

Universidad Latina de Costa Rica

Escuela de Psicología

Trabajo Final de Graduación

Análisis de los factores emocionales-cognitivos e intervenciones psicológicas que impactan en el estado nutricional de la mujer gestante: Revisión bibliográfica de 2013 al 2023 en América.

Melania Rivera Ramos

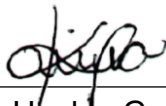
Julio 2023

TRIBUNAL EXAMINADOR

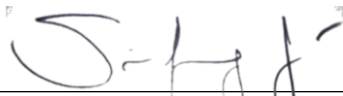
Este proyecto titulado: Análisis de los factores emocionales-cognitivos e intervenciones psicológicas que impactan en el estado nutricional de la mujer gestante: Revisión bibliográfica de 2013 al 2023 en América, por la estudiante: Melania Rivera Ramos, fue aprobado por el Tribunal Examinador de la carrera de Psicología de la Universidad Latina, Sede San Pedro, como requisito para optar por el grado de Licenciatura en Psicología:



Adriana Orellana Orellana
Tutora



Karina Ugalde González
Lectora



Siu Fong Acón Araya
Representante

Licencia De Distribución No Exclusiva (carta de la persona autora para uso didáctico)

Universidad Latina de Costa Rica

Yo (Nosotros):	
De la Carrera / Programa:	
Modalidad de TFG:	
Titulado:	

Al firmar y enviar esta licencia, usted, el autor (es) y/o propietario (en adelante el “**AUTOR**”), declara lo siguiente: **PRIMERO:** Ser titular de todos los derechos patrimoniales de autor, o contar con todas las autorizaciones pertinentes de los titulares de los derechos patrimoniales de autor, en su caso, necesarias para la cesión del trabajo original del presente TFG (en adelante la “**OBRA**”). **SEGUNDO:** El **AUTOR** autoriza y cede a favor de la **UNIVERSIDAD U LATINA S.R.L.** con cédula jurídica número 3-102-177510 (en adelante la “**UNIVERSIDAD**”), quien adquiere la totalidad de los derechos patrimoniales de la **OBRA** necesarios para usar y reusar, publicar y republicar y modificar o alterar la **OBRA** con el propósito de divulgar de manera digital, de forma perpetua en la comunidad universitaria. **TERCERO:** El **AUTOR** acepta que la cesión se realiza a título gratuito, por lo que la **UNIVERSIDAD** no deberá abonar al autor retribución económica y/o patrimonial de ninguna especie. **CUARTO:** El **AUTOR** garantiza la originalidad de la **OBRA**, así como el hecho de que goza de la libre disponibilidad de los derechos que cede. En caso de impugnación de los derechos autorales o reclamaciones instadas por terceros relacionadas con el contenido o la autoría de la **OBRA**, la responsabilidad que pudiera derivarse será exclusivamente de cargo del **AUTOR** y este garantiza mantener indemne a la **UNIVERSIDAD** ante cualquier reclamo de algún tercero. **QUINTO:** El **AUTOR** se compromete a guardar confidencialidad sobre los alcances de la presente cesión, incluyendo todos aquellos temas que sean de orden meramente institucional o de organización interna de la **UNIVERSIDAD** **SEXTO:** La presente autorización y cesión se registrará por las leyes de la República de Costa Rica. Todas las controversias, diferencias, disputas o reclamos que pudieran derivarse de la presente cesión y la materia a la que este se refiere, su ejecución, incumplimiento, liquidación, interpretación o validez, se resolverán por medio de los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica, a cuyas normas se someten el **AUTOR** y la **UNIVERSIDAD**, en forma voluntaria e incondicional. **SÉPTIMO:** El **AUTOR** acepta que la **UNIVERSIDAD**, no se hace responsable del uso, reproducciones, venta y distribuciones de todo tipo de fotografías, audios, imágenes, grabaciones, o cualquier otro tipo de

presentación relacionado con la **OBRA**, y el **AUTOR**, está consciente de que no recibirá ningún tipo de compensación económica por parte de la **UNIVERSIDAD**, por lo que el **AUTOR** haya realizado antes de la firma de la presente autorización y cesión. **OCTAVO:** El **AUTOR** concede a **UNIVERSIDAD.**, el derecho no exclusivo de reproducción, traducción y/o distribuir su envío (incluyendo el resumen) en todo el mundo en formato impreso y electrónico y en cualquier medio, incluyendo, pero no limitado a audio o video. El **AUTOR** acepta que **UNIVERSIDAD.** puede, sin cambiar el contenido, traducir la **OBRA** a cualquier lenguaje, medio o formato con fines de conservación. **NOVENO:** El **AUTOR** acepta que **UNIVERSIDAD** puede conservar más de una copia de este envío de la **OBRA** por fines de seguridad, respaldo y preservación. El **AUTOR** declara que el envío de la **OBRA** es su trabajo original y que tiene el derecho a otorgar los derechos contenidos en esta licencia. **DÉCIMO:** El **AUTOR** manifiesta que la **OBRA** y/o trabajo original no infringe derechos de autor de cualquier persona. Si el envío de la **OBRA** contiene material del que no posee los derechos de autor, el **AUTOR** declara que ha obtenido el permiso irrestricto del propietario de los derechos de autor para otorgar a **UNIVERSIDAD** los derechos requeridos por esta licencia, y que dicho material de propiedad de terceros está claramente identificado y reconocido dentro del texto o contenido de la presentación. Asimismo, el **AUTOR** autoriza a que en caso de que no sea posible, en algunos casos la **UNIVERSIDAD** utiliza la **OBRA** sin incluir algunos o todos los derechos morales de autor de esta. **SI AL ENVÍO DE LA OBRA SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA U ORGANIZACIÓN QUE NO SEA UNIVERSIDAD U LATINA, S.R.L., EL AUTOR DECLARA QUE HA CUMPLIDO CUALQUIER DERECHO DE REVISIÓN U OTRAS OBLIGACIONES REQUERIDAS POR DICHO CONTRATO O ACUERDO.** La presente autorización se extiende el día de de a las

Firma del estudiante(s):



DECLARACIÓN JURADA

Yo, Melania Rivera Ramos estudiante de la Universidad Latina de Costa Rica, declaro bajo la fe de juramento y consciente de las responsabilidades penales de este acto, que soy Autor Intelectual de la Tesis titulado:

Análisis de los factores emocionales-cognitivos e intervenciones psicológicas que impactan en el estado nutricional de la mujer gestante: Revisión bibliográfica de 2013 a 2023 en América

Por lo que libero a la Universidad de cualquier responsabilidad en caso de que mi declaración sea falsa.

Firmo en Cartago, 1 Septiembre 2023



Melania Rivera Ramos

Dedicatoria

A mi tutora **Adriana Orellana** por ser diligente en su forma de guiarme y mostrarse siempre paciente, apoyándome en todo momento. Por ser una gran motivadora durante todo el proceso y hacer que el camino fuera mucho más llevadero.

A las **profesoras** Marisol Ureña y Glenda Villalobos, y a las **psicólogas** Ana Serrano y Clara Schoham por su valiosa participación en esta tesis, y por transmitirme la pasión que tienen tanto por su profesión, como por ayudar a las mujeres en gestación.

A mis **papás** por apoyarme de todas las formas que pudieron, no podría haber logrado todo esto sin ustedes. Gracias por seguir invirtiendo en mí.

A todos mis **amigos** que me apoyaron y acompañaron en oración, y en especial a Fio, Era, Wen y Mau, que muchas veces cuidaron a mi pequeñito para poder seguir trabajando en la tesis.

A mi pequeño **Benjamín**, por ser tan cariñoso, especial y comprensivo con mamá durante todo este proceso, en que tuve que darle a la tesis una gran parte de mi tiempo y atención. Al **bebé** llevo dentro de mí, porque me permitiste ser más empática con las mujeres embarazadas durante la investigación.

A mi **esposo**, que estuvo a mi lado siempre, animándome y sacrificándose para que yo pudiera seguir avanzando. Gracias por amarme y creer tanto en mí.

Y por último, pero más importante, a **Dios**, que me mostró que sus planes son siempre perfectos, que todo tiene su tiempo. Él es mi respaldo, mi sostén y el que finalmente recibe todo el honor y los méritos de esta tesis.

