nivel nacional.⁸²

Tabla 6: Ejemplo de construcción de índices por alimento

	Calabaza					Chayote				
Mujeres	Diario	5-6	3-4	1-2	nunca	Diario	5-6	3-4	1-2	nunca
Valores	1	0.75	0.5	0.25	0	1	0.75	0.5	0.25	0
Mujer 1					0		0.75			
Mujer 2				0.25						0

Fuente: elaboración propia 2018.

Los índices se pueden estimar y graficar de forma radial desde distintas perspectivas, por el conjunto de mujeres, por alguna categoría de interés (obesas y sobrepeso) por consumo de un conjunto de alimentos (las distintas verduras); comprando distintos tipos de alimentos a través de índices globales (como verduras y cereales); por grupos de edad entre otros.

En la tabla 7 se incluyen algunos ejemplos de los alimentos pertenecientes a los grupos de alimentos en este estudio y sus recomendaciones.

Tabla 7: Recomendaciones alimentarias por grupo de alimentos.

Grupos de alimentos			
Grupo	Ejemplos	Recomendación mínima por día (porciones)	Veces por semana (7días)
Verduras	Chaya Chayote Calabaza Pepino	2	14
Frutas y Frutas de temporada.	Plátano Papaya Manzana	3	21
Cereales y tubérculos	Tortilla de maíz Arroz Avena Papa	5	35
Alimentos de origen animal	Pollo Pescado Huevo	3	21
Grasas y aceites	Aceite Manteca Aguacate	2	14

Bebidas	Agua simple Jugos de fruta, bebidas alcohólicas y deportivas Refrescos y aguas de sabor	8 vasos 0-1/2 vasos Cero vasos	56 Cero
---------	--	--------------------------------------	------------

Para la metodología cualitativa:

La información recabada de los relatos de vida de las mujeres participantes en esta fase y las observaciones realizadas, se analizaron a través de códigos significativos sobre las prácticas y representaciones de la alimentación, y los comentarios se presentan en discursos representativos. En el caso de las descripciones de las observaciones, los nombres de las participantes fueron cambiados para respetar la confidencialidad. A los discursos se les asignó un número de entrevista, indicándose con él, la edad correspondiente de la mujer entrevistada.

5.8 Consideraciones éticas.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Noguchi, Unidad Biomédica”.

Esta investigación garantizó los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía para las mujeres con quién se trabajó.

Retribución de los resultados a la comunidad. Se compartirán con las mujeres los principales hallazgos, a través de una reunión explicativa y materiales visuales como folletos con historias y al Centro de Salud se le regresará en forma de resumen.

Previo a los procedimientos de recolección de datos se solicitó a las participantes el consentimiento informado (Anexo 5). Considerando las disposiciones de los artículos 17 y 23 del citado reglamento, estas técnicas son consideradas sin riesgo.⁸³ En la carta de consentimiento se menciona la utilización de los datos para el presente y otros estudios, guardando las mismas consideraciones éticas para los participantes.

La aplicación de encuestas involucró un riesgo mínimo, ya que fue necesaria la obtención de datos epidemiológicos, sociodemográficos y de salud de las participantes.

VI. RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados de los objetivos de este estudio (página 20). Para el logro de éstos se incluyó la participación de 57 mujeres con SuO, 18 mujeres con sobrepeso (32%) y 39 con obesidad (68%) residentes de la cabecera municipal de Yaxcabá que tenían un hijo menor de dos años o que se encontraban embarazadas al momento de la recolección de datos. Los resultados se presentan, a través de los siguientes apartados: 1. Escenario de estudio, 2. Características sociodemográficas, 3. Historia reproductiva, 4. Cuidados en el último embarazo, 5. Complicaciones en el último embarazo, 6. Frecuencia de consumo de alimentos durante el embarazo y puerperio y 7. Representaciones sociales y prácticas de la alimentación durante su embarazo, parto y puerperio.

6.1 Escenario de estudio

De acuerdo con las observaciones realizadas en la comunidad de Yaxcabá (de abril a octubre de 2018), cuenta con áreas de recreación, esparcimiento y deporte. En la cabecera hay una concha acústica donde se realizan actividades culturales, dos canchas de básquetbol, dos campos de fútbol soccer, uno de fútbol rápido, dos de béisbol, un parque con juegos para niños, tres parques con áreas verdes y un centro comunitario con piscina.⁷⁴

Medios de transporte

Durante el tiempo de estudio en la comunidad, constatamos que los medios de transporte en la localidad son limitados, pese a que Yaxcabá es la cabecera municipal, para trasladarse a Mérida u otra localidad. Los horarios de transporte local son de las 5:00 hasta las 13:00 horas, por medio de vehículos tipo combi (taxis colectivos) que tienen un costo de \$75.00, de requerir salir en otro horario existe la posibilidad de pagar un “flete” a Mérida, donde la mayoría de las participantes fueron atendidas en sus últimas citas de control prenatal y parto; con un costo de \$800.00 o tomar un taxi, que por lo regular su tarifa es de \$120.00 para trasladarse a Libre Unión, comisaría de Yaxcabá, donde es posible abordar un autobús en la carretera Cancún- Mérida.

Servicios

La comunidad cuenta con antena de dos empresas que proporcionan telefonía e internet móvil para quienes cuentan con un celular inteligente, lo que facilita la comunicación en caso de una emergencia.

En cuanto a los servicios de salud, la localidad de Yaxcabá cuenta con un centro de salud perteneciente a los Servicios de Salud de Yucatán. El horario de servicio es de lunes a viernes, de 7:00 a 19:00 horas y el servicio de urgencias está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. En caso de que alguna persona requiera ser trasladada para su atención en el segundo o tercer nivel, el ayuntamiento del municipio cuenta con un vehículo de traslado para realizar los traslados de urgencias a los diferentes hospitales de referencia: General de Valladolid, el de Izamal, O'Horán y Materno Infantil, éstos dos en Mérida.

Recursos familiares

Las mujeres viven en una comunidad donde las familias tienen solares con vegetación abundante, la mayoría de los árboles son frutales: mamey, huaya, caimito, plantas de todo tipo de plátanos, naranjas dulces o chinas, naranjas agrias, limón, mango, aguacate, papaya, entre otros. En sus patios se observó siembras de tomate, calabaza, pepino blanco, jamaica y plantas o especies que usan para condimentar y dar sabor a sus alimentos, como orégano, cebollines, variedad de chiles, epazote y cilantro. También tienen animales de corral, como pollos, patos y gallinas, de donde obtienen huevo paisa, como llaman a los de gallinas de patio, diferenciándolos de los huevos blancos que se compran en la tienda y proceden de granjas. Algunas familias también crían cerdos.

Además de contar con los alimentos que les proveen sus patios, la comunidad cuenta con tiendas de abarrotes, donde venden principalmente productos industrializados, fruterías, mercado municipal, puestos de comida rápida, pizzerías y cocinas económicas con venta de comidas tradicionales. Por las noches se venden antojitos.

Para las mujeres, la familia juega un papel importante como red de apoyo, según el patrón observado entre las participantes, padres y suegros ayudan en el cuidado de los hijos, aconsejan sobre alimentación y colaboran económicamente cuando se requiere. Al inicio de su matrimonio la pareja vive en casa de los padres o construyen en el mismo solar de la familia del hombre.

Espacios de socialización

El vecindario es un ámbito donde las mujeres establecen relaciones de amistad entre ellas y en donde los lazos de solidaridad se expresan en el apoyo que en ocasiones se dan entre sí, como al encomendar a los hijos durante un rato para ir a hacer alguna diligencia.

En el molino las mujeres van comprar tortillas o a moler el nixtamal. Durante la espera platican entre ellas, comparten experiencias y noticias de la comunidad y representa un punto de encuentro con algún familiar.

La iglesia representa un área de oportunidad para establecer vínculos con personas de la comunidad recién llegadas o reforzar los ya existentes. Estos vínculos pueden ser de utilidad en caso de alguna necesidad. Dichas interacciones se dan cuando asisten a diversas actividades, como las misas y catecismo, entre otras.

La plaza principal es el lugar donde la mayor parte de la población se reúne para platicar, tomar el fresco, jugar o comprar algún antojito. Esto acontece principalmente los fines de semana.

6.2 Características sociodemográficas de las mujeres del estudio

Se muestran las características de las mujeres participantes, que va de los 17 a los 45 años, con una media de 27 años \pm 6.8 años y una moda de 24 años. El 72 % se encontró en el grupo de edad de 20 a 34 años, considerada la edad fértil ideal y 67% estaban casadas (Tabla 8).

Tabla 8. Características sociodemográficas de las mujeres encuestadas en el estudio de Yaxcabá, Yucatán

Variables	n=57	
	n	%
Edad *	27.58	(DE) ± 6.8
Grupos de edad		
17-19		
Sobrepeso	4	22
Obesidad	3	8
20-34		
Sobrepeso	11	61
Obesidad	30	77
35-45		
Sobrepeso	3	17
Obesidad	6	15
Estado civil		
Casada	38	67
Unión libre	13	23
Soltera	6	11
Religión		
Católica	45	79
Cristiana	8	15
Testigo de Jehová	2	4
Ninguna	2	4
Escolaridad		
Primaria incompleta	4	7
Primaria completa	3	5
Secundaria completa	31	54
Preparatoria completa	17	31
Licenciatura	2	4
Refiere pertenencia a un grupo indígena (maya)		
Sí	39	68
No	17	30
No respondió	1	2
Ocupación		
Ama de casa	50	88
Empleada de gobierno	3	5
Trabaja por cuenta propia	3	5
Patrona empleadora o propietaria de un negocio	1	2
Actividades con remuneración		
Elaborar algún producto para vender	12	21
Vendió algún producto	9	16
Trabajaba en algún negocio	8	14
Lavó o planchó ajeno	3	5
Realizó otra actividad	3	5
Ayudó en labores del campo	1	2

Saben leer y escribir	55	97
Maya hablante	33	58

* Media de datos con normalidad

Entre las participantes la denominación religiosa con mayor feligresía es la católica, 45 mujeres (79%) la profesan. Saben leer y escribir 55 (97%) de las mujeres, 31 (54%) finalizó la secundaria.

De acuerdo a la pertenencia étnica, fueron 39 mujeres (68%) las que se consideran mayas. Si bien 42% de las participantes refiere no hablar maya, durante la observación se les escuchaba hablándolo, y con dificultad el español.

Con respecto a la ocupación, siete mujeres (12%) obtienen dinero trabajando como: empleada de SEDESOL; dos por cuenta propia, y una es propietaria de un negocio. El 87% refirió ser ama de casa, no obstante, realizan actividades que les generan ingresos, principalmente elaboración de hamacas. Las mujeres reciben por esas actividades un promedio de \$253.00 al mes.

6.3 Historia reproductiva

En cuanto a la historia reproductiva de las mujeres participantes, 12 se encontraban embarazadas al momento de la recolección de datos (21%) y se obtuvo una media de 20 semanas de gestación. En su mayoría, 19 (33%) han tenido dos embarazos y seis (11%) se han embarazado cuatro veces, (Tabla 9).

El inicio de la vida sexual de las mujeres tiene una media de 19 años de edad, en los extremos la edad más temprana de inicio de vida sexual fue a los 14 años y la más tardía a los 32 años.

Las mujeres con obesidad tuvieron 14 abortos y las de sobrepeso tuvieron dos. La diferencia no resultó significativa al calcular la Ji^2 con una $p=0.053$, al 95% de confianza. Se evaluó la asociación estadística entre estado nutricional de las mujeres participantes con tipo de parto y aborto (tabla 9).

Tabla 9. Historia reproductiva de las mujeres encuestadas en el estudio de Yaxcabá, Yucatán.

Variables	n=57				p
	n	%	Sobrepeso	Obesidad	
Número de embarazos					
1	16	28			
2	19	33			
3	14	25			
4	6	11			
5	1	2			
7	1	2			
Tipo de parto					0.54
Parto vaginal	29	51	10(55)	19(49)	
Cesárea			8(44)	0(51)	
Mujeres que han tenido abortos	16	28	2(11)	14(36)	0.053
Número de mujeres con un hijo nacido muerto	4	7	1(5)	3(8)	0.77
Edad de primera relación sexual*	19	4			

6.4 Cuidados durante el último embarazo

En este apartado se presentan los resultados sobre los cuidados que las mujeres realizan, desde la planificación de un embarazo hasta las principales molestias percibidas por ellas durante él. (Tabla 10)

Tabla 10. Cuidados durante el último embarazo de las mujeres encuestadas en el estudio de Yaxcabá, Yucatán

Variables	n=57	
	n	%
Deseo de su último embarazo		
Sí	40	70
No	17	30
Uso de métodos anticonceptivos en su último embarazo		
Sí	17	30
No	40	70
Deseo de embarazo por parte de la pareja		
Sí	44	77
No	13	23
Momento en que quiso saber que estaba embarazada		

No buscó atención	1	2
Se sintió mal físicamente	30	53
Quiso checar si estaba embarazada	11	19
Otro	15	26
Inicio del control del embarazo		
Primer trimestre	50	88
Segundo trimestre	6	11
Tercer trimestre	1	2
Motivo para iniciar el cuidado del último embarazo *		
Vigilar complicaciones con el bebé	44	44
Vigilar complicaciones con la salud de la madre	28	28
Saber que todo está bien con el embarazo	25	25
Otra situación	2	2
Molestias que presentó en el último embarazo *		
Náuseas/vómitos	40	27
Cansancio	29	19
Dolor de cabeza	19	13
Hinchazón de pies/tobillos	21	14
Calambres	15	10
Estreñimiento	11	7
Otro	9	6
Ninguna molestia	5	3

* Una mujer puede responder más de una opción.

De las mujeres entrevistadas 40 (70%) desearon su último embarazo, 17 (30%) de ellas estaban utilizando algún método anticonceptivo cuando quedaron embarazadas de su último hijo. El 55% supo que estaba embarazada cuando se empezó a sentir mal físicamente. El 88% inició control del embarazo en el primer trimestre, las motivaciones principales para iniciarlo fue detectar alguna posible complicación en la salud del bebé, 44 (44%), o en la de ellas, 28 (28%). Fueron 25 (25%) quienes quisieron estar seguras de que todo estaba bien en el embarazo.

6.5 Complicaciones en el último embarazo

Entre las complicaciones más frecuentes durante el último embarazo estuvieron: infección urinaria 49%, dolor de abdomen 37%, dolor de cabeza 33% y amenaza de parto prematuro 21% (Tabla 11).

Tabla 11. Complicaciones en el último embarazo de las mujeres encuestadas en el estudio de Yaxcabá, Yucatán

Variables	n=57
-----------	------

	Núm	%	Sobrepeso n(%)	Obesidad n(%)	<i>p</i>
Síntomas en el último embarazo					
Infección urinaria	28	50	11(61)	17 (44)	0.21
Dolor de abdomen	21	37	8(44)	13(33)	0.50
Dolor de cabeza	19	33	6(33)	13(33)	0.89
Presión arterial alta	10	18	5(28)	5(13)	0.17
Sangrado	7	12	2(11)	5(13)	0.80
Cara hinchada	2	4	1(6)	1(3)	0.59
Complicación en alguno de estos problemas	5	9	4(22)	1(3)	0.18
Amenaza de parto prematuro	12	21	2(39)	5(13)	*0.028
*significancia estadística al 95%					

Se evaluó, mediante la Ji^2 , la asociación estadística entre estado nutricional de las mujeres participantes con las complicaciones presentes en ellas (tabla 11). Solamente en amenaza de parto prematuro se encontró una diferencia estadísticamente significativa con una $p=0.028$ al 95% de confianza.

6.6. Frecuencia de consumo de alimentos durante el embarazo y puerperio

Para este apartado se contó con la participación de 56 mujeres, ya que una de ellas cambió de domicilio, de las cuales 39 tenían obesidad y 17 sobrepeso. Para el caso de las que estaban embarazadas se omitió preguntar sobre la etapa puerperal, por lo que solo 43 respondieron este apartado, 13 con sobrepeso y 30 con obesidad.

6.6.1. Consumo de verduras

En Yaxcabá se cuenta con un mercado municipal que tiene cuatro puestos, en uno de ellos venden frutas y verduras, provienen principalmente de Mérida, llega una camioneta por semana que las distribuye en distintas tiendas de la comunidad. Además, la encargada del local vende algunos productos que cosecha su familia, como cilantro, jitomate, calabaza y pepinos. Los otros tres locales del mercado son ocupados por puestos de comida rápida y antojitos. Otros lugares donde las personas también adquieren verduras y frutas son tiendas, patios o solares y milpas de sus familiares que les comparten lo que cosechan. También se observó que algunas personas dejan las verduras o frutas de temporada en las puertas de sus casas, lo que significa que están en venta.

Se presentan los índices de consumo al día de verduras durante el embarazo, de acuerdo a su estado nutricional. Entre las mujeres con sobrepeso 13 no consumieron las dos verduras mínimas recomendadas al día mientras que aquellas con obesidad fueron 31, no obstante, en este último grupo solo una mujer consumió 3.5 verduras al día (Figura 1).

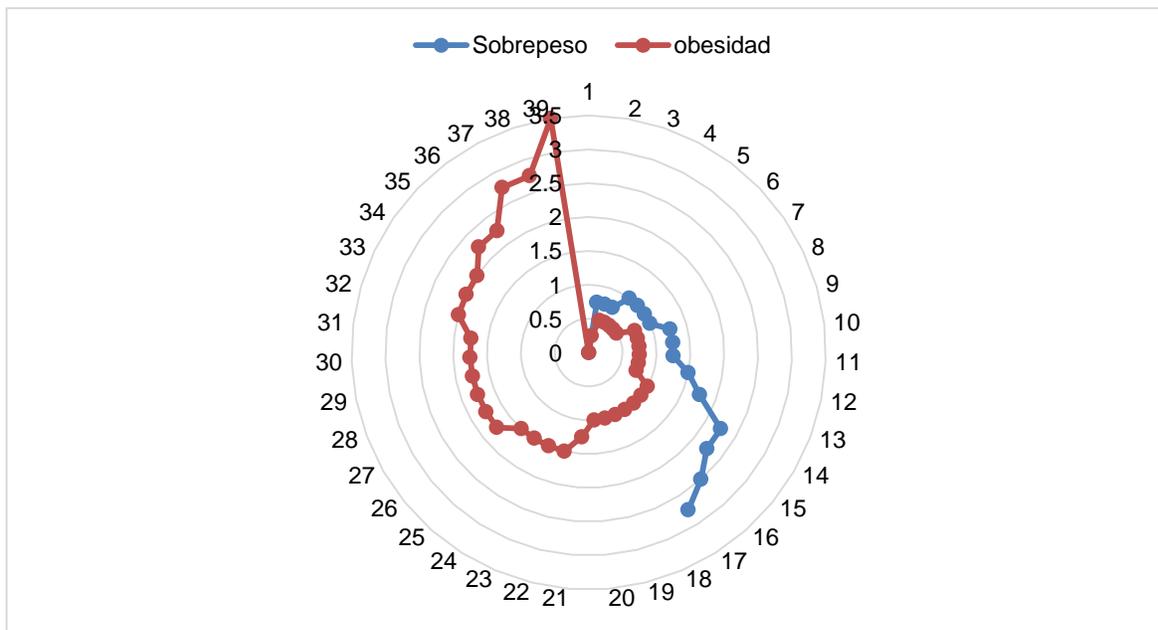


Figura 1. Índices sobre consumo de verduras durante el embarazo por estado nutricional.

En la figura 2, se muestran los índices de consumo de verduras de las mujeres durante el puerperio y de acuerdo a su estado nutricional. De las que tuvieron sobrepeso, 11 (85%) y 21 (69%) de las mujeres con obesidad no lograron la recomendación, esto es consumir al menos dos verduras por día.

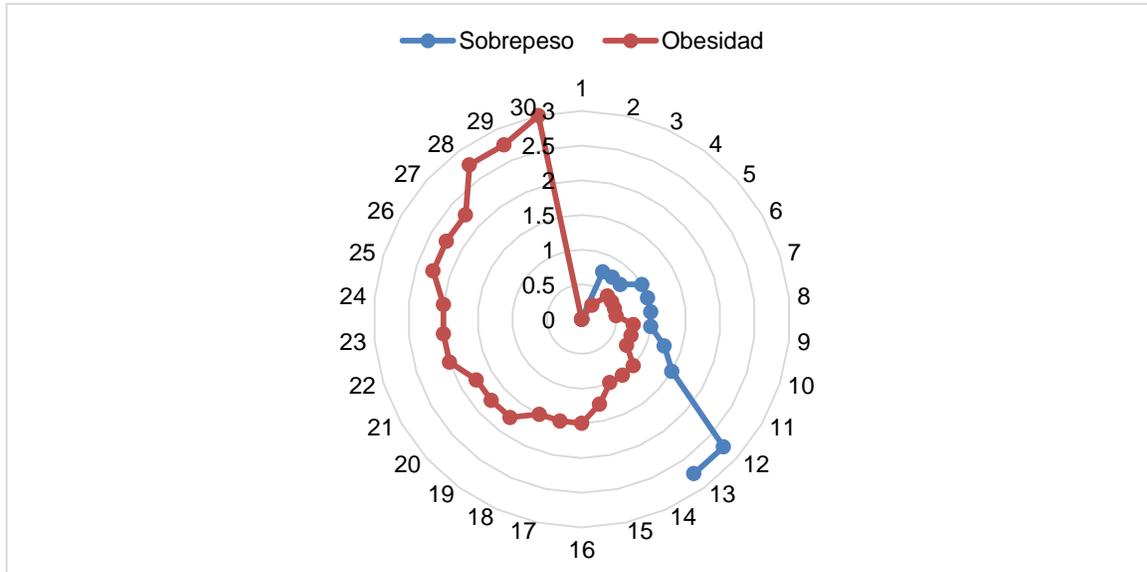


Figura 2. Índices sobre consumo de verduras durante el puerperio por estado nutricional

Se calculó un promedio de los índices de consumo diario de las verduras para conocer cuáles son las más ingeridas durante su embarazo y puerperio. Estos resultan con un valor numérico muy bajo porque algunas mujeres consumían verduras muy pocas veces, incluso algunas reportaron no consumirlas. Las verduras con mayor índice de consumo diario en ambas etapas fueron zanahorias, calabaza y chayote y las menos consumidas, a pesar de que se pueden cultivar en la localidad fueron la chaya (*Cnidioscolus aconitifolius*), el tomate, el pepino y la jícama. Se puede distinguir que las verduras tuvieron mayores índices de consumo al día durante el embarazo (1.35 y 1.33) comparado con la etapa del puerperio (0.77 y 1.19). (Tabla 12).

Tabla 12: Promedio * de índices de consumo diario de verduras durante el embarazo y el puerperio

Verdura	Embarazo		Puerperio	
	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso	Obesidad
Zanahoria	0.32	0.37	0.3	0.3
Calabaza	0.29	0.18	0.27	0.19
Chayote	0.26	0.29	0	0.28
Chaya (dyxhf)	0.21	0.17	0.1	0.1
Tomate	0.15	0.1	0.1	0.1
Pepino	0.09	0.21	0	0.2
Jícama	0.03	0.01	0	0.02
Índice diario	1.35	1.33	0.77	1.19

*Promedio recomendado 3 porciones NOM 043-SSA2-2012

Para observar las prácticas en alimentación, se visitó a Elena en su hogar, una joven de 19 años que tiene un hijo de 12 meses de edad. Ella vive en una familia extensa de siete personas: su hijo, sus padres, un hermano de 16 años, una hermana casada y su hijo de tres años. Tanto el esposo de Elena como el de su hermana son albañiles en la ciudad de Mérida. Cada semana regresan a Yaxcabá para visitarlas y llevarles dinero. En el caso de Elena, su esposo le da \$1,200.00 a la semana para los gastos generales de ella, de su hijo y para cooperar en la alimentación de los padres. Desean tener un espacio propio y de la cantidad recibida también ahorran para construir un cuarto en el terreno familiar.

Durante la permanencia en la comunidad al convivir con una familia y observar la preparación de alimentos, me percaté de la forma de prepararlos y de distribución entre los miembros de la familia. Prepararon puchero de pollo con fideos y verduras. Compraron un kilo de pollo y verduras: una zanahoria mediana, una calabaza, un chayote, dos papas y un plátano para cocinar. Elena prendió la leña, colocó una olla de aproximadamente tres litros de agua en el fuego, la mamá limpió y cortó el pollo, su hermana y yo cortamos las verduras en trozos de 5 cm, aproximadamente. Pedí me mostrarán cómo hacerlo, para estar acorde con la preparación. Pasó el vendedor de las tortillas, en una moto, y le compraron un kilo de tortillas de maíz hechas a máquina.

Cada uno sirvió su comida y se sentó alrededor de una mesa de 70x50 cm y 50 cm de altura. El padre estaba llegando de su milpa y comió después. Durante la comida, la familia platicó sobre lo que hicieron en el día. El hijo menor dijo que quería estudiar para chef y compartió algunas recetas de postres. Los niños pequeños jugaban, corrían alrededor de la casa y regresaban a la mesa, recibiendo los bocados. El frasco de sal estaba en la mesa desde antes de sentarse a comer, todos le agregaron sal a sus alimentos. Prepararon un salpicón de rábanos con limón y suficiente sal.

6.6.2 Consumo de frutas

Los índices de consumo diario de frutas durante el embarazo, de acuerdo a su estado nutricional, indica que 8 (47%) mujeres con sobrepeso y 13 (33%) con obesidad no consumieron las tres frutas mínimas recomendadas al día (Figura 3).

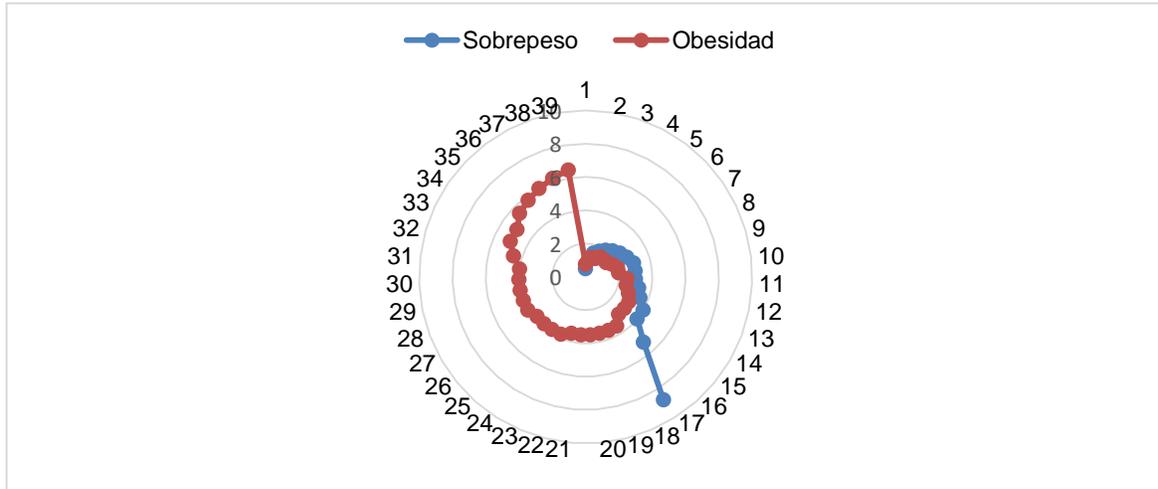


Figura 3. Índices sobre consumo de frutas durante el embarazo por estado nutricional

El índice de consumo diario de frutas durante el puerperio, de acuerdo al estado nutricional, 7 (54%) mujeres con sobrepeso y 15 (50%) con obesidad no consumieron las tres frutas mínimas recomendadas al día (Figura 4).

