

**Artículo Original**

## **Estudio cualitativo de la conducta alimentaria en una población de mujeres embarazadas inmigrantes del municipio de Fuenlabrada**

### **Qualitative trial about the nourishing habits of a population of pregnant immigrant women in Fuenlabrada**

Alfonso Sánchez-Sicilia, A.<sup>1</sup>; Saiz de Bustamante Perez, P.<sup>2</sup>; Redondo Useros, N.<sup>3</sup>

1 Hospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Obstetricia y Ginecología.

2 CIO Nutricion-online.

3 Instituto de Ciencia y Tecnología de los Alimentos y Nutrición (ICTAN-CSIC).

#### **RESUMEN**

**Introducción:** Los hábitos alimentarios de la población deben seguir las pautas de alimentación saludable recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) u otros organismos oficiales, especialmente durante el embarazo ya que estos pueden repercutir en la salud de la madre y del futuro recién nacido. Hay estudios que reflejan como el mapa alimentario de la población inmigrante puede no seguir un patrón de alimentación saludable.

**Objetivos:** Estudiar los hábitos alimentarios de una población de mujeres embarazadas inmigrantes, para conocer sus costumbres alimentarias y su grado de adaptación a la DM en España.

**Material y Método:** Estudio cualitativo empleando la técnica de los grupos focales o grupos de debate. Se evaluaron los hábitos alimentarios de una muestra de mujeres inmigrantes embarazadas del área de Fuen-

labrada, clasificadas en grupos según la zona geográfica, las características culturales afines y el idioma. Se siguió un guión de debate para obtener la información sobre los hábitos alimentarios, midiendo afinidades entre los grupos y el nivel de adaptación a la dieta en España.

**Resultados:** El comportamiento alimentario de los grupos de mujeres marroquíes y latinoamericanas es el que más se acerca al patrón de DM en España, siendo los colectivos africano y chino los más dispares. El uso del aceite de oliva es el aspecto de la DM más adoptado por los colectivos de inmigrantes en nuestro país. A su vez, las mujeres marroquíes y las de Europa del este aumentan el consumo de frutas, mientras que prácticamente todos los grupos, citando a europeas, africanas y latinas, aumentan el consumo de carne. El colectivo chino y el africano señalan la poca variedad y fresca de los alimentos españoles, en comparación con sus países de origen. Todos los grupos dan importancia a unas adecuadas pautas dietéticas durante el embarazo, tales como un mayor consumo de frutas, verduras y lácteos. En general, los platos destacados considerados españoles son la paella, lentejas y tortilla de patata, entre otros.

**Discusión:** El proceso de adaptación cultural de la embarazada inmigrante a la alimentación en España está influenciado por varios factores, entre los que

---

#### **Correspondencia:**

Ana Alfonso Sánchez-Sicilia  
Hospital Universitario de Fuenlabrada, Servicio de Obstetricia y Ginecología  
Camino del Molino nº 2, Fuenlabrada 28942, Madrid  
Teléfono de contacto 639839107  
ana.alfonso@salud.madrid.org.

destacan el contacto con la población española en la hostelería, servicio doméstico y en el comedor escolar, siendo también importante el tiempo de permanencia en el país. La adaptación a la dieta española puede ocasionar en unos colectivos un enriquecimiento en su alimentación al adoptar costumbres alimentarias beneficiosas, o bien un empobrecimiento de la dieta en otros, al no disponer de aquellos alimentos indispensables para ellos y que consumían en su país de origen.

**Conclusiones:** Globalmente todos los colectivos tienen una buena adaptación a la dieta española, destacando mayoritariamente la inclusión del aceite de oliva en su alimentación. La adaptación mejora con el tiempo de residencia en nuestro país y se ve facilitada por el nivel de interacción con la población española (comedores escolares, hostelería, etc...). Existen diferencias en el consumo de fruta y verduras en los diferentes colectivos, en base a la disponibilidad y diversidad. Comprobamos como todos los colectivos realizan un cambio en su dieta por el hecho de estar embarazadas.

## PALABRAS CLAVE

Hábitos alimentarios, inmigración, alimentación, salud, epigenética.

## SUMMARY

**Introduction:** Dietary patterns of the population should comply with the healthy eating guidelines recommended by WHO, and/or other official organisms, and more strictly during pregnancy, as deficiencies before and during this stage can influence the health of the mother and the future newborn. Several studies show an immigrant dietary pattern not in accordance with healthy eating pattern.

**Objectives:** To study the dietary habits of pregnant immigrant women in Fuenlabrada comparing them to Mediterranean diet in Spain to find out differences and the level of adaptation.

**Methods:** Qualitative trial using the technique of focus groups or discussion groups. Dietary patterns of immigrant pregnant women population of Fuenlabrada were studied. Women were classified in groups according to similar geographic area, culture and language. A discussion script was used to obtain information

about their food, finding out affinities between groups and evaluating how they have adapted to Spanish diet.