Contenido

Planteamiento del Problema	7
Objetivos	10
Objetivo general	10
Objetivos específicos	10
Justificación del estudio	11
Antecedentes	13
Antecedentes internacionales	13
Antecedentes nacionales	17
Proyecciones	17
Limitaciones	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	19
Gestación	19
Etapas del embarazo	19
Cambios en el embarazo	22
Cambios hormonales	22
Cambios Fisiológicos	23
Estado nutricional	25
Cambios fisiológicos que alteran el estado nutricional	26
Ganancia Ponderal	26
Cambios en el sistema digestivo	26
Intervención nutricional	27
Requerimientos nutricionales	28
Complicaciones Obstétricas asociadas al estado nutricional	32
Factor Cognitivo	33

	4
Cognición en el embarazo	33
Pensamientos racionales e irracionales en el embarazo	35
Percepción de eficacia materna	37
Autocontrol-Locus de control	38
Autoimagen	39
Factores Emocionales	40
Las emociones de la mujer gestante	42
Alimentación emocional	44
Trastornos psicológicos asociados al embarazo	45
Depresión	46
Trastornos de la conducta alimentaria	46
Intervención Psicológica	48
Impacto psicológico de las emociones y cogniciones sobre la gestación	49
Psicología Perinatal	50
Intervención Psicológica en la mujer gestante	51
Terapia Cognitivo conductual	51
Atención plena y compasión	53
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	56
Enfoque de la investigación	56
Diseño de la investigación	57
Fuentes de información	58
Fuentes primarias	58
Fuentes secundarias	58
Variables o categorías de análisis	59
Instrumentos	60

	5
Entrevista	60
Análisis documental	61
Procedimientos de recolección y análisis de datos	62
Procedimiento de recolección de datos	62
Procedimientos de análisis de datos	62
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE DATOS	65
Categoría 1: Factores cognitivos	66
Categoría 2: Factores emocionales	92
Categoría 3: Impacto de la intervención psicológica	106
Teoría fundamentada: Relación entre la psicología y la nutrición	113
GEME: Una guía especializada para acompañar a la mujer gestante	115
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	118
Conclusiones	118
Recomendaciones	120
A los psicólogos	121
A los nutricionistas	121
A futuras investigaciones	121
Referencias	123
ANEXOS	134

Figuras

Figura 1. <i>Factores cognitivos que afectan el estado nutricional de las mujeres gestantes según entrevistas a profesionales</i>	67
Figura 2. <i>Factores emocionales que afectan el estado nutricional de las mujeres gestantes según entrevistas a profesionales</i>	93
Figura 3. <i>Relación de los factores cognitivos-emocionales e intervenciones psicológicas de la mujer gestante con su estado nutricional</i>	114

Tablas

Tabla 1. <i>Categorías de análisis de datos</i>	59
Tabla 2. <i>Código de identificación de los profesionales entrevistados</i>	65
Tabla 3. <i>Pensamientos racionales que pertenecen a los factores cognitivos que afectan el estado nutricional de la mujer gestante</i>	68
Tabla 4. <i>Factores cognitivos de las mujeres gestantes que afectan su estado nutricional</i>	73
Tabla 5. <i>Autoeficacia y autocontrol como factores cognitivos que afectan el estado nutricional de la mujer gestante</i>	77
Tabla 6. <i>Autoimagen y autoconcepto como factores cognitivos que afectan el estado nutricional de la mujer gestante</i>	85
Tabla 7. <i>El estrés como factor cognitivo de la mujer gestantes, que afecta su estado nutricional</i>	90
Tabla 8. <i>Factores emocionales de las mujeres gestantes que afectan su estado nutricional</i>	94
Tabla 9. <i>Alimentación emocional como factor que repercute sobre el estado nutricional de la mujer gestante</i>	100
Tabla 10. <i>Impacto de las intervenciones psicológicas sobre el estado nutricional de la mujer gestante</i>	106

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Planteamiento del Problema

Las mujeres a lo largo de su vida pasan por etapas que conllevan cambios determinantes, dentro de los cuales se encuentra el período de gestación. Se trata de un tiempo en el que la madre experimenta todas aquellas transformaciones necesarias para que el feto que lleva dentro de sí, se una a ella de manera extraordinariamente compleja, permitiendo que ocurra todo el proceso de crecimiento de esta nueva criatura. De inicio a fin continuarán manifestándose una enorme cantidad de cambios en distintos niveles, hasta que culmine, en el mejor de los casos, en el nacimiento (Grande y Román, 2021).

Mucho se ha hablado de lo que estos cambios implican para la madre, debido a que marca el inicio de un reto que debe mirarse de manera integral, es decir tomando en cuenta elementos fisiológicos, psicológicos, socioculturales y económicos que envuelven al estado de embarazo. En lo que se refiere a las exigencias fisiológicas, Carrillo-Mora et al. (2021) indican que el cuerpo se irá adaptando a las fases de la gestación, siendo influenciado por factores propios de cada individuo, dentro de los cuales se pueden mencionar: la edad, el estado de salud a nivel anatómico, hormonal, bioquímico, el estado nutricional, entre muchos otros. Esta condición previa será vital para la continuación de un embarazo fuera de riesgos.

Particularmente, el estado nutricional es fundamental, pues impacta no solo en la salud presente de la madre y el feto, sino que se ha demostrado que la calidad de la alimentación durante las primeras etapas de vida puede afectar inclusive hasta la adultez (Mousa, Naqash, y Lim, 2019). El acelerado cambio en las estructuras corporales ocasiona que las necesidades energéticas y de nutrientes se alteren, requiriendo así un aporte alimenticio diferente, que permita que el desarrollo del bebé ocurra apropiadamente y se resguarden las reservas de la madre, de manera tal que la salud de ambos no se vea comprometida con algún déficit nutricional (Grande y Román, 2021).

El control del peso gestacional, la ganancia ponderal, y la calidad de la ingesta de nutrientes, cuya demanda está aumentada; son necesarios para evitar diversos problemas de salud. Martínez et al. (2020) cita algunas complicaciones que podrían presentarse, como bebés macrosómicos, diabetes gestacional, deterioro en el desarrollo cognitivo, bajo peso al

nacer, desórdenes hipertensivos, apnea del sueño, depresión, aumento en cesáreas y abortos, y complicaciones con la lactancia, entre otros.

La adherencia a un estilo de vida saludable es requerido, incluso previo a la concepción, ya que puede condicionar la embriogénesis y disminuir la fertilidad, o pueden darse malformaciones cardiovasculares o del tubo neural en los primeros días y semanas de gestación. A pesar de esto, se ha evidenciado que una gran cantidad de mujeres no tienen un buen estado nutricional, resaltando de la calidad de la dieta, que el consumo de vegetales, cereales y ácido fólico pregestacional es deficitario (Martínez et al., 2020). Durante el período embarazo, se ha observado que muchas madres tampoco mantienen hábitos de alimentación saludables, sino que sus patrones se caracterizan por ser deficientes en micronutrientes como el hierro, el zinc, las vitaminas A, C y los folatos.

Adicionalmente, se detectan altas cifras de mujeres con excesos de peso, tanto pregestacional, como de ganancia ponderal. De acuerdo con el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) En Estados Unidos, durante el 2019, casi 3 de cada 10 (29,0%) mujeres tenían obesidad antes de quedar embarazadas, lo cual aumentó un 11% con respecto a 2016 (Driscoll y Gregory, 2020). En Costa Rica la información está desactualizada ya que la última Encuesta Nacional de Nutrición se realizó en el período 2008-2009, sin embargo resalta que para ese entonces casi el 60% (59,7%) de las mujeres en edad reproductiva tenían un estado nutricional categorizado en sobrepeso y obesidad, lo cual sugiere que un alto porcentaje inició el embarazo en estas categorías (Ministerio de Salud et al., 2009).

Alpizar (2015) reportó la prevalencia de obesidad en sobrepeso y obesidad en gestantes indicando que el porcentaje de mujeres gestantes con obesidad era de 19% y de 31,6 % con sobrepeso en Chile. Para Estados Unidos era de 18,5- 38,3% con obesidad, según el estado. Esta información no se cuenta para Costa Rica; únicamente se cuenta con la descripción de mujeres gestantes de la Región Central Norte del país que asisten a la Clínica Dr. Marcial Rodríguez Conejo. Para el 2014 esta población presentaba un 56,1% de las mujeres gestantes con diagnóstico de obesidad y un 42% con sobrepeso (Alpizar, 2015).

Esto es alarmante, y se ha convertido en una realidad mundial, que llega hoy día a ser una preocupación de salud pública, siendo esto el origen de consecuencias de salud a corto y largo plazo en la madre y el bebé (Brandão, 2020; López et al., 2018).

Es por esto que la intervención nutricional y las recomendaciones ofrecidas de manera oportuna son vitales durante la gestación. Sin embargo, y sumado a la complejidad propia del embarazo, existe una serie de elementos que pueden convertirse en obstáculos para la aplicación de las mismas; no solo de nutrición, sino de la salud general de la mujer gestante. Del Castillo y Poveda (2021), lograron identificar barreras relacionadas con el estado de salud, el conocimiento de información apropiada, las gestaciones previas, la influencia de la cultura sobre los hábitos de alimentación, el rol del personal de salud y la pobreza.

Otro de los obstáculos para la adherencia, corresponde a los factores psicológicos. Grande y Román (2021) indican que en primera instancia, se debe considerar que la mujer no se convierte solo en el vientre físico dentro del cual crece el feto, sino que este se desarrollará en el “recipiente emocional de su madre” (p. 77). La manera en que la madre enfrenta esta nueva situación, y cómo atenderá a las instrucciones que se le brinden para su propio bienestar, no pueden separarse de lo que ella experimenta emocional y cognitivamente hablando.

La cognición o los pensamientos de las mujeres gestantes pueden ser determinantes en su embarazo y el estado nutricional que mantengan durante este. Villalobos (2015) logró identificar que los pacientes presentan ideas irracionales respecto a su propia conducta alimentaria, y estas son las causantes de la falta de adherencia al tratamiento nutricional y a sus propias metas. Así mismo, Durán (2018) evidenció que factores cognitivos de la conducta alimentaria, tales como la autoeficacia percibida, constituyen un predictor para la adherencia al tratamiento. Modificar los estilos cognitivos y las ideas irracionales asociadas a la alimentación facilita el logro de mejores resultados en los pacientes con exceso de peso.

