

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA PROFESIONAL DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL



TESIS:

"Efectos de la cultura alimentaria según los ingresos económicos y la religión de las mujeres en el proceso de gestación en el pueblo de Quinua - Ayacucho, 2024"

Para optar el título profesional de:

LICENCIADA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

PRESENTADO POR:

Bach. Cyntia Daniela HUAMAN GARCIA

ASESOR:

Dr. Néstor Godofredo TAIPE CAMPOS

AYACUCHO - PERÚ

2026

A Graciela y María, por su
apoyo incondicional, paciencia
y comprensión.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, alma mater de las ayacuchanas y ayacuchanos, mi más profundo agradecimiento por haber sido el espacio que albergó mi formación profesional y personal. De manera especial, a la Facultad de Ciencias Sociales y a la Escuela Profesional de Antropología Social, por brindarme la oportunidad de formarme en el campo de las ciencias sociales, bajo una mirada crítica y comprometida con la realidad.

A los docentes de la Escuela Profesional de Antropología Social, mi sincero reconocimiento por compartir generosamente sus conocimientos, experiencias y enseñanzas, que orientaron mi camino en la disciplina. En especial, agradezco de corazón al Dr. Néstor Godofredo Taipe Campos, por su constante guía y valiosa asesoría en el desarrollo de esta investigación.

Extiendo mi agradecimiento a los funcionarios de la Municipalidad Distrital de Quinua, por su colaboración y disposición al facilitar información relevante para el desarrollo del presente estudio.

Agradezco también al personal de salud del Centro de Salud de Quinua, especialmente al consultorio gineco-obstétrico, y en particular a la Lic. Belisa Arana, por su valioso apoyo en la identificación de las gestantes, por compartir información contextual sobre las principales patologías obstétricas presentes en la localidad, y por facilitar el acceso a historias clínicas relevantes, con el consentimiento correspondiente de las gestantes. Su colaboración fue clave para comprender la situación de salud materna del distrito de Quinua.

Asimismo, agradezco de manera especial a la Lic. Mayte Munaylla Sulca y al Lic. Elmer Camacho Capcha, obstetras de la ciudad de Huamanga, por su generosa disposición y claridad al explicarme en detalle las complicaciones obstétricas más frecuentes. Sus aportes fueron esenciales para interpretar adecuadamente aspectos clínicos que eran ajenos a mi formación antropológica.

Agradezco profundamente al pastor de la Iglesia Evangélica Vetania, al pastor de la Iglesia Evangélica de Puca Rumi y al Sr. Vidal, así como al padre Edwin y al padre Richard, por su amabilidad y paciencia al explicarme, desde su fe, aspectos relacionados con la religión y la alimentación durante el embarazo.

A las informantes que participaron en este estudio, les expreso mi más profundo agradecimiento. Sus testimonios y experiencias me permitieron acercarme de manera directa a las realidades que enfrentan en su vida cotidiana, particularmente en relación con su cultura alimentaria. Gracias por su confianza, hospitalidad y por acogerme como una más de su familia durante el trabajo de campo; esa experiencia dio sentido profundo a esta investigación.

Agradezco profundamente a Graciela García Rojas, por su tiempo, generosidad y apoyo durante los fines de semana, en la realización de entrevistas, contribuyendo significativamente al desarrollo de este estudio.

RESUMEN

La tesis titulada *“Efectos de la cultura alimentaria según los ingresos económicos y la religión de las mujeres en el proceso de gestación en el pueblo de Quinua – Ayacucho, 2024”* tuvo como objetivo analizar y determinar los efectos de la cultura alimentaria según los ingresos económicos y las creencias/prácticas religiosas durante el proceso de gestación. Para ello, se empleó una metodología cualitativa de tipo etnográfico, utilizando las técnicas de observación participante y entrevistas estructuradas. Los resultados evidenciaron que todas las gestantes, independientemente de sus niveles socioeconómicos, presentan vulnerabilidad nutricional. Las gestantes con mayores ingresos acceden a una alimentación más variada, pero son afectadas por antojos o por malestares fisiológicos. En cambio, gestantes con bajos ingresos presentaron limitaciones económicas y rechazaron alimentos con contenido ferroso, ya sea por preferencias o malestares físicos. Además, tanto de mayores ingresos como bajos, manifestaron tener creencias culturales en su alimentación cotidiana como alimentos “fríos-calientes”, alimentos prohibidos o beneficiosos, “comer por dos” y la satisfacción de los antojos, estos dos últimos contribuyeron a casos de obesidad y sobrepeso. Asimismo, también se observó las creencias religiosas: las gestantes evangélicas presentaron mayores restricciones, guiadas por interpretaciones bíblicas que valoran el ayuno y los tabúes alimentarios buscando la pureza del cuerpo asemejándose a la santidad, lo que les generó complicaciones en los fetos como partos prematuros, bajo peso y desnutrición; no obstante, las gestantes católicas mostraron mayor flexibilidad alimentaria. En conclusión, la cultura alimentaria gestacional está profundamente atravesada por factores económicos, simbólicos y religiosos que inciden directamente en la salud materno-fetal.

Palabras clave: Gestación, cultura alimentaria, ingresos económicos, creencias religiosas, prácticas religiosas.

ABSTRACT

The thesis titled *Effects of food culture according to women's economic income and religion during pregnancy in the town of Quinua – Ayacucho, 2024* aimed to analyze and determine the effects of food culture according to economic income and religious beliefs/practices during pregnancy. A qualitative ethnographic methodology was employed, using participant observation and structured interviews. The results revealed that all pregnant women, regardless of their socioeconomic level, exhibited nutritional vulnerability. Women with higher incomes had access to more varied diets but were affected by cravings and physiological discomfort. In contrast, women with lower incomes faced economic limitations and often avoided iron-rich foods due to preferences or physical discomfort. Additionally, both higher- and lower-income women reported cultural beliefs affecting their daily diet, such as classifying foods as “hot” or “cold”, identifying forbidden or beneficial foods, “eating for two”, and satisfying cravings; the latter two contributed to cases of overweight and obesity. Religious beliefs were also observed: evangelical women experienced greater dietary restrictions, guided by biblical interpretations that emphasize fasting and food taboos to preserve bodily purity akin to holiness, which sometimes led to fetal complications such as preterm birth, low birth weight, and malnutrition. In contrast, catholic women displayed greater dietary flexibility. In conclusion, gestational food culture is deeply influenced by economic, symbolic, and religious factors that directly affect maternal and fetal health.

Keywords: Pregnancy, food culture, economic income, religious beliefs, religious practices.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.1 Realidad problemática	4
1.2 Delimitación de la investigación	9
1.2.1 Delimitación temática	9
1.2.2 Delimitación territorial.....	10
1.2.3 Delimitación temporal	12
1.2.4 Delimitación teórica.....	13
1.2.5 Delimitación de los sujetos de estudio	13
1.3 Formulación del problema	13
1.3.1 Problema general	13
1.3.2 Problemas específicos.....	13
1.4 Justificación, viabilidad y dificultades afrontadas	14
1.4.1 Justificación.....	14
1.4.2 Viabilidad	15
1.4.3 Dificultades afrontadas en el proceso de investigación	16
1.5 Objetivos de la investigación	16
1.5.1 Objetivo general	16

1.5.2 Objetivos específicos	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1 Antecedentes	18
2.1.1 Antecedentes globales	18
2.1.2 Antecedentes locales	21
2.2 Bases teóricas	25
2.3 Definición de categorías	29
2.3.1 Cultura alimentaria	29
2.3.2 Creencias religiosas	32
2.3.3 Prácticas religiosas	34
2.3.4 Desnutrición	37
2.3.5 Anemia	40
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	44
3.1 Tipo y diseño de investigación	44
3.2 Población estudiada	45
3.3 Hipótesis	46
3.4 Variables y operacionalización	46
3.5 Métodos y técnicas de investigación	48
3.5.1 Métodos de investigación	48
3.5.2 Técnicas de investigación	48
3.6 Descripción de los instrumentos utilizados	51
3.7 Descripción del análisis e interpretación de los datos	53
3.8 Cuestiones éticas	55
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	58

4.1 Impacto de la cultura alimentaria en el proceso de gestación de las mujeres embarazadas según sus niveles de ingresos económicos	58
4.1.1 Patrones de consumo de alimentos y su capacidad adquisitiva en mujeres gestantes según los niveles de ingresos económicos	58
4.1.2 Frecuencia y variedad de la dieta de las mujeres gestantes de diferentes niveles socioeconómicos	76
4.1.3 Conocimientos y creencias sobre la alimentación saludable en relación con el ingreso económico familiar	96
4.1.4 Trastornos nutricionales y complicaciones obstétricas en mujeres gestantes: un estudio antropológico de los patrones alimentarios y el nivel socioeconómico	107
4.1.5 Evolución del peso materno y desarrollo fetal: impacto de la dieta y lo económico .	122
4.2 Influencia de las creencias religiosas en la cultura alimentaria de las mujeres gestantes y su impacto en el desarrollo del embarazo	139
4.2.1 Filiación religiosa, prácticas religiosas y su influencia en los hábitos alimentarios durante el embarazo	140
4.2.2 Fuentes de información sobre la alimentación durante la gestación y la relación entre recomendaciones médicas y sus resultados en la salud materno-fetal	154
4.2.3 Conflictos entre las indicaciones médicas y las creencias religiosas en la alimentación durante la gestación	162
4.2.4 Impacto de las prácticas religiosas sobre la alimentación, la ganancia de peso y el desarrollo fetal durante el embarazo	169
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	181
REFERENCIAS	183
ANEXO	196
Anexo 1. Matriz de consistencia	196
Anexo 2. Instrumentos de investigación	197
Anexo 3. Copia del cargo de la solicitud presentada al Centro de Salud de Quinoa	201

Anexo 4. Historias de vida de las mujeres gestantes del pueblo de Quinoa.....	202
---	-----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Cuadro de disciplinas y categorías.....	27
Tabla 2 Operacionalización de variables	47
Tabla 3 Patrones de consumo alimentario y factores condicionantes según el nivel de ingresos económicos de las gestantes	59
Tabla 4 Frecuencia y variedad de la dieta durante la gestación de las mujeres con nivel socioeconómico bajo	77
Tabla 5 Frecuencia y variedad de la dieta durante la gestación de las gestantes con nivel socioeconómico medio.....	83
Tabla 6 Frecuencia y variedad de la dieta durante la gestación de las mujeres con nivel socioeconómico alto.....	87
Tabla 7 Fuentes de información de las gestantes sobre la alimentación	97
Tabla 8 Ejemplos de alimentos fríos y calientes	100
Tabla 9 Problemas de salud, nivel socioeconómico y percepciones de tratamiento en mujeres gestantes	108
Tabla 10 Evolución de peso materno y desarrollo fetal influenciado por factores culturales y económicos	123
Tabla 11 Influencia en los hábitos alimentarios según las creencias o prácticas religiosas	143
Tabla 12 Ayuno durante la gestación y sus efectos en las mujeres evangélicas	150
Tabla 13 Influencia de líderes religiosos en las prácticas alimentarias durante el embarazo según testimonios de gestantes	155
Tabla 14 Conflictos o tensiones entre las indicaciones médicas y su afiliación religiosa sobre la alimentación durante su embarazo.....	163
Tabla 15 Influencia de las creencias religiosas sobre la alimentación y en la salud de las mujeres gestantes católicas.....	170
Tabla 16 Impacto de la creencia religiosa sobre la alimentación y salud de las mujeres evangélicas	175
Tabla 17 Impacto de la alimentación y factores no religiosos en gestantes sin filiación religiosa	179

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Indicadores para establecimientos de salud del Ministerio de Salud del Perú	8
Figura 2 Mapa geográfico del distrito de Quinua.....	11
Figura 3 Mapa satelital con los jirones y avenidas principales del centro poblado de Quinua, Ayacucho	12
Figura 4 Suplementación de hierro y ácido fólico a gestantes y puérperas	41
Figura 5 Almacenamiento de alimentos en sus hogares.....	73
Figura 6 Crianza de ganado y aves de corral para autoconsumo y venta.....	74
Figura 7 Almuerzo: tallarines con habas	81
Figura 8 Almuerzo cotidiano de las gestantes con ingresos bajos	82
Figura 9 Almuerzo de las gestantes con ingresos medios	86
Figura 10 Alimentación de las gestantes con ingresos altos.....	90
Figura 11 Meses de embarazo a la primera atención para el último nacimiento de los últimos cinco años (en porcentaje), según área de residencia, 2024.	104
Figura 12 Iglesia San Pedro de Quinua.....	141
Figura 13 Iglesia Evangélica Vetania - Quinua	141
Figura 14 Iglesia Pentecostal Puca Rumi - Quinua	142

INTRODUCCIÓN

La presente investigación antropológica se centra en comprender cómo la cultura alimentaria de las mujeres gestantes del pueblo de Quinua es influenciada por sus ingresos económicos familiares y sus creencias/prácticas religiosas, poniendo atención principalmente en los efectos, a causa de ellos, en la salud materno-fetal.

La alimentación durante el embarazo es fundamental para la salud materna, ya que puede influir en el desarrollo fetal y en la prevención de complicaciones durante esta etapa y durante el parto. Por lo que, una adecuada nutrición durante el embarazo contribuye a disminuir el porcentaje de morbilidad materna y, sobre todo, de morbimortalidad infantil en todo el mundo (Vidaña, 2021). Sin embargo, diversos aspectos entre ellos los religiosos y económicos pueden moldear significativamente la cultura alimentaria de las mujeres gestantes porque no solo condicionan lo que pueden comer sino cómo, cuándo, con quiénes y en qué momento comer. Adaptando sus hábitos a las normas religiosas y condiciones económicas de su hogar, repercutiendo de un modo u otro en su estado de salud y bienestar. Por este motivo, este estudio forma parte de una investigación más amplia ya que se aborda no solo la problemática de la salud materno-fetal, sino que va más allá, conocer los desafíos que enfrentan cada una de ellas y su cosmovisión a partir de su cultura durante la gestación.

En los últimos años, la salud materno-fetal es un tema de creciente interés global. En este sentido, se encontraron estudios sobre la alimentación del embarazo desde la nutrición, medicina y obstetricia, como el estudio de Salinas & Miñano (2021) sobre los mitos y creencias de los alimentos durante el embarazo, y otras investigaciones que hasta proponen algunas soluciones o dando alternativas distintas

al consumo de los suplementos que dan en los establecimientos de salud para combatir la anemia como la de Avendaño & Damaso (2023). Que si bien algunos utilizan el método cualitativo, pero no tienen un enfoque etnográfico como debe de ser, de manera que se conozca de cerca la realidad de las gestantes, salvo la investigación de Encino (2024), que desarrolló la cultura alimentaria desde una perspectiva simbólica. A pesar de estos aportes, persiste la necesidad de un estudio con un enfoque interdisciplinario, cualitativo y con énfasis etnográfico que considere la interacción entre factores culturales, económicos y religiosos, y no solo dar datos estadísticos o mencionar las creencias culturales sin entenderlas y juzgándolas.

Razón por la cual el problema surgió por la falta de comprensión detallada sobre los factores de orden religioso y económico que influyen en la cultura alimentaria de las mujeres embarazadas en comunidades rurales. Siendo así que, el estudio de la cultura alimentaria es especialmente relevante, dado que, en muchas comunidades rurales, las mujeres embarazadas enfrentan diversos desafíos para acceder a una nutrición adecuada debido a limitaciones económicas y restricciones sociales. Además, las creencias religiosas tienen una función esencial en la vida cotidiana de estas mujeres, guiando no solo su comportamiento espiritual, sino también sus decisiones relacionadas con la salud y la alimentación. Por ello, este tema resulta de gran importancia en el contexto académico, ya que ofrece una perspectiva intercultural sobre la influencia de factores socioeconómicos y religiosos en las prácticas alimentarias.

Por otra parte, el estudio tiene un fuerte componente práctico porque puede contribuir a la mejora de las políticas públicas relacionadas con la salud materno infantil, así como a la planificación de programas de nutrición y salud más efectivos y adaptadas a la realidad local, contribuyendo a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad materno-fetal.

En este contexto, el presente estudio pretende responder a los efectos de los ingresos económicos y la filiación religiosa sobre la cultura alimentaria y su proceso de gestación de las mujeres embarazadas del pueblo de Quinua. Los objetivos específicos son, en primer lugar, determinar cómo influyen los niveles de los ingresos económicos de las mujeres embarazadas, en el pueblo de Quinua, sobre los patrones

de su cultura alimentaria y, por consiguiente, su proceso de gestación. En segundo lugar, se pretende examinar de qué manera las creencias y prácticas religiosas de las mujeres gestantes en el pueblo de Quinoa afectan los patrones de su cultura alimentaria y, por consiguiente, su proceso de gestación. A través de estos objetivos, se busca ofrecer una comprensión más profunda de la relación entre cultura alimentaria, economía, religión y salud en este grupo de población.

La estructura de la tesis está constituida de cuatro capítulos: el primero aborda el problema de la investigación; el segundo desarrolla el marco teórico; el tercero hace conocer el marco metodológico; y, por último, el cuarto expone el análisis, interpretación y discusión de los resultados. Finalmente, la tesis culmina con las conclusiones y recomendaciones, también se presenta las referencias y los anexos.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Realidad problemática

Para comenzar es necesario comprender lo que se entiende por antropología de la alimentación, definida como:

...una rama o subdisciplina de la antropología, con un notable desarrollo en las últimas décadas, pero sobre todo ha destacado por el interés que antropólogos, científicos sociales y nutriólogos han mostrado al aproximarse de manera multidisciplinaria y pluridisciplinaria en asuntos relacionados a la alimentación y la nutrición. (Pérez, 2006, p. 142)

Es decir, se trata del estudio de la relación del ser humano con los alimentos que analiza no solo qué y cómo se come, ya que también están presentes los factores socioculturales, económicos, psicológicos, geográficos, entre otros, que inciden en esta práctica.

Presento a continuación una experiencia propia. Desde que tengo uso de razón he estado constantemente acudiendo a un establecimiento de salud. Según me relató mi madre, al momento de mi nacimiento estuve en estado crítico debido a que nací morada por “tragarme líquido”, ya que a los siete meses de gestación se le rompió la fuente. Ambas estuvimos en riesgo de muerte, estuve en una incubadora luego la jefa de mi madre me echó agüita de socorro diciendo “...si muere se irá al cielo”, pero respondí al tratamiento y al darme de alta, en un primer momento los médicos le

aseguraron a mi madre que yo estaba bien, solo con bajo peso y le recomendaron que me ponga al sol un cierto tiempo para volver a mi color.

Con el paso del tiempo, comenzaron a manifestarse síntomas preocupantes: cuando lloraba, me salía sangre de la nariz y terminaba desmayada; al dormir, mi madre no percibía ni mi respiración ni mis latidos y mi cuerpo estaba completamente frío. Esto la asustaba por lo que solía llevarme al establecimiento de salud más cercano. En una de esas visitas, un médico le dijo que “lo que tenía era pena” que con el tiempo se me pasaría. Como eso le decían, los médicos, a mi madre y los síntomas desaparecieron, lo dejamos.

Sin embargo, cuando estaba en la secundaria reaparecieron signos preocupantes como las punzadas en el pecho, que en ocasiones me dejaba sin poder respirar, y fatiga al realizar actividad física, tanto en clase de Educación Física como en la práctica de judo en el Instituto Peruano del Deporte (IPD). Esto motivó a una serie de exámenes médicos en el EsSalud y en el Hospital Regional de Ayacucho: hemogramas, electrocardiograma (EKG), ecocardiograma, rayos X, tomografías, Holter por 24 horas, prueba de esfuerzo, angiografía y angioplastia. Dándome como diagnóstico, cardiopatía (problemas en las válvulas cardíacas) y taquicardia supraventricular.

Le comenté al cardiólogo que, al momento de mi nacimiento los médicos le habían dicho a mi madre que yo había nacido sana. Además, le pregunté por qué podría haber nacido con un problema cardíaco si en mi familia no existían antecedentes de enfermedades del corazón. El médico me respondió que una de las posibles causas podría haber sido una alimentación deficiente durante la gestación y factores de emociones intensos como el llanto excesivo de la madre durante el embarazo.

Intrigada por la explicación, le pregunté a mi madre cómo se ha alimentado cuando estaba gestando de mí. Su respuesta fue que no había tenido una alimentación adecuada y que los primeros meses no comía porque tenía náuseas además se antojaba mucho de gaseosa y pan con palta.

En 2019, leí una noticia del diario Correo, que me hizo recordar la explicación del cardiólogo sobre el estado de mi salud y el bajo peso con el que nací. La nota fue lo siguiente:

El 32 % de las madres gestantes sufren de anemia en la región de Ayacucho, sin embargo, estas cifras no se tornan alarmantes solo en la zona rural, pues en la provincia de Huamanga se advierte que el 42 % de las embarazadas tienen este problema. (Correo, 2019)

Mientras buscaba un tema para desarrollar mi tesis y poder titularme, continué revisando noticias locales y encontré un artículo del diario Jornada que reforzaba tanto mi historia personal como lo reportado por el diario Correo. El texto señalaba:

Según la última Encuesta Demográfica y de la Salud Familiar (ENDES) más del 28 % de gestantes en la región de Ayacucho sufre anemia, mientras que el 22 % acabó en un parto prematuro debido a la falta de control prenatal. (Jornada, 2024)

Y para centrarme mejor en el tema que quería estudiar también está lo presenciado durante mis prácticas preprofesionales en el distrito de Quinua. Pude observar de cerca que muchas mujeres gestantes se alimentan de acuerdo a sus posibilidades económicas y sus creencias religiosas. En el marco de una feria nutritiva, organizada por la Municipalidad, conversé con una señora quinuina que me relató que su última hija nació con anemia, mientras que su otra hija, actualmente de cuatro años de edad, nació con bajo peso. Le pregunté si durante su embarazo había consumido alimentos ricos en vitaminas, proteínas y hierro, me respondió que varios alimentos le provocaban náuseas o simplemente no eran de su preferencia, como la morcilla, el yuyo y la sangrecita. Además, comentó que hacía lo posible por alimentarse, a lo que ella cree ser, adecuadamente, pero su situación económica no era estable. A pesar de ser beneficiaria del Programa Nacional de Apoyo a los más Pobres – JUNTOS, el apoyo no le era suficiente, ya que tiene tres hijas, es madre soltera y no cuenta con un empleo estable.

Otro caso que escuché fue en una conversación entre señoras a la salida del Centro de Salud de Quinua. Una de ellas comentaba que la doctora le había

recomendado consumir alimentos ricos en hierro, como el hígado o la sangrecita, debido a su bajo peso, pero que no seguiría dichas recomendaciones por razones relacionadas con sus creencias religiosas.

Estas experiencias me motivaron a profundizar en las problemáticas que afectan la salud materna, identificando, en primer lugar, una notoria escasez de programas y esfuerzos enfocados en la etapa de gestación, particularmente en mujeres de zonas rurales. Según datos del Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) y el Sistema de Información de Salud (HIS) (Instituto Nacional de Salud, 2024a), el distrito de Quinua hasta mayo del 2024 registra un 36.84 % de gestantes con anemia, sin embargo, hasta el mes de julio de 2024 sube un 1.94 puntos porcentuales, a 38.78 %. A nivel regional, en Ayacucho, datos del SIEN y del HIS (Instituto Nacional de Salud, 2024b) de julio de 2024, el 23.17 % de las gestantes presenta anemia, desglosando en grados: el 16.28 % de anemia leve, 6.79 % de anemia moderada y 0.09 % de anemia severa.

A nivel nacional, la prevalencia de anemia en gestantes muestra una tendencia variable. De acuerdo con el Sistema de Información del Estado Nutricional de niños y gestantes Perú (Ministerio de Salud et al., 2024), en la cual nos muestra el porcentaje de anemia en gestantes y el déficit de peso y sobrepeso desde el año 2009 al 2023, adicionándose el Índice de Masa Corporal Pre-Gestacional (IMC PG) desde el año 2014 al 2023 (ver Figura 1).

Figura 1*Indicadores para establecimientos de salud del Ministerio de Salud del Perú*

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Gestantes															
Proporción de anemia	26,7	27,3	27,6	26,7	25,5	24,4	24,2	23,7	23,2	18,9	18,5	19,6	20,6	19,9	17,1
<15 años	25,3	25,7	29,1	27,3	28,5	28,3	27,4	28,7	25,5	21,1	20,7	22,9	22,1	20,9	19,6
15 – 19 años	28,5	29,8	30,1	29,3	28,7	27,3	27,8	27,7	27,2	22,4	22,4	23,0	24,0	23,2	20,8
20 – 24 años	27,4	28,1	28,3	27,2	25,9	24,8	24,4	23,8	23,9	19,3	19,3	20,6	21,7	20,7	17,9
25 – 29 años	25,7	26,0	25,9	25,4	23,8	22,9	22,5	21,1	21,3	17,4	16,9	18,1	19,1	18,9	16,1
30 – 34 años	25,0	25,7	25,3	24,7	23,2	22,3	22,1	21,5	20,8	17,1	16,3	17,4	18,8	18,0	15,3
35 – 39 años	26,8	26,6	27,2	25,6	24,4	23,6	22,7	22,3	21,8	17,4	16,5	18,1	19,4	18,7	15,5
40 – 44 años	29,8	30,1	30,5	29,1	26,6	26,7	25,4	24,0	23,4	19,2	18,0	19,7	20,0	18,9	17,0
45 – 49 años	37,7	34,9	33,4	32,5	31,3	32,0	28,6	30,4	28,4	22,6	22,9	25,6	22,8	24,3	17,6
Proporción de Déficit de Peso - CLAP	14,9	14,0	12,7	12,1	12,8	10,5	10,5	10,5	11,5	10,9	10,8	8,6	8,9	9,4	8,7
Proporción de Sobrepeso - CLAP	30,4	32,1	34,4	36,1	36,3	40,3	41,4	42,2	41,0	43,0	44,0	48,7	49,1	48,4	50,4
Proporción de Bajo Peso – IMC Pre-gestacional	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	2,1	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0	1,7	1,8	1,9	1,8
Proporción de Sobrepeso – IMC Pre-gestacional	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	30,9	31,4	31,7	32,2	32,9	33,6	34,2	34,5	34,4	35,3
Proporción de Obesidad – IMC Pre-gestacional	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	9,5	10,3	10,8	11,5	12,5	13,5	13,8	14,4	15,2	18,1

Fuente: SIEN HIS 2023.

El sistema de información, indica que durante el periodo 2009 al 2023 la anemia en gestantes disminuyó en 9.6 puntos porcentuales, de 26.7 % a 17.1 % respectivamente. Sin embargo, para el periodo de enero a mayo de 2024, según datos del SIEN y del HIS (Instituto Nacional de Salud, 2024a) la anemia en gestantes aumentó un 0.32 puntos porcentuales, de 17.1 % a 17.42 %; también nos da datos según los grados, el 12.41 % fue de anemia leve, el 4.92 % de anemia moderada y el 0.09 % de anemia severa. Pero para el mes de julio bajó de 17.42 % a 17.16 %.

Aunque cabe resaltar que la región de Ayacucho, hasta julio de 2024, está dentro de los tres primeros puestos con más casos de mujeres con anemia en el país, con un 23.17 %; el primer puesto lo ocupa Tacna con un 25.17 %, seguido de Pasco con un 23.89 % (Instituto Nacional de Salud, 2024b).

Además, según los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023 del (INEI, 2024) nos informa que el 15.3 % de mujeres ha tenido alguna vez un embarazo que terminó en pérdida, aborto o nacido muerto en los cinco años anteriores a la Encuesta. De este total, el 84.9 % ocurrió cuando tenían entre 1 y 3 meses de embarazo.

En síntesis, mi experiencia personal con una cardiopatía congénita y taquicardia supraventricular posiblemente relacionada con una alimentación deficiente durante la gestación y complicaciones al momento del parto. Así como los casos observados en el centro poblado de Quinua evidencian una compleja intersección entre factores culturales, económicos, religiosos y de salud que afectan a las mujeres gestantes. Aunque existen programas a nivel nacional, regional y distrital enfocados principalmente en la población infantil, se identifica una escasez significativa de esfuerzos centrados específicamente en la etapa de la gestación, a pesar de su vital importancia para la salud de la madre y el desarrollo del bebé. Las cifras reportadas, como la anemia en gestantes en Quinua supera el 38 % y Ayacucho se encuentra entre las regiones con mayor prevalencia a nivel nacional, manifiestan tasas alarmantes de anemia, desnutrición y otras complicaciones que afectan directamente a las mujeres embarazadas. Esta problemática se ve agravada por la limitada disponibilidad de recursos económicos, así como por las creencias culturales y religiosas profundamente arraigadas en la población quinuina, las cuales restringen el acceso a una alimentación adecuada durante el embarazo.

1.2 Delimitación de la investigación

Al elegir el tema de investigación, reconocí la necesidad de establecer una delimitación, dado que la cultura alimentaria constituye un fenómeno holístico que involucra múltiples dimensiones: socioculturales, económicos, simbólicos, entre otros. Sin una delimitación de la investigación precisa corría el riesgo de volverse en un proyecto ambicioso que podría desbordar los objetivos y dificultar su desarrollo. Por ello, la delimitación fue fundamental para garantizar la viabilidad del estudio asimismo no dejar vacíos.

Siguiendo la propuesta de Durand (2014), la investigación se ha delimitado en torno a cuatro coordenadas metodológicas: temática, territorial, temporal y teórico, incluyendo a los sujetos de estudio. Las cuales se detallan a continuación:

1.2.1 Delimitación temática

Se investigó los efectos de la cultura alimentaria según los ingresos económicos y la religión de las mujeres en proceso de gestación.

Orientándose a comprender cómo estas dos variables influyen en los conocimientos, prácticas, creencias y decisiones alimentarias de las mujeres durante el embarazo, considerando este periodo como un momento socialmente regulado y culturalmente significativo.

1.2.2 Delimitación territorial¹

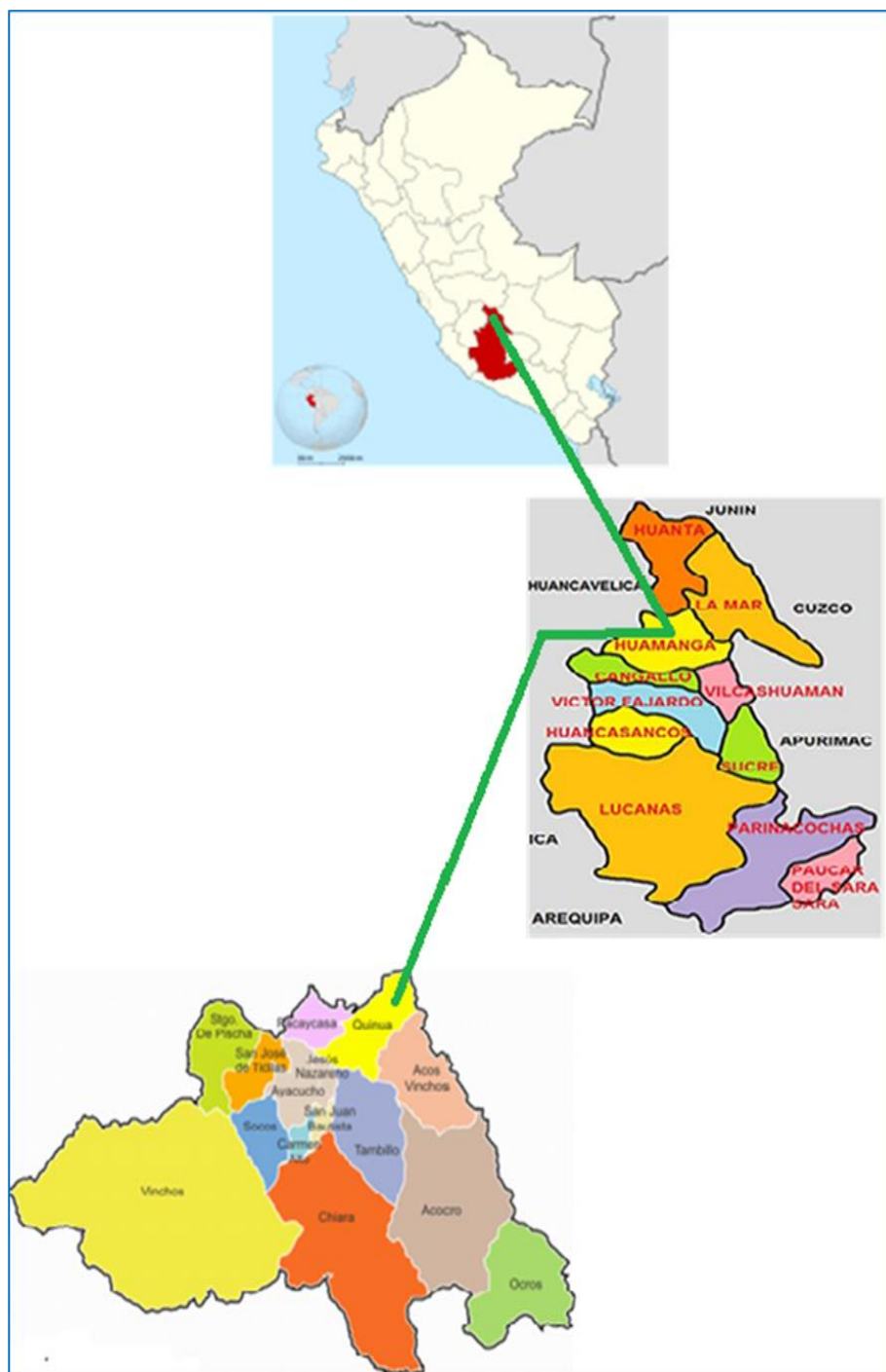
El estudio se realizó en el centro poblado de Quinua, provincia de Huamanga, región de Ayacucho (véase Figura 2). Para llegar a dicho pueblo, desde la ciudad de Huamanga, es aproximadamente de una hora en combi y unos 30 o 40 minutos en auto.

Las combis y los autos salen del ex paradero Huanta a partir de las seis de la mañana, todos los días de la semana.

El costo del pasaje varía según el medio y el día: en combi el pasaje suele costar 5 soles de lunes a viernes, mientras que los fines de semana es de 7 soles; los autos, por su parte, cobran 10 soles.

La capital del distrito de Quinua está conformada por los siguientes jirones: Sucre, 9 de Diciembre, San Martín, Rasuwillca, Miller, Lara, Bolívar, La Mar, Cahuide, Basilio Auqui, Juan Pablo II, Villa Quinua, Marcelino Carreño. Asimismo, cuenta con las avenidas Los Libertadores, Córdova y Condorcanqui (véase Figura 3).

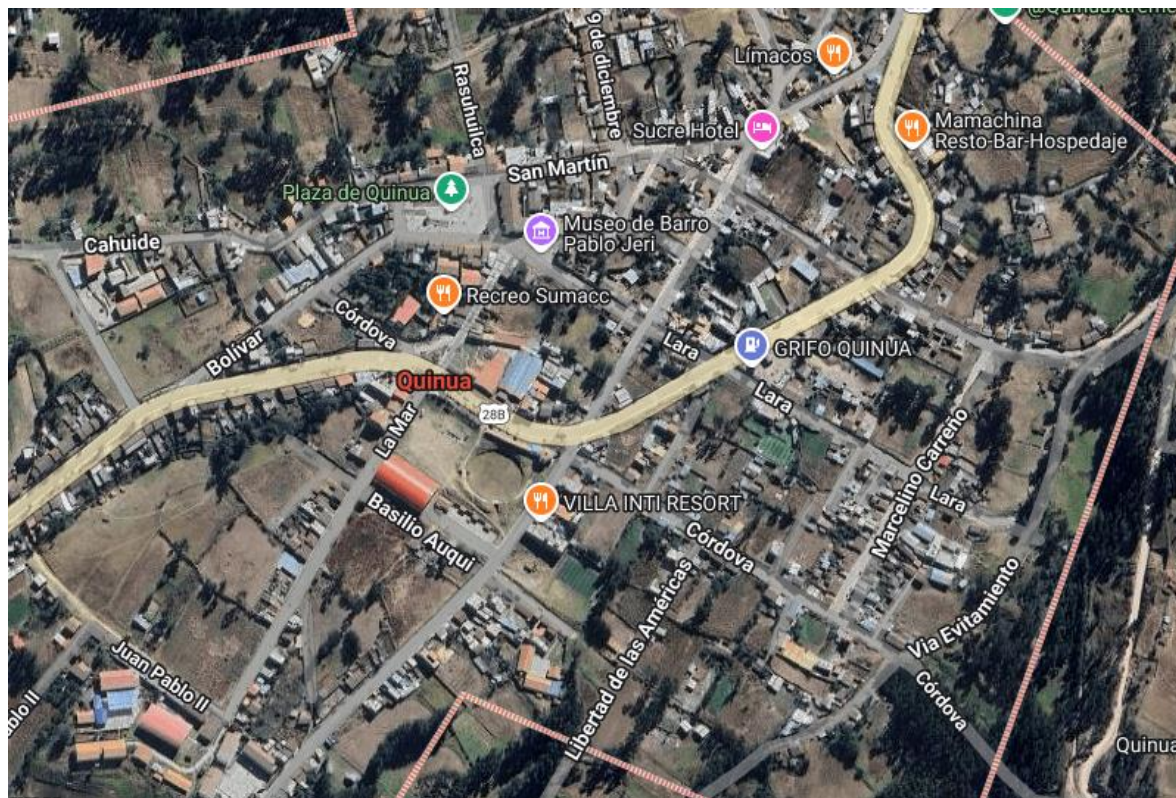
¹ En el Perú, el término “pueblo” tiene múltiples significados: puede referirse a una comunidad rural (sentido geográfico), a un grupo con identidad cultural común (como los pueblos indígenas o afrodescendientes), a sectores sociales en contextos de resistencia (sentido político-social), o a la ciudadanía en general (como figura en la Constitución Política del Perú). Según la Real Academia Española (s/f), también puede aludir a una población de menor categoría o incluso como gente común y humilde. Moreno (2016) incluso lo asocia con condiciones de pobreza. Por su parte, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018) define “centro poblado” como todo lugar habitado con intención de permanencia, que puede estar formado por viviendas agrupadas, dispersas o semidispersas. Por ello, en esta tesis se usa “pueblo” en el título con un enfoque cultural, además que el Ministerio de Comercio Exterior y Turismo (Mincetur) [lo ha denominado como Pueblos con Encanto](#) y “centro poblado” en el contenido para referirse al espacio físico técnico-administrativo que es reconocido por el Estado.

Figura 2*Mapa geográfico del distrito de Quinua*

Fuente: PDC al 2024.

Figura 3

Mapa satelital con los jirones y avenidas principales del centro poblado de Quinua, Ayacucho



Fuente: Satellite map.

1.2.3 Delimitación temporal

La investigación aborda el periodo actual (2024), en el contexto del Bicentenario de la Batalla de Ayacucho, conmemoración de alto valor simbólico para la región. A pesar del enfoque institucional y mediático centrado en la celebración histórica, se observó que las problemáticas actuales vinculadas a la salud materna, como la alimentación de las gestantes, no recibieron atención significativa. Por ello, con este estudio se buscó visibilizar esta dimensión sociocultural de la salud materno infantil, que permite entender la manera en que las condiciones actuales, atravesadas por factores económicos y religiosos afectan el bienestar nutricional de las gestantes en el distrito de Quinua.

1.2.4 Delimitación teórica

En la presente investigación se empleó un enfoque con carácter interdisciplinario de primer grado, al involucrar dos disciplinas científicas: la antropología y la salud, donde se integraron aportes de la antropología de la alimentación, la economía doméstica, la antropología de la religión y la salud pública, esto me permitió poder entender y sustentar mejor el análisis de dicha problemática a estudiada. Además, es necesario mencionar que se tomó como principal eje el concepto de *cultura alimentaria*, el cual se desarrolla en detalle en el apartado de la definición de categorías (véase p. 29), además se partió de que el nivel socioeconómico y la filiación o creencia religiosa actúan como factores que influyen directamente en las decisiones alimentarias y, por tanto, en el estado nutricional de las gestantes.

1.2.5 Delimitación de los sujetos de estudio

Los sujetos de investigación fueron las mujeres en proceso de gestación atendidas en el Centro de Salud de Quinua. Las gestantes estudiadas tenían entre 16 y 48 años de edad, pertenecían a distintos niveles de ingreso económico y profesaban principalmente las religiones, católica (12 mujeres) y evangélica (7 mujeres).

1.3 Formulación del problema

Con base a la realidad problemática, se ha formulado las siguientes preguntas de investigación:

1.3.1 Problema general

¿Cuáles son los efectos de los ingresos económicos y la filiación religiosa sobre la cultura alimentaria y su proceso de gestación de las mujeres embarazadas en el pueblo de Quinua, Ayacucho?

1.3.2 Problemas específicos

- a. ¿Cómo influyen los niveles de ingresos económicos de las mujeres embarazadas del pueblo de Quinua en su cultura alimentaria y, por consiguiente, su proceso de gestación?

- b. ¿De qué manera las creencias y prácticas religiosas de las mujeres gestantes en el pueblo de Quinua afectan su cultura alimentaria y, por consiguiente, su proceso de gestación?

1.4 Justificación, viabilidad y dificultades afrontadas

1.4.1 Justificación

Una alimentación inadecuada y deficiente en nutrientes esenciales puede provocar enfermedades en cualquier etapa de la vida de una persona, y resulta más alarmante durante la edad fértil, comprendida entre los 15 a 49 años de edad, ya que regula el ciclo menstrual, favorece la ovulación y fertilidad, mejora la salud ósea, previene los trastornos nutricionales y los problemas metabólicos, entre otros. No obstante, este estudio se centró en las mujeres que están atravesando el proceso de gestación y sus edades oscilan entre 16 y 48 años, un grupo particularmente vulnerable debido a los requerimientos nutricionales que se tiene durante este periodo. Como señala el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, s/f), la malnutrición durante la gestación puede tener consecuencias graves como “Incrementar los nacimientos prematuros y el retardo en el crecimiento fetal” (p. 21), a ello agregar que, incluso puede causar la muerte de la madre como también de su(s) hijo(s) o perjudicar su capacidad intelectual, física, salud, el desarrollo emocional y social de los niños.

En las zonas rurales, como el centro poblado de Quinua, la alimentación gestacional y, en general, la nutrición materna representa un desafío importante porque está condicionado por factores como el nivel socioeconómico, la religión (católica y evangélica) y las creencias culturales. Estos factores influyen directamente en la forma en que las gestantes perciben y practican la alimentación durante su embarazo.

Además, los registros del SIEN y del HIS, tanto de la región de Ayacucho como en el caso particular del distrito de Quinua, evidencian una alta prevalencia de anemia en mujeres embarazadas. Ante esta situación, la Organización Mundial de Salud (2014) recomienda la suplementación diaria con hierro, como parte de los cuidados estándar en la población con riesgo de deficiencia en hierro. Estos suplementos, hierro y ácido fólico, son brindados en los establecimientos de salud a nivel nacional; sin embargo, la aceptación y cumplimiento de estas recomendaciones pueden variar según

factores individuales y familiares, y principalmente, por factores culturales como creencias/prácticas culturales.

Todas estas problemáticas han reforzado la necesidad de investigar y analizar la cultura alimentaria de las gestantes y, sin ser el propósito del estudio, promover el consumo de nutrientes esenciales como calorías, vitaminas, proteínas y hierro de manera que así se evite las complicaciones y el desgaste de la madre durante el parto, y el nacimiento de bebés sanos. Pero, la alimentación tiene influencia de diversos factores, dando como resultado lo que comemos, lo que puede beneficiar o perjudicar a nuestra salud.

En esta línea, comprender los efectos de los factores culturales, económicos y religiosos que condicionan las prácticas y hábitos alimentarios (o sea, la cultura alimentaria) de las embarazadas es importante para quienes diseñan las estrategias de promoción de la salud y programas de nutrición materna más efectivos y culturalmente pertinentes.

Finalmente, los resultados de esta investigación pueden servir como insumo valioso para el diseño, formulación o reajuste de políticas públicas y programas en servicios de salud que aborden, de manera integral, los determinantes socioculturales de la alimentación durante el proceso de gestación de las mujeres.

Asimismo, como a establecer las bases para futuras investigaciones que profundicen en el estudio de la relación entre cultura alimentaria, ingresos económicos y creencias religiosas durante el embarazo. Los nuevos conocimientos generados pueden ser aplicados y contrastados en otros contextos, ampliando así la comprensión de estas problemáticas socioculturales.

1.4.2 Viabilidad

La presente investigación contó con los recursos necesarios para cubrir los gastos de trabajo de campo. En parte fue porque se elaboró un cronograma de trabajo que contempló las diferentes etapas de la investigación, respetando los ciclos agrícolas y días festivos del distrito de Quinua, lo que permitió una planificación contextualizada.

Por otra parte, se obtuvo apoyo y colaboración de los especialistas del Centro de Salud de Quinua, siendo más específicamente del servicio de gineco-obstetricia, de los sacerdotes, pastores y de los funcionarios de la Municipalidad Distrital de Quinua, lo cual ha facilitado el acceso y la identificación de la población de mujeres gestantes que participaron en el estudio.

Esta alianza estratégica con el sector salud local, lo religioso y el gobierno local aseguró la viabilidad operativa del estudio.

1.4.3 Dificultades afrontadas en el proceso de investigación

Si bien para el desarrollo de la investigación se contó con un presupuesto limitado, este reto económico pudo ser superado mediante una planificación y optimización de los recursos disponibles. No obstante, una dificultad más significativa fue el acceso y la construcción de confianza con las mujeres gestantes a estudiar.

En un inicio, algunas de ellas mostraron reticencia a compartir abiertamente sus prácticas alimentarias, debido a la sensibilidad y privacidad que rodea estos temas. Para afrontar esta barrera, fue necesario invertir un tiempo considerable en la construcción de vínculos que permitiera llevar a cabo las entrevistas y observaciones de manera satisfactoria. En este proceso fue clave el haber realizado mis prácticas preprofesionales en la Municipalidad Distrital de Quinua y el tejido de capital social preexistente con los pobladores del distrito.

1.5 Objetivos de la investigación

En concordancia con los problemas de investigación, los objetivos fueron formulados de la siguiente manera:

1.5.1 Objetivo general

Analizar los efectos de los ingresos económicos y la filiación religiosa sobre la cultura alimentaria y su proceso de gestación de las mujeres embarazadas en el centro poblado de Quinua, Ayacucho.

1.5.2 Objetivos específicos

- a. Determinar cómo influyen los niveles de los ingresos económicos de las mujeres embarazadas del pueblo de Quinua en su cultura alimentaria y, por consiguiente, su proceso de gestación.
- b. Examinar de qué manera las creencias y prácticas religiosas de las mujeres gestantes en el pueblo de Quinua afectan su cultura alimentaria y, por consiguiente, su proceso de gestación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes globales

Encino (2024), en su tesis de licenciatura en Antropología Social titulada *“Cultura alimentaria y significado simbólico en mujeres embarazadas: el caso del Barrio de San Pedro, Almoloya de Juárez, México”*, se planteó analizar la cultura alimentaria y su significado simbólico en mujeres embarazadas o que han estado embarazadas. Utilizó tres técnicas de investigación, las cuales fueron: la observación directa e indirecta, encuesta y entrevista. La encuesta realizó a 38 mujeres en estado de embarazo o que han estado embarazadas y lo complementó con 7 entrevistas, que fue clave para la elaboración de historias de vida de la etapa de su embarazo, estas técnicas ayudaron a comprender de manera particular su cultura alimentaria y su significado simbólico. El simbolismo que las mujeres embarazadas otorgan a los alimentos, influye de manera importante en la selección de alimentos, desde el momento en que la familia se organiza para extraer los recursos necesarios a fin de transmitir la enseñanza de cultivo a través del sistema milpa, así como el conocimiento para saber abastecerse, cocinar y consumir lo que su medio natural les proporciona; es decir la temporalidad determina el consumo de alimentos en las mujeres embarazadas del barrio estudiado, además de que consumen alimentos naturales o tradicionales producto de la actividad agrícola, también se observó que existe el consumo de alimentos procesados; lo cual indica que está generándose un cambio en su modelo

alimentario, o bien están sumando o mezclando su modelo tradicional, con un modelo creado por globalización, cambiando sus condiciones de vida y por tanto su estilo de alimentarse, ello con relación a las mujeres que vivieron un embarazo más de 15 o 20 años atrás. En cuanto a los antojos, las mujeres o familia hacen lo posible para que las mujeres durante el estado de embarazo satisfagan sus necesidades alimentarias, de lo contrario, puede provocarse un aborto, o se tiene la creencia que el bebé nacerá con características físicas semejantes al antojo no satisfecho; los tabúes y el simbolismo forman parte del proceso de embarazo, desde el momento en que se tiene conocimiento de que se está en ese estado, las mujeres saben que reglas seguir, ello lleva a precisar que existe un cambio en su comportamiento y el estilo de vida a partir de ese momento. Se llega a comprobar la hipótesis planteada, la que establece que las mujeres durante el embarazo consumen alimentos de acuerdo a lo que dicta su cultura y su contexto, tanto social como cultural, por lo tanto, ellas y su ambiente familiar otorgan un significado simbólico a lo que consumen, lo cual rige su forma de alimentarse de ellas y de quienes las rodean.

Fernández (2021), en su tesis doctoral en Ciencias de la Educación titulada *“Hábitos alimentarios y factores socioculturales en gestantes. Una propuesta de educación nutricional en la ciudad de Melilla”*, se propuso conocer los hábitos alimentarios, los conocimientos, creencias y costumbres sobre alimentación, así como su relación con diversos factores socioculturales en un grupo de gestantes pertenecientes a la Unidad de Atención a la Mujer de la Ciudad Autónoma de Melilla, España. Es un estudio diagnóstico, de tipo descriptivo correlacional, con un diseño transversal y un enfoque cuantitativo; con una muestra de 306 mujeres gestantes, los grupos fueron máximo de 15 gestantes, la participación ha sido de forma voluntaria. Entre sus resultados, se aprecian diferencias significativas para la ingesta de proteínas, ingiriéndolas en mayor cantidad las mujeres solteras y las que trabajan; y en menor medida las mujeres musulmanas. Las embarazadas que menos carbohidratos consumen son las que tienen mayores ingresos y las que trabajan; y las que tienen una actividad física baja consumen más carbohidratos y azúcares sencillos que las que presentan una actividad física moderada. El patrón dietético occidental, considerado como el menos recomendable, estuvo representado con mayor frecuencia por mujeres residentes en Melilla ($p = 0.03$), de religión cristiana ($p = 0.01$), sin hijos ($p < 0.00$), y

en su primer y segundo trimestre ($p = 0.02$). El patrón dietético prudente, el más saludable, queda reflejado con mayor frecuencia en mujeres musulmanas ($p = 0.01$), con más de dos hijos ($p < 0.00$) y en el tercer trimestre de gestación ($p = 0.02$). De las variables estudiadas, cuatro mostraron una asociación significativa con el patrón dietético durante la gestación, estas fueron la religión, la situación profesional, el número de hijos y el trimestre gestacional. Presentan más conocimientos alimentarios las mujeres residentes en Melilla, con estudios, que trabajan, que tienen de uno a dos niños y de religión musulmana. Con relación a las creencias y costumbres alimentarias, se obtienen diferencias significativas ($p = 0.01$) para la religión, siendo las mujeres musulmanas las que creen tener en mayor medida buenos hábitos alimentarios con respecto a las cristianas. Las mujeres que residen en Melilla son las que mayormente creen que su alimentación durante el embarazo es correcta en comparación a las que ni tienen la residencia en la ciudad ($p = 0.00$). La investigación concluye que el desconocimiento en relación con la alimentación durante el embarazo en las gestantes estudiadas es evidente, y que es primordial proporcionar información nutricional y fomentar la alimentación saludable a través de la educación para la salud, así como tener en cuenta los factores socioculturales ya que se observa una asociación con los distintos patrones alimentarios y de calidad dietética.

Tambaco (2020), en su tesis de licenciatura en Ingeniería en Desarrollo Social y Cultural titulada *“Hábitos alimentarios durante la gestación materna de mujeres Kichwas de la Comunidad de Ashambuela del Cantón Cotacachi. (Caso de estudio comparativo por edad entre dos grupos de mujeres)”*, tuvo como objetivo analizar los hábitos alimentarios durante la gestación materna de dos grupos intergeneracionales de mujeres Kichwas de la comunidad de Ashambuela del Cantón Cotacachi a través de un estudio comparativo desde una perspectiva etnográfica. El trabajo se basó principalmente en un método cualitativo que permitió la aplicación y recolección de testimonios a través de entrevistas al grupo de interés: saber qué tipo de comidas comen, ingredientes, condimentos y bebidas que consumen durante la etapa del embarazo, así como también los espacios de la cocina, las personas que preparan la comida y las que están presentes durante la misma. De esta manera, también se desprendieron otros grupos relacionados, como parteras de las diferentes comunidades del Cantón Cotacachi, y el personal médico del Centro de Salud Asdrúbal De la Torre:

ginecóloga, obstetra y nutricionista para conocer más a profundidad el tipo de trabajo y recomendaciones que hacen ellas sobre los hábitos de alimentación desde “qué deben y qué no deben comer” las mujeres embarazadas y cuáles son los cambios fisiológicos que tiende a tener la mujer en cada etapa del embarazo. Llega a la conclusión que dentro de la comunidad de Ashambuela aún está latente el factor cultural identitario dentro de los hábitos alimentarios al menos en las madres adultas en estado de gestación ya que a través de las costumbres heredadas por los taitas de la comunidad todavía cocinan y consumen alimentos nutritivos como el arroz de cebada, sopa de *chuchuka*, la colada de maíz, locro de ocas, caldo de gallina de campo, entre otros alimentos; las madres jóvenes en estado de gestación aún mantienen las costumbres de comer algunos alimentos pero con la diferencia de que existe un alto índice de consumo de comida y bebidas chatarras con alto contenido de calorías, saborizantes, carbohidratos y edulcorantes durante el periodo de gestación. Todo esto debido a que incide el factor económico.

2.1.2 Antecedentes locales

Carrasco (2024), en su tesis de licenciatura en Obstetricia titulada “*Factores socioeconómicos y cultura alimentaria asociados a anemia en gestantes. Centro de Salud Huambocancha Baja, Cajamarca, 2024*”, se propuso determinar la asociación entre los factores socioeconómicos y cultura alimentaria con la anemia en gestantes que acudieron a su control prenatal en el Centro de Salud referido. Para lograr este objetivo, la autora empleó una metodología cuantitativa, descriptiva correlacional, con un diseño no experimental, de corte transversal, y contó con la participación de 60 gestantes que respondieron a un cuestionario. Entre sus resultados recopiló que el 48.3 % oscilaban entre las edades de 18 a 29 años, considerada una población joven; el 75 % eran convivientes; el 56.7 % acudieron al menos a seis controles prenatales; el 71.7 % estaban dentro del 28 a 42 semanas de gestación; y el 18.3 % presentaron anemia leve. La investigadora al enfocarse en la anemia materna se dio cuenta que estuvo asociado a los factores socioeconómicos y a la cultura alimentaria: correspondiente a la asociación entre los factores socioeconómicos con la anemia, encontró como principales factores a los servicios básicos ($p = 0.043$), ocupación laboral ($p = 0.014$), ingreso económico ($p = 0.001$) y dependencia económica ($p = 0.049$); y, concerniente

a la asociación entre cultura alimentaria con la anemia, halló el consumo inadecuado de galletas, gaseosas, dulces, etc. ($p = 0.016$), salchipapa, pollo a la brasa, hamburguesa ($p = 0.029$), frutas cítricas como el limón, la naranja y la mandarina ($p = 0.041$), carne, pescado y pollo ($p = 0.008$) y toma de sulfato ferroso ($p = 0.002$). Con estos resultados obtenidos se ha demostrado que los factores socioeconómicos y la cultura alimentaria están asociados significativamente a la anemia en gestantes.

Rodríguez (2023), en su tesis de licenciatura en Nutrición titulada “*Impacto de creencias culturales en las prácticas alimentarias y el estado nutricional de gestantes del distrito de Alto Trujillo, 2023*”. Utilizó un diseño aplicado y transversal, y elaboró un cuestionario que realizó a 96 gestantes, cuyos resultados fueron analizados mediante SPSS v.22.0.0. Enfatizó en datos sociodemográficos destacando que el 57.29 % eran convivientes, el 45.83 % tuvieron estudios primarios y el 64.58 % fueron amas de casa. Estos datos fueron importantes para su análisis, ya que encontró una relación entre las creencias culturales y la educación ($p < 0.05$); asimismo, observó un impacto entre las creencias culturales y el estado nutricional ($p < 0.05$); pero, no halló una relación significativa entre creencias culturales y prácticas alimentarias ($p > 0.05$). Esto quiere decir que las creencias culturales mantienen una significativa relación con el nivel educativo de las gestantes a la vez inciden en el estado nutricional influyendo en la salud materna; sin embargo, no observó una relación significativa con las prácticas alimentarias. Además, la autora reconoce la importancia de integrar enfoques educativos adaptadas culturalmente a las intervenciones en salud teniendo la finalidad de mejorar la salud materna e infantil. Si bien este estudio está centrado en el campo de la nutrición, pero la propuesta que se reconoce en ella, hablando en términos antropológicos se estaría refiriendo a la *salud intercultural*.