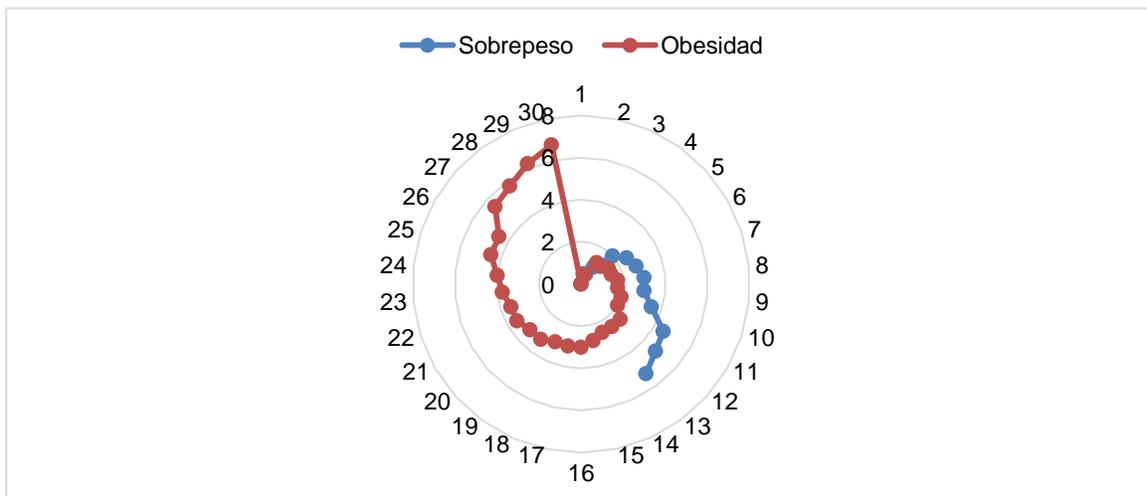


Figura 4. Índices sobre consumo de frutas durante el puerperio por estado nutricional

Las frutas con mayor índice de consumo fueron la manzana, el plátano y el mango y las de menor fueron las frutas locales: zapote, guanábana, zaramuyo y limón. Algunas frutas de temporada no son valoradas a pesar de su alto contenido nutricional y se pudo observar su descomposición en los suelos de los solares visitados. Al igual que las verduras, el índice de consumo diario de frutas resultó ser mayor que en el embarazo (3 y 3.3) que en el puerperio (2.6 y 2.9), en ambos casos, fue mayor entre aquellas con obesidad (Tabla 13).

Como se mencionó, los índices promedios de cada fruta resultaron bajos al ser promediados con el de mujeres que tenían bajo índice de consumo, o que nunca la consumían.

Tabla 13: Promedio* de índices de consumo diario de frutas durante el embarazo y el puerperio

Fruta	Embarazo		Puerperio	
	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso	Obesidad
Manzana	0.43	0.44	0.46	0.33
Plátano	0.38	0.42	0.25	0.35
Mango	0.43	0.38	0.31	0.36
Limón	0.13	0.35	0.15	0.28
Naranja dulce	0.53	0.33	0.54	0.31
Mandarina	0.15	0.30	0.15	0.23
Sandía	0.26	0.23	0.23	0.25
Uvas	0.15	0.16	0.21	0.12
Caimito	0.03	0.11	0.02	0.13
Papaya	0.07	0.10	0.02	0.08
Anona	0.07	0.10	0.10	0.09
Melón	0.07	0.08	0.06	0.03
Ciruela	0.10	0.08	0.00	0.10
Mamey	0.07	0.07	0.02	0.06
Fresa	0.09	0.06	0.04	0.04
Zapote	0.01	0.05	0.00	0.04
Guanábana	0.03	0.03	0.00	0.04
Zaramuyo	0.00	0.03	0.00	0.04
Lima	0.00	0.02	0.00	0.03
Índice al día	3	3.3	2.6	2.9

*Promedio recomendado de 2 a 3 porciones NOM 043-SSA2-2012

6.6.3 Consumo de cereales y tubérculos

Los índices de consumo diario de cereales realizado por las mujeres durante el embarazo, de acuerdo a su estado nutricional, 14 (82%) mujeres con sobrepeso y 31 (79%) con obesidad consumían cinco o menos cereales al día, según lo recomendado por la NOM 043-SSA2-2012. Por otro lado, solo una de las mujeres con sobrepeso refirió no consumir cereales o tubérculos porque le causaba náuseas durante todo su embarazo, condición que solo le permitía comer frutas (Figura 5).

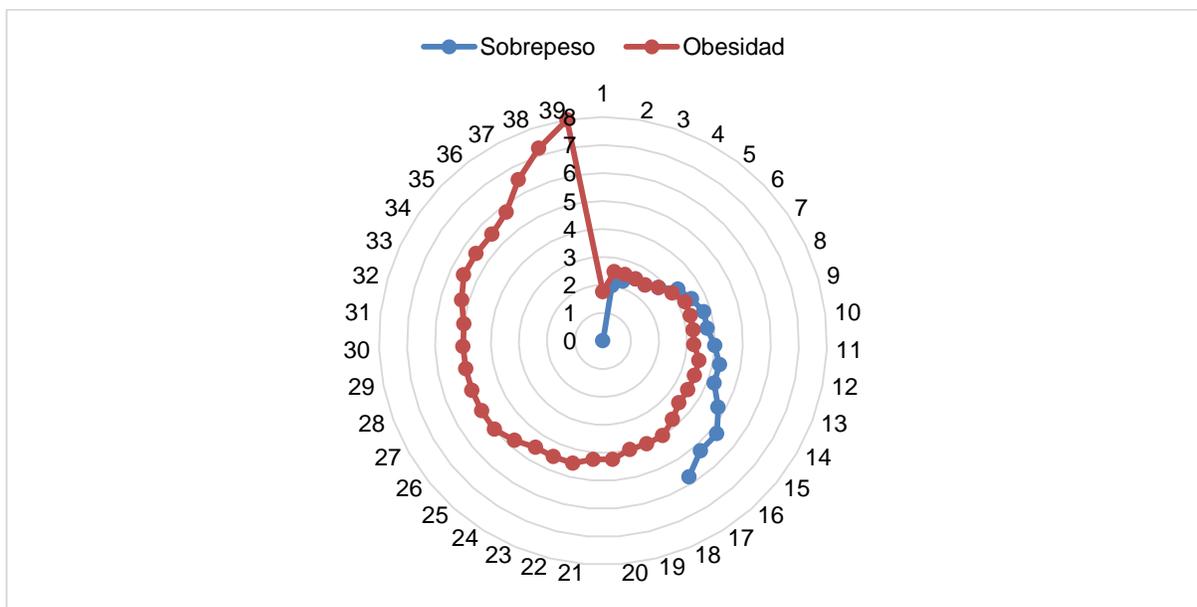


Figura 5. Índice sobre consumo diario de cereales durante el embarazo por estado nutricional

Con base en los índices de consumo diario de cereales realizado por las mujeres durante el puerperio por estado nutricional, 11 (85%) mujeres con sobrepeso y 25 (83%) con obesidad consumieron los cinco cereales recomendados al día, según la NOM 043-SSA2-2012.

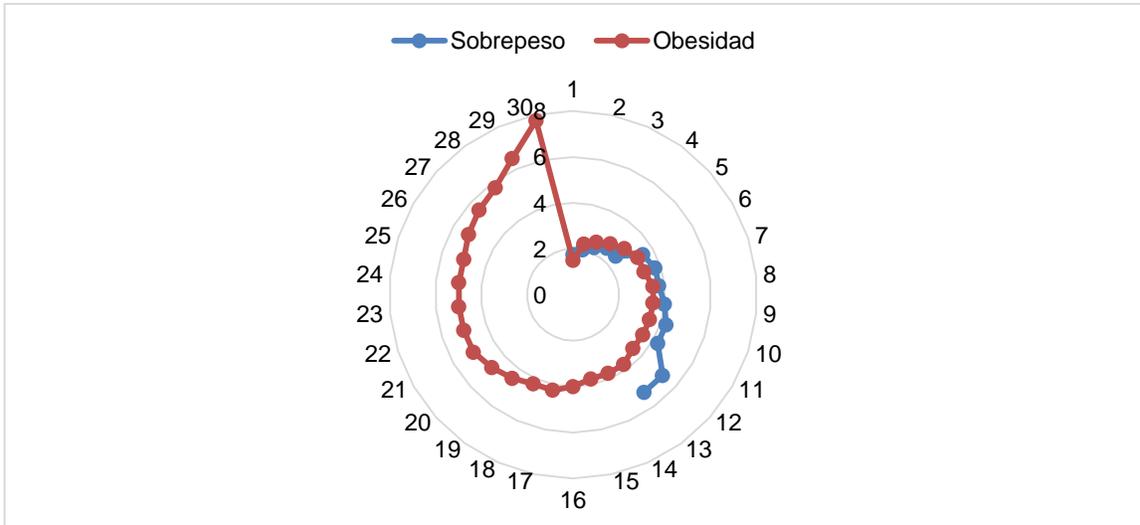


Figura 6. Índice de consumo diario de cereales durante el puerperio por estado nutricional

Las mujeres con obesidad, independientemente de la etapa en que se encontraban en el embarazo o puerperio, tuvieron mayores índices de consumo de cereales; comparado con las que presentaron sobrepeso. El índice promedio de consumo de tortillas de maíz hechas a mano fue alto en ambos grupos, tanto en las mujeres con sobrepeso como con las de obesidad durante el embarazo, no obstante, este índice aumenta aún más en el puerperio en ambos grupos. La yuca fue el alimento con menor índice de consumo en ambos grupos y etapas. Las tortillas de maíz hechas a máquina, el pan dulce y la avena obtuvieron un índice de consumo mayor entre las mujeres con obesidad (4.2) tanto en la etapa del embarazo como en el puerperio en comparación con las mujeres con sobrepeso (3.5) (Tabla 14).

Tabla: 14 Promedio* de índices consumo diario de cereales y tubérculos durante el embarazo y el puerperio

Cereales y tubérculos	Embarazo		Puerperio	
	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso	Obesidad

Tortillas de maíz mano	0.69	0.67	0.73	0.72
Tortillas de maíz de maquina	0.44	0.55	0.23	0.50
Galletas dulces	0.38	0.29	0.40	0.31
Pan dulce	0.35	0.41	0.25	0.50
Pan francés	0.32	0.28	0.31	0.28
Papa	0.26	0.27	0.29	0.28
Arroz	0.22	0.28	0.27	0.27
Avena	0.22	0.33	0.35	0.30
Cereal de caja	0.22	0.29	0.13	0.17
Galletas saladas	0.13	0.26	0.17	0.23
Pan de molde blanco	0.10	0.19	0.10	0.17
Pastas	0.10	0.21	0.12	0.16
Camote	0.03	0.04	0.00	0.05
Tortilla de harina	0.03	0.13	0.04	0.14
Pan de molde Integral	0.00	0.04	0.08	0.05
Yuca	0.00	0.03	0.00	0.03
Índice diario	3.5	4.2	3.5	4.2

*Promedio recomendado 5 porciones NOM 043-SSA2-2012

6.6.4 Consumo de alimentos de origen animal

Se muestran los índices de consumo de alimentos de origen animal durante el embarazo de acuerdo a su estado nutricional, las mujeres que tuvieron sobrepeso, 16 (94%) no consumieron por lo menos tres alimentos al día de este grupo, de acuerdo a lo recomendado y 38 (97%) de las que presentaban obesidad (Figura 7). Misma situación sucedió en la etapa del puerperio, dado que 12 (92%) con sobrepeso y 29 (97%) con obesidad no alcanzaron la ingesta mínima recomendada.

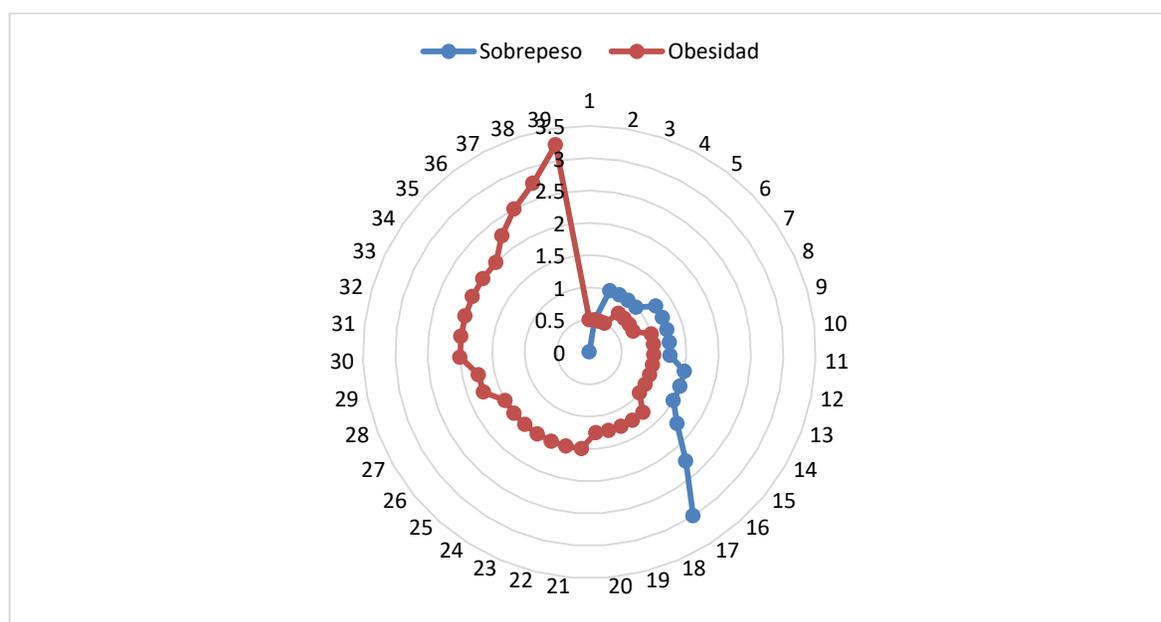


Figura 7. Índice sobre consumo diario de alimentos de origen animal durante el embarazo, por estado nutricional.

En los promedios de los índices del consumo de alimentos de origen animal durante el embarazo y el puerperio, se observa que son muy parecidos en ambos grupos, excepto el índice de consumo de pescado que fue más alto en las participantes con sobrepeso (0.96) que aquellas con obesidad (0.03). Las mujeres con sobrepeso tuvieron el índice diario de 2.3 durante el embarazo, mientras que durante el puerperio fue de 1.4, al igual que las mujeres con obesidad (Tabla 15).

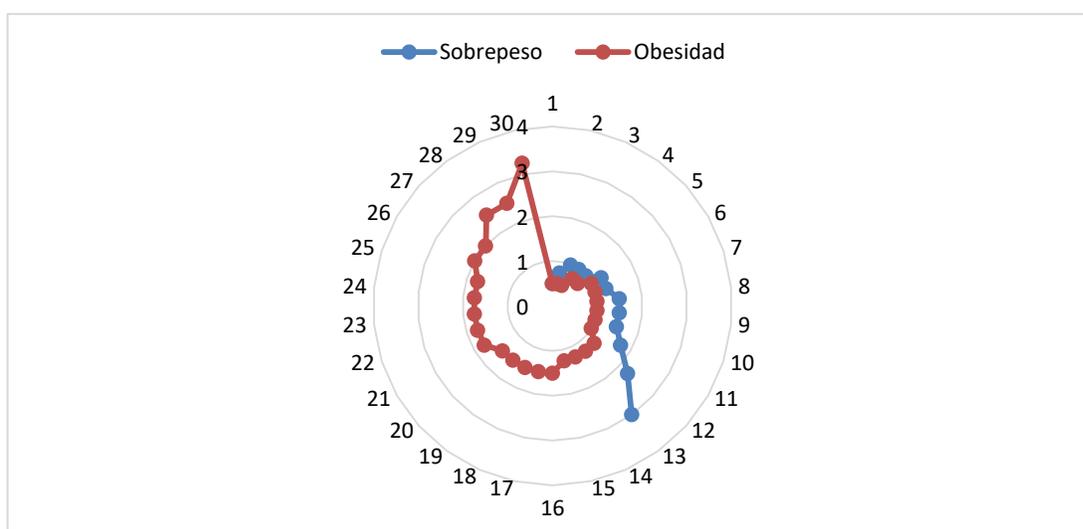


Figura 8. Índice sobre consumo de alimentos de origen animal durante el puerperio por estado nutricional.

Tabla: 15 Promedio* de índices de consumo diario de alimentos de origen animal durante el embarazo y el puerperio

Alimentos de origen animal	Embarazo		Puerperio	
	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso	Obesidad
Pollo	0.34	0.32	0.38	0.33
Jamón y salchicha	0.25	0.31	0.29	0.28
Cerdo	0.30	0.29	0.27	0.31
Huevo	0.26	0.29	0.29	0.31
Chorizo y longaniza	0.06	0.10	0.07	0.08
Res	0.10	0.07	0.08	0.08
Pescado	0.96	0.03	0.02	0.03
Índice diario	2.3	1.4	1.4	1.4

*Promedio recomendado 5 porciones NOM 043-SSA2-2012

6.6.5 Consumo de grasas y aceites

La manteca de cerdo es consumida de manera frecuente, un ejemplo es la observación de la preparación de un desayuno, pinitos (tortillas pequeñas y gruesas de masa con manteca y sal), ella explica que esta comida es fácil de preparar, debido a que no tiene mucho tiempo para cocinar porque tiene que cuidar a un bebé de dos meses y una niña en preescolar. También se encontró que el platillo principal que consumen es el huevo con chaya y lo cocinan con dos cucharadas de manteca; prefieren utilizar este último tipo de grasa porque da mejor sabor a las comidas. Cabe señalar que la situación económica limitada que vive es lo que influye en lo que terminan cocinando para comer y esto se debe que su pareja solamente le da de manera semanal \$500.00 para los gastos generales de la casa, de los niños y de los alimentos. Esto también incluye la compra de comida rápida (pizza) los fines de semana, porque le gusta a su pareja y que tiene un costo de \$150.00 pesos.

Se realizó otra observación y, en esta ocasión, la comida fueron vaporcitos de espelón y para su preparación se requirió de abundante manteca de cerdo. Al indagar sobre la posibilidad de cambiar la manteca por aceite, la señora respondió que no es posible; porque cambia mucho el sabor de los vaporcitos. Para la preparación de la masa fue necesario cocer primero el maíz con cal (proceso llamado nixtamalización) y posteriormente lo lavaron y llevaron a moler, cuyo costo fue de \$3.00. Posteriormente, se desvainó el frijol de espelón y se integró a la masa, a la que de antemano se le había puesto sal y manteca, luego fueron torteados y envueltos en hojas de plátano, previamente asadas a fuego de leña y limpiadas con un paño de cocina. Ya preparados los tamalitos los acomodaron en una olla grande tipo vaporera, agregaron agua y los cocieron en un fogón, donde se enciende la leña. A la hora de la comida, compraron un refresco embotellado para acompañar los alimentos preparados.

Entre las mujeres con sobrepeso, 14 (82%) consumieron por lo menos dos alimentos con grasa o aceite y entre aquellas con obesidad 37 (95%) tuvieron este mismo consumo, según los índices de consumo diario contruidos (Figura 9).

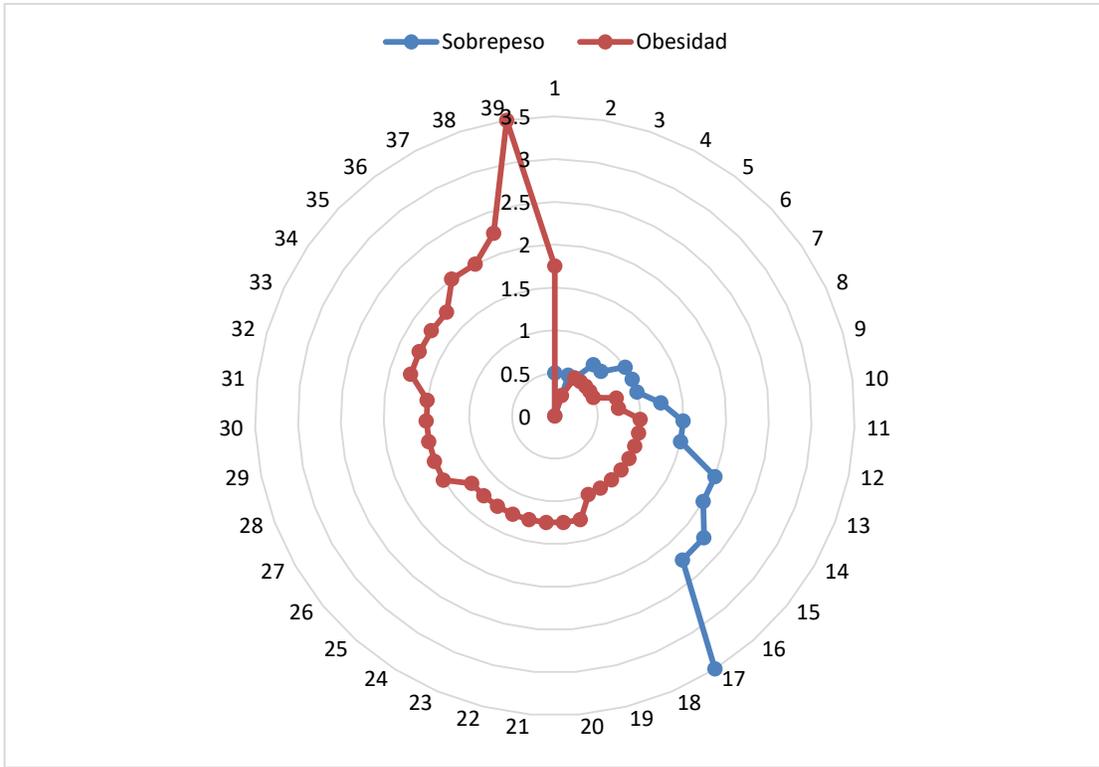


Figura 9. Índice sobre consumo de grasas y aceites durante el embarazo por estado nutricional.

Los índices de consumo diario de grasas y aceites en el puerperio, de acuerdo a su estado nutricional, 28 (93%) para mujeres con obesidad, quienes consumieron dos alimentos con grasa en comparación con el de 10 (77%) para las mujeres con sobrepeso (Figura 10).

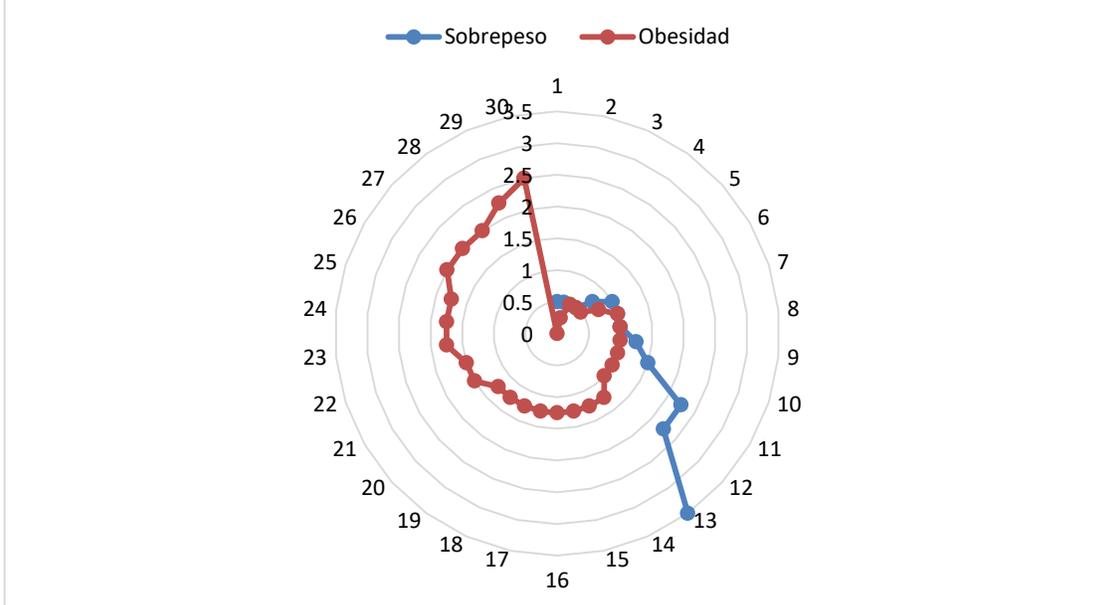


Figura 10. Índice sobre consumo diario grasa y aceites durante el puerperio por estado nutricional.

Tabla: 16 Promedio* de índices de consumo diario de grasas y aceites durante el embarazo y el puerperio

Grasas y aceites	Embarazo		Puerperio	
	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso	Obesidad
Aceite	0.54	0.55	0.54	0.54
Manteca	0.41	0.33	0.38	0.36
Aguacate	0.22	0.25	0.23	0.26
Cacahuete	0.07	0.06	0.10	0.05
Margarina	0.00	0.03	0.00	0.02
Mantequilla	0.06	0.02	0.02	0.03
Índice diario	1.3	1.2	1.3	1.3

*Promedio recomendado 5 porciones NOM 043-SSA2-2012

Las grasas más consumidas fueron aceite y manteca. Tuvo un índice diario similar en las etapas de embarazo y puerperio en las mujeres con sobrepeso (1,3). Solo en las mujeres con obesidad durante el embarazo disminuyó ligeramente (1.2) (Tabla 16)

6.6.6 Consumo de bebidas

Se ha excluido el agua natural en estos análisis porque su ingesta no aporta calorías, no obstante, su consumo se muestra en las tablas que se encuentran en el anexo 9, donde se puede observar que algunas mujeres dijeron no consumir agua diariamente.

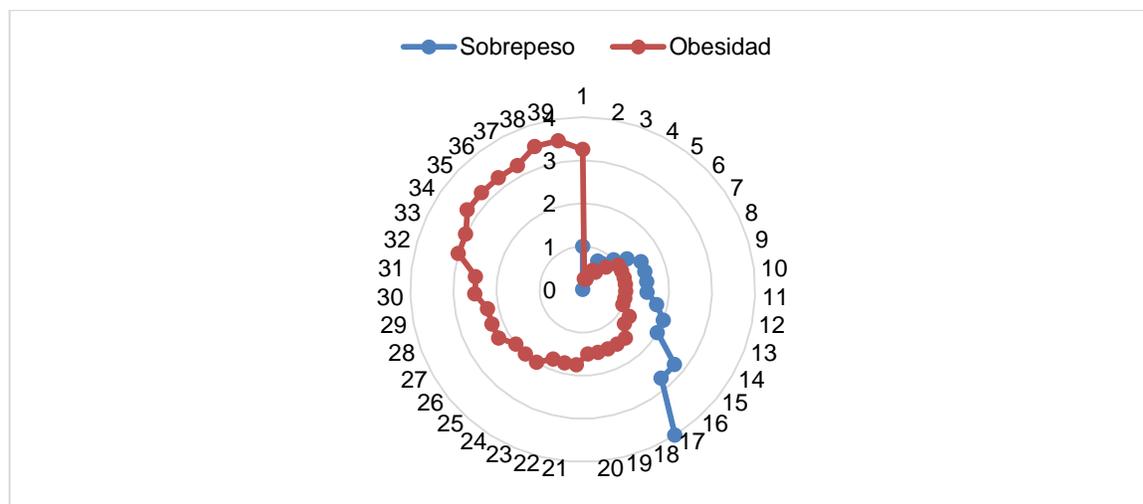


Figura 11. Índice sobre consumo diario de bebidas durante el embarazo por estado nutricional.

El consumo de refrescos embotellados fue el índice promedio más alto en las mujeres con sobrepeso, en comparación con aquellas que presentaban obesidad. Es interesante, identificar que el consumo de estas bebidas industrializadas sea cada vez más frecuente, primando sobre las bebidas tradicionales como el agua de jamaica, el agua de fruta o el pozole de maíz (bebida preparada con agua y masa cocida que en ocasiones endulzan con azúcar). Por otro lado, el atole y la horchata tuvieron índices promedio de consumo más altos en las mujeres con obesidad, en comparación con las que presentan sobrepeso. Las mujeres con obesidad presentaron mayores índices diarios, tanto en el embarazo como en el puerperio (1.8 y 1.9 respectivamente) (Tabla 17).

Tabla: 17 Promedio de índices de consumo diario de grasas y aceites durante el embarazo y el puerperio

Bebidas	Embarazo		Puerperio	
	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso	Obesidad
Refrescos embotellados	0.49	0.36	0.46	0.48
Atole	0.13	0.35	0.06	0.37
Horchata	0.21	0.32	0.17	0.28
Jugos de fruta	0.26	0.26	0.25	0.24
Jamaica	0.13	0.14	0.00	0.08
Café	0.06	0.12	0.08	0.13
Pozole de coco	0.12	0.10	0.04	0.07
Chocolate	0.10	0.10	0.04	0.13
Pozole de masa Nva	0.03	0.06	0.04	0.09
Polvos en sobre	0.01	0.02	0.00	0.03
Cerveza	0.00	0.01	0.00	0.02
Índice diario	1.5	1.8	1.1	1.9

6.6.7 Consumo por grupo de alimentos

En la figura 13 se pueden observar los índices de consumo de alimentos por cada grupo (metodología pág. 33), en el cual, los cereales se consumieron más veces al día, siendo mayor el índice en las mujeres con obesidad (4.6) comparado con las que presentaron sobrepeso (3.51). Seguido por los alimentos de origen animal que fueron consumidos más veces al día por las mujeres con sobrepeso, en comparación con las que tenían obesidad.