El estado nutricional de la mujer embarazada está muy relacionado con su estado psicológico; es difícil determinar si el primero condiciona al segundo o si esta relación ocurre en sentido contrario, por lo que es preferible analizarlos desde una perspectiva integral. Un ejemplo de esto lo demuestran Huberty et al. (2017), en su investigación sobre el control del estrés y del peso gestacional, una variable psicológica y otra nutricional. La mujer embarazada experimenta estrés como resultado de los cambios que experimenta a nivel interno (como los cambios hormonales, de sueño y cansancio) y externo (cambios en la rutina de vida, sus roles, sus relaciones). Cuando el estrés es desmedido, puede ocasionar numerosos problemas dentro de los que se incluyen la depresión, la ansiedad, y la adopción de actitudes

negativas que resultan en mala alimentación y sedentarismo. Sin embargo, la mala alimentación, la cual se ve reflejada a nivel bioquímico, puede ser la causante del estrés de la persona o empeorarlo. Por lo tanto, el estrés puede afectar el estado de nutrición, y viceversa; y juntos pueden ser el reflejo de una persona que tiene dificultades para llevar a cabo estrategias de control durante el embarazo.

De manera similar, Romero et al. (2017), indican que cuando el índice de masa corporal en la mujer gestante es mayor al recomendado, existe un deterioro psicológico, pues aumenta el estrés percibido y el estrés específico del embarazo, además de la presencia de síntomas psicopatológicos. Esto debe considerarse como un riesgo adicional a la alteración psicológica que es ocasionada por el cambio hormonal propio de esta etapa.

Esta fuerte interconexión de los factores nutricionales y psicológicos de la mujer gestante, apuntan a la necesidad de considerarlos en la atención clínica durante la gestación, en miras a obtener mejores resultados de adherencia a las recomendaciones. Para hacerlo es necesario tener un mejor panorama del conocimiento que se tiene hasta el momento y analizar el impacto de lo psicológico sobre lo nutricional, particularmente en la población gestante. En respuesta a toda la información detallada anteriormente, se orienta la presente investigación con esta pregunta: ¿Cuál es el impacto que generan los factores cognitivos-emocionales, y la intervención psicológica sobre el estado nutricional de la mujer gestante?

Objetivos

Objetivo general

Analizar el impacto de los factores cognitivos, emocionales e intervención psicológica sobre el estado nutricional de la mujer gestante: una revisión bibliográfica de 2013 a 2023 en América.

Objetivos específicos

1. Distinguir los factores cognitivos de la mujer en gestación y sus repercusiones sobre el estado nutricional.
2. Identificar los factores emocionales de la mujer en gestación y su afectación sobre su estado nutricional.

3. Reconocer el impacto que tiene la intervención psicológica sobre el estado nutricional de la embarazada y la importancia de su aplicación integral.
4. Examinar la relación de los factores cognitivos-emocionales e intervención psicológica de la mujer embarazada con su estado nutricional.

Justificación del estudio

Esta investigación es trascendental ya que permite que los profesionales en salud, especialmente los psicólogos y nutricionistas tengan un mayor conocimiento acerca de la importancia que tiene el abordaje interdisciplinario de pacientes cuya necesidad de mejorar su alimentación y estado nutricional se encuentra muy estrechamente ligada a su estado psicológico; esto se ha evidenciado en numerosos estudios como el de Romero et al. (2017) quienes lograron demostrar que el índice de masa corporal (IMC), que corresponde a una variable nutricional, tiene una relación con el nivel de estrés psicológico de la mujer en período de gestación. Cuanto mayor era el IMC, mayor estrés y síntomas psicopatológicos se presentaban durante el embarazo.

Esta investigación tiene el potencial de beneficiar a los profesionales, orientando con lo que hasta la fecha se ha desarrollado en la ciencia respecto a esta integración disciplinaria, y lo que se debe hacer a futuro, tanto a nivel de investigación como a nivel práctico.

Otro de los beneficiarios de la presente investigación corresponde a los grupos de apoyo a las madres en estas etapas, quienes pueden estar más orientados y adoptar una mirada más holística en el abordaje y seguimiento.

Este estudio es de mucha relevancia social, ya que está orientado hacia un grupo poblacional que experimenta una enorme cantidad de cambios fisiológicos, hormonales, emocionales y psicológicos; que a su vez se considera una población vulnerable, que requiere de atenciones y cuidados especiales. El embarazo es considerado una de las etapas más importantes en la vida de la mujer; es un período crítico, cuyo manejo nutricional y psicológico puede ser clave para facilitar que este momento, se lleve a cabo de la manera más idónea posible.

La promoción de la salud en la gestación permite mejorar la calidad de vida de mamá y bebé, y prevenir padecimientos de diversa índole, tanto biológicos como psicológicos. De

hecho, se le considera como una ventana de oportunidad para el cambio con repercusiones que no se limitan solo a la culminación positiva del embarazo, sino también a la calidad de salud a futuro, tanto de la madre como del bebé (Farhodimoghadam et al., 2020).

Por otra parte, esta investigación se justifica por sus implicaciones prácticas, ya que pretende dar respuesta a algunas carencias, limitaciones y desaciertos que tiene el abordaje nutricional en aspectos que están estrechamente influenciados por el estado psicológico de las pacientes gestantes. Uno de estos aspectos es el manejo del peso, tanto pregestacional, como de ganancia ponderal. Desde la nutrición se ofrece una dirección meramente biológica, que pretende que la madre ingiera una cantidad calórica y nutricional específica, estable y constante a lo largo del período de embarazo, sin considerar todo aquello que puede obstaculizar el cumplimiento de dicha instrucción, llamada dieta (Grande y Román, 2021).

Desde hace un largo período de tiempo se han hecho críticas al abordaje clínico, que mantiene esta orientación de ingesta energética, y que no da a los factores psicológicos y sociodemográficos la importancia que corresponde. Gordillo et al. (2011) fueron enfáticos en que la reducción y el control del peso están estrechamente relacionados con la motivación y el autoconcepto, es decir que los aspectos volitivos y autorreflexivos de la conducta son igual de importantes que la conducta como tal; por lo que, para esperar mejores resultados a nivel nutricional, es necesario capacitar a la persona con herramientas psicológicas.

Lo anterior se liga con otra de las implicaciones del estudio, ya que no solo enriquece el tratamiento nutricional sino también el psicológico, pues permite identificar los elementos claves en los que la psicología debe enfocarse durante la intervención a las pacientes embarazadas, para finalmente obtener mejores resultados, que se reflejen también en su estado nutricional.

A partir de esta investigación se pueden elaborar, en el futuro, protocolos o programas de intervención interdisciplinarios de psicología y nutrición que ofrezcan un servicio más adaptado a la condición particular de las mujeres gestantes. Particularmente, estos programas pueden adecuarse a la población costarricense, la cual carece de servicios para mujeres gestantes que tengan esta mirada holística. Es fundamental realizarlo ya que se ha demostrado que las diferencias culturales pueden influir en la adherencia a los tratamientos clínicos; en otras palabras, la salud y bienestar está influido por el contexto cultural (Andina-Díaz, Vieira y Siles-González, 2021).

Por otra parte, con la información recaudada se pretende reforzar la concepción de que las mujeres en período de gestación necesitan una terapia que integre el enfoque psicológico y nutricional, ambos adaptados a las condiciones y necesidades particulares de esta población.

La investigación apoya además, las teorías de que el estado nutricional adecuado y la mejora de hábitos alimentarios es mayor y se sostiene más durante el tiempo cuando se interviene al paciente en los aspectos psicológicos. Esto se ha resaltado en diversos grupos poblacionales, por ejemplo, Durán (2018) llegó a esta misma conclusión en una población costarricense con exceso de peso, sin embargo, no se ha estudiado ampliamente en mujeres gestantes.

La investigación ayuda a definir la relación que existe entre la intervención psicológica y el abordaje nutricional en mujeres gestantes. Se estudia a la población gestante a partir de la integración de necesidades nutricionales y psicológicas, algo que se ha estudiado mucho por separado, pero poco de manera integradora. Además, el desarrollo de este estudio es de alta viabilidad, dado que se cuenta con el recurso humano y temporal necesarios para llevar a cabo todas las etapas de la investigación; de igual manera esta no conllevará gastos económicos adicionales a la compra de algunos artículos de investigación en el proceso de recolección de datos.

Antecedentes

Antecedentes internacionales

A continuación, se presentan antecedentes desarrollados en torno al tema de investigación a nivel internacional.

Romero et al. (2017) se cuestionaron: ¿Puede el índice de masa corporal pregestacional relacionarse con el estado psicológico y físico de la madre durante todo el embarazo?. Como parte de su investigación se plantearon el objetivo de comprobar si existen diferencias en estrés, síntomas psicopatológicos y variables fisiológicas durante el embarazo, entre embarazadas con IMC pregestacional normal e IMC pregestacional elevado. Este análisis lo desarrollaron en una muestra de 156 mujeres embarazadas evaluadas longitudinalmente durante los tres trimestres de embarazo divididas en dos grupos: grupo con IMC pregestacional normal (n = 115) y grupo con IMC pregestacional

elevado ($n = 41$). Se midieron niveles de estrés, síntomas psicopatológicos, hipertensión y glucosa. Entre sus resultados más relevantes destaca que identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos y entre los tres trimestres, que indican que el IMC pregestacional elevado, el cual es una medida del estado nutricional, tiene una relación con mayor estrés psicológico y con síntomas psicopatológicos y fisiológicos durante el embarazo.