Salinas & Miñano (2021), en su tesis de licenciatura en Obstetricia titulada “*Mitos y creencias alimentarias en gestantes atendidas en el Centro de Salud Alto Trujillo. El Porvenir – 2020*”, tuvieron como objetivo explorar los mitos y creencias sobre la alimentación durante la gestación en pacientes del Centro de Salud referido. Realizaron una investigación de tipo cualitativo, con diseño fenomenológico, en 30 gestantes, a quienes se le aplicó una entrevista a profundidad. Se encontró que las gestantes mantienen mitos como: debo comer por dos, satisfacer los antojos, mayor

consumo de carbohidratos, cuidados con la sal, ají y café; entre las creencias relacionadas a su alimentación son: consumir en menor cantidad especias (albahaca, azafrán, canela y orégano), alimentos prohibidos (menestra, palta, huevos y trigo), grasas (mantequilla, queso y embutidos), cítricos (jugo de naranja, limón, lima, maracuyá y piña) y vegetales (repollo, espinaca, coliflor y brócoli) y en mayor cantidad consumir pescado. Las repercusiones de estos mitos y creencias en sus hijos son: el bebé nacerá flaquito, con la lengua afuera, con puntos rojos o alergia en el cuerpo, hacen mal al cerebro y corazón del bebé, olería mal al nacer, las grasas producen sobrepeso y el consumo de pescado les hace inteligentes. Algunos de los mitos y creencias en la madre es que: causarían hinchazón, los cítricos bajan la presión arterial y arde el estómago, las menestras caen mal al hígado, producen gases y las especias son abortivas.

Arellano & Ruiz (2020), en su tesis de licenciatura en Obstetricia nombrada como *“Conocimientos y creencias en relación a la alimentación durante el embarazo, en mujeres gestantes atendidas en el CMI Santa Luzmila II, junio – setiembre 2020”*, se plantearon como objetivo identificar los conocimientos y creencias sobre su alimentación durante el embarazo de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil referido del distrito de Comas, Lima. Para ello, optaron por una investigación cuantitativa de tipo descriptivo, prospectivo, de corte transversal y observacional, donde para la recopilación de datos elaboraron y utilizaron un cuestionario de 20 preguntas dirigida a 96 gestantes el cual indagaba sobre aspectos sociodemográficos, así como sobre los conocimientos relacionados con sus hábitos alimentarios, creencias culturales y necesidades de aprendizaje. Los resultados que obtuvieron fueron que la mayoría de las gestantes eran adultas con edades que iban desde los 18 hasta los 45 años (97 %) y contaban con estudios superiores (51 %). De quienes sus conocimientos sobre los alimentos durante su gestación se relacionaban al cuidado del bebé, los datos que encontraron fue que consumían proteínas para el crecimiento y desarrollo del bebé (82,3 %); además identificaron el exceso de grasas y carbohidratos como un factor de riesgo para el sobrepeso y la obesidad durante el embarazo (90,6 %); por otro lado, reconocían la importancia del consumo de ácido fólico y sulfato ferroso para prevenir anormalidades en el desarrollo del bebé y casos de anemia (84,4 %). Y, con respecto a sus creencias alimentarias encontraron que el consumo de la beterraga y verduras

verdes son preventivos frente a la anemia (54 %) y que su religión no interfiere en su alimentación tampoco es considerado como un factor para la prohibición de algún tipo de alimento (92,7 %). De la misma manera, también identificaron el uso de las tecnologías como mejora para su aprendizaje (72,4 %), así como necesidades para mejorar su alimentación y actividades vivenciales basadas en su propia experiencia de alimentación (70 %). Tal investigación concluyó en que los principales conocimientos están relacionados al consumo de alimentos que favorezcan el crecimiento y desarrollo del bebé con el propósito de que sus bebés nazcan con buen estado de salud; se preocuparon en reducir el riesgo de llegar a sobrepeso y obesidad durante el embarazo; y a prevenir las anomalías en el desarrollo del bebé y la anemia materna mediante el consumo de los suplementos de hierro y ácido fólico. Además, la principal creencia para la prevención de la anemia era el consumo de la beterraga y verduras verdes; en cuanto a la religión, las gestantes sostuvieron que no es una barrera para la promoción de consumo de alimentos, por el contrario, la edad y el nivel educativo contribuyen directamente a que los conocimientos puedan ser llevados a la práctica.

Estas investigaciones expuestas, en los antecedentes globales y locales, han abordado la alimentación durante el embarazo desde diversas dimensiones. Con respecto a los estudios de Encino (2024) y Tambaco (2020), ambas autoras analizan la cultura alimentaria desde perspectivas simbólicas y etnográficas enfocándose en el significado cultural de los alimentos en contextos locales. Por su parte, Fernández (2021) incorpora factores socioculturales en la comprensión de los hábitos alimentarios. Mientras que, Carrasco (2024) examina la relación entre los factores socioeconómicos y la cultura alimentaria con la anemia en gestantes. Asimismo, las investigaciones de Arellano & Ruiz (2020) y Rodríguez (2023) se centran en los conocimientos y creencias alimentarias, mientras que Salinas & Miñano (2021) profundizan en los mitos y creencias culturales sobre la alimentación de las mujeres embarazadas. Sin embargo, estas investigaciones tienden a tratar los factores culturales, sociales o económicos de forma dispersa, sin establecer vínculos específicos entre la cultura alimentaria y factores socioculturales. En ese sentido, la presente investigación se diferencia al proponer un enfoque holístico que analiza de qué manera la cultura alimentaria se configura y expresa en función a las condiciones económicas y las creencias religiosas de las gestantes, permitiendo comprender con

mayor profundidad la influencia de estos factores sobre sus prácticas alimentarias durante el embarazo, aspectos poco explorados en los estudios.

Es pertinente mencionar que en la región de Ayacucho se encontró una tesis de licenciatura en Antropología Social, elaborada por Taipe (2025), titulada *“Prescripciones y prohibiciones culturales contemporáneas en embarazadas en el pueblo quechua de Paccha en Vinchos, Huamanga, Ayacucho”* donde, con respecto a la alimentación, recoge ciertas sugerencias alimenticias y comportamientos específicos contribuyendo a promover un embarazo saludable, el adecuado desarrollo fetal y un parto exitoso. No obstante, se centra principalmente en las prescripciones culturales específicas, sin integrar los factores económicos ni las creencias religiosas. Asimismo, no se hallaron investigaciones similares en regiones cercanas como Huancavelica, Apurímac y Junín, que presenten la dimensión cultural.

2.2 Bases teóricas

Más allá de ver el embarazo solo como un proceso biológico, también es importante entenderlo como una experiencia cultural. Esto se debe a que las decisiones que una mujer toma sobre lo que come o deja de comer durante la gestación no dependen únicamente de sus necesidades nutricionales, sino de un entramado de creencias, valores, conocimientos, significados culturales, por ejemplo, muchas personas adultas mayores, a quienes se les llama de cariño “abuelitas”, dicen que todo lo que hace una mujer cuando está embarazada afecta al bebé. A esto se suman las condiciones materiales que marcan su vida cotidiana, como ingresos económicos, el acceso a los alimentos y las dinámicas familiares que también afectan sus prácticas alimentarias y su salud (Contreras & Gracia, 2005; Mintz & Du, 2002).

Por eso, esta investigación se enmarcó dentro de la antropología, ya que buscó comprender cómo los conocimientos y creencias sobre la alimentación influyen en las gestantes. Ellas les otorgan significados culturales a los alimentos, y estas prácticas se han transmitido de generación en generación principalmente por las mujeres debido a su histórica relación con la cocina y las tareas domésticas (Bourdieu, 2000); además, no es solo eso también se consideran los factores sociales, económicos y religiosos

porque todo ello influye en las prácticas alimentarias y en la salud de las mujeres durante el embarazo.

Por un lado, desde la antropología de la alimentación, se reconoce que comer no es solo un acto biológico, sino que también un hecho social y simbólico. Puesto que, los alimentos, su preparación y la forma en que se consumen expresan pertenencia cultural (identidad) y están cargados de significados que determinan qué se considera apropiado o inapropiado para una mujer embarazada. Las creencias y prácticas religiosas pueden establecer tabúes o restricciones alimentarias que orientan las decisiones durante la gestación, mientras que los ingresos económicos condicionan el acceso a ciertos alimentos y en el modo de alimentarse, generando desigualdades tanto materiales como culturales (Contreras & Gracia, 2005; Fischler, 1995). Esto me recordó una frase que la mayoría de veces lo escuche “*somos lo que comemos*”, a lo que Contreras en su libro *Alimentación y cultura* (2005, p. 218) lo cambia, y concuerdo con él, por “*comemos lo que somos*”.

Por otro lado, la antropología médica permite comprender cómo los hábitos y prácticas alimentarias se relacionan con las percepciones de salud, bienestar y cuidado del cuerpo durante el embarazo. Es decir, la alimentación se interpreta como una práctica de cuidado y, porque no decir de, prevención, ello se observa cuando las gestantes adaptan sus hábitos de acuerdo con los conocimientos/saberes locales, los consejos familiares, las normas religiosas y las recomendaciones médicas (Lain, 1985; Menéndez, 2018). Entonces, la salud materna no depende solo de la nutrición o del acceso a servicios médicos, sino también de las representaciones culturales sobre el cuerpo, la reproducción y la alimentación. Asimismo, hay patologías que se han vuelto un problema de salud pública común como la anemia y la desnutrición gestacional que no solo debería de verse desde la perspectiva médica, sino que también debe incluirse los aspectos sociales y culturales, como señalan Lain (1985) y Menéndez (2018).

Ambas subdisciplinas de la antropología social, la antropología de la alimentación y la antropología médica, se complementan para hacer un análisis más completo y enriquecedor que conectan los factores económicos y culturales (incluido lo religioso) con los procesos biológicos del proceso de gestación.

A su vez, las ciencias de la salud aportan una comprensión clave sobre los procesos fisiológicos y nutricionales que afectan a las mujeres durante la gestación. Diversas especialidades médicas participan de manera conjunta para favorecer un embarazo saludable, contribuyendo a la detección temprana de condiciones como la desnutrición, la anemia y otras complicaciones que pueden poner en riesgo tanto a la madre como al feto. Por lo que, mediante los controles prenatales se pueden prevenir gran parte de estos problemas y, en los casos en que se presentan, ofrecen la posibilidad de brindar tratamientos y cuidados oportunos que promuevan el bienestar de ambos. En este sentido, esta disciplina se orienta a proteger la salud materna e infantil, reconociendo la importancia de un acompañamiento integral y humano durante todo el proceso de gestación.

A partir de lo anterior, como se puede apreciar en la Tabla 1, se trabajó cinco categorías: cultura alimentaria, creencias religiosas, prácticas religiosas, desnutrición y anemia, cuyas definiciones que se desarrollan en el apartado de definición de categorías, sirvieron para el análisis, la interpretación y explicación de los resultados.

Tabla 1

Cuadro de disciplinas y categorías

DISCIPLINAS	CATEGORÍAS				
	Cultura alimentaria	Creencias religiosas	Prácticas religiosas	Desnutrición	Anemia
Antropología	X	X	X	X	X
Salud				X	X

Nota. Elaboración propia.

Durante el análisis e interpretación de los resultados de este estudio sobre los efectos de la cultura alimentaria según los ingresos económicos y religión profesada de las gestantes, se tomó dos teorías antropológicas que, podríamos decir, se oponen: 1) El materialismo cultural, defendida por Harris (1999), sostiene que las elecciones de los alimentos (preferencias y aversiones) están determinadas principalmente por factores ecológicos y económicos; y, 2) el culturalismo, Douglas (1991), dice que el resultado de la elección es por una decisión arbitraria estrictamente cultural, poniendo

como caso a los judíos, quienes no comen cerdo siguiendo normas establecida en el Libro de Levítico, donde habla de la dicotomía de pureza e impureza.

Además, también se adoptó un enfoque biocultural, que ha sido propuesto por antropólogos como Goodman & Leatherman (1998) y Zuckerman & Martin (2016), que entiende al cuerpo como algo biológico y a la vez social/cultural. Como sostiene Céspedes (2019) este enfoque permite conectar los factores sociales y simbólicos con los procesos biológicos, pero para que todos estos datos cobren sentido es importante entender las historias, preocupaciones, miedos y vivencias cotidianas de las propias gestantes. Sin embargo, en los sistemas de información en salud del Perú, como el SIEN-HIS, suele predominar una mirada centrada en los indicadores médicos, que deja en segundo plano lo social y lo cultural durante el embarazo. Esta distancia entre los registros oficiales y la vida cotidiana de las mujeres puede dificultar la comprensión integral de los problemas como la anemia o la desnutrición. Por ello, el enfoque biocultural resulta esencial, ya que nos permite mirar a las gestantes no solo como pacientes sino como sujetos sociales cuyas decisiones alimentarias están atravesadas por su cultura y su economía. De esta manera, se logra una visión más holística y humana de cómo la economía, la religión y la cultura influyen en la salud materno-infantil.

En el caso de las mujeres gestantes del centro poblado de Quinua, que son los sujetos de este estudio, sus decisiones alimentarias no son solo porque viendo el valor nutricional de los alimentos, sino también ven sus ingresos económicos familiares (hogar), sus creencias culturales y religiosas e incluso de síntomas fisiológicos propios del embarazo. Todas estas condiciones se combinan y tienen un efecto directo sobre la salud materno-infantil, mostrando cómo lo biológico, lo social y lo cultural se entrelazan en la experiencia real del embarazo (Peña, 2012).

En conjunto, tanto la antropología de la alimentación como la antropología médica y el enfoque biocultural permiten comprender que las decisiones alimentarias de las gestantes no son solo respuestas biológicas o económicas (materialismo cultural), sino también expresiones culturales y religiosas (culturalismo) que dan sentido a la experiencia de gestar. Entonces, estas bases teóricas orientaron el análisis

de cómo la cultura alimentaria, los ingresos económicos y la religión interactúan en la salud materno-infantil.

2.3 Definición de categorías

2.3.1 Cultura alimentaria

La cultura alimentaria es una categoría de la antropología, ya que comprende el entramado de creencias, conocimientos y prácticas asociados a la alimentación. Enfocándonos en este último, de acuerdo con Miriam Bertrán:

La alimentación es un fenómeno complejo en tanto que, si bien cubre una necesidad biológica, no todos los grupos humanos la llevan a cabo del mismo modo. Los estudiosos sobre el tema coinciden en señalar que el “hecho alimentario” es tan complejo, como la sociedad misma, y está determinado por una diversidad de factores sociales, culturales y económicos. (Bertrán, 2010, p. 389)

Es decir, la alimentación es más que nutrición ya que no se come solo para calmar el hambre o aportar nutrientes para que el organismo siga viviendo, sino que comprende aspectos tan diversos como la política, la economía, la religión, el género, la salud o la ideología, como dice Marcel Mauss la alimentación es un hecho social total (1979). O en palabras de Fischler (1995), la alimentación es, en efecto, una función biológica vital y el mismo tiempo una función social esencial donde vemos representaciones, creencias y prácticas que están asociadas a ella.

Por otra parte, es importante señalar que la alimentación es el primer aprendizaje social del ser humano (Contreras & Gracia, 2005), ya que las personas muestran actitudes hacia la comida que han sido aprendidas en sus redes sociales, ya sea en la familia, en el grupo étnico, en la comunidad, región o nación.

Ello forma base de la cultura alimentaria, tal es así que, para Jesús Contreras y Mabel Gracia, ambos antropólogos, la cultura alimentaria es:

El conjunto de representaciones, de creencias, conocimientos y de prácticas heredadas y/o aprendidas que están asociadas a la alimentación y que son

compartidas por los individuos de una cultura dada o de un grupo social determinado dentro de una cultura. (Contreras & Gracia, 2005, pp. 27–28)

La cultura alimentaria es entendida como un conjunto de prácticas alimentarias que se mantienen y moldean la alimentación del hombre, y determinan los hábitos y las costumbres, marcando así una identidad. Dicho de otro modo, la cultura alimentaria se entiende como los hábitos alimentarios de una cultura en particular, incluyendo sus preferencias, aversiones, tabúes, etc., así como a las prácticas en torno a la adquisición, distribución, preparación y consumo de alimentos.

Complementaremos a la anterior definición con la de Calderón et al., la cultura alimentaria “se entiende como los usos (lujo, placer), tradiciones (religión), costumbres (estatus social, interacción social) y elaboraciones simbólicas de los alimentos y donde además influye el ciclo productivo de los alimentos en el contexto particular” (2017, p. 304).

El centro poblado de Quinua al ser una zona rural, la población tiene el conocimiento sobre los recursos, estos son utilizados para la alimentación debido a que engloba aspectos sociales, culturales y religiosos además de la necesidad de satisfacer el hambre y el apetito, como el desarrollo de acuerdo al lugar geográfico donde ésta vive, además de las características del alimento, la transmisión del conocimiento incluye cuál es su época de siembra y recolección, cómo se almacena y cómo se transforma, todo este conjunto de conocimientos transmitidos por generaciones conforma los hábitos y costumbres del modo de vida de un pueblo, es decir, su cultura. Siendo así que, para Dora Centurión, Judith Espinosa, José Poot y Jaime Cázares la cultura alimentaria es:

El conocimiento sobre la diversidad vegetal y animal en un escenario natural determinado, así como su aprovechamiento, el cual comprende la obtención de la especie alimentaria, su transformación en un platillo o guiso, los valores que el hombre les asigna a los alimentos, al igual que los hábitos de consumo alrededor de ellos. (Centurión et al., 2003, p. 17)

De acuerdo con la cita se puede deducir que la cultura alimentaria es el conjunto de conocimiento sobre la diversidad vegetal y animal que se aprovecha hasta

la transformación en un plato de comida. Pues, este conocimiento ancestral, transmitido de generación en generación, especialmente a través de las mujeres, refleja una estrecha integración entre el medio ambiente y la cultura, que determina hábitos, preferencias y costumbres alimentarias, forjando así la identidad culinaria y nutricional del distrito de Quinua.

Sin embargo, la definición por Centurión et al. puede considerarse una clasificación alimentaria limitada, ya que al momento de cocinar también se incorporan otros elementos como líquidos (agua natural, leche), cristales (azúcar) y piedras (sal), que no siempre son contemplados dentro de la diversidad biológica. Estos alimentos, además, adquieren valor cultural, económico o ritual en distintas sociedades, es decir, son respuestas adaptativas a necesidades materiales (Harris, 1999). Asimismo, desde una perspectiva simbólica, los alimentos funcionan como sistemas que organizan el mundo (Douglas, 1991).

La cultura alimentaria implica, por tanto, no solo los aspectos simbólicos y sociales de la alimentación, sino también los saberes ecológicos, agronómicos y minerales que permiten el aprovechamiento sostenible de los recursos naturales para la producción y preparación de los alimentos.

En resumen, en esta tesis se entiende por cultura alimentaria al conjunto de conocimientos, creencias, valores y prácticas que las personas desarrollan de la producción, preparación y consumo de alimentos. Este saber abarca el conocimiento sobre la diversidad vegetal, animal y mineral, incluyendo aspectos como el momento de la siembra, la cosecha, el almacenamiento, el procesamiento y la transformación de los alimentos en platos tradicionales. No obstante, dichos conocimientos no se limitan a lo técnico, sino que están profundamente vinculados con un sistema de creencias, preferencias, aversiones y tabúes transmitidos a través de las redes sociales y familiares. En el caso de las mujeres gestantes, estos saberes suelen ser transmitidos por figuras femeninas cercanas, como las madres o las suegras, quienes orientan sus decisiones alimentarias durante el embarazo. Lo que se quiere decir es que, la cultura alimentaria se concibe como una construcción social compartida que refleja la relación entre las personas, su entorno natural y sus valores simbólicos dentro de una determinada comunidad.

2.3.2 Creencias religiosas

Para comprender las creencias religiosas desde la antropología, antes que nada, es necesario, definir qué se entiende por ‘creencia’. Esta puede entenderse como una idea o convicción que una persona acepta como verdadera, aunque no siempre se cuestione el por qué. Ahora bien, esas ideas no se tratan de estar dispersas sino de algo que se va formando con el tiempo, construyendo así nuestra forma de cómo pensamos, sentimos y actuamos todos los días y muchas veces no nos damos cuenta. En este sentido, tomamos las definiciones, sobre la creencia, propuestas de grandes filósofos. Descartes (1977) la concibe como un acto de la voluntad; Locke (1999) la define como un acto de asentimiento; mientras que Hume (1992) la entiende como un sentimiento peculiar.

Aunque, una definición más completa es la que propone Luis Villoro, quien afirma que:

La creencia es una actitud subjetiva mediante la cual un individuo sostiene como verdadera una proposición, aun cuando esta no pueda ser justificada racionalmente ante una comunidad intersubjetiva. Además, que determina una estructura general de conducta, guía y orienta las acciones. (Villoro, 2008)

En términos más sencillos, una creencia es aquello que una persona considera como cierto, aunque no tenga pruebas suficientes para demostrarlo, pero es su forma de interpretar su cosmovisión, sus tradiciones y su contexto cultural.

A partir del análisis sobre las creencias, Villoro (2008) también se refiere, aunque de manera incidental, a las creencias religiosas, que pueden entenderse como una disposición que se manifiesta en comportamientos y actitudes hacia lo sagrado, lo divino o lo espiritual, influenciados por factores culturales, sociales y personales. Es decir, son parte del entramado cultural y social (simbólico) de las cuales la sociedad adquiere conocimiento del mundo (Durkheim, 1968).

Desde esta perspectiva, las creencias religiosas se definen como representaciones simbólicas compartidas por un grupo de individuos, quienes reconocen la existencia de uno o varios seres sagrados. Estas creencias no se quedan solo en lo abstracto ya que se expresa y refuerza a través de los rituales y en las normas que sigue la sociedad. Esto constituye lo que entendemos como religión, la cual, según

Frazer (1981) sostiene que tiene dos elementos: uno teórico y otro práctico. De ambos, la creencia precede a la práctica, ya que primero debe aceptarse la existencia de una divinidad antes de intentar complacerla.

Por su parte, Salazar (2014) sostiene que la creencia religiosa es una creencia extraordinaria o, mejor dicho, una creencia en la existencia de un mundo y de unos seres extraordinarios. A ello agrega que, muy pocas personas tienen creencias religiosas como consecuencia de una experiencia extraordinaria, de las cuales algunos sí son considerados verdaderos, pero no la mayoría. En su libro *Antropología de las creencias* nos da como ejemplo de la mayoría de personas que han tenido una experiencia sobrenatural como la aparición de la Virgen o de Jesús, lo cual se debe a que esas personas ya creían antes de tener esa experiencia, de modo que la experiencia sobrenatural suele ser consecuencia de la creencia religiosa y no al revés. De ahí que el autor nos da la siguiente definición: "...la creencia religiosa es, por tanto, una creencia 'ordinaria' en un mundo o en unos seres extraordinarios" (2014, p. 17).

Cuando estas creencias se insertan en un sistema simbólico que interpreta la existencia, el sufrimiento, la trascendencia y la conducta humana en relación con una o varias entidades sagradas o divinas, hablamos de creencias religiosas. Estas se caracterizan por otorgar sentido a diversas prácticas cotidianas, como la alimentación, desde una dimensión espiritual, moral o ritual. Así, comer no es únicamente un acto biológico, sino también una expresión de valores religiosos: lo que se puede o no consumir, en qué momentos, con quién y bajo qué condiciones rituales o espirituales. La cual se estaría afirmando lo sostenido por Fischler en la que:

En todos los pueblos o culturas, las elecciones alimentarias están condicionadas muy a menudo, al menos aparentemente o en primera instancia, por todo un conjunto de creencias religiosas, prohibiciones de diverso tipo y alcance, así como por concepciones dietéticas relativas a lo que es bueno y a lo que es malo para el cuerpo, para la salud en definitiva. (Fischler, 1995)

En síntesis, las creencias religiosas se entienden como formas simbólicas, subjetivas, ordinarias e intersubjetivas mediante las cuales las personas construyen y mantienen su relación con lo sagrado. Además, estas creencias no provienen únicamente de experiencias místicas o extraordinarias, ya que están profundamente

arraigadas en contextos culturales, sociales y personales. Su influencia va más allá de lo doctrinal, guiando conductas, normas y rituales que dan sentido a la existencia dentro de una comunidad. Por ello, en esta tesis, las creencias religiosas se analizan a partir de los discursos, prácticas y decisiones de las gestantes del pueblo de Quinua durante el embarazo, considerando específicamente el ayuno, las restricciones o tabúes alimentarios por motivos religiosos, así como la influencia de líderes religiosos o enseñanzas bíblicas en la alimentación y el cuidado del proceso de gestación.

2.3.3 Prácticas religiosas

Las prácticas religiosas son una forma en la que las personas dan sentido a su relación con lo sagrado. Esa relación está mediada por símbolos, rituales y normas que cada cultura interpreta y transmite a su manera. Desde la antropología de la religión, estas prácticas no solo se comprenden como una manifestación espiritual, sino como formas de acción socialmente construidas, cargadas de significado y fu permite comprender estas prácticas no solo como manifestaciones espirituales, sino como formas de acción socialmente construidas, cargadas de significado y funcionales dentro de un sistema de creencias compartido.

Las prácticas religiosas son, por tanto, comportamientos motivados por las creencias religiosas. Según Frazer (1981), primero se debe de creer en la existencia de un ser superior al hombre (algunos autores lo mencionan como ser divino o, en un sentido más amplio, un ser sagrado) para luego complacerle a través de rituales. Sin embargo, Manuel Marzal ofrece una explicación más detallada al respecto:

...entre creencias y ritos, pudiendo decirse que los ritos dependen de las creencias, pero también lo contrario, que las creencias dependen de los ritos; en efecto, se dice que ‘nadie reza si no cree’, lo cual parece lógico porque nadie trata de comunicarse con un ser superior si no acepta de algún modo su existencia; pero también se dice que ‘nadie cree si no reza’ porque el rito sirve para mantener la creencia. (Marzal, 2002, p. 28)

A partir de esta afirmación, se comprende que “Los sistemas religiosos tienen como uno de sus modos de anclaje material y social las prácticas, entendiendo estas como modos de acción que se generan en torno a lo sagrado y que pueden tener una

inspiración institucionalizada —que se regula a través de los dogmas, mandamientos o rituales promovidos por una autoridad religiosa—, o derivadas de actividades surgidas desde la inspiración tanto individual como colectiva” (De la Torre et al., 2020, p. 139).

En ese sentido, las prácticas religiosas son las acciones rituales, codificadas o espontáneas, mediante las cuales los individuos y las comunidades manifiestan, refuerzan y actualizan sus creencias. Muchas veces las prácticas tienen un carácter obligatorio en una Iglesia o congregación y sirven para medir los grados de compromiso entre fieles e instituciones (por ejemplo, los servicios sabatinos o dominicales).

Es importante mencionar que las practicas radica no solo en el hecho de representar los modos de acción que conectan al sujeto o a una colectividad con lo sagrado, sino las manifestaciones de la devoción y de la creencia a través de rituales de todo tipo. Así, las prácticas religiosas cumplen funciones tanto de expresión como de construcción de pertenencia y sentido:

Las prácticas, por un lado, modelan las formas de estar y pertenecer a una religión y permiten medir los grados de religiosidad, de compromiso o adhesión... por otro lado, también constituyen opciones variadas de búsqueda de nuevas experiencias religiosas que son paralelas, transversales o complementarias a las afiliaciones de los creyentes. (De la Torre et al., 2020, p. 140)

Entre las prácticas religiosas más comunes se encuentran: 1) la oración, 2) asistir al templo o iglesia para la ceremonia de su culto, 3) leer la Biblia o folletos religiosos, 4) asistir a fiestas religiosas, 5) recibir imágenes religiosas en la casa (Suárez & Gatti, 2019). A estas se suman otras como las novenas, las confesiones, las ceremonias de rito de paso: bautizo, confirmación, matrimonio, entre otros.

Con respecto a la alimentación, la religión también regula prácticas específicas que pueden ser ocasionales o permanentes. Entre ellas se encuentran:

- 1) La oración antes y después del consumo de los alimentos.

Esta práctica se realiza como una forma de agradecimiento a Dios, o a un ser sagrado, por la provisión de alimentos. También, se expresa

gratitud por la bendición tanto de la comida como de las personas que la comparten.

La oración antes del consumo de los alimentos se orienta a pedir bendición sobre los alimentos, mientras que la oración después de los alimentos se entiende como una acción de gracias o un reconocimiento por la saciedad.

2) El ayuno.

El ayuno es una práctica religiosa presente en diversas tradiciones culturales y espirituales. Generalmente, "...es asociado sobre todo con la abstención de alimentos durante un periodo de tiempo específico con el propósito de buscar a Dios" (Washer, 2020, p. 9), y alcanzar una forma de purificación espiritual.

3) Las restricciones alimentarias.

Las restricciones alimentarias también es una práctica religiosa según la fe, que muchas veces obedecen a periodos específicos. Por ejemplo, en el catolicismo, el Código de derecho canónico (1983) establece la abstinencia de comer carne durante la Semana Santa: el Miércoles de Ceniza y Viernes Santo.

4) Tabúes alimentarios.

Es una práctica religiosa en la cual se prohíbe permanentemente ciertos alimentos, los cuales adquieren una fuerte carga simbólica dentro de una tradición religiosa. Smith (1972) empleó la palabra "tabú" para indicar las restricciones "del uso arbitrario que hace el 'hombre' de las cosas naturales, dictado por el temor a los castigos sobrenaturales". Su transgresión puede ser vista como un acto impuro (Douglas, 1991). Por ejemplo, los evangélicos no consumen sangre porque lo consideran pecado.

5) Sacralización de alimentos.

Es un proceso metafórico, o también podría decirse transformación simbólica, en el cual ciertos alimentos dejan de ser considerados materiales para darles una connotación sagrada, ello vinculada a creencias o rituales dentro de una cultura. Uno de los ejemplos, más

clásicos, en el catolicismo es lo que se observa en la realización de una misa, justo en el ritual religioso denominado Eucaristía, donde el pan y vino se transforman simbólicamente en el cuerpo y sangre de Jesús, y que lo reciben solo las personas que se confesaron, es decir quienes están “limpios”.

En resumen, esta tesis entiende que las prácticas religiosas constituyen parte esencial de cómo las personas viven y expresan su espiritualidad. A la vez a través de ellas los creyentes pueden materializar su fe y fortalecer su sentido de pertenencia, compromiso y conexión con lo sagrado o un ser divino. Las prácticas religiosas no solo expresan las creencias, sino que también las sostienen y recrean en la vida cotidiana, tanto a nivel individual como colectivo. A través de rituales, normas, actos devocionales, celebraciones comunitarias y hasta en normas alimentarias, la cual se observa la construcción de una red simbólica que articula lo espiritual con lo social, y lo doctrinal con lo experiencial.

2.3.4 Desnutrición

La desnutrición, en los últimos años, se ha convertido en una preocupación muy seria tanto en el Perú como en muchos otros países en desarrollo. Además, ya dejó de ser solo una cifra en un informe o un dato en una tabla ya que detrás de cada caso hay una persona, una vida que se ve afectada de no ser tratada. Esta condición puede manifestarse en cualquier momento del ciclo vital y en ocasiones empieza incluso antes del nacimiento, pues algunos bebés llegan al mundo con esta afección.

En el área de la salud se habla tanto de la desnutrición que ya parece casi un tema de todos los días, porque es una condición que tiene que atenderse de manera continua. Sobre esto, Casanueva et al. (2008) la describen como “un estado patológico, inespecífico, sistémico y potencialmente reversible, que se origina como resultado de la deficiente incorporación de los nutrimentos a las células del organismo” (p. 264). Es una definición bastante técnica y, por eso, la Organización Mundial de la Salud (2024) la explica de una forma más sencilla, diciendo que la desnutrición aparece cuando hay carencias, excesos o incluso desequilibrios en lo que comemos, lo que al final hace que el cuerpo no funcione del todo bien. Si uno combina estas dos

definiciones, se entiende que esta condición afecta al cuerpo entero y que puede manifestarse de varias maneras, aunque lo más común y lo primero que se nota suele ser el bajo peso. Lo bueno es que si se detecta a tiempo y se trata como corresponde, puede mejorar. Porque de no ser tratada las células no recibirán lo que necesitan y el cuerpo empezará a fallar lo que va a perjudicar a su salud en general.

Durante la gestación es cuando se vuelve mucho más alarmante, porque durante esos meses hay un bebé creciendo en su vientre y depende totalmente de lo que la madre pueda nutrirse. En esa línea, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura et al. (2001) junto con la Organización Mundial de la Salud (2018) señalan que, si la mujer está sana y tiene un peso adecuado antes del embarazo, debería subir entre 10 y 14 kg más o menos. Y si no se llega a lo recomendado se considera desnutrición materna. A este último Wanden et al. (2010) sostienen que ocurre cuando una mujer embarazada no recibe los nutrientes necesarios como energía, proteínas y micronutrientes, también debido por problemas metabólicos o fisiológicos. Esto podría ocasionar el deterioro de la salud materna. Tal como afirman Puszko et al. (2017) las consecuencias a la que llegaría la gestante es que puede presentar dificultades en la ganancia de peso, anemia gestacional, preeclampsia, hipertensión gestacional, diabetes mellitus gestacional e infecciones urinarias, entre otros. Por otro lado, en el feto podría tener complicaciones en su crecimiento y en el desarrollo de sus órganos, además de nacimientos prematuros (García, 2019).

No obstante, como sostienen Del Pino et al. (2012), es necesario “repensar” la desnutrición. Esto significa ir más allá de la visión biomédica que la define únicamente como falta de alimentos o micronutrientes, para situarla dentro de las condiciones de vida y de las transformaciones estructurales del mundo rural andino. Desde esta perspectiva, se introduce el enfoque antropológico, considerando que la desnutrición también es una construcción social y cultural que está mediada por la cultura alimentaria, las creencias religiosas y los recursos económicos disponibles.

Otro aspecto que se ha observado y es importante mencionar por ser parte de las estrategias para combatirla son, las políticas públicas y los programas estatales. Que tienden a tratar la desnutrición como un problema técnico, algo que se puede resolverse con suplementos, control de peso o campañas nutricionales, sin atender los

conocimientos y creencias propios de las gestantes sobre la alimentación, el cuerpo y la salud en general. Teniendo esto en cuenta, la alimentación durante este proceso está determinada por la cultura alimentaria ya que influye en, qué alimentos se consideran “buenos” o “dañinos”, a la vez cómo se preparan y en qué momentos se consumen las comidas. Ello no surge sola, pues, también influyen las creencias religiosas imponiendo tabúes o restricciones, y los ingresos económicos, determinan si la mujer puede acceder a alimentos nutritivos y adecuados durante el embarazo.

En resumen, en esta investigación aborda la desnutrición materna como una afección en la que la mujer no recibe los nutrientes necesarios, lo que puede generar consecuencias a corto y largo plazo tanto para ella como para el feto. A pesar de ello, suele tratarse principalmente como un problema técnico. Un ejemplo claro es la atención que reciben las gestantes en los establecimientos de salud, donde se mide el pulso, se controla su peso y se realizan estudios según la edad gestacional, tal como indica la Norma Técnica de Salud para la atención integral y diferenciada de la gestante y puérperas (Ministerio de Salud del Perú, 2017). En los casos de bajo peso, suelen ser derivadas al nutricionista para recibir una dieta como parte del tratamiento para su mejoría. Sin embargo, este enfoque biomédico no siempre considera las barreras culturales y sociales que afectan la alimentación de la gestante.

Por lo tanto, en esta tesis además de lo que indican los criterios biomédicos también se considera que los ingresos económicos determinan el acceso a alimentos, la cultura alimentaria orienta lo que se considera adecuado o perjudicial durante el embarazo, y las creencias religiosas influyen en la selección o evitación de ciertos alimentos. Por otra parte, si bien las normas utilizadas por los ginecólogos en Perú (Guía Técnica: Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud de la gestante y puérpera, Aguilar, 2016) mencionan la necesidad de una atención intercultural y de comprender la cultura de las gestantes, a esto muchas veces queda solo en los documentos, pues el problema sigue siendo abordado principalmente desde la medicina. De esta manera, la desnutrición permite analizar tanto el estado físico de la mujer como los factores sociales y culturales que favorecen o limitan una adecuada nutrición durante la gestación.

2.3.5 Anemia

Entre las distintas consecuencias de la desnutrición, la anemia destaca como uno de los más preocupantes (García, 2019), por eso aún se constituye como un desafío para los sistemas de salud pública en muchos países en desarrollo. Desde la perspectiva de la salud o la biomédica, el Ministerio de Salud la define como;

“Un trastorno caracterizado por la disminución del número de glóbulos rojos o reducción de la concentración de hemoglobina (Hb) por debajo de valores normales registrados en las personas sanas. En términos de salud pública, la anemia se define como una concentración de Hb por debajo de 2 desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar. Los hallazgos clínicos generalmente se presentan a concentración de $< 7-8$ g/dl. Entre las características clínicas se encuentran la palidez, el insomnio, la irritabilidad y la disminución de la tolerancia al ejercicio”. (Ministerio de Salud del Perú, 2024, p. 3)

A la anterior definición, que nos dice qué es y hasta nos da los síntomas, se agrega lo que Prisma (2018) señala que la anemia es debido a las infecciones que pueden contribuir a su desarrollo porque interfieren en la formación de los glóbulos rojos o dificultan la correcta utilización del hierro, de igual manera las enfermedades inflamatorias alteran estos procesos, y una mala alimentación limita los nutrientes esenciales como hierro, ácido fólico y vitamina B12 que ayuden a la producción de glóbulos rojos. A ellos se incluyen que esta afección tiene, también, un origen hereditario. Hablando así de los tipos de anemia durante el embarazo que Murillo et al. (2021) explican de la siguiente manera, por un lado, la anemia ferropénica, que es la más común durante este proceso y se debe a la deficiencia de hierro; por otro lado, la anemia megaloblástica está relacionada con la falta de vitamina B12 y ácido fólico; y finalmente, la anemia por células falciformes, una enfermedad genética hereditaria que puede agravarse durante la gestación y poner en riesgo la vida de la madre, de llegar a estos extremos se necesita transfusiones de sangre como tratamiento.

Asimismo, se vio conveniente establecer los puntos de corte de la hemoglobina que han sido revisados y discutidos muchas veces. Siendo la primera reunión en la sede central de la OMS en 1958, dichos acuerdos fueron tomados por Espitia & Orozco

(2013) en su artículo *Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse*, en la cual consideraron anemia en gestantes si presentaban hemoglobina menos de 10 g/dl y hematocrito menor al 33 %. Aunque en 1967 volvieron a reunirse porque se dieron cuenta que la anemia no solo era por la falta de hierro en el organismo, sino también a deficiencias de vitamina B12 y folatos, además en esa discusión el punto de corte de Hb pasó de 10 g/dl a 11 g/dl, valor que se mantuvo vigente hasta 2016 (Gonzales & Paz, 2024). Actualmente se mantiene los puntos de corte que se han establecido durante el primer trimestre de embarazo si tiene 11 g/dl y 10.5 g/dl para el segundo y parte del tercero (Vásquez & Gonzales, 2020). En este sentido y tomando con base a los valores, la anemia se clasifica en leve si está dentro de 10.9 a 10 g/dl, moderada de 9.9 a 7 g/dl y, grave a menos de 7 g/dl (Espitia & Orozco, 2013).

Viendo los altos porcentajes de anemia en gestantes se ha tomado medidas estratégicas para combatirla. Por ello, en el Perú dichas medidas están estipulados en la Norma Técnica de Salud para la atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio (Ministerio de Salud del Perú, 2017) que entre los más importantes se encuentran la entrega de suplementos de ácido fólico, sulfato ferroso y calcio, la atención nutricional individualizada porque cada mujer tiene una situación distinta, por lo que también acuden a demás atenciones especializadas. Sobre los suplementos y las indicaciones de su consumo se observa en la Figura 4.

Figura 4

Suplementación de hierro y ácido fólico a gestantes y púerperas

Inicio de Administración	Dosis	Producto	Presentación	Frecuencia	Duración
A partir de la semana 14 de gestación	Hierro elemental 60mg de + 400 ug de ácido fólico	Sulfato ferroso + ácido fólico o Complejo Polimaltosa do Férrico + ácido fólico	Tableta	1 tableta al día	Hasta el término de la gestación
Inicio de la atención prenatal después de la semana 32	Hierro elemental 120 mg + 800ug. de ácido fólico			2 tabletas al día	
Púerperas	Hierro elemental 60 mg + 400 ug de ácido fólico			1 tableta al día	Hasta 30 días post parto.

Fuente: Norma Técnica de Salud n.º 213/MINSA-DGIESP-2024.

También, a partir de la semana 20 le entregan calcio de 2000 mg que deben de tomar una tableta diaria. Pero, a pesar de estas medidas muchas no siguen el tratamiento por varias razones, entre ellas es que observan algunos efectos

secundarios, otras no cuentan con una alimentación adecuada y, en ciertas partes de las regiones del país, el consumo de agua sin clorar provoca enfermedades que afectan aún más su salud.

En este sentido, mirar la anemia únicamente desde lo biomédico resulta insuficiente, ya que se ha observado en las normas médicas sobre la atención con pertinencia cultural pero no es del todo bien aplicado, porque no solo basta con hablar en el mismo idioma sino entender sus prácticas y creencias. Tal es así que, desde una perspectiva antropológica, queda claro que no se trata nada más de “comer mal” ya que también es un proceso socialmente construido que está atravesada por prácticas alimentarias, criterios morales sobre el cuidado, desigualdades económicas, creencias religiosas y culturales, responsabilidades familiares y, las formas de interacción con el sistema de salud. Lo anterior coincide con lo que sostienen Farmer (2003) y Menéndez (1988) que la enfermedad (en este caso la anemia) siempre está vinculada con el contexto social en el que se desarrolla, a la vez refleja relaciones de poder, limitaciones estructurales y saberes locales sobre el cuerpo, la comida y el riesgo.

En resumen, esta categoría se define como un trastorno grave ya que hay una disminución de hemoglobina en la sangre debido a la falta de hierro; sin embargo, se ha visto y se ha tratado solamente como un problema técnico que le corresponde a la salud o a la biomedicina erradicarla, razón por lo cual consideraron criterios clínicos como los puntos de corte (valores) de hemoglobina, sus clasificaciones, sus síntomas y los tratamientos establecidos por medio de la ingesta de suplementos que les entregan en los establecimientos de salud. Aunque no debemos evadir que existen algunas circunstancias que las mujeres gestantes practican y afrontan y terminan llevándoles a contraer esta enfermedad, por ejemplo en el pueblo de Quinua están los siguientes: el no seguir las indicaciones médicas, incluidos el no tomar/olvido de los suplementos; la falta de acceso a una alimentación adecuada; la higiene; la potabilidad del agua; y las desigualdades económicas y culturales, además que todo esto les condicionan lo que pueden o no pueden hacer.

Por ello, en esta tesis se plantea que la anemia no solo describe un diagnóstico médico, sino que también está marcada por la cultura alimentaria debido a que da sentido en qué se come, cómo se cocina y qué alimentos se consideran “buenos” o

“dañinos”. A esto se suman las limitaciones económicas (ingresos al hogar), que condicionan la posibilidad de acceder a alimentos nutritivos, y las creencias religiosas, que imponen tabúes y moldean las prácticas de cuidado y las formas de comprender la enfermedad.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y diseño de investigación

La investigación fue de tipo cualitativo, etnográfico y básico. Se consideró cualitativo porque se centró en la comprensión de cómo los factores económicos y religiosos influyen en la cultura alimentaria de las gestantes, desde sus propias experiencias, significados y cosmovisión. Tomando ello en cuenta, resultó más conveniente usar la etnografía, dado que la información se obtuvo mediante el trabajo de campo. Asimismo, se identificó como un estudio básico porque su propósito fue generar conocimiento teórico sobre los efectos de factores socioculturales en la alimentación de las mujeres durante el embarazo, mas no se pretendió dar soluciones inmediatas al problema, sino aportar en el conocimiento académico y a la mejora o reajuste de las políticas públicas orientadas en la salud materno infantil.

Hay que destacar que, aunque no se aplicaron técnicas o instrumentos cuantitativos como encuestas/cuestionarios, sí se obtuvieron datos numéricos de las entrevistas realizadas a las gestantes participantes en este estudio. Esas informaciones fueron organizadas en tablas con fines ilustrativos, analíticos e interpretativos, de modo que lo cuantitativo complementó al análisis e interpretación cualitativa. Sin embargo, estos datos numéricos no constituyen una estrategia metodológica de enfoque mixto.

En cuanto al nivel de investigación, esta fue de carácter analítico y explicativo. Se definió como analítica porque permitió descomponer la realidad compleja en sus distintos componentes, en este caso los factores económicos y religiosos que inciden en la cultura alimentaria de las gestantes. Fue explicativa porque buscó comprender

las dinámicas socioculturales que condicionan las prácticas alimentarias durante el embarazo.

Respecto al diseño de la investigación, se trató de un estudio no experimental, ya que los datos recogidos fueron tal y como se manifestaban en los hogares y vivencias de los sujetos de estudio, sin manipulación de las variables y respetando sus dinámicas familiares, culturales y religiosas. Esto permitió obtener una interpretación situada y respetuosa de cómo los factores económicos y religiosos afectan la cultura alimentaria en contextos reales.

3.2 Población estudiada

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018), teniendo de base los censos nacionales 2017, el centro poblado de Quinua cuenta con una población de 2 115 habitantes: 1 009 hombres y 1 106 mujeres, todos ellos, en su vida cotidiana, se comunican tanto en castellano como en quechua. Siendo este último, el idioma más predominante entre los adultos mayores.

En cuanto a la ocupación, tanto mujeres como varones se dedican principalmente a la agricultura, ganadería, artesanía y comercio. En particular, las mujeres participan activamente en la venta de comidas y bebidas como chicha morada, zumo de níspero y agua de muña. También ofrecen productos como cancha, puspó, caputo, panes y queso en el principal mercadillo gastronómico y en el mercadillo gastronómico de Puca Rumi.

Los domingos, durante las ferias, venden verduras y tubérculos cosechados en sus chacras, abarrotes, ropas para niños y adultos, comida tradicional como yuyo, tecete de arveja y mazamorra de calabaza, así como helados, animales como pollos y pavos, carnes de cerdo, res y pollo; y en ocasiones, pescado y trucha.

Algunas mujeres viajan a la ciudad de Huamanga para vender sus productos agrícolas en el mercado de Nery García y a vender comida en el mercado de Magdalena.

Para esta investigación, se trabajó específicamente con las mujeres que se encontraban en proceso de gestación, tanto primerizas como aquellas que ya habían

tenido más de un hijo (madres de familia gestantes). La selección fue intencional, y se incluyeron 20 gestantes, buscando representar a mujeres de diferentes niveles socioeconómicos y filiaciones religiosas. De estas, 12 mujeres se identificaron como católicas, 7 mujeres como evangélicas y una no se adscribe a ninguna religión. Esta diversidad permitió analizar cómo dichas variables influyen en las prácticas alimentarias durante el embarazo, sin excluir ningún grupo relevante desde el punto de vista social o cultural.

Finalmente, esta investigación se facilitó gracias al capital social preexistente, construido durante mis prácticas preprofesionales en el distrito de Quinua, así como al valioso apoyo del Centro de Salud de Quinua, que colaboró identificando a las mujeres gestantes.

3.3 Hipótesis

Las hipótesis de la investigación fueron los siguientes:

- a. La cultura alimentaria de las mujeres embarazadas con mayores ingresos económicos en el pueblo de Quinua se asocia con una menor incidencia de complicaciones gestacionales, como la desnutrición y la anemia, en comparación con las gestantes de menores ingresos económicos.
- b. Las creencias y prácticas religiosas de las mujeres gestantes del pueblo de Quinua influyen significativamente en sus patrones de cultura alimentaria, lo que se asocia con una mayor prevalencia de complicaciones gestacionales entre ellos la desnutrición, la anemia, bajo peso al nacer, el parto prematuro y el retraso en el desarrollo fetal.

3.4 Variables y operacionalización

Las variables consideradas en esta investigación son de acuerdo con las hipótesis formuladas, son: variables independientes (Vi) y variable dependiente (Vd). La operacionalización se basa en estas variables, tanto independientes como dependiente (ver Tabla 2).

Tabla 2*Operacionalización de variables*

VARIABLES		INDICADORES	
Vi	Vd	Ivi	Ivd
Cultura alimentaria de las gestantes.	Proceso de gestación (problemas o complicaciones)	Patrones de consumo de alimentos.	Incidencia de trastornos nutricionales (anemia, desnutrición, sobrepeso, etc.) Complicaciones obstétricas (preeclampsia, parto prematuro, etc.) Ganancia de peso durante el embarazo. Resultados de exámenes de salud materno-fetal. Desarrollo y crecimiento del feto.
		Frecuencia y variedad de la dieta. Conocimientos y creencias sobre la alimentación saludable. Tipos de alimentos consumidos. Horarios y rutinas de alimentación. Fuentes de información sobre alimentación. Influencia de creencias religiosas en la alimentación.	
Nivel de ingresos económicos	Proceso de gestación (problemas o complicaciones)	Ingreso familiar mensual. Nivel socioeconómico. Capacidad adquisitiva de alimentos.	Incidencia de trastornos nutricionales (anemia, desnutrición, sobrepeso, etc.) Complicaciones obstétricas (preeclampsia, parto prematuro, etc.) Ganancia de peso durante el embarazo. Resultados de exámenes de salud materno-fetal. Desarrollo y crecimiento del feto.
Creencias y prácticas religiosas.	Proceso de gestación (problemas o complicaciones)	Filiación religiosa. Frecuencia de prácticas religiosas. Influencia de creencias en hábitos alimentarios.	Incidencia de trastornos nutricionales (anemia, desnutrición, sobrepeso, etc.) Complicaciones obstétricas (preeclampsia, parto prematuro, etc.) Ganancia de peso durante el embarazo. Resultados de exámenes de salud materno-fetal.

Nota. Elaboración propia.

3.5 Métodos y técnicas de investigación

3.5.1 Métodos de investigación

La presente investigación fue de carácter cualitativo y se ha utilizado el método etnográfico durante el trabajo de campo. Este método, tomando la definición de R. Hernández et al. (2014), permitió comprender en profundidad fenómenos culturales desde la perspectiva de los propios participantes.

Por tal razón que, en esta investigación se buscó documentar, comprender y analizar en profundidad la cultura alimentaria de las gestantes considerando sus conocimientos, creencias, prohibiciones y aversiones; es decir, las prácticas culturales y religiosas, que estos influyen en sus hábitos alimentarios. A ello se agrega, también, la condición económica que determina el acceso y la disponibilidad de alimentos que se va a consumir durante su embarazo.

Aunque, el estudio fue principalmente de carácter cualitativo, también se complementó con el carácter cuantitativo ya que se recogieron algunos datos numéricos relacionados con los niveles de ingresos económicos, el acceso a los alimentos y otros datos de vital importancia para el análisis e interpretación. Es importante mencionar que estos datos numéricos fueron obtenidos de las entrevistas realizadas, las cuales se presentaron en tablas y figuras que facilitó en la comprensión. Cabe destacar que no buscan reducir su realidad a cifras, sino enriquecer el análisis mostrando cómo las condiciones materiales también atraviesan y condicionan la experiencia durante el embarazo.

3.5.2 Técnicas de investigación

Las técnicas de investigación para la obtención de datos e información fueron principalmente tres: la observación participante, las entrevistas estructuradas y las historias de vida.

La observación participante permite al investigador integrarse activamente en el contexto social que desea estudiar, logrando una comprensión profunda desde dentro del grupo investigado. Como sostiene Piergiorgio Corbetta:

...el investigador “baja al campo”, se adentra en el contexto social que quiere estudiar, vive como y con las personas objeto del estudio, comparte con ellas la cotidianidad, les pregunta, descubre sus preocupaciones y sus esperanzas, sus concepciones del mundo y sus motivaciones al actuar, con el fin de desarrollar esa “visión desde dentro” tan importante para la comprensión. (Corbetta, 2010, pp. 304–305)

De acuerdo con esta perspectiva, la observación fue una técnica esencial y útil en este estudio antropológico. Me permitió adentrarme a la cotidianidad de la población del distrito de Quinua, particularmente en la capital del distrito de Quinua. Durante mis visitas al lugar, observé diferentes aspectos sociales y culturales, pero fue en los hogares de las gestantes donde la observación se volvió más profunda.

Allí pude convivir con las mujeres embarazadas durante un día o varios días, si me lo permitían. Esta cercanía me permitió observar con mayor detalle sus prácticas alimentarias (cultura alimentaria), la manera en que la religión y la economía influían en su alimentación, y cómo esto se articulaba con su vida familiar. También, observé su entorno, su convivencia y la forma en que interactúan con quienes viven. Esta experiencia me permitió mirar con todos los sentidos: no solo observé con la vista, sino que toqué, probé, sentí y escuché; al compartir actividades cotidianas como cocinar o comer con las gestantes, y al estar atenta a sus emociones al narrar sus vivencias, logré una comprensión más profunda y vivencial de su cultura alimentaria, como sugiere Geertz (2003). Por ello, la observación es incluso más completa que la entrevista, porque recoge no solo testimonios, sino también gestos, silencios y contextos (Corbetta, 2010).

Por su parte, las entrevistas estructuradas ofrecieron la recopilación de información más formal. Las preguntas se diseñaron para abordar cuatro aspectos principales: la cultura alimentaria, el proceso de gestación, la situación socioeconómica y las creencias/prácticas religiosas. A todas las participantes, a las 20 mujeres gestantes, se les aplicó las mismas preguntas (Corbetta, 2010).

La entrevista empezaba con preguntas generales como nombre, edad, estado civil, nivel de estudios, ocupación y semana de gestación que tenían. Cabe resaltar que, aunque se trató de entrevistas estructuradas, su aplicación consideró el contexto emocional y social de las participantes, se procuró generar un ambiente de confianza antes de abordar preguntas sensibles, especialmente aquellas relacionadas con la economía doméstica, la religión y la alimentación, lo que me permitió obtener respuestas más honestas.

Adicionalmente, se incluyó información obtenida de entrevistas informales y ocasionales con obstetras y/o ginecólogas del Centro de Salud de Quinua, así como de interacciones espontáneas y comentarios surgidos en el día a día con los pobladores del centro poblado de Quinua. Estas voces complementarias fueron valiosas para enriquecer el análisis cultural.

Asimismo, durante las entrevistas estructuradas se dio espacio para que las participantes se expresaran y compartieran relatos más amplios sobre su vida, sus experiencias familiares y sus decisiones alimentarias. De estas conversaciones más profundas surgieron las historias de vida. Sobre este punto, Corbetta (2010) y R. Hernández et al. (2014) sostienen que estas constituyen una técnica de investigación cualitativa que permite reconstruir experiencias personales para comprender procesos sociales.

En este estudio, las historias de vida ayudaron a comprender la experiencia alimentaria de cada gestante, así como los factores culturales, económicos y religiosos que influyen en su dieta. También permitieron comprender mejor los significados que cada una asigna a sus prácticas alimentarias. No fue necesaria una guía independiente para este tipo de relatos, ya que se construyeron a partir de las respuestas y narraciones espontáneas durante las entrevistas.

Esta técnica permitió captar matices, emociones y significados que no siempre se observan en preguntas estructuradas, mostrando la riqueza y diversidad de experiencias vividas. Las veinte historias de vida completas se presentan en los anexos, ya que su extensión supera el espacio del cuerpo principal de la investigación y ofrecen un contexto más amplio para profundizar en la realidad de las gestantes quinuinas.

Estas tres técnicas permitieron comprender de manera más integral los efectos de la cultura alimentaria, condicionada por los ingresos económicos y las creencias religiosas de las mujeres en proceso de gestación.

3.6 Descripción de los instrumentos utilizados

Los instrumentos de investigación empleados fueron la guía de observación y la guía de entrevista. Ambos se utilizaron para comprender en profundidad la cultura alimentaria de las gestantes y analizar cómo esta se ve influenciada por sus ingresos económicos y religión que profesan, en el centro poblado de Quinua.

A continuación, se describe cada uno:

La *guía de observación* fue un instrumento esencial para la recolección de información directa y vivencial. Desde antes de iniciar formalmente el estudio, ya había comenzado a observar ciertos aspectos durante mis prácticas preprofesionales en la Municipalidad Distrital de Quinua. En ese periodo, presté atención a las prácticas alimentarias de las gestantes en espacios públicos como el principal mercadillo gastronómico, los alrededores del paradero de combis y autos, el mercadillo gastronómico de Puca Rumi, entre otros.

Al iniciar con mi investigación, esta guía me permitió registrar de forma sistemática diversos aspectos en torno a la cultura alimentaria que pueden tener efectos importantes en la salud materno-fetal, particularmente vinculadas a los recursos económicos y las creencias religiosas. El primer paso fue acudir al Centro de Salud de Quinua para identificar a las gestantes. Posteriormente, me puse en contacto con las mujeres que ayudaron en dicho estudio, solicité su consentimiento y comencé a recopilar información sobre cuatro aspectos principales:

- 1) Cultura alimentaria: Se observó qué alimentos consumieron con mayor frecuencia, cuáles evitaron o rechazaron, y cuáles fueron sus fuentes de información sobre nutrición durante el embarazo.
- 2) Proceso de gestación: Se registró la semana de embarazo (basada en una estimación visual del tamaño del vientre, esto se confirmó con la entrevista), el aumento de peso, la presencia de problemas de salud y el consumo de suplementos de sulfato ferroso y el ácido fólico.

- 3) Información socioeconómica: Se buscó registrar los ingresos familiares, incluyendo aquí quién es el que aporta en el hogar y cuál es la fuente de sus ingresos; el tipo de vivienda; el acceso a servicios; y disponibilidad y diversidad de alimentos.
- 4) Creencias y prácticas religiosas: Se observó la presencia de símbolos, objetos o elementos religiosos en la vivienda o entorno de la participante y, también se percibió, los comportamientos, rituales o prácticas alimentarias que parezcan estar relacionadas con creencias o filiación religiosa, como las restricciones alimentarias con su fe.