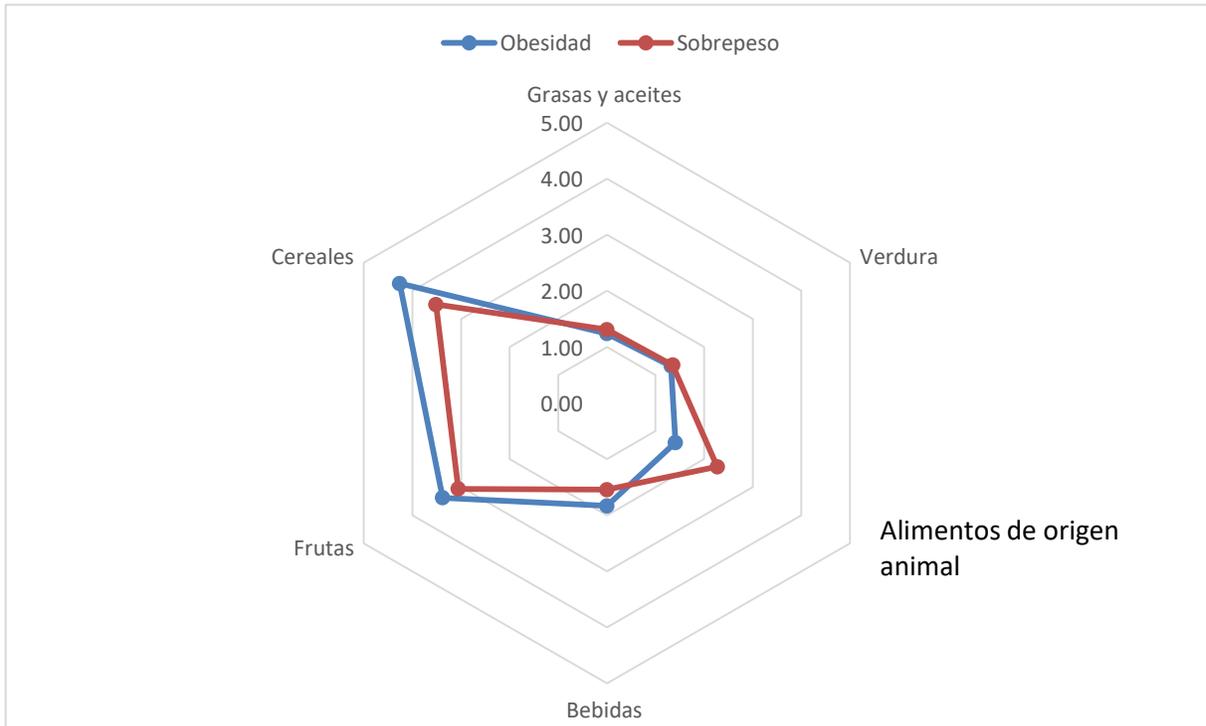


Figura 13: Promedios de los índices de consumo de alimentos por grupos

En el caso específico de los alimentos de origen animal, el pescado fue el alimento que consumieron más las mujeres con sobrepeso, con un índice de 0.9. Por el contrario, las que tuvieron obesidad su índice de consumo fue menor de 0.1 y los de mayor consumo fueron salchicha, jamón y huevo. Lo mismo se encontró en el grupo de las grasas, las mujeres con sobrepeso consumieron menos manteca de cerdo y tuvieron un mayor consumo de grasa al ingerir aguacate, comparado con las mujeres con obesidad que no lo consumían. Esta forma de consumo lleva a las mujeres con obesidad a tener más peso que las que tienen sobrepeso.

Sin embargo, las mujeres gestantes con sobrepeso consumieron más refrescos embotellados que las mujeres con obesidad, por lo que este consumo calórico en azúcares les podría llevar a un aumento de peso. Esta práctica contradice lo que ellas mismas decían al referirse al refresco embotellado, como alimento no saludable de consumo durante el embarazo. Otra práctica que difiere de las representaciones sociales que tienen es el uso de la manteca y carne de cerdo,

ya que las mujeres consideran éstos como no saludables y sin embargo los consumen con una frecuencia alta.

6.7 Representaciones sociales y prácticas de alimentación durante su embarazo, parto y puerperio.

En los relatos de vida participaron 14 mujeres, seis de ellas con sobrepeso y ocho con obesidad. Durante el trabajo de campo se reconoció que la edad interviene en los perfiles de consumo de los alimentos, por lo que se conformaron dos grupos de edad, según la generación, las menores de 20 años (entre 16 a 19 años) y las mayores de 25¹ (entre 26 a 45 años). En el estado civil de las mujeres, siete son casadas, cinco viven en unión libre y dos son madres solteras. El número de embarazos estuvo en un rango de uno y hasta siete. De las mujeres participantes, cinco tuvieron un aborto.

Inicio de cuidados

Las mujeres mencionaron que iniciaron de manera tardía los cuidados en el embarazo, porque ignoraban que se encontraban embarazadas, lo que se puede constatar con los resultados del cuestionario sociodemográfico y las complicaciones, que en promedio a la octava semana de gestación iniciaron sus cuidados; como se evidencia en el relato siguiente.

De hecho, yo cuando me embarazaba, como no soy regular, así en mi menstruación, en mi primer bebé tenía cinco meses cuando me enteré que estaba embarazada porque ni se me notaba, estaba yo flaca. E11: 33 años, agosto de 2018.

Cambios en la alimentación

Las mujeres realizaron ciertos cambios en la alimentación al saberse embarazadas, por ejemplo: aumentaron el consumo de agua, incrementaron la ingesta de alimentos, incluso durante la noche porque sentían hambre. Refieren que su hijo se está moviendo mucho porque siente hambre y sus mamás o suegras les sugerían dejar cerca de ellas algo de pan, galletas, leche, entre otras

¹ Entre los 20 y 24 no contamos con ninguna entrevista

cosas, para comerlos durante las madrugadas y no afectar al futuro bebé, expresándolo de la siguiente forma.

Antes y después de que tuve a mi bebé, algunas veces tomaba atole tres veces a la semana, dos veces, depende, pero sí tomaba mucha agua, varios vasos, como tres litros de agua y además el atole. E12: 26 años octubre de 2018

Tomaba atole, a veces ella [la mamá de la embarazada] me preparaba la harina y le poníamos barra adentro para no tener hambre en toda la noche. Sí, porque a veces me levantaba a la medianoche a comer galletas o tomar agua, así, porque a veces me da hambre a la media noche. E1: 27 años, septiembre de 2018

Hay veces si me ha pasado, despiertas y el bebé tiene mucho apetito porque yo me despierto cuando me aplasta mi estómago y tengo hambre, me levanto. Su papá se ríe y me dice “no debes de comer” pero -le digo- tengo hambre, no aguanto. Tengo hambre y me levanto, a veces trae pan, trae galletas, y así yo me levanto, tengo que levantarme a tomar un vaso de leche, como mi pan y me vuelvo a acostar. Pero cuando digan las 6, cuando diga amanecer otra vez, me estoy muriendo de hambre, a veces dos veces me levanto a comer de noche, en la madrugada, “pareces bruja que te levantas a comer” -me dice [el esposo]. No parezco bruja -le digo-, simplemente tengo hambre, es el hambre que me está trayendo -le digo- y me levanto a comer, aunque me tengo que parar a comer. E7: 45 años, septiembre de 2018.

Consumo de verduras y frutas

En cuanto al consumo de verduras, los relatos confirmaron el bajo consumo que realizan las mujeres durante el embarazo y que coincide con los resultados que arrojó el instrumento de la frecuencia de alimentos. Asimismo, las mujeres mencionaron que algunos de estos alimentos los pueden cultivar y obtener en el traspatio o solar, dependiendo de la temporada. No obstante, esta práctica fue más referida por las mujeres mayores de 25 años, en comparación con las mujeres menores de 20 años; como se relata a continuación.

Mi mamá me decía que debía comer zanahoria, calabacitas, papa, yo la calabacita no lo como; ni la papa. Bueno la papa sí, la zanahoria no, el tomate tampoco, la cebolla tampoco. Me decían que era bueno para mi embarazo, pero yo no lo comía y así pase todo mi embarazo. E4: 18 años, septiembre de 2018.

Lo que hay en el patio es el chile, el plátano, la naranja dulce, la naranja agria, el limón, así no compro, los bajo, pero en tiempo de sequía pues no hay, eso es cuando lo compro el limón y hacemos limonadas, naranjadas. Aquí hay chaya, lo bajo también, orégano, epazote, hierbabuena, cilantro, rábano, tomate también. Aquí los cosecho, no los vendo, solo para consumo, algunos sí los vendo poco, cuando queda regado. El pepino también cuando es temporada de lluvia siembro el pepino y es cuando tienes más, además viven más, no hay que regarlos, calabacita, ahora casi no siembro. E11: 33 años, agosto de 2018

Las mujeres consideran que durante su embarazo deben comer frutas y verduras, y así lo refieren, tanto en el instrumento de frecuencia de alimentos como en los relatos de vida. Pero llama la atención que al momento de elegir se inclinan por aquellas frutas que no son propias de la región, como la manzana y que son más costosas.

Lo que debes comer cuando estás embarazada son frutas, verduras. Frutas como la manzana, la pera, el plátano. ¿Y pera hay aquí en el pueblo? Pues no en todos lados. ¿Y qué frutas hay aquí o frutos que se cosechen aquí en el patio? Pues a veces la sandía, el melón, el pepino, dependiendo lo que se siembre; la papaya, de hecho, tenemos la papaya aquí, la mandarina, china no tenemos. E3: 16 años, diciembre 2018

Pues los doctores recomiendan que debo de comer cereal, tomar leche un poco de pan, y tenemos que ver qué comer. Si hay manzana comemos una manzana, si hay uva, lo que sea, si hay plátano prácticamente eso lo compramos. Aunque pobre uno, pero hay que ver cómo comer, no le vaya a pasar nada también, poco, pero hay, no diario, pero sí hay. E6: 37 años, septiembre de 2018.

En el testimonio anterior se puede comprender que las representaciones que las mujeres tienen respecto a los alimentos no solo provienen de las enseñanzas aprendidas de sus madres, abuelas y personas de la comunidad, sino también siguen las recomendaciones que el personal de salud les emite, que por lo general dicho personal proviene de la ciudad de Mérida. No muchas veces consideran los alimentos que se producen de manera local y promueven los que son de difícil acceso.

Consumo de alimentos de origen animal

En cuanto al consumo de alimentos de origen animal durante el embarazo, depende de la disponibilidad que haya en las tiendas de la localidad y de su accesibilidad económica. No obstante, una forma que las mujeres tienen para consumir carne, es a través de la caza de animales del monte, como conejo, jabalí, venado, pavo de monte, entre otros. Esta actividad la realizan los varones de la familia, bajo la modalidad denominada batida y se observó que en todas las casas hay por lo menos un rifle destinado para esta actividad. Una de las entrevistadas refirió al respecto lo siguiente.

Todo podía comer sandía, piña, cualquier tipo de carne, a veces mis hermanos traían venado o jabalí o conejo, cualquier cosa y sí lo podía comer. E1: 27 años, septiembre 2018.

Diferenciales de consumo entre generaciones

El perfil de consumo de alimentos durante el embarazo tiene que ver con la generación de las gestantes, se encontró que las más jóvenes, menores de 25 años quienes son obesas, tienden a consumir productos más procesados, que no forman parte de la gastronomía local. Por el contrario, las mujeres de más de 25 años continúan elaborando las comidas regionales. Los antojos que refirieron en el primer trimestre del embarazo también estuvieron relacionados con la generación. Las más jóvenes tuvieron antojos de comida rápida y las de mayor edad comidas locales.

Pues mi suegra me decía que no es bueno para el niño (comer la hamburguesa, pizza y tamales), que yo debo de comer caldos. Con él (durante el embarazo de su hijo) no comía mucho caldo, pura comida seca, puras Sabritas. E4: 18 años, septiembre de 2018

Chaya o arroz es lo que más me gusta, empanaditas por la tarde y así varía. No me gusta el pollo, me da asco [porque está embarazada]. La gallina de patio sí lo como, con todo, la agarro, la mato y la cocino, la hago en puchero y así comemos nosotros, se le pone por dentro el pollo al caldo, se le pone verduras y fideos pues así, le gusta a los niños y a mí también. E7: 45 años, septiembre 2018.

A mí me gusta comer por la tarde, panuchos y empanaditas. Tengo que variar la comida, si no me gusta hago lentejas o frijol colado, tengo que ver, y si mis hijos no quieren comer la comida, tengo que bajar la chaya la pico y se la ponen a comer, así prácticamente ellos están sanitos. E7: 45 años, septiembre de 2018.

Pues lo que acepte mi estómago porque con ella (durante el embarazo de su hija) casi a los tres meses solo podía comer frutas porque lo que es comida no lo aceptaba. Nada de tortilla, así poquito comía, pero lo que es así pollo me daba mucho asco, me dio mucho vómito al principio, a los tres meses, entonces ya me di cuenta que la fruta hace que no vomite, entonces lo como. Y así estuve, mayormente solo eso desayunaba, eso almorzaba y en la cena igual. E13: 32 años, septiembre de 2018.

Antojos y riesgos en el embarazo

En el caso de los antojos, existe la representación de que, si éste no se cumple, el embarazo puede llegar a su fin. Los antojos son diferentes en las menores de 20 años comparados con las mayores de 25 años.

Hay veces que no llega al término del embarazo, se te cae porque tienes antojo de comer las cosas y no lo comes. Cuando a mí me ha pasado, me embaracé la primerita vez tenía hija, así pues, no llegó el término, como a los 4 meses aborté, me dice la señora con la que me fui, era una curandera, me dice "tú tenías ganas de comer arroz con leche y tú no lo comiste, tú no tenías ganas, pero el bebé tenía ganas de comerlo" y le digo: yo no sentí nada. E7: 45 años, septiembre de 2018.

Lo que, sí se me antojó, no sé si usted conoce el ek, las avispas que se forman, como si fueran el panal, se me antojó comerlo. Lo buscaron así, fue único, lo comía, lo podía comer eso, lo tosté así, lo sacudía, después lo aplasté, si limón hay o naranja eso le puse, le puse un poquito de agua y con ello, como un caldillo. Una vez se me antojó, casi no hay, hasta en el monte, eso en el monte hay. E 11: 33 años, agosto de 2018.

Así como se te antoja cualquier cosa un helado algo, pero no se te quita la sensación de que lo quieres comer, y mientras no lo has comido no se te quita el antojo. Y así me pasó... entonces no conseguimos las fresas, lo mandamos ver hasta Mérida. Con los que venden verduras acá no lo conseguimos, creo que no estaba de temporada, no sé porque yo las quería comer, así en las charolas y a la semana siguiente perdimos el bebé. Tuvimos un aborto, aunque los doctores dicen que no tiene nada que ver, que no es cierto que a te pasa algo, pero pues yo digo que sí porque yo ya vi. Ya lo vimos una vez así y aunque me llevaron con el doctor y todo ya me estaba pasando y así perdí mi bebé. E13: 32 años, septiembre de 2018.

Atribuyen tener antojos a que la madre está débil, lo que podría llevarles a un aborto, por ello se cuida que los antojos se cumplan.

Entonces, muchos dicen que, porque uno está muy débil, que porque uno está débil se le antoja comer cada cosa. La cosa es que no conseguí el macal (un tubérculo) y como a los quince días que yo lo soné, aborté. E6: 37 años, septiembre de 2018.

El siguiente testimonio, es de una madre joven, describe otro tipo de alimentos que se le antojaron.

Sí, se me antoja la hamburguesa, si no era la pizza o sino tamales, y decía quiero comer pizza. E4: 18 años, septiembre de 2018.

En caso de tener un antojo y éste no se pueda cumplir, ya sea porque el alimento es difícil de encontrar en la localidad o porque se carecen de recursos económicos para comprarlos, los familiares le transmiten lo que identificamos

como representaciones, que ellas llevan a la práctica para evitar abortar: consumir miel virgen y/o sal, que en ambos casos resultan un riesgo para la salud de la gestante si se consume en exceso, porque la miel es rica en azúcar y con un alto valor calórico, lo que podría contribuir a elevar la glucosa y el consumo excesivo de sal puede coadyuvar a elevar la presión arterial y desarrollar preeclampsia.

... a veces lo que no hay es lo que quieres comer cuando estas embarazada. Pues mi mamá, de antes, como tiene abejas en el monte pues tiene miel, así cuando no hay lo que quieres comer, pues lo tomas unas cucharaditas, pues para que no te pase nada. Cuando estaba embarazada de ellos (sus hijos), me daba poquito, por si se me antoja algo que, si no hay... (¿Qué pasa si se le antoja algo que no hay?) Pues llega a abortar uno, sí puede abortar uno, si ella puro así, cuando queda embarazada un poquito de miel, porque te ayuda, le dicen miel virgen, no sé porque, me decía: que tome un poco de esto pa' que no me pase nada. (No se le antojó algo que no hubiera). Solo me da así diarios una cucharadita para que no te pase nada, diario, pues así cuando estoy embarazada, de temprano una cucharadita, diario, si desde que amanezca, cuando voy desayunar una cucharadita, diario. Si ya lo tomaste, así pues, ya no te pasa nada. Sí con ello se ayuda uno, ya lo tomé, ya no te pasa nada. E11: 33 años, agosto de 2018.

Dicen que agarras una pizca de sal y te la comes y tomas un vaso de agua detrás. Otra la miel de la melipona, ésa dicen igual se come una cucharada, si no que el queso de bola igual, vas, compras un pedazo de queso y te lo comes, o si no el salado de venado, la carne del venado que sea salada, ese igual dicen que lo tuestas y te comes un pedazo y dicen que es el remedio. Pero en ese momento yo no tenía nada, por eso aborté. E6: 37 años, septiembre de 2018.

Ganancia de peso

Otro aspecto importante a considerar es la ganancia de peso que tienen las mujeres durante el embarazo porque, si no logran regresar a su peso pre gestacional y dado que los periodos intergenésicos son cortos, se traduce en un problema de sobrepeso u obesidad.

Era flaquita así, pesaba así 43, aumenté a 45 (no pudo bajar los dos kilos). No, no pude, con el siguiente (embarazo), subí otros dos, en el tercero también subí, es cuando ya subí hasta los 65. Fui subiendo hasta que llegué a 67, empezando el embarazo pesaba 60, pero bajé un poco, dos kilos. E11: 33 años agosto de 2018

Algunas representaciones acerca de los alimentos prohibidos o malos durante el embarazo comprenden a los que contienen un gran aporte de grasa. En algunas ocasiones estas representaciones contribuyen para tener buenas prácticas alimentarias, como es el caso del siguiente testimonio:

...el mondongo [no lo come], pues porque dicen que cuando ya estás embarazada, dicen que a llega a nacer los bebés al año, dicen, un año, no nacen a los nueve meses, se quedan, si viven. Que porque las vacas dicen que un año tarda en que llegan a tener su cría, por eso casi no se debe comer. E11: 33 años, agosto de 2018.

Alimentación y preparación para el parto

En la preparación para el parto algunas mujeres relataron consumir alimentos antes de ir al hospital, referían que en el hospital no les dejan comer o tomar agua, pero ellas necesitan fuerza para tener a sus hijos. Lo interesante es que las comidas elegidas para consumir contradicen su discurso; por ejemplo: el puerco que es un alimento que refieren como no saludable, también lo consumen.

Tenía mucha hambre cuando nació ella (su hija), era como el mediodía creo y ese día dije que quería comer frijol con puerco con pezuña y antes que me lleven [al hospital] en lo que se bañaba mi esposo, me puse a comer un platote de comida que me saqué y comí todo. Como tenía ganas de comerlo, durante el viaje que me llevaron [a Mérida] pues no vomité, estaba yo bien en que me llevaron, en que nació ella. Cuando era el del bebé [su segundo hijo] ya iba a nacer él, fue chicharra lo que me dio mi mamá E1: 27 años, septiembre de 2018.

Complicaciones

Las mujeres de Yaxcabá atribuyen a las situaciones emocionales y el estado de ánimo las complicaciones como la hipertensión gestacional, y no consideran que la alimentación y/o el sobrepeso u obesidad son las que las pone en riesgo.

He escuchado varios rumores de que a la persona le quiere dar preeclampsia o que se le sube la presión, y pues el bebé nace antes. Aquí en el pueblo sí hay bastantes casos de esos. ¿Y por qué será que les pasa? Pues yo he escuchado que a la gente se le sube la presión que por problemas y pues de tanto pensarlo y así, entonces les pasa. E12: 26 años, octubre de 2018.

Puede ser que coma mucha sal, creo o porque se altera rápido o piensa mucho las cosas, puede ser que esté pensando en el momento que va a nacer su bebé y se le sube su presión o sigue pensando qué es lo que va a salir mal de su embarazo o no sé, yo creo que se incomoda pensando en muchas cosas y se le eleva (la presión sanguínea). E1: 27 años, septiembre de 2018.

Las parteras

Las parteras siguen siendo parte importante de los cuidados para las mujeres durante el embarazo y el puerperio, principalmente con la sobada para acomodar al bebé y para “cerrar” el cuerpo de la mujer después del parto. Sin embargo, ninguna de las mujeres del estudio tuvo un parto tradicional con la partera.

A mí me llevó mi esposo cuando estaba embarazada de Jade, me llevó en Tadzibichén, creo que tenía 7 meses cuando me sobaron, de ahí me dijeron que iba a ser niña y pues nació niña. E1: 27 años, septiembre de 2018.

Fui varias veces con la partera a que me sobara, porque cuando empezó mi embarazo me dijeron que estaba [el bebé] abajo, entonces iba cada ocho días y ya después cada quincena, luego cada mes, pero si fui varias veces. Cuando ya tuve a mi bebé también me sobaba. E5: 29 años, octubre de 2018

En el primero sí, me iba yo con una partera, pero ya falleció, doña Mireya, era de aquí... Con mis otros hijos iba cada mes para que me sobe, sin fallar, hasta antes de que naciera él. Ella [la partera] me vino a ver y ya una vez que me valoró, ella me mandó a Mérida. E6: 37 años, septiembre de 2018

Con la partera dicen que vas para que te tallen, por si está atravesado tu bebé te lo componen, lo ponen a posición, te ayuda así, de por sí voy a que me tallen porque era la tradición así. E11: 33 años, agosto de 2018

Alimentación posparto

En la alimentación después del parto, cuando las mujeres regresan a casa después de tener a su hijo en el hospital, las que tienen más de 25 años aún conservan ciertos cuidados en su alimentación, similares a los realizados durante su embarazo. Sin embargo, hay diferencia con respecto a las mujeres menores de 20 años, porque ya no cuidan su alimentación y no toman en cuenta los consejos que les dan sus mamás y/o abuelas. Por ejemplo, comentan que de todas maneras en el hospital las dejan en un lugar frío y les dan de comer cualquier cosa.

Como pollo con verduras, no me llevo a fastidiar porque no puedo comer más cosas, pura verdura, sin grasas, quitaban el pellejo, cuando ya lo cocieron se lo quitan. E11: 33 años, agosto de 2018.

En el periodo del puerperio hay alimentos que consideran que no se deben de consumir, como el tomate y el frijol, principalmente; si fueron operadas de cesárea.

No puedes comer el tomate, el tomate dicen no te ayuda a cicatrizar, que te saca pus, también el frijol no lo puedes comer porque da mucho aire, te esponja, también no ayuda a cicatrizar. Y que queda negro, como el frijol es negro, la herida queda negra, como si te llega a salir la varicela. Dicen: come el frijol y queda negro todo. E11: 33 años, agosto de 2018.

Lactancia

Cuando las mujeres de la comunidad inician el periodo de lactancia reciben baños calientes. Esta práctica la realizan porque existe la representación de que los baños les ayudan a que madure y baje la leche, para dar lactancia materna.

Cuando regresé [del hospital], me lavaron los pechos con agua de naranja. Eso me lo dijeron, pues, mi mamá, mi suegra, la partera. E5: 29 años fecha: octubre de 2018

Hay gente que dice que se tienen que bañar con hojas de naranja, que, con alcohol, que para que pueda tener leche. Yo, gracias a Dios, no tuve ese problema... Hay gente aquí que lo hace, es caliente. Dicen que primero se bañan con la hierba, que es la hoja de naranja, después se untan el alcohol, y ya se los tapan como para que empiece a hervir la leche. E6: 37 años septiembre de 2018.

Además de los baños calientes, las mujeres cambian su alimentación al nacer el hijo, consumen más atole y caldos calientes, ya que consideran que les ayuda a producir leche para alimentarlo.

Mi suegra me hacía el atole, me decía que era bueno, que si tomas atole te da más leche para tu bebé... Pues dicen que, por el peso del atole, por la masa creo. E12: 26 años octubre de 2018

Atole de maicena, de harina, atole nuevo, de masa [es lo que toma] para que salga la leche de uno. E1: 27 años, septiembre de 2018

...Pues mis tres hijos nacieron en el hospital, y te dan atole calentito, y cuando yo llegaba aquí, mi suegra me preparaba mi chocolate con huevo, el chocolate así batido con el huevo hirviendo sabía rico y se sentía rico, según para que se llenen más mis pechos. Si no, cuando ya podía salir de mi cuarto, me preparaba mi atole de masa, igual con ese se llenan sus pechos de uno, solamente lo tomo en la mañana y, de vez en cuando, lo tomaba en la noche. Una jícara como de 500 ml. E6: 37 años septiembre de 2018

En las mujeres mayores de 25 años existe la representación social de que lo que comen y beben les ayuda a producir leche materna y ésta pasa directamente a lo que el bebé toma, por lo que durante la lactancia evitan comer ciertos alimentos que pudieran causar malestar a su hijo.

...después que nació la bebé ya no podía comer cualquier cosa, porque si yo comía algo y ella hacía pecho, a ella le daba diarrea. Y sí me daba cuenta porque lo dejaba de comer y ya a ella no le pasaba nada, o sea que le pasaba a ella... Pues dicen que lo que yo como, ella hace pecho, entonces yo no sé, si lo que yo coma produce leche o no sé, entonces decían que era por eso. E12: 26 años, septiembre de 2018.

Pues dicen, no debe uno de comer cualquier cosa porque le puede hacer mal al bebé cuando hace pecho. E6 37 años septiembre de 2018

Además de aspectos nutricionales las mujeres también manifestaron tener limitaciones económicas. Lo que resulta importante en términos de salud mental, reproductiva y física, al verse privadas de tomar decisiones importantes, como es el momento de tener a sus hijos y qué comer con el poco dinero que reciben de sus esposos.

El dinero es lo que falta, como eso me dan, ya compro un decir que yo gaste 200 en 2 días porque está su papá del bebé (los días que está el esposo debe comprar comida especial, como cochinita pibil) y saco \$100 para comprar leche y solo me quedan 200 para toda la semana pues no me alcanza, pues con mi mamá estoy con ella comparto mi dinero. E1, 27 años, septiembre de 2018

Hay mucha gente muy pobre que, pues no tienen una buena alimentación, nosotros al menos tenemos algo para comer todos los días, pero hay gente aquí que definitivamente no tiene, y esa es la gente que más se debe de cuidar. Para esto también existe el centro de salud, hay métodos ahí para planificar, pero a veces no van, o porque no les gusta, o porque el marido no los deja, no lo sé. E6, 37 años, septiembre de 2018

La gestación es un momento importante en la vida de las mujeres, donde parecen ser más conscientes de su salud y alimentación, por lo que resulta un periodo crucial para potenciar buenos hábitos ya existentes, pero también realizar cambios permanentes que sean favorables para la salud en edad reproductiva.