La relación entre emociones y el estado nutricional fue identificada también por Rodrigues et al. (2021), quienes en su investigación *Maternal mental health and gestational weight gain in a Brazilian Cohort* desarrollaron un estudio de cohorte prospectivo en 206 mujeres embarazadas que recibían seguimiento en un centro de salud público en Río de Janeiro, Brasil. Se plantearon como objetivo evaluar la asociación de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio con la ganancia de peso gestacional. Entre sus hallazgos, resalta que las mujeres con depresión en el primer trimestre, síntomas depresivos persistentes y síntomas de ansiedad en el segundo trimestre presentaron tasas significativamente más bajas de ganancia de peso gestacional por semana, en comparación con aquellas sin depresión o ansiedad, respectivamente. Los síntomas depresivos persistentes representaron un aumento en el riesgo de ganancia de peso gestacional insuficiente.

Wilcox et al. (2022) en su investigación *Effects of a behavioral intervention on physical activity, diet, and health-related quality of life in pregnant women with elevated weight: results of the HIPPA randomized controlled trial*; desarrollaron un ensayo aleatorio con grupo control, en el que se tomó como muestra a 219 mujeres embarazadas (44 % afroamericanas, 56 % blancas) con sobrepeso u obesidad, las cuales fueron seleccionadas al azar para pertenecer al grupo control o al grupo experimental en el que se realizó una intervención conductual basada en la teoría cognitiva social. El grupo de intervención recibió una sesión de consejería en profundidad, un grupo privado de Facebook y 10 llamadas de consejería basadas en el contenido con podcasts conductuales adjuntos, seguidas de llamadas de consejería semanales o quincenales hasta el parto. Entre sus hallazgos más relevantes, se logró una mejoría significativa en la calidad de la dieta, que se evidenció en un aumento en el consumo de vegetales y cereales integrales. Sin embargo la actividad física disminuyó con el tiempo, y la mejoría en el componente

mental fue muy leve ocurrió tanto en el grupo control como en el de intervención, siendo menor en el segundo grupo; este resultado lo justifican en que el grupo experimental no recibió una dosis adecuada de intervención (particularmente a nivel psicológico) para lograr cambios significativos.

Por su parte Kierffer et al. (2013) aplicaron, un programa de intervención en estilo de vida dirigido por personal de salud entrenado a una muestra de 275 mujeres embarazadas latinas. En la intervención se brindó información acerca de alimentación saludable, ejercicio, manejo de estrés, identificación de síntomas depresivos, entre otros. Los investigadores se plantearon como objetivo estudiar la efectividad que este programa tenía en la reducción de sintomatología depresiva. Al utilizar un grupo control y de intervención, lograron evidenciar que la reducción de síntomas depresivos era mayor en el grupo de intervención.

Farhodimoghadam et al. (2020) en su estudio *The Effect of Cognitive-Behavioral Counseling on Lifestyle in Pregnant Women: A Randomized Controlled Clinical Trial*; implementaron un experimento clínico aleatorizado con grupo control en mujeres embarazadas de los centros de salud de Sanandaj, Iraq. Ambos grupos recibieron la atención prenatal rutinaria, y el grupo de intervención recibió además 8 sesiones con enfoque cognitivo conductual, en las que se brindaron temas de estilo de vida saludable tales como: ejercicio, sueño, alimentación, manejo de estrés, pensamientos irracionales, entre otros. Se comprobó que el grupo de intervención tuvo un cambio significativo en el momento de terminar la intervención que incluso un mes después se sostuvo. En contraste, el grupo control no presentó cambios positivos significativos.

Mendoza (2021) presenta su trabajo de Maestría en Psicoterapia, para el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, el cual es denominado *Acompañamiento psicoterapéutico en el proceso de pérdida de peso de una paciente con obesidad*. El objetivo que se planteó Mendoza fue describir las características individuales (imagen corporal y estilo de vida) y relacionales de la paciente con obesidad, que estaba llevando un tratamiento para perder peso junto con psicoterapia. Aunque se trata de un estudio de caso único, el realizar esta integración de psicología y nutrición arrojó resultados positivos importantes, tales como la concientización de la paciente sobre su problema, mejora en autoconcepto y autoestima, identificación de pensamientos

funcionales y disfuncionales, expresión de emociones sin juicio, afrontamiento de conductas y creencias, autocuestionamiento al tomar decisiones, mantener la motivación, análisis de los fracasos, y solución de problemas.

Por su parte, Jackson (2017) desarrolló para su tesis de maestría en psicología clínica, un programa de psicoterapia cognitivo conductual aplicado a mujeres embarazadas. Se trata de un trabajo con diseño cuasiexperimental en el que aplicaron pre y post prueba, a doce mujeres embarazadas que fueron separadas en un grupo control y un grupo experimental. En ambos casos se midieron los niveles de estrés, pero al grupo experimental se le aplicó un programa basado en la Psicoterapia Cognitivo Conductual orientado al manejo de estrés durante el embarazo. En esta investigación no existieron diferencias significativas en el manejo de estrés en ambos grupos, por lo que los investigadores concluyen que es necesario realizar adaptaciones al diseño de intervención y que por sí solo, no contribuye a la mejoría esperada, pero recomiendan combinarlos con otras herramientas.

Por otra parte, Bogaerts et al. (2013) se cuestionaron si un programa de intervención prenatal enfocado en estilo de vida, aplicado en mujeres embarazadas con obesidad, podría influir en la ganancia de peso ponderal y en los niveles de ansiedad o en el estado depresivo. Para responder esta pregunta realizaron un estudio longitudinal con un diseño de intervención, con 205 mujeres que fueron seleccionadas aleatoriamente para pertenecer a uno de estos grupos: un grupo control, un grupo que recibía panfleto informativo de estilo de vida saludable, y un grupo experimental que recibiría 4 sesiones de intervención por parte de una partera entrenada en intervención motivacional de estilos de vida saludable. De los resultados más relevantes, identificaron que los niveles de ansiedad disminuyeron en el grupo experimental y aumentaron en el grupo control; entre mayor era el Índice de masa corporal previo al embarazo de la mujer, mayor el nivel de ansiedad; la ganancia de peso ponderal fue menor en los grupos experimental y del brochure, que en el grupo control. Es decir, cuando se incluye el aspecto motivacional en los programas de intervención de estilo de vida, el nivel de ganancia de peso y ansiedad disminuye.

Antecedentes nacionales

En Costa Rica, Durán (2018) desarrolló una investigación para su tesis de Licenciatura en Psicología denominada Influencia de la conducta alimentaria en la pérdida de peso de las personas dietantes del PREANU-UCR. Se planteó como objetivo determinar si la presencia de variables cognitivas y conductuales de la conducta alimentaria influyen en la pérdida de peso de las personas con obesidad y sobrepeso. La población de estudio eran personas que recibían tratamiento nutricional en el PREANU de la Escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica. Dentro de los logros obtenidos resalta que se obtienen mejores resultados en la pérdida de peso cuando se involucran modificaciones en el estilo cognitivo y volitivo de los pacientes.

Proyecciones

A continuación, se desglosan los alcances o proyecciones planteados para la presente investigación.

- A partir de esta investigación se pueden conocer todos aquellos factores emocionales que intervienen en el estado nutricional de las mujeres embarazadas.
- Se evidencian los factores cognitivos que pueden afectar el estado nutricional de las mujeres embarazadas.
- La identificación de los factores cognitivos y emocionales que repercuten en el estado nutricional durante la gestación es fundamental para orientar al personal que hace intervenciones, primeramente, psicólogos y nutricionistas, pero es también útil para el personal de salud en general.
- Este estudio resalta la importancia de la intervención psicológica sobre el estado nutricional de la embarazada, buscando generar en psicólogos y nutricionistas, una reflexión que dirija a la creación de tratamientos que integren dichas disciplinas
- Esta investigación sirve como base para el desarrollo de intervenciones cognitivo-conductuales aplicadas a la nutrición y adaptadas especialmente a la población gestante.

- Los factores cognitivos y emocionales identificados constituyen información valiosa que debe incluirse en los materiales informativos brindados a las mujeres embarazadas, con el fin de permitir la comprensión y reflexión, tanto de ellas mismas como de quienes las acompañan en su proceso de gestación.

Limitaciones

A continuación, se presentan una serie de limitaciones que se podrían presentar al desarrollar la presente investigación.

- Al tratarse de una revisión sistemática, los hallazgos se limitan a aspectos que han sido estudiados previamente, dejando por fuera posibles factores que son determinantes, pero que no han sido considerados en otros estudios.
- Aunque existe una amplia cantidad de investigaciones que integran la psicología y la nutrición; muy pocos se enfocan en la población gestante. Es decir, son insuficientes los estudios que interrelacionan los tres elementos.
- A nivel costarricense, existe una carencia de investigación en el tema, por lo que se acude a los hallazgos obtenidos en otros países.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Gestación

El embarazo se ha definido como el período comprendido entre la concepción y el parto. Se trata de una fase que dura alrededor de 266 días. Sin embargo, a nivel de control clínico, se toma como inicio el primer día de la última menstruación, siendo entonces de una duración de 280 días, lo que se conoce como las 40 semanas de gestación (Saladín, 2021).