**Results:** The most similar groups to the Spanish population in terms of food and habits are the Moroccan and Latin American, being African and Chinese groups the most disparate. The aspect of the Mediterranean Diet most adopted by all immigrant groups is the incorporation of the olive oil to their diet. Moreover, Moroccan and Eastern Europe women increased fruit consumption, while virtually groups increased intake of meat, including women from Europe, África and América. China and African collectives indicates the lack of variety and freshness of Spanish food compared with their own countries. All of them highlight healthy dietary patterns during pregnancy, such as an increased consumption of fruit, vegetables and dairy products. In general, they point out as "Spanish food" the paella, lentils and potatoes omelet, among others.

**Discussion:** The cultural adaptation to our country and our diet by the immigrant pregnant is influenced by several factors, highlighting the contact with the Spanish population in catering jobs, domestic service and dining facilities, being also important the staying time in Spain. The adaptation to Spanish diet may cause in one hand a diet enrichment in some collectives by incorporating beneficial dietary habits or in the other hand can cause diet depletion in other groups, because of the lack of essential foods that they consumed in their origin countries.

**Conclusions:** In general, all collectives have a good adaptation to Spanish diet, highlighting mainly the inclusion of olive oil. The adaptation process improves with the time living in Spain and it is favoured by the level of relationship with Spanish people (school meals, catering work, etc. ) The immigrant groups have some differences in the consumption pattern of fruit and vegetables, according to the availability and diversity of these foods. We found that all the collectives change their diet as a consequence of their pregnancy situation.

## KEYWORDS

Eating Habits, immigration, diet, health, epigenetics.

## ABREVIATURAS

DM: Dieta Mediterránea.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo es una etapa de la vida en la que se producen numerosos cambios en el cuerpo de la mujer. La alimentación adquiere un papel importante en el transcurso del mismo y en el desarrollo del feto. Por ello, es muy importante seguir una dieta equilibrada antes de la concepción para prevenir problemas en el embarazo, durante la gestación y la lactancia, para asegurar que el feto recibe los nutrientes en una cantidad y calidad adecuada, y para que la madre mantenga un óptimo estado de salud sin complicaciones asociadas<sup>1,2</sup>.

Los hábitos alimentarios de la población deben seguir las pautas saludables recomendadas por la OMS, basadas en un alto consumo de frutas, verduras, carne magra y pescado azul, farináceos integrales y aceite de oliva. Durante el embarazo, el papel que ejercen en la alimentación las frutas y verduras, por su alto aporte de vitaminas A y C, minerales como el hierro, la fibra o los lácteos por su aporte de calcio y vitamina D, es determinante para una correcta formación de las estructuras óseas y de las membranas celulares del feto. Por ejemplo, niveles bajos de vitamina D en la madre se ha relacionado con alteraciones de crecimiento fetal, del desarrollo del esqueleto fetal y mayor riesgo de preeclampsia, entre otros<sup>3,4</sup>.

La malnutrición materna y los estados carenciales en esta etapa están directamente relacionados con alteraciones en el desarrollo del feto y con el riesgo de padecer enfermedades crónicas en su edad adulta, asociándose con un mayor riesgo de cardiopatía coronaria, accidente cerebro vascular, diabetes e hipertensión arterial<sup>5,6</sup>. En estos últimos años se han descubierto algunas alteraciones del genoma influenciadas por el ambiente durante la vida embrionaria y fetal, es lo que se conoce como epigenética. El concepto de epigenética surge de esta interacción de factores previos al nacimiento y que nos permiten, en ocasiones, una mejor adaptación del medio y una programación fetal<sup>1</sup>. Se producen cambios metabólicos que son transgeneracionales y pueden ser la causa de enfermedades crónicas como la obesidad, HTA, enfermedad cardiovascular y síndrome metabólico. Un crecimiento fetal excesivo o un retraso del mismo pueden inducir en estos cambios permanentes en el feto que necesitaran programas de prevención de enfermedades del adulto<sup>2,5,6</sup>. Se necesitan estudios sobre alimentación y embarazo que nos permitan saber qué mecanismos son los que influyen en el desarrollo fetal

y en establecer medidas de prevención desde la etapa prenatal y postnatal<sup>7</sup>.

La población de inmigrantes de la Comunidad de Madrid representa una quinta parte del total de empa-dronados en España (datos del 2008)<sup>8</sup> y por ello aumenta la preocupación por su estado de salud y estilos de vida, ya que en los últimos años, se han encontrado ciertos perfiles alimentarios asociados a colectivos de mujeres inmigrantes embarazadas con diferencias respecto a las mujeres no inmigrantes. Esto puede ser debido a los hábitos alimentarios de cada población, que reflejan las creencias y costumbres de los colectivos y están ligados al medio geográfico y disponibilidad de alimentos. Pueden ser mantenidos en el tiempo en el país de acogida o modificarse debido al contacto con personas de otra cultura y al aumento de los recursos.

La escasez de datos e información acerca de las costumbres y hábitos alimentarios de la población de embarazadas inmigrantes y las diferencias existentes entre mujeres españolas y mujeres inmigrantes, hace necesario plantear programas de estudio en esta línea.

Con este trabajo se pretende conocer el perfil alimentario de algunos colectivos de embarazadas inmigrantes en Fuenlabrada y su nivel de adaptación a la alimentación de nuestro país, comprobando si siguen una alimentación saludable.