VII. DISCUSIÓN

De acuerdo con el primer objetivo, referente a las condiciones sociodemográficas, los principales factores que influyen en la salud de las mujeres de este estudio que a su vez condicionan vulnerabilidad son:

1) Vivir en una comunidad rural, lo cual les limita el acceso a servicios básicos de salud, medicamentos, disponibilidad de alimentos saludables a costo accesible. También de transporte público para trasladarse a otra comunidad para ser atendidas, en caso de una emergencia obstétrica, situaciones que las coloca en mayor riesgo de muerte.^{84,85}

2) Educación básica incompleta, en su mayoría (54%) solo cursaron hasta la secundaria, lo que les limita la posibilidad de tener un trabajo bien remunerado y aunado a las barreras del idioma, ya que el personal de salud, la mayoría de las

veces, no les trasmite los mensajes en maya y en consecuencia se les dificulta comprender las recomendaciones médicas y los cuidados básicos que deben realizar para mantener su salud y la de su familia. Además, una práctica común en las mujeres adolescentes de comunidades rurales, es que sus padres no les permiten seguir estudiando para evitar que sus hijas tengan embarazos no deseados o se vayan de la casa.¹²

3) Recursos económicos limitados en la familia, al ser el esposo o la pareja, la única persona que provee de manera semanal, aproximadamente \$1,500.00 o menos, y que la mujer utiliza principalmente para gastos del hogar, la salud de los integrantes de la familia, la educación de los niños y la alimentación. De acuerdo con la cantidad mencionada y los gastos que realizan las mujeres, designan únicamente \$36.00 al día para la alimentación de cuatro personas en promedio, es decir: \$12.00 pesos en cada tiempo de comida, lo que es insuficiente para una dieta correcta, que cumpla con las necesidades específicas en las diferentes etapas de la vida.⁸⁶

4) Los cambios en torno al trabajo y al consumo de alimentos. Es cada vez más frecuente la incorporación de alimentos industrializados en la dieta de la población rural en Yucatán. Esto podría ser explicado por distintos factores, entre ellos la falta empleos bien remunerados y el abandono del campo, milpa y agricultura, que solían ser las principales actividades. La migración laboral hacia zonas urbanas que influyen en los hábitos alimenticios de las personas, al incorporar nuevos alimentos propios de la ciudad. Al mismo tiempo esta demanda ha permitido a la industria introducirse en las comunidades rurales y hacer disponible todo tipo de alimentos procesados y ultra-pocesados, así como favorecer el alto consumo de refrescos embotellados y de comida rápida.⁴³ Esto ha sido descrito por Otero y colaboradores en comunidades rurales campesinas de Yucatán tales como Mayapan y Tiholop, así mismo encontraron que Yaxcabá fue la que tuvo mayor proporción de incremento en el consumo de productos industrializados (41%). Se reporta en este estudio que el abandono de la milpa tuvo un impacto significativo en el cambio del consumo local y explica la adopción de alimentos industrializados.⁸⁷

Ante este panorama las mujeres y sus familias requieren desarrollar estrategias familiares y comunitarias, como la milpa,⁸⁸ el truque y la venta de productos del traspatio que cultivan, la caza de animales silvestres, así como la solidaridad de la familia y de los vecinos al compartir sus alimentos. Las mujeres de un estudio realizado por Uicab en Tizimín, Yucatán, emitieron recomendaciones similares para apoyarse y así poder alimentar saludablemente a sus hijos menores de cinco años.⁸⁹

Salud reproductiva

Dentro de la salud reproductiva es importante considerar la edad, ya que influye en la toma de decisiones en este ámbito. Las mujeres participantes estuvieron entre 17 y 45 años, con un promedio de 27 años y una moda de 24 años, edades similares respecto a una investigación realizada a nivel nacional en 2016, con 42 mujeres embarazadas, donde no se identificó el peso y cuyo rango de edad fue de 16 a 42 años, con un promedio de 29 años y moda de 28 años.⁸⁵ Cabe señalar que entre las mujeres participantes, el 72% se encuentran en la edad reproductiva recomendada (20 a 35 años) y el 28% no; 12% son menores de 20 años y 16% tienen más de 35 años, este hecho es un factor que incrementa el riesgo de preeclampsia y eclampsia, principalmente y que se agrava aún más debido a su condición de sobrepeso u obesidad.⁹⁰

Sobre las complicaciones que se identificaron en el embarazo, el parto y en el puerperio, sobresalen diferencias en el número de embarazos, el tipo de parto y las infecciones urinarias.

Número de embarazos

Las mujeres tuvieron en promedio dos embarazos, número menor comparado con el mismo estudio citado anteriormente,⁸⁵ en las cuales tuvieron en promedio tres, pero en dicho estudio no se consideró el estado nutricional de las mujeres antes del embarazo. Por lo que llama la atención que a pesar de que el rango de edad es similar en ambos grupos, el promedio de embarazos sea menor en este estudio. Una variable a considerar es el estado nutricional porque diversos

autores^{3,4,15} han señalado que el sobrepeso y la obesidad dificultan la fertilidad y la gestación.

Tipo de parto

Para el nacimiento de los bebés, de cada cuatro mujeres con obesidad que tuvieron a sus hijos por cesárea solamente una con sobrepeso lo tuvo por esta vía. Al buscar la asociación con la prueba Ji^2 no se encontró significancia ($p=0.54$). Sin embargo, las mujeres con obesidad tuvieron aparentemente más partos por cesáreas 18 (72%) y las de sobrepeso 7 (28%). No así en el estudio realizado en Yucatán que utilizó el mismo instrumento de recolección de datos que en el presente estudio, donde existió una diferencia marcada entre los partos vaginales y las cesáreas al cuestionar sobre el último parto. En ese estudio de 153 mujeres, 82 (54%) fueron partos vaginales y 68 (44%) fueron cesáreas; por lo que Lozano señala que la obesidad en las mujeres aumenta el riesgo de cesárea, preeclampsia y eclampsia.⁴

En esta investigación las mujeres con obesidad presentaron más abortos 35% (14) en contraste con 11% (2) en las mujeres con sobrepeso. Aunque las mujeres del estudio del 2016 presentaron 23% de abortos.⁸⁹ Por su lado, Soderlund encontró que las mujeres con obesidad no lograban concluir de manera exitosa su embarazo.¹⁴

En cuanto a los nacidos muertos se encontró un 8% en mujeres con obesidad, con respecto al 5% de aquellas con sobrepeso, donde solamente hubo una muerte $Ji^2=0.77$. En el Hospital Regional de Trujillo en Perú, se asoció la obesidad materna con la muerte neonatal, ésta se presentó en un 11.2% y solo en un 2.5 % no la hubo ($Ji^2= 4.783$; $p= 0.029$),⁹¹ con lo que los autores demostraron que la obesidad puede ser un factor de riesgo para muerte neonatal.

Servicios de salud

En todas las mujeres del estudio sus partos fueron atendidos en un hospital de segundo nivel, al estar inscritas en el Seguro Popular y pertenecer al programa de control de embarazadas, ya que así está normado, con el argumento de que,

en caso de alguna complicación, dichos hospitales cuentan con la infraestructura y los recursos necesarios para ser atendidas. No obstante, esta política no suele considerar las necesidades económicas, afectivas y familiares que muchas veces enfrentan las mujeres cuando son alejadas de su contexto y sus representaciones en torno al parto. No así, las mujeres de comunidades rurales que participaron en el estudio de Pereira, que prefirieron ser atendidas por una partera en sus casas porque no querían que les realizaran cesárea, sufrir violencia obstétrica, largos tiempo de espera por sobresaturación de los hospitales y altos de costos de estancia del familiar que le acompaña.⁸⁵

Los servicios de salud presentes en Yaxcabá resultan insuficientes debido a la alta demanda y un limitado número de profesionales, de recursos materiales y medicamentos, lo que ocasiona que las mujeres para ser atendidas, busquen la atención médica en el sector privado dentro de la localidad o atención especializada en otras localidades como Mérida y Valladolid, generándoles gastos de bolsillo en el traslado y alimentos, misma problemática que encontraron Uicab y Juárez en el interior del municipio, reportando que los costos de este tipo para una consulta prenatal varían entre los \$130 y \$ 2,000 e incrementan cuando se atiende el parto.⁸⁹

Para las mujeres de este estudio, la partera es considerada como parte de su atención prenatal y gozan de reconocimiento social. Acuden con ellas para ser sobadas cada mes, práctica culturalmente arraigada en el interior de Yucatán⁹². Esta agente de salud comunitaria ha sido considerada desde los años 50, como pieza clave en la atención prenatal, cuando se les capacitaba para atender a las mujeres en comunidades alejadas.⁹³ Por lo que convendría que el sector salud continuará reforzando esta práctica, dando seguimiento a la capacitación técnica y fortaleciendo la comunicación entre parteras y personal de salud, de manera que las mujeres embarazadas resulten beneficiadas.

Deseo de tener hijos, paridad insatisfecha

De las mujeres participantes 40 (70%) refirieron desear estar embarazadas, 17 (30%) de ellas estaban utilizando algún método anticonceptivo al momento de

quedar embarazada de su último hijo, 12 eran obesas y cinco presentaron sobrepeso. Siete de las mujeres con obesidad eran casadas, tres vivían en unión libre y dos solteras. Cabe señalar que dentro de este grupo la mayoría fueron las de mayor edad (entre 26 y 36 años). Se puede observar que la mayoría 40 (70%) no utilizó ningún método anticonceptivo. En un estudio realizado por INMUJERES el porcentaje de mujeres que dijeron que les hubiera gustado tener menos hijos/as se incrementa conforme aumenta su paridad, indicando que las mujeres están teniendo más descendencia de la que realmente desean. Alrededor de la mitad de las mujeres que tuvieron una descendencia de cinco hijos/as o más, dijeron que les hubiera gustado tener menos; el porcentaje es menor entre las mujeres indígenas. En este tipo de cuestionamientos pueden estar involucradas percepciones y juicios en torno a la valoración de la maternidad, que no necesariamente debe relacionarse con el número ideal de hijos/as. Según la literatura, sobre el tema, es probable que para algunas mujeres no quepa la posibilidad de separar el número ideal, del número real de embarazos, porque eso significaría una especie de rechazo hacia sus últimos hijos.⁹⁴

Entre las razones para no usar métodos anticonceptivos, en el estudio realizado por Hernández, la causa principal es que no conocían los métodos anticonceptivos o no sabían dónde obtenerlos o cómo usarlos, la segunda razón es que querían embarazarse y el tercer motivo obedece a que no planeaban tener relaciones. Este estudio sugiere que todavía gran parte de las mujeres, sobre todo indígenas, no se protege como consecuencia de la falta de información sobre los métodos anticonceptivos. Ello podría deberse a varios factores, resaltando que la mayor parte de la población indígena vive en contextos rurales de marginación y pobreza, donde a pesar de que existen servicios médicos, muchas veces los recursos materiales resultan insuficientes o no existen métodos anticonceptivos por largas temporadas en las comunidades. Otro aspecto es el personal insuficientemente capacitado, en los servicios de salud para brindar información sobre métodos anticonceptivos y su uso adecuado, así como sobre el resto de los temas relacionados con sexualidad y

reproducción, los cuales además deberían proporcionarse en las lenguas autóctonas de esta población.⁹⁵

De las mujeres encuestadas en este estudio la mayoría, 23 (74%), pertenecen a algún servicio de salud estatal. Como puede apreciarse el sector público tiene un papel muy importante en la atención de la salud, sobre todo de la población indígena, debido a que tienen menor acceso a la medicina privada. De acuerdo con el Artículo 4° Constitucional, el Estado tiene la obligación de brindar asesoría e información, de abastecer los métodos anticonceptivos en todo el sector salud para garantizar una elección libre e informada entre hombres y mujeres. Sin embargo, el gran desafío que enfrentan las instituciones públicas de salud es atender los derechos sexuales y reproductivos de grupos socialmente subordinados, tanto por su condición de clase como por su pertenencia de género y adscripción étnica.⁹⁵

Complicaciones

En el estudio de Amaraya la gran mayoría de las mujeres, 76 (60.8%) no presentaron signos de peligro y las demás tuvieron dolor de cabeza, 23 (18.40%); hinchazón de manos y pies 9 (7.20%); vómitos 8 (6.40%); salida de líquido 7 (5.60%) y contracción uterina en dos (1.60%).⁹⁶ Una situación distinta muestra este estudio ya que del total de participantes, 25 (44%) presentaron problemas de salud durante su embarazo destacando: infección urinaria 49%, 17 mujeres con obesidad (44%) y 11 mujeres con sobrepeso (61%), dolor de abdomen 37%, dolor de cabeza 33% y amenaza de parto prematuro 21%, siete de ellas con sobrepeso y cinco con obesidad.

Hábitos de consumo de alimentos

La alimentación en la etapa del embarazo juega un papel crucial, porque permite cubrir las necesidades básicas del binomio madre-hijo y así evitar posibles complicaciones de salud, a corto y largo plazo, por lo que su dieta debe ser variada y completa; como lo señalan las normas oficiales para la alimentación.⁸⁶

No obstante en este estudio se encontró que las participantes presentaron un consumo de verduras por debajo de las recomendaciones diarias por la NOM-

043-SSA2-2012⁸⁶ siendo que de las 56 participantes, 44 consumieron menos de dos verduras al día. Entre las verduras que más consumieron durante su embarazo pero que no se producen en la localidad, se encuentran la zanahoria y el chayote, la primera rica en carotenos y vitamina c, indispensables para la absorción del hierro; mientras que el chayote tiene un buen aporte de fibra y ácido fólico. Entre las verduras que consumen, aunque con menor frecuencia, y que son locales, se encuentra la calabaza, chaya (*Cnidoscolus aconitifolius*) y jícama, los nutrientes que aportan éstas a la dieta son ácido fólico y hierro, el primero importantes en el desarrollo del tubo neural y el hierro principalmente para el aumento de eritrocitos maternos y en la placenta en el último trimestre para el depósito fetal.⁹⁷

En el caso de las frutas, las mujeres participantes las consumen con mayor frecuencia, comparado con las verduras, es importante mencionar que las verduras tienen un bajo aporte de carbohidratos (4 gramos), son fuente importante de fibra y sacian con pocas calorías, a diferencia con las frutas, 15 gramos de carbohidratos por porción e índices glucémicos más elevados.⁹⁸

Llama la atención que la fruta más consumida fue la manzana y no es de la región, por lo tanto, su costo es mayor en la comunidad, lo que invita a la reflexión sobre la desvalorización de las frutas locales y de la mercadotecnia en torno a ciertas frutas y verduras, que parecen otorgar un estatus superior al tener que ser compradas, incluso en otra localidad. La elección de la manzana, por sobre lo que se tiene plantado en sus solares y milpa, es un asunto que vale la pena continuar explorando. Las participantes reportan que las manzanas, fresas y uvas son llevadas por sus esposos desde la ciudad de Mérida o de otras localidades más grandes que Yaxcabá. Por otro lado, las frutas que le siguen en mayor consumo son el plátano, mango y naranja dulce (china), estas son propias de la región y las adquieren de sus patios o a un bajo costo en la comunidad. El plátano y el mango son fuente importante de potasio, que ayuda a prevenir la hipertensión arterial durante el embarazo. Sin embargo, estas frutas tienen un alto índice glucémico (52 y 20 respectivamente), lo que hace que las porciones que deben ingerir sean menores, esto de acuerdo al Sistema mexicano de

alimentos equivalentes (SMAE 4^a ed.). Otras frutas que consumieron durante su embarazo y que son de la localidad fueron la mandarina, sandía, papaya, anona, ciruela, caimito, melón, mamey, zapote, guayaba, guanábana, zaramullo y lima; alguna de las cuales, debido a su temporalidad no fueron consumidas durante todo el embarazo, limitando la obtención de vitaminas y minerales importantes en la etapa del embarazo y puerperio. Se ha comprobado que esta carencia puede provocar riesgo de resistencia a la insulina, de preeclampsia y de parto prematuro. Un ejemplo claro es el aporte de vitamina C de este último grupo de frutas, que previene el riesgo de infecciones y de parto prematuro, disminuye el riesgo de preeclampsia y es necesaria para estimular la absorción de hierro y de vitamina D, que ayuda a la absorción de calcio. (Guía alimentaria para la mujer durante el periodo de embarazo y lactancia. 2014) En este estudio el consumo de verduras y frutas fue mayor en las mujeres que presentaron obesidad, comparado con aquellas con sobrepeso.

El grupo de cereales fue el grupo de alimentos con mayor consumo y las mujeres con obesidad tuvieron uno mayor que las que presentaron sobrepeso. Entre los alimentos que más se consumieron estuvieron las tortillas de maíz hechas a mano, las de máquina y el pan dulce. El SMAE y la NOM 0043⁸⁶ señalaron que el grupo de cereales tiene un gran aporte principal de carbohidratos. En el caso del consumo de tortillas brinda un aporte sustancial de fibra y calcio, este último es un mineral que puede reducir el riesgo de preeclampsia y el trabajo de parto prematuro. Este consumo alto concuerda con otros estudios, dado que de manera histórica, la base de la dieta del mexicano es el maíz y sus derivados, que satisfacen el apetito y son económicos.^{29,99,100}

En el consumo de alimentos de origen animal, las participantes de este estudio tuvieron un consumo bajo, comparado con otros grupos alimenticios. Las normas y guías alimentarias recomiendan que un 30 a 50% de las proteínas que se consumen en el embarazo sean de origen animal, porque resultan óptimas de acuerdo a su utilidad biológica en la etapa de formación del futuro hijo. En ese sentido, resulta importante la fuente de donde obtienen las proteínas, los datos muestran que las participantes consumen principalmente embutidos como jamón

y salchicha, chorizo y longaniza, seguidos del consumo de huevos. Es bien conocido el exceso de sodio que los embutidos contienen y las consecuencias sobre la salud de la gestante, principalmente en la alteración de los niveles de tensión arterial y preeclampsia.¹⁰¹ Por otro lado, la carne de res, pollo y pescado son las menos consumidas, excepto por el pescado en el grupo de las mujeres con sobrepeso, quienes parecen consumirlo con mayor frecuencia. Las recomendaciones alimentarias en el país, dictan consumir por lo menos tres veces a la semana pescado, debido a su aporte en proteínas y grasas saludables.

En las bebidas consumidas por las participantes durante su embarazo, la NOM-043-SSA2-2012 recomienda a través de la jarra del buen beber, consumir principalmente agua simple y cero vasos de refresco embotellados.^{86,102} Sin embargo las mujeres estudiadas consumieron refrescos embotellados, atoles y horchata con mayor frecuencia, que tienen un valor calórico elevado, principalmente por el azúcar simple que contienen. Investigaciones realizadas muestran que el consumo de refrescos embotellados, principalmente los de cola, evitan la absorción de calcio. Se ha visto un incremento en el consumo de estas bebidas en la población mexicana y yucateca, dejando a un lado las bebidas tradicionales y de valor nutritivo mayor.^{103,104}

Cambio de consumo de alimentos entre generaciones

Hay diferencia en el consumo de alimentos durante el embarazo y puerperio, marcado por las generaciones y así las mujeres menores de 20 años han cambiado su alimentación hacia productos que no son propios de la región; mientras que las mayores de 25 años en su mayoría consumen alimentos tradicionales. Este fenómeno fue estudiado en 2009, en Tizimín, Yucatán, desde la teoría de las representaciones sociales, pero en cuidadoras y madres de niños menores de cinco años, quienes, en similitud al primer grupo en mi estudio, se inclinaron por el consumo de productos industrializados, mencionaron buscar que fueran mejor aceptados, dejando a sus hijos saciados, satisfechos; prácticas que aprendieron de sus madres.¹⁰⁵

A través de las entrevistas y la convivencia con las mujeres que contaban con el apoyo de sus esposos y tenían el recurso económico para comprar alimentos, preferían comprar los industrializados y comida rápida. De hecho, las mujeres del grupo de las jóvenes tuvieron antojos de pizza, hamburguesas y refrescos embotellados. Las mujeres mayores de 25 años tuvieron antojos de alimentos que les recordaban su niñez o los locales. Este cambio, puede estar mediado por diversos aspectos, entre ellos: que las mujeres más jóvenes son influenciadas por los anuncios publicitarios no solo en televisión, ahora también en las redes sociales e internet, más accesibles en las comunidades rurales del estado. En relación con este aspecto Martínez, en 2015 señala que ser menor de edad (tener entre 13 y 17 años), pertenecer a una etnia y grupos socioeconómicamente bajos se asocia con consumos pocos saludables, entre ellos el incremento de bebidas carbonatadas.¹⁰⁶

Cambio en las creencias durante el puerperio

Las representaciones y las prácticas que las mujeres llevan a cabo, pueden verse influenciadas por la generación. Las más jóvenes, al ser dadas de alta, llegan a casa y se alimentan de manera rutinaria, pero las mujeres de más de 25 años aún conservan los cuidados transmitidos por sus madres, abuelas y parteras; como “la cuarentena”. Ésta tiene implicaciones en la mujer relacionadas con su alimentación y lactancia. Durante este tiempo no debe exponerse al aire, dado que el cuerpo de la mujer se encuentra en un estado cálido. También los alimentos deben ser cálidos y debe consumir caldos de gallina, principalmente de patio, no comer grasas ni tomar refrescos; realizar baños puerperales para una mejor lactancia y asistir con la partera para ser sobada y cerrar su cuerpo, pues consideran que durante el parto todos los huesos se abren, desde la cabeza hasta los pies. Las mujeres más jóvenes lo refirieron como algo que hacían “las de antes” y argumentaban que en el hospital no tienen esos cuidados, cuando después del parto son llevadas a un cuarto frío. Un estudio realizado en Chile en 2008, encontró que las mujeres autóctonas realizan la cuarentena de manera similar a las de nuestro estudio, se abrigan la espalda para salir de casa y sus

baños no deben ser con agua fría, tampoco deben realizar esfuerzo físico, pues consideran que su matriz está débil y se puede caer y ellas sangrar.¹⁰⁷

VIII. CONCLUSIONES

- Entre los aspectos sociodemográficos y económicos de las mujeres de Yaxcabá se encuentran la pobreza y los bajos niveles educativos.
- El sobrepeso y la obesidad en las mujeres participantes de este estudio se relacionó con la amenaza de parto prematuro con un valor p de 0.028 en la Ji^2 se encontró asociación con un 95% de confianza. Y no hubo asociación, en el caso de aborto $p=0.054$ en la prueba Ji^2 . La importancia de estos hallazgos radica en que las condiciones de sobrepeso u obesidad constituyen para la mayoría de las complicaciones, un riesgo similar para unas y otras, es decir en términos de programas y políticas públicas deben ser consideradas con un mismo riesgo.
- Las participantes no consumen lo que indican las recomendaciones diarias de frutas y verduras que requieren y priman por alimentos que no se cultivan en la región. Consumen más los cereales y alimentos de origen animal, con alto contenido calórico y tienen un consumo alto de refrescos embotellados.
- El consumo de grasas saturados, manteca de cerdo, fue menor en las mujeres con sobrepeso y tuvieron un mayor consumo de grasa saludables como el aguacate a diferencia de las mujeres con obesidad. Con relación al consumo de refrescos embotellados, que fueron tomados con mayor frecuencia por las mujeres con sobrepeso, esto les podría llevar a un aumento de peso.
- Las representaciones sociales de las mujeres de Yaxcabá, son las que las lleva a variar su dieta para satisfacer un antojo porque de lo contrario pueden abortar, aumentan su consumo de alimentos incluso por las noches, porque consideran que su futuro hijo le demanda más.
- Los antojos y la dieta en general, fueron diferentes según la edad y fueron las más jóvenes quienes consumieron más comida rápida e industrializada.

- Las mujeres participantes, dentro de sus representaciones, atribuyen problemas de salud, como la presión arterial alta a situaciones emocionales y a un susto, no así a la alimentación o condición de sobrepeso u obesidad.
- Las parteras siguen siendo consideradas por las mujeres participantes como un agente clave para brindar recomendaciones y proveer cuidados durante el embarazo, parto y puerperio.
- Falta continuar estudios en la exploración de las representaciones sociales que coadyuven a comprender el problema que representa, para la salud pública, el sobrepeso y la obesidad en mujeres en edad reproductiva, de manera que las recomendaciones alimentarias que el personal de salud dé a las gestantes consideren el contexto de las mujeres que viven en la localidad, para que culturalmente sean mejor aceptadas, logrando reforzar buenos hábitos alimentarios e incluir los necesarios.

IX. RECOMENDACIONES

- Diseñar e implementar un programa educativo con base en los resultados y análisis obtenidos a la fecha, que parta desde las representaciones y prácticas de las mujeres que viven en la localidad, se considere una participación activa de la comunidad tanto en el diseño como en la implementación del programa.
- Continuar explorando las representaciones y prácticas sociales sobre la alimentación de las mujeres en edad reproductiva, en la comunidad de Yaxcabá e impulsar estas investigaciones en otras comunidades del municipio.
- Unir esfuerzos e involucrar en el proyecto de investigación a otros investigadores que realizan estudios sobre alimentación en la cabecera municipal de Yaxcabá y en el resto del municipio. Sería recomendable incluir otras disciplinas como antropología, agronomía y nutrición, de manera que en conjunto se logren resultados benéficos para la alimentación y salud de las mujeres en edad reproductiva y sus familias.

X. REFERENCIAS

1. Gutiérrez J, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. 1a ed. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX); 2012.
2. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 Informe Final de Resultados. Disponible desde: http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/12/ensanut_mc_2016-310oct.pdf.
3. Fernández- Alba J, Mesa-Páez C, Vilar- Sánchez A, et al. Sobrepeso y la obesidad como factores de riesgo de los estados hipertensivos del embarazo: estudio de cohortes retrospectivo. *Nutrición Hospitalaria*. 2018;35 (4):874-880.
4. Lozano A, Betancourth W, Turcios L. Sobrepeso y Obesidad en el Embarazo: Complicaciones y Manejo. *Archivos de Medicina*. 2016;12(3):1-7.
5. Jodelet D. La representación social: fenómeno, concepto y teoría. *Psicología social, pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales*. 1a ed. España: Paidós; 1989.
6. Osorio-Carranza RM. Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. 1a ed. México: Instituto Nacional Indigenista; 2001.
7. Vera H. Representaciones y clasificaciones colectivas. La teoría sociológica del conocimiento de Durkheim. *Rev. Soc.* 2002;17 (50):103-121.
8. Aramaya Umaña S. Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. 1a ed. Costa Rica: Asdi; 2002. 83 p.
9. Ortega Canto J. Género, generaciones y transacciones. Reproducción y sexualidad en mayas Yucatán. 1a ed. México: El Colegio de Michoacán; 2010.
10. Güemez-Pineda M, Quiroz-Carranza R. Jóvenes y globalización en el Yucatán de hoy. 1a ed. México: Universidad Autónoma de Yucatán; 2012.
11. Quattrocchi P, Güemez-Pineda M. Partería y medicina alopática en Yucatán: hacia un modelo intercultural de atención a la salud reproductiva. *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*. 1a ed. México: Compañía editorial de la Península; 2007.
12. Pérez Ruiz ML. Las muchachas mayas de Yaxcabá, Yucatán. *LiminaR*. 2017;15(1):68-81.
13. Victoria Pérez AI. Salud en niños de uno a dos años desde la perspectiva de sus madres y las condiciones de sus solares en Yaxcabá, Yucatán. Yucatán: Centro de Investigación y de Estudios Avanzadas del Instituto Politécnico Nacional; 2017.
14. Soderlund-Seoane D. Consecuencias de la obesidad en la reproducción y en el embarazo. *Rev Esp Med Quir. [Internet]*. 2016 [citado 2017 Nov 7] ;21(2):65-71. Disponibles en: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47346026004.pdf>.
15. Matsumura-Kasano JP, Gutiérrez-Crespo H. Obesidad y embarazo. *Rev. centroam. obstet. ginecol [Internet]* 2015 [citado 2017 Nov 7] 20(3): 63-68. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-835847?lang=es>.
16. OMS| Nota descriptiva. Obesidad y sobrepeso. Octubre de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
17. DOF. NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.2010.
18. OMS, Nota descriptiva No 311, junio 2016. disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.