Según Papalia y Martorell (2021) la concepción, también llamada fertilización, marca el punto de inicio del desarrollo humano. Esta consiste en la unión del espermatozoide con el óvulo, formando el cigoto, o unidad celular a partir de la cual inicia un proceso de división celular que continuará hasta la formación de un bebé.

Es importante tomar en cuenta que, aunque una mujer puede quedar embarazada en distintos momentos a lo largo de su ciclo menstrual, la fertilización no ocurre tan fácilmente. Papalia y Martorell (2021) explican que en los testículos del hombre se producen cientos de millones de espermatozoides que, al ser expulsados con el semen durante el clímax, se depositan en la vagina. Sin embargo, a partir de este momento, solo una pequeña fracción sobrevive al trayecto por el cual deben movilizarse hasta alcanzar las trompas de Falopio. Si la fertilización no ocurre, tanto el óvulo como los espermatozoides mueren; pero cuando la cabeza del espermatozoide libera una serie de enzimas que permiten que penetre a la pared del óvulo y lo fertiliza, entonces inicia el período gestacional. En las siguientes dos semanas se formará un producto llamado blastocito, el cual es una especie de huevo o pelota hueca que irá creciendo hasta formar lo que se denomina embrión. Este es el nombre que se utiliza hasta llegar a la semana 8 en la cual se comienza a hablar del feto.

Para comprender de una mejor manera el proceso de crecimiento y desarrollo gestacional, es necesario conocer las dos formas en las que se ha estudiado el embarazo; por un lado, se ha dividido en tres intervalos conocidos como trimestres, y desde una perspectiva más biológica, se dividen en tres etapas: preembrionaria, embrionaria y fetal.

Etapas del embarazo

El embarazo es un período en el que ocurren una gran cantidad de cambios en la madre y en el feto; sin embargo, este período no se suele analizar como una sola fase, sino

que se ha dividido en etapas según dos concepciones importantes, una de ellas es por medio de trimestres y la otra es según el desarrollo biológico del embrión.

Al estudiar la perspectiva de la división por trimestres, se toma como primer trimestre al período desde la concepción hasta la semana 12. Se considera como un momento de mucha vulnerabilidad, en la que se requiere de muchos cuidados por parte de la madre. Al respecto, Saladín (2021) explica que esto se debe a que se tiene una probabilidad de muerte tan elevada, que se estima que más de la mitad de los embriones no sobreviven más allá de esta etapa. El embrión se puede ver afectado drásticamente por estrés, medicamentos, deficiencias nutricionales, defectos cromosómicos y muchos más.

Esto es muy importante considerarlo, ya que muchas mujeres pueden experimentar preocupaciones y cargas emocionales en este tiempo, originadas por la inquietud de que tanto ella como su bebé se encuentren en buena condición y logren continuar el embarazo adecuadamente. Esto se convierte en una presión, que se ve influenciada por la realidad de que muchas madres no avanzan al segundo trimestre.

Una vez que se llega a la semana 13 existe una sensación de tranquilidad dado que el grado de vulnerabilidad antes mencionado, disminuye, y se tiene una mayor seguridad del proceso de desarrollo del feto. Según Saladín (2021) en este segundo período comprendido entre las semanas 13 y 24, ya se puede observar en la ecografía a un feto que tiene definidos muchos detalles, al punto que tiene más forma de humano; los órganos alcanzan casi la totalidad de su desarrollo y por esto, cuando nacen cerca del final de este período, hay probabilidades de sobrevivir, aunque en cuidados intensivos.

Cuando se alcanza el tercer trimestre, a partir de la semana 25 se observa un crecimiento del feto mucho más acelerado que en las fases anteriores, y ya los órganos tienen un desarrollo óptimo para sobrevivir fuera del vientre. Algunos bebés nacerán en la semana 40, pero hay que considerar que a partir de la semana 35 aunque nazca de manera prematura podrá sobrevivir (Saladin, 2021). Este último trimestre es precisamente una etapa en la que el niño ya no es tan vulnerable como lo fue en las primeras semanas de gestación, lo cual tiene una influencia importante en la experiencia materna.

Las etapas del embarazo también pueden analizarse desde una perspectiva más biológica. Papalia y Martorell (2021) indican tres fases: la germinal, embrionaria y fetal. La primera de estas, corresponde al período que inicia con la fertilización y se extiende hasta las

siguientes dos semanas. Desde la fertilización ocurre un proceso en el que el cigoto se divide y se duplica, al mismo tiempo que viaja de la trompa de Falopio hasta el útero. Allí se transforma en un blastocito, dentro del cual se forma el disco embrionario, una masa a partir de la cual se formará el embrión. Este se implanta en la pared del útero alrededor del sexto día y se forman en el blastocito: el saco amniótico, la placenta, el cordón umbilical, el amnios y el corion.

Estas estructuras son fundamentales en el proceso gestacional, Papalia y Martorell (2021) las definen de la siguiente manera:

El saco amniótico es una membrana llena de líquido que encierra al embrión en desarrollo, lo protege y le da espacio para que se mueva y crezca. La placenta deja que pasen oxígeno, nutrientes y desperdicios entre la madre y el embrión. Está conectada al embrión por el cordón umbilical. Los nutrientes de la madre pasan de su sangre a los vasos sanguíneos embrionarios, que los llevan al embrión a través del cordón umbilical. Además, los vasos embrionarios del cordón llevan los desechos del embrión a la placenta, para eliminarlos a través de los vasos sanguíneos de la madre. La placenta también combate infecciones y confiere al feto inmunidad contra diversas enfermedades. Produce hormonas que sostienen el embarazo y preparan los pechos de la madre para la lactancia. Al final, estimulan las contracciones uterinas que arrojarán al bebé del cuerpo de la madre (p. 70).

Seguido de la etapa germinal está la etapa embrionaria, que se extiende desde la segunda semana hasta la octava. A esta se le conoce como un período crítico, pues el embrión es más vulnerable a todas las posibles amenazas contra el ambiente uterino. Dado que ocurre la organogénesis o formación de órganos principales, estos pueden verse afectados gravemente durante esta etapa; al punto que pueden culminar en un aborto espontáneo, lo cual ocurre cuando el embrión está muy dañado y no tiene posibilidades de vivir fuera del útero (Papalia y Martorell, 2021). Esto se ve muy relacionado con la vulnerabilidad que se describe en el primer trimestre de embarazo.

Finalmente se llega a la etapa fetal que constituye el período desde las ocho semanas hasta el nacimiento. Esta fase inicia cuando aparecen las primeras células óseas. Para este

punto, el embrión se denomina feto; el cual pasará por un largo proceso de crecimiento y de diferenciación de su organismo (Papalia y Martorell, 2021).

Los fetos son descritos como seres vivos complejos, tal como Papalia y Martorell, (2021) lo indican: “son pasajeros pasivos en el vientre de su madre. Respiran, patean, giran, se flexionan, dan volteretas, bizquean, tragan, cierran el puño, les da hipo y se chupan el dedo” (p. 73). En su desarrollo comienzan a adquirir una serie de características y funciones importantes; la flexibilidad del útero les permite tener ciertos movimientos, no sienten dolor antes del tercer trimestre, pero pueden reaccionar al contacto. Poco a poco van adquiriendo expresiones faciales; llegada la semana 12 el feto traga y aspira el líquido amniótico, lo que le permite estimular su sentido del gusto y olfato.

Existe una hermosa conexión auditiva del feto con su madre, ya que este responde a la voz, a las vibraciones del cuerpo de la madre y sus latidos cardíacos. Particularmente la voz de su mamá es importante y tendrá más preferencia por las voces femeninas. No solo responden a estos sonidos, sino a la música en general; se dice que en la semana 33 tiene una mayor atención musical (Papalia y Martorell, 2021).

Todo este proceso de cambio que ocurre en el feto está influido en gran parte por las adaptaciones fisiológicas que ocurren en la mujer. Para entenderlas es necesario comprender el efecto hormonal que se genera en el período gestacional.

Cambios en el embarazo

A lo largo de las etapas del embarazo se van desarrollando una gran cantidad de cambios que son necesarios para el crecimiento fetal y la preparación de la madre para todos los requerimientos que esto conlleva. Estos cambios ocurren en diferentes niveles. A continuación, se detallan las principales modificaciones a nivel hormonal y fisiológico.

Cambios hormonales

Tal como se indicó anteriormente, la placenta se encarga de nutrir al feto, eliminar los desechos metabólicos y junto con el cuerpo lúteo se encarga de producir todas las hormonas necesarias durante el embarazo, que son: tirotropina hipofisiaria, tirotropina coriónica humana, hormona paratiroidea, hormona adrenocorticotrópica, aldosterona y relaxina (Saladín, 2021).