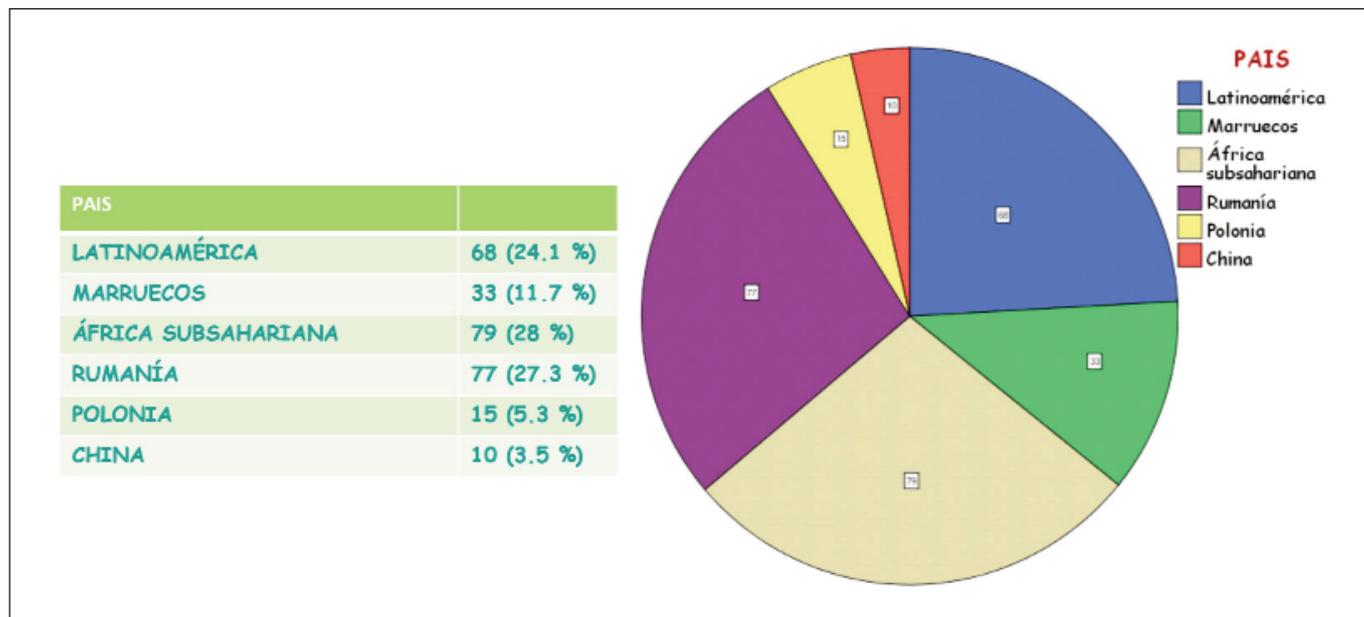
El colectivo de mujeres embarazadas de Fuenlabrada representa un 25 % de la población con una distribución de un 32. 5% inmigrantes procedentes de Europa, 24. 5 % de Latinoamérica, 3. 53 % de Asia y un 39. 5 % de África. La edad media de las mujeres es de 28, 30 años y llevan en nuestro país una media de 6 años<sup>9</sup>. (Tablas 1 y 2 ): Procedencia y características de la población de embarazadas inmigrantes en el Hospital de Fuenlabrada).

## OBJETIVOS

Estudiar los hábitos alimentarios de una población de mujeres embarazadas inmigrantes, para conocer sus costumbres alimentarias y su grado de adaptación a la DM en España, para así poder plantear futuras intervenciones nutricionales en este colectivo.

## METODOLOGÍA

Se utiliza la técnica cualitativa de los grupos focales o grupos de discusión para obtener la información por

**Tabla 1.** Procedencia de la población de embarazadas inmigrantes en el Hospital de Fuenlabrada.**Tabla 2.** Características de la población inmigrante de Fuenlabrada.

	Tiempo en España (años)	Edad media (media y DS)
Latinoamérica	6,66(3,95)	27,81 (4,61)
Marruecos	6,45 (4,48)	28,39 (5,31)
África Subsahariana	6,89 (3,92)	27,91 (4,93)
Rumanía	4,74 (2,27)	27,56 (4,50)
Polonia	7,25 (4,83)	29,20 (4,99)
China	4,85 (2,90)	29,80 (7,07)

parte de los colectivos de mujeres inmigrantes, ya que nos permite acercarnos a la realidad que se va a estudiar e interactuar más con las participantes. Es un debate grupal, siguiendo un guión previamente establecido (tabla 3). Se generan datos e información de la discusión grupal espontánea, ya que al escuchar al otro el participante se ve motivado a exponer su punto de vista<sup>10</sup>. A su vez, se disponía de una grabadora para almacenar la información.