19. Secretaría de Salud. Estrategia Nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes. Primera Edición, México 2013.
20. Gutiérrez-Carvajal M, Magaña-Magaña M. Migración e influencia urbana en el consumo de alimentos en dos comunidades mayas de Yucatán. Estudios Sociales. 2017;27(50):1-27.
21. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OECD. Obesity update. 2017. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/obesity-update.htm>.
22. FAO, OPS. 2016 Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la mal nutrición. Santiago 2017. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i6747s.pdf>.
23. Figueroa-Pedraza D. Obesidad y pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica. Saúde Soc [Internet]. 2009 [cited 6 may 2017];18(1):103-117. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100011.
24. Becerril J, Castañeda J, Solís C. Pobreza, agrodiversidad y nutrición en el Yucatán rural, 2010. Avances en Investigación Agropecuaria [Internet]. 2014 [citado 20 dic 2017]; 18(1):81-100 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83729789008>.
25. FAO, The state of Food and Agriculture. Roma, 2013 Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/018/i3300e/i3300e.pdf>.
26. Rivera-Dommarco JÁ, Cuevas-Nasu L, González de Cosío T, Shamah-Levy T, García-Feregrino R. Desnutrición crónica en México en el último cuarto de siglo: análisis de cuatro encuestas nacionales. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013 [citado 2017 Nov 09] ; 55(Suppl 2): S161-S169. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800013&lng=es.
27. Cabello-Garza M, Zúñiga-Zárate J. Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. 2007;10:183-188.
28. Colchero MA, Popkin BM, Rivera JA, Wen-Ng S. Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study. México: the bmj; 2016.
29. Marín-Cárdenas ID, Sánchez-Ramírez G, Maza-Rodríguez L. Prevalencia de obesidad y hábitos alimentarios desde el enfoque de género: el caso de Dzutóh, Yucatán, México. Estudios sociales. Vol 24. México2014.
30. Franch C, Hernández P, Weisstaub G, Ivanovic C. Consideraciones para identificar barreras y potencialidades culturales para el control y prevención del sobrepeso y obesidad en mujeres de bajos recursos. 1a ed. Chile: MAVAL S.A.; 2012.
31. May-Euán F. TESIS. Accesibilidad a alimentos saludables y prácticas de alimentación de niños menores de 5 Años en una Comisaría Marginada de Tizimín, Yucatán, México. 2014.
32. Morales-Ruán MC, Méndez-Gómez Humarán I, Shamah-Levy T, Valderrama-Álvarez Z, Melgar-Quirión H. Food insecurity is associated with obesity in adult women of Mexico. Salud Publica Mex 2014;56 suppl 1:S54 S61.
33. Ramón-Santiago, P; Mendoza-González, C; Macías-Murguía, G. La implementación de Huertos Familiares, como estrategia para lograr el Desarrollo Sustentable. El caso de una comunidad del Sureste Mexicano. XI Congreso Nacional de Investigación Educativa. Educación Ambiental para la Sustentabilidad/ Ponencia. 2011.

34. Savino P. Obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. *Rev Colomb Cir.* 2011;26(3):180-195.
35. Moreno-Altamirano L, García-García J, Soto-Estrada G, Capraro S, Limón-Cruz D. Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. *Rev Med Hospital General de Méx.* 2014;77(3):114-123
36. Hernández-Escalante V, López-Turriza M, Cabrera-Araujo Z. Interculturalidad y barreras socioculturales para una dieta adecuada en hogares de Yucatán. *Ciencia y Humanismo en la Salud.* 2015;2(2):64-75.
37. Matus-Lerma N, Álvarez-Gordillo G, Nazar-Beutelspacher D, Mondragón-Ríos R. Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. *Estud. Soc.* 2016;24(47):481-409.
38. Guzmán-Saldaña RS-M, T García-Meraz, M Galván-García, M Castillo-Arreola, A. Body image and body mass index of indigenous women from Hidalgo state, Mexico. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios.* 2017;8(1):56-62.
39. Pérez-Gil Romo S, Romero-Juárez G. Imagen corporal en mujeres de la sierra Juárez y la costa de Oaxaca: una aproximación nutrio-antropo-lógica. *Est. Soc.* 2008;16(32):7-33.
40. Arias-Gutierrez G. TESIS. Representaciones sociales de las dimensiones del cuerpo y hábitos de alimentación de mujeres migrantes de sus pueblos originarios a la ciudad de San Cristobal de la Casas, Chiapas. 2016.
41. Sámano-Sámano R, Godínez-Martínez E, Romero-Pérez I, Sánchez-Miranda G, Espíndola-Polis JM, Chávez-Courtois ML. Contexto sociocultural y alimentario de mujeres con embarazo de riesgo. *Cienc. y Saúde Colectiva.* 2014;19(5):1419-1428.
42. DOF. Norma Oficial Mexicana: NOM-043-SSA2-2012. Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para brindar orientación.2012.
43. Pérez Izquierdo O, Nazar Beutelspacher A, Salvatierra Izaba B, et al. Frecuencia del consumo de alimentos industrializados modernos en la dieta habitual de comunidades mayas de Yucatán, México. *Est. Soc.* 2012;20(39):155-184.
44. Bayona-Escat E. Enfermedad y pobreza en la Sierra de Chiapas. *LiminaR* [Internet]. 2011 [citado 20 dic 2017]; 9(2):93-115. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272011000200007&lng=es&tlng=es.
45. Krech R. Determinantes sociales de la salud: soluciones prácticas para tratar un problema ampliamente reconocido. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud.* 2011;89:703.
46. Nazar C, Bastidas J, Zamora M, Lacassie H J. Obesidad y embarazo: implicaciones anestésicas. *Rev. chil. obstet. ginecol* [Internet]. 2014 [citado 11 nov 2017] ; 79(6): 537-545. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000600013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000600013>.
47. Álvarez-Dongo D, Sánchez-Abanto J, Gómez-Guizado G, Tarqui-Mamani C. Sobrepeso y obesidad: Prevalencia y determinantes sociales del exceso de peros en la población peruana (2009-2010). *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública.* 2012;29(3):302-313.
48. Pérez-Gil-Romo S, Vega-García LA, Romero-Juárez G. Prácticas alimentarias de mujeres rurales: ¿una nueva percepción del cuerpo?. *Salud pública*

- Méx [Internet]. 2007 [citado 9 nov 2017]; 49(1):52-62. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000100008&lng=es.
49. Barquera S, Campos-Nonato I, Lucía H-B, Pedroza-Adolfo, Rivera-Dommarco JA. Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, 2000-2012. México: Salud pública de México; 2013.
 50. Ballesté-López I, Álvarez-Vega A, Alonso-Uría RM, Campos-González A, Díaz-Aguilar R, Amador-Moran R. Factores de riesgo para complicaciones del recién nacido grande para su edad gestacional. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2012 [citado 11 nov 2017];30(1):95-100. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000100011.
 51. Herring S, Oken E. Ganancia de peso durante el embarazo: Su importancia para el estado de salud materno-infantil. Ann Nestlé. 2010;68:17-28.
 52. Rosado-Alcocer L, Tun-González DT, Padrón-Aké LP, Madera-Poot GJ, Ortíz Gómez LD, Uicab Pool G. Sobrepeso y Obesidad: prevalencia, determinantes sociales y biológicos en preescolares de Mérida, Yucatán. Revista Salud y Bienestar Social. 2017;1(1):54-73
 53. Díaz-Martín J, Díaz-García P. La importancia de la Nutrición en los primeros 1000 días de vida. 2015;55(1):148-152.
 54. González-Hernández N, López-Roble G, Prado-López L. Importancia de la nutrición: primeros 1000 días de vida. Acta Pediátrica Hondureña. 2016;7(1):597-607.
 55. Berman-Parks I, Ortíz-Ramírez O, Pineda-Bahena L. Los primeros mil días de vida. Una mirada rápida. An Med. 2016;61(4):313-318.
 56. Lim CC, Mahmood T. Obesity in pregnancy. Best Practice & Research Clinical. Obstetrics and Gynaecology. 2015;29(3):309-19.2015.
 57. Álvarez-Castaño LS, Goez-Rueda JD, Carreño-Aguirre C. Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. Revista Gerencia y Políticas de Salud [Internet]. 2012 [citado 20 dic 2017] ;11(23):98-110. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54525297007>.
 58. CENETEC. GPC Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Tromboembolia pulmonar aguda en el embarazo, parto y puerperio. México, Secretaria de Salud [Internet]. 2013 [citado 17 nov 2017] Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-656-13/ER.pdf>.
 59. Brunner S, Stecher L, Ziebarth S. Excessive gestational weight gain prior to glucose screening and the risk of gestational diabetes: a meta-analysis. Diabetologia [Internet]. 2015 [citado 20 feb 2017]; 58(10):2229–2237. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00125-015-3686-5>.
 60. Robitaille J. Excessive gestational weight gain and gestational diabetes: importance of the first weeks of pregnancy. Diabetologia. 2015;58(10):2203-2205.
 61. OMS| Centro de prensa, nota descriptiva. Enfermedades no transmisibles. Abril de 2017. [Fecha de consulta: 21 de mayo de 2017] disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.
 62. Barquera S, White M. Treating obesity seriously in Mexico: Realizing, much too late, action must be immediate. Obesity. Internet]. 2018 [citado 18 nov 2018] 26 (10):1530-1531. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.22296>.

63. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Yucatán. 1a ed. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2013.
64. Rodríguez-Angulo E, Aguilar-Pech P, Montero-Cervantes L, Hoil-Santos J, Andueza-Pech G. Demoras en la atención de complicaciones maternas asociadas a fallecimientos en municipios del sur de Yucatán, México. *Rev Biomed.* 2012;23(1):23-32.
65. Rodríguez-Angulo E, Andueza- Pech G, Montero-Cervantes L. Un abordaje cualitativo de las defunciones maternas en Tizimín, Yucatán, México 2012. *Alteridades* [Internet]. 2012 [citado 10 nov 2017]; 22(43):145-158. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-70172012000100010&lng=es&tlng=es.
66. Rodríguez E, Urtecho C, Andueza G. Factores relacionados con complicaciones obstétricas en embarazadas de Yaxcabá, Yucatán, México. *Ciencias Naturales y Exactas.* Vol 2. México: ECORFAN; 2014.
67. Cuanalo-De la Cerda E, Guerra-Mukul R. Homegarden production and productivity in a Mayan community of Yucatán. *Hum Ecol.* 2008;36(1):423-433.
68. Bertrán M, Arroyo P. **Antropología y Nutrición.** 1a ed. México: Fundación Mexicana para la Salud, A.C.; 2006.
69. OMS. OMS | Objetivos de Desarrollo Sostenible: Metas. WHO 2015; <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>.
70. Bertaux D. *Relatos de vida, perspectiva etnosociológica.* España:Ediciones Ballaterra;2005.
71. Denzin N. Un punto de vista interpretativo. En: Denman C, Haro JA. *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social.* 2nda ed. México: El colegio de Sonora; 2002. p. 147-206.
72. Castro, R; Bronfman, M. Problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud, en Castro, R; Bronfman-M. *Cambio social y política de perspectivas desde América Latina.* 1a Ed. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 1999. p.49-64
73. Maudsley G. Mixing it but not mixed-up: Mixed methods research in medical education (a critical narrative review), *Medical Teacher.* 2011, 33(2):92-104.
74. Subsecretaría de prospectiva pyeS, CONEVAL. Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social T, Yucatán, 2010 disponible en: https://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Informes_pobreza/2014/Municipios/Yucatan/Yucatan_096.pdf.
75. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). 2015 Medición de la pobreza en México y en las Entidades Federativas, consultado el 7 de septiembre de 2016, disponible en http://www.coneval.org.mx/Medicion/Documents/Pobreza%202014_CONEVAL_web.pdf.
76. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi). 2015 Población de 5 años y más, hablante de lengua indígena Nacional, consultado el 7 de septiembre de 2016, disponible en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=31> >.
77. Secretaría de Desarrollo Social, 2010. Unidad de Microrregiones. Cédulas de información municipal de Yaxcabá. Disponible en red: <http://www.microrregiones.gob.mx/zap/datGenerales.aspx?entra=zap&ent=31&un=104> Consultado en noviembre de 2017.
78. El rigor en la investigación cualitativa. *Atención Primaria.* 1999;24(5):295-300.

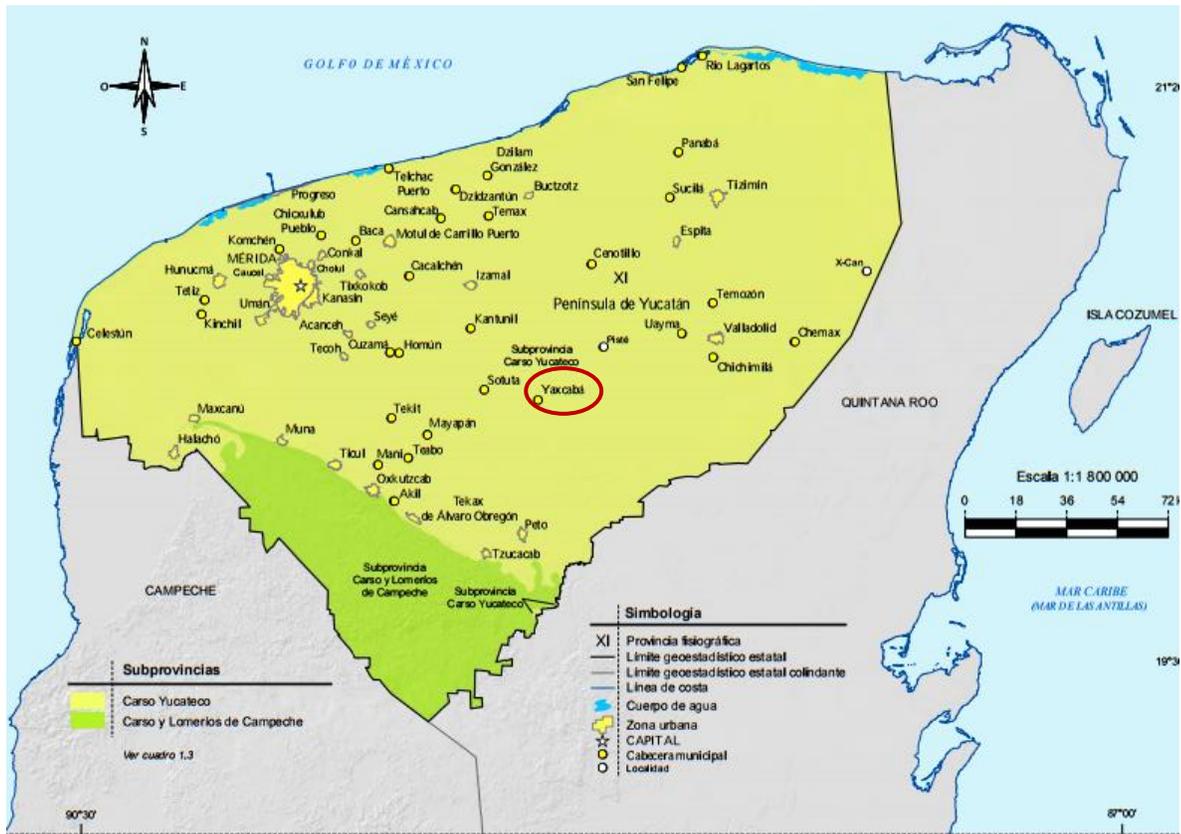
79. Salazar Silva M, Sánchez Velazquez M. Metodologías cualitativas desde los relatos de vida: Un referente de análisis dialéctico entre lo social e individual. *Rev. Cultura y Representaciones Sociales*. 2018;12(24):391-414.
80. Ofman S, Pereyra-Girardi C. Estudio de las representaciones sociales de la hipertensión arterial según género. *Leberabit*. 2015;21(1):59-70.
81. Vera G, Vargas A M, Govea Rodríguez V, Etnografía: una mirada desde corpus teórico de la investigación cualitativa. *Omnia* 20111726-39. Disponible en: <http://iiijj.redalyc.org/articulo.oa?id=73719138003>. Fecha de consulta: 29 de octubre de 2016. .
82. Freyermuth-Enciso G. Herramientas para el diagnóstico de necesidades culturales de las mujeres durante la atención de la maternidad una propuesta desde el empoderamiento de las mujeres indígenas. 2016
83. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 2016; <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlqsmis.html>.
84. Freyermuth Enciso G. Determinantes sociales en la Mortalidad Materna en México. 2016. 2016;21(1).
85. Uicab Pool G, Juárez M. Factores que determinan que las mujeres embarazadas de bajos recursos elijan el modelo de partería tradicional. In: Freyermuth Enciso G. *Los caminos para parir en México en el siglo XXI: experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*. 1a ed. México: CIESAS/ACAS A.C.; 2018. p. 64-72.
86. DOF. NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012 Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.2013.
87. Otero Prevost D, Delfín Gurri F, Mariaca Méndez R, Guízar Vázquez F. La incorporación y el aumento de oferta de alimentos industrializados en las dietas de los unidades domésticas y su relación con el abandono del sistema de subsistencia propio en las comunidades rurales mayas de Yucatán, México. *Cuad. de Des. Rur*. 2017;14(80):1-16.
88. García ME, Bermúdez G. *Alimentos sustentables a la carta, de la tierra a la mesa* 1ed. México: CONABIO; 2017.
89. Uicab-Pool G, Ferriani M, Gomes R, Pelcastre B. Representations of eating and of a nutrition program among female caregivers of children under 5 years old in Tizimin, Yucatan, Mexico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2009;17(6):940-946.
90. Santamaría Benhumea AM, Díaz Montiel JC, Sil Jaimes PA, et al. Análisis de costos del control prenatal y atención obstétrica en mujeres embarazadas con peso normal y obesidad. Vol 32015.
91. Olivarez Chipa M. Obesidad materna como factor de riesgo de mortalidad neonatal temprana. *Hospital Regional docente de Trujillo*. 2012-2016.2018.
92. Quattrocchi P, Güémez Pineda M. Partería y medicina alopática en Yucatán: hacia un modelo intercultural de atención a la salud reproductiva. *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*. 1a ed. México: Compañía editorial de la Península; 2007. p. 16-50.
93. Carrillo AM. Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. *Acta Hisp. Med*. 1999;19(1):167-190.
94. García LM, Jácome T. *Las mujeres indígenas de México: su contexto socioeconómico, demográfico y de salud*. 1era. ed. México: INMUJERES; 2006.
95. Hernández MF, Meneses E, Sánchez M. Mujeres indígenas y su acceso a los derechos sexuales y reproductivos 2009-2014. In: Consejo Nacional de

- Población. La situación demográfica de México 2016. México: Gob. Mex; 2017. Pág. 57-86.
96. Aramayo Martínez CR, Aramayo Martínez V, Azurduy Villegas J. Conocimiento de los riesgos durante el embarazo, parto y puerperio en población femenina. Municipio de Culpina. Arch.Bolivi. de Med. 2014;21 (89):16-22.
 97. Servin Rodas M. Nutrición básica y aplicada. 2^a ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2013. 272 p.
 98. Pérez Lizaur AB, Palacios González B, Castro Becerra AL, Flores Galicia I. Documento técnico. Sistema Mexicano de alimentos equivalentes SMAE. 4a. ed. México: Fomento de nutrición y salud A.C.; 2014.
 99. Cámara Nacional de la Industria de Transformación. **La alimentación de los mexicanos. Cambios sociales y económicos, y su impacto en los hábitos alimenticios.** 1a ed. México: Cámara Nacional de la Industria de Transformación; 2012.
 100. Bertran Vilà M. Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2010;20(2):387-411.
 101. Díaz-Sánchez ME, Jiménez-Acosta S, Gamez-Bernal AI, et al. Consejos útiles sobre la alimentación y nutrición de la embarazada. Manual para los profesionales de la salud. Molinos Trade S.A. ed. Cuba2013.
 102. Figueroa Damian R, Beltrán Montoya J, Espino y Sosa S, Reyes E, Segura Cervantes E. Consumo de agua en el embarazo y lactancia. Acta Pediá. De Mex. 2013;34(2):102-108.
 103. Page Pliego J. Refresco y diabetes entre los mayas de Tenejapa, San Cristóbal de las Casas y Chamula Chiapas. LimaR. Estud. Social. y Human. 2013;11(1):118-133.
 104. Wynne LA. Practices of care: Food and the pursuit of balance in rural Yucatan [Ph.D.]. Ann Arbor: The University of Chicago; 2012.
 105. Uicab-Pool GdlÁ, Ferriani MdGC, Gomes R, Pelcastre-Villafuerte B. Representations of eating and of a nutrition program among female caregivers of children under 5 years old in Tizimin, Yucatan, Mexico. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2009;17:940-946.
 106. Martínez Torres J, Meneses Echavez JF, Correa Bautista JE, Robison RV. Consumo de bebidas carbonatadas entre gestantes colombianas: factores asociados. Nutr Hosp. 2015;32(2):855-862.
 107. Alarón AM, Nahuelcheo Y. Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer Mapuche: conversaciones privadas. Chungara, Rev. de Antrop. Chilena. 2008;40(2):93-202.
 108. Secretaria de Fomento Económico (SEFOE) 2012-2018 Yaxcabá disponible en: <http://www.sefoe.yucatan.gob.mx/secciones/ver/yaxcaba>.

XI. ANEXOS

Anexo 1: Mapa del estado de Yucatán (ubicación del municipio de Yaxcabá)

76,108



INEGI. Continuo Nacional del Conjunto de Datos Geográficos de la Carta Fisiográfica Escala 1:1 000 000, serie I.

Anexo 2: Consentimiento informado

Título del protocolo: Representaciones Sociales y prácticas sobre la alimentación durante el embarazo, parto y puerperio, y sus posibles complicaciones en salud, en Yaxcabá, Yucatán.

Investigador principal: Erika Bibiana Chávez Arcos.

Celular: 9994410617

Sede donde se realizará el estudio: Yaxcabá, Yaxcabá, Yucatán.

Nombre: _____

Por este medio, se le hace la atenta invitación para participar en una conversación sobre la alimentación y posibles complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Esta forma parte del proyecto de investigación de Tesis titulado: Representaciones sociales y prácticas sobre la alimentación durante el embarazo, parto y puerperio, y sus posibles complicaciones en salud.

Antes de decidir si quiere participar, le daré a conocer cada una de los apartados de la conversación que tendremos, para que todo le quede claro. Esto que le explicaré se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier duda.

Una vez que le haya explicado lo que haremos en este estudio, usted decidirá si desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

El propósito de este estudio Identificar las representaciones sociales y las prácticas sobre la alimentación que tienen las mujeres con sobrepeso y obesidad, así como las complicaciones en salud que presentan durante su embarazo, parto y puerperio.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

El estudio beneficiará principalmente a mujeres de la comunidad de Yaxcabá, porque con base en los resultados que obtengamos se podrán realizar recomendaciones o actividades encaminadas a mejorar la alimentación de las mujeres que están en edad de tener bebés.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar, le pediremos conversar con nosotras sobre preguntas de un escrito que se llama: cuestionario de características sociodemográficas y de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio; también otro relacionado con la frecuencia de consumo de sus alimentos. Programaremos reuniones de 30 minutos aproximadamente, para no irrumpir sus trabajos de cada día. También es probable que usted sea invitada para conversar en una entrevista de manera adicional.

ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo pida, informando las razones de su decisión si así lo quiere, su decisión de retirarse del estudio será respetada completamente.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación, al finalizar se le gratificará su tiempo y confianza otorgada en forma de especie.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, grabaciones y fotografías serán utilizadas para la identificación de cada persona, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado anexa a este documento

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

Testigo

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

2. Tuvo un parto en los últimos 12 meses o 23 meses	Sí..... No																
3. Se encuentra embarazada	Sí..... No																
4. Mes y año del último parto	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Mes</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table>									Mes				Año			
Mes				Año													

MODELO DE ATENCIÓN DEL ÚLTIMO PARTO:

Parto institucional público	1
Parto institucional privado	2
Parto con partera profesional o enfermera obstétrica	3
Parto con partera tradicional	4
Parto en casa con un familiar o ella misma	5
Otro, especificar	6

"Buenos días (tardes). Mi nombre es _____ Soy parte del estudio que está realizando la Universidad Autónoma de Yucatán, para conocer la alimentación de las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio y con ello elaborar mejores recomendaciones.

LOS DATOS QUE USTED NOS PROPORCIONE SON ANÓNIMOS Y EstrictAMENTE CONFIDENCIALES. NI SU NOMBRE COMPLETO NI SU DOMICILIO APARECERÁN EN NINGUN LADO. POR LO QUE PUEDE USTED EXPRESAR SUS OPINIONES CON TODA CONFIANZA. Si usted está de acuerdo la grabación que voy a hacer durante la entrevista es con el fin de garantizar que la información que usted comparte conmigo la pongo tal cual como usted me la dijo.

¿Está usted de acuerdo en participar?

Sí-----1 Continuar

No -----2 Terminar → Preguntar las razones por las que no desea participar y anotar en observaciones

ENTREVISTADORA: INICIE LA ENTREVISTA GRABANDO DESDE EL CONSENTIMIENTO DE LA ENTREVISTADA PARA SU REALIZACIÓN

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

P #	Preguntas y filtros	Categorías para codificación	Pase a:
Gracias nuevamente por aceptar participar en esta entrevista. Me gustaría empezar por hacerle algunas preguntas de carácter general.			
NOMBRE Y EDAD			
1.1	Solo para poder dirigirme a usted durante esta entrevista, dígame por favor ¿cuál es su nombre? NOTA: no es necesario el apellido	Nombre _____	
1.2	¿Cuál es su edad en años cumplidos?	Años __ __	
1.3	¿Cuál es su fecha de nacimiento? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> SUME LA EDAD CON EL AÑO DE NACIMIENTO Y ANOTE EL TOTAL AQUÍ _____. SI YA CUMPLIÓ AÑOS EN 2016 LA SUMA DEBE SER 116. SI NO HA CUMPLIDO AÑOS EN 2016 LA SUMA DEBE SER 115. </div>	__ __ __ __ __ __ __ __ Día Mes Año	
LUGAR DE NACIMIENTO Y DE RESIDENCIA			
1.4	¿Nació usted en esta localidad?	Sí 1 → 1.7 No 2 NR 99	
1.5	¿Desde cuándo vive aquí? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> SI EL PERIODO ES MENOR A UN MES ANOTE 00 </div>	Años 1 __ __ Meses 2 __ __ NR 99	
1.6	¿Dónde nació usted?	Entidad Federativa..... 1 __ __ Municipio o Delegación..... 2 __ __ Localidad 3 __ __ __ __ NR 99	
ESTADO CONYUGAL Y RELIGIÓN			
1.7	¿Cuál es su estado civil ahorita?	Casada 1 Unión Libre 2 Divorciada..... 3 Viuda 4 Soltera 5 NR 99	

1.8	¿Con quién vive usted? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE</div>	Con nadie más..... 00 Esposo(a)/pareja 01 Hijo(a) (s) 02 Suegro(a) (s) 03 Padre 04 Madre 05 Hermano(a) (s) 06 Otro familiar 10 Otro 12 <div style="text-align: center;">(Especifique)</div> NR 99	
1.9	¿Qué religión practica?	Ninguna 00 Católica..... 01 Pentecostal 02 Evangélica 03 Cristiana 04 Testigos de Jehová..... 05 Mormona 06 Judía..... 07 Otra religión 08 NR 99	
CONDICIÓN LINGÜÍSTICA, PERTENENCIA ÉTNICA, ESCOLARIDAD Y PROFESIÓN			
1.10	¿Sabe leer y escribir?	Sí 1 No 2 NR 99	
1.11	¿Cuál fue el último grado que aprobó usted en la escuela? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">ANOTE EN GRADO LOS AÑOS APROBADOS PARA CADA NIVEL</div>	<div style="text-align: right;">Nivel Grado</div> Ninguno 00 Preescolar 01 <input type="checkbox"/> Primaria 02 <input type="checkbox"/> Secundaria 03 <input type="checkbox"/> <i>Estudios sin secundaria:</i> - Técnicos, comerciales o secretariales 04 <input type="checkbox"/> Preparatoria 05 <input type="checkbox"/> <i>Estudios con secundaria:</i> - Técnicos, comerciales o secretariales 06 <input type="checkbox"/> - Normal 07 <input type="checkbox"/> <i>Estudios con preparatoria:</i> - Técnicos, comerciales o secretariales 08 <input type="checkbox"/> - Normal 09 <input type="checkbox"/> Profesional 10 <input type="checkbox"/> Posgrado 11 <input type="checkbox"/> NR 99	→ 1.13

1.12	Solo para verificar, desde la primaria hasta ahora, ¿usted ha estudiado en total (TOTAL EN 1.11) años? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ANOTE EL TOTAL DE AÑOS DE ESTUDIO. SI NO LO ES, VERIFIQUE CON LA ENTREVISTADA</div>	Número de años escolares totales __ __ NR 99	
1.13	¿Habla usted algún idioma o lengua indígena (además del español)?	Ninguno(a)..... 00 Tzotzil 01 Tseltal 02 Mixteco 03 Maya 04 Otro 05 (Especifique) NR 99	
1.14	¿Se considera parte de algún grupo indígena?	Sí 1 No 2 NR 99	→ 1.16
1.15	¿De cuál?	Tsotsil 01 Tseltal 02 Mixteco 03 Maya 04 Otro 05 (Especifique) NR 99	
SITUACIÓN LABORAL			
1.16	¿Tiene usted empleo con salario actualmente?	Sí 1 No 2 NR 99	→ 1.19
1.17	¿En su trabajo usted es: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">LEA CADA UNA DE LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA</div>	empleada de gobierno? 1 empleada de fábrica? 2 empleada de limpieza en una casa? 3 empleada en empresa privada? 4 trabajadora por cuenta propia? 5 patrona empleadora o propietaria de un negocio? 7 otro? 8 (Especifique) NR 99	
1.18	¿En qué consiste su trabajo?	Textual _____ _____ _____ _____ (Especifique) NR 99	→ 1.20

1.19	<p>Si no tiene empleo con salario, ¿usted es:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>LEA CADA UNA DE LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE</p> </div>	ama de casa? 1 estudiante? 2 jubilada/pensionada? 3 desempleada? 4 campesina 5 Otro especificar 6 NR 99	
1.20	<p>¿Además de esa actividad, usted:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>LEA CADA UNA DE LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE</p> </div>	ayudó a trabajar en algún negocio (familiar o no familiar)? 1 vendió algún producto? 2 hizo algún producto para vender (comida, ropa, artesanías)? 3 ayudó en las labores del campo o en la cría de animales? 4 a cambio de un pago lavó, planchó, cocinó o cuidó a una persona? 5 Otra actividad 6 Especificar _____	
1.20 .1	<p>¿Cuánto gana por estas actividades?</p>		
1.21	<p>¿Quién es la persona que más aporta económicamente para el sustento de su familia?</p> <p>¿A qué se dedica?</p>	Yo 00 Esposo/pareja 01 Hijo(a) (s) 02 Suegro (a) (s) 03 Padre 04 Madre 05 Hermano (a) (s) 06 Cuñada (o) (s) 07 Abuelo(a) (s) 08 Sobrino(a) (s) 09 Otro familiar 10 Otro no familiar 11 (Especifique) NR 99	
1.21. 1	<p>¿Cuánto gana?</p>	\$ _____ Día 00 Semana 01 Quincena 02 Mensual 03	

1.21. 2	¿Cuánto gasta en alimentos al día para la familia?	\$ _____	
1.21. 3	¿Cuántas personas comen con el gasto de comida que realiza al día?	_____	
1.22	¿Quiénes más contribuyen a la manutención? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE</div>	Nadie más 00 Yo 01 Esposo/pareja..... 02 Hijo (a) (s) 03 Suegro (a) (s) 04 Padre 05 Madre 06 Hermano (a) (s) 07 Cuñada (o) (s) 08 Abuelo (a) (s) 09 Sobrino (a) (s)..... 10 Otro familiar 11 Otro no familiar 12 _____ (Especifique) NR 99	
1.22 .1	¿Cómo contribuyen?	Textual _____ _____ _____ _____ _____ (Especifique) NR 99	
DERECHOHABIENCIA			
1.23	¿Tiene derecho o está afiliada a algún seguro médico y/o servicio de salud?	Sí 1 No 2 → 2.1 NR 99	
1.24	¿A cuál? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE</div>	IMSS 00 ISSSTE 01 Seguro Popular/ Servicios Estatales de Salud 02 Otros de gobierno 03 Otro privado _____ 04 (Especifique) NR 99	

1.25	¿Generalmente qué servicio de salud utiliza?	Ninguno 00 → 1.29 IMSS 01 ISSSTE 02 Seguro Popular/Servicios Estatales de Salud 03 Otros de gobierno 04 Otro privado 05 (Especifique) NR 99	
1.26	En general, ¿cómo la tratan en el servicio al que asiste?	Muy bien 1 Bien 2 Regular 3 Mal 4 Muy mal 5 NR 99	
1.27	¿Por qué es el que generalmente utiliza? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE</div>	Es al servicio que tengo derecho 00 Dan buen servicio 01 Me queda cerca de casa/trabajo 02 Tiene horarios accesibles para mí 03 Otro 04 (Especifique) NR 99	
1.28	FILTRO: UTILIZA SERVICIO AL QUE TIENE DERECHO (VER PREGUNTAS 1.24 Y 1.25)	SÍ 1 → 2.1 NO 2	
1.29	¿Por qué no utiliza el servicio al que tiene derecho (está afiliada)?	Dan mal servicio 01 Me queda lejos de casa/trabajo 02 Tiene horarios poco accesibles para mí 03 Otro 04 (Especifique) NR 99	

II. HISTORIA REPRODUCTIVA

Ahora, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su historia reproductiva....