Además de las anteriores, Saladín (2021) describe algunas de las hormonas gestacionales más importantes:

- Estrógenos: están encargados de estimular el crecimiento de tejidos tanto del feto como de la madre. Son los responsables del agrandamiento de útero, mamas y genitales externos y permiten la elasticidad y ensanchamiento de la pelvis, la sínfisis púbica y las articulaciones sacroilíacas. Esto explica por qué la concentración de esta hormona aumenta hasta 30 veces su cantidad promedio al final de la gestación.
- Gonadotropina coriónica humana: se trata de una hormona que es secretada por la placenta y el blastocito y está encargada de estimular el crecimiento del cuerpo lúteo, que al inicio del embarazo secreta progesterona y estrógeno. Es por esto que su máxima concentración está en la semana 12 y posteriormente se mantiene un bajo nivel.
- Somatotropina coriónica humana o lactógeno placentario humano, reduce la sensibilidad a la insulina y el uso de glucosa para que esté más disponible para el feto; también promueve la liberación de ácidos grasos de las reservas de la madre para que funcionen como sustrato de energía.
- Progesterona: al inicio del embarazo tiene una función importante al suprimir las secreciones de la hormona folículo estimulante y la hormona luteinizante. Ellas son las encargadas de producir más folículos. Además, evita la menstruación y las contracciones uterinas tempranas. Al inicio colabora en la alimentación del blastocito. Al final, ella participa en la estimulación de procesos de secreción para la lactancia.

Todas estas hormonas son las responsables de una enorme cantidad de cambios fisiológicos que ocurren en el cuerpo de la mujer durante el período de gestación.

Cambios Fisiológicos

Parte de los síntomas que experimentan las madres en gestación son las hemorroides, las venas varicosas y el edema, más conocido como inflamación o retención de líquidos en tobillos y pies. Esto se debe a cambios que se producen a nivel de sistema circulatorio.

Principalmente, ocurre en el cuerpo un aumento en el volumen de sangre de 1-2 litros adicionales, que es fundamental pues responde a requerimientos propios de la placenta. Esta elevación que es de casi el 30%, ocasiona que el corazón tenga que hacer un esfuerzo mayor, dándose un aumento en el gasto cardíaco del 30-40% sobre lo normal. Adicionalmente el crecimiento del útero ejerce presión sobre los vasos sanguíneos que están en la zona pélvica, siendo así un obstáculo para el retorno venoso de la sangre de las piernas y pelvis hacia el corazón (Saladín, 2021).

A nivel respiratorio el volumen de aire y la ventilación por minuto aumentan hasta un 40% debido a que la demanda de oxígeno aumenta y a que la progesterona produce una mayor sensibilidad de los receptores respiratorios al dióxido de carbono, permitiendo que la presión de CO₂ arterial se mantenga más baja de lo usual y así facilita que el CO₂ fetal se transporte por difusión a la sangre materna. Otro cambio importante ocurre por la presión que ejerce el útero sobre el diafragma, haciendo que la madre experimente una dificultad para respirar. Esto se mantiene hasta que el útero baja a la cavidad abdomino pélvica en el último mes, cuando la madre siente una mayor facilidad para respirar (Saladín, 2021).

Las mujeres gestantes también pueden experimentar un aumento en la frecuencia de micciones al día, incluso algunas llegan a sufrir de incontinencia urinaria. Saladín, (2021) explica que estos síntomas son propios de los cambios que ocurren en el sistema urinario, que son necesarios para eliminar los desechos metabólicos tanto de la madre como del feto. Aunque la liberación de las hormonas aldosterona y esteroides estimulan la retención de agua y sal, esto se ve compensado por el aumento de la tasa de filtración glomerular y la frecuencia al orinar. Así como el crecimiento ejerce presión sobre los vasos sanguíneos, lo hace también sobre la vejiga, disminuyendo su capacidad. Esto se convierte en una causa más de las micciones frecuentes de la mujer embarazada.

Uno de los órganos que experimenta algunos de los cambios más visibles del embarazo, es la piel. El oscurecimiento de la areola, la formación de la línea negra que se extiende del ombligo al pubis, y el cloasma o manchas del embarazo en nariz y mejillas, son cambios que ocurren debido al aumento en la actividad de los melanocitos. Además, se producen en este período estrías o marcas de estiramiento que se deben precisamente al estiramiento de la dermis por el aumento de mamas, abdomen y reservas grasas en el cuerpo, principalmente en caderas y muslos (Saladín, 2021).

Posteriormente se analizarán los cambios fisiológicos asociados al sistema digestivo, la nutrición y el metabolismo; además del crecimiento uterino y ganancia de peso

Estado nutricional

El estado o situación nutricional de un individuo corresponde a una de las medidas más determinantes en lo que respecta a la evaluación e intervención nutricional. Según Munares, Gómez, y Sánchez (2011) se puede definir a partir de dos variables importantes: la ingesta y el consumo. En otras palabras, entre la ingesta de nutrientes que se da a partir de la alimentación, y su gasto o aprovechamiento por parte del organismo. La relación entre estos dos da un reflejo de la medida en que se están satisfaciendo las necesidades o requerimientos que tiene un individuo en un determinado momento.

De esta manera, el estado nutricional puede encontrarse en equilibrio o en desequilibrio. Esto también puede comprenderse como una situación en la que la ingesta es equivalente al gasto, lo cual representa un estado nutricional adecuado. Sin embargo, si la ingesta calórica y nutricional es mayor o menor al gasto particular de cada individuo, se observa un desequilibrio.

Munares, Gómez, y Sánchez (2011) lo conciben como el resultado del equilibrio o desequilibrio entre el consumo de alimentos y el aprovechamiento de nutrientes para satisfacer los requerimientos de estos (p 1).

Particularmente el embarazo constituye una etapa de grandes cambios que ocurren en el cuerpo de la mujer, para dar lugar al desarrollo del feto. El organismo entra en una fase de adaptación en la que las necesidades nutricionales aumentarán, tanto a nivel energético como de requerimientos de macro y micronutrientes. Gil, Martínez y Ruíz, (2019) enfatizan en que este cambio en los requerimientos fisiológicos debe suplirse apropiadamente dado que se ha comprobado que la malnutrición intrauterina, ya sea por exceso o por defecto tiene un impacto negativo que se evidencia a corto plazo en problemas en el desarrollo del feto, y problemas de salud de la madre. Sin embargo, es importante resaltar que los efectos también ocurren a largo plazo, dado que se puede ocasionar un efecto programador que condiciona la respuesta metabólica y puede ser el origen de patologías en la adultez.

Para comprender las nuevas necesidades de la madre a nivel nutricional, es necesario tener presente aquellos cambios fisiológicos que condicionan las necesidades alimenticias.

Cambios fisiológicos que alteran el estado nutricional

El embarazo representa una etapa de una gran cantidad de cambios fisiológicos, de los cuales, anteriormente se citaron algunos de los más importantes. En la presente sección, se describen aquellas modificaciones a nivel corporal, que tienen repercusiones en el estado nutricional.

Ganancia Ponderal

Corresponde a la ganancia de peso que experimenta la mujer gestante durante todo el embarazo. Esta ganancia corresponde a un 27% de peso del feto, 6% del líquido amniótico y 5% de la placenta. Adicionalmente hay un peso que corresponde al crecimiento de las mamas, el útero, el tejido adiposo, el líquido extracelular y el volumen de sangre. Estos incrementos permitirían que el cuerpo tenga una reserva grasa de unos tres kilogramos de peso. Esta es fundamental porque otorga al cuerpo energía suficiente para los procesos de crecimiento del feto. Cuando esta reserva es muy baja, se compromete el desarrollo y se obtienen recién nacidos con bajo peso. Por el contrario, cuando la reserva es mayor de lo recomendado pueden aparecer padecimientos como la diabetes gestacional, la preeclampsia, eclampsia, sobrepeso y obesidad (Gil, Martínez y Ruíz, 2019).

Por esta razón es necesario que las mujeres gestantes se apeguen a las recomendaciones de ganar solo el 5% de la ganancia ponderal en el primer trimestre, y mantener un aumento de 0.4kg de peso por semana en los trimestres segundo y tercero. Dado que esta ganancia está relacionada con el índice de masa corporal, aquellas mujeres con IMC bajo podrán aumentar 0.5kg semanales, mientras que las gestantes con sobrepeso y obesidad deberán mantenerse en una ganancia menor a 0.3 kg semanales (Gil, Martínez y Ruíz, 2019).

Cambios en el sistema digestivo

Las mujeres embarazadas experimentan dos molestias digestivas que afectan directamente el tipo de alimentación y la absorción de nutrientes; estas son el reflujo gastroesofágico y el estreñimiento. En ambos casos, el origen está en los niveles de progesterona, una hormona propia del embarazo. Esta hormona ocasiona una disminución en la motilidad del tracto digestivo y del tono esofágico; además de la relajación de los cardias

y el enlentecimiento del vaciamiento gástrico. De estos cambios es que se experimenta la pirosis o reflujo que aqueja a las mujeres embarazadas (Gil, Martínez y Ruíz, 2019).

Por otra parte, los intestinos también se afectan por la progesterona, dado que ocurre un aumento en el tiempo de tránsito intestinal. Esto es fundamental porque permite que los nutrientes permanezcan por más tiempo en las fases de absorción. Siendo esto una respuesta adaptativa para asegurar que el organismo aproveche la mayor cantidad de nutrientes de la comida. Sin embargo, este enlentecimiento también causa una mayor absorción de agua que en última instancia resulta en estreñimiento (Gil, Martínez y Ruíz, 2019).