Además, la guía permitió documentar las condiciones de la vivienda, el entorno familiar, la interacción entre miembros del hogar y la asistencia a los controles prenatales. En los casos en que se me permitió acompañarlas a sus controles prenatales observé cómo reaccionaban frente a las recomendaciones del personal de salud, y si existían conflictos entre esas indicaciones con sus creencias culturales e incluso creencias religiosas.

La *guía de entrevista* se diseñó con el objetivo de conocer la percepción que tienen las gestantes sobre su alimentación (cultura alimentaria) y su proceso de gestación, considerando cómo estos están influenciados por su contexto económico y sus creencias religiosas. La guía constó de 18 preguntas que fueron elaboradas en base a las hipótesis, variables e indicadores de las variables de estudio. De las cuales se vio conveniente organizarlos en, preguntas introductorias, seguidas por cuatro secciones temáticas: cultura alimentaria, proceso de gestación, situación socioeconómica y creencias y prácticas religiosas; y, finalmente, preguntas de cierre.

Además, de esta guía se obtuvo datos cuantitativos, principalmente sobre sus ingresos económicos y acceso a alimentos. Estos fueron sistematizados en tablas para complementar el análisis cualitativo.

En total, se realizaron 20 entrevistas formales en los meses de octubre y diciembre del 2024, este último mes fue para aclarar algunas cosas de las entrevistas que se habían realizado a las gestantes y para profundizar en aspectos vacíos. También, en algunas ocasiones, especialmente los fines de semana, conté con la ayuda de mi madre. Casi todas las entrevistas se realizaron en español, salvo algunas ocasiones que

fueron en quechua. El lugar habitual de las entrevistas fueron los hogares de las participantes. La mayoría aceptó que sus nombres aparezcan en la investigación, y quienes no lo permitieron eligieron un seudónimo.

Asimismo, a partir de las entrevistas realizadas mediante esta guía se construyeron y sistematizaron *historias de vida*, por lo que no se requirió una *guía* específica adicional, es decir no se consideró un instrumento independiente.

Las entrevistas se complementaron con conversaciones informales con obstetras y/o ginecólogas del Centro de Salud de Quinua, las cuales tuvieron lugar en sus consultorios, con funcionarios de la Municipalidad Distrital de Quinua y con líderes religiosos del distrito. También se recogieron expresiones cotidianas y comentarios espontáneos de la población quinuina en torno a la alimentación, así como conversaciones con pastores evangélicos sobre la religión y prácticas alimentarias.

Durante la realización de las entrevistas enfrenté algunas dificultades. En ciertos casos, las gestantes no confiaban en mí inicialmente. Sin embargo, gracias al acompañamiento de mi madre, el apoyo de algunos familiares que residen en la zona y al tejido de capital social que construí durante mis prácticas fue posible superar estas barreras. A pesar de estas dificultades, la guía de entrevista resultó ser esencial para la recopilación de información valiosa, lo que enriqueció el análisis de los resultados.

3.7 Descripción del análisis e interpretación de los datos

Una vez culminada la recolección de datos con los instrumentos de investigación, comencé un trabajo minucioso para organizar y preparar la información obtenida, con el fin de analizar e interpretar desde las vivencias de las participantes. Sin embargo, más allá de ordenar los datos, lo que buscaba era comprender los efectos de la cultura alimentaria en el proceso de gestación de las mujeres quinuinas, tomando en cuenta sus ingresos económicos y sus creencias religiosas.

En primer lugar, se procedió a organizar los datos recolectados de las entrevistas realizadas a las 20 mujeres gestantes. Cada una fue transcrita cuidadosamente, respetando el modo en que se expresaron. Esto me permitió captar no solo los contenidos de sus testimonios, sino también reconocer la forma en que narran sus experiencias, emociones y creencias. En los casos donde los testimonios

fueron brindados en quechua, los traduje con cuidado y luego los transcribí, procurando conservar el sentido y la intención de sus palabras.

Esta información fue sistematizada en una hoja de cálculo de Excel, donde se incluyeron los nombres o seudónimos elegidos por las participantes, junto con las respuestas a cada pregunta de la guía de entrevista. Este paso facilitó la identificación de patrones comunes, casos particulares y diferencias según las experiencias de cada participante. También se identificaron elementos que permitieron reconstruir historias de vida relacionados con sus prácticas alimentarias durante el embarazo, que por su amplitud están en los anexos.

De manera complementaria, de las entrevistas se extrajeron algunos datos cuantitativos como los niveles de ingreso familiar, el acceso a alimentos, problemas de salud materno-fetal y filiación religiosa. Estos fueron organizados en tablas y porcentajes. Esta sistematización ayudó a identificar las relaciones entre las condiciones económicas de las participantes y su alimentación durante el embarazo. Si bien estos datos fueron secundarios frente a la riqueza de datos cualitativos del estudio, sirvieron para sustentar observaciones relevantes como la frecuencia del consumo de ciertos alimentos o la relación entre la pobreza y las restricciones alimentarias.

Paralelo a ello, el análisis cualitativo se centró en la información obtenida mediante las entrevistas y las observaciones realizadas en sus hogares y en los espacios públicos como el principal mercadillo gastronómico, la feria o el centro de salud. También, fueron valiosas las conversaciones informales que mantuve con los profesionales de salud y otras personas de la comunidad, algunas de las cuales ya habían pasado por la experiencia del embarazo. Este enfoque me permitió entender no solo qué alimentos consumen las gestantes, sino por qué los eligen, qué significados les atribuyen, qué prohibiciones o creencias los acompañan, y cómo estas decisiones están atravesadas por sus creencias religiosas y su situación económica.

Posteriormente, con todo este material, fui identificando las temáticas que ayudaron a organizar los testimonios en torno a ellos. Esto facilitó la comprensión y el análisis, por lo cual se dividió en dos secciones centrales, siguiendo las hipótesis planteadas: la primera referida al *impacto de la cultura alimentaria en el proceso de*

gestación de las mujeres embarazadas según sus niveles de ingresos económico; y, la segunda relacionada con la influencia de las creencias religiosas en la cultura alimentaria de las mujeres gestantes y su impacto en el desarrollo del embarazo. A la vez, cada sección estuvo estructurada con subtítulos, esto me permitió presentar los resultados de manera clara y coherente.

Además y como proceso final, realicé una triangulación entre los distintos tipos de datos obtenidos, las cuales fueron: la observación participante, las entrevistas estructuradas, las conversaciones espontáneas con los profesionales de salud y funcionarios de la municipalidad de dicho distrito, y también las referencias bibliográficas pertinentes. Esta triangulación me permitió contrastar lo que las gestantes decían, lo que hacían y lo que el entorno reflejaba, ofreciendo una visión más amplia y contextualizada de la situación. En términos antropológicos, esto me permitió alcanzar una visión holística.

3.8 Cuestiones éticas

En el desarrollo de esta investigación, se han tomado en cuenta diversos principios éticos para garantizar el respeto y la protección de los participantes.

- a. Consentimiento informado y respeto a la autonomía:** Antes de la recolección de datos, conversé individualmente con las 20 mujeres gestantes participantes en el estudio. En cada encuentro les expliqué los objetivos de la investigación, los tipos de preguntas que se les realizarían y la importancia de conocer sus experiencias en torno a la alimentación (cultura alimentaria) durante el embarazo. Se destacó que podían retirarse en cualquier momento sin ningún problema. Es decir, su participación fue totalmente libre, voluntaria, consciente e informada.

Asimismo, parte de la investigación requería complementar las entrevistas y observaciones con algunos datos de las historias clínicas de las participantes, especialmente relacionada con sus controles prenatales y aspectos nutricionales. Por ello, después de informar a las gestantes y obtener su consentimiento para el uso de estos datos,

presenté una solicitud formal al Centro de Salud de Quinua. Dado que se trata de un establecimiento pequeño, donde la misma profesional del área de ginecología cumple también funciones administrativas. La autorización fue otorgada verbalmente durante una conversación personal, la copia de la solicitud presentada se incluye en los anexos de esta tesis. El personal me brindó todas las facilidades necesarias, manteniendo en todo momento un clima de transparencia y respeto.

Además, mantuve conversaciones informales tanto con funcionarios de la Municipalidad Distrital de Quinua como con líderes religiosos para comprender mejor el contexto social, económico y cultural, así como las posibles influencias religiosas en las prácticas alimentarias de las gestantes. Estos diálogos se desarrollaron en un ambiente de confianza, sin solicitar datos sensibles ni información personal sobre terceros, y aportaron una comprensión más amplia del entorno en el que se desarrolla la cultura alimentaria local.

- b. Confidencialidad y anonimato:** Se garantizó la confidencialidad con la información proporcionada por las participantes y el anonimato de sus identidades. Por lo que, las mujeres fueron identificadas como Informante 1, Informante 2 y así sucesivamente hasta la Informante 20, evitando cualquier referencia que permitiera reconocerlas.
Esta medida permitió que las mujeres compartieran sus vivencias con mayor tranquilidad, sin temor a ser identificadas. En todo momento se respetó su consentimiento y se actuó con cuidado y responsabilidad ética.
- c. Minimización de riesgos:** Se evaluaron los posibles riesgos o incomodidades que pudiera implicar la participación en el estudio. Aunque se trató de una investigación de bajo riesgo, se tomaron precauciones para reducir cualquier malestar emocional o exposición no deseada, priorizando en todo momento el bienestar físico y emocional de las participantes.
- d. Beneficencia:** Si bien esta investigación no prometía beneficios directos e inmediatos a las participantes, se espera que sus resultados

contribuyan a la mejora de programas de salud y nutrición dirigidos a mujeres gestantes. El conocimiento generado busca ser útil para la reformulación o adecuación de políticas públicas ya existentes, haciéndolas más pertinentes y culturalmente sensibles, con el objetivo de aportar evidencia que contribuya a la prevención de la anemia y desnutrición durante el embarazo, favoreciendo así condiciones más saludables para salud materna, el desarrollo fetal y el parto.

- e. **Respeto a la diversidad cultural:** Durante todo el trabajo de campo mantuve una actitud de respeto y apertura hacia las prácticas alimentarias, las creencias religiosas y las tradiciones culturales de las mujeres con las que trabajé. En ningún momento se emitieron juicios de valor y se buscó comprender los fenómenos desde la perspectiva emic (interna) de las participantes, conforme al enfoque etnográfico de esta investigación.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Impacto de la cultura alimentaria en el proceso de gestación de las mujeres embarazadas según sus niveles de ingresos económicos

Esta investigación busca comprender el impacto de la cultura alimentaria en el proceso de gestación de las mujeres del centro poblado de Quinua, donde las desigualdades económicas están siempre presentes y, las formas de vivir y pensar son diversas.

En este caso, fue necesario conocer el conjunto de las prácticas, hábitos y creencias alimentarias, y las estructuras sociales para entender no solo qué comen, sino cómo y por qué. Ya que los niveles de ingresos económicos determinan los patrones de consumo de alimentos, afectando la frecuencia y variedad de la dieta, así como en los conocimientos y creencias sobre la alimentación saludable. Esa realidad económica y cultural incide en la aparición de los trastornos nutricionales y en posibles complicaciones obstétricas, además de influir en la evolución del peso materno y el desarrollo fetal.

4.1.1 Patrones de consumo de alimentos y su capacidad adquisitiva en mujeres gestantes según los niveles de ingresos económicos

La alimentación durante el periodo gestacional ocupa un rol sumamente importante en el embarazo al momento de aportar los requerimientos y nutrientes para satisfacer las necesidades del feto durante su desarrollo y crecimiento y, también, en la salud materna (Villacreses, 2020). No obstante, los patrones de consumo alimentario durante este periodo no dependen únicamente del conocimiento nutricional, sino que están

influenciados por varios factores, siendo el nivel de ingresos económicos uno de los más determinantes.

En este sentido, la capacidad adquisitiva influye directamente en el acceso, la variedad y la calidad de alimentos disponibles para las mujeres gestantes del centro poblado de Quinua, es decir, que todo esto incide mucho en qué tan variados y de qué calidad son esos alimentos a consumir. Pero esa realidad socioeconómica son distintas y, en muchos casos, limitadas, repercutiendo en la salud y el bienestar tanto de las madres como de los bebés por nacer.

Para entender esta relación sobre la manera de la cual el nivel de ingresos influye en los patrones de consumo de alimentos, se les preguntó a las participantes su ingreso económico mensual de su hogar y los alimentos que consumen. A continuación, se muestra los resultados en la tabla:

Tabla 3
Patrones de consumo alimentario y factores condicionantes según el nivel de ingresos económicos de las gestantes

Participante	Nivel de ingreso mensual ²	Tipo de ingreso	Condición económica	Patrón de consumo alimentario y factores condicionantes
Informante 1	Medio (S/ 750 - 800)	Trabajo informal	Ingreso limitado	Patrón básico y repetitivo; dieta centrada en alimentos accesibles como arroz, fideos, menestras; dificultad para diversificar.
Informante 2	Bajo (S/ 600)	Trabajo informal	Ingreso muy limitado	Patrón monótono; compra de alimentos de bajo costo; consumo reducido de carnes y lácteos; prioriza llenar el estómago.

² Los rangos de ingreso mensual fueron establecidos tomando como referencia la Remuneración Mínima Vital (RMV) vigente en el año 2024. Así, se consideraron tres niveles: bajo (menos de S/ 750), medio (entre S/ 750 y S/ 1000) y alto (más de S/ 1000). Esta clasificación se adaptó a la realidad económica del distrito de Quinua, una zona rural donde las condiciones de vida están marcadas por altos niveles de pobreza. Esto coincide con la tasa de pobreza monetaria registrada para Ayacucho (32.8 % en 2024) y con estimaciones locales que señalan que más del 50 % de la población de Quinua vive en situación de pobreza (INEI, 2025; Municipalidad Distrital de Quinua, 2015).

Informante 3	No tiene ingreso propio	Apoyo familiar y estatal (Programa Juntos)	Dependencia económica	Patrón dependiente; alimentación regulada por entregas del programa Juntos y familiares.
Informante 4	Bajo (S/ 700 - 750)	Venta de comida, aunque a veces no sale porque en Huamanga ya no encuentra el producto que necesita para su negocio de venta de tripitas y picarones	Ingreso inestable	Patrón intermitente; cuando vende más, mejora la dieta; cuando hay escasez de insumos, la alimentación se restringe.
Informante 5	Bajo (S/ 540 - 660)	Venta de productos agrícolas en Huamanga; vende los lunes, miércoles, viernes y domingos	Ingreso limitado	Patrón rural de autoconsumo parcial; acceso a frutas/hortalizas propias, pero dieta limitada en proteína animal.
Informante 6	Bajo (Aprox. S/ 550)	Trabajo en chacra y venta de comida; también tiene el apoyo estatal (Programa Juntos)	Ingreso limitado	Patrón mixto y ajustado; combina venta y consumo de productos agrícolas como fuentes de alimento e ingreso, complementada con la ayuda estatal; generando una dieta básica con ocasional diversificación.
Informante 7	Medio (S/ 800)	Ingresos del esposo	Ingreso limitado	Patrón familiar con control externo; alimentación determinada por ingreso del esposo; opciones limitadas en variedad.
Informante 8	Bajo (Aprox. S/ 500)	Trabajo en restaurante de lunes a viernes	Ingreso muy limitado	Patrón básico urbano; acceso a alimentos poco variados; ocasional consumo de restos del trabajo.

Informante 9	Bajo (S/ 500 - 600)	La participante evitó mencionar su fuente de ingreso	Ingreso limitado	Patrón poco claro pero restringido; consumo afectado por bajos ingresos; escasa variedad aparente.
Informante 10	Bajo (Aprox. S/ 700)	Ingresos del esposo	Ingreso limitado	Patrón limitado con dependencia conyugal; dieta centrada en productos básicos; escasa diversificación.
Informante 11	Bajo (Aprox. S/ 600 - 650)	Venta de frutas y bebidas; apoyo estatal	Ingreso limitado	Patrón mixto con ayuda estatal; apoyo permite adquirir alimentos que normalmente no podría comprar.
Informante 12	Alto (S/ 1,120 - 1,200 aprox.)	Dueña de tienda	Ingreso variable	Patrón diversificado; capacidad para acceder a variedad de alimentos, aunque sujeto a ingresos fluctuantes.
Informante 13	Alto (S/ 2,100 aprox.)	Ingresos combinados: esposo (S/ 1,500) y propio (S/ 600 aprox.)	Ingreso estable	Patrón complementado por doble ingreso; compra libre de alimentos nutritivos; dieta balanceada con alto poder adquisitivo.
Informante 14	Medio (S/ 850)	Ingreso del esposo	Ingreso limitado	Patrón ajustado a ingreso conyugal; acceso básico, con intentos esporádicos de diversificar.
Informante 15	Bajo (S/ 300 - 450 aprox.)	Ayuda en chacra y apoyo estatal (Programa Juntos)	Ingreso muy limitado	Patrón de subsistencia con apoyo externo; fuerte dependencia de programas sociales y alimentos cultivados; dieta muy básica.
Informante 16	Medio (S/ 800)	Ingreso del esposo	Ingreso limitado	Patrón controlado por prioridades del hogar; ingreso destinado también a educación; alimentación con posibles restricciones.
Informante 17	Bajo (Aprox. S/ 500)	Trabajo interdiario	Ingreso limitado	Patrón inestable urbano; ingresos impredecibles afectan calidad y frecuencia del consumo alimentario.

Informante 18	Medio (Aprox. S/ 900)	Ingreso del esposo	Ingreso limitado	Patrón moderado con dependencia conyugal; acceso algo mayor a alimentos, pero aún con restricciones en calidad.
Informante 19	Alto (S/ 1,200)	Ingreso del esposo comerciante	Ingreso estable	Patrón urbano diversificado; capacidad adquisitiva permite dieta más variada y nutritiva.
Informante 20	Alto (S/ 1,150)	Ingresos combinados: su esposo es portero en un colegio y venta de sus productos (interdiario)	Ingreso estable	Patrón complementado por doble ingreso; variedad alimentaria moderada según ventas y apoyo del esposo.

Nota. Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas en el 2024.

La Tabla 3 muestra una estrecha conexión entre los ingresos económicos mensuales de cada hogar de las mujeres gestantes del centro poblado de Quinua con los patrones de consumo alimentario y la capacidad adquisitiva. Sin embargo, esto no sorprende ya que en contextos de recursos ajustados, las decisiones sobre qué comprar responden al precio y a la calidad de los alimentos. En esa misma línea J. Moreno (2018) señala que, la situación económica es un factor influyente en los cambios de hábitos alimentarios, donde la selección de los alimentos depende en gran medida de la calidad de los mismos, pero también del precio de estos.

Por otra parte, esta relación, de ingresos económicos con los patrones de consumo de alimentos y la adquisitividad, permite entender que la alimentación va más allá porque existe una negociación diaria entre el deseo, la necesidad y la posibilidad. Así, los ingresos del hogar cuando son limitados o estables predeterminan la variedad y frecuencia del consumo de ciertos alimentos.

Antes de presentar una interpretación etnográfica más profunda sobre cómo las condiciones socioeconómicas impactan en los patrones de consumo alimentario, y aquí quiero hacer como un paréntesis para explicar qué dimensiones abarqué para la clasificación de las gestantes según los niveles socioeconómicos. Para ello, se consideraron tres dimensiones, que son a) los ingresos económicos del hogar, b) el nivel educativo, y c) la vivienda y el acceso a servicios básicos. A partir de estos

criterios se establecieron tres categorías: bajo, medio y alto, lo que permitió una interpretación más precisa y situada de los hallazgos.

a) Ingresos económicos

A partir de las entrevistas realizadas, se observa que la mayoría de las mujeres gestantes participantes viven con bajos ingresos. Once de ellas mencionaron percibir menos de 750 soles mensuales, situación que corresponde principalmente a madres solteras con trabajos informales. En cambio, cinco mujeres señalaron tener ingresos medios, mientras que cuatro manifestaron contar con ingresos superiores a 750 soles al mes. Estos dos últimos grupos están conformados, en su mayoría, por mujeres convivientes o casadas, lo que sugiere una mayor estabilidad económica vinculada al apoyo del hogar.

b) Nivel educativo

El “Nivel de educación de las mujeres influye de manera importante en sus actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo, sus actitudes hacia el tamaño ideal de la familia, la práctica de la planificación familiar y la violencia intrafamiliar. Por otro lado, el nivel de educación está positivamente asociado con la situación socioeconómica” (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2024, p. 74).

Según las entrevistas realizadas, del nivel educativo alcanzado de las mujeres gestantes del centro poblado de Quinoa nos muestra una compleja realidad social. Del total de las participantes, once contaron con educación secundaria; mientras que seis alcanzaron la educación primaria, solo una mujer accedió a estudios técnicos/universitarios y, del mismo modo, una participante refirió no saber leer ni escribir (analfabetismo). Esta heterogeneidad, que es significativa, se refleja en las oportunidades económicas y el acceso a recursos alimentarios.

Puesto que, las mujeres con educación primaria y analfabetismo presentan menores ingresos y enfrentan mayores desafíos para acceder a información nutricional y alimentos nutritivos, impactando directamente a su salud y a la de sus hijos.

c) Vivienda y servicios básicos

La mayoría de las viviendas en el centro poblado de Quinua están construidas con adobe, un material tradicional que la misma población lo hace. Sin embargo, también hay algunas pocas viviendas construidas con material noble, ladrillo y concreto.

Estas viviendas, construidas tanto de adobe y material noble, varían en altura y se pueden encontrar casas de un solo piso como aquellas que cuentan con dos niveles. Esto depende de las necesidades y recursos de los habitantes.

En cuanto al acceso a servicios básicos, las veinte mujeres señalaron tener acceso a luz en sus hogares; no obstante, existieron desigualdades significativas en el acceso a agua potable y saneamiento. Dieciocho hogares reportaron acceso a agua potable, mientras dieciséis disponían de un sistema de saneamiento adecuado. En contraste, dos hogares no tenían acceso a agua potable, lo que indica una brecha importante en la provisión de servicios esenciales. Al respecto, se registró el testimonio de la Informante 11, quien narró la necesidad de recolectar agua de un caño público (Comunicación personal, 5 de octubre de 2024), ello ilustra las dificultades que enfrentan algunas familias y las estrategias de adaptación que deben implementar para cubrir sus necesidades básicas.

Una vez descrita la clasificación socioeconómica de las mujeres gestantes, basada en los ingresos del hogar, el nivel educativo, y la vivienda y servicios básicos, resulta pertinente abordar la dimensión etnográfica sobre las condiciones socioeconómicas y su influencia en los patrones de consumo de alimentos de las gestantes quinuinas.

Las mujeres gestantes con *nivel socioeconómico bajo*, mayormente suelen desempeñar trabajos informales como: ventas ambulantes, venta de comida, trabajos en las chacras o trabajo en casa (limpiando y cocinando), trabajando de manera diaria o esporádica, como el caso de las Informante 2, Informante 3, Informante 4, Informante 5, Informante 6, Informante 8, Informante 9, Informante 10, Informante 11, Informante 15 e Informante 17, a ello agregar que, en su gran mayoría, son madres solteras. Basándonos netamente a la cultura alimentaria de las mujeres gestantes, esta situación afecta directamente su capacidad para acceder a una alimentación adecuada durante el embarazo, ya que al mes sus ingresos son menos de S/ 750. Ello coincide con lo planteado por Oswald (1991), quien sostiene que los niveles socioeconómicos

más pobres emplean cinco estrategias para racionalizar el consumo y son: más trabajo, comercio, autoconsumo, recurrencia a préstamos y sustitución de productos caros por baratos.

Siendo este el caso ya que reciben el apoyo por parte del Estado como el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres – JUNTOS, este programa ofrece un apoyo económico de 200 soles cada dos meses a cambio del cumplimiento de controles prenatales y vacunación de los niños, pero dan un abono adicional de 100 soles cada dos meses a las gestantes que cumplen con los controles prenatales, si toman el suplemento de hierro y ácido fólico (Plataforma del Estado Peruano, 2021), con este apoyo estatal complementan a sus ingresos económicos bajos, al respecto tenemos el testimonio de la Informante 11, quien dijo: *“me ayuda el dinero que me dan del Programa Juntos, con eso compro para cocinar y otras necesidades que tengo”* (Comunicación personal, 5 de octubre de 2024).

A partir de esta realidad, se identificaron diversos patrones alimentarios, detallados en la Tabla 3 (pp. 59-62), que reflejan la relación entre ingresos económicos bajos y cultura alimentaria. Es importante señalar que en todos los patrones identificados se observa la presencia de un patrón de variaciones estacionales, ya que tanto los ingresos económicos como la disponibilidad de alimentos dependen de los factores temporales como los trabajos informales, la venta de productos agrícolas y producción de alimentos caseros varían según la estación, el clima o la demanda del mercado. Además, cuando ciertos productos están en temporada, su precio suele ser más accesible, lo que permite incorporar un poco más de variedad en la dieta; fuera de temporada, los precios aumentan, obligando a priorizar alimentos más económicos y básicos, limitando la diversidad de la alimentación.

- 1) Patrón monótono, de subsistencia o poco restringido: Gestantes como la Informante 2, Informante 15 e Informante 9 presentaron un consumo de alimentos de bajo costo, poco variados y saciantes como arroz, menestras y fideos, con escasa presencia de proteínas animales y frutas, donde se come lo que se rinde y no lo que se desea; es decir, la comida se transforma en un instrumento de resistencia cotidiana, donde la saciedad sustituye al valor nutricional. Como relató la Informante 9:

Algunas personas, World Vision o en días festivos como Día de la Madre, me regalan productos como dos kilos de arroz, dos o tres bolsas de menestras (lentejas o frejoles de un kilo) e incluso tarros de leche. Guardo esos productos y los complemento con lo que recibo después de ayudar a cosechar en las chacras de mis vecinos. Por las mañanas preparo avena con pancito para desayunar con mi hijita, para el almuerzo hago lentejitas... y así cocino con lo que tengo en casa. Me gustaría que en mis comidas haya pollo, pero solo puedo comprarlo en algunas ocasiones. (Comunicación personal, 2 de octubre de 2024)

Este testimonio evidencia que la alimentación en contextos de ingresos muy limitados se organiza en torno a la administración cuidadosa de lo poco que se tiene, priorizando a los hijos y postergando las necesidades de la gestante. Desde la experiencia cotidiana de las gestantes, los alimentos básicos suelen mantenerse disponibles a lo largo del año; sin embargo, la estacionalidad condiciona el acceso a productos frescos y reduce aún más la variedad de la dieta. En este contexto, la alimentación cotidiana se organiza en función a la disponibilidad y la capacidad de rendir los alimentos, priorizando la saciedad y la subsistencia familiar por sobre la diversidad o el valor nutricional. Este patrón responde a una lógica de sobrevivencia básica, donde comer no constituye una práctica orientada al placer o la elección, sino una estrategia cotidiana de sostén, tal como sostiene Mintz (1996), para los contextos de pobreza.

- 2) Patrón dependiente o asistido: En este patrón se encuentran varias gestantes del centro poblado de Quinua, como la Informante 3 y la Informante 15, cuya alimentación cotidiana está regulada por el apoyo del Programa Nacional Directo a los más Pobres – JUNTOS, así como por la ayuda de sus familiares cercanos. Esta dependencia responde a limitaciones económicas que no les permiten acceder de manera autónoma a una mayor diversidad de alimentos. Las gestantes que no forman parte del programa mencionado reciben productos del Programa Vaso de Leche. Sobre esto, la Informante 3 relató:

Cuando me depositan de JUNTOS compro lo indispensable, como arroz, azúcar, fideos y aceite. La comida ya depende de eso, porque si no hay apoyo, no alcanza. Hubo meses en los que me suspendieron el apoyo económico del programa y fue difícil. También cuento con el apoyo de mis padres, quienes me dan lo que cosechan de su chacra. (Comunicación personal, 10 de octubre de 2024)

La estacionalidad influye en esta forma de asistencia indirecta, ya que la producción agrícola familiar o la ayuda de terceros varía según la época del año, condicionando la cantidad y variedad de alimentos disponibles. En este contexto, el acceso mediado a la alimentación configura lo que Poulain (2019) denomina una “comensalidad impuesta”, en la cual el cuerpo alimentado deja de ser una decisión propia para integrarse a una lógica asistencial que organiza qué, cuándo y cuánto se come.

- 3) Patrón intermitente o inestable: En gestantes como la Informante 4 o la Informante 11, cuya alimentación depende de ingresos obtenidos a través de actividades informales que varían según el día o la temporada. En el caso de la Informante 11, sus ventas de frutas y chicha estrechamente vinculadas a factores climáticos y a la dinámica festiva local. Como señaló la Informante 11:

Cuando hace calor se vende más la fruta, sobre todo la sandía, esos días gano un poco más. En días de frío casi no vendo nada. También cuando hay fiestas patronales en pueblos cercanos a Quinua vendo más, y al día siguiente ya puedo comprar pollo o carne para la comida. (Comunicación personal, 5 de octubre de 2024)

De este modo, la dieta diaria se vuelve intermitente, pues depende de factores externos como la demanda de mercado o la disponibilidad de productos. Esta inestabilidad en los ingresos genera fluctuaciones en el consumo de alimentos con mayor valor nutricional, lo que puede afectar la salud tanto de la madre como del feto.

- 4) Patrón mixto rural: Registrado en casos como la Informante 5, quien combina el autoconsumo de productos agrícolas con ingresos limitados para su alimentación. También se encuentra el caso de la Informante 6, quien, como muchas mujeres en una zona rural trabaja en el campo a la vez vende comida y cuenta con el apoyo estatal para poder alimentarse. Como mencionó la Informante 6:

De lo que sembramos en la chacra comemos frutas, tubérculos y verduritas. Carne o leche casi no hay en casa, solo a veces podemos comprar un poquito... así combino con los productos de mi chacra, con lo que vendo y con el apoyo del Programa Juntos, y con eso voy saliendo adelante. (Comunicación personal, 3 de octubre de 2024)

La estacionalidad condiciona el autoconsumo, ya que ciertos productos, como el yuyo (en enero y mediados de marzo) y el maíz (febrero-marzo y mayo-junio), se encuentran en mayor cantidad solo en épocas específicas, mostrando cómo los recursos del entorno modulan la alimentación. Por otra parte, este patrón, también, refleja una forma de resiliencia cultural basada en el uso de recursos tradicionales del entorno. Según Fischler (1995), estas prácticas mantienen el equilibrio entre la tradición y la necesidad, donde el “comer propio” sostiene identidades locales a pesar de la pobreza.

- 5) Patrón básico urbano o inestable urbano: Registrado en gestantes como la Informante 17, que trabaja como ama de casa en Huamanga. Esto llevó a que su dieta dependa de lo que se come en su lugar de trabajo, asimismo quienes trabajan en restaurante también comen lo que queda o sobra al final del día. Al respecto la Informante 17 señaló:

En la casa donde trabajo como ama de casa, como lo que me dan. A veces es poquito, otras veces hay más. No siempre puedo escoger, entonces unas veces como arroz con verduras, otras veces solo pan o sopa. Así voy comiendo cada día. (Comunicación personal, 5 de octubre de 2024)

En este contexto, la alimentación es ocasional, improvisada y subordinada al entorno laboral y a la disponibilidad de recursos, reflejando una

inestabilidad alimentaria cotidiana que condiciona la nutrición de la gestante.

- 6) Patrón conyugal dependiente: Muy pocas mujeres gestantes con ingresos limitados tienen pareja, otro problema es que son muy jóvenes y al salir embarazadas dejan sus estudios y dependen de ellos. Aquí se encuentran casos como de la Informante 10 y la Informante 8, quienes dependen del ingreso de sus parejas, que a su vez pueden variar según la temporada o la disponibilidad de trabajo, por ejemplo, en llenada de techos, ayudante de albañil o labores agrícolas. Como relató la Informante 8:

Mi esposo trabaja de lo que sale, a veces en la chacra, a veces en techos. Hay días que no hay trabajo y no hay dinero para comprar casi nada. Entonces a veces solo comemos guiso de brócoli, y otras veces sí podemos poner carne o pollo. Todo depende de lo que él consiga un día antes o ese mismo día.
(Comunicación personal, 7 de octubre de 2024)

La estacionalidad y la variabilidad del trabajo de la pareja condicionan tanto la disponibilidad económica del hogar como la posibilidad de acceder a alimentos variados, haciendo que la alimentación de la gestante sea intermitente y dependiente de los ingresos del cónyuge.

Estos hallazgos muestran que la estacionalidad es un factor transversal que atraviesa todos los patrones de consumo, modulando tanto la capacidad de compra como el acceso directo a alimentos. Esta influencia se refleja en las fluctuaciones en ingresos, disponibilidad de productos frescos y autoconsumo agrícola, y condiciona la cultura alimentaria y supervivencia de las gestantes, evidencia que la pobreza y la temporalidad interactúan para determinar la alimentación durante el embarazo.

En estos patrones se manifiestan las carencias materiales que presentan las mujeres gestantes en el centro poblado de Quinua, estos casos coinciden con el estudio de Carrasco (2024), quien indica que las mujeres con ingresos bajos presentan una mayor dependencia económica y ello está asociado significativamente con la anemia; en este estudio podemos ver que solo algunas gestantes con ingresos bajos tienen pareja de quienes dependen para su alimentación (y otras necesidades), pero

mayormente dependen del Estado mediante el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres – JUNTOS y de su familia, aun así las entrevistadas mencionaron que no logran cubrir sus necesidades más importantes³, sobre la alimentación optan por seleccionar los alimentos basándose en el precio. Como explica Ellen Messer:

Obviamente, los precios de los alimentos –sean o no básicos– también dan forma o deforman la elección, puesto que el público ajusta sus gustos y preferencias culturales a las limitaciones de presupuesto, y busca dietas que sean en primer lugar costeables, llenadoras y satisfactorias en otros ámbitos. (Messer, 2006, pp. 43–44)

Y no toman en cuenta el valor nutricional de los alimentos, por lo que en sus controles se registra que presentan anemia, desnutrición y obesidad.

Muy aparte de lo anterior, también se presenció que han desarrollado estrategias de adaptación y mecanismos de supervivencia que incluyen la creación de redes de apoyo social y solidaridad familiar (Lomnitz, 1975). Tales son los casos de la Informante 11 y la Informante 15, quienes trabajan o ayudan en la chacra y al terminar sus jornadas reciben su pago y le dan lo cosechado como papa, maíz o verduras. También, se encuentran mecanismos de supervivencia en contextos de pobreza, mediante el apoyo familiar, es la única forma en que las mujeres pueden sobrellevar las cargas económicas y de cuidado que implica el embarazo, aquí encontramos el caso de la Informante 3 que recibe apoyo de sus padres y el caso de la Informante 11, quien en ocasiones su hermana mayor le da pescado o cuy para que cocine.

Por otra parte, en este grupo se encuentran mujeres que han estudiado hasta primaria (seis mujeres) o no estudiaron (analfabetismo, una mujer) por tal motivo presentan menores ingresos a la vez que enfrentan desafíos para acceder o comprender una adecuada información nutricional lo que puede derivar en deficiencias nutricionales, haciéndolas más vulnerables a llegar a una malnutrición.

Las mujeres gestantes clasificadas en el *nivel socioeconómico medio*, como la Informante 1, Informante 7, Informante 14, Informante 16 e Informante 18, tienen un

³ Entre las participantes se encuentran primerizas y quienes tienen más de un hijo. Este último grupo narraban que no les alcanza porque también tienen hijos estudiando. Una realidad que muchas mujeres enfrentan.

acceso algo más estable a alimentos variados. Sin embargo, todavía deben ajustarse al presupuesto familiar y ajustar sus compras para poder alimentar a su familia. Esto implica tomar decisiones en cuanto a la calidad y tipo de alimentos a comprar, es decir que prioricen la elección de alimentos más económicos. Algunas mujeres de este grupo también se benefician del Programa Juntos, que complementan sus ingresos y les ayuda a cubrir otras necesidades básicas, como la educación de los hijos y la alimentación. Como relata la Informante 16: *“Mi esposo nada más trabaja, al mes se llegará algo de S/ 800.00 tantos, eso lo distribuimos para varias cosas, los estudios de mis hijos, la comida, etc.”* (Comunicación personal, 4 de octubre de 2024).

Aunque las gestantes de nivel socioeconómico medio tienen un acceso relativamente más estable a alimentos, sus ingresos y la disponibilidad de ciertos productos también varían según la temporada. Por ejemplo, los trabajos de sus parejas como: construcción, comercio o labores agrícolas, pueden fluctuar según la época del año, y el precio de verduras, frutas o tubérculos cambia según la estación, siendo más económicos durante su cosecha y más caros fuera de ella. Esto obliga a las familias a ajustar sus compras y priorizar productos más económicos. A diferencia de los hogares de nivel bajo, donde la estacionalidad puede condicionar toda la dieta, en el nivel medio actúa más como un factor que modula los gastos y la calidad de los alimentos disponibles.

En este grupo se identificaron los siguientes patrones de consumo alimentario, que están en la Tabla 3 (pp. 59-62): 1) Patrón reproductivo conyugal (familiar con control externo, ajustado y controlado por prioridades): Se encuentran casos como de la Informante 7, Informante 14, Informante 16 e Informante 18, sus hogares tienen ingresos medios que si bien es cierto sus dietas pueden ser algo más diversificadas a comparación de los hogares con ingresos bajos, aún dependen de los ciclos de pago de sus parejas o esposos, así como de la estabilidad laboral, para poder comprar productos de mayor valor nutricional o alimentos que mejoren la calidad de vida. Esto a su vez refleja una relación de dependencia económica en la que las mujeres, en muchos casos, dependen de sus parejas para la alimentación del hogar, así como para otras necesidades. Según, la ENDES, la ocupación va de la mano con el ingreso económico y el grado de instrucción, para lograr acceder a mejores empleos y una mejor entrada

de dinero al hogar, muchas de las gestantes no culminan sus estudios teniendo así pocas oportunidades en el mercado laboral, en consecuencia, optan por ser amas de casa por las desiguales oportunidades que existe en la sociedad, implicando una relación de dependencia (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2024). Mostrándose claramente una distinción de roles de género en el hogar, donde el hombre es el encargado de cubrir los gastos del hogar y la mujer a los quehaceres del hogar (Bourdieu, 2000), a su vez podría decir que vemos una dominación masculina casi invisible, por ejemplo, durante el trabajo de campo se escuchó decir al hombre (al dar dinero) antes de irse a su trabajo: “hoy puedes cocinar loco y sopita”. Es decir, la mujer gestante come lo necesario, impuesto y no lo deseado.

Por otra parte, también se observa, como explica Douglas (1972) que, la alimentación dentro del hogar no solo responde a criterios nutricionales, sino que reproduce estructuras de poder y jerarquía simbólica, especialmente en contextos donde el hombre administra el ingreso. Por ejemplo, en los hogares de nivel socioeconómico medio primero sirven al esposo, luego a los hijos y último comen ellas, muchas veces es poco porque según ellas cocinando se llenan.

El otro patrón que se encontró es, 2) Patrón básico y repetitivo: Fue observado en el caso de la Informante 1, quien obtuvo ingresos por cuenta propia mediante el trabajo informal. Esto, sin embargo, no garantiza autonomía alimentaria, ya que la inestabilidad laboral y la falta de protección social la obliga a mantener una dieta básica, repetitiva y centrada en carbohidratos como arroz, fideos y menestras, aunque ella mencionaba: “*Trato de comer de todo, como verduras, frutas, carne, pollo o pescado, menestras, etc.*” (Comunicación personal, 2 de octubre de 2024). Se evidencia un esfuerzo y a la vez toma de conciencia por su estado y buscando el bienestar de su bebé, pero su alimentación es repetitiva, no hay variedad ni buena distribución a la hora de comer, además que se antoja de comidas con bajo valor nutricional.

Las gestantes del nivel socioeconómico medio, si bien no enfrentan una escasez extrema a diferencia del grupo de los hogares clasificados como bajos, pero tampoco cuentan con los medios para una dieta equilibrada y constante. Su patrón alimentario no es de sobrevivencia, sino de ajuste y aspiración contenida, lo cual visibiliza un

grupo que, es menos afectado por desigualdades estructurales y por la falta de autonomía económica durante el embarazo.

Las mujeres gestantes con *nivel socioeconómico alto*, en este grupo se encuentran la Informante 13, Informante 12, Informante 19 e Informante 20 que conviven con sus parejas o están casadas. Tienen más ingresos para acceder a una variedad de alimentos que no son de la zona, es decir lo compran en mercados de Huamanga entre ellos frutas, carnes, pollo, pescado, trucha, lácteos, verduras, y productos que obtienen de sus chacras como papa, maíz, haba, arveja (ver Figura 5), tienen gallinas lo cual de ahí obtienen huevos y crían chanchos o ganados que cuando están grandes obtienen su carne (ver Figura 6).

Figura 5

Almacenamiento de alimentos en sus hogares



Nota. La imagen muestra cómo los hogares, principalmente del nivel socioeconómico alto, almacenan alimentos como papa, maíz, habas secas y otros productos. Esta práctica refleja la capacidad de estas familias para conservar alimentos para el consumo diario y planificar su abastecimiento a largo plazo. Fotografía tomada por Cyntia Huaman, 2024.

Figura 6

Crianza de ganado y aves de corral para autoconsumo y venta



Nota. La imagen muestra la crianza de ganado vacuno y aves de corral en hogares de nivel socioeconómico alto, mientras que los hogares de nivel medio y bajo crían principalmente aves u otros animales pequeños. Esta actividad proporciona alimentos para autoconsumo y, en algunos casos, ingresos adicionales, evidenciando diferencias en el acceso a recursos productivos en la comunidad. Fotografía tomada por Cyntia Huaman, 2024.

En este grupo encontramos dos patrones, y lo más notorio es que es un patrón diversificado, alimentos tanto urbano (compran de los mercados, en Huamanga) como de sus chacras, y también es un patrón complementado por doble ingreso ya que ambos (gestante y esposo) complementan sus ingresos al hogar. En este grupo la mujer no es pasiva ni dependiente sino es activa, como en los casos de las mujeres de nivel socioeconómico bajo y medio.

A pesar de sus mayores ingresos y acceso a alimentos variados, las gestantes de este grupo también pueden verse afectadas por variaciones estacionales. Por ejemplo, ciertos productos de sus chacras solo se encuentran disponibles en determinadas épocas del año, como:

- ✓ Papa: se cosechan en los meses de febrero – mayo.
- ✓ Haba: la cosecha se realiza de marzo a mayo.

- ✓ Maíz: si se habla del llamado comúnmente ‘choclo’ se cosecha entre los meses de febrero y marzo; si es del grano seco, en mayo – junio.

Durante estas temporadas, los precios suelen ser más bajos, contrariamente cuando esta fuera de temporada, aunque su poder adquisitivo les permite mantener la variedad de la dieta.

Además, algunos ingresos del hogar pueden fluctuar según la temporada laboral de sus parejas, aunque estas variaciones no afectan de manera significativa la capacidad del hogar para acceder a alimentos variados.

Por otra parte, el tener mayor nivel socioeconómico podría asociarse a un mayor conocimiento nutricional (dicho esto porque terminaron sus estudios secundarios) y una dieta más diversificada. Sin embargo, es importante mencionar que el tener mayores ingresos no garantiza una dieta nutricionalmente adecuada, ya que hay un significativo consumo de alimentos procesados de alto contenido calórico y bajo valor nutricional como salchipollo (o pollo broaster), hamburguesa, etc., los cuales no aportan los nutrientes esenciales para el desarrollo fetal y la salud materna. Como sostiene Mintz (2003), el mundo material es para conceder satisfacciones.

En resumen, los patrones de consumo alimentario de las mujeres gestantes del centro poblado de Quinua están ligados a tres dimensiones: los ingresos económicos, el nivel educativo y, las condiciones de vivienda y servicios básicos, todo esto termina influyendo en las formas en que cada hogar se organiza para adaptarse y sostenerse. De ahí que se clasificó en tres niveles socioeconómicos.

En primer lugar, en el nivel socioeconómico bajo las mujeres enfrentan limitaciones significativas para acceder a alimentos nutritivos, con dietas centradas en productos económicos y baja frecuencia de proteínas y lácteos; y aunque reciben apoyo del Programa Nacional de Apoyo Directo a los más pobres – JUNTOS o del Programa Nacional de Vaso de Leche, persisten desigualdades que las obligan a recurrir a redes de apoyo y estrategias de subsistencia. A este nivel socioeconómico le contradice el nivel socioeconómico medio ya que presentan una dieta más diversificada, pero para su alimentación aún dependen de los ingresos del hogar, sobre todo los de sus parejas, y por las múltiples necesidades que deben cubrir en casa, esto repercute en la calidad

de los alimentos que consumen. Y, por último, se encuentra el nivel socioeconómico alto, aquí las mujeres “tienen mayor acceso a alimentos variados y equilibrados”, sin embargo, esto también les da la posibilidad de consumir alimentos con bajo valor nutricional y alto contenido calórico, esto evidencia que contar con mayores ingresos económicos y un nivel educativo más alto no garantiza una alimentación saludable.

Algo que atraviesa a todos los niveles, aunque con diferente impacto, son las variaciones estacionales. La disponibilidad de ciertos productos, los precios de mercado e incluso la estabilidad del trabajo cambian según la época del año. Esto afecta sobre todo a los niveles bajo y medio, donde las mujeres gestantes deben ajustar lo que comen según lo que haya en ese momento y según lo que puedan pagar.

En consecuencia, esta realidad demuestra que las mujeres gestantes adaptaron sus prácticas alimentarias en función de sus condiciones materiales, de los productos que logran obtener y de los ingresos con los que cuentan (Harris, 1999). A su vez, se hace visible la diferenciación social en términos de consumo, mostrando que la economía familiar y el acceso desigual a los recursos afectan profundamente tanto las prácticas alimentarias como las condiciones de vida de los distintos grupos sociales.

4.1.2 Frecuencia y variedad de la dieta de las mujeres gestantes de diferentes niveles socioeconómicos

Luego de haber analizado los patrones de consumo de alimentos y su relación con la capacidad adquisitiva según los niveles socioeconómicos, este apartado se enfoca en la frecuencia y variedad de los alimentos consumidos por las mujeres gestantes del centro poblado de Quinoa, diferenciadas según su nivel socioeconómico. Ello permite observar no solo las prácticas/hábitos alimentarios cotidianos, sino también las estrategias de acceso, selección y organización doméstica en torno a la alimentación durante el embarazo.

La frecuencia y variedad de productos alimenticios en la dieta de las mujeres gestantes reflejan varias dinámicas culturales, sociales y económicas que influyen en sus decisiones alimentarias durante el embarazo. Estas decisiones no son solo individuales, sino que son el resultado de un proceso complejo en el que se entrelazan las creencias sobre la salud, el bienestar y el cuidado del cuerpo durante la gestación,

junto con prácticas alimentarias heredadas, la economía doméstica y la disponibilidad de ciertos productos locales, esto a su vez se complementa con productos adquiridos en mercados grandes ubicados en la provincia de Huamanga, como el Mercado Magdalena, el Mercado Nery García, el Mercado F. Vivanco (conocido popularmente como mercado central), el Mercado 12 de Abril, entre otros.

Como señalan Espinoza & Mallqui (2017), “Los ingresos económicos del hogar y la percepción del costo de los alimentos están relacionados con los hábitos alimentarios en las gestantes” (p. 78). Esto implica que el acceso a recursos y la posición socioeconómica de las mujeres juegan un papel esencial en la elección de los productos que consumen, ya que las diferencias en el poder adquisitivo pueden generar desigualdades en cuanto a la calidad y diversidad de la dieta.

Con base en ello, se consideró pertinente organizar la información recogida en el trabajo de campo según los distintos niveles socioeconómicos de las participantes, lo cual facilita un análisis comparativo. En cada grupo se identificaron los alimentos más consumidos durante el embarazo, así como la frecuencia de las comidas diarias. Como sostiene García et al. (2006), en la frecuencia y variedad de la dieta influyen dos variables que son el contar con ingresos estables y redes familiares, sociales o institucionales.

En primer lugar, se presentan los hallazgos correspondientes al grupo de mujeres gestantes del nivel socioeconómico bajo. La información se resume en la siguiente tabla, que detalla la frecuencia de comidas al día y los alimentos más consumidos con mayor regularidad durante la gestación.

Tabla 4

Frecuencia y variedad de la dieta durante la gestación de las mujeres con nivel socioeconómico bajo

Participante	Frecuencia de comidas al día	Alimentos más frecuentes
Informante 2	3 veces al día	Consume verduras todos los días, con eso cocina sopa o guisos (es uno de ellos). Consume algunas frutas, interdiario. Si un día anterior le ha ido bien en sus ventas, es decir cuenta con más ingresos, consume carne, pollo, pescado, queso, mantequilla, leche.

Informante 3	3 veces al día	Su alimentación diaria está basada en lo que cosecha de la chacra de sus padres y lo complementa con compras de la tienda o de la feria (los domingos). Cocina sopa, guisos, tortilla, papa sancochada con queso o huevo.
Informante 4	3 veces al día	No especifica alimentos favoritos, pero menciona que come de todo.
Informante 5	3 veces al día	Verduras, frutas, arroz, avena. Cocina con lo que cosecha de su chacra, sin químicos, para asegurar la salud de su bebé.
Informante 6	3 veces al día	Verduras, frutas, arroz, cereales y tubérculos. Menciona que come el doble o el triple de lo normal, siguiendo el consejo de su madre para la salud del bebé.
Informante 8	2 veces al día	Verduras en sopas y guisos. También consume, interdiario, frutas y huevo sancochado.
Informante 9	3 veces al día	Trata de comer variado.
Informante 10	2 veces al día	Prefiere sopas de verduras y frutas debido a las náuseas con otros alimentos.
Informante 11	2 veces al día	La economía limita su acceso a proteínas de origen animal, por lo que prioriza el consumo de frutas y verduras locales, en parte porque le regalan cuando va a ayudar a la chacra. También consume fideos, arroz y menestras, porque le regalan.
Informante 15	3 veces al día	Verduras, frutas, pescado, carne, pollo, menestras. Prefiere una dieta equilibrada, aprendiendo de su experiencia anterior con anemia por mala alimentación.
Informante 17	1-3 veces al día	Sopa de verduras, guisos, papa sancochada, tortillas pan, mates. Alimentación regular basada en lo que tiene disponible adecuándose a la hora que su madre comía y solo cuando ella comía (una vez al día), luego mejora cuando se va a vivir con sus abuelos.

Nota. Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas en el 2024.

Según la Tabla 4, las mujeres gestantes de este grupo acceden a alimentos más económicos, mayormente a productos locales, muchos de ellos provenientes de sus chacras o se adquieren en la feria dominical. Quienes no cultivan suelen comprar verduras en pequeñas cantidades: bolsitas de zanahoria, tomate o cebolla por un sol, o compran por kilos productos como papa, zapallo, arveja y haba. Si cuentan con algo

más de ingresos, como ellas mismas expresan “si sobra dinerito”, adquieren fideos, arroz, sal, huevo, carne de res o pollo, leche y demás productos para la preparación de sus comidas de la semana.

Aunque, algunas mujeres que trabajan en la chacra, como el caso de la Informante 11, quien al terminar su jornal en la chacra recibe su pago y le regalan productos, lo cual también son utilizados para la preparación de sus comidas diarias.

También se identificaron casos donde las mujeres consumen solo dos comidas al día, o incluso una. Como la Informante 17⁴ relató lo siguiente:

Primero vivía con mi mamá, comíamos sopa y solo una vez al día, así era todos los días, me daba hambre, por mi barriguita, y cuando le dije (a mi mamá) que me iba a cocinar, no quiso. Por eso me fui a la casa de mis abuelos, donde sí comía tres veces al día... o sea me alimentaba bien. (Comunicación personal, 4 de octubre de 2024)

Analizando más los casos como el de la Informante 17, donde se muestran que la frecuencia de las comidas no depende solo de cuántas veces se come al día, sino también de los horarios y de la cantidad de comida que se consume. Por ejemplo, en los hogares donde comen una sola vez al día, la comida mayormente suele ser a las 10:00 o a las 10:30 de la mañana, y eso es hasta el día siguiente, aunque toman agua si les da hambre. Podría deducirse que al comer solo una vez comerán bastante, pero no es así, porque la comida es sencilla. Suelen preparar sopas de verduras con fideos o cereales, y otras veces guisos de habas o de arvejas secas, casi siempre sin carne ni pollo.

Sin embargo, es otra realidad en hogares donde comen dos veces al día, aquí se encuentran los casos de la Informante 8, Informante 10 e Informante 11, el desayuno se toma a las 7:30 o a las 8:00 de la mañana y el almuerzo alrededor de las 3:30 de la tarde. En la cual el almuerzo suele ser más abundante, hablando de cantidad, ya que va a mantener lleno en la noche y hasta la mañana siguiente. Por esta razón, una de las

⁴ La historia de vida completa de la Informante 17, así como las de las demás 19 mujeres gestantes participantes en el estudio, se encuentran desarrolladas en los anexos de la tesis (p. 202). Estas narrativas permitieron contextualizar las prácticas alimentarias observadas en relación con el ingreso económico, con las creencias culturales y con las creencias religiosas, factores que posibilitaron analizar los efectos de la cultura alimentaria sobre las gestantes y, por ende, su salud materna.

comidas, ya sea el desayuno o el almuerzo, se vuelve la comida principal tanto por la cantidad como por el tipo de alimentos que incluye.

Estos casos nos revelan cómo las limitaciones económicas normalizan prácticas alimentarias restrictivas. En muchos hogares se ha adoptado esta reducción en la cantidad de comidas como una estrategia de ahorro que con el tiempo se convirtieron en costumbre.

Como afirma Bertrán (2006), “Las restricciones económicas, la disponibilidad y accesibilidad a los alimentos desempeñan un papel importante pues determinan la amplitud de opciones alimentarias. Sin embargo, aun aquellas poblaciones con muy pocos recursos, los significados tienen un lugar” (p. 223). Es decir, los hábitos alimentarios dependen de su condición económica, lo que su medio les proporciona, pero principalmente teniendo en cuenta lo que es permisible culturalmente (Encino, 2024). Por lo que, durante el embarazo, muchas mujeres dejan de consumir ciertos alimentos debido a síntomas como náuseas o por creencias culturales (este último tema se trata en el apartado 4.1.3).

No obstante, el estado de embarazo lleva a algunas mujeres a tomar mayor conciencia sobre su alimentación. Así, aunque comían dos veces al día, hacen un esfuerzo por incorporar las tres comidas principales: desayuno, almuerzo y cena. En los casos en que logran hacerlo, la organización alimentaria suele ser de la siguiente manera:

- ✓ Desayuno: Suele consistir en pan con avena. Cuando no hay pan, se reemplaza con papa sancochada.
- ✓ Almuerzo: Sopas o guisos sencillos, generalmente sin carne o pollo, preparados con verduras y tubérculos (ver Figura 7). Algunas consumen una o dos frutas después del almuerzo.
- ✓ Cena: Por lo general, comen lo que sobró del almuerzo, acompañado con una taza de mate.

Lo cual evidencia que existe una baja variedad de alimentos en su dieta cotidiana, en la que predominan verduras locales, tubérculos y cereales (ver Figura 8). En este grupo “...se ha observado la disminución en el consumo de carne, pescado,

lácteos y huevos” (García et al., 2006, p. 197). Aunque muy pocas de este nivel socioeconómico hacen el esfuerzo de comprar carne o pollo.

Teniendo en cuenta estas prácticas y la manera en que las mujeres organizan sus comidas, la forma en que se alimentan en su día a día comiendo pocas veces, con mucho tiempo entre cada comida y con poca variedad de alimentos, puede afectar su salud durante el embarazo. De hecho, estudios indican que una insuficiente alimentación o poco variada puede perjudicar tanto a la madre como al desarrollo del bebé, especialmente cuando las familias tienen limitados recursos (Espinoza & Mallqui, 2017; García et al., 2006). Esto significa que las prácticas alimentarias que observamos no solo están relacionadas con la falta de dinero o con costumbres culturales, sino que también pueden representar riesgos importantes para la salud de la madre y del hijo.

Figura 7

Almuerzo: tallarines con habas



Nota. La imagen muestra un almuerzo compuesto por tallarines con habas, preparado de manera sencilla por una mujer de nivel socioeconómico bajo en su vida cotidiana. Este tipo de comida forma parte de su alimentación habitual y refleja prácticas alimentarias marcadas por la disponibilidad limitada de recursos. Fotografía tomada por Cyntia Huaman, 2024.

Figura 8

Almuerzo cotidiano de las gestantes con ingresos bajos



Nota. La imagen muestra una sopa con patas de pollo preparada por una mujer gestante del nivel socioeconómico bajo. En algunos hogares, las mujeres realizan el esfuerzo de incluir pollo en la comida cotidiana para que el almuerzo sea más sustancioso y contribuya a una mayor saciedad. El acompañamiento de puspó con mote complementa el plato y ayuda a que la comida rinda más para su consumo diario. Fotografía tomada por Cyntia Huaman, 2024.

En contraste con las mujeres del grupo anterior, se identificaron otras participantes cuyas decisiones alimentarias muestran un mayor acceso a recursos económicos, reflejando una dieta más variada durante la gestación. Esta diversidad, sin embargo, no significa ausencia de restricciones, ya que muchas de ellas también deben adaptar sus hábitos alimentarios según necesidades personales, familiares o incluso debido a factores fisiológicos propios del embarazo.