2.1	¿Actualmente está usted embarazada?	Sí 1 No 2 No sé (no estoy segura) 3 NR 99	} → 2.3
-----	-------------------------------------	--	---------

2.2	¿Cuántas semanas de embarazo tiene?	Semanas de embarazo _ _ _ NR 99	
2.3	¿En qué año se embarazó por primera vez?	Año del primer embarazo _ _ _ _ _ NR 99	
2.4	¿Cuántas veces se ha embarazado? INCLUIR EL EMBARAZO ACTUAL, SI ES QUE LA ENTREVISTADA ESTÁ EMBARAZADA	Número de embarazos _ _ _ NR 99	
2.5	¿Cuántos abortos ha tenido?	Número de abortos..... _ _ _ NR 99	
2.6	¿Cuántos partos vaginales ha tenido?	Número de partos vaginales..... _ _ _ NR 99	
2.7	¿Cuántas cesáreas ha tenido?	Número de cesáreas _ _ _ NR 99	
2.8	¿Cuántos partos gemelares o múltiples ha tenido?	Número de partos gemelares _ _ _ NR 99	
2.9	¿Cuántos hijos nacidos muertos ha tenido?	Número de nacidos muertos _ _ _ NR 99	
2.10	¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido?	Número de nacidos vivos _ _ _ NR 99	
2.11	¿Cuántos hijos actualmente vivos tiene usted? VERIFIQUE INFORMACIÓN ENTRE EMBARAZOS, HIJOS NACIDOS VIVOS, MUERTOS Y ABORTOS. EN CASO DE	Hijos actualmente vivos..... _ _ _ NR 99	
2.12	¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?	Edad de inicio _ _ _ NR 99	
2.13	Antes de su último embarazo, ¿tenía usted alguna enfermedad?	Ninguna 00 Diabetes 01 Hipertensión 02 Obesidad 03 Otro 04 (Especifique) NR 99	→ 3.1

3.6	¿Se lo sugirió alguien? Si es sí ¿Quién o quiénes se lo recomendaron? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE</div>	Nadie.....00 Esposo/pareja01 Mamá02 Papá.....03 Hermana(o).....04 Suegro05 Suegra06 Otros familiares07 Vecina(s).....08 Cuñada(o)09 Nuera 10 Otro _____ 11 (Especifique) NR.....99	
3.7	¿Quién o quiénes decidieron que viera a ese prestador de servicio (mencionar el prestador de la 3.5)? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE</div>	Solo yo00 Esposo/pareja01 Mamá02 Papá.....03 Hermana(o).....04 Suegro05 Suegra06 Otros familiares07 Vecina(s).....08 Cuñada(o)09 Nuera 10 Otro _____ 11 (Especifique) NR.....99	
3.8	¿Cuál fue la razón principal por la que acudió a ese servicio?	Es al servicio que tengo derecho00 Dan buen servicio01 Me queda cerca de casa/trabajo02 Tiene horarios accesibles para mí03 Otro _____ 04 (Especifique) NR.....99	
3.9	FILTRO: ATENCIÓN DURANTE EL ÚLTIMO EMBARAZO Para estar seguros de la NO atención contestar 3.17, 3.34, 3.51, 3.67, 3.85	NO SE ATENDIÓ EL ÚLTIMO EMBARAZO1 → 3.17 OTRA SITUACIÓN2	
3.10	¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando inició el cuidado o control de su embarazo? ¿Cuánto pesaba antes de estar embarazada?	Trimestre de inicio..... __ No se atendió __ NR.....99	→ 3.17

3.1 1	¿Qué la motivó a iniciar el cuidado del último embarazo? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE</div>	Saber que todo estaba bien con el embarazo.....01 Estar vigilada por cualquier complicación con el bebé02 Estar vigilada por cualquier complicación con mi salud.....03 Otro04 (Especifique) NR.....99	
3.1 2	¿Con quién buscó atención prenatal? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE</div>	Médico institucional (servicio público)01 Médico particular02 Enfermera no sabe qué tipo03 Enfermera no especializada04 Enfermera especializada05 Partera no sabe qué tipo06 Partera técnica/profesional07 Partera autónoma08 Partera tradicional09 Médico estudiante10 Otro11 (Especifique) NR.....99	
3.1 3	¿Quién o quiénes se lo recomendaron? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE</div>	Nadie.....00 Esposo/pareja01 Mamá02 Papá.....03 Hermana(o).....04 Suegro05 Suegra06 Otros familiares07 Vecina(s).....08 Cuñada(o)09 Nuera10 Otro11 (Especifique) NR.....99	

3.1 4	¿Quién o quiénes lo decidieron? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE</div>	Solo yo00 Esposo/pareja01 Mamá02 Papá.....03 Hermana(o).....04 Suegro05 Suegra06 Otros familiares07 Vecina(s).....08 Cuñada(o)09 Nuera 10 Otro _____ 11 (Especifique) NR.....99																									
3.1 5	¿Cuál fue la razón principal por la que acudió a ese servicio?	Es el servicio al que tengo derecho00 Dan buen servicio01 Me queda cerca de casa/trabajo02 Tiene horarios accesibles para mí03 Otro _____04 (Especifique) NR.....99																									
3.1 6	¿Qué molestias presentó durante el último embarazo? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE</div>	Ninguna molestia00 Náuseas/vómitos.....01 Dolor de cabeza02 Cansancio03 Calambres.....04 Estreñimiento05 Hinchazón de pies/tobillos06 Otro _____07 (Especifique) NR.....99																									
3.1 6.1	¿A qué cree que se deba? (también si responde "ninguna")																										
ATENCIÓN DE MÉDICOS DEL SERVICIO PÚBLICO																											
3.1 7	Durante el último embarazo, ¿cuántas veces acudió con médicos de servicios públicos?	Veces _ _ _ Ninguna.....00 → 3.34 NR.....99																									
3.1 8	Cuando la atendieron los médicos del servicio público, alguna vez: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">LEA LAS OPCIONES Y PARA CADA UNA CIRCULE EL CÓDIGO QUE CORRESPONDA</div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a) la pesaron?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>b) le tomaron la presión arterial?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>c) le solicitaron exámenes de sangre?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>d) le solicitaron exámenes de orina?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>e) le recetaron ácido fólico?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>f) le recetaron sulfato ferroso (hierro)?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>g) escucharon los latidos del feto?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>		Sí	No	a) la pesaron?	1	2	b) le tomaron la presión arterial?	1	2	c) le solicitaron exámenes de sangre?	1	2	d) le solicitaron exámenes de orina?	1	2	e) le recetaron ácido fólico?	1	2	f) le recetaron sulfato ferroso (hierro)?	1	2	g) escucharon los latidos del feto?	1	2	
	Sí	No																									
a) la pesaron?	1	2																									
b) le tomaron la presión arterial?	1	2																									
c) le solicitaron exámenes de sangre?	1	2																									
d) le solicitaron exámenes de orina?	1	2																									
e) le recetaron ácido fólico?	1	2																									
f) le recetaron sulfato ferroso (hierro)?	1	2																									
g) escucharon los latidos del feto?	1	2																									

3.1 9	¿Le gustó la manera en que la atendieron los médicos del servicio público y las explicaciones que le dieron fueron claras y comprensibles? ¿les pudo hacer preguntas cuando algo no le quedó claro?	Sí..... 1 No 2 NR..... 99	
3.2 2	¿Se sintió segura y satisfecha con la atención que le dieron los médicos del servicio público?	Sí..... 1 No 2 NR..... 99	→ 3.24
3.2 3	¿Por qué no se sintió segura o satisfecha? ¿por qué se sintió así? (La segunda opción es mejor, considero)	Textual (Especifique) NR..... 99	
3.2 5	¿Cuáles fueron las recomendaciones o cuidados que le gustaron y le fueron útiles y que volvería a utilizar y/o recomendaría?	Textual (Especifique) NR..... 99	
3.2 6	¿En algún momento sintió que la trataron mal, o que la humillaron o se sintió regañada ?	Sí..... 1 No 2 NR..... 99	→ 3.28
3.2 7	¿Nos puede decir qué la hizo sentirse así?	Textual (Especifique) NR..... 99	
3.3 2	FILTRO: MALTRATO EN LA ATENCIÓN DE MÉDICOS DEL SERVICIO PÚBLICO (AL MENOS UN SÍ EN PREGUNTAS 3.26, 3.28 Y 3.30)	SÍ..... 1 NO..... 2	→ 3.34
3.3 3	¿Qué hizo o qué medidas tomó al sentirse maltratada o humillada por los médicos del servicio público?	Textual (Especifique) NR..... 99	
ATENCIÓN DE MÉDICOS PRIVADOS			
3.3 4	Durante el último embarazo, ¿acudió con médicos de servicios privados? Si dice sí, ¿cuántas veces?	Veces Ninguna..... 00 NR..... 99	→ 3.51

3.3 5	<p>Quando la atendieron los médicos privados, alguna vez:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>LEA LAS OPCIONES Y PARA CADA UNA CIRCULE EL CÓDIGO QUE</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) la pesaron?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b) le tomaron la presión arterial?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c) le solicitaron exámenes de sangre?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d) le solicitaron exámenes de orina?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>e) le recetaron ácido fólico?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>f) le recetaron sulfato ferroso?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>g) escucharon los latidos del feto?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>h) acudio para hacerse estudios especiales como ultra sonografía?</td> <td></td> <td style="text-align: center;">1 2</td> </tr> <tr> <td>i) otro?</td> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a) la pesaron?	1	2	b) le tomaron la presión arterial?	1	2	c) le solicitaron exámenes de sangre?	1	2	d) le solicitaron exámenes de orina?	1	2	e) le recetaron ácido fólico?	1	2	f) le recetaron sulfato ferroso?	1	2	g) escucharon los latidos del feto?	1	2	h) acudio para hacerse estudios especiales como ultra sonografía?		1 2	i) otro?		1	2			
	Sí	No																																		
a) la pesaron?	1	2																																		
b) le tomaron la presión arterial?	1	2																																		
c) le solicitaron exámenes de sangre?	1	2																																		
d) le solicitaron exámenes de orina?	1	2																																		
e) le recetaron ácido fólico?	1	2																																		
f) le recetaron sulfato ferroso?	1	2																																		
g) escucharon los latidos del feto?	1	2																																		
h) acudio para hacerse estudios especiales como ultra sonografía?		1 2																																		
i) otro?		1																																		
2																																				
3.3 6	¿Le gustó la manera en que la atendieron los médicos privados?	Sí.....1 No2 NR.....99																																		
3.3 7	En su opinión ¿las explicaciones que le dieron los médicos (o personal de salud, como enfermeras) privados fueron claras y comprensibles? Y ¿Pudo hacer preguntas cuando no le quedaron claras las explicaciones o indicaciones?	Sí.....1 No2 NR.....99																																		
3.3 9	¿Se sintió segura y satisfecha con la atención que le dieron los médicos privados?	Sí.....1 No2 NR.....99	→ 3.41																																	
3.4 0	¿Por qué se sintió así?	Textual <hr/> <hr/> <hr/> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p> NR.....99																																		
3.4 2	¿Cuáles fueron las recomendaciones o cuidados que le gustaron y que volvería a utilizar o recomendaría?	Textual <hr/> <hr/> <hr/> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p> NR.....99																																		
3.4 3	¿Sintió que la trataron mal , que le humillaron o que le regañaron?	Sí.....1 No2 NR.....99	→ 3.45																																	
3.4 4	¿Nos puede decir qué la hizo sentirse así?	Textual <hr/> <hr/> <hr/> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p> NR.....99																																		
3.4 9	FILTRO: MALTRATO EN LA ATENCIÓN DE MÉDICOS PRIVADOS (AL MENOS UN SÍ EN PREGUNTAS 3.43, 3.45 Y 3.47)	Sí.....1 NO.....2	→ 3.51																																	

3.6 0	¿Sintió que la trataron mal, que le humillaron o que le regañaron ?	Sí.....1 No2 NR.....99	→ 3.62
3.6 1	¿Por qué? ¿qué le hizo sentir así?	Textual (Especifique) NR.....99	
3.6 6	FILTRO: MALTRATO EN LA ATENCIÓN DE PARTERAS TRADICIONALES (AL MENOS UN SÍ EN PREGUNTAS 3.60, 3.62 Y 3.64)	SÍ.....1 NO.....2	→ 3.68
3.6 7	¿Qué hizo o qué medidas tomó al sentirse maltratada y/o humillada por las parteras tradicionales?	Textual (Especifique) NR.....99	

GASTOS EN ATENCIÓN PRENATAL

3.8 5	Durante los cuidados en el último embarazo, ¿aproximadamente cuánto gastó en: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">LEA LAS OPCIONES Y PARA CADA UNA ANOTE LA CANTIDAD QUE</div>	Monto	
		a) pago de consultas? \$ _ _ _ , _ _ _ _ b) traslados? \$ _ _ _ , _ _ _ _ c) medicamentos y vitaminas? \$ _ _ _ , _ _ _ _ d) exámenes de laboratorio? \$ _ _ _ , _ _ _ _ e) hospedaje y comida para acompañante? \$ _ _ _ , _ _ _ _ f) otros? _____ \$ _ _ _ , _ _ _ _ (Especifique)	
3.8 6	¿Quién o quiénes participaron en el pago de estos gastos? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE</div>	Yo.....01 Esposo/pareja02 Familiares03 Vecinos04 Amigos05 Otro (pidió prestado)06 (Especifique si se endeudo) NR.....99	
3.8 7	Durante los cuidados en el último embarazo, ¿recibió información sobre: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">LEA LAS OPCIONES Y PARA CADA UNA CIRCULE EL CÓDIGO QUE</div>	Sí No	
		a) las posibles complicaciones que requieren atención? 1 2 b) sobre alimentación o complemento vitamínicos a lo largo del embarazo? 1 2 c) las molestias que pueden presentarse que no requieren atención médica? 1 2	

3.8 7.1	¿Cuáles fueron?	Textual NR.....99	
3.8 7.2	¿Cómo considera la alimentación que tuvo durante su último embarazo?	Buena.....1 Regular2 Mala3 NR..... 99	
3.8 7.3	¿Le dieron una dieta cuando estaba embarazada?	Sí.....1 No2 NR.....99	
3.8 7.4	¿Quién le dio una dieta?	Médico institucional (servicio público)01 Médico particular02 Enfermera03 Enfermera no especializada.....04 Enfermera especializada.....05 Partera no sabe qué tipo06 Partera técnica/profesional07 Partera autónoma08 Partera tradicional09 Médico estudiante10 Familiar (especifique).....10 Otro 11 (Especifique) NR.....99	
3.8 7.5	¿Le dieron consejos sobre qué comer durante su embarazo?	Sí.....1 No2 NR.....99	
3.8 7.6	¿Quién le dio consejos sobre qué comer durante su embarazo?	Médico institucional (servicio público)01 Médico particular02 Enfermera03 Enfermera no especializada.....04 Enfermera especializada.....05 Partera no sabe qué tipo06 Partera técnica/profesional07 Partera autónoma08 Partera tradicional09 Médico estudiante10 Familiar (especifique).....10 Otro 11 (Especifique) NR.....99	

3.8 7.7	Durante el embarazo, ¿Cambió su manera de comer?	Sí.....1 No2 NR.....99	
3.8 7.8	¿Por qué? Y ¿de qué manera cambió? ¿En qué cambió?	Textual _____ _____ _____ NR.....99	
3.8 7.9	¿Quién compraba los alimentos cuando estaba embarazada?	Yo.....01 Esposo/pareja02 Familiares03 Vecinos04 Amigos05 Otro06 NR.....99	
3.8 7.1 0	¿Quién preparaba los alimentos cuando estaba embarazada?	Yo.....01 Esposo/pareja02 Familiares03 Vecinos04 Amigos05 Otro06 NR.....99	
3.8 8	FILTRO: INFORMACIÓN SOBRE COMPLICACIONES Y MOLESTIAS EN EL EMBARAZO (VER PREGUNTA 3.87)	AL MENOS UN SÍ.....1 NINGÚN SÍ2	→ 3.91
3.8 9	¿Quién o quiénes le proporcionaron esta información? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE</div>	Familiares01 Vecinos02 Médicos de servicios públicos.....03 Médicos de servicios privados04 Parteras tradicionales05 Parteras profesionales06 Otro07 (Especifique) NR.....99	
3.9 0	¿Le fue útil esta información?	Sí.....1 No2 NR.....99	
3.9 0.1	¿cuál información le fue útil? ¿Por qué?	Textual _____ _____ _____ (Especifique) NR.....99	

3.9 1	¿Cómo considera que debe ser un trato adecuado durante el embarazo por parte de los prestadores de servicios?	Textual _____ _____ _____ (Especifique) NR.....99
----------	---	--

IV. COMPLICACIONES EN EL ÚLTIMO EMBARAZO

4.1	¿Tuvo algún problema de salud durante el último embarazo?	Sí..... 1 No..... 2 NR.....99	
4.1. 1	¿A qué se le atribuye el problema?	Textual _____ _____ _____ _____ (Especifique) NR.....99	
4.1. 2.	¿Qué hizo para resolverlo y por qué?	Textual _____ _____ _____ _____ (Especifique) NR.....99	
4.2	¿En alguna ocasión acudió a algún lugar para recibir atención porque pensó que estaba mal o que su vida o la de su bebé corrían algún peligro?	Sí..... 1 No..... 2 → 4.5 NR.....99	
4.3	¿Recibió atención?	Sí..... 1 No..... 2 NR.....99	
4.4	¿Le explicaron o supo por qué era o por qué NO era una urgencia lo que le sucedía?	Sí..... 1 No..... 2 NR.....99	

4.8	¿Dónde la atendieron? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE</div>	IMSS01 ISSSTE02 PEMEX, SEDENA, SECMAR.....03 IMSS Prospera04 Servicios Estatales de Salud..... 05 Otra unidad pública06 Unidad médica privada.....07 Hogar de la entrevistada08 Casa de partera.....09 Otro _____10 (Especifique) NR99	
4.9	¿Quién o quiénes la atendieron? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE</div>	Médico institucional (servicio público)01 Médico particular02 Enfermera no sabe qué tipo03 Enfermera no especializada04 Enfermera especializada05 Partera no sabe qué tipo06 Partera técnica/profesional.....07 Partera autónoma.....08 Partera tradicional09 Médico estudiante10 Otro _____11 (Especifique) NR99	
4.10	¿Qué tratamiento le dieron?	Textual _____ — _____ — _____ (Especifique) NR99	
4.11	¿Le explicaron lo que tenía que hacer?	Sí 1 No..... 2 → 4.13 NR99	
4.12	En su opinión, ¿las explicaciones fueron claras y comprensibles? Y ¿Pudo hacer preguntas cuando algo no le quedó claro?	Sí 1 No..... 2 NR99	
4.14	¿Se sintió segura y satisfecha con la atención que le dieron?	Sí 1 → 4.16 No..... 2 NR99	

4.1 5	¿Por qué no se sintió segura y satisfecha? ¿Por qué se sintió así? Incluye si se sintió satisfecha y segura.	Textual _____ _____ _____ (Especifique) NR.....99	
4.1 7	¿Cuáles fueron las recomendaciones o cuidados que le gustaron y que volvería a utilizar y/o recomendaría?	Textual _____ _____ _____ (Especifique) NR.....99	
4.1 8	¿Sintió que la trataron mal, que le humillaron o le regañaron?	Sí..... 1 No..... 2 → 4.20 NR.....99	
4.1 9	¿Por qué se sintió así?	Textual _____ _____ _____ (Especifique) NR.....99	
4.2 4	FILTRO: MALTRATO POR PRESTADORES DE SALUD DURANTE LA ATENCIÓN DE COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO (ALMENOS UN SÍ EN PREGUNTAS 4.18, 4.20 Y 4.22)	SÍ..... 1 NO..... 2	→ 4.26
4.2 5	¿Qué hizo o qué medidas tomó al sentirse maltratada y/o humillada?	Textual _____ _____ _____ (Especifique) NR.....99	

4.2 6	Para la atención de las complicaciones en el último embarazo, ¿cuánto gastó en: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> LEA LAS OPCIONES Y PARA CADA UNA ANOTE LA CANTIDAD QUE </div>	Monto a) pago de consultas? \$ _ _ _ , _ _ _ _ _ b) traslados? \$ _ _ _ , _ _ _ _ _ c) medicamentos? \$ _ _ _ , _ _ _ _ _ d) exámenes de laboratorio? \$ _ _ _ , _ _ _ _ _ e) hospedaje y comida para acompañante? \$ _ _ _ , _ _ _ _ _ f) otros? _____ (Especifique)	
4.2 7	¿Quién o quiénes participaron en el pago de estos gastos? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> CIRCULE TODAS LAS QUE </div>	Yo.....01 Esposo/pareja02 Familiares.....03 Vecinos04 Amigos05 Otro (pidió prestado).....06 (Especifique si se endeudo) NR.....99	

V. CUIDADOS DURANTE EL ÚLTIMO PARTO

Ahora voy a hacerle algunas preguntas más relacionadas con la atención del último parto

5.1	¿Cómo supo usted cuándo era el momento de buscar ayuda para la atención del parto? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> CIRCULE TODAS LAS QUE </div>	Por las contracciones.....01 Porque se me rompió la fuente02 Porque empecé a sangrar.....03 Otro _____04 (Especifique) NR.....99	
5.2	¿Quién le atendió el último parto?	Médico institucional (servicio público)01 Médico particular02 Enfermera no sabe qué tipo03 Enfermera no especializada04 Enfermera especializada05 Partera no sabe qué tipo06 Partera técnica/profesional.....07 Partera autónoma08 Partera tradicional09 Médico estudiante10 Otro _____11 (Especifique) NR.....99	
5.3	¿Conocía usted a la persona que la atendió en el último parto?	Sí.....1 No2 NR.....99	

5.4	¿Por qué decidió atenderse donde se atendió? CIRCULE TODAS LAS QUE	Es el servicio al que tengo derecho00 Dan buen servicio01 Me queda cerca de casa/trabajo02 Es económico.....03 Otro _____04 (Especifique) NR.....99																																					
5.5	¿El parto fue prematuro?	Sí.....1 No2 NR.....99																																					
5.6	¿Fue cesárea o parto natural (vaginal)?	Cesárea1 Parto natural (vaginal).....2 NR.....99	→ 5.9																																				
5.7	¿La cesárea fue programada?	Sí.....1 No2 NR.....99																																					
5.8	¿Por qué le hicieron cesárea?	Textual _____ _____ _____ (Especifique) No sé.....98 NR.....99	→ 5.24																																				
5.9	Durante el trabajo de parto y parto LEA LAS OPCIONES Y PARA CADA UNA CIRCULE EL CÓDIGO QUE	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="text-align: center; width: 10%;">Sí</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) le pusieron algo para apresurarlo?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b) la rasuraron?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c) le pusieron una lavativa o enema?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d) le pusieron un suero o venoclisis?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>e) le dieron agua?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>f) hicieron un corte en la vagina.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>g) o se desgarró?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>h) le rompieron la fuente?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>i) la dejaron estar como mejor se sentía (caminando, sentada, etc.)?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ij) cuantos tactos le hicieron _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a) le pusieron algo para apresurarlo?	1	2	b) la rasuraron?	1	2	c) le pusieron una lavativa o enema?	1	2	d) le pusieron un suero o venoclisis?	1	2	e) le dieron agua?	1	2	f) hicieron un corte en la vagina.....	1		2		g) o se desgarró?	1	2	h) le rompieron la fuente?	1	2	i) la dejaron estar como mejor se sentía (caminando, sentada, etc.)?.....	1	2	ij) cuantos tactos le hicieron _____			
	Sí	No																																					
a) le pusieron algo para apresurarlo?	1	2																																					
b) la rasuraron?	1	2																																					
c) le pusieron una lavativa o enema?	1	2																																					
d) le pusieron un suero o venoclisis?	1	2																																					
e) le dieron agua?	1	2																																					
f) hicieron un corte en la vagina.....	1																																						
.....	2																																						
g) o se desgarró?	1	2																																					
h) le rompieron la fuente?	1	2																																					
i) la dejaron estar como mejor se sentía (caminando, sentada, etc.)?.....	1	2																																					
ij) cuantos tactos le hicieron _____																																							
5.1 0	¿Solicitó estar en alguna posición en el trabajo de parto?	Sí.....1 No2 NR.....99																																					
5.1 1	¿Sabía que podía solicitarlo?	Sí.....1 No2 NR.....9																																					