Gil, Martínez y Ruíz (2019), explican que en el embarazo hay una mayor posibilidad de formar cálculos biliares, ya que la progesterona produce en la vesícula un aumento de tamaño y un vaciado que es mayor en cantidad, pero más lento también. Los estrógenos además cambian la composición de la bilis.

Dado a la función de la placenta en su liberación de hormonas, ocurren cambios en procesos bioquímicos tales como lipólisis, la cual es inducida por el lactógeno placentario y que, al antagonizar con la insulina, permite que los ácidos grasos estén disponibles para ser aprovechados por la madre como fuente de energía. Esto causa una resistencia a la insulina que resulta en el aumento del azúcar en sangre. Otro proceso bioquímico alterado es la gluconeogénesis, ya que los aminoácidos que son normalmente aprovechados en este ciclo son ahora enviados junto con la glucosa hacia el feto (Gil, Martínez y Ruíz, 2019). De esta manera, se tienen ácidos grasos y azúcar disponible en la sangre para que sean aprovechados como fuente energética, tanto para la madre como para el desarrollo del feto, asegurando así que ambos tengan cubiertos sus requerimientos.

Intervención nutricional

El período de gestación constituye un momento clave para el acompañamiento nutricional. En la intervención es necesario determinar un diagnóstico, evaluación y manejo del estado nutricional adaptado a las necesidades de la mujer embarazada.

Como parte de los elementos clave de una intervención nutricional están el control del peso materno y la ganancia ponderal a lo largo de todo el embarazo. Esta medida es importante porque se ha evidenciado que tiene una relación con el peso del feto (Gil, Martínez y Ruíz, 2019).

El control de nutrientes como tal, es difícil de determinar con certeza ya que estos se encuentran en el plasma, el cual sufre de una dilución que es propia de todo el aumento de volumen intravascular que ocurre en el embarazo. Esto complica el poder determinar mediante exámenes de laboratorio la concentración real de nutrientes en la madre; esto sin considerar que existe una absorción constante de estos hacia el feto. No por esto se debe descuidar la calidad de la ingesta de la madre, debido a que, aunque algunos nutrientes serán ofrecidos al feto de manera indistinta a la alimentación de las gestantes, otros sí serán dependientes de lo que ella ingiere. Es importante considerar que ciertos nutrientes serán obtenidos de las reservas propias de la madre, por lo que, si su alimentación no es apropiada, el feto recibirá el aporte necesario pero la madre agotará sus reservas, necesarias tanto durante el embarazo como para el período de lactancia al que iniciará (Gil, Martínez y Ruíz, 2019).

Por lo tanto, se debe de hacer un ajuste en el aporte nutricional, de manera tal que se tome como base las necesidades nutricionales de la mujer previo a su estado concepcional, y se le añada la cantidad calórica y de nutrientes que son requeridos en el embarazo. Gil, Martínez y Ruíz (2019) enfatizan en que el estado preconcepcional es fundamental en la intervención, ya que este define las reservas de tejido adiposo de la madre, y por lo tanto la cantidad energética que se requiere adicionar al consumo diario. Esto sumado a la actividad física de la madre. Entonces, en la intervención se hacen los cálculos según requerimiento energético por IMC, estado nutricional, peso ideal, consumo en reposo y en ejercicio.

Requerimientos nutricionales

El embarazo constituye una condición en la que el organismo se encuentra en estado anabólico, para el cual requiere un aporte de nutrientes que sea constante y en algunos casos se mantendrá en aumento. Por esto, las reservas de la madre deben ser las apropiadas, teniendo en mente no solo el crecimiento del feto y el estado nutricional de la mujer, sino también, el período de lactancia al que tendrá que hacer frente posterior al embarazo.

Adecuación energética. Todos los procesos de crecimiento que experimenta la madre, tanto de placenta, útero, y feto, además del aumento en el trabajo cardíaco; ocasionan que la cantidad de energía requerida sea mayor; pero se debe considerar que este aumento será diferente a lo largo de los trimestres. Durante el primer trimestre se requiere adicionar 300 kcal/día, que serán destinados a al almacenamiento de reservas, mayormente de tejido

adiposo. Se trata de una fase anabólica, es decir, que aumenta la sensibilidad a la insulina y ocurre un aumento en la formación de ácidos grasos y de los depósitos de glucógeno, y una disminución en la proteólisis. En este período el feto pesa menos del 15% de su peso final, y tiene muy pocas demandas en términos energéticos (Gil, Martínez y Ruíz, 2019).

Conforme se avanza al segundo y tercer trimestre las necesidades energéticas van a aumentar ligeramente, requiriendo una adición de 340 kcal/días en el segundo y 452 kcal/diarias en el tercero. Al llegar a la segunda mitad del embarazo el feto llega a pesar el 85% de su peso final, por lo que conforme crece, las demandas energéticas del feto serán mayores, y empezará a utilizar las reservas que se acumularon en los primeros meses, siendo esta fase mayormente catabólica, es decir, hay un aumento la gluconeogénesis del hígado y de la lipólisis, en otras palabras, hígado y las reservas grasas se empiezan a utilizar para tener disponibilidad de ácidos grasos, glicerol, glucosa y cuerpos cetónicos para el desarrollo y crecimiento del feto (Gil, Martínez y Ruíz, 2019).

Adecuación nutricional de Macronutrientes. La ingesta de carbohidratos de la madre deberá adaptarse a las demandas que son aumentadas en cantidad y calidad. Gil, Martínez y Ruíz (2019) indican respecto a la cantidad, que es necesario tomar en cuenta que el metabolismo de los hidratos de carbono en la primera mitad del embarazo se caracteriza por ser una fase anabólica en la que lo consumido será destinado a reservarse en el organismo en forma de glucógeno. Esta es una etapa en la que existe una mayor secreción y sensibilidad a la insulina, que permita la mayor absorción de glucosa posible destinada a reservas. En la segunda parte del embarazo, el metabolismo pasa a ser catabólico, es decir, el hígado se enfoca en producir glucosa nueva y en tomar glucosa de las reservas creadas en los primeros meses de gestación, ocasionando un alza en la glicemia de la madre; todo con el fin de tener glucosa disponible de manera permanente y suficiente para el feto.

En estos procesos la cantidad de aporte es importante pero también lo es la calidad. La ingesta de carbohidratos ricos en fibra dietética es fundamental, debido al estreñimiento que experimenta la mujer gestante como resultado del enlentecimiento del tránsito intestinal. Por lo tanto, la mujer gestante debe realizar un aumento adicional de 10 g/día de fibra, de manera tal que su ingesta total sea de 35g/d de fibra; lo cual le permite a la madre, prevenir

el estreñimiento, además de controlar la subida de peso y evitar la intolerancia a la glucosa (Gil, Martínez y Ruíz, 2019).

Respecto a las adecuaciones en lípidos es importante tomar en cuenta que no es necesario realizar una suplementación durante el embarazo, en términos de cantidad. Al inicio del embarazo, debido al aumento de estrógenos, progesterona e insulina, la mujer movilizará los ácidos grasos, colesterol y glicerol hacia sus reservas de tejido graso; las que le serán necesarias para ser utilizadas en la segunda mitad del embarazo como fuente energética y durante la lactancia. Estos ácidos grasos serán sintetizados por el propio cuerpo por lo que se puede mantener un aporte alimenticio de 30-35%, tal como se da fuera del período de gestación (Gil, Martínez y Ruíz, 2019).

Lo que requiere adaptación son los ácidos grasos esenciales y los ácidos grasos poliinsaturados, aquellos que no son producidos por el cuerpo y que dependen totalmente de la ingesta alimentaria. Los ácidos grasos poliinsaturados participan en los procesos metabólicos y de expresión de genes, y son importantes en el desarrollo del sistema nervioso y la visión; los ácidos grasos esenciales son necesarios para el desarrollo de la placenta y el feto. El desarrollo vascular puede verse afectado si no se asegura un aporte adecuado de ácido araquidónica y DHA. Se requiere un mínimo del 3% de energía diaria proveniente del ácido linoleico para el desarrollo de tejidos durante el embarazo. El aporte de la dieta es fundamental, ya que se ha comprobado que conforme avanza la gestación, la concentración de estos en las reservas de la madre llegan a agotarse, por eso se recomiendan 1.4g/diarios de AGPI de cadena corta y 13g/d de omega 6, además de 2g de LNA y mínimo 200mg/día de DHA (Gil, Martínez y Ruíz, 2019).

Por otra parte, durante la gestación, el 70% de la proteína que se ingiere en la dieta es utilizada para el crecimiento fetoplacentario y de tejidos maternos, particularmente el útero. Es decir, se requiere de un aporte importante de aminoácidos y proteínas que se asegurará mediante tres procesos metabólicos: el aumento de insulina que ocurre al inicio del embarazo, el cual permite que se sintetice más proteína en el organismo; la disminución de la proteólisis y el aumento de captación de proteínas por parte de la placenta. Es necesario, por lo tanto, que la madre tenga una ingesta adicional de 11g de proteínas al día. En total deberá consumir 70-71 g de proteínas al día que sean de alto valor biológico (Gil, Martínez y Ruíz, 2019).