Para organizar los grupos de debate, se informó de las características del estudio a las mujeres embarazadas inmigrantes que acudían a las consultas del Hospital de Fuenlabrada y posteriormente, mediante un muestreo aleatorio, se les invitaba a participar por telé-

**Tabla 3.** Guión de debate.

1. Costumbres y hábitos alimenticios de los colectivos a los que pertenecen las participantes, es decir, la dieta: qué y cómo comen.
2. Evolución y modificación de estas costumbres a raíz de la permanencia en España. Cómo afecta el hecho de llevar más o menos tiempo en España en la modificación de sus costumbres.
3. Otros factores que afectan: edad, formación, contacto o no con población española.
4. Comparación consciente entre sus costumbres antes de venir a España, al llegar y el momento actual.
5. Proceso de compra de alimentos.
6. Cambios en la forma de cocinar, introducción de nuevos platos o sustitución de unos por otros. Persona encargada de cocinar y tiempo dedicado.
7. Alimentación, embarazo y lactancia.
8. Alimentos típicos de su país.
9. Alimentos populares españoles poco extendidos en su país.

fono. El diseño inicial del estudio partía de un número mínimo de participantes de 7-8 en cada grupo para que fueran homogéneos, pero hubo pérdidas durante la captación de las voluntarias y los grupos focales quedaron finalmente formados por 39 mujeres, divididas según idioma, zonas geográficas y características culturales afines de la siguiente forma:

COLECTIVO	Nº PARTICIPANTES
China	6
Rumanía	4
Polonia	7
Ámerica Latina	7
África Subsahariana de habla inglesa	8
África Subsahariana de habla francesa	3
Marruecos	4

Los grupos de debate se realizaron en el Hospital de Fuenlabrada durante el mes de abril de 2008. Cada entrevista se realiza en el idioma de origen gracias a la colaboración de las alumnas de traducción e interpretación de la Universidad Autónoma de Madrid.

Todos los grupos tienen en común el tiempo medio de permanencia en España, que viven en el mismo municipio y son embarazadas inmigrantes; pero se trata de grupos heterogéneos porque no hay el mismo número de mujeres en cada grupo.

## RESULTADOS

La edad media de las mujeres fue de 29 años con una media de permanencia en España de 6 años.

Se obtuvo la siguiente información a destacar por parte de los grupos:

### - *Costumbres y hábitos alimenticios de los colectivos a los que pertenecen las participantes*

Existen similitudes y diferencias con la alimentación en España.

POBLACIÓN	CARACTERÍSTICAS DE LA DIETA	SIMILITUDES con la dieta española	DIFERENCIAS con la dieta española
MARRUECOS	La base de su dieta son guisos de carne con verduras y legumbres, siendo característico el uso de especias y frutos secos (dátiles, almendras).	Ingredientes utilizados y forma de cocinarlos. Gran consumo de frutas, verduras y ensaladas.	No consumen cerdo. Poco consumo de pescado, más en zonas costeras. Mayor uso de especias y frutos secos. Mayor consumo de aceite de girasol. Repostería más variada y casera. Consumen poca agua en las comidas y más refrescos con gas.
AMÉRICA LATINA	La base de su dieta es el arroz, acompañado de legumbres y carne frita, especialmente cerdo y pollo. Utilizan muchos condimentos y consumen gran cantidad de fruta muy variada, con la que elaboran batidos naturales con leche y agua, pilar de su alimentación.	Ingredientes utilizados y forma de cocinarlos. Gran consumo de frutas y ensaladas. Consumo medio de carne.	Mayor variedad de fruta. Mayor consumo de caldos y sopas. Mayor consumo de aceite de girasol. Consumen poca agua en las comidas y más zumos y refrescos.
CHINA	La base de su dieta es la pasta y el arroz, junto con verduras en salazón y sopas de pato y gallina.	No hay similitudes destacadas.	Consumo de mayor variedad de frutas. Consumo de mayor variedad de pescados, mariscos, y carnes.
RUMANÍA	Alto consumo de carne, patatas, harinas y salsas. Uso de fritos y empanados.	Consumo del mismo tipo de carnes: pollo y cerdo. Alto consumo de leche y derivados lácteos.	Mayor uso de harinas, nata, salsas, y fritos. Mayor consumo de sopas. Platos muy condimentados. Poco consumo de fruta y verdura fresca. Alto consumo en conservas. Mayor consumo de aceite de girasol en vez de aceite de oliva.

POBLACIÓN	CARACTERÍSTICAS DE LA DIETA	SIMILITUDES con la dieta española	DIFERENCIAS con la dieta española
POLONIA	Dieta farinácea o harinosa, con alto consumo de hojaldres, salsas y patatas, similar a la rumana. Alto consumo de embutidos y carne o pescado frito/ rebozado.	Consumo medio de carne.	Alto consumo de harinas, patatas, nata, salsas, y fritos. Alto consumo de embutidos. Poco consumo de fruta y verdura. Platos más condimentados. Uso de aceite de girasol y manteca de cerdo en vez de aceite de oliva. Mayor consumo de dulces.
ÁFRICA SUBSAHARIANA	La base de la dieta es pescado envuelto en verduras africanas especiadas, junto con el arroz, el pan y los sofritos. Gran uso de harinas y sémolas como las de yuca o mandioca, y de patatas.	No hay similitudes en cuanto a tipo de alimentos consumidos y forma de cocinar.	Alto consumo de salsas y sofritos con especias. Alto consumo de casquería. Alto consumo de pescado. No consumen cerdo. Bajo consumo de carne.

### **- Evolución y modificación de las costumbres alimentarias a raíz de la permanencia en España**

Inicialmente les cuesta adaptarse a la cultura española y no saben dónde encontrar sus alimentos autóctonos, pero con el paso del tiempo, el contacto con población española y el enriquecimiento en el habla y la cultura, hacen que adopten ciertos hábitos de vida y las costumbres alimentarias españolas.