Las gestantes que pertenecen a un nivel socioeconómico medio suelen tener mayores posibilidades económicas, lo que les brinda una mayor libertad para elegir qué y cómo comer. Esto no solo amplía su acceso a una variedad de alimentos, sino que también influye en sus prácticas cotidianas y en cómo viven la experiencia de gestar.

A continuación, se presentan los datos recogidos sobre la frecuencia de comidas diarias y los alimentos más consumidos por estas mujeres durante el embarazo:

Tabla 5

Frecuencia y variedad de la dieta durante la gestación de las gestantes con nivel socioeconómico medio

Participante	Frecuencia de comidas al día	Alimentos más frecuentes
Informante 1	4 veces al día	Diario cocina sopa de fideos (o algún cereal como el morón) verduras con algún segundo acompañado, en ese último se observa carne o pollo o pescado y arroz. También se vio que todos los días consume tubérculos y por lo general 1 o 2 frutas. A veces come hamburguesas, salchipollo, tripitas, picarones o galletas.
Informante 7	2 veces al día	Sopa de verduras con fideos y pollo o gallina. Chilcano o pescado frito. Al inicio de su embarazo tuvo muchas náuseas por lo que no comía nada, luego empezó a comer calditos.
Informante 14	3 veces al día	Sopas y segundo variados, ellos son acompañados con alguna proteína de origen animal. Por día consume una fruta. A veces consume salchipollo, tripitas y hamburguesa por antojo. Además, cuando viene a Huamanga come pollo a la brasa.
Informante 16	3 veces al día	Cocina guisos y sopas de verduras con huevo o morón, <i>saralawa</i> . Ocasionalmente consume carne o pollo más que nada en los segundos. Mayormente los domingos consume pescado o trucha, ya que compra de la feria.
Informante 18	3 veces al día	Verduras, tubérculos, arroz, fideos, pollo o carne. Con ello cocina sopas, segundo de espinaca, “puca picante”, guiso de calabaza y tortilla. De vez en cuando come una fruta por día e interdiario toma leche. Y satisface antojos como fuera de casa como salchipollo, pollo a la brasa, ceviche y chicharrón.

Nota. Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas en el 2024.

Según la Tabla 5, se observa una alimentación más diversificada en este grupo, con mayor consumo de verduras, proteínas animales y frutas. Dado que sus recursos económicos son más altos en comparación de las de nivel socioeconómico bajo. La mayoría de las mujeres pertenecientes a este grupo cocinan sus guisos acompañados con pollo o carne. Estos hallazgos coinciden con lo planteado por Bertrán (2006), quien sostiene que “se ha observado que en general cuando aumenta el ingreso per cápita se incrementa el consumo de carne” (p. 233).

Sin embargo, es importante mencionar que las mujeres gestantes de este grupo siguen realizando ajustes en su alimentación conforme a sus necesidades y malestares gestacionales. Preparan sus comidas con más recursos y conocimientos, ya que la mayoría tienen estudios secundarios (incompletos), pero también con intención en la cual muchas de ellas expresaban una preocupación por la salud del bebé y la necesidad de alimentarse “bien” durante esta etapa.

Como lo expresa la Informante 18: *“Lo mejor sería comer variado, porque está creciendo una vida en nuestro vientre, por lo que debemos de alimentarnos bien, por ejemplo, comer frutas, verduras, tubérculos, lácteos, carnes, menestras...”* (Comunicación personal, 6 de octubre de 2024).

La Informante 1 también comparte un testimonio similar: *“Trato de comer de todo, como verduras, frutas, carne, pollo o pescado, menestras, etc., para que mi bebé nazca sano”* (Comunicación personal, 2 de octubre de 2024). Por ello, come 4 veces al día, buscando el bienestar de su bebé.

Estos testimonios muestran que en este grupo hay una mayor conciencia sobre el vínculo entre alimentación y bienestar durante el embarazo. Lo hallado en este estudio coincide con Espinola et al. (2021), quienes sostienen que las mujeres gestantes con mayor nivel educativo y económico tienen una mayor conciencia sobre la importancia de la alimentación durante el embarazo.

Por otra parte, también debemos de reconocer que existen otros casos de las mujeres que están dentro de este grupo que demuestran que hay diversidad en la experiencia de gestar y alimentarse. Por ejemplo, la Informante 7, aunque pertenece al mismo nivel socioeconómico medio, durante los primeros meses de su embarazo

consumía solo dos comidas al día debido a las náuseas y vómitos. Ella mencionaba: *“La primera comida que como es más o menos a las 11 de la mañana, y la segunda a las 5 de la tarde, y comía poquito, solo lo que podía, porque si no vomitaba”* (Comunicación personal, 5 de octubre de 2024). Este caso ilustra que la frecuencia y cantidad de comidas no dependen únicamente de los recursos económicos o del nivel educativo, sino también de factores fisiológicos individuales y del contexto personal de cada gestante, a la vez por sus creencias culturales.

Habitualmente, la mayoría de las mujeres de este grupo comen tres veces al día, lo que es el desayuno, almuerzo y cena, que por lo general es de la siguiente manera:

- ✓ Desayuno: Comúnmente consumen papa con huevo sancochado o arroz con huevo frito, acompañado de avena, quinua o kiwicha y pan.
- ✓ Almuerzo: Generalmente son variados. Incluye sopa con verduras, huevo y fideos, este último puede variar porque puede ser con morón, con harina de maíz (conocido como *saralawa*) o de maíz cocido (sopa de *chuchuka*), en la cual también se ve papa (ver Figura 9); y segundo (guisos) en la cual ponen carne o pollo. Y en ocasiones, lo complementan con una o dos frutas.
- ✓ Cena: A veces consiste en lo que sobró del almuerzo, o preparan sopa de pollo o caldo de gallina, mencionan que también es con el fin de combatir el frío. A ello lo acompañan con un mate o leche.

Figura 9

Almuerzo de las gestantes con ingresos medios



Nota. La imagen muestra la sopa del almuerzo consumido por gestantes del nivel socioeconómico medio. Aunque el almuerzo completo incluye sopa y segundo, en la fotografía se observa únicamente la sopa, preparada con carne de res, fideos, y choclo, acompañada de cancha. Esta preparación incorpora ingredientes como zapallo, apio, zanahoria, papa y yuca, lo que refleja una mayor variedad y complejidad en comparación con la alimentación de gestantes de nivel socioeconómico bajo, cuyas comidas suelen ser más simples y con consumo poco frecuente de carnes, especialmente de res. Fotografía tomada por Cyntia Huaman, 2024.

Aunque los alimentos principales tienen valor nutricional, también se ha observado que incluyen otros considerados de bajo valor nutricional como salchipollo, hamburguesa, galleta, pollo a la brasa o chicharrón. Estos no forman parte de la dieta diaria, pero son consumidos ocasionalmente, muchas veces como respuesta a antojos cuando salen fuera de casa. En parte, esta práctica revela procesos de cambio cultural, donde las mujeres negocian entre las tradiciones alimentarias heredadas y las nuevas ofertas del mercado.

Como sostiene Bertrán (2005), la alimentación es un marcador que se puede usar para mostrar que se ha dejado de pertenecer a cierto sector de la población. A su vez, las dietas de las mujeres que viven en zonas urbanas, o semiurbanas como el centro poblado de Quinoa, tienen más probabilidades de ser de peor calidad

(Fernández et al., 2020), pero también están asociados simbólicamente al gusto, al placer y a una experiencia distinta a la rutina doméstica, y en algunos casos a la idea de “salir” de lo cotidiano.

No obstante, también hay casos en los que, pese a contar con recursos económicos, las mujeres no logran alimentarse como quisieran debido a los malestares del embarazo. Es el caso de la Informante 7, quien relató: *“Hasta el segundo mes de mi embarazo no comía como debería de ser porque me provocaba náuseas todo en ocasiones vomitaba. Luego empecé a comer más que nada sopas de verduras, fideos y pollo (o gallina)”* (Comunicación personal, 5 de octubre de 2024).

La Informante 1 también hizo ajustes en sus comidas: *“Cuando cocino no pongo mucho ajo a mis aderezos porque su olor me provoca náuseas...”* (Comunicación personal, 2 de octubre de 2024).

Estos casos revelan que, incluso dentro del nivel socioeconómico medio, la alimentación gestacional es un proceso complejo influido por factores fisiológicos, culturales, afectivos y familiares, más allá del nivel educativo o económico.

A continuación, analizaremos a las gestantes quinuinas pertenecientes al nivel socioeconómico alto, cuyas prácticas alimentarias no solo reflejan un mayor acceso a productos diversos, sino también una planificación más organizada y la presencia de creencias culturales transmitidos intergeneracionalmente. En este grupo, la alimentación adquiere dimensiones aún más complejas y matizadas.

Tabla 6

Frecuencia y variedad de la dieta durante la gestación de las mujeres con nivel socioeconómico alto

Participante	Frecuencia de comidas al día	Alimentos más frecuentes
Informante 13	5 veces al día	Alimentación variada: Verduras, cereales y tubérculos, lácteos, carnes, pollo, pescado, menestras; con eso cocina para toda la semana. Come dos frutas al día. También come, por antojos, hot dog (panchitos), tripitas, salchipollo y hamburguesa.

Informante 12	2 veces al día	Verduras, papa, pollo. Con eso preparaba sopas con verduras y otras veces come estofado de pollo. Ya que los alimentos le dan náuseas, por lo que los primeros meses no comía nada.
Informante 19	3 veces al día	Verduras con lo que hace su sopa y guisos. Y fruta consume interdiario. Debido a las náuseas dejó de comer carne, huevo, queso, menestras, tallarín, arroz, etc.
Informante 20	4 veces al día	Su alimentación cotidiana contiene verduras, cereales y tubérculos, carne, pollo y a veces pescado. Algunas frutas que considera beneficioso durante la gestación.

Nota. Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas en el 2024.

Según los datos de la Tabla 6, las mujeres pertenecientes a este grupo tienen una dieta más equilibrada y variada en comparación con las de niveles socioeconómicos medios o bajos, ya que obtienen productos básicos de sus propias chacras, y complementan su alimentación con las compras en la feria dominical y en los mercados de Huamanga. Esta mayor diversidad no responde únicamente a una mejor capacidad adquisitiva, sino también a una planificación y organización doméstica.

Por ejemplo, la Informante 13 reportó una alimentación altamente diversificada que incluye verduras, cereales, tubérculos, lácteos, carnes, pescado, menestras y frutas. Lo que denota un amplio acceso alimentario, además de una organización con anticipación para toda la semana. Esto indica una organización del hogar que permite prever las necesidades alimenticias y gestionarlas eficazmente, algo que suele asociarse con hogares con mayor estabilidad económica, también con el nivel educativo y cultural.

Por otra parte, la Informante 20 nos narró de un conocimiento intergeneracional, es decir la cultura ya entra aquí, ya que selecciona los alimentos que considera “beneficiosos” durante la gestación lo cual lo clasifica en alimentos “fríos-calientes” (tema que se trata en el apartado 4.1.3). Esta elección conecta con el ideal de la “buena madre”, aquella que cuida su cuerpo y el desarrollo del feto a través de la

alimentación. Como señala Bertrán (2005), la alimentación no se limita a una necesidad fisiológica, sino que se constituye como un marcador de responsabilidad moral y social, especialmente en etapas como la gestación. Entonces, elegir “comer bien” no solo apunta al bienestar físico del feto, sino también a la afirmación de una identidad maternal valorada culturalmente.

Con respecto a la frecuencia alimentaria, ambas comían entre cinco a cuatro veces al día. De acuerdo con la obstetra del Centro de Salud de Quinua, esta frecuencia es la recomendada, ya que se está llevando una vida en el vientre, incluyendo el desayuno, almuerzo, cena y dos refrigerios junto con el suplemento de sulfato ferroso y ácido fólico. Recomendación de la Organización Mundial de Salud (2014) como parte de los cuidados estándar en la población con riesgo de deficiencia en hierro. Aunque, a pesar que en el Centro de Salud de Quinua les dan a las gestantes los suplementos ferrosos y el ácido fólico, las participantes de este estudio mencionaron que a veces se olvidan de tomarlo. La rutina alimentaria es la siguiente:

- ✓ Desayuno: Sopa o segundo (guiso), acompañado de avena y pan con huevo o queso.
- ✓ Refrigerio: Comen una fruta como manzana o plátano.
- ✓ Almuerzo: Sopa y segundo, en ambos se observó pollo y carne o pescado, acompañados de agua de hierbas, Frugos o jugo de frutas como papaya (ver Figura 11).
- ✓ Refrigerio: comen una fruta.
- ✓ Cena: Por lo general, comen caldo de pollo, acompañado con algún mate. Ocasionalmente consumen comidas “chatarras”, cuando salen de sus casas, como salchipollo o hamburguesa, principalmente por antojos.

Figura 10*Alimentación de las gestantes con ingresos altos*

Nota. La imagen muestra el almuerzo consumido por las gestantes del nivel socioeconómico alto. Aunque el almuerzo completo incluye sopa, en la fotografía solo se observa el segundo, compuesto por trigo con apanado de res y jugo de papaya. En la mesa también se encuentran pusco, choclo y queso; además, se observa fruta como mango, plátano y tumbo, disponible como refrigerio para cuando la gestante tuviera hambre. Esta preparación refleja una mayor diversidad y complejidad en comparación con la alimentación de gestantes de nivel socioeconómico medio y bajo. Fotografía tomada por Cyntia Huaman, 2024.

Estos hallazgos concuerdan con Almada et al. (2024), quienes señalan que las mujeres embarazadas del nivel socioeconómico alto tienden a tener una alimentación más diversificada, con mayor consumo de frutas, verduras, proteínas animales y refrigerios considerados saludables. A su vez, también se vinculan con lo planteado por Tambaco (2020), al evidenciar que el factor económico influye en el mayor consumo de comida y bebidas chatarras que contienen altas calorías, saborizantes, carbohidratos y edulcorantes durante el periodo de gestación.

Sin embargo, más allá de las ventajas económicas, algunas gestantes de este grupo también enfrentan factores fisiológicos. Tales son los casos de la Informante 12 y la Informante 19, quienes interrumpieron o modificaron sus hábitos alimentarios debido a náuseas y vómitos. La Informante 12 refirió: *“Hasta los cuatro meses no comía nada porque las comidas me ocasionaban vómitos”* (Comunicación personal, 2

de octubre de 2024). Pero luego comía sopas de pollo o estofado de pollo, por lo que comía dos veces al día.

Por su parte, la Informante 19 dejó de consumir menestras, lácteos, huevo, tallarín, etc., pero hacía el esfuerzo por comer tres veces al día.

Este panorama evidencia que el acceso económico, aunque facilita una alimentación más variada, no garantiza una alimentación adecuada durante la gestación. La frecuencia de las comidas refleja tanto la adherencia a las recomendaciones que le dieron, a las gestantes, en el Centro de Salud de Quinua de comer cuatro o cinco veces al día buscando asegurar el bienestar de su bebé, así como la adaptación a malestares fisiológicos propios del embarazo, como náuseas o vómitos, que limitan la ingesta en otras participantes. Esto revela que el cuerpo gestante impone límites que las mujeres deben negociar en su vida cotidiana, combinando recursos económicos, conocimientos y cuidados por la salud del hijo con sus necesidades fisiológicas individuales.

Más allá de la frecuencia y la planificación de las comidas, resulta importante describir los alimentos que integran la dieta cotidiana de las gestantes del centro poblado de Quinua. Esta descripción considera a gestantes de los tres niveles socioeconómicos, lo que permite identificar los productos más consumidos y la manera en que se preparan y combinan, y comprender cómo los factores culturales, económicos y fisiológicos influyen en las elecciones alimentarias dentro de cada hogar.

Las veinte gestantes participantes manifestaron que consumen verduras y hortalizas, entre las más comunes se encuentran: *yuyo*⁵, brócoli, coliflor, zanahoria, apio, arveja, haba, tomate, cebolla, zapallo, ajo y calabaza⁶. Estas verduras suelen ser preparadas de diversas maneras, como guisos, sopas o mazamorras. Por ejemplo, el *yuyo* y el *sisayuyo* se añaden casi al final a las sopas para darles, en palabras de las

⁵ En el contexto local, cuando se utilizan solo las hojas se llama “*yuyo*”, mientras que si se usan las flores se llama “*sisayuyo*”.

⁶ La disponibilidad de estas verduras en el pueblo de Quinua varía según la temporada: *yuyo* (enero a mediados de marzo), haba (abril-mayo) y calabaza (febrero-marzo). Brócoli, coliflor, zanahoria, arveja, tomate, cebolla y ajo pueden cosecharse aproximadamente dos meses después de la siembra y luego volverse a sembrar. Cabe destacar que algunas verduras, como el zapallo y betarraga, se adquieren en la feria dominical del pueblo o en mercados grandes de Huamanga, ya que no se cultivan localmente o algunas gestantes no poseen chacra propia.

mismas mujeres, “otro gustito”, o se emplean para preparar el picante de yuyo; en raras ocasiones, algunas familias consumen atajo, un alimento similar al yuyo. La calabaza se utiliza de manera ocasional para preparar mazamoras, y en menor medida, chupes. El ajo también es un elemento importante en los aderezos y condimentos utilizados por las mujeres en la preparación de sus comidas. Cabe destacar que la betarraga⁷, si bien no es un alimento de consumo diario, es utilizada para la elaboración del “puca picante”, un plato típico que se prepara con mayor frecuencia en celebraciones como cumpleaños, bautizos o fiestas patronales. Por otro lado, algunas mujeres han quitado de su dieta verduras como la col debido a que ocasiona problemas de gases, mientras que otras sí lo incluyen en sus comidas, mostrando la diversidad de prácticas según preferencias personales o creencias culturales.

En cuanto al consumo de frutas, dieciocho mujeres mencionaron que incluyen en su dieta productos como el níspero⁸, que crece en la zona del centro poblado de Suso; no solo lo comen directamente, sino que también preparan con él agua de níspero, zumo o mazamorra. Otras frutas consumidas incluyen plátano, mango, papaya, durazno⁹ y sandía. Sin embargo, se recabó información que algunas mujeres evitan frutas cítricas como mandarina, naranja, limón, piña, uva, tumbo o guinda, ya que creen que puede afectar al bebé.

En relación con los cereales y tubérculos, las gestantes consumen quinua¹⁰, papa, maíz (ya sea en mote o cancha), pasta, pan, trigo y arroz. La adquisición y preparación de estos alimentos varía según el nivel socioeconómico. Las mujeres de nivel alto suelen comprar, por ejemplo, el arroz por sacos y lo combinan con verduras o con proteínas de origen animal. Las de nivel medio adquieren solo lo necesario en las tiendas locales y lo preparan en sopas o guisos. En cambio, las de nivel bajo reciben apoyo ocasional por parte de organizaciones no gubernamentales como World Vision, o donaciones de otras personas, o canastas entregadas por la municipalidad en fechas

⁷ Se menciona la betarraga debido a que es fuente de hierro y ácido fólico, nutrientes importantes durante la gestación. Un estudio de Avendaño & Damaso (2023) reportó que gestantes con anemia ferropénica que consumieron extractos de betarraga, alfalfa y manzana lograron incrementos de hemoglobina comparables a los obtenidos con suplementos de hierro y ácido fólico.

⁸ Níspero: su temporada principal va de mediados a febrero; sin embargo, el fruto puede encontrarse durante todo el año.

⁹ Durazno: su temporada de cosecha va de diciembre a febrero.

¹⁰ Sobre la temporada de papa y maíz, véase pp. 74-75. La quinua se cosecha generalmente en abril.

especiales como el Día de la Madre o Navidad, o muy rara vez compran en las tiendas, guardando estos productos para complementar su alimentación diaria.

Y, con respecto al consumo de proteínas de origen animal, doce gestantes reportaron consumir res, chanco, pollo, pescado y otras proteínas de origen animal; el cual se asocia principalmente con el nivel socioeconómico de las familias. Aquellas mujeres con mayores recursos reportaron un consumo más frecuente de estos productos, mientras que las de menores ingresos económicos, a pesar de sus esfuerzos, tendían a incluirlos con menor regularidad en su alimentación. Cabe mencionar que, aunque sea una práctica esporádica, pero se menciona porque estos alimentos lo recomiendan mucho para prevenir la anemia, las mujeres que tienen toro, vaca, cerdo o pollos, al matar a esos animales no solo utilizan su carne sino también sus vísceras y tripas de lo cual lo lavan bien y de ello hacen sopa o lo fríen lo que le llaman “tripitas” o hacen morcilla y también utilizan la sangre para hacer “sangrecita”. Estos últimos alimentos mencionados contienen hierro, pero varias mujeres en estado de gestación no lo consumen porque no es de su agrado o porque su olor les causa náuseas. Con respecto al huevo si lo consumen.

En cuanto a los alimentos procesados y/o “chatarras”, nueve gestantes optan por ello, principalmente aquellas con mejor posición económica, quienes los adquieren de manera ocasional para satisfacer sus preferencias. Entre ellos se tiene: jamón, hot dog, atún, salchichas, juego de fruta endulzados como el “Frugos”, galletas, snacks como “Chizitos” y papa “Lay’s”, torta, y los alimentos preparados como hamburguesa y salchipollo (pollo broaster).

Muy pocas gestantes mencionaron consumir lácteos y menestras, esta última suele evitarse porque las consideran pesadas, les provocan gases o dolor de estómago.

Finalmente, y no menos importante, está el consumo de infusiones o bebidas herbales. Todas las gestantes mencionaron que toman mates de manzanilla, anís y muña, aunque su ingesta debe ser moderada, ya que en grandes cantidades puede causar molestias. Por otro lado, no consumen infusiones de ajeno, ruda, *yawarsuqu*, eucalipto ni cualquiera que sea amargo, debido a la creencia de que podrían provocar aborto.

Todos estos alimentos forman parte de la dieta cotidiana de las gestantes, cuya alimentación depende en gran medida de lo que pueden permitirse comprar. También están influenciadas por creencias culturales, como la percepción de que la col y las menestras producen gases o resultan pesadas, y que las frutas cítricas pueden perjudicar al bebé. Además, las preferencias personales, los antojos y otros factores fisiológicos propios del embarazo influyen directamente en lo que consumen. Esto contrasta con lo estipulado en la Guía Técnica Consejería Nutricional del Ministerio de Salud, elaborado por Aguilar (2016), la cual se recomienda alimentos de origen animal ricos en hierro y ácido fólico como sangre de pollo, vísceras rojas y todo tipo de carnes, aves, pescado y mariscos; también alimentos ricos en calcio como leche, yogur o queso; y, por supuesto, verduras de diferentes colores (naranja, amarillo, rojo, morado, blanco y verde) y diversas frutas incluidos las frutas cítricas ya que aporta vitamina C. Todo esto busca prevenir la anemia, la preeclampsia y que el bebé se desarrolle adecuadamente.

Durante las conversaciones sostenidas con las doctoras del Centro de Salud de Quinua, se abordaron estas diferencias entre las recomendaciones nutricionales y las prácticas alimentarias reales. En ese contexto, una de las profesionales de salud señaló:

Los factores económicos, las creencias culturales, las preferencias personales y los factores fisiológicos son razones que podrían explicar por qué muchas gestantes no logan cumplir con la frecuencia ni la diversidad de comidas recomendadas. Sin embargo, en los establecimientos de salud debemos ceñirnos a las normas técnicas y recomendar que las mujeres consuman una dieta completa, aunque no indagamos sobre su situación económica ni sus preferencias, ya que algunas gestantes podrían sentirse cuestionadas o percibir que se invade su privacidad. Nuestro trabajo es guiar según la norma, aunque la situación de cada mujer sea diferente. (Comunicación personal, 15 de octubre de 2024)

Este testimonio evidencia que las profesionales de salud son conscientes de las múltiples dificultades que enfrentan las gestantes, pero las recomendaciones nutricionales no siempre se adaptan a la realidad social, económica y cultural de cada mujer. En muchos casos, indican a las gestantes lo que “deben comer”, sin considerar sus gustos, creencias o posibilidades económicas; por ejemplo, a algunas mujeres les

recomiendan consumir sangrecita, caldo de cuy, hígado o carne para combatir la anemia y asegurar nutrientes, pero lo rechazan por su sabor u olor, o porque no cuentan con los recursos para adquirirlos. Y atienden a las gestantes siguiendo las normas técnicas (nacionales) que si bien son fundamentales, pero lo ideal sería que las consejerías nutricionales también tomen en cuenta la situación de cada mujer, abordando aspectos de su vida personal sin que esto se perciba como juicio, sino como una herramienta para ofrecer recomendaciones más pertinentes y adecuadas a sus necesidades. Asimismo, las normas, deberían adecuarse al contexto de cada región, considerando que cada una posee sus propias costumbres alimentarias.

En síntesis, la frecuencia y variedad de la dieta de las mujeres embarazadas en el centro poblado de Quinua está influenciada por su nivel socioeconómico y cultural, donde las prácticas alimentarias están entrelazadas con un sistema de creencias que valora la salud del bebé, pero también puede verse perjudicada por los problemas fisiológicos propios del embarazo y de cada mujer. Con respecto a la variedad de alimentos, se identificó que las mujeres con menores recursos económicos presentan una dieta menos diversificada, basada en alimentos de bajo costo como tubérculos, arroz, fideos y productos de la zona. Esta limitada diversidad puede generar deficiencias nutricionales importantes porque no incluyen fuentes de proteínas, vitaminas y hierro que son esenciales durante el embarazo. Esto entra en contraposición con las mujeres de ingresos medios y altos que acceden a una alimentación más variada incluyendo verduras, hortalizas, frutas, carnes, pollo, pescado, cereales, tubérculos y, en menor medida, lácteos y menestras; también se reportaron casos de consumo de alimentos de bajo valor nutricional considerados como “chatarras”, justificados por antojos o por la búsqueda de romper la rutina alimentaria.

En cuanto a la frecuencia de comidas diarias, tanto mujeres de nivel socioeconómico bajo como de nivel medio y alto señalaron consumir alimentos solo dos veces al día. En las de bajos recursos, esta práctica obedece a la necesidad de ahorrar; mientras que las de niveles medios y altos, responde a factores fisiológicos asociados al embarazo que dificultan la alimentación. También se identificaron casos de mujeres (de todos los niveles) que lograban alimentarse tres veces al día, lo que

podría considerarse una alimentación normal, y solo unas pocas referían consumir entre cuatro y cinco veces al día, tal como lo recomiendan las profesionales de salud del Centro de Salud de Quinua. Demostrándose así una vulnerabilidad nutricional de las mujeres gestantes en todos los niveles socioeconómicos.

4.1.3 Conocimientos y creencias sobre la alimentación saludable en relación con el ingreso económico familiar

Las mujeres gestantes acceden a conocimientos y creencias sobre la alimentación “saludable” durante el embarazo de diferentes fuentes de información: de sus familiares, de los profesionales de salud, en algunos casos, de sus pastores o de páginas Web (Internet). Lo anterior revela una mezcla compleja entre saberes tradicionales y conocimientos médicos, influenciada por factores sociales, culturales y económicos (López & Contreras, 2020).

Es preciso resaltar que, independientemente del nivel de ingreso familiar, todas las mujeres participantes manifestaron tener creencias culturales en torno a la alimentación durante el embarazo, siendo aún más fuerte en dicha etapa. Como afirma Encino (2024), las preferencias, aversiones, tabúes y simbolismo forman parte del proceso de embarazo, desde el momento en que se tiene conocimiento de que se está en ese estado, las mujeres saben que reglas seguir, evidenciando de que existe un cambio en su comportamiento y estilo de vida a partir de ese momento. Este conjunto de normas culturales responde no solo a creencias simbólicas, sino también a fines funcionales. Como sostiene H. Taipe (2025), las creencias y prácticas tradicionales, que incluyen la selección de alimentos, actúan como estrategias efectivas para lograr embarazos normales y partos exitosos.

Para profundizar en este tema sobre el acceso a información alimentaria durante el embarazo, se indagó las principales fuentes de información consultadas por las mujeres gestantes en torno a la alimentación recomendada. Las respuestas se presentan en la siguiente manera.

Tabla 7

Fuentes de información de las gestantes sobre la alimentación

Participante	Fuente de información	Respuestas de las participantes
Informante 1	Profesional de salud Familiares	<i>"En el Centro de Salud me explicaron que debo comer más verduras, frutas y proteínas para que mi bebé se desarrolle bien También de mi madre y de mi suegra "</i>
Informante 2	Familiares	<i>"Mi mamá me dice que hay ciertos alimentos "fríos" que no debo comer entre ellos, la calabaza, olluco, chuño, porque puede provocar dolores de estómago y otras alteraciones que pueden hacerle daño al bebé".</i>
Informante 3	Familiares	<i>"Más que nada de mi madre porque ella tiene ya experiencia".</i>
Informante 4	Familiares Internet	<i>"En la posta la obstetra me da información sobre lo que debería de comer para que mi hijo nazca bien, pero cuando tengo dudas, busco en internet (por su celular) o hablo con otras mujeres mayores que yo y que ya son madres. Quiero asegurarme de darle lo mejor a mi bebé".</i>
Informante 5	Profesional de salud	<i>"Trato de cuidar mi embarazo, pero también escucho a la doctora".</i>
Informante 6	Profesional de salud Familiares	<i>"En el Centro de Salud me hablaron sobre las comidas, pero también practico lo que vi cuando mi mamá estaba embarazada de mi hermana menor".</i>
Informante 7	Profesional de salud Familiares	<i>"De la doctora y de parte de mi madre".</i>
Informante 8	Profesional de salud Familiares Pastor	<i>"De la doctora, de mi madre y de mi pastor".</i>
Informante 9	Familiares Profesional de salud Pastor	<i>"De mi mamá y de la doctora. También mi pastor me dice que tengo que alimentarme bien".</i>
Informante 10	Profesional de la salud Pastor	<i>"En el Centro de Salud y en la Iglesia".</i>

Informante 11	Familiares Vecinas Profesional de salud	<i>"Principalmente de mi madre, mi hermana mayor y de mis vecinas (de la experiencia que ellas); pero también en la posta, por parte de la obstetra".</i>
Informante 12	Profesional de salud Pastor	<i>"En la posta y en mi Iglesia".</i>
Informante 13	Profesional de salud	<i>"Por parte de la obstetra y de la nutricionista".</i>
Informante 14	Profesional de salud Pastor	<i>"Cuando estaba embarazada, en el Centro de Salud me dieron información de los alimentos que debo comer, pero yo como lo que tengo en casa o lo que se me antoja; además también el pastor en algún momento me habló sobre la alimentación".</i>
Informante 15	Profesional de salud Pastor	<i>"En el Centro de Salud y de mi pastor".</i>
Informante 16	Profesional de salud	<i>"Cuando iba a mis controles a Huamanga (le refirieron por embarazo riesgoso) la doctora me decía qué era bueno comer durante mi embarazo y que tenía que tener cuidado".</i>
Informante 17	Profesional de salud Familiares	<i>"En el Centro de Salud y de mis abuelos".</i>
Informante 18	Profesional de salud	<i>"En el Centro de Salud, de parte del obstetra y de la nutricionista".</i>
Informante 19	Familiares Profesional de salud Pastor	<i>"De mis familiares no recibí información sobre lo que debería de comer o no durante mis embarazos. Pero sí de la obstetra y del pastor; aun así, hice caso omiso porque todo me daba náuseas por eso no comía. Así fue cuando estaba embarazada de todos mis hijos".</i>
Informante 20	Familiares Profesional de salud	<i>"Sobre mi alimentación durante mi embarazo recibí más información de mi mamá, en la posta también me daban indicaciones, pero más hacía caso a mi mamá".</i>

Nota. Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas en el 2024.

Cabe destacar que, según el estudio de C. Rodríguez (2023), las creencias culturales sobre los alimentos suelen estar relacionadas al nivel educativo de las personas. Sin embargo, sucede todo lo contrario en el centro poblado de Quinua, ya que los hallazgos obtenidos revelan una dinámica diferente, como se observa en la Tabla 7, una gran parte de los conocimientos y creencias sobre la alimentación, que

reciben las mujeres, durante la gestación provienen de sus madres, abuelas, hermanas mayores, suegras, y hasta de sus vecinas, lo que refleja la transmisión intergeneracional del conocimiento en las comunidades rurales. En este sentido, Taipe (2018) sostiene que la socialización familiar es importante en la transmisión de conocimientos, incluyendo aquellos relacionados con la alimentación y la salud. La familia es el primer espacio donde se enseñan y refuerzan prácticas alimentarias y cuidados para diferentes etapas de la vida, como el embarazo.

Dentro de esta transmisión intergeneracional de conocimientos y creencias, se encuentra la clasificación cultural de los alimentos en “**fríos**” y “**calientes**”. Esta creencia aún vigente en las comunidades rurales, orienta las decisiones alimentarias durante el embarazo, bajo la idea del equilibrio corporal y la prevención de enfermedades. En relación a esto, la Informante 2 relató: *“Mi mamá me dice que hay ciertos alimentos ‘fríos’ que no debo de comer entre ellos, la calabaza, olluco, chuño porque puede provocar dolores de estómago y otras alteraciones que pueden hacerle daño al bebé”* (Comunicación personal, 3 de octubre de 2024; reforzado el 1 de diciembre de 2024). Este testimonio refleja cómo las cosmovisiones andinas moldean las prácticas alimentarias maternas y forman parte del saber heredado dentro del entorno familiar y hasta en la comunidad.

Esta clasificación alimentaria, profundamente arraigada en las cosmovisiones andinas, responde al cuidado del cuerpo basada en el equilibrio térmico. Como explican Magallanes et al. (2005), quienes dan a conocer dos conceptos: por un lado, es sobre la parte anímica de las personas con sentimientos relacionados a lo frío y caliente; y por otro, en lo referente a la salud, con enfermedades frías y calientes y con estados fisiológicos que se reconocen con una “termicidad”, aplicándose también a los alimentos dentro de la gama frío-caliente. En esa misma línea, Reyes (1995) profundizó esta idea, señalando que muchos de los estados anímicos y fisiológicos pueden clasificarse dentro de esta dualidad o polaridad térmica siendo que existen padecimientos, estados de ánimo y situaciones fisiológicas calientes como los cólicos, gastritis, enojos, algunos tipos de susto, el embarazo y la lactancia; como basadas en el principio de los contrarios, es decir, si el origen causal de las enfermedades es caliente, entonces deberá de consumirse alimentos fríos y viceversa, salvo

contraindicación del especialista. No obstante, A. López (1993) propone una lectura más compleja del cuerpo durante la gestación, al señalar que este constituye un estado de especial vulnerabilidad, caracterizado por desequilibrios variables de frío y calor que dependen de la situación, la alimentación y la experiencia corporal de la mujer. Desde esta perspectiva, el embarazo no puede entenderse como una condición térmica homogénea, exclusivamente caliente, sino como un proceso dinámico que requiere mantener una condición corporal templada, lo que explica la existencia de restricciones tanto hacia alimentos fríos como calientes. En ese sentido, siguiendo especialmente a López, y con el fin de profundizar en las clasificaciones alimentarias desde las voces de las propias gestantes, se les preguntó: ¿Por qué existe esta dualidad alimentaria entre alimentos “fríos” y “calientes”? ¿Podrías explicarlo mejor?

Todas coincidieron en que, cuando la mujer llega a embarazarse tiene que regular la temperatura del cuerpo, si no lo hacen podría traer efectos tanto a la mujer como al bebé. Según su conocimiento, el consumir alimentos considerados “fríos” puede provocar cólicos o incluso retrasos en el nacimiento del bebé, debido al enfriamiento del vientre, además, se cree que los recién nacidos podrían presentar manos y pies fríos, problemas respiratorios, cólicos, debilidad, e incluso como sostiene (A. López, 1993), el bebé podría nacer morado alrededor de la boca y las uñas; por otro lado, los alimentos “calientes” podrían sobreestimar al cuerpo de la mujer causando insomnio, sudoración excesiva, palpitaciones, cambios de humor, inflamación de articulaciones u órganos, y en el tercer trimestre, podrían provocar aborto o parto prematuro, y debilidad (véase Tabla 8).

Tabla 8

Ejemplos de alimentos fríos y calientes

Alimentos	Ejemplo
Fríos	Como el chuño, calabaza, olluco, leche de vaca, leche de cabra, pepino, tomate, manzana y lechuga.
Calientes	Como el rocoto, ajo, jengibre, ruda, ajenojo, yawarsuqu, canela, carnes, caldos, café y alcohol.

Nota. Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas en el 2024.

Asimismo, las gestantes mencionaron los alimentos que se consideran “templados” o neutros, como la quinua, el trigo, las habas, maíz y el zapallo, ayudan a

mantener el equilibrio corporal y favorecen un embarazo saludable. La Informante 20 complementó esta idea esta idea del cuidado materno, mencionando: “(Esta creencia alimentaria) *también se debe aplicar cuando el bebé nace. Por ejemplo, como mujer tengo que tener cuidado con lo que como porque por la leche le voy a pasar a mi hijito*” (Comunicación personal, 3 de diciembre de 2024).

Este testimonio evocó en mí dos experiencias que presencié. La primera fue cuando nació el hijo de mi hermana y este se resfrió; mi madre le aconsejó tomar mucha agua caliente o incluso una pastilla para la gripe, con la creencia de que el efecto terapéutico se transmitiría al niño a través de la leche materna; y la segunda, ocurrió durante un viaje hacia el distrito de Tambo, donde escuché una conversación entre dos mujeres; una de ellas mencionaba que su hija no producía suficiente leche tras el parto, y la otra le recomendaba tomar infusiones calientes o caldos calientes y masajearse el pecho, como forma de estimular la producción de leche.

Retomando la razón por la que las mujeres evitan consumir alimentos “calientes” a partir del tercer trimestre de gestación (alrededor de la semana 28), mencionaron que es para prevenir un parto adelantado, ya que, si los consumieran, podrían correr el riesgo de que ocurriera de forma repentina o en un lugar no preparado. Durante el trabajo de campo, se observó que cuando una mujer estaba entrando en trabajo de parto y aún no alcanzaba la contracción/dilatación 10, la obstetra le recomendó caminar y comer chocolate para ayudar a calentar su cuerpo y facilitar así el proceso de parto. Este hecho evidenció la coexistencia entre la medicina formal y las creencias culturales; sin embargo, también algunos profesionales de salud no entienden sobre esta creencia cultural y recomiendan comer todos los alimentos, viendo la calidad nutricional y no el valor simbólico como lo hacen las mujeres.

También, otra creencia encontrada fue la referente a ciertos **alimentos “prohibidos” o “dañosos”** durante el embarazo, esta creencia si bien podría estar dentro de la clasificación “frío-caliente”, pero las mujeres gestantes jóvenes no saben mucho sobre esto y lo clasifican en alimentos prohibidos

Mas que nada lo ven desde lo que sienten sus cuerpos después de consumirlos, ya que puede causar dolor, pérdida del bebé, o por problemas al hígado, les causa pesadez. La mayoría de las mujeres gestantes mencionan que no consumen menestras

porque es muy pesado y temen que puedan causar dolores de estómago, ya que podrían hacer que el estómago se ponga duro; la col llena gases; las hierbas como el ajeno, ruda y *yawarsuqu* no consumen porque creen que al ser amargas les produce dolor y finalmente son abortivas; las frutas cítricas, el ají, el café, las bebidas alcohólicas, las gaseosas son malos para el embarazo y puede haber alteraciones de malformaciones en el feto; también se prohíbe alimentos generales ya sea en huevos de doble yema, frutas, vegetales o tubérculos que estén pegados, estos lo asocian a tener hijos gemelos. Sobre este último, Alarcón & Nahuelcheo (2008), coinciden en la identificación de que las gestantes prohíben el consumo de huevos con doble yema debido a la creencia de nacimientos gemelos, aunque más que nada lo evitan por anomalías en el feto o de que uno de los bebés pueda nacer débil. Pero en el centro poblado de Quinua, más que nada evitan comer huevo con doble yema o alimentos pegados “en dos” para no tener hijos gemelos y no puedan mantenerlos.

Así como existían creencias sobre alimentos prohibidos por ser perjudiciales para el feto, también se identificaron ciertos **alimentos “beneficiosos”** durante el embarazo, tal fue el caso de la Informante 7, quien comentó: *“Trato de comer chilcano y pescado porque mi mamá dice que hace más inteligentes a los niños”* (Comunicación personal, 5 de octubre de 2024). Esto evidencia la influencia familiar y tradicional en la toma de decisiones alimentarias y la importancia de cumplir con las expectativas culturales sobre la salud y el desarrollo infantil.

Estas creencias sobre alimentos prohibidos y beneficiosos coinciden con lo descrito por Del Pino et al. (2012), quien señala que en las familias rurales los alimentos se clasifican según su percepción de riesgo o beneficio a los niños y a las gestantes, más que por evidencia científica. Esta forma de pensar se transmite intergeneracionalmente, y guía las decisiones sobre qué comer durante el embarazo y la infancia, reflejando la importancia de la experiencia familiar y del conocimiento cultural en la alimentación. Asimismo, estudios recientes, como Salinas & Miñano (2021), muestran que las gestantes consideran alimentos prohibidos al ají, café, algunas especias, menestras, palta, huevos, trigo y frutas cítricas por traer efectos como que el bebé nacerá con puntos rojos o alergias en el cuerpo, olería mal y los efectos en la madre es que los cítricos bajan la presión arterial y arde el estómago, las menestras

caen mal al hígado, producen gases y las especias son abortivas; y el alimento beneficioso para las gestantes, la cual consumen más las gestantes es el pescado ya que creen que al niño les hace inteligentes.

Otra creencia común fue la de **“comer por dos”** durante el embarazo. Esta concepción se manifiesta en la práctica a través de conductas como de la Informante 6 que dijo *“Ahora que estoy embarazada, como el doble o triple de lo normal. Eso escuche de mi madre cuando estaba embarazada de mi hermana menor, tengo que hacerlo para que mi hijo nazca sano y fuerte”* (Comunicación personal, 3 de octubre de 2024), mostrando cómo la idea de “alimentar al hijo” prima sobre consideraciones de una dieta balanceada. Esta creencia también fue identificada en el estudio de Salinas & Miñano (2021), quienes señalan que, muchas mujeres gestantes motivadas por el deseo de que su bebé “nazca sano y fuerte” consumen alimentos en exceso sin llevar una dieta balanceada y “comen por comer”, lo que puede conducir al sobrepeso. En fin, esta creencia se contrapone en cierta medida a la medicina formal que enfatiza la importancia de una alimentación variada y moderada durante la gestación.

Durante el trabajo de campo se observó que esta creencia no se aplica de manera uniforme. Algunas mujeres ajustan la cantidad de alimento según su capacidad económica o disponibilidad de alimentos, mientras que otras siguen estrictamente la idea de aumentar la ingesta diaria. Esto muestra la negociación constante entre la tradición familiar y la práctica cotidiana, donde la aspiración de garantizar la salud del bebé se equilibra con factores contextuales como recursos disponibles o recomendaciones médicas.

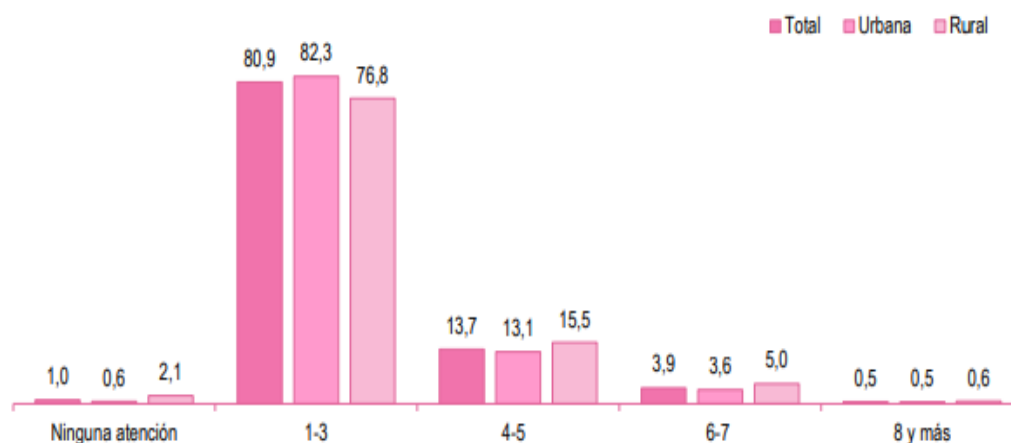
Aunque el conocimiento familiar y comunitario heredados a las gestantes quinuas es fundamental, la mayoría de las mujeres también reciben información de los profesionales de la salud, como obstetras y nutricionistas, en el Centro de Salud de Quinua. Como menciona la Informante 11, *“principalmente (recibo información sobre la alimentación) de mi madre, mi hermana mayor y de mis vecinas... pero también en la posta, por parte de la obstetra”* (Comunicación personal, 5 de octubre de 2024), en este testimonio se observó la hibridación de saberes, donde las mujeres no solo recurren a la medicina tradicional o creencias culturales, sino que también incorporan

el conocimiento profesional. Esto refleja una negociación constante entre los profesionales de salud y la influencia cultural de la comunidad.

Como ya se mencionó, el Estado está dando un apoyo económico mediante el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres – JUNTOS cuando las gestantes cumplen con sus controles prenatales (Plataforma del Estado Peruano, 2021), ellas por fin de recibir tal apoyo acuden a sus controles al Centro de Salud de Quinua, ya que está vinculada al temor de ser excluidas del programa. Por otra parte, las mujeres que tienen más ingresos económicos también acuden a sus controles porque sostienen que los profesionales de salud saben más y quieren que su hijo nazca bien. Sin embargo, el personal de salud reportó que hay gestantes que no acuden a todas sus consultas ya sea por olvido o porque no lo toman interés. En este contexto, la Figura 12 presenta información estadística de alcance nacional que permite situar estas prácticas locales dentro de una tendencia más amplia sobre el inicio de la atención prenatal.

Figura 11

Meses de embarazo a la primera atención para el último nacimiento de los últimos cinco años (en porcentaje), según área de residencia, 2024.



Nota. La figura muestra que, tanto en el área urbana como en la rural, las mujeres inician su primer control prenatal durante los tres primeros meses de embarazo, pero a partir del cuarto mes la frecuencia de estas atenciones disminuye en ambos contextos. Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2024.

Aunque la figura presentada nos brinda datos a nivel nacional; sin embargo, también ocurre lo mismo en el centro poblado de Quinua, ya que la mayoría de mujeres inicia sus controles prenatales en los primeros meses de gestación, y muy pocas las que lo retrasan probablemente por factores económicos o culturales de cada una. Esta situación refleja un desajuste en el acceso a la atención médica porque puede generar diferencias en la toma de decisiones y en la manera en que aplican prácticas alimentarias saludables durante la gestación.

Que, a pesar de la influencia de la familia, la comunidad y los profesionales de la salud, las mujeres muestran cierto grado de autonomía en sus decisiones alimentarias. De las respuestas a la entrevista sobre la pregunta de conocimientos y creencias de la alimentación saludable, algunas mencionan que a veces no siguen las recomendaciones médicas y optan por lo que se les antoja o rechazan alimentos que les provoca náuseas o vómitos o lo que tienen disponible en su hogar. Este tipo de autonomía nos muestra la importancia de la negociación entre las creencias culturales alimentarias y las necesidades personales o circunstanciales, como la disponibilidad de ciertos alimentos o las náuseas durante el embarazo.

En los estudios sobre alimentación durante la gestación, muchos investigadores hablan sobre **los antojos**. Autores como Encino (2024) y Salinas & Miñano (2021), al igual que lo evidenciado en esta investigación, indican que los antojos deben ser satisfechos de lo contrario podría provocar aborto. Esto evocó el recuerdo de un caso que presencié durante mi etapa escolar: una compañera de colegio cuando estaba embarazada se había antojado fuertemente por mazamorra de calabaza, como no tenía dinero para comprársela, empezó a sentir cólicos y, lamentablemente, sufrió un aborto. Este suceso, vivido con mucho dolor por ella, refuerza la creencia compartida por varias gestantes de que no satisfacer un antojo puede dañar al feto o a la madre. Además, como también menciona Encino (2024), en caso de no llegar a un aborto, se cree que el bebé podría nacer características físicas relacionadas al antojo no satisfecho. O, con lengua afuera como símbolo de estar “pidiendo o llamando” el antojo.

Desde el ámbito religioso, siete de las participantes son evangélicas y comentaron que sus pastores les brindan orientación sobre la alimentación, esto revela

que las **creencias religiosas** no se limitan al consuelo espiritual, sino que también influyen en la vida cotidiana, incluidos los hábitos alimenticios. Por lo que, estas orientaciones afectan de manera significativa en las prácticas de salud, el embarazo y la crianza. En este contexto, la maternidad y el embarazo adquieren un carácter sacralizado, y las decisiones alimentarias pueden verse atravesadas por nociones de lo “puro” y lo “impuro”, basadas en interpretaciones de textos bíblicos como Levítico, Deuteronomio y Romanos.¹¹

También, aunque minoritario, se observó el uso de internet como fuente adicional de información, especialmente en el caso de la Informante 4, donde se denota la incorporación de nuevas tecnologías en la vida cotidiana. Las mujeres, especialmente las más jóvenes, recurren a búsquedas en línea para complementar o verificar la información recibida de sus madres y médicos. Esto muestra que el acceso a la Web se está fusionando con las prácticas tradicionales, dando lugar a una hibridación de saberes.

Todas estas creencias lo aplican las tres clasificaciones socioeconómicas: bajo, medio o alto. Aunque, Bertrán (2006) sostiene que en los hogares con pocos recursos los significados, sobre las prácticas alimentarias, tienen lugar. En parte tiene algo de razón, ya que algunas mujeres de clasificación socioeconómico bajo comen menos y con alimentos de bajo costo, pero también tienen creencias sobre que alimentos deberían de evitar durante el embarazo porque lo consideran prohibidos; y con respecto a los antojos no muchas mujeres tienen la posibilidad de satisfacerlos por el factor económico, a comparación de las mujeres de niveles económicos medio y altos.

En resumen, la información sobre la alimentación durante el embarazo se construyó a través de un sistema de saberes interconectados donde las tradiciones, conocimientos y creencias familiares y comunitarios, las prácticas religiosas, el conocimiento médico formal y las nuevas tecnologías juegan un papel fundamental. Las mujeres embarazadas navegan entre estos saberes para tomar decisiones que equilibran tanto su contexto social y cultural como sus necesidades de salud. En otras palabras, la información sobre la dieta durante el embarazo está profundamente

¹¹ Este tema se aborda con mayor detalle en el apartado 4.2.2 (p. 154).

influenciada por la interacción entre tradición y modernidad, cultura local y global, y acceso desigual a los recursos.

4.1.4 Trastornos nutricionales y complicaciones obstétricas en mujeres gestantes: un estudio antropológico de los patrones alimentarios y el nivel socioeconómico

Después de haber analizado y comprendido los patrones de consumo de alimentos, la capacidad adquisitiva, la frecuencia y variedad de la dieta, y los conocimientos y creencias sobre la alimentación, sabemos que todos estos forman parte de la cultura alimentaria de las mujeres gestantes del centro poblado de Quinua. Ahora sí, resulta conveniente pasar al análisis de los trastornos nutricionales y las complicaciones obstétricas que enfrentaron.

Para lo cual, antes debimos poner de manifiesto que, la salud materna no solo es fundamental para su bienestar, sino que también para el desarrollo saludable de sus bebés. Y que está asociada a factores nutricionales, socioeconómicos y culturales, dado que, durante el embarazo las mujeres tienen que superar muchas complicaciones que podrían serles perjudiciales tanto para ella como para su bebé. Como señala el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2014), en la salud materna existen problemas que merecen preferente atención, como la persistencia de tasas de mortalidad relativamente elevadas esto por nivel de educación, de capacidad económica o ámbito geográfico. Es decir, la morbi-mortalidad materna está muy relacionada con las condiciones de vida, la contaminación ambiental y con patrones culturales que determinan la forma como se valora la vida y el estatus de la mujer en el país.

Cabe señalar que todas las mujeres gestantes enfrentan algún tipo de vulnerabilidad nutricional, aunque no siempre por las mismas razones. Como se desarrolló en los apartados anteriores, aquellas que están dentro del nivel socioeconómico bajo suelen comer de manera más limitada y, por eso buscaron estrategias para poder solventar su alimentación diaria. En cambio, las mujeres del nivel socioeconómico medio y alto pueden acceder con más facilidad a una variedad de alimentos lo que se podría considerar una “alimentación adecuada”. Pues, la mayoría terminó la secundaria y una incluso tiene educación técnica, lo que les da algo de conocimiento sobre los alimentos. Sin embargo, eso no garantiza que coman de una

manera equilibrada, ya que los factores fisiológicos propios del embarazo como las náuseas, los vómitos, los antojos o incluso las preferencias personales hacen que a veces no consuman alimentos saludables o hasta no comen.

Por lo tanto, la vulnerabilidad nutricional no depende únicamente de la economía o del nivel educativo de las gestantes. También tiene que ver con cómo interpretan las creencias culturales, con lo que siente su propio cuerpo y con las decisiones que toman día a día durante la gestación.

En este contexto, entre los trastornos nutricionales más comunes se encuentran la anemia, la desnutrición y la obesidad/sobrepeso, condiciones que pueden llevar a complicaciones obstétricas graves como la preeclampsia, presión alta, el parto prematuro, el desprendimiento de placenta, el riesgo de aborto. A su vez, hay mayor complejidad dependiendo la edad por lo que también hay riesgo de edad (por ser muy joven o muy mayor), el largo período intergenésico y por la mala posición del feto, agregando a ello los antecedentes que tuvieron, es decir que hayan sido cesareadas o que tuvieron abortos. Para conocer ello se indagó si las mujeres participantes habían experimentado algún problema de salud durante su embarazo. Esta información se detalla en la siguiente tabla.

Tabla 9

Problemas de salud, nivel socioeconómico y percepciones de tratamiento en mujeres gestantes

Participante	Nivel socioeconómico	Problema de Salud	Tratamiento y/o Cita
Informante 1	Medio	Riesgo por edad y parto	<i>"Me dijo la doctora que puede haber un riesgo al momento del parto porque soy muy joven."</i>
Informante 2	Bajo	Preeclampsia, riesgo por edad	<i>"Me han referido al Hospital de Ayacucho porque tengo preeclampsia y estoy en riesgo por edad."</i> Al ver su historia clínica, con su autorización, corre el riesgo de pasar por desprendimiento de placenta prematuro.

Informante 3	Bajo	Bebé mal posicionado	<i>"Fui al Centro de Salud, la doctora me hizo una ecografía, me dijo que mi bebé estaba mal posicionado, le conté a mi madre y me dijo para ir donde una partera para que me 'arregle la posición de mi bebé' y ahora ya está bien."</i>
Informante 4	Bajo	Problema con peso	<i>"El único problema que he tenido fue con mi peso."</i>
Informante 5	Bajo	Riesgo por edad, largo período intergenésico	<i>"La doctora me dijo que hay riesgo porque me embarqué después de tiempo de mi primer embarazo, pasó 11 años, pero por ahora estoy llevando bien mi embarazo."</i>
Informante 6	Bajo	Presión alta	<i>"No me dijo nada de anemia, ni desnutrición, pero sí de presión alta."</i>
Informante 7	Medio	Riesgo por largo período intergenésico	<i>"Estoy en riesgo porque de tiempo he salido embarazada (largo periodo intergenésico) y por eso me han referido al Hospital Regional de Ayacucho."</i>
Informante 8	Bajo	Anemia moderada	<i>"Tengo anemia moderada. La doctora me dio una dieta rica en hierro y me dijo que tome el sulfato ferroso, ácido fólico y vitaminas."</i>
Informante 9	Bajo	Riesgo de aborto	<i>"Estoy en riesgo de aborto, me han referido al Hospital Regional de Ayacucho."</i>
Informante 10	Bajo	Anemia, desnutrición y desprendimiento prematuro de placenta.	<i>"Tengo anemia y desnutrición, por más que he tratado de comer 'bien' no mejoro. No tomo sulfato ferroso ni ácido fólico porque me da náuseas y las pocas veces que he tomado me hizo vomitar."</i>
Informante 11	Bajo	Anemia y desnutrición, dificultad con sulfato ferroso	<i>"He tenido anemia y desnutrición, por eso la obstetra me derivó al nutricionista, ahí me explicó lo que debía comer, también me dieron el suplemento de sulfato ferroso, pero a veces</i>

me olvidaba de tomar y su olor me provoca náuseas."

Informante 12	Alto	Anemia	<i>"He tenido anemia."</i>
Informante 13	Alto	Ningún problema de salud	<i>"No tuve ningún problema de salud."</i>
Informante 14	Medio	Desnutrición (debido a náuseas)	<i>"Cuando tenía 12 semanas de gestación tuve desnutrición porque las náuseas no me dejaban comer como quería."</i>
Informante 15	Bajo	Anemia en primer embarazo, no en el segundo	<i>"En mi primer embarazo (a los 20 años) sí he tenido anemia y en el segundo no. Con mi primera hija no tomaba sulfato ferroso, incluso nació con bajo peso, pero con mi segundo hijo sí he estado tomando el sulfato ferroso..."</i>
Informante 16	Medio	Anemia, presión alta, desprendimiento de placenta	<i>"Mi tercer embarazo tuve un aborto, y cuando salí embarazada de mi última hija me dijeron que tenía anemia moderada y mi presión era alta, me han referido al Hospital Regional..."</i>
Informante 17	Bajo	Anemia, desprendimiento de placenta	<i>"Con mi última hija tuve anemia, fue porque los primeros meses vivía con mi madre y no comía como debía de ser... Cuando tenía 8 meses primero sangré y luego me vino un líquido..."</i>
Informante 18	Medio	Anemia	<i>"Llegué a tener anemia, me dieron sulfato ferroso y tomaba, pero a veces me olvidaba."</i>
Informante 19	Alto	Desconoce problemas de salud, pero antes de dar a luz tuvo desprendimiento prematuro de placenta.	<i>"No lo sé."</i>

Informante 20	Alto	Ningún problema de salud	<i>"No he tenido ningún problema de salud y todos mis hijos nacieron sanos."</i>
--------------------------	------	--------------------------------	--

Nota. Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas y reportes clínicos, 2024.