5.1 2	¿En qué posición se atendió el parto?	Acostada 1 De pie.....2 Sentada.....3 De manos y rodillas.....4 Otra5 (Especifique) NR.....99	
5.1 3	Durante el parto, ¿le explicaron en que consistirían los procedimientos que tendrían que hacerle (romper “la bolsa o la fuente”)?	Sí..... 1 No2 → 5.15 NR.....99	
5.1 4	¿Le explicaron por qué?	Sí..... 1 No2 NR.....99	
5.1 5	¿Le presionaron el abdomen para que saliera el bebé?	Sí..... 1 No2 NR.....99	
5.1 6	¿Utilizaron algún instrumento (fórceps o vacuum) para sacar al bebé?	Sí..... 1 No2 NR.....9	
5.1 7	¿Hubiera preferido atenderse en otro lugar?	Sí..... 1 No2 → 5.19 NR.....99	
5.1 8	¿En qué lugar hubiera preferido atenderse?	IMSS01 ISSSTE02 PEMEX, SEDENA, SECMAR.....03 IMSS Prospera.....04 Servicios Estatales de Salud.....05 Otra unidad pública06 Unidad médica privada07 Hogar de la entrevistada08 Casa de partera09 Otro 10 (Especifique) NR.....99	
5.1 9	¿Hubiera preferido que la atendiera otra persona?	Sí..... 1 No2 → 5.21 NR.....9	

5.2 7	¿Estuvo algún familiar (o persona de su elección) presente en el último parto/cesárea?	Sí..... 1 No2 NR.....99	
5.2 8	¿Qué hicieron las personas que la atendieron el parto /cesárea para aliviar o disminuir el dolor?	Nada00 Textual _____ _____ _____ _____ (Especifique) NR.....99	
5.2 9	¿Sintió confianza con las personas que la atendieron?	Sí..... 1 No2 → 5.31 NR.....99	
5.3 0	¿Con quién? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE</div>	Médico institucional (servicio público)01 Médico particular02 Enfermera no sabe qué tipo03 Enfermera no especializada04 Enfermera especializada05 Partera no sabe qué tipo06 Partera técnica/profesional07 Partera autónoma08 Partera tradicional09 Médico estudiante 10 Otro11 (Especifique) NR.....99	
5.3 1	¿Por qué?	Textual _____ _____ _____ _____ (Especifique) NR.....99	
5.3 2	¿Fueron amables?	Sí..... 1 No2 → 5.35 NR.....99	

5.3 3	¿Quién fue amable? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE</div>	Médico institucional (servicio público)01 Médico particular02 Enfermera no sabe qué tipo03 Enfermera no especializada.....04 Enfermera especializada.....05 Partera no sabe qué tipo06 Partera técnica/profesional.....07 Partera autónoma08 Partera tradicional09 Médico estudiante10 Otro11 (Especifique) NR.....99	
5.3 4	¿Por qué?	Textual _____ _____ _____ _____ (Especifique) NR.....99	
5.3 5	¿La regañaron?	Sí..... 1 No2 → 5.39 NR.....99	
5.3 6	¿Qué le dijeron?	Textual _____ _____ _____ _____ (Especifique) NR.....99	
5.3 7	¿Quién lo hizo? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE</div>	Médico institucional (servicio público)01 Médico particular02 Enfermera no sabe qué tipo03 Enfermera no especializada.....04 Enfermera especializada.....05 Partera no sabe qué tipo06 Partera técnica/profesional.....07 Partera autónoma08 Partera tradicional09 Médico estudiante10 Otro11 (Especifique) NR.....99	

6.3	¿Hubo algo del estado físico del espacio (sala) donde le atendieron el parto que le molestó o incomodó?	Sí 1 No 2 → 6.5 NR..... 99	
6.4	¿Qué le molestó?	Textual _____ _____ _____ _____ (Especifique) NR..... 99	
6.5	¿Tuvo complicaciones a la hora del parto?	Sí 1 No 2 → 6.7 NR..... 99	
6.6	¿Qué complicaciones tuvo durante el parto?	Textual _____ _____ _____ _____ (Especifique) NR..... 99	
6.6. 1	¿A qué le atribuye estas complicaciones?	Textual _____ _____ _____ _____ (Especifique) NR..... 99	
6.7	¿Cuánto tardó el parto (la cesárea)?	Tiempo _ _ horas NR..... 99	
6.8	¿Hubo sangrado?	Sí 1 No 2 NR..... 99	
6.9	¿Perdió usted el conocimiento?	Sí 1 No 2 NR..... 99	

6.9.1	¿A qué se lo atribuye?	Textual _____ _____ _____ _____ _____ (Especifique) NR..... 99	
6.10	¿Cómo se sintió después del parto?	Bien..... 01 Muy bien 02 Tranquila..... 03 Enojada 04 Desesperada 05 Angustiada..... 06 Otro _____ 07 (Especifique) NR..... 99	
6.11	¿Qué le preocupó?	Textual _____ _____ _____ _____ _____ (Especifique) NR..... 99	
6.12	¿Contestaron todas sus preguntas quienes le atendieron?	Sí 1 No 2 NA..... 3 NR..... 99	
6.13	¿Fue necesario referirla a un hospital especializado?	Sí 1 No 2 NR..... 99	→ 7.1
6.14	¿Cuánto gastó para la atención de la complicación del parto en: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> LEA LAS OPCIONES Y PARA CADA UNA ANOTE LA CANTIDAD QUE </div>	Monto a) pago de consultas? \$ _ _ _ , _ _ _ _ b) traslados? \$ _ _ _ , _ _ _ _ c) medicamentos? \$ _ _ _ , _ _ _ _ d) exámenes de labotario? \$ _ _ _ , _ _ _ _ e) hospedaje y comida para acompañante? \$ _ _ _ , _ _ _ _ f) Hospitalización _____ g) otros? _____ (Especifique)	

6.1 5	¿Quién o quiénes participaron en el pago de estos gastos? CIRCULE TODAS LAS QUE	Yo 01 Esposo/pareja 02 Familiares 03 Vecinos 04 Amigos 05 Otro 06 (Especifique) NR 99	
6.1 6	¿Quedó usted con alguna complicación o secuela?	Sí 1 No 2 NR 99	→ 7.1
6.1 7	¿Cuál?	Textual _____ _____ _____ _____ (Especifique) NR 99	
6.17 .1	¿A qué se lo atribuye?	Textual _____ _____ _____ _____ (Especifique) NR 99	

VII. CUIDADOS DURANTE EL POSTPARTO INMEDIATO

Ahora vamos a hablar de lo ocurrido horas después del último parto, lo que llamamos puerperio inmediato...			
7.1	FILTRO: LUGAR DE ATENCIÓN DEL ÚLTIMO PARTO	HOGAR DE LA ENTREVISTADA 1 OTRA SITUACIÓN 2	→ 7.4
7.2	¿Cuánto tiempo después del último parto estuvo en el lugar donde la atendieron?	Tiempo de estancia _ _ días _ _ hrs. NR 99	
7.3	¿Le pareció que fue mucho o poco tiempo?	Mucho 1 Poco 2 Suficiente 3 NR 9	

7.4	¿Cómo era el espacio en el que estuvo durante el puerperio inmediato?	Textual _____ _____ _____ _____ (Especifique) NR 99	
7.5	¿Había privacidad en ese espacio?	Sí 1 No 2 NR 9	
7.6	¿Se podía tener compañía de un familiar o de una persona de su confianza?	Sí 1 No 2 NR 9	
7.7	En general, ¿cómo la trataron en el puerperio inmediato?	Muy bien 1 Bien 2 Regular 3 Mala 4 Muy mala 5 NR 9	
7.8	¿Quiénes le proporcionaron los cuidados en el puerperio inmediato? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE</div>	Médico institucional (servicio público)..... 01 Médico particular 02 Enfermera no sabe qué tipo 03 Enfermera no especializada 04 Enfermera especializada 05 Partera no sabe qué tipo 06 Partera técnica/profesional 07 Partera autónoma 08 Partera tradicional 09 Médico estudiante 10 Nadie 11 Otro 12 (Especifique) NR 99	
7.9	¿Se sintió maltratada o humillada por parte de quienes la atendieron en el puerperio inmediato?	Sí 1 No 2 NR 9	→ 7.11
7.10	¿Qué hizo al respecto?	Nada 00 Textual _____ _____ _____ _____ (Especifique) NR 99	

7.16	¿Quién la atendió de estas complicaciones? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE</div>	Médico institucional (servicio público)..... 01 Médico particular 02 Enfermera no sabe qué tipo 03 Enfermera no especializada 04 Enfermera especializada 05 Partera no sabe qué tipo 06 Partera técnica/profesional 07 Partera autónoma 08 Partera tradicional 09 Médico estudiante 10 Otro 11 (Especifique) NR 99	
7.17	¿Cómo le hubiera gustado que la cuidaran durante el postparto inmediato?	Textual <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> (Especifique) NR 99	
7.18	¿Qué le gustó de la atención en el puerperio inmediato? Y ¿Por qué?	Textual <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> (Especifique) NR 99	
7.19	¿Qué no le gustó ? Y ¿Por qué?	Textual <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> (Especifique) NR 99	
7.20	¿Qué tanta información le proporcionaron sobre las molestias que iba a enfrentar?	Nada/ninguna 0 → Poca 1 Suficiente 2 Mucha 3 NR 99	7.23

7.29	¿Qué condición de salud tuvo su bebé al nacer?	Buena 1 Regular 2 Mala 3 NR 99	
7.29.1	¿Cuánto pesó su hijo (a) al nacer? Puedes escribir el peso en el siguiente recuadro <input type="text"/>	Menos de 2.500 kg 1 Más de 2.500 y menos de 4.000 kg 2 Mas de 4.00o kg 3	
7.30	¿Le entregaron al bebé inmediatamente después del parto?	Sí 1 No 2 NR 99	
7.31	En el puerperio inmediato, ¿tuvo dudas sobre el cuidado de su bebé?	Sí 1 No 2 NR 99	
7.32	¿Qué problemas tuvo con la bajada de la leche?	Ninguno 00 Me dio calentura 01 Se me agrietaron los pezones 02 Nada bajaba 03 Otro _____ 04 (Especifique) NR 99	
7.33	¿Le dieron instrucciones para su cuidado respecto de la bajada de la leche?	Sí 1 No 2 NR 99	
7.33.1	¿Le recomendaron qué alimentos o bebidas debería de comer o tomar para que le baje la leche (o pudiera dar chuchú)?	Textual _____ _____ _____ (Especifique) NR 99	
7.33.2	¿Quién le dio las recomendaciones?	Médico institucional (servicio público)..... 01 Médico particular 02 Enfermera 03 Enfermera no especializada 04 Enfermera especializada 05 Partera no sabe qué tipo 06 Partera técnica/profesional 07 Partera autónoma 08 Partera tradicional 09 Médico estudiante 10 Familiar (especifique) 10 Otro _____ 11 (Especifique) NR 99	

7.34	¿Qué cuidados le dieron al bebé? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE</div>	Tamizaje para hipotiroidismo..... 01 Tamizaje auditivo..... 02 Vacuna BCG..... 03 Vacuna Hepatitis 04 Vitamina A 05 Vinamina K 06 Otro _____ 07 (Especifique) No sé 98 NR 99	
7.35	¿Le dieron certificado de nacimiento?	Sí 1 No 2 NR 9	→ 8.1
7.36	¿Por qué?	Textual _____ _____ _____ (Especifique) NR 99	

VIII. CUIDADOS DEL PUERPERIO EN CASA

8.1	FILTRO: LUGAR DE ATENCIÓN DEL ÚLTIMO PARTO	HOGAR DE LA ENTREVISTADA 1 OTRA SITUACIÓN 2	→ 8.4
8.2	Al ser dada de alta del hospital o del lugar donde se atendió el parto ¿acudió a su casa? o ¿a dónde fue?	Sí, a mí casa 1 Otro lugar _____ 2 (Especifique) NR99	
8.3	¿Dónde vivió después de ser dada de alta del hospital o del lugar donde se atendió el parto?	En el mismo lugar.....01 Casa de los suegros.....02 Casa de los papás.....03 Casa de alguna hermana(o)04 Casa de alguna cuñada(o)05 Casa de algún otro familiar.....06 Otro _____07 (Especifique) NR99	

8.4	¿Cuánto tiempo tuvo apoyo de otras personas, familiares o conocidos de usted (después de salir del sitio donde se atendió el parto)?	Nunca, nadie me ayudó00 Inmediatamente después del parto01 Unos días después del parto.....02 Una semana después del parto.....03 Entre una semana y cuatro semanas después del parto.....04 Cuarenta días después del parto05 Más de cuarenta días después del parto06 NR99	
8.5	¿Alguien le proporcionaba cuidados especiales durante la primera semana después de salir (del hospital o del lugar donde se atendió) del parto?	Sí 1 No..... 2 → 8.8 NR 9	
8.6	¿Quién, o quiénes le proporcionaban <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE</div> cuidados especiales?	Médico institucional (servicio público)01 Médico particular02 Enfermera no sabe qué tipo03 Enfermera no especializada04 Enfermera especializada05 Partera no sabe qué tipo06 Partera técnica/profesional.....07 Partera autónoma.....08 Partera tradicional09 Médico estudiante10 Otro 11 (Especifique) NR99	
8.7	¿Qué tipo de cuidados le proporcionaron? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE</div>	Curaciones01 Alimentación.....02 Brindar medicamentos03 Apoyo en el aseo personal04 Otro05 (Especifique) NR99	
8.7.1	¿Quién compraba los alimentos después de tener a su bebé?	Yo01 Esposo/pareja02 Familiares.....03 Vecinos04 Amigos05 Otro06 (Especifique) NR99	

8.7.2	¿Quién preparaba los alimentos después de tener a su bebé?	Yo01 Esposo/pareja02 Familiares.....03 Vecinos04 Amigos05 Otro06 (Especifique) NR99	
8.7.3	¿Le dieron una dieta para puerperio en casa?	Sí 1 No..... 2 NR99	
8.7.4	¿Le dieron consejos sobre qué comer o beber cuando tuvo a su bebé?	Sí 1 No..... 2 NR99	
8.7.5	¿Quién	Médico institucional (servicio público)01 Médico particular02 Enfermera.....03 Enfermera no especializada04 Enfermera especializada05 Partera no sabe qué tipo06 Partera técnica/profesional.....07 Partera autónoma.....08 Partera tradicional09 Médico estudiante10 Familiar (especifique)10 Otro11 (Especifique) NR99	
8.7.6	¿Qué consejos?	Textual _____ _____ _____ (Especifique) NR99	
8.7.7	Después de que nació su bebé, ¿hizo algún cambio en sus comidas o bebidas?	Sí 1 No..... 2 NR 99	
8.7.8	¿Qué comía o bebía? O ¿Qué cambios hizo? Y ¿Por qué?	Textual _____ _____ _____ (Especifique) NR99	

8.7.9	¿Cómo considera la alimentación que tuvo después de tener a su bebé?	Buena..... 1 Regular..... 2 Mala 3 NR..... 99	
8.7.10	¿Qué piensa de cómo debe ser la alimentación de una mujer cuando acaba de tener un hijo?	Textual _____ _____ _____ (Especifique) NR.....99	
8.8	¿Cuáles fueron las principales molestias durante la primera semana después del parto? <div style="border: 1px solid black; background-color: #d3d3d3; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE</div>	Ninguna.....00 → 8.11 Laceraciones en el pezón01 Complicaciones en la episiotomía.....02 Complicaciones en la cirugía.....03 Desgarro.....04 Otro05 (Especifique) NR99	
8.8.1	¿A qué le atribuye las molestias?	Textual _____ _____ _____ (Especifique) NR99	
8.9	¿Cómo las resolvieron?	Textual _____ _____ _____ (Especifique) NR99	
8.10	¿Tuvo dudas sobre el motivo de sus molestias?	Sí..... 1 No..... 2 NR99	
8.11	¿Persistió el dolor después del parto?	Sí..... 1 No..... 2 NR99	
8.12	¿Tuvo sangrado o fiebre?	Ni sangrado, ni fiebre 0 → 8.14 Sí, sangrado 1 Sí, fiebre..... 2 Ambas 3 NR99	

8.13	¿Quién la atendió de estas complicaciones? <div style="border: 1px solid black; background-color: #e0e0e0; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE</div>	Médico institucional (servicio público)01 Médico particular02 Enfermera no sabe qué tipo03 Enfermera no especializada04 Enfermera especializada05 Partera no sabe qué tipo06 Partera técnica/profesional07 Partera autónoma08 Partera tradicional09 Médico estudiante10 Otro11 <div style="text-align: center;">(Especifique)</div> NR99	
8.14	¿A dónde acudió cuando volvió a tener revisión?	No tuve otra revisión00 → 8.16 Acudí a unidad médica01 Acudí a casa de partera02 El prestador de salud acudió a mi casa03 La partera acudió a mi casa04 Otra05 <div style="text-align: center;">(Especifique)</div> NR99	
8.15	¿Qué cuidados realizó la persona con la que acudió?	Textual <hr/> <hr/> <div style="text-align: center;">(Especifique)</div> NR99	
8.16	¿Cuánto tiempo tardó en realizar sus actividades normales?	Menos de una semana01 Más de una semana pero menos de un mes02 Cuarenta días03 De 2 a 3 meses04 De 4 a 8 meses05 De 9 a 12 meses06 Más de un año07 Otra08 <div style="text-align: center;">(Especifique)</div> NR99	

8.18	¿Quién o quiénes se encargaron del bebé (cuando usted salió del hospital o del lugar donde se atendió) en el puerperio? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE</div>	Yo00 Esposo/pareja01 Mamá02 Papá03 Hermana(o)04 Suegro05 Suegra06 Otros familiares07 Vecina(s)08 Cuñada(o)09 Nuera10 Otro11 <div style="text-align: center;">(Especifique)</div> NR99	
8.19	¿Tuvo dudas sobre el cuidado de su bebé?	Sí 1 No 2 → 9.1 NR 9	
8.20	¿Cuáles?	Textual <hr/> <hr/> <div style="text-align: center;">(Especifique)</div> NR99	

IX. COMPLICACIONES NEONATALES

9.1	¿Su bebé presentó problemas inmediatamente después del parto y hasta un mes de nacimiento?	Sí 1 No 2 NR 99	10.1
9.2	¿Qué problemas presentó?	Ninguna 00 Peso elevado 01 Peso bajo 02 Problemas respiratorios 03 Otra 08 NR 99	

9.3	¿Quién lo atendió de esas complicaciones? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE</div>	Médico institucional (servicio público) 01 Médico particular 02 Enfermera no sabe qué tipo 03 Enfermera no especializada 04 Enfermera especializada 05 Partera no sabe qué tipo 06 Partera técnica/profesional 07 Partera autónoma 08 Partera tradicional 09 Familiar 10 Médico estudiante 11 Otro 12 <div style="text-align: center;">(Especifique)</div> NR 99	
9.4	¿Necesitó internarlo(a) en un centro especializado?	Sí 1 No 2 → 9.7 NR 99	
9.5	¿Por cuánto tiempo?	Tiempo de estancia __ __ días NR 99	
9.6	¿Quedó con algún problema o se recuperó por completo?	Quedó con problemas 1 Se recuperó por completo 2 NR 99	
9.7	¿Cuánto gastó para la atención de la complicación de salud de su bebé en:	<div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">Monto</div> a) pago de consultas? \$ _ _ _ , _ _ _ _ b) traslados? \$ _ _ _ , _ _ _ _ c) medicamentos? \$ _ _ _ , _ _ _ _ d) exámenes de laboratorio? \$ _ _ _ , _ _ _ _ e) hospedaje y comida para acompañante? \$ _ _ _ , _ _ _ _ f) otros? _____ <div style="text-align: center;">(Especifique)</div>	
9.8	¿Quién o quiénes participaron en el pago de estos gastos? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CIRCULE TODAS LAS QUE</div>	Yo 01 Esposo/pareja 02 Familiares 03 Vecinos 04 Amigos 05 Otro (pidió prestado) 06 <div style="text-align: center;">(Especifique si se endeudo)</div> NR 99	

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES

	SUPERVISADO POR	CRITICADO POR	CODIFICADO POR	CAPTURADO POR	
NOMBRE					
FECHA	_ _ _ _ DÍA MES	2018			

Anexo 4: Instrumento Frecuencia de Consumo de Alimentos.

Representaciones sociales y prácticas sobre la alimentación en mujeres con sobrepeso u obesidad durante el embarazo, parto y puerperio, y sus posibles complicaciones en salud en Yaxcabá, Yucatán.

Folio

Fecha:

Encuestador:

El Instituto Nacional de Salud Pública propone como uno de los medios para identificar los hábitos alimentarios de las personas el instrumento de frecuencia de consumo de alimentos. Aportará al estudio la periodicidad (diario o semanal) con que las mujeres consumen los diferentes alimentos durante su embarazo y puerperio.

Introducción:

Buenos días mi nombre es Erika, me gustaría platicar con usted sobre, qué come y bebe en la semana, cuantas veces y qué cantidades, durante su embarazo y puerperio.

Instrucciones para el entrevistador: Marcar con una equis las columnas correspondientes a las respuestas. En el caso de las carnes la porción será de acuerdo al puño del entrevistado.

*Jugo de fruta: Líquido exprimido de la fruta sin añadidos.

*Agua de fruta: Jugo de fruta combinado con agua.

ALIMENTO	VECES A LA SEMANA/MES DE CONSUMO					Cantidad		LUGAR DONDE ADQUIEREN LOS ALIMENTOS				
	Diario	1-2	3-4	5-6	Nunca	Embarazo	Puerperio	Solar	Milpa	Mérida	Mercado	Tienda de la comunidad
FRUT y VERD												
Chaya (1 taza)												
Chayote (1/2 pza)												
Chile habanero												
Calabaza (1 pza chica)												
Fresa (17 pzas median.)												
Jicama (1/2 taza)												
Limón (4 pzas)												
Lima (3 pzas)												
Manzana (1 pza)												
Mango (1 pza)												
Melón (1 taza)												
Papaya (1 taza)												
Pepino (1 taza)												
Plátano (1 pza)												
Tomate (1 pza)												
Uvas (1 taza)												
Zanahoria (1/2 pza)												
FRUTAS DE TEMPORADA												
Anona (1/2 taza)												
Caimito (2 pzas)												
Ciruella												
Guanábana (1 pza chica)												
Guayaba (3 pzas)												
Mamey (1/3 de pza)												
Mandarina (2 pzas)												
Naranja Dulce (2 pzas)												
Sandía (sandía)												
Zapote (1/4 pza)												
Zaramullo												
USO COMO CONDIMENTO												
Cebolla												
Cilantro												
Epazote												
Orégano												
Tomate												
ACEITES												
Aceite (1 cdita)												
Manteca (1 cdita)												
Mantequilla (1 ½ cdita)												
Margarina (1 cdita)												
Aguacate (1/3 pza)												
Cacahuete (14 pzas)												
CEREALES												
Arroz (1/4 de taza)												
Avena (Colada/ s.colar) (1/2 taza)												
Añadidos a la avena:												
Azúcar (2 cditas)												
Edulcorante (1 sobre)												
Camote (1 pza chica)												
Cereal de caja (1/2 taza)												
Galletas dulces (3pzas)												
Galletas saladas (4 pzas o ½ taza)												
Pan francés (1/2 pza)												
Pan dulce (1 pza)												
AOA												
Cerdo												
Pescado												
AOA												
Pan molde blanco(1pza)												
Pan molde integral(1pza)												
Papa (1/2 pza)												
Pastas (1/2 taza)												
Tortilla maíz maquina(1)												
Tortilla maíz mano (1pza)												
Tortilla de harina (1 pza)												
Yuca (1/4 pza)												
AOA												
Cerdo												
Pescado												

Pollo													
Res													
Huevo (2 pzas)													
EMBUTIDOS													
Chorizo y longaniza (1/3 taza)													
Jamón y salchicha (1 pza)													
LACTEOS													
Leche saborizada (1 taza)													
Leche entera (1 taza)													
Leche baja en grasa (1 taza)													
Leche en polvo (4 cdas)													
Añadidos a la leche: Azúcar (2 ditas)													
Chocolate en polvo (1 cda)													
Café (1cda)													
Queso (1 reb)													
Yogurt batido nat.(1/2taza)													
Yogurt batido con fruta (1/2 taza)													
Yogurt beber nat.(1 pza)													
Yogurt beber fruta.(1 pza)													
LEGUMINOSAS													
Frijol de Espelón (1/2 taza)													
Frijol blanco (1/2 taza)													
Frijol negro (1/2 taza)													
Frijol colado (1/2 taza)													
lbes (1/2 taza)													
Lentejas (1/2 taza)													
BEBIDAS													
Agua Natural (1 taza)													
Agua de fruta (1 taza)													
Azúcar (2 cditas)													
Atole (7 cdas o 1/3 de sobre)													
Azúcar (2 cditas)													
Café (1 cda)													
ALIMENTO													
ALIMENTO	VECES A LA SEMANA/MES DE CONSUMO					Cantidad		LUGAR DONDE ADQUIEREN LOS ALIMENTOS					
	Diario	1-2	3-4	5-6	Nunca	Embarazo	Puerperio	Solar	Milpa	Mérida	Mercado	Tienda de la comunidad	
Azúcar (2 cditas)													
Cerveza (1 taza)													
Chocolate con azúcar añadido (1 taza)													
Horchata (1 taza)													
Jugos de fruta (1 taza)													
Jamaica (1 taza)													
Azúcar (2 cditas)													
Polvos de sobre (2 cditas)													
Pozole de coco (1 taza)													
Pozole de maíz (1 taza)													
Pozole de masa nueva (1 taza)													
Azúcar (2 cditas)													
Refrescos embotellados (1 taza)													
INDUSTRIALIZADOS													
Atún (1 lata)													
Frituras (1 bolsa)													
Frijol enlatado (1/3 taza)													
Gelatina (1 pza chica)													
Mayonesa (1 cdiata)													
Mermelada (1 cda)													
Saborines (1 pza)													
Sopas instantáneas (1 pza)													
PREPARACIONES (por pza o plato)													
Caldos													
Chicharra													
Cochinita y lechón													

Empanadas												
Espagueti												
Mondongo												
Morcilla												
Frijol con puerco												
Panuchos y salbutes												
Potaje de lentejas												
Polcanes y kibis												
Tacos												
Tamales												
Tortas												
Chocolomo												
COMIDA RÁPIDA (1 pza)												
Hamburguesa												
Pizza												
Perros calientes												
AZÚCARES												
Chocolate (1/2 pza)												
Dulces (1 pza chica)												
Panecitos rellenos (1 pza)												
Miel (2 cditas)												

Anexo 5: Guía de entrevista: Relato de vida

Para mujeres embarazadas o que hayan tenido un hijo en los últimos 24 meses.

Título: Representaciones sociales y prácticas sobre la alimentación en mujeres durante su embarazo, parto y postparto y sus posibles complicaciones en salud, en Yaxcabá, Yucatán.

Objetivos:

- Analizar los significados de la alimentación que le dan las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio
- Analizar las costumbres, creencias y prácticas tradicionales de alimentación en torno al embarazo, parto o puerperio.

Tiempo requerido: una hora aproximadamente.

Material necesario: grabadora de voz, guía de entrevista, pluma y cámara fotográfica.

Introducción: Muy buen día, mi nombre es Erika y me gustaría platicar con usted algunas cosas sobre lo que sabe (sus creencias) y lo que hace en relación a su alimentación durante el embarazo o si ya tuvo a su bebé también después del parto, además de otros aspectos. Me gustaría que sepa si alguna pregunta no quiere responder está bien, y que puede ser tardemos mucho platicando, así que podemos parar la plática en cuanto usted se sienta cansada o si tiene algo más que hacer y seguir conversando otro día que usted me diga. Usted me autorizó grabarla, para que lo que me diga yo lo pueda escribir tal como me lo dijo, si usted quiere, después yo le puedo dar una copia de lo que grabe, o si prefiere, una copia escrita de la misma.

Aspectos generales:

Nombre de la persona entrevistada:

Domicilio:

Ingreso familiar: _____ Estado nutricional: _____

Número de hijos que tiene: _____ Peso al nacer del hijo(a) en caso que ya haya nacido: _____

Guía de preguntas:

a) Representaciones sociales sobre la alimentación durante el embarazo

1. Platíqueme usted, ¿qué le gusta comer durante su embarazo?, ¿por qué? ¿cuáles comidas/bebidas no?, ¿por qué?
2. ¿Cambia (ó) su alimentación durante el embarazo? ¿Por qué?