La mayoría de los grupos destacan la incorporación del aceite de oliva a su alimentación a raíz de su permanencia en España, producto que no consumían en su país de origen. El consumo de frutas aumenta en las marroquíes y en los colectivos de Europa del Este. En el caso de latinoamericanas, en sus países disponen de una gran variedad de frutas a precios razonables. Éstas elaboran en su país batidos de frutas muy nutritivos que al venir a España sustituyen por zumos envasados de peor calidad nutricional. Junto con las marroquíes, toman más agua durante las comidas que en sus países, en los cuales ingieren más zumos de frutas y refrescos. Las marroquíes, rumanas y polacas cambian el tipo de repostería que consumen, consideran que en España no es variada, que se utiliza mucho la nata y el chocolate y que disponen de poca variedad de harinas y levaduras para fabricar sus productos de repostería caseros. Rumanas y polacas consumen más productos congelados debido a la falta de tiempo. Todos los colectivos señalan un aumento en el consumo de carne al ser más barata en España.

En cuanto a los hábitos y costumbres adoptadas, las mujeres polacas realizan en España un desayuno más

ligero y las latinoamericanas las cenas. La falta de tiempo para comer afecta mucho a las Chinas que pasan de realizar 7 comidas en su país a 3 o 4 comidas en España, empobreciéndose en cuanto a calidad y variedad. Las mujeres de Marruecos, África y América Latina coinciden en que los productos son más naturales y más variados en sus países.

Otro gran cambio para mujeres marroquíes y africanas, es comer en plato individual y no en grupo, como hacían en sus países de origen. Sin embargo, muchas de ellas siguen teniendo la costumbre de "comer a la española entre semana y a la forma de su país los fines de semana", para no perder sus raíces.

Es común a todas las nacionalidades hacer muchas modificaciones y sustituciones de alimentos en sus recetas, aquí en España, por no encontrar los ingredientes. Así mismo, algunos colectivos como Marruecos y África señalan la importancia de disponer de sus herramientas de cocina, como piedras, para machacar los alimentos.

Las mujeres rumanas refieren un aumento de peso a raíz de su permanencia en España engordan mucho en poco tiempo a raíz del cambio en sus hábitos alimentarios.

### **- Qué otros factores afectan: edad, formación, nivel de contacto con población española**

Hay tres factores que influyen en la adaptación de las inmigrantes a la dieta española. El primero es la existencia en la familia de hijos en edad escolar ya que los

niños en el comedor escolar contactan diariamente con la comida y las costumbres de sus compañeros, trasladando dichos hábitos a sus hogares y familias. El segundo es el trabajo de las mujeres en el servicio doméstico, que hace que contacten con las costumbres de familias españolas al hacer la compra, tomar contacto con los alimentos consumidos y la forma de cocinar, adaptándose a estos nuevos hábitos. Esto afecta principalmente a marroquíes y rumanas. Otro tercer factor es el aprendizaje y formación de los inmigrantes al llegar a España, lo que determina su forma de buscar determinados alimentos indispensables en su dieta.

En general, en casi todos los colectivos, el hombre se resiste más a probar nuevos alimentos y se adapta peor a las nuevas costumbres que la mujer, la cual gracias al servicio doméstico y la hostelería contacta más con los hábitos y los alimentos españoles.

#### **- Proceso de compra de alimentos**

La persona encargada de la compra es la mujer, así como del cocinado de los alimentos, y no suelen disponer de mucho tiempo para ello, lo que limita la correcta elección de los alimentos.

Destacan como alimentos nuevos en su lista de la compra el brócoli, las setas, pescadilla o merluza. Enumeran alimentos que sí compran en sus países y que echan de menos como por ejemplo se mencionan las aves, el pato, la paloma, ganso y gallina. Las mujeres chinas, rumanas y polacas tienen dificultad para encontrar los condimentos que utilizan en sus países, las mujeres africanas no pueden disponer de carne de mono, de puercoespín y de buey, y además no encuentran sus sazónadores ni frutas exóticas, al igual que las latinoamericanas. Estos productos los pueden encontrar en tiendas de productos típicos importados, que juegan un papel crucial a la hora de conservar sus hábitos, o bien los pueden recibir a través de familiares o amigos que viajan a su país de origen y los recolectan.

#### **- Cambios en la forma de cocinar, introducción de nuevos platos o sustitución de unos por otros. Persona encargada de cocinar**

Como en la compra, la mujer se encarga de cocinar y dispone de poco tiempo por lo anteriormente mencionado.

Respecto a las técnicas culinarias, rumanas y polacas disminuyen el uso de la fritura y el rebozado sustituyén-

dolo por el cocinado a la plancha. Las mujeres africanas mantienen la costumbre de emplear un mayor tiempo de cocción en sus alimentos, considerando que en España "dejamos la comida casi cruda".

Las marroquíes reducen la cantidad de guisos y rumanas y polacas cocinan menos los alimentos con harina y nata. Desconocen gran cantidad de alimentos. Los nuevos platos que destacan son: los chuletones y los filetes de pollo a la plancha, los platos de pasta y de paella, guisos de legumbres, la dorada y lubina a la sal, y la tortilla de patatas.