La información presentada en el Tabla 9 expone que los problemas de salud durante el embarazo y su tratamiento reflejan el resultado de diversas interacciones entre las mujeres, su entorno familiar -social, sus creencias culturales y la autoridad médica que influyen en sus decisiones y vivencia. En este estudio, los problemas de salud reportados por las gestantes fueron recogidos a partir de entrevistas y posteriormente contrastados con las historias clínicas revisadas en el Centro de Salud de Quinua, previa autorización, lo que permitió corroborar los diagnósticos maternos mencionados en los testimonios. En algunos casos, como cuando las mujeres se refieren a la salud de hijos ya nacidos u otros eventos que no podían verificarse clínicamente, la información se tomó únicamente de su testimonio. A continuación, los problemas de salud identificados en el centro poblado de Quinua son diversos.

Siendo la más preocupante, la anemia gestacional, porque durante este periodo las mujeres embarazadas requieren más aumentos en los requerimientos nutricionales (Guzmán et al., 2016). Al respecto, el Instituto Nacional de Estadística e Informática detalla las consecuencias de la anemia en la mujer y en el bebé cuando esta no es tratada oportunamente:

...Las mujeres anémicas son menos tolerantes a la pérdida de sangre durante el parto, particularmente cuando los niveles de hemoglobina descienden a menos de 8,0 g/dl. En casos más severos de anemia, las mujeres experimentan fatiga y un incremento del ritmo cardíaco en reposo. La tensión proveniente del parto, el aborto espontáneo y otras complicaciones mayores que pueden resultar en la muerte materna. Una detección temprana de la anemia nutricional puede ayudar a prevenir complicaciones severas durante el embarazo y el parto. En el caso del infante, la anemia puede afectar su desarrollo psicomotor. El empleo de hierro complementario/adicional para mujeres, niños con

deficiencia de hierro puede mejorar la salud materno infantil en general. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2025, pp. 219–220)

En el distrito de Quinua, según datos del Instituto Nacional de Salud (2024b), hasta julio de 2024, la prevalencia de anemia fue del 38.78 %. En este estudio, de las 20 mujeres participantes, 12 presentaron diagnóstico de anemia corroborado con sus historias clínicas, lo que permitió contrastar sus testimonios con la evidencia clínica. Uno de los casos más representativos fue el de la Informante 10, quien expresó:

En el centro de salud la doctora me diagnosticó anemia y por más que he tratado de comer ‘bien’ no mejoro. Y me dieron como tratamiento el sulfato ferroso y ácido fólico, pero no tomo porque me da náuseas y las pocas veces que traté tomarlo me hizo vomitar. (Comunicación personal, 3 de octubre de 2024)

Su testimonio refleja una situación que va más allá de la voluntad individual, evidenciando un conflicto entre los factores fisiológicos propios del embarazo, las creencias culturales y las condiciones socioeconómicas. La Informante 10 presentó dificultades para seguir el tratamiento médico debido a las náuseas, además excluye de su dieta alimentos ricos en hierro y, al mismo tiempo, intenta mejorar su salud a través de una “buena” alimentación, la cual resulta insuficiente para revertir su condición porque su tratamiento médico choca con sus creencias religiosas.

Más allá de los factores fisiológicos, culturales o económicos, resulta fundamental considerar el acceso a información y educación en salud. Las mujeres deben contar con orientaciones claras sobre cómo deben de prevenir y tratar la anemia durante el embarazo; sin embargo, algunos testimonios sugieren limitaciones en la comprensión o apropiación de las recomendaciones médicas. La Informante 8, por ejemplo, mencionó: *“Tengo anemia moderada. La doctora me dio una dieta rica en hierro y me dijo que tome el sulfato ferroso, ácido fólico y vitaminas”* (Comunicación personal, 7 de octubre de 2024), al revisar su historia clínica, se confirmó que le habían indicado una dieta normocelónica rica en hierro y la toma de los suplementos, lo que evidencia que comprendió parte de las instrucciones. No obstante, no todas las mujeres tienen el mismo nivel de acceso o comprensión, debido a que algunos profesionales explican de manera rápida o insuficiente, o porque las pacientes no preguntan por

temor a ser juzgadas. En comunidades con menor acceso a educación en salud puede dificultar que se sigan correctamente las indicaciones médicas (Castro et al., 2017).

Tuve la oportunidad de acompañar a las gestantes, como a la Informante 8, a por lo menos uno o dos de sus controles y observé que la ginecóloga explica detalladamente la importancia de aumentar la ingesta de hierro mediante alimentos como huevo, hígado, carne, pescado, lentejas y hojas verdes, así como de consumir frutas ricas en vitamina C para mejorar la absorción del mineral. Además, indicó evitar té o café durante las comidas y continuar con los suplementos proporcionados, enfatizando que la dieta sola a veces no es suficiente. Especialmente cuando la anemia se presenta por primera vez o cuando la condición no mejora. Sin embargo, aun con estas indicaciones, la comprensión y aplicación dependen del contexto, los hábitos y la disponibilidad de los alimentos recomendados.

Por ejemplo, la alimentación cotidiana de las gestantes, que tenían anemia, está compuesta por papa, maíz, *yuyo*, arveja, brócoli, coliflor, etc., y con consumo ocasional de carnes, pollo y pescado, este último depende del factor económico. La Informante 2 comentó que su alimentación estaba basada en *“Carne, pollo, pescado, queso, mantequilla o leche solo lo consumo raras veces, cuando tengo más dinerito”* (Comunicación personal, 3 de octubre de 2024). Además, que quitan de su dieta muchos alimentos por la idea de que son perjudiciales para el desarrollo adecuado del bebé, como las frutas que tienen vitamina C, a pesar de ser una recomendación médica ya que ayuda a la absorción del hierro, pero ellas creen que el ácido daña al bebé. Por otra parte, también esta lo económico que muchas veces limita la diversidad alimentaria, contribuyendo de manera significativa a la persistencia de la anemia entre las gestantes. O el factor fisiológico que presentan las mujeres, también es otro problema, como la experiencia de la Informante 12 que ilustra adicionalmente esta problemática. Ella relató.

Durante mis primeros meses de embarazo no comía nada, solo tomaba agua, porque las comidas me ocasionaban vómitos. Después, ya comencé a comer poco a poco, pero no tomo el sulfato ferroso. Por eso creo que no puedo combatir la anemia. En este y en mi anterior embarazo tampoco tomaba los suplementos, tienen un olor feo y me da náuseas, creo que por eso mi hijo nació

desnutrido y se enferma con frecuencia, tal vez suceda lo mismo con este bebé también. (Comunicación personal, 2 de octubre de 2024; reforzado el 4 de diciembre de 2024)

En este caso, la información sobre su hijo mayor no pudo verificarse clínicamente, por lo que se toma únicamente de su testimonio. Al hacer una comparación entre los casos de la Informante 10 y 12, se observa que la primera podría vivir una experiencia similar a la de la segunda. Por ello, es importante tomar conciencia de que la anemia no solo afecta a la madre, sino también al bebé.

En este sentido, la anemia, aquí, puede interpretarse como un reflejo de la pobreza y la falta de recursos. Esto coincide con el estudio de Carrasco (2024), quien demostró que los factores socioeconómicos y la cultura alimentaria están asociados significativamente a anemia en gestantes. Sin embargo, también se encontró el caso de la Informante 12, que contaba con ingresos estables para tener una buena alimentación; en este caso, el problema no era económico, sino que es por factores fisiológicos propios del embarazo y por las creencias culturales, incluidas las religiosas.

De manera vinculada a los casos de anemia, también se identificaron tres casos de desnutrición en gestantes con nivel socioeconómico bajo y medio. Esta condición se relaciona principalmente con una alimentación limitada o insuficiente, producto del acceso restringido a una dieta diversa, así como con factores fisiológicos propios del embarazo, como las náuseas persistentes durante el primer trimestre. Un caso representativo es el de la Informante 14, quien relató:

Recuerdo que cuando tenía 12 semanas de embarazo, en el centro de salud la doctora me dijo que tenía desnutrición y que debía comer variado. Me mandó donde la nutricionista y me dijo todo lo que debía de comer para mejorar, y yo quería mejorar, más por mi bebito. Pero mis náuseas no me dejaban comer como quería. (Comunicación personal, 7 de diciembre de 2024).

Este diagnóstico de desnutrición en este caso fue corroborado en su historia clínica, lo que permite contrastar el testimonio con el registro médico. Situaciones similares se observaron en las Informantes 10 y 11, pero su situación se agravó ya que

posteriormente presentaron anemia, condición que también figura en sus historias clínicas.

Asimismo, durante los controles prenatales, la ginecóloga del Centro de Salud de Quinua explica a todas las gestantes que tengan esta condición sobre los riesgos, sus palabras fueron:

La desnutrición durante el embarazo puede traer consecuencias graves para su bebé, pues, la falta de alimento puede hacer que no crezca bien dentro de su vientre, que nazca pequeño, con bajo peso, débil y con mayor vulnerabilidad a enfermedades durante los primeros meses de vida. (Observación en consulta prenatal, 4 de noviembre de 2024)

Estas advertencias se basaron tanto en su experiencia profesional con casos previos en el establecimiento como en la evidencia biomédica existente. Aunque, en los casos observados durante este estudio, dichas consecuencias no pudieron ser verificadas clínicamente, ya que los bebés aún no habían nacido al momento del trabajo de campo.

A ello se suma el caso de la Informante 12, quien mencionó que su hijo nació con desnutrición y lo relacionó con su deficiente alimentación durante el embarazo, además que tenía anemia gestacional. Sobre la información proporcionada de su hijo mayor proviene únicamente del testimonio de la informante porque no fue posible acceder a registros clínicos que lo corroboren. Sin embargo, su relato coincide con lo señalado por la ginecóloga y con lo descrito en la literatura especializada como de García (2019), que indica que la desnutrición materna puede ocasionar una ganancia de peso inadecuada y favorecer la aparición de anemia; mientras que en el feto se asocia con bajo peso al nacer, desnutrición fetal y mayor riesgo de parto prematuro, con posibles consecuencias a corto y largo plazo para la salud.

En contraste con estos casos, está la creencia de “comer por dos” durante el embarazo, como indicó la Informante 6: *“Ahora que estoy embarazada, como el doble o el triple de lo normal. Eso escuché de mi mamá cuando estaba embarazada de mi hermana menor, tengo que hacerlo para que mi hijo nazca sano y fuerte”* (Comunicación personal, 7 de octubre de 2024). La historia clínica de la Informante 6

confirma un aumento de peso gestacional superior al recomendado, con diagnóstico de obesidad, lo que sugiere una asociación ente esta creencia cultural y su estado nutricional, impactando directamente en la salud materna. Otra mujer cuya historia clínica consigna diagnóstico de obesidad es la Informante 4. En su caso, la entrevista permitió identificar que esta condición no se vincula con la creencia de “comer por dos”, sino con el consumo frecuente de alimentos con alto contenido graso, como picarones y tripitas. Además, la informante se dedica a la venta de estos alimentos como medio de subsistencia, lo que facilita su consumo cotidiano, aunque sea en pequeñas cantidades.

Este aumento de peso desmedido, según los profesionales de salud de Quinua, se asocia con mayores riesgos de complicaciones como diabetes gestacional y problemas cardiovasculares. También, podría generar complicaciones en la madre como pérdida de embarazo, anomalías en el feto y en el recién nacido, analizando profundamente las consecuencias durante el parto serían el parto prolongado y traumatismo fetal, lo que ya son complicaciones obstétricas graves como la preeclampsia, presión alta, parto prematuro y desprendimiento de placenta (García, 2019). No obstante, en el caso de la Informante 6, estas complicaciones se presentan como riesgos potenciales explicados por el personal de salud y respaldados por la literatura, más no como eventos clínicamente verificados durante el período de estudio.

Asimismo, se reportaron tres casos de riesgo por edad y dos casos de riesgo de aborto. Las preocupaciones sobre el embarazo a una edad temprana o avanzada pueden aumentar las probabilidades de complicaciones. Por ejemplo, la Informante 1 indicó: *“Me dijo la doctora que puede haber un riesgo al momento del parto porque soy muy joven y mi cuerpo no está completamente desarrollado”* (Comunicación personal, 2 de octubre de 2024). Este testimonio refleja la preocupación del personal de salud respecto al embarazo a una edad temprana, situación que puede generar riesgos tanto para la madre como para el bebé. La historia clínica de la Informante 1 confirma la evaluación médica y las recomendaciones de seguimiento para su gestación. Por otra parte, la Informante 2 relató: *“Me han referido al Hospital de Ayacucho porque tengo preeclampsia y estoy en riesgo por edad”* (Comunicación personal, 3 de octubre de 2024), aquí señala que el riesgo relacionado con la edad puede complicar aún más su

embarazo. Su historia clínica corrobora el diagnóstico de preeclampsia y la referencia médica al hospital. Esto subraya la importancia de los cuidados médicos adecuados y la planificación familiar.

En contraste, en el caso de riesgo por edad avanzada, durante el trabajo de campo se observó a un niño con Síndrome de Down, y una señora del centro poblado me explicó que esta condición se debía a que su madre había quedado embarazada a los 47 años, cuando ya se aproximaba a la menopausia. Esta explicación corresponde a una interpretación cultural local sobre el origen de ciertas condiciones congénitas y no constituye un diagnóstico médico ni una afirmación verificada clínicamente, sino una forma de atribución causal construida socialmente. La interpretación da a entender que el nacer con una condición distinta puede asociarse al embarazo tardía, aunque no siempre se corresponda con la evidencia médica.

En relación al riesgo por aborto, se identificaron dos casos de mujeres. La Informante 9 comentó: *“La doctora me dijo que tengo riesgo de aborto y me dio una referencia para que me atiendan en el Hospital Regional de Ayacucho”* (Comunicación personal, 2 de octubre de 2024). La revisión de su historia clínica permitió corroborar que presentaba bajo peso previo a la gestación, desnutrición crónica y, durante los tres primeros meses de gestación, persistía con bajo peso, además de presentar anemia posteriormente y para que se evite el aborto le refirieron al Hospital Regional de Ayacucho para que le atiendan en el consultorio de Alto Riesgo Obstétrico. Durante la entrevista, la informante explicó que evita ciertos alimentos por creencias culturales y religiosas, lo que influye en su alimentación durante el embarazo. La obstetra le recomendó incrementar la ingesta de alimentos, limitar esfuerzos físicos y tener especial cuidado en sus actividades diarias. Asimismo, también se encontró el caso de la Informante 2, ella tiene riesgo por edad y preeclampsia que complica su situación por la cual está en alto riesgo, al igual que la Informante 9 está recibiendo atención en el Hospital Regional de Ayacucho. En ambos casos se evidencia la importancia del seguimiento clínico y de la educación en salud para la prevención de complicaciones.

El largo período intergenésico se refiere a cuando una mujer queda embarazada después de un tiempo considerable desde su embarazo anterior. En esta investigación

se identificaron dos gestantes que presentaban un largo período intergenésico. La Informante 7 comentó: “*Estoy en riesgo porque de tiempo he salido embarazada (largo periodo intergenésico) y por eso me han referido al Hospital Regional de Ayacucho*” (Comunicación personal, 5 de octubre de 2024). Esta información se corroboró con su historia clínica, que registraba el intervalo entre embarazos y las indicaciones médicas correspondientes.

La referencia al hospital resalta cómo un largo período entre embarazos puede aumentar el riesgo de complicaciones obstétricas, además de evidenciar que las recomendaciones médicas y las políticas de salud influyen en la toma de decisiones sobre la maternidad. Este fenómeno también puede interpretarse como el resultado de las presiones culturales y sociales que determinan cuándo y cuántos hijos se deben tener, sin considerar plenamente las implicaciones para la salud física de la mujer. Asimismo, la Informante 7 mencionó que la doctora le indicó tener especial cuidado al realizar sus quehaceres diarios y que un familiar le acompañara cuando se trasladara a Huamanga, debido al temor de que “rompa fuente”¹² durante el viaje. Esta situación coincide con lo reportado por M. Amaya (2019), quien señala que un período intergenésico prolongado constituye un factor de riesgo para parto prematuro.

Tanto los trastornos nutricionales como las decisiones sobre el embarazo de cuándo embarazarse son factores para que las mujeres sean más propensas a pasar complicaciones obstétricas. En el centro poblado de Quinua se encontraron complicaciones como la preeclampsia, presión alta, desprendimiento de placenta prematuro y la mala posición del bebé que podría afectar la vida de la mujer y del bebé.

Se identificaron un caso de preeclampsia y dos de presión alta, ambas son condiciones obstétricas graves que requieren monitoreo y atención médica constante, ya que afectan tanto a la madre como al bebé. Estas condiciones fueron corroboradas con las historias clínicas. Durante una conversación con la obstetra del Centro de Salud de Quinua, esta señaló que, desde su experiencia profesional, aproximadamente una de cada cinco gestantes atendidas presenta preeclampsia, y que los casos graves pueden desencadenar en shock, convulsiones y/o parto prematuro, poniendo en riesgo

¹² Expresión utilizada para referirse a la salida del líquido amniótico cuando se inicia el trabajo de parto o cuando las membranas se rompen antes del parte.

la vida de la madre y del bebé. Esta información corresponde a una apreciación clínica general y no a un cálculo estadístico de la presente investigación. La Informante 2 es un ejemplo de preeclampsia; debido a la complejidad de su caso, fue referida al Hospital Regional de Ayacucho. La información proporcionada por la gestante fue verificada con su historia clínica, la cual registraba su presión arterial elevada, anemia y riesgo de desprendimiento de placenta. La gestante comentó que acude a sus controles en Huamanga, pero expresó temor por los traslados de ida y vuelta a Quinua, dado que tiene más de siete meses de gestación y existe riesgo de ruptura de fuente durante el viaje. Este caso evidencia la necesidad de un seguimiento clínico adecuado y de estrategias de educación en salud para reducir los riesgos asociados a condiciones obstétricas graves.

El desprendimiento prematuro de placenta (DPP) constituye una complicación obstétrica grave que pone en riesgo la vida de la madre y del feto. En esta investigación se identificaron cuatro gestantes que presentaron DPP. Los cuatro casos fueron reportados por las propias mujeres durante las entrevistas y corroborados posteriormente mediante la revisión de sus historias clínicas, previa autorización. A continuación, se presentan dos casos más representativos. Uno de ellos corresponde a la Informante 16, quien relató:

En mi tercer embarazo tuve un aborto, y cuando salí embarazada de mi última hija me dijeron que tenía anemia moderada y mi presión era alta, me han referido al Hospital Regional por eso, estaba en riesgo. Cuando nació mi última hija (tenía siete meses de gestación) el líquido se me vino, me hicieron cesárea y estuvo en incubadora... sus pulmoncitos no estaban bien. (Comunicación personal, 4 de octubre de 2024; reforzado el 5 de diciembre de 2024)

La revisión de su historia clínica confirmó el diagnóstico de anemia moderada, presión arterial elevada, el desprendimiento prematuro de placenta y la intervención quirúrgica de emergencia mediante cesárea. Asimismo, se registró el nacimiento prematuro y la hospitalización neonatal por complicaciones respiratorias.

El segundo caso corresponde a la Informante 17, quien señaló:

Con mi última hija tuve anemia, fue porque los primeros meses vivía con mi madre y no comía como debería de ser, a pesar que me dieron el sulfato ferroso y vitaminas para tomar no me recuperé y seguía con anemia. Cuando tenía ocho meses primero sangre y luego me vino un líquido, me llevaron rápido de emergencia, mi hija nació moradita, con dificultad para respirar y mal del corazón. (Comunicación personal, 4 de octubre de 2024; reforzado el 14 de diciembre de 2024)

En este caso, la historia clínica corroboró la presencia de anemia durante la gestación, el diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta y la atención de emergencia. Durante el seguimiento de campo, se conoció además que la recién nacida presentó complicaciones cardíacas, información referida por la madre como parte de la evolución posterior al parto.

En estos ambos casos, el DPP generó una situación de emergencia obstétrica que requirió intervención médica inmediata, evidenciando la importancia de un manejo oportuno de estas complicaciones. Las consecuencias no se limitaron al evento clínico, sino que tuvieron efectos duraderos en la vida de las mujeres y sus hijos. Según los testimonios recogidos durante el trabajo de campo, ambas mujeres señalaron que estas experiencias pusieron de riesgo sus vidas y las de sus bebés, generando temor a futuros embarazos.

Como resultado de estas vivencias, tanto la Informante 16 como la Informante 17 indicaron que decidieron no volver a embarazarse y optaron por la ligadura de trompas. Esta decisión, narrada por ellas a partir de su experiencia directa con el riesgo y la cercanía con la muerte, puede interpretarse desde una perspectiva antropológica como una estrategia de autocuidado y control reproductivo, construida a partir del sufrimiento, la vulnerabilidad y la memoria corporal del peligro. En este sentido, la ligadura no aparece únicamente como un procedimiento biomédico, sino como una respuesta social y personal frente a experiencias obstétricas traumáticas.

La mala posición del bebé en el vientre fue una complicación obstétrica seria que afectó a una gestante, y su manejo refleja la interacción entre prácticas médicas tradicionales y modernas. La Informante 3 nos narró:

...llevaba días con dolor en el estómago y la cintura, y como ya no podía soportarlo, me dirigí al Centro de Salud. Allí, la doctora me hizo una ecografía, me dijo que mi bebé estaba mal posicionado y me programó una cesárea. Al regresar a mi casa, le conté a mi madre, quien me sugirió ir donde una partera para que me “arregle la posición de mi bebé”. Ahora mi bebé ya está bien posicionado. Incluso la doctora me realizó una segunda ecografía y confirmó que la posición de mi bebé era correcta. (Comunicación personal, 10 de octubre de 2024; reforzado el 14 de noviembre de 2024)

Este testimonio se corroboró con su historia clínica, donde se registró la mala posición fetal y el seguimiento realizado por el personal médico. Finalmente, gracias a que el bebé adoptó la posición correcta, la cesárea programada no fue necesaria y la gestante pudo dar a luz por parto normal. Este caso revela cómo algunas mujeres combinan el conocimiento médico con prácticas tradicionales, mostrando el sincretismo entre la medicina moderna y la tradicional.

No obstante, dos gestantes manifestaron no presentar ningún problema de salud durante el embarazo, mientras que una de ellas desconocía si tenía algún problema.

En resumen, desde un estudio antropológico los trastornos nutricionales y las complicaciones obstétricas en las mujeres gestantes del centro poblado de Quinua no son solo desafíos biológicos, sino que es el resultado de complejas interacciones entre factores culturales, económicos y el acceso a la salud. La cultura alimentaria (incluidas las creencias heredadas y las prácticas alimentarias tradicionales), el nivel educativo, la disponibilidad de recursos y la combinación de medicina tradicional y moderna intervienen directamente en las decisiones que las mujeres toman sobre su salud y la de sus bebés. Aunque estas prácticas se basan en saberes ancestrales y valores culturales que muchas veces a menudo entran en conflicto con las recomendaciones médicas, generando tensiones que afectan el bienestar nutricional.

Por lo tanto, los trastornos nutricionales (anemia, desnutrición y obesidad/sobrepeso) y las complicaciones obstétricas (como la preeclampsia y el desprendimiento prematuro de placenta) no solo deben analizarse únicamente desde lo biológico, sino también en los factores sociales, económicos y culturales porque influyen las experiencias y decisiones de las mujeres gestantes, las cuales están

moldeadas por la socialización con el entorno, su percepción cultural y su nivel socioeconómico.

4.1.5 Evolución del peso materno y desarrollo fetal: impacto de la dieta y lo económico

Habiendo analizado previamente los trastornos nutricionales y estos a su vez llevando a complicaciones obstétricas, vinculados a la alimentación y al nivel socioeconómico, es pertinente profundizar en otro aspecto igualmente relevante: la evolución del peso materno

La alimentación durante el embarazo es un factor determinante en el peso materno y en el desarrollo del feto ya que proporciona nutrientes necesarios para la formación y crecimiento del bebé y para mantener la salud de la madre. Al respecto es común escuchar expresiones como: *“Debes de comer bien por el bebé que llevas en el vientre”*, *“No comas eso va a dañar a tu bebé”* o *“Si quieres que tu hijito/a sea blanconcito/a debes de comer mucha miel”*. Sin embargo, las condiciones socioeconómicas y las creencias culturales impactan en la elección y calidad de la dieta de las mujeres embarazadas. Es decir, el peso durante la gestación influye en el desarrollo fetal, pero esto no solo se trata de procesos fisiológicos ya que también tiene que ver las condiciones de vida, las estructuras sociales, las creencias culturales y contextos económicos que afectan en el acceso a alimentos, cuidado prenatal y bienestar general.

A partir de esto, se analizó cómo ellas relacionan su alimentación y contexto económico-culturales con la evolución de su peso y el desarrollo del bebé. Las respuestas se agruparon en función de estos factores y se muestran a continuación.

Tabla 10

Evolución de peso materno y desarrollo fetal influenciado por factores culturales y económicos

Participante	Evolución del peso materno	Problemas de salud materno	Desarrollo del bebé	Factores culturales y económicos
Informante 1	La obstetra indicó que su peso está bien.	No tiene problemas de salud. Pero la obstetra le dijo que puede haber complicaciones en el parto por ser joven.	No reporta problemas de salud en el bebé.	Cultural: Satisfacer los antojos durante el embarazo es esencial para evitar complicaciones, como el aborto. Influenciada por lo que escuchó de su madre y suegra, que aseguran que los antojos no deben ignorarse. Económico: Cree que sí puede acceder a una alimentación saludable.
Informante 2	En el primer mes estaba con bajo peso, pero luego subió.	Presenta riesgo de desprendimiento de placenta prematuro por edad y preeclampsia, motivo por el cual ha sido referida al Hospital Regional de Ayacucho.	Su embarazo está en riesgo debido a la edad y preeclampsia.	Cultural: Influenciada por su madre, tiene la creencia de evitar ciertos "alimentos fríos" como calabaza, olluco y chuño porque puede provocar dolores de estómago y alteraciones en el bebé, también evita "alimentos calientes" o caminar porque puede dar a luz en cualquier. Económico: A veces no le alcanza debido a que tiene más hijos y están estudiando, pero recibe apoyo del Programa Juntos.
Informante 3	En general, el peso y desarrollo del bebé han ido bien.	No reporta problemas significativos.	Tuvo dolores estomacales porque el bebé estaba mal posicionado, pero fue tratado por una partera para corregir la posición.	Cultural: Prefiere alimentos naturales cultivados en su chacra, siguiendo la creencia de que estos son mejores para la salud de la madre y el bebé. Económico: Su alimentación depende de lo que produce su chacra,

lo que le permite mantener una dieta estable.

Informante 4	Está con obesidad, debido a su consumo de antojos como tripitas y picarones.	Problemas con su peso.	Su sobrepeso podría ser un factor de riesgo.	Cultural: Menciona que come de todo. Sigue la creencia de satisfacer sus antojos como el de tripitas y picarones, además que la venta de esas comidas es su fuente de trabajo. Económico: El acceso a alimentos no saludables puede estar vinculado a la facilidad de acceso, ya que ella vende: tripitas y picarones.
Informante 5	El peso y desarrollo del bebé están bien.	No presenta problemas de salud graves.	El embarazo está en buen estado, y el bebé se desarrolla adecuadamente.	Cultural: Prefiere alimentos naturales y sin químicos para asegurar que su bebé nazca sano. Económico: Tiene acceso a productos frescos de su chacra también recibe apoyo económico del Programa Juntos, lo que le permite mantener una dieta adecuada.
Informante 6	Presenta obesidad, lo que la obstetra advirtió que es malo para su bebé.	Además de obesidad presenta presión alta.	Riesgo de complicaciones debido a la obesidad materna. El bebé podría tener problemas de salud por el sobrepeso materno.	Cultural: Cree que debe comer más de lo normal, influenciada por la creencia de que "comer por dos" es necesario para un embarazo saludable. Económico: Accede a alimentos básicos, pero puede carecer de recursos para una dieta equilibrada.

Informante 7	En el segundo mes su peso era bajo, pero con la dieta recomendada ha mejorado.	Fue referida al Hospital Regional de Ayacucho porque tiene alto riesgo debido al largo intervalo intergenésico. Además, que por recomendación médica no debe caminar mucho.	El bebé se encuentra en buen estado tras las recomendaciones de dieta y vitaminas.	Cultural: La creencia de que el pescado aumenta la inteligencia del bebé, además de consumir sopas y verduras. Económico: Sí puede acceder a una alimentación saludable ya que también siguió la recomendación médica.
Informante 8	Tiene bajo peso y no se alimenta bien, pese a las preocupaciones de su madre.	Tiene anemia moderada, está tomando suplementos de hierro y vitaminas.	El bebé podría tener un desarrollo comprometido debido a la falta de nutrición adecuada de la madre.	Cultural: La creencia de que los antojos deben ser atendidos, aunque no siempre elige alimentos saludables. Económico: Carece de recursos suficientes para una alimentación adecuada, lo que contribuye al bajo peso materno.
Informante 9	Tiene bajo peso.	Está en riesgo de aborto y ha sido referida al Hospital Regional de Ayacucho.	El bebé está en riesgo de aborto debido a la salud materna y su bajo peso.	Cultural: La creencia de evitar alimentos considerados "prohibidos o dañinos" durante el embarazo porque puede dañar al bebé, además evita alimentos ricos en hierro por su creencia religiosa. Económico: Su acceso a alimentos nutritivos está limitado por su situación económica ya que menciona que también tiene otros gastos. en parte

le ayuda lo del Programa Juntos.

Informante 10	Tiene bajo peso y la doctora le indicó que su hija podría nacer con bajo peso también.	Tiene anemia y no ha podido mejorar con los suplementos debido a náuseas.	El bebé nació con bajo peso y prematuro debido a la anemia y al desprendimiento prematuro de placenta.	Cultural: Evita alimentos debido a sus náuseas y vómitos. Económico: Le alcanza para comprar sus alimentos, pero su embarazo le ha dificultado comer "bien".
Informante 11	Su embarazo no ha sido bueno, con falta de aumento de peso y anemia. Las hijas nacieron con bajo peso y anemia.	La falta de una dieta adecuada y la falta de sulfato ferroso empeoraron su anemia.	El bebé nació con bajo peso y anemia. La mala nutrición y la falta de cuidado prenatal afectaron gravemente el desarrollo fetal.	Cultural: La creencia de que algunos alimentos, como el hígado, deben evitarse por el olor, influye en su dieta. Económico: Mencionó que recibe apoyo económico del Programa Juntos, aun así, le falta dinero para comprar alimentos como pollo, carne o pescado, lo cual limitó su nutrición durante el embarazo.
Informante 12	Estaba con bajo peso y su hijo también nació con bajo peso y desnutrición.	Ha tenido anemia y bajo peso.	El bebé nació con bajo peso y desnutrición debido a la falta de alimentación adecuada durante el embarazo.	Cultural: No comía debido a náuseas y evita alimentos como la "sangrecita" por su creencia religiosa. Económico: Cree que sí puede acceder a una alimentación saludable, aunque no pudo comer bien hasta el cuarto mes de embarazo, lo que influyó en su nutrición y en la del bebé.
Informante 13	Su peso está bien y el bebé también está bien.	No ha tenido problemas de salud graves.	No se reportan complicaciones graves en el desarrollo del bebé.	Cultural: Creencia de comer un poco más por su bebé y creencia de satisfacer sus antojos para evitar aborto. Económico: Su situación económica le permite mantener una dieta más equilibrada y adecuada.

Informante 14	Al principio tenía bajo peso, pero se recuperó.	No tiene problemas graves, aunque al principio tuvo náuseas.	El bebé se está desarrollando bien, aunque las náuseas iniciales podrían haber afectado el desarrollo temprano.	Cultural: Come de todo además satisface sus antojos, también es influenciada por creencia de alimentos considerados "prohibidos" porque puede afectar al bebé. Económico: Su situación económica le permite acceder a alimentos variados, nutritivos y no nutritivos.
Informante 15	Su peso es estable.	Tuvo anemia en su primer embarazo, pero ha seguido el tratamiento de sulfato ferroso.	En su segundo embarazo, el bebé está mejor, gracias al seguimiento nutricional adecuado, sin las complicaciones de anemia del primer embarazo.	Cultural: Influenciada por su experiencia previa con anemia, prioriza alimentos ricos en hierro. Económico: Trata de hacer lo posible para acceder a una alimentación saludable, debido a la experiencia de su primer embarazo.
Informante 16	Estaba con bajo peso, pero trató de seguir la dieta recomendada.	Anemia moderada y presión alta, fue referida al Hospital Regional de Ayacucho debido a riesgo de desprendimiento de placenta.	El bebé nació prematuramente a los 7 meses de gestación, con complicaciones respiratorias y problemas cardíacos, debido a la anemia materna y los riesgos asociados.	Cultural: Evita ciertos alimentos, como el hígado y las vísceras, debido a su olor. Económico: Su acceso limitado a alimentos ricos en nutrientes refleja la situación económica de su hogar.

Informante 17	Tenía bajo peso durante el embarazo.	Anemia, no mejoró a pesar de los suplementos de hierro. Tuvo complicaciones graves hacia el final del embarazo (sangrado y ruptura del líquido).	El bebé nació con dificultades respiratorias y problemas cardíacos, debido a la anemia materna y las complicaciones en el embarazo que afectaron el desarrollo fetal.	Cultural: La creencia de que el entorno familiar influye en la dieta. Vivir con sus abuelos le permitió acceder a una alimentación más equilibrada. Económico: El cambio a la casa de los abuelos le permitió tener una mejor dieta, mejorando su situación nutricional.
Informante 18	Tenía bajo peso, y la dieta prescrita fue rica en hierro.	Tuvo anemia y tomaba sulfato ferroso.	El bebé parece estar en buen estado, pero la falta de nutrientes adecuados podría haber afectado el desarrollo prenatal.	Cultural: La creencia en la importancia de una dieta variada para el bienestar materno-fetal. Económico: Si accede a una alimentación saludable. Tienen una chacra donde cosechan papa y maíz, y compran el resto de lo que necesitan en Huamanga.
Informante 19	No reporta.	No sabe, solo fue a un control prenatal.	Su hijo nació con bajo peso por posibles problemas de salud materno, además tuvo desprendimiento de placenta prematuro.	Cultural: La creencia de que una alimentación equilibrada es esencial para el embarazo saludable, influenciada por las creencias locales sobre alimentos saludables. Económico: Si le alcanza para acceder a una alimentación saludable, pero no podía comer debido a las náuseas durante el embarazo.
Informante 20	Su peso y el desarrollo del bebé están dentro de los parámetros normales.	No ha tenido problemas de salud durante el embarazo.	Todos sus hijos nacieron sanos y no ha tenido complicaciones significativas en el embarazo	Cultural: La creencia de que los alimentos "fríos" y "calientes" deben ser regulados durante el embarazo, influenciada por las enseñanzas de su madre. Económico: Tiene recursos para acceder a una alimentación diversa,

pero adapta su dieta según las creencias y sus posibilidades económicas, priorizando lo que le es accesible.

Nota. Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas y reportes clínicos, 2024.

A partir de la información presentada en la Tabla 10, se evidenció que la evolución del peso materno y el desarrollo del feto está fuertemente vinculada con la alimentación de las mujeres embarazadas, lo cual está influenciada por factores culturales y económicos, es decir con las percepciones socioculturales y las condiciones económicas de cada mujer. En esa misma línea Dora Tello, Dollman Guzmán, Ramiro Salazar y Daniel Vásquez sostienen que:

El 60% la variación del peso al nacer es atribuible al entorno en el que el feto crece. Los factores maternos relacionados con disminución del crecimiento intrauterino son por ejemplo: desnutrición materna, mala condición socio-económica, precarias condiciones de vivienda, madres analfabetas, multiparidad, intervalo intergenésico menor de 6 a 12 meses, embarazos múltiples, patología materna (afecciones renales, hipertensión inducida por el embarazo, diabetes), tabaquismo (más de 10 cigarrillos al día), inadecuado control prenatal, los extremos de edad materna (adolescentes, primíparas añosas) y una edad ginecológica menor a tres años (diferencia en años entre la edad cronológica actual y la edad de menarquía). (Tello et al., 2004, p. 31)

Primero se aborda los factores culturales y luego los factores económicos. Las creencias culturales dictan qué alimentos se evitan o consumen las mujeres durante su embarazo, como ya se desarrolló en el apartado de “Conocimientos y creencias sobre la alimentación saludable en relación con el ingreso económico familiar”, pero ahora veremos cómo esas creencias culturales se relacionan con la evolución del peso materno y el desarrollo del feto:

- 1) Satisfacer los antojos, para las mujeres como la Informante 1, Informante 4 e Informante 13 atender los antojos es considerado esencial para evitar complicaciones durante el embarazo, como el aborto o que puede nacer con la “boca abierta” por no haberse

satisfecho el antojo (Encino, 2024; Salinas & Miñano, 2021). Pero esta creencia puede llevar a una alimentación desequilibrada porque las mujeres se antojan más de alimentos procesados o ricos en altas calorías, tal como menciona la Informante 13 “...a veces cuando estaba en el paradero me antojaba de tripitas, panchito (hot dog frito), salchipollo y me compraba porque cuando no se come lo que te antojas cuando estas embarazada se te puede venir el hijo” (Comunicación personal, 1 de octubre de 2024). Esta alimentación no es la más adecuada para la salud de la madre y el bebé, además que el estar comiendo esos tipos de alimentos puede hacer llegar a obesidad o sobrepeso a la madre y que el bebé no se desarrolle adecuadamente. Esto coincide con el estudio de Arellano & Ruiz (2020), quienes identificaron que el exceso de consumo de grasas y carbohidratos es un factor de riesgo para el sobrepeso y la obesidad durante el embarazo. Aunque, entra a una contradicción con el estudio de Tello et al. (2004) porque identificaron alimentos generados de antojos, y son las frutas como el limón, manzanas, naranjas, uvas, piña, camarones, carnes rojas, atún, pollo, pan, helados, tallarines, además no encontró asociación entre los antojos y el aborto. Mientras que las gestantes quinuinas evitan comer frutas cítricas; y el consumo de carne, pollo y atún tiene que ver más con lo económico y sí vinculan los antojos con abortos.

- 2) Alimentos “fríos-calientes”, creencia y práctica cultural que como sostienen Medina & Mayca (2006) “Son significativamente distintos a las consideraciones técnico-clínicas del trabajo de los médicos y obstetras. Algunas de ellas van en detrimento de la salud de la madre pero muchas otras son inocuas o beneficiosas” (p. 30). Sus creencias alimentarias son distintos a lo que la Guía Técnica de Consejería Nutricional (2016) dicta para un embarazo saludable y exitoso.

Aunque esta creencia alimentaria limita la variedad de alimentos que las mujeres consumen además que lo evitan debido a su impacto en la salud del bebé, la Informante 20 comentaba que “...por ejemplo si una

mujer gestante come ‘alimentos fríos’ o toma agua helada durante el embarazo el bebé puede nacer mal de bronquios...” (Comunicación personal, 3 de octubre de 2024), concluyó diciendo que todo lo que come o hace la mujer durante el embarazo le pasa al bebé.

Esta dualidad alimentaria si bien no puede afectar directamente al peso materno de la gestante, pero lo practican por el buen desarrollo del feto.

- 3) “Comer por dos”, siguen la creencia de que deben comer más de lo habitual durante el embarazo para asegurar el bienestar de su bebé como el caso de la Informante 6, quien dice *“Ahora que estoy embarazada, como el doble o el triple de lo que normalmente comía. Por ejemplo: si antes comía un plato de sopa de pollo ahora como hasta dos y con tres frutas, así... tengo que hacerlo para que mi hijo nazca sano y fuerte”* (Comunicación personal, 7 de octubre de 2024).

Al respecto, Amaya (2018) refiere que las gestantes realmente creen que deben comer por dos, sin conciliar el verdadero significado de la frase, lo cual trae consecuencias para la salud. Conversando con los especialistas del Centro de Salud de Quinua sobre esta creencia, sostuvieron que las gestantes bajo esta creencia solo ven la cantidad y no la calidad, en el caso de la Informante 6 es posible razón por el cual en su historia clínica figura que presenta obesidad. Ella me comentaba que, en el Centro de Salud de Quinua, le explicaron que la obesidad es mala tanto para su salud como para su bebé, porque el bebé puede también tener exceso peso y no pueda nacer o nacer con bajo peso debido a que el peso de la madre puede aplastarle e incluso morir asfixiado, o tener algunos problemas de salud a futuro.

- 4) Mujeres como la Informante 3, Informante 5 e Informante 18 prefieren consumir alimentos naturales. Esta preferencia no solo se debe a la percepción de que los alimentos naturales son más saludables, sino que también refleja una fuerte conexión cultural con prácticas alimentarias tradicionales, como la agricultura familiar en chacras. Esta conexión promueve una dieta más estable y saludable, lo que beneficia en el desarrollo fetal porque las tres mujeres mencionadas sostienen que sus

embarazos están yendo bien tanto su peso como el desarrollo de su bebé. Aunque en un inicio la Informante 18 tenía anemia, pero se recuperó con la dieta recomendada por la obstetra y nutricionista del Centro de Salud de Quinua.

- 5) Consideran creer en alimentos que pueden hacer beneficioso al bebé como el de ser más inteligentes, creencia que coincide con la investigación de Salinas & Miñano (2021), aunque muchas veces son influenciadas por sus madres. Por ejemplo, la Informante 7 dice que *“Trataba de comer chilcano y pescado porque mi mamá dice que hace más inteligentes a los niños”* (Comunicación personal, 5 de octubre de 2024).

Creencia alimentaria que está relacionada con el desarrollo intelectual del niño, desde el vientre, más que con la evolución del peso materno. Yendo a más interno de su situación, ya que su caso como se observa en la Tabla 9 (p. 108), hasta el segundo mes de gestación tenía bajo peso, problema que si no hubiera podido superar habría sido perjudicial para ella ya que tenía riesgo de largo periodo intergenésico. Ella comentó que por ese riesgo fue referenciada al Hospital Regional de Ayacucho y allí los especialistas le sugirieron una dieta, la cual cumplió al pie de la letra y está con el peso adecuado para su tiempo de estado y que el desarrollo de su bebé está yendo bien.

En contraste a ello, se encontraron creencias de alimentos considerados “prohibidos” durante su embarazo, ya que afecta directamente a su bebé. Por ejemplo: si toman mucha gaseosa durante el embarazo puede que su bebé al nacer tenga muchos gases y también sufrirían de dolores de estómago; si comen muchas comidas grasosas, embutidos o mucho pan sus bebés nacerán “gorditos”, se escuchó más de gestantes con bajos recursos, ya que no pueden comprar algunos embutidos o satisfacer algún gusto de comida “grasosa” o “chatarra” (como algunas llaman), es decir tiene que ver factor económico; los mates de hierbas amargas pueden producir abortos, en caso de no abortar con problemas de salud como del estómago o corazón, entre otros. O sino,

simplemente evitan alimentos por preferencia, por factores fisiológicos propios del embarazo o por la economía limitada como los alimentos con contenido de hierro y alimentos de origen animal, que se debería de consumir dado el estado en que se encuentran, por lo que fueron diagnosticadas con bajo peso.

- 6) También se encontró que las creencias religiosas moldean la alimentación de las mujeres gestantes, como el de evitar comer alimentos con alto contenido de hierro como la sangrecita y morcilla, basándose en libros sagrados. Las mujeres que siguen esta creencia tienen bajo peso, fueron diagnosticadas con anemia o desnutrición que en parte afectan al desarrollo de su bebé (tema que se tocará a partir de la segunda sección titulada “Influencia de las creencias religiosas en los patrones alimentarios de las mujeres gestantes en el centro poblado de Quinua y su impacto en el desarrollo del embarazo”, p. 139).

Por otro lado, las condiciones socioeconómicas también juegan un papel crucial en la dieta de las mujeres embarazadas, porque al enfrentar restricciones económicas que limitan su acceso a alimentos, pueden presentar deficiencias nutricionales. Esto conlleva al bajo peso gestacional, y por consiguiente a complicaciones en el embarazo y en el desarrollo fetal. Como señala Farmer (2003), estas limitaciones se deben de entender dentro del marco de la violencia estructural, la cual se refiere a las desigualdades sociales y económicas limitan las oportunidades de vida y salud de las personas más vulnerables.

Por tal motivo ha sido necesario hacerles una pregunta para complementar este apartado la cual fue: ¿Considera que su situación económica le permite acceder a una alimentación saludable durante el embarazo? Las cuales, de las veinte gestantes que participaron en el estudio, doce mujeres respondieron que durante su gestación pudieron acceder a una alimentación saludable, seis mujeres no pudieron acceder a una alimentación saludable, mientras que dos mujeres trataron de acceder a una alimentación saludable.

Las doce mujeres que respondieron que podían acceder a una alimentación saludable, fueron quienes contaban con capacidad adquisitiva alimentaria,

mayormente representado por las mujeres que pertenecían al nivel socioeconómico alto, medio y algunas de bajo que hacen el esfuerzo. Pero de los casos de las mujeres que pertenecían al nivel socioeconómico medio y alto, el estudio de López et al. (2012), evidencia que por más que las gestantes tenían acceso a alimentos (seguridad alimentaria) no garantizaba que estuvieran comiendo lo suficiente o de manera nutritiva.

En este sentido, la accesibilidad adquisitiva no garantiza el uso adecuado del alimento, lo cual ha sido identificado por la antropología de la alimentación que la disponibilidad de los alimentos no solo es seleccionada por los aportes nutricionales que otorguen al organismo, sino que es por la cultura (Contreras & Gracia, 2005). Tal es el caso de las mujeres con subsistencia agrícola, ya que su dieta está basada principalmente en lo que cosechan de su chacra, además presentaron una economía familiar estable para comprar otros productos alimenticios que no tienen a su alcance, lo que les hace tener una alimentación variada y diversificada, como la Informante 18 mencionó: *“Sí (tengo acceso a una alimentación adecuada), de la chacra de mi esposo cosechamos papa y maíz y el resto de lo que necesitamos bajamos a Huamanga a comprar, ya para la semana o mes”* (Comunicación personal, 6 de diciembre de 2024). Este tipo de dieta puede ser rica en algunos nutrientes ya que a los productos básicos que obtiene de su cosecha lo complementa con alimentos como huevo, carne y pescado, lo que a simple vista podría contribuir a un buen peso materno y desarrollo del bebé. Sin embargo, aún es insuficiente para garantizar una nutrición completa dado que carece de variedad en algunos nutrientes como vitaminas y minerales. Como sostiene la FAO (2017), aunque los productos agrícolas aportan beneficios, sin diversidad alimentaria podría haber más prevalencia de carencias de micronutrientes, hasta existe riesgo de desnutrición y anemia.

También está el caso de las mujeres que consideran tener condición económica para una alimentación saludable pero los malestares del embarazo afectarían en la evolución del peso materno y desarrollo fetal. La Informante 19 dice *“Sí, pero no comía porque durante mi embarazo olía algo y me daba náuseas, a veces vomitaba”* (Comunicación personal, 4 de diciembre de 2024), aquí nos muestra que el impacto de los malestares del embarazo, combinado con una alimentación insuficiente, puede

contribuir a un aumento insuficiente de peso materno, lo que a su vez podría llevar a complicaciones como bajo peso al nacer y retrasos en el desarrollo fetal.

En contraste, hay mujeres embarazadas que tienen una situación económica vulnerable, en este estudio fueron ocho (aquí se encontraron las seis mujeres que no pudieron acceder a una alimentación saludable y las dos mujeres que mencionaron que trataron de acceder a una alimentación adecuada). De este grupo, se encontró que solo algunas dependen de programas de apoyo social como el Programa Nacional de Apoyo a los Más Pobres – JUNTOS o el Programa Nacional Vaso de Leche (PVL), este último les proporcionan productos básicos como kiwicha con quinua y tarros de leche, como menciona la Informante 5: *“...también me ayuda lo que me da el Programa Juntos, antes de entrar al Programa Juntos estaba en PVL, ahí me daban kiwicha con quinua y leche Gloria y con eso hacia mi desayuno”* (Comunicación personal, 5 de octubre de 2024). Estos alimentos proporcionados suelen ser limitados en variedad y no incluyen suficientes proteínas, vitaminas y minerales esenciales para el desarrollo fetal.

En este sentido, Scheper (1992) plantea que las madres en condiciones de pobreza suelen priorizar la subsistencia básica del grupo familiar sobre su propio bienestar nutricional, lo que denomina una economía moral de la maternidad. En esta misma línea, como sostienen Hernán & Lechtig (1980), la malnutrición materna durante el embarazo puede ser una carga social y económica lo bastante pesada que constituyen un importante problema de salud pública y un grave obstáculo para el desarrollo en muchos países de América Latina. Esta situación más se visualiza en mujeres gestantes solteras con hijos y que los padres de sus hijos no le pasan mantención para los niños, ellas tienen que solventar todos los gastos familiares. En esos casos no solo se representa la privación nutricional, sino que también genera emociones asociadas al hambre como la ansiedad, tristeza y frustración (Pérez & Jaimes, 2014).

Si bien los programas sociales ofrecen un alivio no siempre cubren las necesidades nutricionales completas para el embarazo. Por ejemplo, la Informante 9 mencionaba: *“Más o menos (me alcanza para una alimentación saludable), porque también tengo otros gastos. En parte me ayuda lo del Programa Juntos”*

(Comunicación personal, 2 de octubre de 2024). Esto refleja que la limitación en los ingresos familiares puede priorizar otros gastos por encima de la alimentación materna, afectando la capacidad de garantizar una adecuada nutrición durante el embarazo.

Similar situación pasan las mujeres que enfrentan mayores restricciones económicas, ellas mencionaban que no pueden permitirse el consumo de alimentos ricos en proteínas como carne, pollo o pescado porque costearlo afectaría a las otras necesidades que tienen en sus hogares. Si bien el personal de salud y las normas técnicas sostienen que el consumo de estos alimentos es fundamental para un embarazo saludable, su ausencia incrementa el riesgo de complicaciones durante la gestación. Por ejemplo, Informante 11 representa claramente este grupo de mujeres con limitaciones económicas, al señalar: “*No (puedo acceder a una alimentación adecuada), soy madre soltera, tengo muchos gastos y en ocasiones no me alcanza, por eso no compro pollo, carne o pescado para cocinar...*” (Comunicación personal, 5 de octubre de 2024). Este testimonio evidencia que la carga económica del hogar recae principalmente en la gestante, obligándola a priorizar otros gastos por encima de su propia alimentación, afectando tanto en la cantidad como en la calidad y haciendo que la falta de alimentos de origen animal repercute directamente en el peso de la mujer y en el desarrollo de su bebé. Como han demostrado estudios en salud materna, la desnutrición proteico-energética en el embarazo está fuertemente asociada con bajo peso neonatal, así como con alteraciones en el desarrollo neurológico infantil u otros problemas de salud (Martínez et al., 2020).

Estos hallazgos muestran que la mayoría de las gestantes estaban condicionadas por los factores económicos para adquirir sus alimentos, aunque también por factores culturales y fisiológicos. Algunas mujeres con mayores ingresos contaban con una mejor accesibilidad, pero esto no garantizaba que tuvieran una alimentación adecuada. Por su parte, las gestantes con menores recursos consumían los alimentos que podían, limitadas por su situación económica. En ambos, se observaron situaciones de inseguridad alimentaria que afectaron en el peso gestacional. Esta evidencia coincide con el de Martínez et al. (2022), quienes documentaron que la mayoría de los hogares de las gestantes colombianas presentaban algún grado de inseguridad alimentaria, asociada a dietas pobres en diversidad y

calidad, lo que incrementaba la anemia y otros trastornos nutricionales que afectan el embarazo y el desarrollo fetal.

Una vez desarrollado cómo es la influencia de los factores culturales y económicos en la evolución del peso de las mujeres gestantes y el desarrollo del feto, se presenta el análisis del peso gestacional de las veinte mujeres quinuinas, permitiendo identificar diferencias entre quienes presentaron bajo peso, obesidad o peso adecuado, así como las implicancias de estas condiciones en el desarrollo fetal. Esto basado en la información recogida durante el trabajo de campo y corroborados con las historias clínicas.

En cuanto a la evolución del peso materno, once mujeres fueron diagnosticadas con bajo peso. Esta condición parece relacionarse principalmente con los factores socioeconómicos de las gestantes. Las mujeres con ingresos bajos presentaron un acceso limitado a alimentos variados y nutritivos. En cambio, en las mujeres con ingresos medios y altos el bajo peso estuvo asociado a los malestares fisiológicos propios del embarazo, como náuseas o vómitos, que dificultan una alimentación adecuada. Las creencias sobre los alimentos durante la gestación también influyeron en los hábitos alimentarios de todas las participantes. Es importante mencionar que, de estas once mujeres tres lograron mejorar ya que siguieron las indicaciones médicas y la dieta propuesta por la nutricionista, con el objetivo de proteger la salud de sus bebés.

La obstetra del Centro de Salud de Quinua indicó, según su experiencia profesional, que uno de los problemas para que las mujeres tengan bajo peso y con ello anemia es porque el agua que consumen no es debidamente clorada llevando a otros problemas de salud como la tifoidea y enfermedad diarreica aguda (EDA).

Por otro lado, dos mujeres presentaron obesidad. Según las entrevistas y la observación, esta condición se relaciona con las prácticas culturales (antojos) y la economía que facilitan el consumo frecuente de alimentos altos en grasas y calorías durante el embarazo.

Finalmente, siete mujeres mantuvieron un peso adecuado. En este grupo, algunas contaban con mayores recursos para acceder una alimentación saludable,

mientras que otras, con recursos limitados, priorizan el bienestar de su bebé y se esforzaron por seguir las recomendaciones alimentarias del personal de salud.

Este problema no solo queda ahí, sino que impacta directamente en el desarrollo fetal de sus hijos. En ese sentido, se identificó que doce de los fetos se vieron afectados por problemas de salud materna, los cuales fueron corroborados con las historias clínicas de sus madres. De los doce, dos bebés reportaron riesgo de morir debido a problemas maternos como el bajo peso, la anemia, la desnutrición, la preeclampsia y la edad materna. Cinco bebés presentaron riesgo de nacer con bajo peso, asociados al bajo peso o a la obesidad de sus madres. Asimismo, tres bebés no presentaron problemas evidentes, pero, el bajo peso materno en los primeros meses de gestación podría haber influido en su desarrollo temprano. Finalmente, se registró que dos bebés nacieron con bajo peso y con problemas cardíacos y pulmonares, situación que el personal de salud asocia al bajo peso, la anemia materna y al desprendimiento de placenta prematuro.

Por otro lado, ocho fetos no presentaron problemas de salud durante el seguimiento. En diciembre de 2024 se recogió información de que dos bebés nacieron con el peso adecuado y sin ninguna complicación.

Estos datos evidencian que las creencias/prácticas culturales, las condiciones económicas, el cuidado y la alimentación de las gestantes determinan su salud y de sus bebés.

En resumen, la evolución del peso materno y el desarrollo fetal están influenciados por las creencias culturales y las condiciones económicas de cada mujer. Es decir, las prácticas alimentarias y las decisiones tomadas durante el embarazo no solo son el reflejo de necesidades biológicas, sino que están fuertemente mediadas por las normas sociales en relación a la alimentación, las tradiciones familiares y la economía. La interacción entre estos factores puede explicar las alteraciones en el desarrollo fetal y en la salud materna observadas en las distintas mujeres. Es relevante destacar que el estudio presenta datos preocupantes: trece mujeres presentan problemas con su peso durante su embarazo, tienen bajo peso (11 gestantes) u obesidad (2 gestantes); y doce de los fetos experimentan un desarrollo fetal inadecuado como nacer con bajo peso u otros problemas de salud debido a los problemas de salud de la

madre, todo ello perjudica la salud futura de los niños. Por esta razón, es importante comprender estas problemáticas para mejorar las intervenciones en salud materno-fetal y promover políticas que integren tanto los aspectos culturales como los económicos en la atención gestacional. Como señala Fernández (2021), a las gestantes “Es primordial proporcionar(les) información nutricional y fomentar(les) la alimentación saludable... así como tener en cuenta los factores socioculturales ya que se observa una asociación con la calidad de la dieta y los patrones alimentarios” (p. 278).

4.2 Influencia de las creencias religiosas en la cultura alimentaria de las mujeres gestantes y su impacto en el desarrollo del embarazo

En la sección anterior se abordó la forma de cómo los ingresos económicos, siendo más específica, las condiciones económicas y el nivel socioeconómico determinan el acceso a alimentos, la calidad de la dieta y las decisiones nutricionales de las gestantes y el impacto que estos tienen en la salud materno-fetal. En esta sección, el análisis se centró en la influencia de las creencias religiosas en la cultura alimentaria de las mujeres gestantes y cómo estas prácticas afectan el desarrollo del embarazo. Es decir, las decisiones alimentarias no estuvieron condicionadas únicamente por factores materiales/económicos ni por lo que su medio les proporcionaba, como sostiene Harris (1999), ya que las creencias religiosas también desempeñan un rol fundamental en la configuración de los hábitos alimentarios durante la gestación. Al respecto, Douglas (1991) señala que el espectro de alimentos que conforman la dieta es el resultado de una decisión arbitraria, estrictamente cultural, y que, al relacionarse con la religión se establece la pureza y la impureza de determinados alimentos considerándolos aceptables o prohibidos por las gestantes.