3. En algún momento, se ha dado cuenta que come más de lo normal, ¿por qué cree usted?
4. ¿Cree usted que lo que come, ayuda a la salud del bebé que espera? ¿Por qué? ¿y a la salud de usted? ¿por qué?
5. ¿Qué comidas o alimentos le recomiendan comer durante su embarazo y cuáles no son recomendables?, ¿Quién se lo recomienda? ¿por qué?
6. ¿Qué comidas o bebidas no se recomienda comer o beber a la mujer que acaba de tener a su bebé?, ¿por qué? ¿cómo lo aprendió o quién se lo ha dicho? ¿Cuánto tiempo debe alimentarse de esa forma? ¿Quién se lo aconsejó?, ¿quién lo decidió?
7. ¿Ha escuchado de mujeres del pueblo que hayan tenido algún problema con su salud (complicaciones) durante el embarazo, parto o en el puerperio? ¿A qué cree que se haya debido?
8. ¿Considera que importa su peso (si se está llenita o gordita) con la salud en el embarazo, en la mamá y en el bebé? ¿Por qué?

b) Prácticas de la alimentación durante el puerperio

9. Me puede contar, ahora que está embarazada (cuando estaba embarazada), qué come, (qué comía) en un día cualquiera, desde que se levanta (ba) hasta que se acuesta/acostaba. ¿Por qué lo hacía de esa manera? [Si lo que come, varía durante la semana o si los sábados y domingos come algo especial.
10. ¿Visitó a la partera? ¿Cuáles son los motivos por los que visitó a la partera? ¿Qué recomendaciones le dio sobre su embarazo?
11. Cuando se sintió mal durante su embarazo (o en el parto, puerperio), ¿utilizó algún medicamento o remedio?, o ¿en qué momento se utiliza? ¿Quién se lo recomendó y quién decidió que lo tomara?
12. ¿Qué hace si algo se complica con su embarazo? ¿con quién acude primero? ¿Por qué?
13. ¿Cuénteme, en el momento del parto comió algo? ¿Por qué?
14. Después que nació su bebé ¿cambió su forma de comer (indagar si fue por enfermedad o complicación)? ¿Por qué? ¿Cuáles fueron esos cambios?
15. ¿Tiene usted plantas (medicinales, de condimento, frutales o verduras/hortalizas) en su solar o patio? (preguntar aquí de las temporadas de los frutos) ¿Me podría decir cuáles? ¿Qué hace con ellas? (Hacer listado de plantas y anotar lo que hace con ellas)
16. ¿Cría cochinos o aves (gallinas, pavos) en su solar? ¿Qué hace con ellos? ¿Por qué?
17. ¿Visitó a la partera? ¿Cuáles son los motivos por los que visitó a la partera? ¿Qué recomendaciones le dio sobre su embarazo?

18. ¿Ha escuchado de mujeres del pueblo que hayan tenido complicaciones durante el embarazo, parto o en el puerperio? ¿A qué cree que se haya debido?
19. ¿Cree usted que lo que come, ayuda a la salud del bebé que espera? ¿Por qué? ¿y a la salud de usted? ¿Por qué?

Anexo 6: Guía de observación participante

Representaciones sociales y prácticas sobre la alimentación en mujeres durante su embarazo, parto y puerperio, y sus posibles complicaciones en salud, en Yaxcabá, Yucatán.

Investigadores principales:

Dras. Gloria Uicab Pool, Graciela Freyermuth Encino y Lic. en Enfría. Erika Bibiana Chávez Arcos.

Introducción

El FOCO de la observación a llevar a cabo serán **LAS PRÁCTICAS EN TORNO A LA ALIMENTACIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS Y EN PERÍODO DE PUERPERIO**. El lugar principal de observación serán los **HOGARES** de las mujeres.

La observación en el hogar

- *Descripción de los momentos antes, durante y después de las comidas, poniendo mayor énfasis en aquellas que se caracterizan como acciones propias de la cultura:* quiénes compran los alimentos y otro tipo de insumos, qué tipos de alimentos compran, cómo cocinan los alimentos (modos de preparación, si los fríen, sancochan, al vapor). Así como cualquier otro aspecto relevante a este tema.
- *Descripción de las comidas de las mujeres:* qué comen, cuánto comen, con quiénes comen, en qué horarios y circunstancias. Así como cualquier otro aspecto relevante a este tema.
- *Descripción de las interacciones antes, durante y después de las comidas:* platican o están en silencio, de qué hablan si hablan, ven el televisor o teléfonos móviles, así como cualquier otro aspecto relevante para este tema.
- Descripción de las interacciones que están detrás de la mujer que está cursando con embarazo y demás, considerar los niveles de atención de esta parte de su vida, en el ámbito de su casa, parteras, de los sistemas de salud, entre otros
- Descripción de los productos alimenticios de la comunidad y estacionalidad de los productos de la milpa y solar. Si consumen, venden o regalan

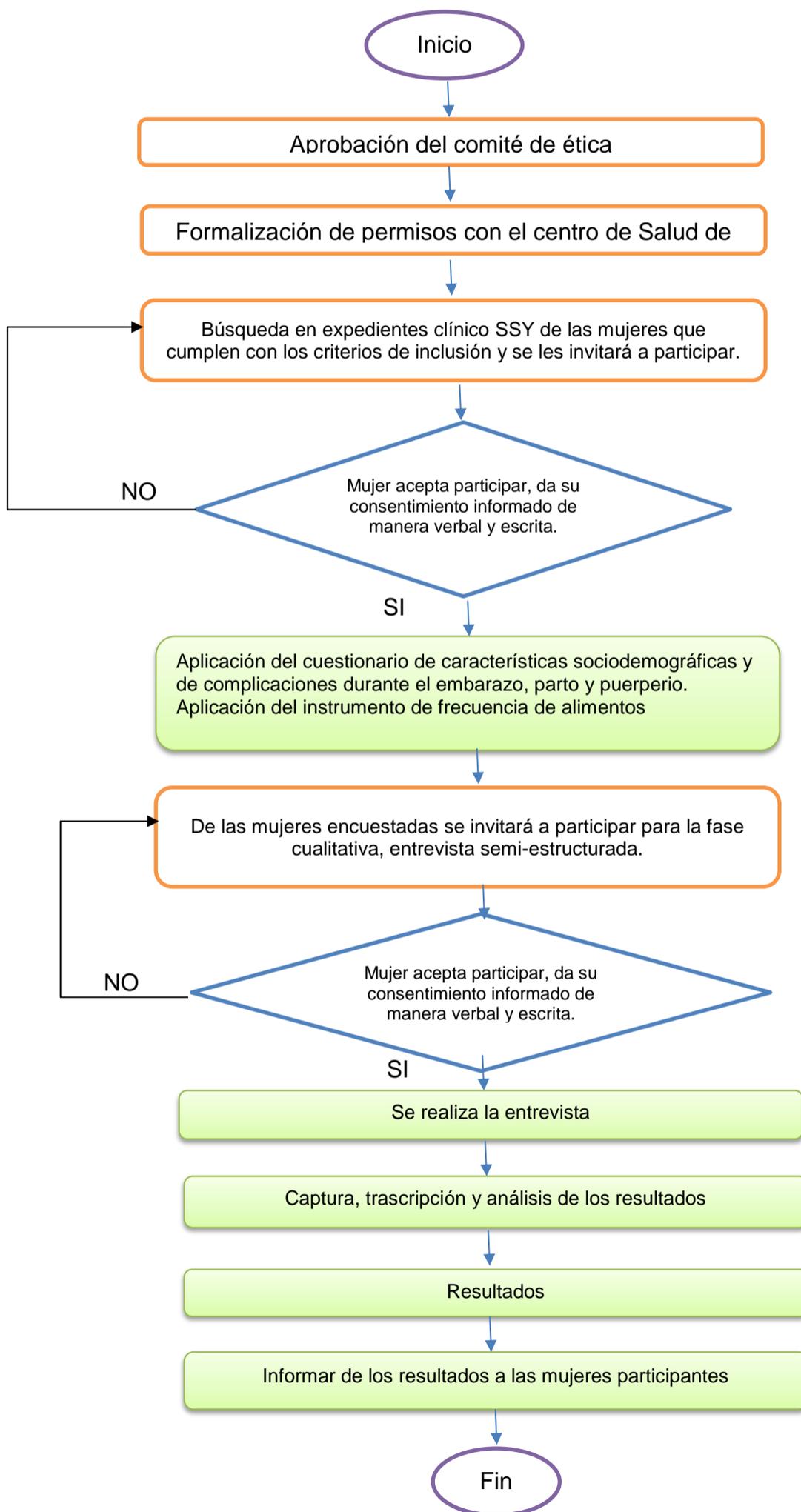
Anexo 7: Cronograma de actividades

Título: Representaciones sociales y prácticas sobre la alimentación en mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, y sus posibles complicaciones en salud en Yaxcabá, Yucatán.

Actividad	2017	2018	2019		
	Sep- Dic	Ene-Jul	Ago-Dic	Ene- Jul	Ago-Dic
Elaboración del protocolo de investigación	X				
Búsqueda de referencias documentales	X	X	X	X	X
Evaluación del proyecto de investigación por Comité de Ética		X			
Aplicación de técnicas de recolección de datos		X	X		
Análisis de datos e interpretación		X	X	X	
Presentación de resultados			X	X	
Redacción de la tesis				X	
Revisión de tesis					X
Defensa de tesis					X

Anexo 8: Diagrama de flujo del protocolo de investigación

Representaciones sociales y prácticas sobre la alimentación en mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, y sus posibles complicaciones en salud en Yaxcabá, Yucatán.



Anexo 9: Tablas de frecuencia de consumo de alimentos.

La información fue recolectada a través del instrumento de frecuencia de consumo de alimentos, para ello se preguntó por alimentos la frecuencia de consumo semanal en las etapas de gestación y puerperio (diario, 1-2, 3-4, 5- 6 veces a la semana) se consideró como nunca a aquellos alimentos que no eran consumidos de manera frecuente en la semana, también se preguntó los lugares donde adquirieron dichos alimentos.

Se presentan a continuación seis tablas, la primera muestra los resultados de siete grupos de alimentos: verduras, frutas, frutas de temporada, cereales, alimentos de origen animal, leguminosas y aceites, su frecuencia de consumo semanal, expresado en porcentaje de mujeres que lo consumieron y el lugar donde lo obtienen. Las siguientes cinco tablas muestran la frecuencia de consumo por cada uno de los alimentos de cada grupo.

Tabla 4.6.1. Frecuencia de consumo semanal por grupos de alimentos y principales lugares de obtención durante el embarazo y puerperio de las mujeres participantes de Yaxcabá, Yucatán. Embarazo % (N= 56), puerperio % (N=43).

	Frecuencia de consumo semanal										Principal lugar de obtención	
	Nunca		Diario		1-2 veces		3-4 veces		5-6 veces		1	2
	% (n)											
	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P		
Verduras	56 (31)	63 (27)	9 (5)	6 (3)	26 (15)	23 (10)	8 (5)	7 (3)	1 (1)	1 (1)	Tienda de la	Mercado 30%

												comunidad 55%	
Frutas	60 (34)	61 (26)	10 (6)	8 (3)	20 (11)	20 (9)	10 (6)	8 (3)	1 (1)	0 (0)		Tienda de la comunidad 48%	Mercado 16%
Frutas de temporada	77 (43)	78 (34)	7 (4)	7 (3)	13 (7)	11 (5)	3 (1)	3 (2)	0 (0)	0 (0)		Solar 58%	Tienda de la comunidad 20%
Cereales	52 (29)	52 (22)	14 (8)	13 (6)	24 (13)	25 (11)	10 (6)	9 (4)	1 (1)	1 (1)		Tienda de la comunidad 43%	Casa 13%
Alimentos de origen animal	44 (25)	44 (19)	4 (2)	5 (2)	38 (21)	39 (17)	12 (7)	11 (5)	1 (1)	1 (5)		Tienda de la comunidad 92%	Mercado 6%
Leguminosas	70 (39)	70 (30)	4 (3)	4 (2)	20 (11)	21 (9)	5 (3)	5 (2)	0 (0)	0 (0)		Tienda de la comunidad 92%	Despensa 4%
Aceites y grasas	62 (35)	62 (27)	10 (6)	11 (5)	15 (9)	17 (7)	9 (5)	8 (3)	3 (2)	2 (1)		Tienda de la comunidad 88%	Solar 6%

Fuente: Elaboración propia con base en las Frecuencias de Consumo de alimentos de mujeres de Yaxcabá, 2018.

La tabla 4.6.1 muestra los grupos de alimentos y sus frecuencias de consumo semanal. En primer lugar, el grupo de alimentos de que más se consume de manera diaria es el grupo de los cereales, en esta frecuencia, 14 % de las mujeres participantes dijo consumir cereales durante el embarazo y 13% durante el periodo puerperal, en este mismo grupo de alimento, pero en una frecuencia de 1-2 veces por semana, 24% dijo consumirlo durante el embarazo y 25% durante el puerperio. En segundo lugar, en una frecuencia de 1-2 veces por semana, se encuentra el grupo de los alimentos de origen animal, donde 38% de ellas dijo consumirlo durante el embarazo y 39% durante el puerperio. En tercer lugar, los alimentos del grupo de verduras, 26% de las participantes dijo consumirlo en el embarazo y 23% en el puerperio, con una frecuencia de consumo de 1-2 día a la semana. En cuarto lugar, la mayor frecuencia de consumo semanal de frutas fue también de 1-2 veces por semana, siendo que 20 % de las mujeres dijo consumirlas durante el embarazo y puerperio en dicha frecuencia, contrario a la recomendación del consumo diario de frutas y verduras. Cabe señalar que el grupo de alimentos menos consumidos fue el de frutas de temporada, las cuales se obtienen principalmente del solar en un 58.4%. Otros lugares de obtención que destacan es el de la tienda de la comunidad en un 92% para alimentos de origen animal, en el caso de las verduras, principalmente de las tiendas de la comunidad y del mercado, 55% y 30% respectivamente.

Tabla 4.6.2 Frecuencia de consumo semanal de verduras y principales lugares de obtención durante el embarazo y puerperio de las mujeres participantes de Yaxcabá, Yucatán. Embarazo % (N= 56), puerperio % (N=43).

Alimento	Frecuencia de consumo semanal de verduras										Principales lugares de obtención	
	Nunca		Diario		1-2 veces		3-4 veces		5-6 veces		1	2
	% (n)											
E	P	E	P	E	P	E	P	E	P			
Chaya	52 (29)	63 (27)	5 (3)	0 (0)	36 (20)	33 (14)	7 (4)	5 (2)	0 (0)	0 (0)	Solar 96%	Milpa 4%
Chayote	27 (15)	35 (15)	9 (5)	9 (4)	54 (30)	44 (19)	9 (5)	9 (4)	2 (1)	2 (1)	Tienda de la comunidad 61%	Mercado 29%
Calabaza	36 (20)	37 (16)	2 (1)	2 (1)	48 (27)	47 (20)	13 (7)	12 (5)	2 (1)	2 (1)	Tienda de la comunidad 63%	Mercado 17%
Limón	63 (35)	65 (28)	21 (12)	16 (7)	7 (4)	7 (3)	7 (4)	9 (4)	2 (1)	2 (1)	Solar 52%	Tienda de la comunidad 48%
Pepino	63 (35)	86 (37)	7 (4)	2 (1)	20 (11)	9 (4)	11 (6)	2 (1)	0 (0)	0 (0)	Tienda de la comunidad 50%	Mercado 37%
Tomate	82 (46)	84 (36)	7 (4)	5 (2)	5 (3)	7 (3)	5 (3)	5 (2)	0 (0)	0 (0)	Tienda de la comunidad 60%	Mercado 30%
Zanahoria	18 (10)	23 (10)	11 (6)	7 (3)	48 (27)	49 (21)	20 (11)	19 (8)	4 (2)	2 (1)	Tienda de la comunidad 70%	Mercado 28%

Fuente: Elaboración propia con base en las Frecuencias de Consumo de alimentos de mujeres de Yaxcabá, 2018.

En la tabla 4.6.2 se puede observar el bajo consumo diario de verduras, siendo el limón el único que destaca en frecuencia de consumo diario, las mujeres participantes que dijeron consumirlo en esta frecuencia fue 21 % durante el embarazo y 16% en el puerperio. En segundo lugar, un mayor número de mujeres indicó consumir chayote con 53% durante el embarazo y 44 durante el puerperio en una frecuencia de consumo de 1-2 veces por semana. En tercer lugar la zanahoria y la calabaza en 48% de los casos durante el embarazo. En cuarto lugar, la chaya de 1-2 días por semana 36 % y 33% durante ambos periodos, siendo su principal lugar de obtención el solar con un 96%. Otros lugares de obtención de las verduras que destacan son la tienda de la comunidad con un 70% seguido por el mercado de la comunidad con un 29%.

Tabla 4.6.3. Frecuencia de consumo semanal de frutas y principales lugares de obtención durante el embarazo y puerperio de las mujeres participantes de Yaxcabá, Yucatán. Embarazo % (N= 56), puerperio % (N=43).

Alimento	Frecuencia de consumo semanal de frutas										Principales lugares de obtención	
	Nunca		Diario		1-2 veces		3-4 veces		5-6 veces		1	2
	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P		
	%(n)											
Fresa	84 (47)	86 (37)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	13 (7)	12 (5)	2 (1)	0 (0)	Mérida 56%	Mercado 33%
Lima	96 (54)	95 (41)	0 (0)	0 (0)	2 (1)	2 (1)	2 (1)	2 (2)	0 (0)	0 (0)	Solar 50%	Tienda de la comunidad 50%
Manzana	23 (13)	35 (15)	23 (13)	21 (9)	29 (16)	26 (11)	23 (13)	19 (8)	2 (1)	0 (0)	Tienda de la comunidad 70%	Mercado 19%
Mango	30 (7)	34 (15)	25 (14)	19 (8)	30 (17)	30 (13)	14 (8)	16 (27)	0 (0)	0 (0)	Solar 38%	Tienda de la comunidad 31%
Melón	79 (44)	86 (37)	2 (1)	0 (0)	14 (8)	12 (5)	5 (3)	2 (1)	0 (0)	0 (0)	Tienda de la comunidad 73%	Mercado 19%
Papaya	82 (46)	86 (37)	5 (3)	2 (1)	9 (5)	9 (4)	4 (2)	2 (1)	0 (0)	0 (0)	Tienda de la comunidad 50%	Solar 10%
Plátano	18 (10)	26 (11)	20 (11)	14 (6)	41 (23)	49 (21)	20 (11)	12 (5)	2 (1)	0 (0)	Tienda de la comunidad 67%	Solar 13%
Uvas	64 (36)	67 (29)	5 (3)	7 (3)	21 (13)	21 (9)	7 (4)	5 (2)	2 (1)	0 (0)	Mérida 50%	Tienda de la comunidad 35%

Fuente: elaboración propia con base en las frecuencias de consumo de alimentos de mujeres de Yaxcabá, 2018.

En la tabla 4.6.3 se reporta que las frutas que más se consumen son: en primer lugar, la manzana, con una frecuencia diaria en un 23% durante el embarazo y 21% durante el puerperio, destaca también su consumo de 1-2 veces por semana con un 29% durante el embarazo y 26% durante el puerperio. En segundo lugar, el mango, fue consumido diariamente por las mujeres participantes en un 25% durante el embarazo y un 19 % durante el puerperio, el mismo alimento fue consumido de 1-2 veces por semana durante el embarazo y el puerperio en un 30% de los casos. El tercer alimento de este grupo que más fue consumido fue el plátano, de manera diaria 20 % lo consumió durante el embarazo y 14 % durante su puerperio, cabe señalar que el porcentaje más alto se dio en la frecuencia de consumo de 1-2 días por semana, siendo que el 41% lo consumió en esta frecuencia durante su embarazo y 49% durante el puerperio. Dentro de los lugares de obtención destaca la tienda de la comunidad con un 70%, seguido del solar con un 38 % y mercado con un 16.78%.

Tabla 4.6.4. Frecuencia de consumo semanal de cereales y principales lugares de obtención durante el embarazo y puerperio de las mujeres participantes de Yaxcabá, Yucatán. Embarazo % (N= 56), puerperio % (N=43).

Alimentos	Frecuencia de consumo semanal de cereales										Principales lugares de obtención	
	Nunca		Diario		1-2 veces		3-4 veces		5-6 veces		1	2
	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P		
	%(n)											
Arroz	23 (13)	21 (9)	2 (1)	2 (1)	54 (30)	56 (24)	21 (12)	21 (9)	0 (0)	0 (0)	Tienda de la comunidad 93%	Despensa 5%
Avena	39 (22)	40 (17)	14 (8)	14 (6)	32 (18)	28 (12)	13 (7)	14 (6)	2 (1)	5 (2)	Tienda de la comunidad 94%	Mercado 3%
Cereal de caja	48 (27)	63 (27)	14 (8)	5 (2)	23 (13)	21 (9)	14 (8)	12 (5)	0 (0)	0 (0)	Tienda de la comunidad 93%	Despensa 4%
Galletas dulces	43 (24)	40 (17)	20 (11)	21 (9)	27 (15)	28 (12)	11 (6)	12 (5)	0 (0)	0 (0)	Tienda de la comunidad 91%	Despensa 6%
Galletas saladas	55 (31)	51 (22)	11 (6)	9 (4)	23 (13)	30 (13)	11 (6)	9 (4)	0 (0)	0 (0)	Tienda de la comunidad 100%	
Pan francés	43 (24)	42 (18)	16 (9)	16 (7)	30 (17)	33 (14)	11 (6)	9 (4)	0 (0)	0 (0)	Tienda de la comunidad 40%	
Pan dulce	29 (16)	26 (11)	23 (13)	26 (11)	36 (20)	35 (15)	9 (5)	9 (4)	4 (2)	5 (2)	Tienda de la comunidad 33%	
Pan molde blanco	52 (29)	58 (25)	4 (2)	5 (2)	38 (21)	35 (15)	7 (4)	2 (1)	0 (0)	0 (0)	Tienda de la comunidad 100%	
Tortilla de maíz de máquina	38 (21)	47 (20)	45 (25)	35 (15)	7 (4)	9 (4)	11 (6)	9 (4)	0 (0)	0 (0)	Tienda de la comunidad 100%	
Tortilla maíz mano	25 (14)	21 (9)	63 (35)	67 (29)	5 (3)	5 (2)	7 (4)	7 (3)	0 (0)	0 (0)	Casa 78.5%	
Tortilla de harina	71 (40)	67 (29)	2 (1)	2 (1)	23 (13)	28 (12)	2 (1)	0 (0)	2 (1)	2 (1)	Tienda de la comunidad 21.4%	
Papa	34 (19)	33 (14)	5 (3)	7 (3)	36 (20)	35 (15)	25 (14)	26 (11)	0 (0)	0 (0)	Tienda de la comunidad 88%	Mercado 11%
Pastas	54 (30)	56 (24)	2 (1)	0 (0)	30 (17)	30 (13)	11 (6)	14 (6)	4 (2)	0 (0)	Tienda de la comunidad 96.2%	Mercado 3.7%

En la tabla 4.6.4 muestra con mayor frecuencia de consumo diario a las tortillas de mano, 63% durante el embarazo y 67% durante el puerperio. En segundo lugar, las tortillas de maíz de máquina, con un consumo diario reportado por un 45% de las mujeres durante el embarazo y 35% en su puerperio. En tercer lugar de los alimentos con una frecuencia de consumo diario, fue el pan dulce, 23% dijo consumirlo durante su embarazo y 26% en la etapa puerperal.

Los alimentos que más fueron consumidos de 1-2 veces a la semana fueron el arroz, con 54% de las participantes durante el embarazo y un 56% durante el puerperio. El pan de molde blanco fue consumido por el 38 % en el embarazo y 35% en el puerperio. Por otro lado, hubo un consumo significativo de la papa durante el embarazo con un 36% y 35 % en el puerperio.

Tabla 4.6.5. Frecuencia de consumo semanal de leguminosas y principales lugares de obtención durante el embarazo y puerperio de las mujeres de las participantes de Yaxcabá, Yucatán. Embarazo % (N= 56), Puerperio % (N= 43).

Alimento	Frecuencia del consumo semanal de leguminosas										Principal lugar de obtención	
	Nunca		Diario		1 – 2 veces		3 – 4 veces		5 – 6 veces		1	2
	% (n)											
	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P		
Frijol negro	16 (9)	21 (9)	21 (12)	21 (9)	38 (2)	37 (16)	21 (12)	16 (7)	3 (2)	5 (2)	Tienda de la comunidad 96% (45)	Milpa 4% (2)
Frijol colado	73 (41)	70 (30)	4 (2)	5 (2)	18 (10)	19 (8)	5 (3)	7 (3)	0 (0)	0 (0)	Tienda de la comunidad 88% (14)	Casa 13% (2)
Ibes	67 (37)	65 (28)	2 (1)	0 (0)	31 (17)	35 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	Tienda de la comunidad 29% (16)	Milpa 3% (1)
Lentejas	71 (40)	77 (33)	0 (0)	0 (0)	29 (16)	23 (10)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	Tienda de la comunidad 80.% (12)	Prospera 20% (3)

Fuente: elaboración propia con base en las Frecuencias de Consumo de alimentos de mujeres de Yaxcabá, 2018.

La tabla 4.6.5 muestra que el frijol negro es la leguminosa que más se consume seguido de los *ibes*. En Primer lugar, el consumo más frecuente de frijol negro, por parte de las participantes, se da de 1-2 veces a la semana con 37.5% en el embarazo y 37% en el puerperio; el mismo alimento, es consumido diariamente por ellas en un 21% durante el embarazo y 21% en puerperio. En segundo lugar los *ibes* fueron consumidos por 31% de las mujeres en su etapa gestacional y 35% durante el puerperio, en una frecuencia de 1-2 veces por semana. Las lentejas tienen un bajo consumo, de 1-2 veces a la semana, 29% en embarazo y 23% en puerperio.

Tabla 4.6.6. Frecuencia de consumo semanal de bebidas y principales lugares de obtención durante el embarazo y puerperio de las mujeres de las participantes de Yaxcabá, Yucatán. Embarazo % (N= 56), Puerperio % (N= 43).

Alimento	Frecuencia de consumo semanal de bebidas										Lugar de obtención
	Nunca		Diario		1 – 2 veces		3 – 4 veces		5 – 6 veces		
	% (n)										
	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	
Agua natural	5 (3)	5 (2)	89 (50)	88 (38)	0 (0)	0 (0)	4 (2)	5 (2)	2 (1)	2 (1)	Tienda de la comunidad o se elaboran de manera casera.
Agua de fruta	50 (28)	40 (17)	21 (12)	26 (11)	9 (5)	9 (4)	16 (9)	21 (9)	4 (2)	5 (2)	
Atole	54 (30)	51 (22)	18 (10)	14 (6)	20 (11)	26 (11)	4 (2)	2 (1)	5 (3)	7 (3)	
Chocolate	77 (43)	72 (31)	2 (1)	2 (1)	18 (10)	21 (9)	2 (1)	2 (1)	2 (1)	2 (1)	
Horchata	43 (24)	49 (21)	14 (8)	12 (5)	25 (14)	26 (11)	18 (10)	14 (6)	0 (0)	0 (0)	
Jugos de fruta	54 (30)	58 (25)	16 (9)	14 (6)	21 (12)	16 (7)	9 (5)	12 (5)	0 (0)	0 (0)	
Pozole de coco	70 (39)	83 (35)	4 (2)	2 (1)	25 (14)	14 (6)	2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Pozole de maíz	79 (44)	81 (35)	5 (3)	2 (1)	16 (9)	14 (6)	0 (0)	2 (1)	0 (0)	0 (0)	
Pozole de masa nueva	89 (50)	86 (37)	0 (0)	0 (0)	9 (5)	9 (4)	0 (0)	2 (1)	2 (1)	2 (1)	
Refrescos embotellados	34 (19)	21 (9)	21 (12)	23 (10)	23 (13)	30 (13)	14 (8)	21 (9)	7 (4)	5 (2)	

Fuente: elaboración propia con base en las Frecuencias de Consumo de alimentos de mujeres de Yaxcabá, 2018.

En la tabla 4.6.6. se observa que el agua natural y los refrescos embotellados presentan un mayor consumo. La mayor frecuencia de consumo de agua natural es diariamente con un 83.9% en el embarazo y 88.4% en puerperio, llama la atención que 5% de las participantes dijeron no consumir agua en ambos periodos. En segundo lugar, los refrescos embotellados tienen una mayor frecuencia de consumo de 1-2 veces por semana, fueron consumidos en mayor frecuencia en el puerperio con 30% que en el embarazo con 23%, de las mujeres encuestadas 21% señalaron consumir diario refrescos embotellados durante el embarazo y 23% en el puerperio. Las mujeres que consumen agua de frutas su mayor frecuencia es diario con 21% en el embarazo y 26% en el puerperio. El consumo de atole aumenta en el puerperio siendo más frecuente de 1-2 veces por semana 20% en embarazo y 26% durante el puerperio.