#### **- Alimentación, embarazo y lactancia**

Todos los colectivos dan mucha importancia a la alimentación equilibrada durante esta etapa con alto consumo de frutas, verduras y lácteos. Suprimen las bebidas gaseosas, los picantes, y el café, y consideran que en España se da demasiada importancia al control del peso durante el embarazo porque mantienen la creencia de que hay que comer por dos. Valoran como positiva la atención médica y la atención recibida durante el embarazo. Más en particular, hay algunas culturas con creencias peculiares:

- América Latina: Toman papillas de avena tostada para que suba la leche más rápido, y también se las dan a los bebés, así como jugos de frutas con leche y azúcar, fruta rallada y caldos a los 2-3 meses de edad.

- China: siguen fielmente los consejos y directrices de personas expertas y familiares, por eso, siempre suelen estar acompañadas de la suegra o el marido. Cabe destacar la curiosa importancia que dan al mes de reposo posterior al embarazo, etapa en la que hay muchas creencias, como son no andar más de lo imprescindible y no pasar frío ni hambre. El hecho de estar fuera de su país implica que no siguen este mes de reposo tan estrictamente como en China. En cuanto a alimentos que consideran importantes durante esta etapa están las sopas que elaboran con alta cantidad de nutrientes, y los ojos de dragón, también muy nutritivos. Las verduras las toman en salazón porque creen que frescas puede dañar al estómago y comen muchos alimentos sazónados. Esta creencia sobre el daño que pueden causar las verduras crudas es debido a que pueden estar contaminadas con parásitos como el toxoplasma, y es un alimento restringido para la embarazada. Creen que comer frutos secos y pescados estimula la inteligencia del bebé, y esto se ha evidenciado posteriormente por el

efecto beneficioso que ejercen los ácidos grasos omega 3 de estos alimentos. Consumen arroz diariamente y dicen que el caldo de arroz con azúcar moreno es bueno para la sangre, y el pescado en salazón bueno para producir más leche durante la lactancia.

-África Subsahariana: Las mujeres subsaharianas de habla francesa utilizan una serie de remedios africanos: el "combó" para relajarse, infusiones y maceraciones de hojas para "lavar la sal del cuerpo", "quenquelibá" para bajar la tensión, jengibre, o "gonbó" para dar a luz fácilmente. También comen mucho pimienta durante el embarazo y posteriormente, así como guindilla durante los primeros meses. Esta práctica también la realizan las mujeres de habla inglesa porque afirman que el picante limpia la sangre. En todo África se dice que después de dar a luz se debe comer mucho. Consideran que si transcurre mucho tiempo entre un embarazo y otro, de 3 a 8 años, el siguiente embarazo será muy difícil. Las mujeres que cuentan estas creencias, se van alejando de ellas: "... cuando venimos aquí, lo hablamos y nos reímos. Son historias. A veces en nuestro país hay muchas cosas en las que nos equivocábamos antes...".

#### - Alimentos típicos de su país (Tabla 4).

#### - Alimentos populares españoles poco extendidos en su país

Los alimentos y platos más mencionados son la tortilla de patata, las lentejas, el filete a la plancha, las croquetas, la paella y la pasta, y también son los más incorporados en la dieta del inmigrante. Resulta curiosa la percepción que tienen de algunos alimentos que consideran españoles, pero en realidad no son alimentos tradicionales españoles sino que se han incorporado a la alimentación actual, como sucede con la pasta.

## DISCUSIÓN

A pesar de que la técnica cualitativa de los "grupos de discusión" pueda presentar ciertas desventajas, como que exista una dificultad para recordar los hábitos alimenticios de sus países o que se conformen con aceptar la opinión de las demás participantes durante el debate, esta técnica nos ha permitido trabajar con grupos heterogéneos y diversos en cuanto a número, edad, cultura, creencias o asimilación de las costumbres locales. El guión que se siguió durante la técnica nos ha facilitado obtener valiosos resultados en cuanto

**Tabla 4.** Alimentos típicos del país de origen.

PAÍS	ALIMENTO TÍPICO
Marruecos	-Cous- cous.
China	-Sopas de pato y gallina. -Verduras en salazón. -Paloma y pato. -Ojos de dragón.
Rumanía	-Sarmale: rollitos de carne picada, cebolla, arroz y especias envuelto en hojas de repollo. -Ensaladillas. -Zacusca de berenjenas: sofrito de berenjenas con cebolla, pimienta, y tomates. -Mamaliga: pasta de sémola de maíz. -Apio-nabo.
Polonia	-Vegeta: condimento con sal de cocina, vegetales secos y almidón de maíz. -Kopytka: especie de ñoquis compuestos por una masa de patatas cocidas mezcladas con harina de trigo y huevo. -Golabki: especie de rollos de arroz con carne o de avena de trigo con carne, envueltos en hojas de repollo cocidas.
África Subsahariana habla Francesa	-Mijo, yuca, mandioca, fufú o harina de yuca o mandioca, bananas. -Verduras: "pondu", "saca-saca", "engaingain o bise", "ozseill". -Carne de mono, puercoespín y pangolé (cerdo del bosque). -Sazonadores: "Coup Magic", "Quib Magic".

a los hábitos alimentarios y la adaptación de las inmigrantes a la dieta y cultura española, como se ha mencionado anteriormente.