La religión profesada influye en la selección de alimentos permitidos o prohibidos como en la interpretación moral del acto de alimentarse. En este marco, se exploró la filiación religiosa, prácticas religiosas y su influencia en las prácticas alimentarias durante el embarazo; posteriormente, se analizaron las fuentes de información sobre la alimentación gestacional, observando cómo se articulan o contradicen las recomendaciones médicas con los consejos provenientes de líderes religiosos; asimismo, se examinaron los conflictos entre las indicaciones médicas y las prácticas religiosas, que puede generar tensiones en la toma de decisiones alimentarias;

finalmente, se evaluó el impacto de estas prácticas religiosas en la ganancia de peso materno y en el desarrollo fetal.

4.2.1 Filiación religiosa, prácticas religiosas y su influencia en los hábitos alimentarios durante el embarazo

En el centro poblado de Quinoa, la filiación religiosa es influyente en los hábitos alimentarios durante el embarazo ya que cada fe tiene sus propias normas y tradiciones para la selección y consumo de alimentos. Tal como sostiene Parejo (2018), la religión influye y condiciona notablemente la cultura alimenticia de las personas creyentes. Complementariamente, Vela & Ballesteros (2011) plantean que el hecho religioso ha marcado el hecho cultural y por este motivo es importante observar cómo las diferentes religiones establecen directrices y recomendaciones en relación a qué está permitido y qué está prohibido, en términos espirituales, en cuanto al consumo. En la misma línea, Fischler (1995) señala que, en todas las sociedades, la elección de los alimentos y los comportamientos de los comensales están sometidos a normas médicas, religiosas, éticas y, en esa medida, son sancionadas por juicios morales o de valor.

A continuación, se describe la filiación religiosa de las mujeres gestantes, con la que ellas se identifican.

Doce gestantes pertenecieron a la religión católica, que está representado por la Iglesia San Pedro de Quinoa (véase Figura 17). Por otro lado, siete pertenecieron a la religión evangélica, con varias iglesias como la Iglesia Evangélica Pentecostal del Perú región Ayacucho Vetania Quinoa (véase Figura 18) y la Iglesia Evangélica Pentecostal Puca Rumi Quinoa – Región Ayacucho – Belén (véase Figura 19). Finalmente, una gestante señaló no identificarse con ninguna de las dos religiones mencionadas, pero declara creer en Dios, por lo que se considerará según su propia declaración “no soy católica ni evangélica”.

Figura 12*Iglesia San Pedro de Quinua*

Nota. La figura muestra la fachada principal de la Iglesia San Pedro de Quinua, un referente religioso católico central en la comunidad. Este espacio no solo cumple una función espiritual, sino que también influye en las normas culturales y alimentarias que guían a las gestantes durante el embarazo. Fotografía tomada por Cyntia Huaman, 2024.

Figura 13*Iglesia Evangélica Vetania - Quinua*

Nota. La figura muestra la fachada de la Iglesia Evangélica Pentecostal del Perú – Vetania, ubicada en el centro poblado de Quinua, específicamente en el anexo de Lorenzayocc. Esta iglesia constituye una de las diversas congregaciones evangélicas

presentes en la localidad y forma parte del entramado religioso que configura prácticas, normas y valores en la vida cotidiana de sus feligreses, incluidas las prácticas alimentarias durante el embarazo. Fotografía tomada por Cyntia Huaman, 2024.

Figura 14

Iglesia Pentecostal Puca Rumi - Quinua



Nota. La figura muestra la fachada de la Iglesia Evangélica Pentecostal Puca Rumi, ubicada en el anexo del mismo nombre del centro poblado de Quinua. Este espacio religioso constituye otra de las expresiones del campo evangélico local y evidencia la diversidad de congregaciones presentes en la comunidad, las cuales participan en la configuración de prácticas, normas y valores que orientan la vida cotidiana de sus feligreses. Fotografía tomada por Cyntia Huaman, 2024.

La heterogeneidad religiosa que existe en el centro poblado de Quinua refleja de manera compleja las prácticas alimentarias, mostrando una interacción constante de tres elementos: 1) las tradiciones religiosas influyen en la selección de los alimentos asimismo en el consumo o en la forma de prepararlos; 2) las influencias modernas, ya que las personas adaptan sus creencias a nuevos contextos; y 3) las creencias individuales se refieren a cómo cada persona interpreta y vive su fe de manera individual.

De acuerdo con Eckstein (1980), en una religión, los alimentos pueden contribuir a tres finalidades: 1) comunicarse con Dios; 2) demostrar fe mediante la aceptación de las directrices divinas concernientes a la dieta; y 3) desarrollar una

disciplina mediante el ayuno. Lo que da como resultado una variación en los alimentos permitidos, las restricciones dietéticas, los tabúes alimentarios y la forma en que se conciben las prácticas alimentarias durante la gestación.

A partir de esto, se exploró sobre la manera en que sus creencias o prácticas religiosas influyen en sus hábitos alimentarios durante la gestación, las respuestas obtenidas se sistematizaron en la Tabla 11 donde se evidencian dichas influencias, así como los alimentos prohibidos o evitados y las razones asociadas a dichas decisiones ya sea por tradiciones o normas religiosas, salud o preferencias individuales.

Tabla 11

Influencia en los hábitos alimentarios según las creencias o prácticas religiosas

Participante	Creencias o prácticas religiosas	Influencia en los hábitos alimentarios	Alimentos prohibidos o evitados	Razón
Informante 1	Católica	Su religión no influye en su alimentación.	Ajo, trucha.	No ha escuchado restricciones religiosas, pero evita el ajo y la trucha debido a las náuseas que le provoca.
Informante 2	Católica	Durante la Semana Santa ayuna y no come carne los días jueves, viernes y sábado santos.	Carne durante la Semana Santa (Cuaresma)	Considera pecado comer carne esos días, relacionado con el sacrificio de Jesús.
Informante 3	Católica	No come sangre porque el olor le da náuseas.	La sangrecita.	El olor le da náuseas.
Informante 4	Católica	No influye en su alimentación	Cerveza	No menciona influencia religiosa. Evita la cerveza en fiestas porque cree que tendrá efectos negativos en su bebé.

Informante 5	Católica	No influye	Bebidas alcohólicas y comidas "chatarras"	No menciona influencia religiosa en su alimentación, pero tiene la creencia de que algunos alimentos son "dañinos" durante su embarazo porque puede afectar a su bebé.
Informante 6	Católica	No influye, trata de comer variado.	Ninguno	No menciona influencia religiosa
Informante 7	Católica	No influye en la alimentación.	Ninguno	No menciona influencia religiosa
Informante 8	Evangélica	No influye	Alimentos a base de sangre, carne y bebidas alcohólicas.	Menciona que no tiene influencia religiosa. Sin embargo, no come alimentos ricos en hierro y proteína, además ayuna.
Informante 9	Evangélica	No come alimentos con sangre porque lo considera pecado según la Biblia, también menciona la oración con su pastor.	Alimentos con sangre	Considerado pecado según la Biblia.
Informante 10	Evangélica	No influye en la alimentación, pero ora por su bebé en la iglesia.	Carne, pollo, yuyo, sangrecita, hígado.	Menciona que el ser evangélica no influye en su alimentación, pero evita alimentos y lo considera normal. Agrega que pide por la salud de su bebé en su iglesia.
Informante 11	Cree en Dios, pero no se identifica con ninguna religión.	No influye, cocina con lo que tiene disponible.	Rara vez carne o pescado	Poca disponibilidad de recursos económicos para carne o pescado

Informante 12	Evangélica	No influye directamente, pero le han advertido que no comer sangre puede causar desnutrición.	Alimentos a base de sangre como la sangrecita y la morcilla, también las bebidas alcohólicas.	Evita alimentos por considerarse perjudicial para la salud, de acuerdo con los preceptos de su religión.
Informante 13	Católica	No influye, come de todo	Ninguno	No menciona influencia religiosa
Informante 14	Evangélica	No afecta la alimentación ni la salud	Alimentos que contengan sangre y cuy.	Cree que su religión no influye en su alimentación.
Informante 15	Evangélica	Evita alimentos con sangre, ya que según la Biblia son impuros.	Alimentos con sangre	Evita alimentos por considerarlos "impuros" según la Biblia.
Informante 16	Católica	No cree que influya.	Ninguno	No menciona influencia religiosa. Evita la cerveza en fiestas porque cree que tendrá efectos negativos en su bebé.
Informante 17	Católica	No influye en la alimentación ni durante el embarazo.	Cerveza, gaseosas, ají, limón, mates de hierbas como ajeno, ruda y yawarsuqu.	No menciona influencia religiosa, pero si cree que hay alimentos que pueden dañar a su bebé por lo que los evita.
Informante 18	Católica	No influye en la alimentación.	Ninguno	No menciona influencia religiosa
Informante 19	Evangélica	Evita comer alimentos preparados con sangre porque considera que es un pecado según la Biblia.	Alimentos con sangre	Considera pecado según la Biblia, habla del Libro Levíticos 19:26.
Informante 20	Católica	No influye en los alimentos, pero reza antes de comer.	Ninguno	Reza antes de comer, agradece a Dios por los alimentos

Nota. Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas en el 2024.

Como se observa en la Tabla 11, la religión no se expresa solo en actos formales de culto, sino que ya es parte de la vida cotidiana y de la cultura alimentaria. La relación entre alimentación y religión se convierte en un acto cargado de significados simbólicos, sociales, espirituales y hasta económico en cada una de las mujeres embarazadas. Tal como sostiene Durkheim (1968), las prácticas religiosas están profundamente entrelazadas con la vida social y cultural dando sentido y estructura a las experiencias cotidianas.

En el contexto del catolicismo, integrado en la historia local desde la época colonial, las prácticas religiosas se expresan a través de rituales significativos, aunque parezcan simples. Durante la gestación, estas prácticas se intensifican o modifican, como el acto de persignarse y realizar oraciones antes y después de las comidas, al respecto la Informante 20 mencionó “(Mi religión) *no influye en lo que qué debería de comer o no debería de comer. Pero antes de comer si rezo, agradeciendo a Dios por los alimentos en la mesa*” (Comunicación personal, 3 de octubre de 2024), se entiende que esta práctica de rezar no es un simple ritual repetitivo ya que representa una acción de gratitud a Dios por el plato de comida que tienen en su mesa y que nutre a la madre y al bebé, lo que se muestra en un reconocimiento de dependencia divina en tal etapa de sus vidas. Esta acción cotidiana puede analizarse como una forma de “ritual alimentario” como sostiene Bell (1997) que los rituales no solo ordenan la conducta, ya que también configuran el significado de las experiencias diarias, otorgando seguridad, continuidad y sentido. A la vez esta práctica religiosa también se convierte en una forma de protección espiritual tanto para ellas como para sus bebés, como el caso de la Informante 1, a quien la obstetra le dijo que tenía riesgo de alguna complicación durante el parto por ser joven, y desde que le dijeron eso en el Centro de Salud oraba pidiendo que ella y su bebé estén bien y que al dar a luz todo salga bien.

También, varias mujeres, como la Informante 20, mencionaban que su religión no influye en su alimentación cotidiana evidenciando así una flexibilidad de las normas alimentarias dentro del catolicismo, sin embargo, la Informante 2 comentó:

Mi mamá, desde cuando yo era niña, me enseñó que durante la Semana, el Miércoles de Ceniza, el Jueves Santo, el Viernes Santo y el Sábado Santo, no debemos comer carne. Ella decía que en caso que comiéramos durante esos

días donde recordamos la muerte de ‘Diosito’ era como si estuviéramos comiendo el cuerpo y eso era considerado pecado... Hasta ahora sigo haciendo eso con mi familia, incluso estando embarazada. (Comunicación personal, 3 de octubre de 2024)

Siguiendo este testimonio, la obligación de abstenerse a determinados alimentos y de ayunar en el Miércoles de Ceniza y el Viernes Santo, está estipulado en los artículos 1249 al 1253 del (*Código de derecho canónico*, 1983). Esta tradición católica de evitar comer carne, restricción alimentaria, durante la Semana Santa – tiempo de Cuaresma, no solo muestra una disciplina religiosa, sino que es un acto simbólico de sacrificio y conexión espiritual durante el embarazo, pero también se observa una continuidad religiosa a las siguientes generaciones como el caso de la Informante 2, en ella su madre influyó para que continúe con tal tradición. Esto refuerza lo planteado por Douglas (1991), quien explica que las restricciones alimentarias refuerzan la estructura moral y social de las personas, ayudando a mantener un sentido de orden y disciplina.

Otro ejemplo que tenga que ver con la alimentación es lo que se recogió, durante la convivencia con las mujeres estudiadas (el trabajo de campo), de la Informante 5 que le decía a su hijo: “*No botes el pan al suelo porque eso es la cara de Dios*”. Aquí, se muestra claramente la importancia de evitar el desperdicio, revelando la sacralización del alimento dentro de la religión católica. Según Garine (1995), la comida puede ser un símbolo profundo de valores como el respeto, gratitud y poder. En sus palabras, “la comida es sagrada, está cargada de poder, y hay que manipularla con mucho cuidado” (p. 147).

Asimismo, se observó la fe de las gestantes en la Iglesia porque van a rezar por su salud y el bienestar de sus hijos y en el ritual de la eucarística muy fielmente y con devoción reciben la ostia.

A partir de estas prácticas, las mujeres embarazadas no solo buscan transmitir la fe católica a sus hijos desde la infancia, sino también fortalecer su espiritualidad personal durante la gestación, vinculando la alimentación con la protección divina. En esta misma línea, Casanova (2000) señala que la religión ha retornado al espacio

público no solo como institución, sino como experiencia vivida que estructura la vida cotidiana, como se observa también en las prácticas alimentarias.

En ese sentido, estas expresiones religiosas forman parte de un proceso histórico más amplio iniciado durante la colonización. En los Andes, la incorporación del catolicismo no se dio como una ruptura, sino a través de un proceso de adaptación de normas y símbolos a las dinámicas locales, lo que permitió que ciertas prácticas religiosas se mantuvieran y se resignificaran en la vida cotidiana. De este modo, hasta la actualidad continúan organizando comportamientos vinculados a la alimentación, el cuerpo y la moral (Spedding, 2008).

Sin embargo, estas normas religiosas no se practican hoy con la misma rigidez que en generaciones anteriores. Durante el trabajo de campo se pudo observar que, sobre todo entre las mujeres más jóvenes, muchas de estas prescripciones ya no se cumplen de manera estricta. Varias gestantes comentaban que “antes sí era más obligatorio”, pero que ahora, debido a las recomendaciones del personal de salud y a las experiencias de otras mujeres del entorno, algunas prácticas se han ido dejando o adaptando. Este proceso da cuenta de cambios en la forma en que se vive la religión, donde las creencias conviven, y a veces entran en tensión, con los discursos biomédicos y las preocupaciones por el bienestar durante el embarazo.

Mientras que, el evangelismo, aunque de llegada más reciente al centro poblado de Quinua, ha introducido nuevas perspectivas en la relación entre la espiritualidad y la alimentación. Lo más relacionado con esta creencia religiosa son el tabú de ciertos alimentos, basándose en interpretaciones bíblicas de libros como Deuteronomio (14: 4-21), Levítico (11, 17:10-14 y 19: 26) y Romanos (14:21). Como mencionó la Informante 19 *“No como alimentos que sean preparados con sangre. Porque la sangre es vida y comer es un pecado, así está en la Biblia, en Levítico 19:26”* (Comunicación personal, 4 de diciembre de 2024), sigue de cerca las enseñanzas bíblicas que prohíben el consumo de sangre ya que lo considera como un símbolo sagrado y vital, mostrando así una actitud estricta hacia las normas religiosas evangélicas. Práctica que responde a la categoría de pureza e impureza analizado por Douglas (1991), la cual excluye alimentos por razones morales y espirituales, y no solo sanitarias o de higiene.

Sin embargo, la aplicación de estos tabúes puede variar según la denominación evangélica o la interpretación individual, a lo que me refiero es que algunas iglesias evangélicas solo evitan comer alimentos a base de sangre como la Iglesia Evangélica Vetania de Quinua, otros también prohíben comer carne de chanco y sangre como la Iglesia Evangélica Pentecostal Puca Rumi Quinua – Región Ayacucho – Belén. Esto refleja una pluralidad interna dentro del evangelismo, algo que Casanova (2000) considera como parte del proceso de desinstitucionalización de la religión donde las prácticas varían según el grupo y el contexto.

Durante la gestación, algunas mujeres evangélicas pueden aplicar estas restricciones y tabúes como parte de su vida espiritual, eligiendo alimentos que consideran “puros” o “sagrados” y saludables para ellas y sus bebés. Pero, en la (Guía Técnica de Consejería Nutricional, Aguilar, 2016) está estipulado que para una correcta alimentación durante el embarazo las mujeres deben de comer variado. Sin embargo, desde el enfoque biomédico, estas prácticas religiosas pueden considerarse riesgosas para la salud materno-fetal, ya que el embarazo aumenta requerimientos de nutrientes esenciales, especialmente de hierro y ácido fólico, presentes principalmente en alimentos de origen animal. Como se señala en la guía:

Durante el embarazo y el puerperio la mujer requiere el hierro para el desarrollo del feto, la placenta, la síntesis de eritrocitos adicionales y reponer las pérdidas del parto, evitar niñas y niños con bajo peso al nacer; asimismo, para prevenir la anemia que está asociada con el parto prematuro, bajo peso al nacer, aumento de riesgo en la mortalidad materna y alteraciones en la conducta de los hijos. Además, es probable que las escasas reservas maternas durante el embarazo afecten las reservas de hierro del recién nacido... En la gestación es muy importante el ácido fólico, esta vitamina es necesaria para la producción del ADN, sin las cantidades adecuadas de ácido fólico la capacidad de división de las células podría verse afectada y posiblemente provocar un crecimiento pobre del feto o de la placenta. Asimismo, su deficiencia también está asociada con otras malformaciones congénitas y con parto prematuro. (Guía Técnica de Consejería Nutricional, Aguilar, 2016, pp. 22-23)

No obstante, para las propias mujeres, dichas prácticas no son percibidas como una amenaza, sino como actos de fe orientados a la protección espiritual de la madre y del bebé. En algunos casos, se observó que las gestantes buscan compensar los tabúes alimentarios mediante el consumo de otros alimentos disponibles, como menestras, huevos o productos agrícolas locales, lo que refleja decisiones alimentarias adaptadas a sus posibilidades culturales y económicas. Un pastor de una iglesia evangélica en la que se permite el consumo de carne señaló que las mujeres gestantes podrían sustituir algunos alimentos esenciales por hígado de pollo (Comunicación personal, pastor de la Iglesia Evangélica Vetania – Quinua, 24 de diciembre de 2024). Sin embargo, muchas no lo consumen, ya que su olor les provoca náuseas.

También es común de la religión evangélica realizar ayunos, por lo cual se presenta en la Tabla 12 las respuestas de las mujeres gestantes en relación con la práctica del ayuno durante su gestación, e incluyendo si tuvo algún efecto en su salud.

Tabla 12

Ayuno durante la gestación y sus efectos en las mujeres evangélicas

Participante	Ayuno durante la gestación	Efectos durante su embarazo
Informante 8	Sí, ayuna principalmente los domingos	Afectó a su embarazo porque llegó a tener anemia moderada, debido a que ayunaba y no consumía alimentos ricos en hierro y proteínas.
Informante 9	Sí, ha ayunado hasta dos días	En el Centro de Salud le dijeron que está en riesgo de aborto, le contó a su pastor y le realizó una oración por su mejoría. Por otra parte, el estar ayunando hasta por dos días le llevó a que tenga bajo peso.
Informante 10	Sí, ayuna cuando tiene problemas, máximo 3 días	El no comer alimentos ricos en hierro y proteínas y el ayuno máximo 3 días le llevó a tener anemia.
Informante 12	Sí, ayunó también durante el embarazo	Sí, porque llegó a tener anemia durante su gestación. Además, ella misma dice que sus hijos nacieron con desnutrición y cree que por eso son enfermizos.
Informante 14	Sí, ayunó durante el embarazo por la enfermedad de su esposo.	Ayunó durante tres días. Además, que menciona que tuvo náuseas eso le llevó a tener desnutrición.

Informante 15	Sí, ayuna dependiendo de las circunstancias (hasta una semana)	Considera el ayuno útil para problemas de salud, pero no menciona si afecta su embarazo directamente.
Informante 19	Sí, ayunó durante el embarazo (hasta 4 días)	No menciona efectos negativos, pero se asocia con la práctica religiosa y oración por la salud.

Nota. Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas en el 2024.

De la información del ayuno durante la gestación en las mujeres evangélicas, denota una práctica profundamente ligada a sus creencias religiosas y espirituales; además, podemos encontrar la intersección con la oración en momentos de necesidad. Tal como explicó la Informante 15:

(...) los ayunos dependen del problema que alguien esté pasando, por ejemplo, una de las hermanas puede ayunar para solucionar algún problema ya sea con su esposo o algún familiar; también ayunamos por un hermano que se encuentra enfermo, esto porque a veces la economía no alcanza para comprar tantos medicamentos que nos recetan los doctores, y ayunando podemos curarnos, además que ayunando oramos, así poder curarnos, eso nos dijo el pastor... Podemos ayunar un día o hasta una semana. (Comunicación personal, 2 de octubre de 2024)

En este contexto, la Informante 15 lo ve como un medio eficaz para problemas de salud, sin una preocupación explícita por sus efectos en el embarazo. Sin embargo, testimonios como los de la Informante 8, Informante 9, Informante 10 e Informante 12 afirman que el ayuno puede tener consecuencias negativas como la anemia, desnutrición y bajo peso, sugiriendo que la práctica no siempre se adapta a las necesidades biológicas del embarazo. Como señala Usunáriz (2021), ya en el siglo XVII se advertía sobre los riesgos de que la mujer ayunara, aun en contextos religiosos, priorizando el bienestar del feto.

Por lo que, se constató que las mujeres católicas no practican el ayuno durante el embarazo, aunque en las misas el sacerdote suele hablar sobre esta práctica. Esto se corroboró durante el trabajo de campo, cuando en una conversación con el sacerdote de la Iglesia de Quinua, él mencionó que *“Las gestantes no están obligadas a ayunar tampoco están obligadas a restringirse de algún alimento porque están llevando una vida en su vientre y tienen que alimentarse bien”* (Conversación en la Iglesia, 18 de

noviembre de 2024). Por el contrario, las gestantes evangélicas pueden ayunar varias veces al año, según problemas personales, de salud o necesidades espirituales, con una duración que puede ir desde un día hasta una semana por ocasión. Por ello, no es posible calcular con exactitud cuántas veces ayunan al mes o al año. En conversación sobre este tema, el pastor de la Iglesia Evangélica de Vetania señaló que, en promedio, las mujeres ayunan aproximadamente cinco veces al año (Conversación en una iglesia evangélica, 24 de noviembre de 2024).

Además, se conversó sobre el tema con obstetras del Centro de Salud de Quinua y de la ciudad de Huamanga, quienes coincidieron en que una mujer gestante puede ayunar como máximo un día, ya que períodos más prolongados afectan tanto a la madre como al bebé. Esto se debe a que, aunque el bebé sigue consumiendo los nutrientes de la madre, la privación prolongada de alimentos puede perjudicarla a ella. De hecho, ayunos de tres días o más pueden afectar negativamente en la ganancia de peso materno, aumentar la desnutrición y anemia durante la gestación, como se observa en la Tabla 12.

Pero, para las gestantes evangélicas el ayuno más lo ven como un acto de fe y solución a sus problemas, sin darse cuenta que interfiere con sus requerimientos nutricionales del embarazo, especialmente cuando no se cuenta con la información o los recursos para equilibrarlo adecuadamente con las necesidades nutricionales del embarazo.

Otra práctica de la religión evangélica es la oración cuando tienen problemas que consideran graves. Un ejemplo de esto, es el caso de la Informante 9, a quien en el Centro de Salud de Quinua le dijeron que estaba en riesgo de aborto. Ella le contó a su pastor, quien realizó una oración junto a los demás feligreses (como ellos dicen, “hermanos/as”) para su mejoría y por el bienestar de su bebé. Esto demuestra que las prácticas espirituales-religiosas se relacionan con las respuestas sociales ante las complicaciones de salud.

No obstante, también están presentes, aunque minoritario, las mujeres que no se identifican con ninguna de las religiones (católicas o evangélica) presenta una diversidad de creencias culturas y prácticas alimentarias. Durante la gestación, muchas son influenciadas por sus madres, suegras o vecinas para tomar sus decisiones. Por

ejemplo, evitan alimentos considerados “fríos” creyendo que pueden afectar en el desarrollo del feto, denotando que la alimentación a lo largo de la gestación no solo es un acto privado sino un fenómeno social y culturalmente construido. Muy aparte de eso es que tienen limitaciones de recursos económicos lo que afecta su acceso a ciertos alimentos como carne, pollo o pescado, aquí se encuentra el caso de la Informante 11, como ya se analizó en la sección anterior.

En resumen, las prácticas religiosas, a través de las creencias y rituales, influyen en la cultura alimentaria de las mujeres embarazadas, mostrando una interrelación de religiosidad, cultura, economía y percepciones sociales. Tanto en la religión evangélica como católica las decisiones sobre qué comer y qué evitar no son solo cuestiones de salud, sino de factores religiosos (fe) y cultura. Es decir, mientras que algunas mujeres siguen normas estrictamente relacionadas con la alimentación como el de evitar comidas: sangrecita, morcilla, carnes y la realización de ayunos, que durante el embarazo puede llegar a problemas de salud tales como anemia, desnutrición, bajo peso y malformaciones congénitas, en las mujeres evangélicas; por el contrario, los otros presentan una flexibilidad en la alimentación ya que no es obligatorio que lo cumplan durante el embarazo, las mujeres católicas. O sea, la religión influye en las prácticas alimentarias y de salud, a menudo priorizando la dimensión espiritual sobre la biológica donde las mujeres embarazadas buscan proteger tanto su salud como la del bebé, a través de actos de fe como la oración.

Dado esto, intervenir directamente sobre estas prácticas religiosas podría ir en contra de la fe y de los significados que las gestantes atribuyen a su alimentación, lo que hace que cualquier estrategia de cambio de hábitos deba ser cuidadosamente evaluada. Aunque la (Organización Panamericana de Salud & Organización Mundial de Salud, 2017) señalan que respetar las creencias culturales es clave para lograr intervenciones efectivas en salud. Por otra parte, también la educación nutricional puede ser factible, pero durante el trabajo de campo se observó que muchas gestantes no siguen las recomendaciones médicas, lo que limita la eficacia de estas estrategias, porque no consideran sus prácticas culturales y religiosas. Por ello, se podrían explorar alternativas culturalmente más aceptadas; por ejemplo, la tesis experimental de Avendaño & Damaso (2023) demostró que el consumo de extracto de betarraga y

manzana en gestantes con anemia puede lograr resultados equivalentes al suplemento de hierro y ácido fólico. Esta opción podría tener mejor recepción si se adapta a los gustos y hábitos de las mujeres, aunque su implementación también dependerá de la disponibilidad de los alimentos, sus preferencias y las condiciones fisiológicas propias del embarazo.

4.2.2 Fuentes de información sobre la alimentación durante la gestación y la relación entre recomendaciones médicas y sus resultados en la salud materno-fetal

Una de las decisiones más significativas durante la gestación es la alimentación, la cual puede ser influenciada por diversas fuentes de información, incluidas las recomendaciones médicas y las orientaciones religiosas. Si bien las indicaciones médicas son fundamentales para asegurar la salud materno-fetal, las creencias/prácticas religiosas también tienen un papel igualmente importante, dictando lo que se debe o no se debe comer en base a principios espirituales y culturales (Contreras & Gracia, 2005).

En el apartado anterior, “Filiación religiosa, prácticas religiosas y su influencia en los hábitos alimentarios durante el embarazo”, se evidenció cómo la religión católica y evangélica moldean las prácticas y hábitos alimenticios de las gestantes, influyendo en su salud y la del feto. En ese sentido, resulta pertinente profundizar de dónde o de quiénes obtienen esa información que sustentan sus decisiones alimentarias.

Tal es así que, este análisis también da continuidad a lo desarrollado en la primera sección de esta tesis titulada “Impacto de la cultura alimentaria en el proceso de las mujeres embarazadas según sus niveles de ingresos económicos”, específicamente en el apartado de “Conocimiento y creencias sobre la alimentación saludable en relación con el ingreso familiar”, donde se mencionó brevemente que las mujeres obtienen información sobre la alimentación en sus iglesias, en la cual se indicó que en este apartado se ampliaría el tema.

Por tanto, en el presente apartado se indaga si las mujeres recibieron consejos o recomendaciones de líderes religiosos (sacerdote o pastor) sobre qué debían o no

debían consumir durante este período. Esta información fue clave para comprender la influencia religiosa en sus decisiones alimentarias.

Las respuestas brindadas se sistematizaron en la siguiente Tabla, de manera que haya mejor comprensión:

Tabla 13

Influencia de líderes religiosos en las prácticas alimentarias durante el embarazo según testimonios de gestantes

Participante	¿Recibió consejos/recomendaciones de líderes religiosos sobre qué comer o no durante el embarazo?	¿Cómo los ha aplicado?
Informante 1	No	No aplica
Informante 2	No	No aplica
Informante 3	No	No aplica
Informante 4	No he recibido	No aplica
Informante 5	No	No aplica
Informante 6	No	No aplica
Informante 7	No	No aplica
Informante 8	“Sí, cuando llegué a ser evangélica dejé de comer sangrecita y carne como pocas veces”	Aplicó la recomendación religiosa y dejó de comer sangrecita, y redujo el consumo de carne.
Informante 9	“Durante mi embarazo no, pero desde que llegué a ser evangélica no como, por ejemplo, sangrecita”	Aplicó la recomendación religiosa y dejó de comer sangrecita.
Informante 10	“Sí, cuando me entregué para ser evangélica”	Aplicó la recomendación religiosa, aunque no se especifica qué alimentos dejó de comer.
Informante 11	No	No aplicó consejos religiosos, solo recibió consejos de la doctora, su madre, su hermana y vecinas.

Informante 12	<i>“Sí, de mi pastor. Además, en la Biblia lo dice”</i>	Aplicó las recomendaciones del pastor, aunque no se especifica qué alimentos no debía comer.
Informante 13	<i>No</i>	No aplica
Informante 14	<i>“Sí, cuando llegué a ser evangélica dejé de comer alimentos a base de sangre como la sangrecita, morcilla, ya no tomamos cerveza, en la Biblia lo dice”</i>	Aplicó la recomendación religiosa y dejó de comer alimentos a base de sangre y cerveza.
Informante 15	<i>“Sí, el pastor nos habla. Nos dice que tenemos que alimentarnos porque nuestro cuerpo es como un templo, pero lo que sí no debemos comer es la sangrecita, morcilla porque la sangre es vida. No tomamos alcohol”</i>	Aplicó la recomendación religiosa y dejó de comer sangrecita, morcilla, y evitar el consumo de alcohol.
Informante 16	<i>No</i>	No aplica
Informante 17	<i>No</i>	No aplica
Informante 18	<i>No</i>	No aplica
Informante 19	<i>“Sí, podemos comer de todo menos sangre ni algunas carnes, en la Biblia está. (me mencionó los libros bíblicos: Deuteronomio y Levítico)”</i>	Aplicó la recomendación religiosa de no comer sangre ni algunas carnes.
Informante 20	<i>“No, solo seguí consejos de la doctora y de mi mamá”</i>	No aplicó recomendaciones religiosas, solo las médicas y de la madre.

Nota. Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas en el 2024.

Según la Tabla 13, siete afirmaron haber recibido recomendaciones alimentarias por parte de sus líderes religiosos, todas ellas pertenecientes a iglesias evangélicas. Las orientaciones estuvieron enfocadas principalmente en evitar el consumo de sangre (sangrecita y morcilla), carne y bebidas alcohólicas. Esto refuerza lo expuesto al inicio de este apartado, que la religión es un factor significativo en la regulación de los hábitos y prácticas alimentarias de muchas de las mujeres gestantes. En este sentido, Jáuregui (2009), señala que “...El cumplimiento de las reglamentaciones alimentarias siempre ha sido parte fundamental del contrato que han tenido que cumplir los creyentes de los diferentes credos para seguir siéndolo formalmente y no enajenarse el favor de Dios...” (p. 9).

Además, uno de los pastores explicó de manera detallada las prácticas de ayuno y los tabúes alimentarios en su comunidad, sus palabras fueron:

En la iglesia todos los hermanos ayunamos, es parte de nuestra fe. Los únicos que no ayunan son los niños menores de diez años, porque todavía están creciendo. El ayuno no es solo una costumbre, también es una forma de buscar a Dios y acercarse más a Él. Muchas veces se ayuna cuando uno se siente mal; por ejemplo, si a uno le duele la cabeza puede ayunar uno o dos días, siempre rezando con mucha devoción. Cuando hay un familiar enfermo, también se puede ayunar tres, cuatro o hasta cinco días, pidiendo a Dios que sane. No hay fechas ni un número exacto de veces que se ayune al año; cada hermano decide según su propia necesidad espiritual, personal o familiar.

En todos los casos el ayuno va acompañado de oración y fe. Esto no significa que no se pueda consumir nada, porque durante el ayuno sí se puede tomar agua.

Con respecto a la alimentación, nosotros no comemos alimentos preparados con sangre, porque así esta en la Biblia. Eso se puede encontrar en libros como Levítico o Deuteronomio, y en otros más. Para nosotros la sangre representa la vida, y consumirla es pecado, porque para hacerlo se tiene que quitar la vida a un ser, y el mandamiento de Dios dice “no matarás”.

En cuanto al alcohol, tampoco lo consumimos, porque lleva a la perdición y aleja a la persona de Dios. Solo en raras ocasiones se permite tomar un poco de vino, pero en cantidades mínimas, no en exceso. (Comunicación personal, pastor de la Iglesia Evangélica de Vetania – Quinua, 24 de noviembre de 2024)

A esto se agrega también con lo señalado por el pastor de la Iglesia Evangélica Puca Rumi, que dijo:

No comemos carne de chanco porque a parte que en Levítico y Deuteronomio lo considera un animal inmundo. También recordamos el pasaje bíblico (Mateo 5) donde Jesús envía a los demonios al cuerpo de los cerdos, y por eso lo vemos como algo que no debemos comer. Evitarlo forma parte de nuestra fe y de los

tabúes que seguimos. (Comunicación personal, pastor de la Iglesia Evangélica Puca Rumi, 26 de noviembre de 2024)

Un claro ejemplo de estos consejos/recomendaciones de los pastores es el caso de la Informante 8, quien mencionó que al convertirse en evangélica se le enseñó a evitar ciertos alimentos, sus palabras fueron: *“Antes de ser evangélica comía de todo, incluyendo sangrecita, pero ya cuando llegué a ser evangélica dejé de comer sangrecita, y carne como pocas veces...”* (Comunicación personal, 7 de octubre de 2024, reforzado el 5 de diciembre de 2024).

La Informante 8 contó, un poco más de su vida, que decidió “entregarse” cuando su padre se enfermó, momento en el cual comenzó a leer la Biblia y a recibir orientación sobre los alimentos que debía evitar, basándose en interpretaciones bíblicas del Antiguo Testamento: Deuteronomio 14 y Levítico 11, donde se revela las criaturas vivientes que se pueden comer y las que no se pueden comer y cuales son limpias y cuales inmundas (*La Santa Biblia*, 2009); por otra parte en (*La Santa Biblia*, 2009, Levítico 17:10-14) resalta la importancia de prohibirse el consumo de sangre, ya que es considerada sagrada y representa la vida. Estas normas alimentarias contribuyen a la organización y diferenciación cultural dentro de la religión evangélica, asegurando que sus miembros sigan las pautas, de mantenerse limpios y puros, para vivir de acuerdo con los valores espirituales establecidos.

Todas las mujeres participantes del estudio mencionaron que decidieron ser evangélicas por el tema de salud de ellas o de algún familiar, aunque durante el trabajo de campo se obtuvo información de que no solo se “entrega” la persona que está mal sino toda la familia con ella. Coincidiendo con Cristancho (2017), quien afirma que la conversión o “entrega”, en teología, se asocia al impulso espiritual hacia Dios.

En sentido general indica cambio de vida; dejar el comportamiento habitual de antes para emprender otro nuevo; prescindir de la búsqueda egoísta de uno mismo para ponerse al servicio del Señor. Conversión es toda decisión o innovación que de alguna manera nos acerca o nos conforma con la vida divina. (Tullo, 1983, p. 269)

Otra recomendación religiosa por parte del pastor de una Iglesia evangélica del centro poblado de Quinua, es la recopilación de lo mencionado por la Informante 15: “(El pastor) *nos dice que tenemos que alimentarnos porque nuestro cuerpo es como un templo, pero lo que sí no debemos comer es la sangrecita y la morcilla porque la sangre es vida... También, no tomamos alcohol*” (Comunicación personal, 2 de octubre de 2024). Según el pastor de la Iglesia Evangélica de Puca Rumi esta recomendación se basa en el Libro 1 de (Corintios 6:19, La Santa Biblia, 2009) la cual enseña a los creyentes que deben cuidar su cuerpo, ya que es considerado un “templo” donde habita Dios, es decir que el cuerpo debe ser tratado con respeto, en el caso de la alimentación durante el embarazo y la influencia religiosa sería como un principio que guía a las gestantes a cuidar de su salud y bienestar, este versículo refuerza la idea de los hábitos alimenticios no son solo prácticas de bienestar físico, sino también actos de fe y obediencia a los principios espirituales. Es decir, resalta la importancia de cuidar la salud y evitar lo que es considerado “impuro” para el cuerpo como la sangre, tal como está en (Levítico 19:26, La Santa Biblia, 2009) la cual nos dice “No comeréis cosa alguna con sangre (...)”.

Al respecto, Douglas (1991), menciona que las leyes acerca de los alimentos puros e impuros se basa en “Ser santo es estar entero, ser uno; la santidad es unidad, integridad, perfección del individuo y de la especie” (p. 77). Asimismo, da explicación interesante de qué alimentos se pueden comer, o sea son “puros” y por qué:

Para aprehender este esquema tenemos que remontarnos hasta el Génesis y la creación. Aquí se despliega una clasificación tripartita, dividida entre la tierra, las aguas y el firmamento. El Levítico adopta este esquema y concede a cada elemento su género adecuado de vida animal. En el firmamento, aves de dos patas vuelan con sus alas. En el agua, peces escamosos nadan con sus aletas. Sobre la tierra, animales de cuatro patas brincan, saltan o caminan. Cualquier clase de animales que no está equipada con el género correcto de locomoción en su propio elemento es contraria a la santidad. El contacto con ella descalifica a una persona para acercarse al Templo. (Douglas, 1991, p. 79)

En la Biblia más que nada en Levítico está establecido lo que se está permitido hacer y lo que no se debería hacer, incluyendo los alimentos, esto se justifica en ser

santos como Dios lo es, por ello se debería de cuidar el cuerpo ya que es como un “Templo”.

Tal es así que, la Informante 8, Informante 15 y otras feligresas evangélicas van adoptando cambios en su dieta a medida que avanza en su vida espiritual, incluso continua con dicha práctica durante su embarazo. Como explica Robbins (2004), al pertenecer a una fe pentecostal u otra evangélica hay una transformación ética y emocional que se expresa en un cambio profundo de identidad y pertenencia. Esto podría afectar la nutrición materna y el desarrollo del feto, ya que según las obstetras de salud y la Guía Técnica de Consejería Nutricional para las gestantes del MINSA elaborado por (Aguilar, 2016), el prohibir alimentos altos en contenido proteico, de hierro y ácido fólico durante el embarazo, donde la mujer necesita más requerimientos nutricionales, tiene efectos negativos tanto en la madre como en el bebé, además ellas mismas mencionaron que en el Centro de Salud de Quinoa les diagnosticaron anemia moderada y desnutrición dando como resultado el nacimiento de hijos con bajo peso o parto prematuro y con ello el inadecuado desarrollo de sus órganos del feto, lo cual los llevará a problemas de salud a futuro.

También, según los diagnósticos registrados en las historias clínicas, se identificaron dos casos de desprendimiento de placenta prematuro (DPP) en gestantes pertenecientes a comunidades evangélicas. En conversaciones con el personal obstétrico, se señaló que esta complicación puede estar relacionada, entre otras causas, con deficiencias nutricionales. Los datos recogidos en este estudio muestran que las mujeres evangélicas tienden a evitar alimentos esenciales para el embarazo, como vísceras, sangre, carnes, en algunos casos también practican ayunos prolongados, y hasta desobedecen las recomendaciones médicas por seguir sus creencias religiosas, por lo que fue posible razón para que aquellas mujeres tengan esta complejidad y otras complicaciones también, poniendo en peligro su vida y la de sus hijos, a ello otro factor, que complique aún más la situación, es que vivan lejos del Centro de Salud.

En contraste, es importante mencionar que las mujeres católicas tienen una alimentación más flexible, ellas mencionan que no han recibido información de parte de algún líder religioso, pero si tienen consejos de sus médicos y familiares. En este sentido, el sacerdote de la Iglesia de Quinoa señaló que las gestantes no deben ayunar

ni restringirse de alimentos que puedan afectar su salud o la de su bebé, ya que este es considerado una bendición de Dios, y por ello es fundamental seguir las indicaciones médicas. Tal como mencionaron la Informante 11 y la Informante 20:

La Informante 11: *“No, solo tuve consejos de la doctora (obstetra), de mi madre, de mi hermana mayor y de mis vecinas”* (Comunicación personal, 5 de octubre de 2024).

La Informante 20: *“No, solo seguí consejos de la doctora y de mi mamá”* (Comunicación personal, 3 de octubre de 2024).

Así como ellas varias mujeres católicas indicaron que no recibieron recomendaciones de algún líder religioso acerca de lo que debían o no debían comer durante el embarazo, pero si tienen influencias de los factores económicos y culturales en su alimentación que puede ayudar a su salud o perjudicar a la madre como al bebé.

Lo que se quiere decir es que las creencias religiosas católicas sobre la comida no son estrictamente establecidas durante el embarazo, es más se muestra una flexibilidad ya que para algunas no tiene influencia. Sin embargo, para algunas mujeres como la Informante 2 evitan comer carne y ayunan en una festividad religiosa como la Semana Santa que no tiene un impacto negativo en su salud porque dicha festividad es una vez al año.

Los resultados del presente estudio no coinciden con Arellano & Ruiz (2020), quienes concluyen que el 92.7 % de las gestantes afirmaron que su religión no es una barrera para la promoción de consumo de alimentos, sino que la edad y el nivel educativo contribuyen directamente a que los conocimientos puedan ser llevados a la práctica. Sin embargo, en este estudio se observa que las recomendaciones religiosas sí generan relevantes modificaciones en la dieta materna, ya que se evita alimentos ricos en hierro y ácido fólico como la sangrecita, morcilla y la carne, además ayunan por periodos prolongados, lo cual presentaron implicaciones negativas en la salud materno-fetal.

En resumen, podemos observar que la religión tiene una fuerte influencia en las decisiones alimentarias de algunas mujeres, especialmente aquellas que son evangélicas donde el concepto del cuerpo como un “Templo” ayuda a explicar los

tabúes alimentarios considerados “impuros”, además que se basan fuertemente en los Libros bíblicos. En cambio, las mujeres católicas tienden a guiarse más por las recomendaciones e indicaciones médicas y factores culturales –transmitidos por familiares– o económicos.

Sin embargo, no todas las mujeres experimentan una influencia directa de líderes religiosos en su dieta durante el embarazo, lo que indica que existen distintas interpretaciones y formas de aplicar estas enseñanzas, dependiendo de la denominación religiosa.

4.2.3 Conflictos entre las indicaciones médicas y las creencias religiosas en la alimentación durante la gestación

La relación entre las indicaciones médicas y las creencias religiosas es un tema complejo, como se desarrolló en los anteriores apartados, porque las personas negocian y concilian distintas influencias a la hora de tomar decisiones más pertinentes sobre su salud. Durante la gestación, donde tanto la medicina moderna como las creencias culturales y/o religiosas son decisivos, surgen tensiones y adaptaciones entre las recomendaciones de los profesionales de la salud y las prácticas arraigadas en las religiones o costumbres familiares. Como señala Foucault (2002), la medicina moderna ejercer un biopoder que intenta normar y disciplinar los cuerpos, siendo el caso de los cuerpos femeninos y gestantes. Sin embargo, en pueblos o centros poblados donde la religión tiene fuerte presencia, los especialistas de salud no es absoluta: las mujeres negocian, reinterpretan o resisten las indicaciones en función de sus creencias, valores y redes de apoyo espiritual.

Ante este escenario, se exploró si las mujeres gestantes percibían conflictos o tensiones entre las indicaciones médicas sobre alimentación durante el embarazo y las creencias/prácticas o prohibiciones establecidas por su religión.

Las mujeres compartieron sus perspectivas y experiencias que se presenta en la Tabla, a continuación:

Tabla 14

Conflictos o tensiones entre las indicaciones médicas y su afiliación religiosa sobre la alimentación durante su embarazo

Participante	Conflicto con indicaciones médicas	Manejo de la situación
Informante 1	No	Hace caso a las indicaciones médicas para asegurar la salud del bebé, pero confía en la protección divina.
Informante 2	No	Sigue las indicaciones médicas sin conflictos.
Informante 3	No	No tiene conflictos, sigue las indicaciones médicas.
Informante 4	No	No hay conflicto, sigue las indicaciones médicas.
Informante 5	No	No tiene conflictos con las indicaciones médicas.
Informante 6	No	Sigue las indicaciones médicas y lo que aprendió de su madre durante el embarazo.
Informante 7	No	Sigue las indicaciones médicas dadas por la doctora.
Informante 8	Un poco	Cree que el ayuno y la mala alimentación durante el embarazo le provocaron anemia; a veces no sigue correctamente las indicaciones.
Informante 9	No	No hay conflicto con las indicaciones médicas.
Informante 10	No	No tiene conflictos con las indicaciones médicas.
Informante 11	Sí	Tuvo conflicto con la recomendación de comer sangre (sangrecita), ya que le daba náuseas y no le gustaba.
Informante 12	No	No tuvo conflictos con las indicaciones médicas.
Informante 13	No	Sigue las indicaciones médicas para asegurar la salud de su hijo.
Informante 14	No	No tiene conflicto con las indicaciones médicas.
Informante 15	Sí	Tuvo conflicto con las indicaciones médicas de comer sangre debido a sus creencias religiosas; evitó los alimentos con sangre. Y la negativa de tomar sulfato ferroso debido a su olor.
Informante 16	No	No hay conflicto con las indicaciones médicas.
Informante 17	No	No tiene conflicto con las indicaciones médicas, aunque no se recuperó adecuadamente.
Informante 18	No	No tiene conflicto con las indicaciones médicas.
Informante 19	Sí	Rechazó una ecografía debido a la oposición de su esposo y las enseñanzas del pastor, solo regresó al Centro de Salud para dar a luz.
Informante 20	No	No tiene conflictos con las indicaciones médicas.

Nota. Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas en el 2024.

De acuerdo con la Tabla 14, la mayoría de las mujeres gestantes no identificaron conflictos entre religión y medicina. En sus testimonios se observó que seguían las indicaciones médicas especialmente cuando se trataba de la salud del bebé y de ellas. Esto refuerza lo que Fischler (1995) denomina el “principio de incorporación”, donde las personas incorporan alimentos y también discursos, como las indicaciones o recomendaciones médicas, cuando se percibe el ideal de “comer para cuidar”, en este caso, del bebé.

Este acto también refleja la existencia de confianza en el personal de salud priorizando las recomendaciones médicas a pesar de las posibles restricciones culturales o religiosas.

Tal como mencionaron, la Informante 7: “...yo hago caso a las indicaciones que me da la doctora” (Conversación personal, 5 de octubre de 2024) y la Informante 13: “...hice caso a lo que me dijo la doctora porque ellos saben y quería que mi hijo nazca sano” (Comunicación personal, 1 de octubre de 2024), en ambos casos se evidencia que el personal de salud y las recomendaciones que dan tienen un alto valor en la toma de decisiones sobre la salud y seguridad del embarazo.

Al respecto, Zea (2022) en su estudio sostiene que el 97.6 % percibió que uno de los principales beneficios del control prenatal era tener un bebé sano. Coincidiendo con los hallazgos de este estudio ya que más que nada las mujeres católicas mencionaron que siguen las indicaciones médicas por el bien de sus bebés. Por otra parte, en el estudio de Hernández et al. (2019) revelan que solo cerca del 56 % de las mujeres en Perú obtuvieron atención prenatal de calidad durante la gestación, y que las importantes desigualdades sociales, étnicas y geográficas están asociadas. Esto sugiere que las estrategias de salud deben concentrarse particularmente en mujeres en zonas rurales, de etnia nativa y con menor acceso educativo o económico. Similar información proporciona el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2025), en la cual sostiene que en el área rural hay menor porcentaje de mujeres atendidas en la primera atención prenatal en los primeros meses de embarazo (76.8 %), y que mayormente son atendidas por una obstetra o enfermeras que por un médico.

También, existe la creencia en la protección divina y el deseo de tener un bebé sano, como expresó la Informante 1:

...yo hago caso a lo que me dice la obstetra porque quiero que nazca sanito mi bebé, solo me preocupa que me dijeron que puedo tener algún problema cuando dé a luz, pero confío en que Dios nos va a proteger a mi bebé y a mí. (Comunicación personal, 2 de octubre de 2024; reforzado el 3 de diciembre de 2024)

En este caso se muestra que a pesar que sigue las indicaciones médicas porque desea lo mejor para su bebé se complementa con la confianza en la protección divina, priorizando la salud del bebé. Como sostienen Calderón et al. (2021), la tradición promovida hacia las mujeres embarazadas es “mítica” y se perpetúa en las generaciones venideras, adicionalmente, en las zonas rurales se baraja la modernidad y la cultura andina, es decir existe un sincretismo, ya que participan en costumbres propias de su comunidad o en prácticas culturales como la medicina tradicional que complementa a su salud y también asisten a la Iglesia para pedir por su bienestar y la de su bebé. Lo cual se afirma lo sostenido por Rodríguez (2000), “Cuando una mujer está embarazada participa de una serie de creencias populares y lleva a cabo una diversidad de cuidados y prácticas con el propósito de tener un periodo de gestación saludable y lograr un parto fácil” (p. 501).

A pesar de que las mujeres católicas manifestaron la importancia de acudir a sus controles prenatales y seguir las indicaciones médicas, incluyendo la toma de suplementos de sulfatos ferroso y ácido fólico, muchas de ellas, aunque afirman no tener conflictos entre la medicina y su religión profesada, en la práctica muchas olvidan tomar los suplementos y priorizan satisfacer sus antojos, incluso cuando estos son altos en calóricas.

Sin embargo, uno de los conflictos más directos se encuentra, para las mujeres evangélicas, entre la relación de las recomendaciones médicas sobre la alimentación y los tabúes impuestas por las creencias religiosas. Un caso significativo de conflicto es lo que expresa la Informante 15, sus palabras fueron:

Si he tenido conflicto porque por un lado en el Centro de Salud la doctora me decía que coma sangrecita que contiene hierro, pero como soy evangélica y en la Biblia dice que es pecado comer sangre, no le hice caso a la doctora y no tomaba el sulfato ferroso porque tiene un olor feo, ya ahora (mi segundo

embarazo) trato de tomar el sulfato ferroso, pero no alimentos a base de sangre. (Comunicación personal, 2 de octubre de 2024; reforzado el 2 de diciembre de 2024)

Asimismo, durante mis visitas, observé que al mediodía la Informante 15 debía decidir entre preparar la sangrecita que le recomendó la doctora o seguir las normas religiosas que le orientó el pastor. Comentó: “A veces me daba hambre y me frustraba, pero recordaba lo que me enseñó el pastor desde que me entregué: es pecado comer sangre” (Comunicación personal, 2 de diciembre de 2024). Este dilema se repetía cada día, especialmente cuando su familia y vecinos compartían la comida. Incluso evitaba tomar los suplementos de hierro por el olor, aunque sabía que eran importantes para su bebé. Entonces, este rechazo no solo denota un conflicto entre la religión y la medicina, sino también la influencia de las creencias religiosas en las decisiones de salud mostrando cómo las creencias religiosas pueden desafiar o modificar las pautas de las indicaciones médicas. El rechazo de los alimentos recomendados, incluso cuando son necesarios para la salud, muestra la importancia de la moralidad religiosa en la vida cotidiana de las mujeres, a la vez que da lugar a negociaciones y adaptaciones personales.

A su vez se encuentra la práctica religiosa de ayuno, una costumbre que forma parte de su fe pero que ha tenido un impacto directo y negativo en la salud materna e infantil, la Informante 8 dice: “...*por no comer bien y por estar ayunando tengo anemia... también la doctora y mi madre me hablan sobre qué alimentos son buenos durante el embarazo pero también tengo antojos y por eso no estoy teniendo una adecuada alimentación*” (Comunicación personal, 7 de octubre de 2024), se revela una lucha interna entre antojos, las prácticas religiosas y las necesidades nutricionales durante el embarazo, que es un problema común que presenta las mujeres pertenecientes a la religión evangélica, puesto que su religión influye en su dieta alimenticia lo que limita que sigan las indicaciones médicas. Aquí se manifiesta lo que Menéndez (1988) llama la tensión entre el modelo médico hegemónico y las prácticas populares de salud ya que lo que para los especialistas de salud es una “mala nutrición”, para la gestante puede ser una práctica cultural o espiritual cargada de sentido. Lo que se muestra que las mujeres se sienten atrapadas entre el cumplimiento

de las creencias religiosas y las exigencias de mantener una nutrición adecuada durante la gestación.

Estos hallazgos coinciden con el estudio de Castillo & Castillo (2024), quienes hallaron que el 14.75 % de las gestantes con anemia experimenta prohibiciones alimenticias debido a su religión y el 18.03 % específicamente rechazaba el consumo de sangre de animales, limitando la adherencia de hierro y ácido fólico.

Las estructuras familiares, comunitarias y religioso emerge como un factor relevante en la toma de decisiones sobre el cuidado prenatal. Se encontró un conflicto relacionado con la negatividad del esposo para la realización de una ecografía, la Informante 19 recordó que:

Cuando tenía 35 años, estaba embarazada de mi penúltimo hijo, rechacé una ecografía porque mi esposo no quería ya que era un doctor quien lo realizaba y algunas indicaciones del doctor (hice caso omiso) por cumplir con lo que decía el pastor y solo regresé a la posta para dar a luz. (Comunicación personal, 4 de octubre de 2024; reforzado el 3 de diciembre de 2024)

Este caso resalta a la religión, a través de la figura del pastor y las creencias evangélicas, influye en la toma de decisiones médicas, en el comportamiento y en las decisiones relacionadas con la salud durante el embarazo.

Sin embargo, se encontraron mujeres pertenecientes a la religión evangélica, como la Informante 9, Informante 10, Informante 12 e Informante 14, que no toman importancia a la alimentación durante su gestación ya que consideran que no existe conflicto entre las indicaciones médicas y las creencias religiosas, aunque hacen caso omiso a las indicaciones por la obstetra y continúan con sus prácticas religiosas, como no comer alimentos a base de sangre, no comer algunas carnes que son considerados “impuros” y los ayunos, incluso en etapas avanzadas de gestación. Desde la perspectiva médica, esta dieta limitada contradice las indicaciones nutricionales que sugieren el consumo de alimentos ricos en hierro como la sangrecita, vísceras y carnes, fundamentales para prevenir la anemia. No obstante, para las mujeres evangélicas, consumir dichos alimentos representaría una transgresión moral. Tal como plantea Douglas (1991), las prácticas alimentarias no son solo decisiones biológicas, sino parte

de un sistema simbólico que clasifica lo puro y lo impuro, y que refuerza un orden moral y espiritual. En este contexto, el rechazo a ciertos alimentos no solo tiene una dimensión simbólica, sino que expresa fidelidad religiosa, aunque entre en conflicto con las recomendaciones médicas.

En este estudio, todas las participantes evangélicas presentaron anemia, desnutrición y otras complicaciones obstétricas. En el distrito de Quinua, hasta mayo de 2024, la tasa de anemia fue de 36.84 % (Instituto Nacional de Salud, 2024a), y para julio del mismo año aumentó a 38.78 % (Instituto Nacional de Salud, 2024b), lo que demuestra una vulnerabilidad nutricional en el que las prácticas religiosas tienen un impacto relevante.

Otro caso interesante donde el rechazo a ciertos alimentos como la sangrecita entra en juego. Es la de la Informante 11 que, aunque las indicaciones médicas son claras, no puede seguirlas debido a factores de gusto personal y malestar físico que le provoca: *“me da náuseas tan solo olerlo y a mis hijas tampoco les gusta”* (Comunicación personal, 5 de octubre de 2024), esto pone en evidencia que la cultura alimentaria, como las preferencias alimenticias y las prácticas familiares, pueden influir en el cumplimiento de las recomendaciones médicas, incluso cuando no hay un conflicto directo con la religión. Según Fischler (1995) sostiene que el gusto no es solo biológico, sino que es socialmente construido, es decir lo que una familia considera comestible o repulsivo se transmite entre generaciones, como el caso de la Informante 11 que transmitió a sus hijas. También, Cordero et al. (2021) en su estudio se demostró que dentro de los conocimientos compartidos de generación en generación se transmiten creencias y tabúes entre las gestantes de una comunidad.

En resumen, muchas mujeres adaptan sus prácticas religiosas para cumplir con las indicaciones/recomendaciones médicas, sobre todo cuando perciben la salud del bebé, es decir que los métodos médicos parecen ser importante en la toma de decisiones alimentarias. Sin embargo, existen tensiones y conflictos cuando las prácticas religiosas tienen un impacto directo en las recomendaciones médicas, donde las mujeres experimentan conflictos internos entre seguir lo recetado o mantener sus prácticas religiosas como: los tabúes a ciertos alimentos y el ayuno.

Aunque se debe aclarar que no se trata de juzgar las creencias y prácticas religiosas de las mujeres gestantes, sino de reconocer que, si se brinda una consejería nutricional respetuosa y adaptada, en la cual se eviten ayunos prolongados y si se sustituyan los alimentos considerados tabúes por otros de igual valor nutricional, se pueden encontrar alternativas viables. Para abordar esta situación complicada, se podría comenzar por el diálogo entre los pastores y especialistas de salud teniendo de intermediarios a profesionales de ciencias sociales, de manera que permitan a las gestantes mantener su fe sin comprometer su salud ni el desarrollo de sus bebés.

4.2.4 Impacto de las prácticas religiosas sobre la alimentación, la ganancia de peso y el desarrollo fetal durante el embarazo

La ganancia de peso gestacional es un fenómeno complejo influenciado no solo por cambios fisiológicos y metabólicos maternos, sino también por el metabolismo placentario (Minjarez et al., 2014). En este sentido, el Instituto Nacional de Estadística e Informática señala:

Las mujeres que inician la gestación con un peso adecuado tienen menor riesgo de parto prematuro. Asimismo, el peso corporal de la mujer previo a la gestación, está asociado al peso al nacer y a la mortalidad infantil... por otro lado, el exceso de peso corporal, expresado como sobrepeso u obesidad, está asociado a un riesgo mayor de desarrollar enfermedades crónicas como la diabetes, dislipidemias, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y varios tipos de cáncer. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2025, p. 250)

Considerando estos efectos sobre la salud materna y fetal. En la región de Ayacucho, según el Sistema de Información del Estado Nutricional SIEN-HIS, se registró el 1.5 % de gestantes con delgadez, un 50.3 % de estado nutricional normal, un 35.2 % de sobrepeso y un 12.9 % con obesidad, de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (IMC) (Ministerio de Salud et al., 2024). Estas cifras nos permiten conocer un marco general, pero no explican los motivos detrás de tales situaciones ni dan cuenta de las decisiones individuales que toman las mujeres embarazadas. Motivos que puede estar mediado por factores religiosos, culturales y sociales que a menudo

influyen de manera directa o indirecta en los hábitos alimentarios de las mujeres y tendrá un impacto en el desarrollo y la salud del bebé.

Para ello, esta investigación recogió información de las veinte gestantes tanto católicas como evangélicas. A través de sus testimonios se buscó comprender cómo sus creencias y prácticas religiosas se relacionan con la alimentación durante el embarazo. Estos relatos fueron corroborados con las historias clínicas, de donde se obtuvieron también los indicadores clínicos, como la hemoglobina materna, ganancia de peso gestacional, peso al nacer y presencia de parto prematuro. No obstante, no todos los casos contaron con información clínica completa, ya sea por inasistencia a controles prenatales o por ausencia de registros; estas situaciones se señalan explícitamente en las tablas y se consideran en el análisis.

En primer lugar, se presenta la Tabla 15 correspondiente a las mujeres gestantes de filiación católica, con el fin de mostrar la diversidad de experiencias, prácticas alimentarias y resultados observados durante el embarazo.

Tabla 15

Influencia de las creencias religiosas sobre la alimentación y en la salud de las mujeres gestantes católicas

Participante	Prácticas religiosas que afectan la alimentación	Indicadores clínicos y desarrollo del bebé	Observaciones
Informante 1	Entre las prácticas religiosas que realiza es la oración y recibir la ostia, y sí sigue creencias culturales como satisfacer antojos para evitar complicaciones como el aborto. Por lo que, mencionó que sus prácticas religiosas no influyen en su alimentación.	Hb materno: 12.8 Peso materno: adecuado Peso al nacer y parto prematuro: embarazo en curso	Sigue las recomendaciones médicas, ha tomado suplementos. Tiene riesgo por edad, que podría complicar el parto.
Informante 2	Ayuna y evita comer carne durante la Semana Santa: Jueves, Viernes y Sábado Santo. La razón para tal práctica es que es para ayudar a llevar los dolores de Jesús y	Hb materno: 11.9 Peso materno: bajo al inicio, luego mejoró con control Peso al nacer y	Preeclampsia, riesgo por edad

	además menciona que es pecado.	parto prematuro: parto a término, pero en riesgo por problemas de salud materno.	
Informante 3	No come sangrecita debido a que su olor le causa náuseas, lo cual no está relacionado con creencias culturales. Además, prefiere alimentos naturales cultivados en su chacra porque cree que es mejor para su salud y la de su bebé.	Hb materno: 14.3 Peso materno: adecuado Peso al nacer y parto prematuro: 3.200 kg y no fue parto prematuro.	Mala posición del bebé
Informante 4	Su religión no influye en sus hábitos alimenticios, más bien sigue la creencia de satisfacer los antojos (tiene antojos por alimentos altos en grasa y calorías).	Hb materno: 11 Peso materno: Sobrepeso Peso al nacer y parto prematuro: 2.400 kg y fue parto prematuro.	Riesgo por sobrepeso materno
Informante 5	No menciona influencia religiosa en su alimentación. Prefiere alimentos naturales sin químicos para asegurar la salud de su bebé.	Hb materno: 12.3 Peso materno: adecuado Peso al nacer y parto prematuro: embarazo en curso, pero el bebé tiene riesgo por problemas maternos.	Riesgo por edad y largo período intergenésico
Informante 6	No menciona la realización de práctica religiosa. Pero, sigue la creencia de “comer por dos”.	Hb materno: 12.5 Peso materno: obesidad Peso al nacer y parto prematuro: embarazo en curso.	Presión alta
Informante 7	En su alimentación no hay influencia de su creencia religiosa. Sin embargo, cree que comer pescado aumenta inteligencia del bebé	Hb materno: 13.1 Peso materno: 2do mes era bajo, luego mejoró con control médico. Peso al nacer y parto prematuro: 3.400 kg y nació prematuro (8 meses).	Riesgo por largo período intergenésico

Informante 13	No menciona influencia religiosa porque cree que el ayuno podría hacerle mal al bebé. Además, sigue la creencia de comer más por su bebé y satisfacer los antojos.	Hb materno: 12 Peso materno: adecuado Peso al nacer y parto prematuro: parto a término.	Ningún problema de salud
Informante 16	No menciona alguna práctica religiosa, pero evita ciertos alimentos como el hígado y la sangrecita debido a su olor.	Hb materno: 9 Peso materno: bajo Peso al nacer y parto prematuro: bebé prematuro (7 meses) y peso de 2.300 kg, presenta problemas cardiorespiratorios.	Anemia, presión alta, desprendimiento de placenta
Informante 17	No menciona influencia religiosa en su dieta.	Hb materno: 8.2 Peso materno: bajo Peso al nacer y parto prematuro: bebé prematuro con peso de 2.400 kg y nació morado y con problemas cardíacos.	Anemia, desprendimiento de placenta prematuro
Informante 18	Ninguna práctica religiosa	Hb materno: 10.2 Peso materno: bajo Peso al nacer y parto prematuro: parto a término	Anemia
Informante 20	No influye en lo que debe o no comer, pero reza antes de comer.	Hb materno: 12.8 Peso materno: adecuado Peso al nacer y parto prematuro: parto normal y con buen peso.	Ningún problema de salud

Nota. Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas y reportes clínicos, 2024.

Según la Tabla 15 muchas mujeres manifestaron que su religión no influye directamente en sus hábitos alimentarios durante el embarazo. Sin embargo, aún persisten tradiciones vinculadas a la alimentación en ciertas festividades religiosas. Un ejemplo de esto es lo que narró la Informante 2, quien durante la Semana Santa ayuna

y se abstiene de consumir carne el Miércoles de Ceniza, el Jueves Santo, el Viernes Santo y el Sábado Santo. Esta restricción alimentaria no solo tiene un fundamento religioso, sino que también manifiesta la solidaridad o empatía cultural con el sufrimiento de Cristo de manera que las mujeres asumen simbólicamente las dificultades que Jesús experimentó durante su pasión y muerte, estableciendo una norma moral sobre lo que se puede o no consumir. Esto coincide con lo planteado por Douglas (1991), quien señala que tales restricciones funcionan como mecanismos de clasificación moral que definen qué alimentos se consideran apropiados dentro de la pureza espiritual.

Aunque esta práctica de evitar el consumo de carne durante la Semana Santa sean temporales pueden modificar la dieta habitual de las gestantes, lo cual puede tener implicaciones en su salud si no se reemplazan adecuadamente ese nutriente esencial. Por lo general, las mujeres reemplazan la carne por pescado o trucha, pero también va a depender de su economía familiar, o sino consumen productos locales o lo que tienen en sus hogares. Con respecto al pescado y a la trucha, según la nutricionista del Centro de Salud de Quinua, son alimentos esenciales ya que aportan proteínas, hierro y demás vitaminas que ayudan al desarrollo del bebé, así como a prevenir problemas como parto prematuro o bajo peso al nacer, por lo que sería una buena opción la sustitución.

No obstante, la mayoría de las gestantes católicas entrevistadas señalaron que, según sus controles prenatales en el Centro de Salud de Quinua, su peso materno era adecuado para el periodo gestacional que cursaban y que sus niveles de hemoglobina se encontraban dentro del rango normal, entre 12 y 13 g/dl. Esto se reflejó en cinco de las gestantes. De estas cinco, dos lograron mejorar su estado nutricional; la Informante 2 presentó hemoglobina de 11.9 g/dl y estaba a punto de dar a luz, aunque su feto presentaba riesgo debido a preeclampsia y a la edad materna avanzada. La otra gestante es la Informante 7, quien logró hemoglobina de 13.1 g/dl y dio a luz a un bebé prematuro de 3.400 kg, situación que pudo relacionarse con el riesgo de aborto previo y con el largo período intergenésico de la madre.

Las otras tres gestantes permanecieron con bajo peso durante el embarazo. Dos de ellas presentaron partos prematuros con complicaciones neonatales, incluyendo afecciones pulmonares y cardíacas, lo que tuvo un fuerte impacto emocional porque

decidieron no volver a embarazarse y se sometieron a ligadura de trompas. La tercera gestante, Informante 18, tuvo parto a término, pero mantenía anemia, corroborado con sus registros clínicos.

También es importante mencionar que todas las gestantes católicas siguen creencias culturales como satisfacer los antojos, que mayormente son de alimentos calóricos y altos en grasa, ya que de no hacerlo la consecuencia es que pueda producir un aborto; o, la creencia de “comer por dos” (Arellano & Ruiz, 2020; Encino, 2024; Salinas & Miñano, 2021). Que si bien estas creencias no están relacionadas con las prácticas religiosas, pero si con la percepción cultural de que el embarazo requiere de una alimentación especial velando por la salud del bebé. Por ejemplo, la Informante 6 relató:

Desde que me enteré que estaba embarazada he comido más de lo que normalmente comía. Por ejemplo, de lo que antes comía un plato de sopa ahora como dos, eso en caso que coma en almuerzo solo sopa... pero si como sopa y segundo, a mi plato de segundo lo pongo más... porque ahora tengo que comer por mi bebé también, para que nazca sano y fuerte... en mi último control mi obstetra me dijo que estoy con obesidad y eso es malo para mi bebé. (Comunicación personal, 7 de octubre de 2024)

Su historia clínica corroboró que tenía hemoglobina de 12.5 g/dl y peso en rango de obesidad, lo que aumenta el riesgo de complicaciones gestacionales como la diabetes gestacional y la preeclampsia y en el feto que no se desarrolle bien sus órganos o que muera durante el parto por ahogamiento (García, 2019; Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2025). Caso similar presentó la Informante 4, quien según su historia clínica su bebé nació prematuro y con bajo peso.

En contraste, las mujeres pertenecientes a la religión evangélica presentaron una situación diferente, marcada por prácticas religiosas que influyen de manera más directa en la alimentación durante el embarazo, como se evidencia en la Tabla 16.

Tabla 16

Impacto de la creencia religiosa sobre la alimentación y salud de las mujeres evangélicas

Participante	Prácticas religiosas que afectan la alimentación	Indicadores clínicos y desarrollo del bebé	Observaciones
Informante 8	Ayuna (principalmente los domingos) y evita alimentos con sangre y carne, por creencia religiosa. También sigue la creencia de atender los antojos.	Hb materno: 8 Peso materno: bajo Peso al nacer y parto prematuro: embarazo en curso	Anemia moderada materna. El desarrollo del bebé puede estar comprometido por el bajo peso, la anemia y demás factores.
Informante 9	No come alimentos hechos con sangre además ayuna, siguiendo creencias religiosas.	Hb materno: 12.5 Peso materno: bajo Peso al nacer y parto prematuro: embarazo en curso, pero con riesgo de aborto por antecedentes de aborto.	Riesgo de aborto, por la cual le han referido al Hospital Regional de Ayacucho.
Informante 10	Si practica creencias religiosas como los tabúes alimentarios hechos con sangre y, también, ayuna.	Hb materno: 9 Peso materno: bajo Peso al nacer y parto prematuro: nació con 2.200 kg y fue parto prematuro, tuvo riesgo durante el parto.	Anemia, dificultad con sulfato ferroso y ácido fólico y desprendimiento de placenta prematuro.
Informante 12	Sigue creencias religiosas como el ayuno y la evitación de comer alimentos a base de sangre.	Hb materno: 9.6 Peso materno: bajo Peso al nacer y parto prematuro: nació con 2.300 kg y con desnutrición.	Anemia

Informante 14	Satisface sus antojos; pero sigue normas religiosas como el ayuno y la evitación de comer alimentos que contenga sangre y tampoco come cuy.	Hb materno: 10 Peso materno: bajo a inicios, luego se recuperó. Peso al nacer y parto prematuro: parto a término	Desnutrición
Informante 15	Evita alimentos con sangre porque es "impuro", también ayuna.	Hb materno: 10.2 Peso materno: bajo en un inicio, pero mejoró haciendo el esfuerzo de tomar el sulfato ferroso y ácido fólico a pesar que su olor le daba náuseas. Peso al nacer y parto prematuro: parto a término	Anemia en el primer embarazo, pero no en el segundo
Informante 19	No come alimentos preparados con sangre y ayuna.	La Hb y su peso no se sabe porque no iba a sus controles. Su hijo nació con bajo peso (2.300 o 2.400 kg) y fueron prematuros.	Desconoce problemas de salud durante el embarazo porque no se realizó sus controles. Pero, tuvo desprendimiento de placenta prematuro.

Nota. Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas y los reportes clínicos, 2024.

Todas las gestantes evangélicas manifestaron que siguen normas religiosas como el ayuno y tabúes alimentarios relacionados con el consumo de alimentos con sangre y carne, prácticas basadas en orientaciones de sus pastores y en interpretaciones bíblicas presentes en libros como (Deuteronomio, Levítico y Romanos, La Santa Biblia, 2009). Al respecto la Informante 9 señaló que evita alimentos con sangre porque esta práctica es considerada un pecado dentro de su religión: “*Creo que (mi religión) no influye (en mi alimentación), solo no como alimentos hechos con sangre porque eso es como pecado y en la Biblia está*” (Comunicación personal, 2 de octubre de 2024). Esta creencia se articula con una norma religiosa que define qué alimentos son considerados “puros” o “impuros” para el consumo, funcionando como un sistema

de clasificación moral (Douglas, 1991), que durante el embarazo puede limitar la ingesta de nutrientes esenciales.

Algunas gestantes reconocieron que este tabú alimentario, práctica religiosa dentro de su religión, era un posible riesgo para la salud. La Informante 12, por ejemplo, señaló: “...*me han dicho que el no comer por ejemplo sangrecita (que contiene hierro) puede desnutrirte, más aún durante el embarazo*” (Comunicación personal, 2 de octubre de 2024). Y al revisar sus historias clínicas se observó que seis de las gestantes evangélicas presentaban bajo peso gestacional. En varios casos, este bajo peso se acompañaba de diagnósticos de anemia, con valores de hemoglobina que fluctuaban entre 8 y 10.2 g/dl. La Informante 9 fue la única que no presentó anemia, ya que registró una hemoglobina de 12.5 g/dl; sin embargo, también evidenció bajo peso. Tanto el bajo peso gestacional como la anemia constituyen factores que pueden afectar el adecuado desarrollo fetal, en particular de órganos como el corazón, los pulmones y el sistema nervioso (García, 2019; Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2025). Además, a este grupo también se incluye la Informante 19, quien realiza estas prácticas religiosas; no obstante, no se cuenta con registros clínicos de su hemoglobina ni de su peso durante el embarazo, debido a que no acudió a controles prenatales. En relación con su hijo, manifestó que nació de manera prematura y con bajo peso, aunque no recuerdo el peso exacto al nacer, señalando únicamente un valor aproximado de entre 2.300 y 2.400 kg, según su testimonio.

Respecto al ayuno, no todas las mujeres evangélicas lo practican de la misma manera ni atribuyen a esta práctica efectos negativos sobre el embarazo. Algunas consideran que el ayuno es breve y no perjudicial. Por ejemplo, la Informante 8 señaló: “*Creo que no me afecta (a mi embarazo), solo ayuno los domingos*” (Comunicación personal, 7 de octubre de 2024); sin embargo su historia clínica evidenció hemoglobina de 8 g/dl y bajo peso, por lo que la obstetra del centro de salud mencionó que el desarrollo de su bebé puede estar comprometido por el bajo peso, la anemia y demás factores. No obstante, otras mujeres describieron ayunos más prolongados, especialmente en contextos de dificultad personal o familiar. La Informante 10 relató: “*Si ayuno cuando tengo problemas y también ayuné cuando mi pareja se enfermó, fue máximo 3 días*” (Comunicación personal, 10 de octubre de 2024). En este caso, los

registros clínicos evidenciaron hemoglobina de 9 g/dl, bajo peso materno y un parto prematuro, con un recién nacido de 2.200 kg y antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta.

Aunque algunas mujeres evangélicas consideran que sus prácticas religiosas no afectan negativamente su embarazo, esta percepción contrasta con la de algunas gestantes católicas. Por ejemplo, la Informante 13, católica, manifestó que el ayuno durante el embarazo podría perjudicar al bebé y que las gestantes no deberían hacerlo porque están “llevando una vida en el vientre”. Esta comparación sugiere que las mujeres católicas perciben un mayor riesgo asociado a los tabúes alimentarios durante el embarazo, lo que coincide con hallazgos como los de Fernández (2021), quien señala que, en otros contextos, mujeres de determinados credos consideran tener prácticas alimentarias más adecuadas que otras.

Desde el ámbito biomédico local, la obstetra del Centro de Salud de Quinua explicó que una gestante podría ayunar un día sin mayores consecuencias, pero que el riesgo aumenta cuando el ayuno se prolonga, ya que el feto continúa extrayendo nutrientes de las reservas maternas. Según su testimonio, estas prácticas pueden provocar desgaste físico en la madre y manifestarse durante el parto, mientras que en el bebé pueden generar bajo peso al nacer o parto prematuro. Esta apreciación coincide con los casos observados en algunas gestantes evangélicas, como la Informante 19, quien relató: *“Mis hijos también nacieron con bajo peso (2.300 o 2.400 kg.)”* (Comunicación personal, 4 de diciembre de 2024).

No obstante, también se identificaron experiencias de recuperación parcial. Dos gestantes que iniciaron el embarazo con bajo peso lograron mejorar su estado nutricional durante el seguimiento prenatal. La Informante 15, quien había tenido anemia en un embarazo previo, decidió no repetir esa experiencia y, aunque mantuvo sus prácticas religiosas, siguió las indicaciones de la obstetra y logró adherirse al consumo de sulfato ferroso, alcanzado un parto a término. Un caso similar es el de la Informante 14, quien también se recuperó del bajo peso, pero en el centro de salud se le indicó que esta condición podría haber afectado el desarrollo temprano del bebé, lo que evidencia que la recuperación tardía no siempre revierte completamente los riesgos iniciales.

Por otra parte, la relación entre las prácticas religiosas y el desarrollo fetal durante el embarazo es más complicado cuando las mujeres enfrentan dificultades económicas. Como el caso de la Informante 11, quien no se identifica con ninguna religión, menciona que la falta de economía para adquirir alimentos nutritivos influyó en su peso y el de sus hijas: “*Mi embarazo no ha sido bueno, no ganaba peso además tenía anemia... Cuando nacieron mis hijas, también tenían anemia y con bajo peso... Creo que es porque no comía como debía ser, es que el dinero no me alcanza*” (Comunicación personal, 5 de octubre de 2024), su falta de acceso a alimentos nutritivos y variados para la alimentación durante el embarazo refleja el impacto de las condiciones económicas en las decisiones alimentarias y, por ende, en el desarrollo fetal (véase Tabla 17).

Tabla 17

Impacto de la alimentación y factores no religiosos en gestantes sin filiación religiosa

Participante	Prácticas religiosas que afectan la alimentación	Indicadores clínicos y desarrollo del bebé	Observaciones
Informante 11	Evita sangrecita por náuseas, no por religión	Hb materno: 9.2 Peso materno: bajo Peso al nacer y parto prematuro: su hija nació con bajo peso y con desnutrición	Anemia, dificultad con sulfato ferroso

Nota. Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas y reporte clínico, 2024.

Coincidiendo este estudio con el que señala Scheper (1992), la pobreza limita el acceso a alimentos variados y nutritivos, lo que puede afectar en el desarrollo fetal. Al mismo tiempo, aunque las creencias religiosas influyen en los hábitos alimentarios de las gestantes (Douglas, 1991), las condiciones materiales y la disponibilidad de alimentos siguen siendo factores clave para mantener una buena salud materna, tal como también indica (Harris, 1999).

En síntesis, las prácticas religiosas influyen en los hábitos alimentarios cotidianos de las gestantes. Sin embargo, este impacto depende de las interpretaciones

personales de las normas religiosas y de la orientación de los líderes religiosos. Entre las católicas, algunas mujeres realizan ayunos temporales o evitan ciertos alimentos durante festividades como Semana Santa, mientras que otras siguen creencias culturales como “comer por dos” o satisfacer antojos calóricos, lo que puede conducir a sobrepeso o ganancia excesiva de peso. Entre las evangélicas, los tabúes alimentarios sobre sangre y carne, junto con ayunos periódicos, limitaron la ingesta de nutrientes esenciales, ocasionando bajo peso gestacional y anemia en varias participantes. La mujer sin afiliación religiosa mostró que la falta de recursos económicos también restringe la alimentación adecuada, reflejándose en anemia y bajo peso materno.

Estas prácticas y condiciones se relacionaron con indicadores clínicos: algunas gestantes tuvieron hemoglobina baja (anemia), bajo peso o sobrepeso; otras lograron mejorar su estado con seguimiento médico. El desarrollo fetal estuvo condicionado por estos factores, con casos de recién nacidos prematuros, bajo peso o con riesgo de complicaciones cardio-respiratorias. En conjunto, los hallazgos muestran que, además de la religión y la cultura, las condiciones económicas y el acceso a controles médicos son determinantes importantes para la salud materna y fetal.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Tanto los ingresos económicos familiares como la religión influyeron en la cultura alimentaria de las mujeres gestantes del pueblo de Quinua, con consecuencias directas en su salud y en la de sus bebés:

1. El análisis e interpretación de los datos evidenció que los niveles socioeconómicos influyen de manera significativa en la cultura alimentaria de las gestantes del pueblo de Quinua y, en consecuencia, en su proceso de gestación, mostrando que todas presentan algún grado de vulnerabilidad nutricional. Las mujeres de nivel socioeconómico medio y alto si bien contaron con mayores recursos y “conocimientos” para una alimentación adecuada; sin embargo, también siguieron creencias como satisfacer antojos de alimentos “chatarras”, y los malestares fisiológicos propios del embarazo, lo que terminó afectando su alimentación y el desarrollo fetal. En cambio, las mujeres de nivel socioeconómico bajo enfrentaron mayores dificultades para acceder a alimentos variados, situación que las llevó a recurrir a estrategias de supervivencia y adaptación alimentaria, además rechazaron con frecuencia alimentos ricos en hierro y ácido fólico debido al olor, sabor o malestares físicos, llevándolas a incrementarse casos de bajo peso, anemia y desnutrición durante la gestación; también se presentaron casos donde se dejaron llevar por la creencia de “comer por dos” y por la venta de comidas altas en grasa que fueron diagnosticadas con obesidad/sobrepeso.
2. La investigación hizo evidente que, las creencias y prácticas religiosas influyeron en la cultura alimentaria de las mujeres gestantes del pueblo de Quinua y en la manera en que vivieron su embarazo. Las mujeres católicas presentaron prácticas alimentarias más flexibles, determinadas principalmente por la economía familiar, los malestares propios del embarazo y las tradiciones familiares. En cambio, las mujeres evangélicas siguieron prácticas más estrictas ya que se basan en interpretaciones religiosas que consideran el incumplimiento como un pecado, destacando la idea de cuidar el cuerpo como

un Templo. Estas restricciones o tabúes alimentarios se reflejaron en el estado nutricional de las gestantes, manifestándose en casos de bajo peso, anemia y desnutrición durante la gestación.

Recomendaciones

1. Se recomienda que el sector salud local y el gobierno local al momento de realizan homologaciones y reportes sobre anemia, desnutrición e IMC en gestantes, los cuales remiten a la Dirección Regional de Salud de Ayacucho (Diresa) y al Ministerio de Salud (Minsa), integren la dimensión cultural en el diseño e implementación de sus intervenciones. Esto permitirá estrategias más contextualizadas y efectivas, especialmente en comunidades marcadas con prácticas religiosas y culturales.
2. Las políticas públicas deben considerar el factor económico, el factor cultural y religioso, con el objetivo de mejorar la salud materna y fetal. Esto implica no solo diseñar programas culturalmente pertinentes, sino también focalizar el apoyo económico hacia quienes realmente lo necesitan, optimizando el alcance de programas como JUNTOS y asegurando una distribución equitativa de recursos.
3. Para las gestantes que rechazan alimentos o suplementos ricos en hierro por razones culturales o malestar físico, se recomienda ofrecer alternativas alimentarias accesibles y compatibles con sus prácticas. Además, debe brindarse educación nutricional que respete sus creencias, evitando la imposición y promoviendo el diálogo intercultural.
4. Se sugiere establecer espacios de diálogo entre los especialistas de salud y los pastores, de ser necesario con la intermediación de profesionales en antropología u otros actores interculturales, a fin de evitar conflictos y malentendidos. Teniendo como objetivo, diseñar estrategias conjuntas que favorezcan embarazos saludables, respetando las creencias religiosas de las gestantes. Esta articulación contribuirá a reducir la resistencia a los tratamientos médicos y a fortalecer la confianza entre comunidad y el sistema de salud.

REFERENCIAS

- Aguilar, L. (2016). *Guía Técnica: Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud de la gestante y puérpera: Vol. Primera edición*. Ministerio de Salud; Instituto Nacional de Salud. <https://alimentacionsaludable.ins.gob.pe/sites/default/files/2017-02/GuiaGestanteyPuerpera.pdf>
- Alarcón, A., & Nahuelcheo, Y. (2008). Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas. *Revista de Antropología Chilena*, 40(2), 193–202.
- Almada, A., Ferrero, G., Lambert, V., Miranda, V., Grande, M., & Román, M. (2024). Análisis de la variedad en el consumo de alimentos en mujeres embarazadas según nivel socioeconómico y educacional de Córdoba. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 81.
- Amaya, E. (2018). *Relación de los hábitos alimentarios y el estado nutricional de las gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa II-2 Piura, mayo - agosto del 2018* [Tesis de titulación]. Universidad Nacional de Piura.
- Amaya, M. (2019). *Periodo intergenésico prolongado como factor de riesgo para parto pretérmino, Hospital Belén de Trujillo, 2014-2018*. Universidad Privada Antenor Orrego.
- Arellano, D., & Ruiz, J. (2020). *Conocimientos y creencias en relación a la alimentación durante el embarazo, en mujeres gestantes atendidas en el CMI Santa Luzmila II, junio - setiembre, 2020*. Universidad Privada del Norte.
- Avendaño, R., & Damaso, D. (2023). *Efecto del extracto de Beta vulgaris (betarraga), Medicago sativa (alfalfa) y Malus domestica (manzana) en gestantes con anemia ferropénica. Centro de Salud Santa Elena. Octubre 2022 - mayo 2023*. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.
- Bell, C. (1997). *Ritual: Perspectivas y dimensiones*. Oxford University Press.

- Bertrán, M. (2005). *Cambio alimentario e identidad de los indígenas mexicanos: Vol. Primera edición*. UNAM; Programa Universitario Nación Multicultural.
- Bertrán, M. (2006). Significados socioculturales de la alimentación en la ciudad de México. En M. Bertrán & P. Arroyo (Eds.), *Antropología y nutrición: Diálogos hacia una propuesta metodológica* (Primera edición, pp. 221–235). Fundación para la salud; UAM-Xochimilco.
- Bertrán, M. (2010). Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 387–411.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina* (J. Jordá, Trad.). Editorial Anagrama.
- Calderón, A., Calderon, J., & Mamani, A. (2021). Percepción cultural del “embarazo y parto”, en las comunidades campesinas del distrito Ayaviri-Puno. *Investigación Valdizana*, 15(3), 161–169.
- Calderón, M., Taboada, O., Argumedo, A., Ortiz, E., López, P., & Jacinto, C. (2017). Cultura alimentaria: Clave para el diseño de estrategias de mejoramiento nutricional de poblaciones rurales. *Agricultura, Sociedad y Desarrollo*, 14, 303–320.
- Carrasco, Z. (2024). *Factores socioeconómicos y cultura alimentaria asociados a anemia en gestantes. Centro de Salud de Huambocancha Baja. Cajamarca, 2024*. Universidad Nacional de Cajamarca.
- Casanova, J. (2000). *Religiones públicas en el mundo moderno* (M. Gutiérrez, Trad.). Promoción Popular Cristiana.
- Casanueva, E., Kaufer, M., Pérez, A., & Arroyo, P. (2008). *Nutriología médica*.
- Castillo, R., & Castillo, R. del P. (2024). *Creencias y prácticas sobre hábitos alimenticios en gestantes anémicas atendidas en la Micro Red de Salud Corrales - Tumbes 2023* [Tesis de titulación de Segunda Especialidad]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.
- Castro, L., Rincón, M., & Gómez, D. (2017). Educación para la salud: Una mirada desde la antropología. *Revista Ciencias de la Salud*, 15, 145–163.

- Centurión, D., Espinosa, J., Poot, J., & Cázares, J. (2003). *Cultura alimentaria tradicional de la región de la Sierra de Tabasco*.
- Céspedes, E. (2019). *Articulación biocultural: Un marco de referencia metodológica para estudios bioculturales* (Primera edición). Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas; Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica; Escuela de Ciencias Administrativas.
- Código de derecho canónico* (Primera edición). (1983). Santa Sede. https://mercaba.org/Codigo/sacrae_disciplinae_leges.htm
- Contreras, J., & Gracia, M. (2005). *Alimentación y cultura: Perspectivas antropológicas*. Editorial Ariel.
- Corbetta, P. (2010). *Metodología y técnicas de investigación social*. McGRAW-HILL; Interamericana de España S.A.
- Cordero, R., Rivilla, E., Díaz, D., Lucchetti, G., & Badanta, B. (2021). El papel de las creencias culturales en los patrones de alimentación y las prácticas alimentarias entre mujeres embarazadas: una revisión sistemática. *Nutrición Rev*, 79(9), 945–963.
- Correo. (2019, mayo 17). *32% de madres gestante sufren de anemia en la región*. <https://diariocorreo.pe/edicion/ayacucho/32-de-madres-gestante-sufren-de-anemia-en-la-region-887552/>
- Cristancho, D. (2017). *La conversión como fundamento de un proceso* [Tesis de titulación]. Universidad Pontificia Comillas.
- De la Torre, R., Ramírez, R., Juárez, N., & Patiño, M. (2020). Prácticas religiosas. En R. De la Torre, C. Gutiérrez, & A. Hernández (Eds.), *Reconfiguración de las identidades religiosas de México: Análisis de la Encuesta Nacional sobre Creencias y prácticas religiosas, Encreer 2016* (pp. 139–173). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; El colegio de la Frontera Norte.

- Del Pino, P., Mena, M., Torrejón, S., Del Pino, E., Aronés, M., & Portugal, T. (2012). *Repensar la desnutrición: Infancia, alimentación y cultura en Ayacucho, Perú*. Instituto de Estudios Peruanos; Acción Contra el Hambre.
- Descartes, R. (1977). *Meditaciones metafísicas con objeciones y respuestas* (V. Peña, Trad.). Ediciones Alfaguara S.A.
- Douglas, M. (1972). Descifrando una comida. *Dédalo*, 101(1), 61–81.
- Douglas, M. (1991). *Pureza y peligro: Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú* (E. Simons, Trad.). Siglo XXI.
- Durand, J. (2014). Coordinadas metodológicas. De cómo armar el rompecabezas. En C. Oehmichen (Ed.), *La Etnografía y el trabajo de campo en las ciencias sociales* (pp. 261–284). UNAM.
- Durkheim, E. (1968). *Las formas elementales de la vida religiosa* (I. Ludmer, Trad.). Editorial Schapire S.R.L.
- Eckstein, E. (1980). *Comida, personas y nutrición*. Editorial AVI.
- Encino, V. (2024). *Cultura alimentaria y significado simbólico en mujeres embarazadas: el caso del Barrio de San Pedro, Almoloya de Juárez, México*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Espinola, M., Sanca, S., & Ormeño, A. (2021). Factores sociales y demográficos asociados a la anemia en mujeres embarazada en Perú. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 86(2), 192–201. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262021000200192>
- Espinoza, L., & Mallqui, E. (2017). *Factores relacionados a los hábitos alimentarios en gestantes, Hospital Carlos LanFranco La Hoz, Puente Piedra, Lima, 2017*. Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo.
- Espitia, F., & Orozco, L. (2013). Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. *Médicas UIS*, 26(3), 45–50.

- FAO. (2017). *La nutrición y los sistemas alimentarios. Un informe del Grupo de alto nivel de expertos en seguridad alimentaria y nutrición del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial*.
- Farmer, P. (2003). *Patología del poder: salud, derechos humanos y la nueva guerra contra los pobres*.
- Fernández, E. (2021). *Hábitos alimentarios y factores socioculturales en gestantes. Una propuesta de educación nutricional en la ciudad de Melilla*. Universidad de Granada.
- Fernández, E., Luque, T., Moya, P., López, M., Gallardo, M., & Enrique, C. (2020). *Factores que influyen en los patrones alimentarios durante el embarazo en una sociedad culturalmente diversa*. 12(11).
- Fischler, C. (1995). *El (h)omnívoro: El gusto, la cocina y el cuerpo* (M. Merlino, Trad.). Editorial Anagrama.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar* (A. Garzón, Trad.; 1ra edición). Siglo XXI Editores Argentina.
- Frazer, J. (1981). *La rama dorada. Magia y religión*. Fondo de cultura económica.
- García, D. (2019). Obesidad, desnutrición y hábitos saludables en el embarazo. En D. Forero (Ed.), *Prevención de la enfermedad y la muerte en el embarazo y la primera infancia* (pp. 149–176). Fundación Universitaria Konrad Lorenz. <https://doi.org/10.14349/9789585234420>
- García, M., Pardío, J., Arroyo, P., & Arana, S. (2006). Organización familiar y social y diversidad de la dieta: Un estudio etnográfico en el estado de Aguascalientes. En M. Bertrán & P. Arroyo (Eds.), *Antropología y nutrición: Diálogos hacia una propuesta metodológica* (Primera edición, pp. 195–220). Fundación para la salud; UAM-Xichomilco.
- Garine, I. (1995). Los aspectos socioculturales de la nutrición (C. Salazar, Trad.). En J. Contreras (Ed.), *Alimentación y cultura: necesidades, gustos y costumbres: Vol. Primera edición* (pp. 129–169). Universitat de Barcelona.

- Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas* (A. Bixio, Trad.). Editorial Gedisa.
- Gonzales, G., & Paz, V. (2024). Impacto de la nueva definición de anemia por parte de la Organización Mundial de la Salud: el rol en investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. *Acta Herediana*, 67(1), 73–80.
- Goodman, A., & Leatherman, T. (1998). *Construyendo una nueva síntesis biocultural: Perspectivas político-económico sobre la biología humana*. University of Michigan Press.
- Guzmán, M. J., Guzmán, J., & Llanos de los Reyes-García, M. (2016). Significado de la anemia en las diferentes etapas de la vida. *Enfermería Global*, 15.
- Harris, M. (1999). *Bueno para comer: Enigmas de alimentación y cultura*. Alianza Editorial S.A.
- Hernán, C., & Lechtig, A. (1980). Programas para mejorar la nutrición de las mujeres embarazadas y madres lactantes. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 86(6).
- Hernández, A., Vargas, R., & Bendezu, G. (2019). Factores asociados a la calidad de la atención prenatal en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2).
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta edición). McGRAW-HILL; Interamericana Editores S.A.
- Hume, D. (1992). *Tratado sobre la naturaleza humana* (F. Duque, Trad.; 2da edición). Editorial Tecnos S.A.
- INEI. (2024). *El 37,8% de los nacimientos registrados se dieron mediante cesárea en el año 2023*.
- INEI. (2025). *Principales resultados de la pobreza monetaria, 2024*.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2013 Nacional y Departamental*.

- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). *Directorio Nacional de Centros Poblados. Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas: Vol. Tomo 2.*
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2024). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023 - Nacional y Departamental.*
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2025). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2024 - Nacional y Departamental.*
- Instituto Nacional de Salud. (2024a). *Anemia en gestantes. Mayo 2024 (Base Datos HIS).*
- Instituto Nacional de Salud. (2024b). *Anemia gestante. Julio 2024 (Base Datos HIS).*
- Jáuregui, Í. (2009). Prescripciones y tabúes alimentarios: El papel de las religiones. *Distribución y consumo*, 5–25.
- Jornada. (2024, mayo 4). *Más del 28 % de gestantes en la región sufre de anemia.* <https://jornada.com.pe/mas-del-28-de-gestantes-en-la-region-sufre-de-anemia/>
- La Santa Biblia* (Reina Valera). (2009). La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.
- Laín, P. (1985). *Antropología médica: Para clínicos.* Salvat Editores S.A.
- Locke, J. (1999). *Ensayo sobre el entendimiento humano* (E. O’Gorman, Trad.; 2da edición). Fondo de cultura económica.
- Lomnitz, L. (1975). *Cómo sobreviven los marginados: Vol. Primera edición* (Siglo XXI editores).
- López, A. (1993). *Textos de medicina náhuatl: Vol. Tercera edición.* Universidad Nacional Autónoma de México.
- López, L., & Contreras, J. (2020). Percepciones sobre la alimentación saludable y sus implicaciones en la cocina doméstica en un grupo de mujeres de Cataluña, España. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 22, 19–34. <https://doi.org/10.17533/UDEA.PENH.V22N1A02>

- López, R., Díaz, C., Bravo, L., Londoño, N., Salgado, M. del C., Camargo, C., & Osorio, E. (2012). Seguridad alimentaria y estado nutricional de las mujeres embarazadas, en Cartagena, Colombia, 2011. *Revista Salud Pública*, 14(2), 200–212.
- Magallanes, A., Limón, F., & Ayús, R. (2005). Nutrición de cuerpo y alma: Prácticas y creencias alimentarias durante el embarazo en Tziscaco, Chiapas. *Nueva antropología*, 19(64), 131–148.
- Martínez, J., Gutierrez, O., Rangel, H., Córdoba, J., Anaya, J., & Celis, D. (2022). Niveles de inseguridad alimentaria y características asociadas en mujeres gestantes de Colombia en el 2015. *SEMERGEN*, 48(6), 369–376.
- Martínez, R., Jiménez, A., Peral, Á., Bermejo, L., & Rodríguez, E. (2020). Importancia de la nutrición durante el embarazo. Impacto en la composición de la leche materna. *Nutrición Hospitalaria*, 37(2).
- Marzal, M. (2002). *Tierra encantada: Tratado de antropología religiosa de América Latina*. Editorial Trotta.
- Mauss, M. (1979). *Sociología y antropología* (Editorial Tecnos).
- Medina, A., & Mayca, J. (2006). Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(1), 22–32.
- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. En *Segundas jornadas de atención primaria de la salud* (pp. 451–464).
- Menéndez, E. (2018). Antropología médica en América Latina 1990-2015: una revisión estrictamente provisional. *Salud Colectiva*, 14(3), 461–481.
- Messer, E. (2006). Globalización y dieta: Significados, cultura y consecuencias en la nutrición. En *Antropología y nutrición: Diálogos hacia una propuesta metodológica: Vol. Primera edición*. Fundación para la salud; UAM-Xichomilco.

- Ministerio de Salud del Perú. (2017). *Norma Técnica de Salud n.º 130-MINSA/2017/DGIESP para la atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio*.
- Ministerio de Salud del Perú. (2024). *Norma técnica de salud n.º 213/MINSA-DGIESP-2024: Prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en el niño y la niña, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6166763/5440166-resolucion-ministerial-n-251-2024-minsa.pdf?v=1712758346>
- Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación, N. y V. S., & Subdirección de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. (2024). *Informe: Estado nutricional de gestantes que acceden a los establecimientos de salud del Ministerio de Salud. Informe Gerencial Nacional 2023*. <http://www.ins.gob.pe>
- Minjarez, M., Rincón, I., Morales, Y., Espinosa, M. de J., Zárate, A., & Hernández, M. (2014). Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas. *Perinatología y reproducción humana*, 28, 159–166. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000300007
- Mintz, S. (1996). *Dulzura y poder: El lugar del azúcar en la historia moderna* (L. Moles, Trad.). Siglo XXI editores S.A.
- Mintz, S. (2003). *Sabor a comida, sabor a libertad: Vol. Ira ed. español* (V. Schussheim, Trad.). Ediciones de la Reina Roja S.A.
- Mintz, S., & Du, C. (2002). La antropología de la alimentación. *Annual Review of Anthropology*, 31, 99–119.
- Moreno, A. (2016). *Antropología cultural del pueblo venezolano: Vol. Tomo 1*. Fundación Empresas Polar; Centro de Investigaciones Populares.
- Moreno, J. (2018). Papel de las organizaciones de consumidores en la alfabetización alimentaria de la población. *Nutrición Hospitalaria*, 35, 70–74. <https://doi.org/10.20960/NH.2130>

- Municipalidad Distrital de Quinua. (2015). *Plan de Desarrollo Concertado del distrito de Quinua al 2024*.
- Murillo, A., Baque, G., & Chancay, C. (2021). Prevalencia de anemia en el embarazo tipos y consecuencias. *Dominio de las Ciencias*, 7(3), 549–562.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Organización Mundial de la Salud, & Universidad de las Naciones Unidas. (2001, octubre 24). *Necesidades energéticas humanas: Informe de una consulta conjunta de expertos* *FAO/OMS/ONU*.
<https://www.fao.org/4/y5686e/y5686e00.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Informe de la nutrición mundial*.
- Organización Mundial de la Salud. (2024, marzo 1). *Desnutrición*. WHO.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- Organización Mundial de Salud. (2014). *Directriz: Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico durante el embarazo*.
- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2017). *Política sobre etnicidad y salud: 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana*.
- Oswald, U. (1991). *Estrategias de supervivencia en la ciudad de México: Vol. Primera edición* (UNAM-CRIM).
- Parejo, M. J. (2018). Diversidad alimenticia según las prescripciones religiosas: cuestiones jurídicas. *Ilu. Revista de Ciencias de las Religiones*, 23, 191–216.
<https://doi.org/10.5209/ILUR.61027>
- Peña, E. (2012). *Enfoque biocultural: Alimentación-nutrición y salud-enfermedad en Santiago de Anaya, Hidalgo* (Primera edición). Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Pérez, N., & Jaimes, E. (2014). *Determinantes sociales, estilos emocionales y embarazo adolescente en la ciudad de Bucaramanga*.
- Pérez, S. (2006). Percepciones y prácticas alimentarias de un grupo de mujeres en el México rural. En M. Bertrán & P. Arroyo (Eds.), *Antropología y nutrición*:

- Diálogos hacia una propuesta metodológica: Vol. Primera edición* (pp. 137–156). Fundación para la salud; UAM-Xichomilco.
- Plataforma del Estado Peruano. (2021, diciembre 28). *Hogares afiliados a programa Juntos recibirán incentivos económicos adicionales - Noticias - Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres - JUNTOS*. <https://www.gob.pe/institucion/juntos/noticias/572805-hogares-afiliados-a-programa-juntos-recibiran-incentivos-economicos-adicionales>
- Poulain, J.-P. (2019). *Sociologías de la alimentación: Los comensales y el espacio social alimentario: Vol. 1ra edición digital*. Editorial UOC.
- Prisma. (2018, febrero 23). *Cinco consecuencias graves de la anemia en los niños y las gestantes*. <https://www.prisma.org.pe/blog-ninos/cinco-consecuencias-graves-de-la-anemia-en-los-ninos-y-las-gestantes/>
- Puszko, B., Sánchez, S., Vilas, N., Pérez, M., Barretto, L., & López, L. (2017). El impacto de la educación alimentaria nutricional en el embarazo: Una revisión de las experiencias de intervención. *Revista Chilena de Nutrición*, 44(1).
- Real Academia Española. (s/f). *Diccionario de la lengua española (23.a ed.)*. Recuperado el 18 de junio de 2025, de <https://dle.rae.es/pueblo?m=form>
- Reyes, L. (1995). *Antropología de un volcán: Migración y nutrición en comunidades zoques, a diez años de la erupción del Chichonal* [Tesis de maestría]. Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Robbins, J. (2004). *Convertirse en pecadores: Cristianismo y tormento moral en una sociedad de Papúa Nueva Guinea* (Vol. 4). University of California Press.
- Rodríguez, C. (2023). *Impacto de creencias culturales en las prácticas alimentarias y el estado nutricional de gestantes del distrito de Alto Trujillo, 2023*. Universidad César Vallejo.
- Rodríguez, M. (2000). Costumbres y tradiciones en torno al embarazo y al parto en México virreinal. *Anuario de estudios americanos*, 57(2), 501–522.

- Salazar, C. (2014). *Antropología de las creencias: Religión, simbolismo, irracionalidad*. Fragmenta Editorial.
- Salinas, F., & Miñano, J. (2021). *Mitos y creencias alimentarias en gestantes atendidas en el Centro de Salud Alto Trujillo. El Porvenir - 2020*. Universidad Privada Antenor Orrego.
- Scheper, N. (1992). *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil: Vol. Primera edición* (M. Aramburu, Trad.). Editorial Ariel.
- Smith, R. (1972). *La religión de los semitas* (3ra edición). Editorial Cook S.A.
- Spedding, A. (2008). *Religión en los Andes: Extirpación de idolatrías y modernidad de la fe andina*. Instituto Superior Económico Andino de Teología.
- Suárez, A., & Gatti, I. (2019). Diversidad de prácticas religiosas en las villas de la ciudad de Buenos Aires. *Debates en Sociología*, 44, 119–143. <https://doi.org/10.18800/debatesensociologia.201701.005>
- Taípe, H. (2025). *Prescripciones y prohibiciones culturales contemporáneas en embarazadas en el pueblo quechua de Paccha en Vinchos, Huamanga, Ayacucho*. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.
- Taípe, N. (2018). *Socializaciones en el centro-sur andino* (Primera edición).
- Tambaco, J. (2020). *Hábitos alimentarios durante la gestación materna de mujeres Kichwas de la Comunidad de Ashambuela del Cantón Cotacachi. (Caso de estudio comparativo por edad entre dos grupos de mujeres)*. Universidad de Otavalo.
- Tello, N., Guzmán, D., Salazar, R., & Vásquez, D. (2004). Prevalencia de ascos y antojos alimenticios en la etapa temprana del embarazo en gestantes del Hospital Municipal Patronato San José. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 29(1), 28–41.
- Tullo, S. (1983). *Nuevo Diccionario de Espiritualidad* (E. Requena, A. Ortiz, J. Aguirre, E. Varona, & F. Ares, Trads.; 2da edición). Ediciones Paulinas.
- Unicef. (s/f). *Un buen inicio de la vida*.

- Usunáriz, J. (2021). La alimentación de la mujer en el embarazo, parto y puerperio en la España de la temprana Edad Moderna. *Hipogrifo*, 9(1), 673–699.
- Vásquez, C., & Gonzales, G. (2020). Situación mundial de la anemia en gestantes. *Nutrición Hospitalaria*, 36(4).
- Vela, C., & Ballesteros, C. (2011). La influencia de las creencias religiosas en el consumo: una aproximación desde las tres religiones del Libro. *Revista de las Facultades de Derecho y Ciencias Económicas y Empresariales*, 83–84(1), 361–392.
- Vidaña, E. (2021). *Importancia de la alimentación saludable en el embarazo. Una revisión*. Universidad de la Laguna.
- Villacreses, K. (2020). *Cultura alimentaria de las embarazadas y su influencia en el desarrollo de diabetes gestacional*. Universidad Estatal del Sur de Manabí.
- Villoro, L. (2008). *Creer, saber, conocer* (Decimoctava edición). Siglo XXI editores S.A.
- Wanden, C., Ermelinda, M., & Culebras, J. (2010). Conceptos y definiciones de la desnutrición iberoamericana. *Nutrición hospitalaria*.
- Washer, P. (2020). *Entendiendo la disciplina del ayuno*.
- Zea, K. (2022). *Beneficios y barreras del control prenatal en estado de emergencia por COVID-19 percibido por gestantes de Piura, 2022* [Tesis de titulación]. Universidad San Pedro.
- Zuckerman, M., & Martin, D. (2016). *Nuevas direcciones en la antropología biocultural*. Wiley Blackwell.

ANEXO

Anexo 1. Matriz de consistencia

Efectos de la cultura alimentaria según los ingresos económicos y la religión de las mujeres en el proceso de gestación en el pueblo de Quinua – Ayacucho, 2024		
Problemas	Objetivos	Hipótesis
¿Cómo influyen los niveles de ingresos económicos de las mujeres embarazadas, en el pueblo de Quinua, sobre los patrones de su cultura alimentaria y, por consiguiente, su proceso de gestación?	Determinar cómo influyen los niveles de los ingresos económicos de las mujeres embarazadas, en el pueblo de Quinua, sobre los patrones de su cultura alimentaria y, por consiguiente, su proceso de gestación.	La cultura alimentaria de las mujeres embarazadas con mayores ingresos económicos en el pueblo de Quinua se asocia con una menor incidencia de complicaciones gestacionales, como la desnutrición y la anemia, en comparación con las gestantes de menores ingresos económicos.
¿De qué manera las creencias y prácticas religiosas de las mujeres gestantes en el pueblo de Quinua afectan los patrones de su cultura alimentaria y, por consiguiente, su proceso de gestación?	Examinar de qué manera las creencias y prácticas religiosas de las mujeres gestantes en el pueblo de Quinua afectan los patrones de su cultura alimentaria y, por consiguiente, su proceso de gestación.	Las creencias y prácticas religiosas de las mujeres gestantes del pueblo de Quinua influyen significativamente en sus patrones de cultura alimentaria, lo que se asocia con una mayor prevalencia de complicaciones gestacionales entre ellos la desnutrición, la anemia, bajo peso al nacer, el parto prematuro y el retraso en el desarrollo fetal.

Nota. Elaboración propia.

Anexo 2. Instrumentos de investigación

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Objetivo: Recopilar información sobre los efectos de la cultura alimentaria según los ingresos económicos y la religión de mujeres en proceso de gestación en el pueblo de Quinua, Ayacucho.

Datos generales:

- Número de identificación de la participante:
- Edad:
- Estado civil:
- Nivel educativo:
- Ocupación:
- Religión:

Cultura alimentaria:

- Alimentos que consume con mayor frecuencia
- Principales fuentes de información sobre alimentación durante el embarazo

Proceso de gestación:

- Semana de gestación actual
- Ganancia de peso durante el embarazo
- Presencia de problemas de salud (anemia, preeclampsia, etc.)
- Percepción sobre el desarrollo del embarazo

Información socioeconómica:

- Ingreso familiar mensual aproximado
- Tipo de vivienda
- Acceso a servicios básicos

Creencias y prácticas religiosas:

- Presencia de símbolos, objetos o elementos religiosos en la vivienda o entorno de la participante
- Comportamientos, rituales o practicas alimentarias que parezcan estar relacionadas con creencias o afiliación religiosa

Observaciones complementarias:

- Actitud y disposición de la participante durante la entrevista
- Condiciones de la vivienda y entorno familiar
- Otros aspectos relevantes observados

GUÍA DE ENTREVISTA

Título de investigación: Efectos de la cultura alimentaria según los ingresos económicos y la religión de las mujeres en el proceso de gestación en el pueblo de Quinua – Ayacucho, 2024.

Buenos días, soy Cyntia Daniela Huaman Garcia, egresada de la Escuela Profesional de Antropología Social de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Estoy realizando una investigación sobre los efectos de la cultura alimentaria según ingresos económicos y creencias religiosas durante la gestación. Me gustaría hacerle algunas preguntas, y sus respuestas serán muy valiosas para comprender mejor este tema.

Preguntas introductorias:

1. ¿Cuál es su edad y estado civil?
2. ¿Cuál es su nivel de estudios y ocupación?
3. ¿Cuántas semanas de gestación tiene actualmente?

Cultura alimentaria:

4. ¿Cuáles son los alimentos que consume con mayor frecuencia durante el embarazo? ¿Por qué?
5. ¿Cuáles son los alimentos que dejó de consumir durante su embarazo? ¿Por qué?
6. ¿Dónde o de quién obtiene la información sobre la alimentación recomendada durante el embarazo?

Proceso de gestación:

7. ¿Ha tenido algún problema de salud durante el embarazo (anemia, preeclampsia, etc.)? ¿cómo se trató?
8. ¿Cómo ha sido la evolución de su peso y el desarrollo del bebé hasta el momento? ¿por qué?
9. ¿Cómo percibe el desarrollo general de su embarazo?

Situación socioeconómica:

10. ¿Cuál es aproximadamente el ingreso familiar mensual de su hogar?

11. ¿Cuenta su vivienda con los servicios básicos necesarios?
12. ¿Considera que su situación económica le permite acceder a una alimentación saludable durante el embarazo?

Creencias y prácticas religiosas

13. ¿De qué manera sus creencias o prácticas religiosas influyen en sus hábitos alimentarios durante la gestación? ¿Le dejan comer sangre? ¿carne roja? ¿cuy? ¿otros? ¿por qué?
14. Si es evangélica, ¿Durante su gestación, le hacen ayunar? ¿Cree que es bueno o le afecta a su bienestar?
15. ¿Considera que existen conflictos o tensiones entre las indicaciones médicas sobre alimentación en el embarazo y las tradiciones o prohibiciones de su religión? ¿Cómo maneja esa situación?
16. ¿Alguna vez ha recibido consejos o recomendaciones de líderes religiosos (pastores, sacerdotes, curanderos, etc.) sobre qué debe o no debe comer durante el embarazo? ¿Cómo los ha aplicado?

Preguntas de cierre:

17. ¿Hay algo más que considere relevante compartir sobre su experiencia de alimentación y proceso de gestación?
18. ¿Tiene alguna pregunta o comentario adicional?

Anexo 3. Copia del cargo de la solicitud presentada al Centro de Salud de Quinua

SOLICITO: ACCEDER A LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LAS GESTANTES
SEÑOR GERENTE DEL CENTRO DE SALUD DE QUINUA

S.G.

CYNTIA DANIELA HUAMAN GARCIA, bachiller de la Facultad de Ciencias Sociales de la Escuela Profesional de Antropología Social, identificada con DNI 74897344, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

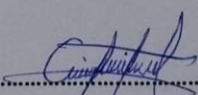
Que, siendo la realización de una tesis una modalidad para la obtención de mi título profesional, recorro a su digno despacho para **solicitar el acceso a las historias clínicas de las veinte gestantes** que participan en la mencionada investigación, titulada: *"Efectos de la cultura alimentaria según los ingresos económicos y la religión de las mujeres en el proceso de gestación en el pueblo de Quinua – Ayacucho, 2024"*. Cabe precisar que cuento con la autorización verbal de todas las participantes para este fin, garantizando el manejo confidencial de la información y el uso exclusivo para fines académicos. Para lo cual adjunto al presente lo siguiente:

1. El consentimiento con los nombres y firmas de las participantes.
2. Ficha de resumen de la investigación.

Por lo expuesto:

Ruego a usted acceder a mi petición.

Ayacucho, 14 de octubre de 2024.


CYNTIA DANIELA HUAMAN GARCIA
DNI: 74897344
Cel. 988589243

Anexo 4. Historias de vida de las mujeres gestantes del pueblo de Quinua

Las historias de vida se presentan en primera persona, respetando la forma en que las gestantes relataron sus experiencias durante las entrevistas, con el fin de preservar su voz y perspectiva.