Partimos de una gran diversidad de colectivos intergrupales e intragrupal, como es el caso de Latinoamérica, lo que limita establecer detalladamente los patrones de dietas nacionales. Sin embargo, nos permite evaluar el papel de la inmigración como factor común modificador de la dieta y de los hábitos alimenticios, ya que se observan puntos en común entre los colectivos significativos en el proceso de adaptación cultural a nuestro país.

Para poder hacer una comparación con la alimentación española, es necesario conocer cuáles son los alimentos más consumidos por la población y que constituyen los hábitos alimentarios españoles. En base a las encuestas de consumo familiar realizadas por el Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio

Ambiente del año 2012<sup>11</sup> se observa que en España, la alimentación se basa principalmente en un alto consumo de frutas, destacando las naranjas, manzanas y plátanos, verduras y hortalizas principalmente tomates, cebollas y leche. A continuación le sigue el grupo de las carnes, principalmente pollo y cerdo, derivados lácteos, pan, pescado y patatas frescas. Por último aceite de oliva, huevos, legumbres, pastas y azúcar. En cuanto al consumo de bebidas, se consume principalmente agua envasada, seguida por bebidas refrescantes y gaseosas, y en menor proporción cervezas, zumos y vinos de mesa.

La adecuación a la dieta española depende sobre todo del contacto con población española, proceso que sucede en los colegios, haciendo que el niño desde pequeño se adapte mejor, en la hostelería o servicio doméstico aprenden nuevas técnicas de cocinado y alimentos que desconocían, además del aprendizaje que adquieren con los años de permanencia en España, el cual determina la soltura a la hora de buscar, elegir y comprar alimentos y constituyendo la base del enriquecimiento de sus hábitos alimentarios. Hay muchos alimentos que no consumen al llegar a España porque no saben dónde encontrarlos o porque no entienden bien el idioma. En general, en casi todos los colectivos, el hombre se resiste más a probar nuevos alimentos y no se adapta tan bien a las costumbres como la mujer.

El proceso de adaptación a España supone para ellos un enriquecimiento de su dieta, debido a la incorporación del aceite de oliva, entre otros factores, rico en compuestos fenólicos y ácidos grasos monoinsaturados como el ácido oleico, que le confieren propiedades beneficiosas y con ello de posible prevención de enfermedad cardiovascular, hipercolesterolemia y la hipertensión<sup>12</sup>. En general, en sus países de origen utilizaban natas y mantequillas con alto contenido en grasas saturadas, relacionadas con dichas enfermedades. Además, el aumento en el consumo de agua, en vez de refrescos, y de frutas y verduras, mejora la calidad de su dieta. En cuanto a la forma de cocinar, también se puede observar una mejora, ya que varios colectivos como el rumano disminuyen el uso de harinas para elaborar platos, reduciendo el valor calórico de su dieta, o sustituyendo los fritos por el cocinado a la plancha. Esto influye en el embarazo, ya que al mejorar su dieta, dan más importancia al consumo de frutas, verduras y lácteos durante esta etapa, tan importantes por su aporte de minerales, vitaminas y fibra.

Por otro lado, hay casos en los que la dieta se empobrece por no disponer en España de aquellos alimentos tan arraigados a sus costumbres alimentarias. Además varios colectivos consideran que la dieta española es poco variada y natural. Es el caso de Latinoamérica, ya que disminuyen la variedad de frutas que consumían, y el caso de China, al no disponer en España de la alta variedad de pescado y marisco reduciendo el consumo de pescado fresco y aumentando el consumo de congelados. Sucede lo mismo con la carne y las verduras. Esto también ocurre con África en general en su alimentación, ya que consideran los alimentos de su país de origen más naturales y nutritivos y mencionan la poca variedad de sopas que hay en España, al igual que latinoamericanas y polacas. También contribuye a este empobrecimiento la falta de tiempo del que disponen las mujeres para la compra y cocinar debido al trabajo, y esto hace que consuman productos pre-cocinados o congelados en vez de platos elaborados originarios de sus países, disponiendo solo del fin de semana para cocinarlos. Esto supone una pérdida de sus costumbres alimentarias, su estilo de vida y un progresivo alejamiento de sus tradiciones de origen.

## CONCLUSIONES

Marruecos y América Latina presentan la dieta más similar a la española, siendo los grupos más dispares tanto en alimentos consumidos como en hábitos alimentarios, el subsahariano y el chino. Los subsaharianos son los que más dificultades tienen para mantener sus costumbres alimentarias, ya que los ingredientes que utilizan en sus países no se encuentran aquí.

Cabe destacar la gran diferencia intergrupala en cuanto a hábitos alimentarios entre los colectivos, pero así mismo, existen ciertos grupos que también presentan diferencias intragrupalas, como es el caso de América Latina y África Subsahariana. También, es importante señalar que la cercanía cultural y geográfica supone cercanía de hábitos alimentarios entre países, como es el caso de Rumanía y Polonia.