Historia de vida – Informante 1

Edad: 16 años

Nivel socioeconómico: medio

Religión: católica

Edad gestacional: 3 meses

Relato:

Vivo en una casita de un solo piso donde cuento con luz y agua. En casa estamos mi pareja y yo. Él trabaja como ayudante de albañil, aunque no siempre hay trabajo. Cuando le va bien, llegamos al mes pasamos más de 800 soles al mes, pero cuando no hay trabajo apenas alcanza para lo básico. Yo por ahora no estoy trabajando, porque el embarazo me tiene algo débil.

Antes de quedar embarazada comía de todo sin pensar mucho, pero ahora me esfuerzo por alimentarme mejor. En mis platos trato de que haya verduras, carne, pollo o pescado, menestras, papa y maíz. Entre las verduras que más consumo están el haba, la arveja, el apio, la calabaza y el choclo; mayormente seco el choclo para hacer cancha o mote. En tubérculos consumo más la papa. En frutas consumo níspero, durazno y plátano. A veces compro carne, pollo o pescado.

Los domingos voy a la feria a comprar lo que me falta, como es costumbre por aquí, aunque a veces me preocupa no poder comprar todo lo que necesito.

Suelo comer cuatro veces al día: desayuno, almuerzo, una fruta a las tres de la tarde y la cena. En el centro de salud me dijeron que debo de comer variado para que mi bebé crezca fuerte, y hasta vi un cartel en la pared con los grupos de alimentos.

Hay algunas cosas que no puedo comer porque me dan náuseas. Por ejemplo, el olor del ajo me da muchas náuseas, y con la trucha no puedo ni acercarme. Pero fuera de eso como casi de todo, incluso mis antojos, como hamburguesas, salchipollo, tripitas, picarones o galletas. Mi mamá y mi suegra me aconsejan que coma lo que se me antoje, porque si no lo hago dicen que “se me puede venir mi bebito”, por eso les hago caso.

Escucho lo que me recomienda la doctora, pero también valoro los consejos de mi mamá y de mi suegra, porque ellas ya pasaron esta experiencia y ya saben. Hasta ahora no he tenido problemas de peso ni anemia, según los controles. A veces me preocupa ser tan joven, la doctora me dijo que puedo tener complicaciones durante el parto, pero confío en que todo saldrá bien.

Soy católica y voy a misa los domingos. En la Iglesia nunca escuché que haya alimentos que no pueda comer por religión, ni que deba ayunar estando embarazada. Solo le he estado pidiendo mucho a Dios para que mi bebé nazca sano y que no tenga complicaciones durante el parto. Siento que Él me acompaña y que no me va a dejar sola.

Historia de vida – Informante 2

Edad: 43 años

Nivel socioeconómico: bajo

Religión: católica

Edad gestacional: 9 meses

Relato:

Solo estudié hasta quinto de primaria, y ahora me mantengo vendiendo comida en el mercado gastronómico de Puca Rumi. A veces, bajo a Huamanga para vender yuyo, chuño y sangrecita en las afueras del mercado Magdalena. Mi ingreso al mes es aproximadamente unos 600 soles, pero no es suficiente ya que tengo otros hijos que están en la escuela y varios gastos que cubrir. Soy madre soltera, aunque si recibo apoyo del Programa Juntos, y eso me ayuda a alivianar los gastos que tengo.

Cuando cocino en casa preparo sopas o algún segundo. Trato de consumir verduras y frutas, porque la doctora me dijo que son buenas durante el embarazo. Pero las menestras casi no las como porque me caen pesadas y me dejan el estómago mal. La carne, el pollo, el pescado, el queso, la mantequilla y la leche solo los compro cuando tengo un poco más de dinero.

He dejado de comer alimentos como la calabaza, el olluco y el chuño porque mi mamá me dijo que son alimentos “fríos” y que podrían hacerle daño al bebé, afectando sus órganos o causándole dolor. A medida que avanza mi embarazo, evito el chocolate y no camino mucho por miedo a que se me adelante el parto.

Agradezco que, al menos, puedo comer bien, porque sé que hay mujeres que sufren náuseas durante el embarazo y casi no pueden comer. Reconozco que, a pesar de que trato de comer tres veces al día, durante los primeros meses no me alimentaba bien lo que me llevó a tener bajo peso, según el diagnóstico que me dieron en el centro de salud. Desde entonces he tratado de comer un poco más y ya he subido algo.

Sin embargo, hace poco me diagnosticaron preeclampsia y por mi edad me dijeron que tengo más riesgo. Por eso me han derivado al Hospital Regional de Ayacucho, donde me dieron tratamiento y voy a mis controles más seguido y así no me pase nada a mí ni a mi bebé al dar a luz.

Soy católica. Cuando era niña, recuerdo que mi mamá me enseñaba que durante la Semana Santa se debe de ayunar el Miércoles de Ceniza como una forma de preparación para la Semana Santa, de igual manera el Jueves Santo y el Viernes Santo como una forma de compartir el sufrimiento de Jesús. En esos días y el Sábado Santo también evitamos comer carne porque si llegamos a comerla es como si estuviéramos comiendo el cuerpo de Cristo, lo que sería un pecado. Pero lo reemplazamos comiendo pescado o algún segundo con lo que tengo en mi casa. Hasta el día de hoy, continúo practicando estas tradiciones con mi familia, así le enseño a mis hijos también, incluso durante el embarazo.

He orado mucho porque mi embarazo no me está yendo como quisiera y siento que Dios me da fuerzas, confío en que todo saldrá bien con mi bebé.

Historia de vida – Informante 3

Edad: 27 años

Nivel socioeconómico: bajo

Religión: católica

Edad gestacional: no tuvo parto prematuro (9 meses)

Relato:

No trabajo porque estoy por cumplir los nueve meses de embarazo. En todo este proceso cuento con el apoyo de mis padres, ellos me ayudan bastante, y también recibo la ayuda del Programa Juntos, con eso compro lo indispensable como arroz, azúcar, fideos y aceite, o sea me sirve mucho para cubrir algunas de mis necesidades. Pero, hubo meses en los que me suspendieron el apoyo económico del programa y fue difícil.

Mi alimentación se basa, sobre todo, en lo que sembramos en la chacra de mis padres. Allí cultivamos papa, haba, choclo, apio, *yuyo*, zapallo, quinua, oca y mashua. Son alimentos que siempre comimos desde chicas y me siento agradecida de poder tenerlos a la mano. Lo que no conseguimos en casa, lo compro en la tienda o en la feria dominical, donde siempre hay algo fresco.

Con lo que tenemos preparo sopas, guisos, tortillas y también platos sencillos como papa sancochada con queso o con huevo. Trato de comer tres veces al día: desayuno, almuerzo y cena. A veces me preocupa no tener mucha variedad, porque el dinero no alcanza para todo, pero hago lo posible por alimentarme bien.

Durante mi embarazo, dejé de comer menestras porque me caen pesadas. También evito el hígado, el chicharrón y la sangrecita, esto no porque sea evangélica, sino que su olor me provoca náuseas. También, mi mamá con su experiencia me aconseja qué alimentos debo de comer y cuáles no debo de comer, y eso me hace sentir más tranquila y segura.

Cuando tenía cinco meses de embarazo empecé a sentir que mi vientre se ponía duro y me dolía bastante, el dolor se extendía hasta la cintura. Estuve así varios días, aguantando, porque pensé que me iba a pasar solo. Pero al quinto día el dolor era insoportable por eso decidí ir al centro de salud. La doctora me tocó mi vientre y luego me hizo una ecografía, me dijo que la razón de porque me dolía era porque mi bebé

estaba mal posicionado y que vuelva de dos semanas porque moviéndose el bebé solito podría acomodarse, pero me iban a hacer cesárea. Al volver a casa, le conté a mi mamá, ella me dijo que fuéramos donde una partera para que me “arregle la posición de mi bebé” porque de seguir así podría morir asfixiado con su cordón umbilical o tendría un parto complicado. Por eso fuimos, gracias a eso luego me sentí mejor, incluso la doctora me realizó una segunda ecografía y confirmó que la posición de mi bebé ya estaba correcta. Y tuve a mi bebé por parto normal, nació con 3.200 kg.

En cuanto a mi religión, soy católica y ello no influye en mi alimentación. El “padre” no me ha dado consejos sobre qué debo de comer o no, pero sí recuerdo las enseñanzas de mi familia sobre la importancia de alimentarse bien, especialmente cuando una está esperando un hijo. Sin embargo, siento que mi fe me da fuerza y calma en momentos de dificultad. Solo que no tengo una buena economía, pero estoy decidida a hacer lo mejor para mi hijito.

Historia de vida – Informante 4

Edad: 24 años

Nivel socioeconómico: bajo

Religión: católica

Edad gestacional: parto prematuro (8 meses)

Relato:

Soy madre soltera y, para solventar mis gastos, en las noches vendo tripitas. Tengo una proveedora en el Mercado Nery García, y si no hay tripitas, vendo picarones frente al paradero de combis. Con esto, puedo llegar a ganar aproximadamente 650 soles al mes.

Mi alimentación es bastante variada; como de todo: verduras, tubérculos, cereales y menestras, e incluso disfruto de mis antojitos. La única excepción es que he dejado de tomar cerveza en las fiestas. En la posta, la obstetra me brinda información sobre lo que debo comer para asegurarme de que mi hijo nazca sano. Sin embargo, cuando tengo dudas sobre algún alimento, suelo buscar en mi celular; siempre digo que “Google sabe todo, ¿no? Jajaja”. También hablo con mujeres mayores que yo que

ya son madres, ya que quiero asegurarme de comer bien y evitar complicaciones al momento de dar a luz.

En mi comunidad, hay ciertas tradiciones que valoran el consumo de sopas y platos preparados con ingredientes frescos de la chacra, consideramos que eso es una alimentación saludable. Sin embargo, mis ingresos limitados me hacen priorizar alimentos que son más accesibles.

Durante mis chequeos, la obstetra no me ha mencionado complicaciones como anemia o desnutrición, pero sí me dijo que tengo obesidad. A pesar de que he estado buscando información sobre un buen embarazo, mi trabajo vendiendo tripitas y picarones a veces me lleva a antojarme y a comer más de lo que debería, lo que creo que ha contribuido a mi aumento de peso. La nutricionista me ha explicado que debo tener una dieta variada y equilibrada. Aunque puedo seguir preparando sopas, me recomendó que en cada plato incluya verduras y que reduzca las comidas grasosas. También debo tomar sulfato ferroso y ácido fólico para asegurar un buen desarrollo para mi bebé. Hasta ahora, podría decir que mi embarazo ha sido regular, aunque me preocupa cómo el aumento de peso podría afectar el parto.

Y si afectó mi peso a mi bebé, porque nació prematura. La doctora me explicó que la obesidad durante el embarazo es una de las causas para que el bebé nazca con bajo peso, mi bebita nació con 2.400 kg.

Soy católica, y el padre de la parroquia no me ha prohibido comer ni me ha recomendado ayunar. Durante la misa, nunca se ha hablado de restricciones alimentarias. Por eso, mi religión no influye en mi alimentación, aunque me brindó apoyo emocional en ese momento tan importante de mi vida.

Historia de vida – Informante 5

Edad: 48 años

Nivel socioeconómico: bajo

Religión: católica

Edad gestacional: 5 meses

Relato:

Soy madre soltera. Para poder solventarme, durante los primeros meses de mi gestación bajaba a Huamanga a vender papa y verduras que cosecho en mi chacra. En un día gano entre 45 y 55 soles, aunque no todos los días se vende igual. Generalmente bajo a vender al mercado Nery García los lunes, miércoles y viernes, y los domingos vendo aquí mismo, en la feria del pueblo. Ahora ya no estoy bajando mucho, porque mi embarazo es de riesgo, y por eso estoy recibiendo el apoyo de mis hermanas.

Aun así, siento que me alcanza para mi alimentación, aunque tengo otros gastos y también la educación de mi hijo. En parte es porque recibo el apoyo del Programa Juntos. Antes de ingresar a Juntos, estaba en el PVL. Ahí me daban kiwicha con quinua y leche Gloria, y con eso preparaba mi desayuno. Para el almuerzo y la cena uso principalmente las verduras que cosecho en mi chacra y la papa; solo algunas cositas compro en la tienda, o a veces, después de vender, compro algo más en Huamanga o aquí mismo. Como de todo, pero natural. Incluso, lo que siembro y cosecho no le pongo químicos, porque quiero que mi hijito nazca sanito y fuerte.

Desde que supe que estaba embarazada, en las fiestas dejé de tomar bebidas alcohólicas y tampoco consumo comidas “chatarras”, como la hamburguesa. También trato de seguir las indicaciones médicas que me da la doctora del centro de salud, todo para poder llevar un buen embarazo. Como te comenté, estoy considerada como embarazo de riesgo. Eso me explicó la doctora, porque me embaracé después de bastante tiempo de mi primer embarazo; han pasado 11 años. Además, también hay riesgo por mi edad. Aun así, por ahora estoy llevando bien mi embarazo. Mi peso está bien y no tengo otra complicación, fuera de lo que ya te he contado.

Con respecto a si mi religión me prohíbe comer algún alimento, no. Soy católica y nunca he escuchado que exista alguna prohibición en ese sentido.

Historia de vida – Informante 6

Edad: 32 años

Nivel socioeconómico: bajo

Religión: católica

Edad gestacional: 5 meses

Relato:

Soy soltera. Trabajo en lo que puedo. Vendo comida en el mercadillo gastronómico de Quinua y, cuando me dicen para ayudar cosechando, también voy. Entre ambas cosas gano aproximadamente entre 550 y 600 soles al mes, y además cuento con el apoyo del Programa Juntos. Para mi alimentación hago lo posible, porque también tengo otros gastos que cubrir.

Desde que estoy embarazada como más de lo que comía antes, incluso el doble o hasta el triple. Eso lo hago porque he escuchado a mi mamá, cuando estaba embarazada de mi hermana menor, que así el hijo nace sano y fuerte, por eso ahora como más. Por ejemplo, antes comía un solo plato de sopa; ahora como dos, cuando el almuerzo es solo sopa. Y si como sopa y segundo, al segundo siempre le pongo más cantidad.

También mis vecinas, cuando se enteraron de mi embarazo, me dijeron que hay algunos alimentos que no se deben comer para que el bebé no nazca con alguna malformación o alteración, y para que a mí no me duela el estómago. Por eso evito comer frutas ácidas, como la mandarina y la naranja, tampoco tomo agua de ajeno ni *yawarsuqu*, porque son amargos y dicen que pueden provocar aborto.

En el centro de salud sí me hablaron sobre la alimentación, pero también practico lo que vi cuando mi mamá estaba embarazada de mi hermana menor, y lo que me aconsejan mis vecinas, porque ellas ya tienen experiencia. La obstetra me dijo que tengo obesidad y que eso es malo para mi bebé, y también que tengo presión alta. Pero no me dijeron nada sobre anemia ni desnutrición. Por eso diría que mi embarazo, hasta ahora, no es ni bueno ni malo, sino regular.

Como me han diagnosticado obesidad y presión alta, trato de seguir las indicaciones médicas, junto con lo que aprendí de mi mamá y lo que me dicen mis vecinas. Pero no he recibido recomendaciones alimentarias desde la religión, ni el “padrecito” me ha prohibido algún alimento; tampoco en la misa han hablado de ayunos o de restricciones por el embarazo.

Historia de vida – Informante 7

Edad: 42 años

Nivel socioeconómico: medio

Religión: católica

Edad gestacional: parto prematuro (8 meses)

Relato:

Vivo con mi conviviente. Yo soy ama de casa y es mi pareja quien trabaja; al mes gana aproximadamente 800 soles. Al costado de mi casa vive mi suegra. Tenemos luz, pero el agua la recogemos de un caño que está afuera. La almacenamos en bidones grandes y de ahí la usamos para todo: para la higiene, para lavar la ropa y para cocinar. El agua no llega todos los días, sino interdiario: lunes, miércoles, viernes y domingo.

Hasta el segundo mes de mi embarazo no comía como debía, porque casi todo me provocaba náuseas y en ocasiones vomitaba. Después del segundo mes empecé a comer un poco más, sobre todo sopas, porque los segundos todavía me seguían dando náuseas. Las sopas que preparaba llevaban verduras como apio, zapallo y zanahoria; algunos días les ponía poro, además de fideos y pollo o gallina.

Cuando voy a la casa de mi mamá, o cuando ella viene a la mía, me trae pescado. Ella me dice que el pescado hace que los niños nazcan más inteligentes, por eso como chilcano y pescado frito de manera interdiaria. Los días que no como pescado, me preparo una sopita.

Desde que supe que estaba embarazada dejé de comer algunos alimentos, como las menestras, la carne, la leche, la papa, el ají, el café y los mates de menta. La carne, la leche, los mates y la papa, solo con su olor o al intentar comerlos, me provocan náuseas. Además, me dicen que las menestras son pesadas y pueden provocar dolores de estómago, y que el ají y el café pueden causarme dolor y hacer que el bebé nazca con puntos rojos o con alguna malformación. Eso es lo que me han dicho mi mamá y mi suegra.

Como durante los primeros meses de mi embarazo no comía bien, en el centro de salud me dijeron que tenía bajo peso y me dieron una dieta. También tomé vitaminas, y con eso me recuperé; ahora ya estoy bien de peso. Sin embargo, ahora

tengo otro problema. Por eso me han referido al Hospital Regional de Ayacucho, porque estoy en riesgo. La doctora me dijo que mi parto se puede adelantar; eso también me lo dijeron cuando me hicieron una ecografía. He salido embarazada después de siete años, que es la edad que tiene mi hija menor.

Esta situación me asusta un poco. Incluso cuando voy a Huamanga, en las curvas o cuando la combi pasa por esos fierros que han puesto en la carretera para que despierten a los choferes, siento dolor en el vientre o se me pone duro. A la vez, me preocupa que se me pueda romper la fuente en cualquier momento. Y eso pasó justo cuando estaba lavando ropa, felizmente mi mamá estaba a mi lado y rápido me llevó al Centro de Salud y me llevaron en ambulancia a Huamanga. Al dar a luz a mi bebito le pusieron en la incubadora porque sus órganos faltaban desarrollarse.

Si hablamos de religión, mi religión no influye en lo que como o en lo que dejo de comer durante mi embarazo. Tampoco practico ayunos. Yo sigo las indicaciones que me da la doctora, junto con lo que me aconsejan mi mamá y mi suegra.

Historia de vida – Informante 8

Edad: 21 años

Nivel socioeconómico: bajo

Religión: evangélica

Edad gestacional: 3 meses y 3 semanas

Relato:

Vivo con mi esposo. Él no más trabaja de lo que sale, a veces en la chacra, a veces en techos. Hay días que no hay trabajo y no hay dinero para comprar casi nada. Entonces a veces solo comemos guiso de brócoli, y otras veces sí podemos poner carne o pollo. Todo depende de lo que él consiga un día antes o ese mismo día. Al mes llegaremos a algo de 700 soles.

En mi casa cocino sopitas o algunos segunditos. Para eso uso todo tipo de verduras como zapallo, apio, zanahoria, perejil, coliflor, brócoli, calabaza, espinaca,

tomate y cebolla. También como frutas: plátano, níspero, a veces hago agüita de níspero, y manzana. Además, como huevo sancochado con papa, entre otras cosas.

Lo que sí he dejado de comer o tomar es café, atún, gaseosa, menestras y mates amargos como el de ajeno. Eso lo he dejado porque puede hacerle daño a mi bebé; así me lo dijo mi mamá, y yo le hago caso porque ella ya tiene experiencia y sabe.

También trato de hacer caso a la doctora, sobre todo porque tengo bajo peso y llegué a tener anemia moderada. En parte, eso ha sido porque no me estoy alimentando como debería. En mi casa mi mamá se preocupa bastante por mi alimentación, pero cuando estoy en la calle, a veces veo alguna “chatarrita” y se me antoja; entonces compro y como.

En el centro de salud, la doctora me preguntó cómo era mi alimentación y, cuando le conté, me explicó que estaba comiendo mal y que eso era la causa de mi bajo peso y de la anemia. Por eso me dieron una dieta rica en hierro y me indicaron que tome sulfato ferroso, ácido fólico y vitaminas, para poder mejorar. Cuando le pregunté a la doctora qué alimentos ricos en hierro debía comer, me mencionó la sangrecita, el hígado, la morcilla y el yuyo. Pero no creo que pueda hacerle caso en todo, porque desde que me hice evangélica el pastor me explicó que no debo comer alimentos hechos de sangre como la sangrecita y la morcilla, así como la carne de chanco. Comer eso sería pecado, porque así lo dice la Biblia. Además, practico el ayuno, sobre todo los domingos. Pero, cuando le dije sobre esto a mi pastor, él me dijo que podría comer hígado o bazo, que por eso lo puedo reemplazar, aunque no lo como porque no me gusta.

Ahora que me preguntas si he tenido algún conflicto entre las indicaciones médicas y mi religión, creo que sí he tenido un poco de conflicto, o a veces no sabía qué hacer. Por un lado, quiero que mi hijo nazca bien y sano; pero, por otro lado, también siento que debo cumplir lo que dice la Biblia, porque si no sería pecado.

Por ahora diría que mi embarazo es regular. Me siento débil, a veces tengo náuseas y también mareos.

Historia de vida – Informante 9

Edad: 36 años

Nivel socioeconómico: bajo

Religión: evangélica

Edad gestacional: 6 meses

Relato:

Me solvento vendiendo comida junto a mi mamá, también me voy a ayudar a la chacra cuando me dicen. Al mes gano aproximadamente entre 600 y 650 soles. Ese dinero no me alcanza mucho, porque tengo otros gastos; en parte me ayuda el apoyo que recibo del Programa Juntos. Además, algunas personas, World Vision o en días festivos como Día de la Madre, me regalan productos como dos kilos de arroz, dos o tres bolsas de lentejas o frejoles (de un kilo) e incluso tarros de leche. Guardo esos productos y los complemento con lo que recibo después de ayudar a cosechar en las chacras de mis vecinos. Por las mañanas preparo avena con pancito para desayunar con mi hijita, para el almuerzo hago lentejitas; y así cocino con lo que tengo en casa. Me gustaría que en mis comidas haya pollo, pero solo puedo comprarlo en algunas ocasiones.

Es decir, trato de comer variado, pero hay algunos alimentos que no consumo. No como sangrecita ni morcilla, ni tomo cerveza, porque según la Biblia no debemos comer esos alimentos hechos con sangre ni consumir alcohol. Tampoco como menestras, porque son pesadas y producen gases; ni ají, porque dicen que puede hacerle daño a mi bebé. Evito también la mandarina, la naranja y la piña, porque son ácidas; y la col, porque llena gases, igual que las gaseosas. Mi mamá me ha dicho que no solo yo me lleno de gases, sino que eso también le puede afectar a mi bebé.

Tengo una hija y ahora que estoy embarazada de seis meses. En el centro de salud, la doctora me dijo que para mi semana de gestación estoy en bajo peso y que además tengo riesgo de aborto. Incluso tengo el antecedente de un embarazo anterior que se perdió, y por eso me han referido al Hospital Regional de Ayacucho.

Pero creo que mi religión no influye en toda mi alimentación, solo que no consumo alimentos hechos con sangre, porque eso sí está prohibido y en la Biblia lo dice claramente en Levítico. En una ocasión le conté a mi pastor que la doctora me dijo que tengo riesgo de aborto y que debo tener mucho cuidado, incluso al caminar. Él, junto con los demás hermanos de la iglesia, han orado por mí.

También practico el ayuno. Ayuno todos los domingos y, cuando tengo algún problema, ayuno por lo menos dos días seguidos.

Así que podría decir que sobre mi alimentación recibo información de mi mamá y de la doctora, y también de mi pastor, quien me dice que debo de alimentarme bien. Pero este embarazo sí se me está haciendo difícil. Solo espero que no nos pase nada, ni a mí ni a mi bebito. Confío en que Dios nos va a proteger.

Historia de vida – Informante 10

Edad: 18 años

Nivel socioeconómico: bajo

Religión: evangélica

Edad gestacional: parto prematuro (7 meses)

Relato:

Vivo con mi pareja. Él es quien trabaja y yo soy ama de casa. Al mes gana aproximadamente a 700 o 730 soles. Con eso tratamos de cubrir nuestros gastos.

Sobre mi alimentación, desde que estoy gestando en el centro de salud me han explicado cómo debería de comer y me han hablado del valor nutricional de los alimentos. Sin embargo, en la práctica casi solo como sopitas de verduras y frutas, porque el resto de las comidas me provoca náuseas. Hay alimentos que he dejado de comer por completo, como el ajo, las menestras, la carne, el pollo, el yuyo, la sangrecita, el hígado, el huevo, entre otros, porque solo con olerlos me dan náuseas o me hacen vomitar.

La doctora me dijo que tengo bajo peso, también me diagnosticaron anemia, desnutrición y tengo la probabilidad de tener desprendimiento prematuro de placenta. A pesar de que he tratado de comer “bien”, no he logrado mejorar. Además, no estoy tomando el sulfato ferroso ni el ácido fólico, porque me provocan náuseas y las pocas veces que los he tomado he terminado vomitando.

Por todo eso, mi embarazo lo he pasado mal porque mi hijito nació prematuro y con bajo peso (2.200 kg), además la doctora me dijo que tiene anemia.

Soy evangélica y considero que mi religión no influye en lo que debo comer o dejar de comer. Sin embargo, sí fui a mi iglesia para pedirle a Dios que mi bebé nazca bien y esté sano. También ayuno cuando tengo problemas; por ejemplo, ayuné cuando mi pareja se enfermó, y fue por un máximo de tres días.

Aun así, creo que no tuve conflictos entre lo que me dice la doctora y lo que me dice mi religión. Sí he recibido consejos de mi pastor y le hago caso, porque todo está en la Biblia y no podemos desobedecer lo que en la Biblia esta.

Historia de vida – Informante 11

Edad: 43 años

Nivel socioeconómico: bajo

Religión: no se identifica con ninguna religión

Edad gestacional: su hija nació cuando tenía 8 meses y 2 semanas

Relato:

Vivo en la casa de mi mamá y no tenemos agua allí. Cuando llega el agua, que es de un caño público, la recogemos en bidones y la guardamos para cocinar, lavarnos la cara y las manos, y para otros usos necesarios.

Trabajo vendiendo tajadas de sandía, papaya y piña. También vendo cancha y chicha, ya sea en Quinua, en Huamanga o cuando me voy a las fiestas patronales. A veces fío y no me pagan; en parte es porque me olvido cuánto me deben, ya que no sé leer ni escribir y no anoto. Por eso mi hija mayor me ayuda a vender. Como en toda venta, hay días buenos y días malos. Al día gano entre 20 y 25 soles. También me ayuda el dinero que recibo del Programa Juntos. Con ese dinerito compro mis alimentos y cubro otras necesidades. En algunas ocasiones, cuando ayudo a cosechar en la chacra, me regalan verduras y papa.

Cuando cocino sopa o segundo, utilizo principalmente verduras y tubérculos. Por ejemplo, preparo *yuyo*, picante de brócoli que es parecido al *yuyo*, guiso de coliflor, guiso de brócoli, tallarines con haba, y estofado de pollo cuando algún día anterior me fue bien en las ventas. De frutas consumo sandía, papaya y piña, que son las mismas

que vendo, además de plátano y uva. La leche se la doy a mis hijas cuando nos regalan, ya sea algunas personas o cuando la municipalidad entrega canastas, como en el Día de la Madre, Navidad u otras fechas importantes. Yo no tomo leche porque no me gusta. El pollo y la carne los consumo poco, más que nada en sopas, estofados o secos, porque soy madre soltera y el dinero no alcanza. A veces mi hermana mayor me trae pescado o cuy y lo frío para que comamos.

Desde que estoy embarazada dejé de poner limón a mis comidas, no comía ceviche y tampoco tomo café. Eso porque lo ácido hace daño al bebé, y mi mamá me dijo que no debía tomar café porque podría hacerle daño a mi hija.

Creo en Dios, pero no voy a la Iglesia ni soy evangélica. Considero que eso no influye en mi alimentación. Pero, ha habido días que no he comido porque el dinero no me alcanza, y esos días cocino con lo poquito que tengo en casa y le doy a mis hijas, y cuando me preguntan por qué no como con ellas, les digo que yo ya comí.

Mi embarazo no ha sido bueno. No ganaba peso y además tengo anemia y desnutrición. Por eso la obstetra me derivó a nutrición, para que me indiquen qué debo comer para recuperarme, y también me dieron suplemento de sulfato ferroso. Sin embargo, a veces me olvidaba de tomarlo y, además, su olor me provoca náuseas.

En parte, podría decir que mis embarazos anteriores también fueron difíciles. Mis hijas nacieron con bajo peso y con anemia, y hasta ahora mi hija menor, que tiene dos años, sigue teniendo anemia.

También he tenido conflictos con la alimentación entre lo que me dice la doctora para poder mejorar y con mis síntomas por mi embarazo. Por ejemplo, cuando la doctora me dijo que tenía anemia y parte del tratamiento era tomar sulfato ferroso y comer sangrecita, morcilla e hígado, pero a mí no me gusta, y solo con olerlo me da náuseas. A mis hijas tampoco les gusta.

Sobre mi alimentación durante el embarazo, he recibido indicaciones de la obstetra, de la nutricionista, de mi mamá, de mi hermana mayor y también de mis vecinas.

Historia de vida – Informante 12

Edad: 46 años

Nivel socioeconómico: alto

Religión: evangélica

Edad gestacional: para diciembre de 2024 su hijo nació con bajo peso y desnutrición (cumplió los 9 meses)

Relato:

Tengo mi tiendita y, al día, cuando no hay mucha venta, gano alrededor de 30 soles; y cuando hay algo más de venta, llego a ganar hasta 40 soles. Abro de lunes a sábado y con eso nos solventamos. En general, sí me alcanza para mi alimentación, aunque durante los primeros meses de mi embarazo no podía comer casi nada porque todo me daba náuseas. Recién ahora puedo comer un poco más. Principalmente consumo sopitas de verduras, *saralawa* y estofado de pollo. Las comidas más elaboradas todavía me provocan náuseas.

Lo que sí no tomo ni como son las bebidas alcohólicas, el café, la sangrecita, la morcilla, el cuy y el hígado. Soy evangélica y, para mí, mi religión no influye en mi alimentación. Sin embargo, tanto en el centro de salud como mis vecinas me han dicho que no comer sangrecita, que contiene bastante hierro es muy importante durante el embarazo, puede hacer que una se desnutra.

Con respecto al ayuno, sí ayuno todos los domingos, y también lo hice cuando mi hijo mayor estaba enfermo. En este sentido, recibo consejos sobre mi alimentación de mi pastor. Además, en la Biblia se nos indica qué alimentos no debemos consumir y también que debemos ayunar.

En el centro de salud me han dicho que tengo bajo peso para la semana de gestación en la que estoy. Eso es porque no comí bien durante los primeros meses del embarazo; incluso solo con oler la comida me daban náuseas y muchas veces solo tomaba agua. También me han diagnosticado anemia.

Creo que cuando estaba embarazada de mi hijo mayor tampoco me alimenté bien. Él nació con bajo peso, era bien flaquito y tenía desnutrición. Ahora mi hijo es bien enfermizo; con cualquier cosa se enferma rápido, hasta una gripe le da fuerte y lo

tumba en la cama. Yo pienso que eso es porque nació flaquito y no estuvo bien alimentado desde el embarazo.

Historia de vida – Informante 13

Edad: 43 años

Nivel socioeconómico: alto

Religión: católica

Edad gestacional: 9 meses

Relato:

Mi esposo gana al mes alrededor de 1 500 soles, y eso lo complementamos con lo que yo gano en mi grass sintético. Al mes yo llego aproximadamente a entre 600 y 650 soles, aunque depende, porque a veces hay bastante gente y otras veces no. Antes tenía más clientes, pero ahora ha bajado, porque la municipalidad también ha hecho un grass sintético.

Con respecto a mi alimentación, como variado. Como de todo y hasta un poco más de lo normal, porque ahora estoy comiendo por mi bebito también. A veces, cuando estoy por el paradero de combis, se me antoja comer tripitas, panchitos o salchipollo, y me los compro. Dicen que cuando una está embarazada y no come lo que se le antoja, el hijo se puede venir, por eso trato de no quedarme con las ganas.

Desde que me enteré que estaba embarazada dejé de comer frutas cítricas y de tomar bebidas alcohólicas, porque pueden hacerle daño al bebé o hacer que nazca con puntitos rojos. También dejé el ají, porque es caliente y calienta el cuerpo; cuando ya estás con 17 o 20 semanas de gestación eso es peligroso, porque corres el riesgo de que el bebé nazca antes o en cualquier momento. De la misma forma, evito las menestras y la col, porque llenan de gases, si los comemos, pueden hacerles daño a nuestros hijos, y eso algunos doctores no siempre entienden.

En cambio, con respecto a tomar el sulfato ferroso, el ácido fólico y hasta el calcio que nos dan o nos recetan en el centro de salud, sí los tomo. Lo hago porque es para que mi hijo nazca bien y sin complicaciones. Por eso sigo las indicaciones

médicas tanto de la obstetra como de la nutricionista, sobre todo en cómo debo distribuir mejor los alimentos en el plato.

En cuanto a mi religión, soy católica. Como variado, como ya te he dicho, y no practico ayunos, porque considero que eso le haría daño a mi hijito.

La obstetra del centro de salud me dijo que estoy bien de peso y que mi hijito también está bien. No tengo otros problemas de salud. Así que podría decir que, hasta ahora, mi embarazo está yendo bien.

Historia de vida – Informante 14

Edad: 30 años

Nivel socioeconómico: medio

Religión: evangélica

Edad gestacional: 9 meses

Relato:

Soy ama de casa y mi esposo es quien trabaja. Al mes gana aproximadamente 850 soles, pero a veces llegamos a 800 soles. Con su salario compramos los alimentos para cocinar en la casa. Durante los primeros meses de mi embarazo no toleraba bien los alimentos; aún así, trataba de comer lo que podía.

Actualmente mi alimentación es variada. En la casa como sopas y segundos, y cuando salgo a la calle a veces se me antoja comer salchipollo, tripitas o hamburguesa. Cuando bajo a Huamanga, también como pollo a la brasa. Para salir de la rutina y comer algo que de lo común.

Desde el primer día que sospeché que estaba embarazada dejé de comer menestras como frejol, lentejas y pallar, así como la col y el pusco, porque llenan de gases y eso es incómodo durante el embarazo, ya que duele el estómago. Tampoco consumo limón, porque es ácido y puede hacerle daño a mi bebé. Asimismo, dejé de tomar bebidas alcohólicas.

En el centro de salud me dieron información sobre los alimentos que debería consumir, pero en la práctica como lo que tenemos en casa o lo que se me antoja.

Cuando tenía 12 semanas de gestación estaba con bajo peso y también tuve desnutrición, porque las náuseas no me dejaban comer como quería. Pero me recuperé, en parte habrá sido porque tomaba los suplementos de hierro y ácido fólico.

Soy evangélica y considero que mi religión no afecta mi alimentación ni mi salud. Sin embargo, sí practico el ayuno. Hace poco ayuné porque mi esposo se enfermó; ayuné tres días para pedir por su recuperación.

Por otra parte, desde que me hice evangélica dejé de comer alimentos hechos a base de sangre, como la sangrecita y la morcilla, porque en la Biblia así lo dice.

Historia de vida – Informante 15

Edad: 25 años

Nivel socioeconómico: bajo

Religión: evangélica

Edad gestacional: por cumplir los 9 meses

Relato:

Soy madre soltera. A veces voy a ayudar en la chacra; estudié hasta segundo de secundaria y no pude continuar. Cuando voy a trabajar a la chacra me pagan entre 10 y 15 soles al día, es porque no hago mucho por mi “barriguita”; además, me regalan algunas verduras como papa, choclo, arveja, zanahoria, entre otras cosas. También me solvento con el apoyo que recibo del Programa Juntos. Para mi alimentación trato de hacer lo posible para que me alcance.

Trato de alimentarme bien, sobre todo con las verduras que me regalan cuando ayudo en la chacra, y algunas cosas que compro los domingos en la feria. También como frutas como manzana, plátano, níspero y durazno; consumo pescado, carne, pollo y menestras. Eso lo hago porque en mi primer embarazo comía, por ejemplo, salchipollo u otras comidas que no eran saludables y que no tenían hierro, incluso hacía lo posible para comprar. Creo que por eso me dio anemia.

Desde que me enteré que estoy embarazada dejé de comer limón, frutas cítricas, ají y cerveza. Por otra parte, en la Biblia también se nos dice qué alimentos no

debemos comer porque son impuros, y además dice que no debemos comer nada que tenga sangre.

Soy evangélica y sí practico el ayuno, pero quiero explicarte bien para que me entiendas. Los ayunos dependen del problema que una persona esté pasando. Por ejemplo, una hermana puede ayunar para solucionar algún problema con su esposo o con algún familiar. También ayunamos por algún hermano que está enfermo, porque a veces la economía no alcanza para comprar todos los medicamentos que recetan los doctores en el hospital, y ayunando creemos que podemos curarnos. En parte también es porque tomar muchas pastillas nos hace mal al estómago; a mí, por ejemplo, me dolía el estómago cada vez que tomaba alguna pastilla. Ahora, cuando me duele la cabeza u otra cosa, ayuno por uno o dos días. En esos días solo tomo agua. Además, como estoy embarazada, siento que las pastillas pueden hacerle daño al bebé.

Durante el ayuno, el día o los días que ayunamos, también oramos y pedimos a Dios que nos cure; así nos ha enseñado el pasto. Como ya te expliqué, el ayuno puede ser un día o hasta una semana, dependiendo de lo que una esté pasando.

Con respecto a si he tenido conflictos entre lo que me decía la doctora y mis creencias, sí he tenido conflictos. Por un lado, en el centro de salud la doctora me decía que coma sangrecita porque contiene hierro, pero como soy evangélica y en la Biblia dice que es pecado comer sangre, no le hice caso. Tampoco tomaba el sulfato ferroso porque tenía un olor feo. Ahora, en este embarazo, sí trato de tomar el sulfato ferroso, pero sigo sin consumir alimentos hechos a base de sangre.

En mi primer embarazo, cuando tenía, tuve anemia; en este embarazo no. También mi peso está bien. Cuando estaba embarazada de mi hijita no tomaba sulfato ferro y ella nació con bajo peso. En cambio, en este embarazo sí tomo el sulfato ferroso y trato de alimentarme mejor, comiendo verduras y frutas tres veces al día, es decir, desayuno, almuerzo y cena.

Sobre mi alimentación, recibo información y consejos tanto de la doctora como de mi pastor. En los cultos, el pastor nos habla y nos dice que tenemos que alimentarnos bien, porque nuestro cuerpo es como un templo. Pero, también nos dice que no

debemos comer sangrecita, morcilla u otras comidas hechas con sangre, porque la sangre es vida.

Historia de vida – Informante 16

Edad: 37 años

Nivel socioeconómico: medio

Religión: católica

Edad gestacional: parto prematuro (7 meses)

Relato:

Mi esposo es quien trabaja; al mes gana aproximadamente 750 a 800 soles. Ese dinero lo distribuimos para varias cosas, como los estudios de mis hijos, la comida y otros gastos de la casa. Yo me alimento de acuerdo a lo que nos alcanza, porque solo mi esposo aporta económicamente y, como tenemos hijos que estudian en Huamanga, el dinero muchas veces no es suficiente.

Tengo dos hijos, he pasado por un aborto espontáneo y actualmente estoy a meses de dar a luz. En la casa, generalmente comemos guisos sencillos y, a veces, sopita de verduras con huevito, morón o *saralawa*. No consumo mucho pollo ni carne, y lo que es hígado, sangrecita y otros alimentos ricos en hierro no los como, porque solo con su olor me provocan náuseas.

Desde que estoy embarazada dejé de consumir gaseosas, porque llenan de gases; también dejé el limón y el café, porque pueden alterar al bebé o causarle daño. Evito algunas comidas “chatarra”, porque tienen mucha grasa y pueden provocar obesidad, y tampoco consumo ají, porque es un alimento caliente y durante el embarazo es peligroso, ya que puede calentar el cuerpo y hacer que el bebé se venga antes. Eso ya me pasó con un hijito que perdí, y no quiero que me vuelva a pasar lo mismo.

Cuando voy a mis controles a Huamanga, porque me refirieron por embarazo de riesgo, la doctora me explicó qué es bueno comer durante el embarazo y me dice que tengo que tener mucho cuidado. Me informaron que estoy con bajo peso y que

debo consumir alimentos con proteínas y ricos en hierro. Yo trato de hacerlo, pero solo con oler esos alimentos y me daban náuseas, y cuando intento comerlos termino vomitando. También me diagnosticaron anemia moderada y presión alta, por lo que estaba considerada como embarazo de alto riesgo, con posibilidad de desprendimiento prematuro de placenta.

Cuando tenía siete meses de gestación, un líquido se me vino de repente. Me llevaron de emergencia y me hicieron una cesárea. A mi hijita la pusieron en incubadora porque sus pulmoncitos no estaban bien. Fue una experiencia muy fea y dolorosa, y como no quiero volver a pasar por lo mismo me realicé la ligadura de trompas.

No practico el ayuno y mi religión, que es católica, no me prohíbe comer ningún alimento. Tampoco he escuchado al “padre” hablar sobre restricciones de comida durante el embarazo.

Historia de vida – Informante 17

Edad: 46 años

Nivel socioeconómico: bajo

Religión: católica

Edad gestacional: parto prematuro (8 meses)

Relato:

Para poder solventarme trabajo limpiando y cocinando en una casa en Huamanga; voy de manera interdiaria. Mientras yo trabajo, mis primas se encargan de cuidar a mis dos hijos. Al mes gano aproximadamente 600 soles.

Ese dinero no me alcanza para mi alimentación, porque tengo muchos gastos. Quienes más me ayudan con la comida son mis abuelitos. Antes vivía con mi mamá, pero ahí la situación era difícil. Comíamos solo una vez al día, casi siempre sopa, y así era todos los días. Yo pasaba hambre. Cuando le dije que quería cocinar algo más porque tenía mucha hambre, no quiso; no me dejaba cocinar ni tampoco prestarme sus ollas. Por esa razón decidí irme a la casa de mis abuelitos. Con ellos sí me alimento

mejor, porque como tres veces al día. En la mañana tomo leche, acompañada de papa sancochada o tortillas, y rara vez pan. Al mediodía como guisos como trigo, *yuyo*, entre otros. En la noche ceno mates con papa sancochada, y en pocas ocasiones pan. Con mis abuelitos siento que sí me alimento bien.

Desde que estoy embarazada dejé de tomar cerveza en las fiestas y también dejé las gaseosas. En mis comidas no pongo limón ni ají, porque pueden hacerle daño a mi bebé. Tampoco tomo mates de hierbas como ajenjo, ruda o *yawarsuqu*, porque dicen que son amargos, pueden causar dolor de estómago y tener efectos abortivos.

He recibido consejos tanto de la doctora del centro de salud como de mis abuelitos. Sin embargo, como cuando vivía con mi mamá no comía como debía, estaba con bajo peso y tuve anemia. A pesar de que me dieron sulfato ferroso y vitaminas, no logré recuperarme y seguía con anemia.

Cuando tenía ocho meses, primero empecé a sangrar y luego se me vino un líquido. Me llevaron de emergencia. Mi hija nació moradita, con dificultad para respirar y con problemas al corazón. Fue una experiencia muy dura, por eso decidí hacerme la ligadura.

Soy católica y mi religión no influye en mi alimentación. El sacerdote nunca ha hablado de que no debamos comer ciertos alimentos ni de que tengamos que ayunar durante el embarazo.

Historia de vida – Informante 18

Edad: 24 años

Nivel socioeconómico: medio

Religión: católica

Edad gestacional: por cumplir los 9 meses

Relato:

Convivo con mi pareja. Estudié en un instituto y, antes de mi embarazo, trabajaba en una municipalidad. Sin embargo, ahora que tengo siete meses de gestación ya no

trabajo, y es mi pareja quien se encarga del sustento. Al mes gana aproximadamente 900 soles.

Para nuestra alimentación sí nos alcanza, porque de la chacra de mi pareja cosechamos papa y maíz, que es lo que más consumimos en la casa. El resto de los alimentos que necesitamos los compramos bajando a Huamanga, generalmente para toda la semana.

Mi alimentación es normal. En la casa, con mi pareja, comemos segundos como espinaca, puca picante, tortilla, segundo de calabaza y también sopas, cuando salimos a la calle, a veces se me antoja comer salchipollo, pollo a la brasa, chicharrón o ceviche, y se lo digo a mi pareja y comemos.

Pienso que lo mejor sería alimentarse de manera variada, porque está creciendo una vida en nuestro vientre y por eso debemos comer bien. Por ejemplo, consumir frutas, verduras, tubérculos, lácteos, carnes y menestras. Aunque también es normal tener antojitos durante el embarazo y comer algo distinto a lo cotidiano.

Desde que estoy embarazada dejé de tomar bebidas alcohólicas, gaseosa y café. También dejé de poner limón a mis comidas y no consumo frutas cítricas como naranja y mandarina. Eso lo hago porque he escuchado de mi mamá que esos alimentos pueden hacerle daño al bebé.

Además, trato de hacer caso a lo que me dicen la obstetra y la nutricionista, porque todo es por el bien de mi bebé. Ellas me han dicho que tengo una ganancia de peso baja, y por eso la nutricionista me dio una dieta rica en hierro, ya que también tengo anemia. Como parte del tratamiento me indicaron tomar sulfato ferroso, aunque a veces solo lo tomo cuando me acuerdo, porque se me olvida.

Con respecto a mi religión, no influye en mi alimentación. Soy católica y nunca he escuchado que debamos dejar de comer algún alimento durante el embarazo. Solo sé que en Semana Santa hay algunas costumbres, pero yo no las practico. Tampoco ayuno.

Historia de vida – Informante 19

Edad: 42 años

Nivel socioeconómico: alto

Religión: evangélica

Edad gestacional: tuvo parto prematuro (7 meses y medio)

Relato:

Yo soy ama de casa y mi esposo es comerciante. Al día gana entre 40 a 50 soles. El dinero, en general, sí nos alcanza para la alimentación; sin embargo, durante mi embarazo casi no como, porque solo con oler las comidas me dan muchas náuseas y a veces llego a vomitar. En algunas ocasiones solo logro comer una sopita de verduras bien sencilla o uno o dos plátanos.

Dejé de comer carne, huevo, queso, menestras, tallarín, arroz y otros alimentos, porque todo me provocaba náuseas. Por otra parte, no consumo alimentos preparados con sangre, porque para mí la sangre es vida y comerla es pecado; así está escrito en la Biblia, en Levítico 19: 26. Soy evangélica y practico el ayuno. Además de ayunar todos los domingos, ha habido ocasiones en que he ayunado varios días seguidos, como máximo cuatro días.

Según nuestra fe, podemos comer de todo, menos alimentos hechos con sangre y algunas carnes, como la del chanco. Eso está en la Biblia, en libros como Deuteronomio y Levítico. De parte de mis familiares no he recibido información ni consejos sobre qué debía comer o no durante mis embarazos, incluido este. Quien más me ha orientado ha sido mi pastor.

Al centro de salud solo fui una vez. Cuando vi que me estaban recomendando comer alimentos hechos con sangre, decidí no volver y tampoco seguir esas indicaciones. Además, como todo me daba náuseas, casi no comía. Incluso, recordando ahora, rechacé una ecografía porque mi esposo no quiso que me la hicieran, ya que entre los doctores había un varón.

Volví al centro de salud para dar a luz, y eso fue porque se me vino un líquido y estaba sangrando un poco. La doctora me dijo que era un desprendimiento prematuro de placenta. Mi hijo nació prematuro, con bajo peso, aproximadamente entre 2.300 o 2.400 kg.

Por todo eso, no sé si durante mi embarazo estuve con bajo peso, anemia, desnutrición u otro problema de salud, porque ya no continué con mis controles.

Historia de vida – Informante 20

Edad: 45 años

Nivel socioeconómico: alto

Religión: católica

Edad gestacional: parto sin complicaciones

Relato:

Soy ama de casa. Mi esposo es quien trabaja; él es portero en un colegio de Quinua y al mes gana aproximadamente 1 300 soles. Tengo cinco hijos, que ya son mayores; el penúltimo está terminando este año el colegio. Actualmente tengo siete meses de embarazo.

En general, sí nos alcanza para nuestra alimentación. En la casa comemos verduras y frutas, aunque hay algunas que, según lo que he aprendido, una mujer que está gestando no debe consumir. Desde que era niña he escuchado a mi mamá hablar de los alimentos “fríos” y “calientes”. Esta clasificación sirve para regular la temperatura del cuerpo. Cuando una mujer está embarazada debe mantener su cuerpo templado. Los alimentos templados son, por ejemplo, la quinua, el trigo, las habas, la leche de vaca, leche de cabra, el maíz, el tomate, el zapallo y el frejol. En cambio, cuando ya se está cerca del parto no se deben comer alimentos “calientes”, porque se corre el riesgo de dar a luz en cualquier lugar.

La primera vez que salí embarazada comía de todo. Fue entonces cuando mi mamá empezó a prohibirme algunos alimentos. Me dijo que no debía comer menestras porque son pesadas, endurecen el estómago y provocan dolores; tampoco col, porque llena de gases; ni hierbas como el ajeno, la ruda y el *yawarsuqu*, porque son abortivas. También me prohibió las frutas cítricas, el ají, el café, las grasas, las bebidas alcohólicas y las gaseosas, porque son malas durante el embarazo y el bebé puede nacer mal. Todo eso lo aprendí de ella, lo practiqué en todos mis embarazos y hasta ahora lo sigo aplicando.

La información sobre la alimentación durante el embarazo la he recibido tanto de mi mamá como del centro de salud, por parte de la obstetra. Sin embargo, siempre he hecho más caso a mi mamá, porque ella tiene más experiencia.

En el centro de salud me han dicho que mi peso está bien para la semana de gestación que tengo y que no presento ningún otro problema de salud.

Mi religión, que es católica, no influye en lo que debo comer o dejar de comer. Antes de comer sí rezo, agradeciendo a Dios por los alimentos que tenemos en la mesa y que podemos compartir. Nunca he practica el ayuno.

Este embarazo, al igual que los anteriores que he tenido, ha sido bueno. No he tenido ningún problema.

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Ayacucho, siendo las dieciséis horas con treinta minutos (16:30), el día miércoles 17 de junio de 2026, se reúnen en la sala de sesiones de Consejo de Facultad los miembros del jurado de evaluación de tesis, bajo la dirección del Dr. Oscar Juan Roque Sigwas (presidente) y los docentes: Dr. Lurgio Gavilán Sánchez (Miembro), Mtra. Yolanda Juarez Choque (Miembro), Mtro. Luis Carlos Paraguay Vilcas (Miembro), Dr. Néstor Godofredo Taipe Campos (Asesor) y el secretario docente Mg. Juan Teófilo Cáceres Curo, encargados de la recepción, calificación y sustentación de la tesis presentado por la Bachiller en Antropología Social de la Facultad de Ciencias Sociales, CYNTHIA DANIELA HUAMAN GARCIA, titulado: “EFECTOS DE LA CULTURA ALIMENTARIA SEGÚN LOS INGRESOS ECONÓMICOS Y LA RELIGIÓN DE LAS MUJERES EN EL PROCESO DE GESTACIÓN EN EL PUEBLO DE QUINUA – AYACUCHO, 2024”; mediante el cual aspira optar el título profesional de Licenciada en Ciencia Social; Antropología Social. Verificado el quórum reglamentario el presidente del jurado solicita al secretario docente dar la lectura a la RESOLUCIÓN DECANAL N° 097 – 2026 – UNSCH – FCS/D, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos del Plan de Estudios Revisado de 2004 de la Escuela Profesional de Antropología Social. Culminada la lectura el presidente de la comisión autoriza a la bachiller, iniciar la sustentación en un tiempo de 40 minutos siendo las dieciséis horas con treinta y cinco minutos (16:35).

A las diecisiete horas con dos minutos (17:02) la bachiller concluye con la exposición de su tesis y se inició la ronda de preguntas de parte de los jurados, en el orden siguiente: Mtro. Luis Carlos Paraguay Vilcas, Mtra. Yolanda Juarez Choque, Dr. Lurgio Gavilán Sánchez y el Dr. Néstor Godofredo Taipe Campos en condición de asesor, realiza algunas aclaraciones de puntos no esclarecidos por las tesis.

El secretario docente Mg. Juan Teófilo Cáceres Curo consolida la hoja de calificación de acuerdo al siguiente detalle:

Nombre del jurado evaluador	Exposición	Respuestas de las preguntas	Promedio
Dr. Lurgio Gavilán Sánchez	17	16	17
Mtra. Yolanda Juarez Choque	15	15	15
Mtro. Luis Carlos Paraguay Vilcas	15	15	15

El promedio final es de 16 (dieciséis).

Finalmente, el presidente del jurado informa al sustentante el resultado de la calificación y hace llegar las felicitaciones que corresponde.

El acto académico concluye a las diecisiete horas con cuarenta y ocho minutos (17:48) y firma en señal de conformidad el presidente y el secretario docente.


UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
Dr. Oscar J. Roque Sigwas
DECANO


FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNSCH
Juan T. Cáceres Curo
DNI 41978202
SECRETARIO DOCENTE

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

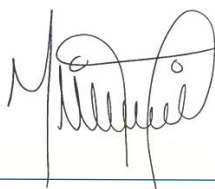
N° 002-EPAS/FCS/UNSCH

1. Nombres y Apellidos de los investigadores: CYNTHIA DANIELA HUAMAN GARCIA
DNI: 74897344
Código: 10172502
2. Escuela Profesional: ANTROPOLOGÍA SOCIAL
3. Facultad: CIENCIAS SOCIALES
4. Tipo de trabajo Académico Evaluado: TESIS DE PREGRADO
5. Título del Trabajo Académico: " EFECTOS DE LA CULTURA ALIMENTARIA SEGÚN
LOS INGRESOS ECONÓMICOS Y LA RELIGIÓN DE LAS MUJERES EN EL PROCESO
DE GESTACIÓN EN EL PUEBLO DE QUINUA - AYACUCHO, 2024"
6. Software de Similitud: TURNITIN
7. Fecha de Recepción: 13 de julio del 2026
8. Fecha de Evaluación: 13 de agosto del 2026
- G. Porcentaje de similitudes: 8%
10. Evaluación de Originalidad:

Porcentaje de Similitud	Resultado
*8	** APROBADO

**Consignar el porcentaje de similitud*

***Consignar APROBADO si se encuentra dentro del rango de porcentaje establecido
o DESAPROBADO si excede el porcentaje permisible de similitud.*



Mg. Pocho Jesús Marcelo Mucha
Docente-Instructor-EPAS
D. A. de Ciencias Histórico-Sociales

Ayacucho 13 de agosto del 2026

"EFECTOS DE LA CULTURA ALIMENTARIA SEGÚN LOS INGRESOS ECONÓMICOS Y LA RELIGIÓN DE LAS MUJERES EN EL PROCESO DE GESTACIÓN EN EL PUEBLO DE QUINUA-AYACUCHO, 2024"

por Cyntia Daniela HUAMAN GARCIA

Fecha de entrega: 13-ago-2026 12:40a. m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 3011851846

Nombre del archivo: TESIS.pdf (2.57M)

Total de palabras: 72333

Total de caracteres: 398052

"EFECTOS DE LA CULTURA ALIMENTARIA SEGÚN LOS INGRESOS ECONÓMICOS Y LA RELIGIÓN DELAS MUJERES EN EL PROCESO DE GESTACIÓN EN EL PUEBLO DE QUINUA-AYACUCHO, 2024"

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%	8%	2%	2%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net	Fuente de Internet	2%
2	ri.uaemex.mx	Fuente de Internet	1%
3	repositorio.unc.edu.pe	Fuente de Internet	1%
4	repositorio.uotavalo.edu.ec	Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga	Trabajo del estudiante	1%
6	repositorio.unsch.edu.pe	Fuente de Internet	<1%
7	Nimsi Arroyo Flores, Alberto Hernández Hernández. "The Market of Desire: Mobility and Sex-Erotic Work in the Border City of Tapachula, Chiapas", Revista pueblos y fronteras digital, 2026	Publicación	<1%
8	Gonzalez, Elisa Trujillo. "La Transformacion de la Cultura Escolar Desde la Mirada de la Diversidad Cultural. Un Estudio de Caso", Universidad de La Laguna (Canary Islands, Spain), 2022	Publicación	<1%
9	www.scielo.org.mx	Fuente de Internet	<1%
10	www.ppgdstu.propesp.ufpa.br	Fuente de Internet	<1%
11	cdn.www.gob.pe	Fuente de Internet	<1%
12	produccioncientifica.ugr.es	Fuente de Internet	<1%
13	aprenderly.com	Fuente de Internet	<1%

14	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
15	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	riull.ull.es Fuente de Internet	<1 %
17	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 %
18	dhsprogram.com Fuente de Internet	<1 %
19	digitum.um.es Fuente de Internet	<1 %
20	kupdf.net Fuente de Internet	<1 %
21	ddd.uab.cat Fuente de Internet	<1 %
22	foe.usmp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
23	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
24	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
25	apirepositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
26	m.inei.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
27	iei.unach.mx Fuente de Internet	<1 %
28	repositorio.uss.cl Fuente de Internet	<1 %
29	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
30	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

revistaold.nutricion.org

31	Fuente de Internet	<1 %
32	hemerotecadispersa.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %
33	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
34	repositorio.unesum.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
35	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
36	dspace.utb.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
37	repositorio.autonoma.edu.co Fuente de Internet	<1 %
38	sidh.cdmx.gob.mx Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas
Excluir bibliografía

Activo
Activo

Excluir coincidencias

< 30 words