Globalmente todos los colectivos tienen una buena adaptación a la dieta española, mejorando a medida que aumentan los años de residencia en nuestro país y favorecida por el nivel de interacción con la población española (comedores escolares, hostelería, etc.). Esta asimilación de los nuevos hábitos alimentarios españoles resulta beneficiosa principalmente durante el embarazo,

ya que aumentan el consumo de aquellos alimentos de la DM necesarios para que la gestación, la lactancia y los primeros meses del recién nacido se desarrollen de forma adecuada, evitando carencias nutricionales. Todos los colectivos son conscientes de la importancia de la alimentación en dicho periodo e intentan adoptar las pautas recomendadas.

Los datos obtenidos muestran que se debería mejorar la calidad de la alimentación en todos los colectivos. Los profesionales que atienden a estos colectivos deben conocer estas diferencias e informar de la importancia de una buena alimentación en el desarrollo del embarazo y lactancia.

El embarazo es un momento importante para mejorar los hábitos de alimentación por la sensibilidad de las mujeres en el cuidado de su descendencia. Además, las mujeres embarazadas constituyen la diana de programas de educación nutricional por la gran influencia que ejercen en sus unidades familiares. Tanto la población española, que está abandonando la DM, como la población inmigrante deben seguir las recomendaciones para una alimentación saludable para mejorar su salud y prevenir enfermedades como la obesidad<sup>14</sup>.

Se necesitan más estudios que nos permitan identificar políticas sanitarias dirigidas a mejorar hábitos alimentarios en estos colectivos.

## AGRADECIMIENTOS

M.<sup>a</sup> Teresa García Jiménez, Jefa de Servicio de Educación Sanitaria y Docencia de la Escuela Nacional de Sanidad. Farmacéutica especialista en nutrición aplicada.

Al personal médico, enfermería y auxiliar del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Fuenlabrada, en especial a la Dra Silvia González Cerrón, médico adjunto del Servicio de Obstetricia y Ginecología.

Luís Morales García del Servicio de Laboratorio y Análisis Clínicos del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Ariadna De La Rubia y Susana Clemente (Andaira Sociedad Cooperativa Madrileña).

Alumnas de Traducción e Interpretación de la Universidad Autónoma de Madrid: Guadalupe Muñóz Aparicio, Andreea Paraschiv, Nuria Fernández Flores, Patrycja Katarzyna Jurkowska, Layla Hafhafi Gutiérrez.

Hui Yang Gao.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lillycrop KA, Burdge GC. Epigenetic mechanisms linking early nutrition to long term health. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2012 Oct;26(5):667-76.
2. Wu G, Imhoff-Kunsch B, Girard AW. Biological mechanisms for nutritional regulation of maternal health and fetal development. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2012 Jul;26 Suppl 1:4-26.
3. Dror DK. Vitamin D status during pregnancy: maternal, fetal, and postnatal outcomes. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2011 Dec; 23(6): 422-6.
4. Blumfield ML, Hure AJ, Macdonald-Wicks L, Smith R, Collins CE A systematic review and meta-analysis of micronutrient intakes during pregnancy in developed countries. *Nutr Rev.* 2013 Feb; 71(2):118-32.
5. Galjaard S, Devlieger R, Van Assche FA. Fetal growth and developmental programming. *J Perinat Med.* 2013 Jan 1;41(1):101-5.
6. Ivanova E, Chen JH, Segonds-Pichon A, Ozanne SE, Kelsey G. DNA methylation at differentially methylated regions of imprinted genes is resistant to developmental programming by maternal nutrition. *Epigenetics.* 2012 Oct;7(10):1200-10.
7. Blumfield ML, Hure AJ, Macdonald-Wicks L, Smith R, Collins CE. Systematic review and meta-analysis of energy and macronutrient intakes during pregnancy in developed countries. *Nutr Rev.* 2012 Jun;70(6):322-36.
8. Instituto Nacional de Estadística (INE). Plan de integración de la comunidad de Madrid 2006-2008. Estadística de la comunidad de Madrid y del Municipio de Fuenlabrada. 2005.
9. Saiz de Bustamante P, Alfonso A. Valoración de los hábitos alimentarios de una población de mujeres embarazadas inmigrantes del área de Fuenlabrada: Un estudio transversal. *Nutr. clin. diet. hosp.* 2012; 32(1):59-66.
10. A. Viladrich Phil, M. Phil. *Taller: los grupos focales y los métodos cualitativos de investigación en salud con poblaciones migrantes.* 3 er Curso Internacional sobre Migración y Salud. 2008.
11. *La alimentación mes a mes.* Oct 2012; Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente.
12. P Pérez-Martínez, J López-Miranda, J Delgado-Lista, F López-Segura, F Pérez Jiménez. Aceite de oliva y prevención cardiovascular: más que una grasa. *Clin Invest Arterioscl.* 2006.
13. R Estruch,, E Ros, J Salas-Salvadó, MI Covas, D Corella, F Arós, E Gómez-Gracia, V Ruiz-Gutiérrez, M Fiol, J Lapetra, R M Lamuela-Raventos, L Serra-Majem, X Pintó, J Basora, M A Muñoz, J V. Sorlí, J A Martínez, M A Martínez-González. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med.* 2013 Feb 25. [Epub ahead of print].
14. JR Martínez Alvarez, A Villarino Marin, C Iglesias Rosado, C de Arpe Muñoz, C Gomez Candela. Recomendaciones para la población española. *Nutr. clin. diet. hosp.* 2010; 30(1):4-14.