Adecuación nutricional de micronutrientes. Respecto a las necesidades de vitaminas y minerales, su aporte dependerá en gran parte de la calidad de la alimentación de la madre previo y durante la gestación, y de sus reservas. En los casos en los que se cuenta con una dieta variada y equilibrada la mayoría de los micronutrientes serán satisfechos tanto por cantidad, como por procesos metabólicos que permiten una mayor disponibilidad en el cuerpo. Sin embargo, hay que cuidar que no ocurran excesos o deficiencias nutricionales, porque tendrán efectos negativos sobre la madre y el feto.

Hay que considerar que existen nutrientes específicos cuya demanda en la gestación es mayor, por lo que la suplementación supervisada por un médico ha mostrado resultados favorables. Entre ellos destaca el logro de mejoras en el sistema inmune del recién nacido, la reducción de malformaciones congénitas, y la prevención de partos prematuros o bebés con bajo peso al nacer (Gil, Martínez y Ruíz, 2019).

Algunos de estos nutrientes que se suelen suplementar, son los folatos. Su aporte adecuado evita la ocurrencia de defectos del tubo neural. En este caso, se recomienda la suplementación 1 mes antes de la gestación y los primeros 3 meses del embarazo, ya que es difícil llegar al requerimiento completo con la dieta. La ingesta de Vitamina D y calcio son fundamentales en una etapa en la que las demandas para la calcificación del esqueleto del feto son muy altas. Si la madre lleva una dieta adecuada no se requiere suplementación. El hierro es el mineral en el que se presenta un mayor déficit nutricional, a pesar de los ajustes metabólicos que realiza el cuerpo para aumentar su disponibilidad. Es por esto que, además de la alimentación, es necesario acompañar con suplementos para completar los 30mg de hierro diario (Gil, Martínez y Ruíz, 2019).

Los primeros tres meses de la gestación constituyen una etapa crítica para el desarrollo cerebral, ya que ocurre la mielinización del sistema nervioso central. Esto puede verse afectado drásticamente por una deficiencia en la ingesta de yodo, ocasionando retraso mental. Es por esto que la ingesta alimentaria de yodo debe ser apropiada. Dado que en muchos casos hay deficiencia, o la dieta no llega a completar el requerimiento, se recurre a la suplementación de yoduro potásico o aprovechar productos alimenticios que estén enriquecidos (Gil, Martínez y Ruíz, 2019).

Complicaciones Obstétricas asociadas al estado nutricional

Obesidad en el embarazo. La obesidad es actualmente una de las más importantes amenazas a la salud a nivel mundial. En los últimos años se ha registrado un incremento en las tasas de obesidad, incluso desde edades muy tempranas. Esto es relevante ya que se ha convertido también en una de las condiciones médicas más comunes y que complican el embarazo. Maxwell y Farine (2017) indican que al menos un 10% de las mujeres en países industrializados fueron obesas antes del embarazo y estas no solo mantienen esta condición durante la gestación, sino que son más propensas a tener ganancias de peso gestacional mayores a las recomendadas.

Esta situación es crítica, ya que el exceso de peso gestacional aumenta el riesgo de que se presenten complicaciones durante y posterior al embarazo. Adicionalmente la obesidad gestacional constituye el elemento más importante dentro de las causas de retención de peso posterior al embarazo y a que en futuras gestaciones la madre tenga también obesidad (Maxwell y Farine, 2017).

Dado a que la obesidad corresponde a una elevación de la variable antropométrica y nutricional que es el índice de masa corporal, es vital tener un conocimiento acerca del estado nutricional de la mujer en gestación y ofrecer un tratamiento que asegure el bienestar materno-fetal.

Desnutrición en el embarazo. Una de las situaciones de riesgo que puede sufrir una madre es la desnutrición, es decir aquel estado de deficiencia, tanto de nutrientes como de energía. Esto actualmente es considerado un problema mundial, y es alarmante cuando se presenta durante la gestación, ya que sus efectos son dañinos para la embarazada y el feto; incluso se reportan posibles repercusiones en siguientes generaciones. Black et al. (2008) reportaron que las niñas desnutridas en la segunda infancia pueden presentar atrofas que, al crecer, propician complicaciones del parto y nacimiento de bebés pequeños (como se cita en Papalia y Martorell, 2021, p. 74).

La desnutrición produce un déficit en el requerimiento calórico que hace que el feto no tenga el crecimiento óptimo, y tendrá más riesgo de morir o de nacer con atrofas y bajo peso al nacer. Hablando propiamente de las deficiencias en vitaminas y minerales, estas afectan a la madre y al feto. La deficiencia de vitamina D se traduce en huesos débiles. El

padecimiento de hambre en el embarazo se ha relacionado con la aparición de esquizofrenia, y se ha visto el aumento del riesgo futuro de padecer diabetes y sobrepeso/obesidad en la vida adulta (Papalia y Martorell, 2021).

Hasta este punto se han descrito los cambios que ocurren en la mujer gestante a nivel fisiológico y que afectan su estado nutricional. Sin embargo es necesario considerar elementos de tipo psicológico que intervienen durante el período de embarazo; los factores cognitivos se ven alterados por la gestación, la cual a su vez es influenciada para la cognición de cada mujer gestante.

Factor Cognitivo

Para comprender los factores cognitivos es necesario conocer la concepción de cognición. Morris y Maisto (2014) la definen como todos aquellos procesos a través de los cuales el ser humano obtiene y utiliza el conocimiento. Es decir, la cognición hace referencia de manera conjunta a las formas en que conocemos y comprendemos el mundo, resolvemos problemas, tomamos decisiones, combinamos información de la memoria y experiencias actuales, usamos el lenguaje y comunicamos nuestros pensamientos a los demás. En términos psicológicos, la cognición abarca todos los procesos cognitivos: la percepción, el aprendizaje, la memoria, el pensamiento, la toma de decisiones y la solución de problemas.

Los anteriores constituyen el material de estudio de la psicología cognoscitiva. Davis y Palladino (2007) indican que esta estudia al pensamiento, el cual es un proceso mental que implica la manipulación de información en forma de imágenes o conceptos y que se infiere a partir de nuestra conducta (p. 324).

Los procesos cognitivos han mostrado diferencias en términos de género y de etapas de la vida, por lo que es importante analizar la cognición en las mujeres, particularmente en la etapa gestacional.

Cognición en el embarazo

Numerosas investigaciones se han desarrollado en torno a los cambios cognitivos que la mujer experimenta durante el período de gestación. Estos se deben analizar considerando no sólo las modificaciones en los procesos cognitivos, sino en las estructuras anatómicas en las que estos ocurren. Es decir, es primordial estudiar los cambios en el cerebro materno.

Vaziri (2021) realizó una revisión sistemática en la cual logró demostrar que numerosas investigaciones coincidían en que existe una reestructuración en el cerebro materno, y dicha transformación no se mira únicamente en hembras animales, sino también en mujeres. Los estudios encontraron que ocurre un aumento en el volumen ventricular, y una reducción muy significativa del tamaño del cerebro, visualizada como un menor volumen de la sustancia gris cerebral. Hoekzeman et al. (2017) identificaron que estos cambios se localizan en la línea media anterior y posterior, en ambas cortezas prefrontales y en los dos lóbulos temporales; estos cambios son consistentes y se demostró que solo ocurren en mujeres que han estado en período gestacional (como se cita en Vaziri, 2021).

Este contenido teórico es fundamental ya que constituye una base sólida que respalda que la cognición de la mujer experimentará cambios importantes producto de las modificaciones anatómicas del embarazo; esto no debe menospreciarse, minimizarse o confundirse con otros factores individuales. Se trata de un evento particular de la gestación en su generalidad.

Aunque existe controversia en los resultados que arrojan las investigaciones respecto a la duración de los cambios antes mencionados; si existe evidencia que respalda que las madres continuarán experimentando otras modificaciones cerebrales que se refuerzan por sus conductas maternas (Vaziri, 2021).

Todos estos cambios deben analizarse de la mano con las fluctuaciones hormonales propias del embarazo. Los niveles de estradiol, progesterona, prolactina, cortisol, testosterona son alterados durante la gestación, ocasionando modificaciones en el cerebro, tanto anatómicamente, como funcionalmente; esto con el propósito de inducir al comportamiento materno, es decir, estimular, establecer y mantener en la mujer, un patrón que le permita la supervivencia en esta nueva etapa (Carrizo et al., 2020).

Dado que el cuerpo es un ente integral, no es posible aislar este fenómeno, ya que muchas de estas hormonas influyen también en las funciones cognitivas, por lo que es de esperarse, que durante el embarazo ocurran cambios en aspectos como el desempeño cognitivo, la atención, la memoria.

A su vez, Cardenas et al. (2020) explicaron que las alteraciones estructurales y funcionales del cerebro, no solo se deben al efecto hormonal, sino también al aumento de la inflamación que se produce para prevenir infecciones, los problemas para dormir y la calidad

del sueño y el estrés psicosocial que se sufre por el rol maternal (como se cita en Vaziri, 2021)

Estos cambios estructurales son una antesala para analizar las modificaciones en los procesos cognitivos, es decir las alteraciones funcionales.

Se han registrado múltiples casos de mujeres que experimentaron una disminución a nivel cognitivo, reflejado en la ocurrencia de disturbios mnésicos, aumento en la distracción, dificultad para leer y concentrarse, déficit en memoria visual, déficit de atención, dificultad para el aprendizaje y la memoria verbal, déficit en la velocidad de procesamiento y de las habilidades espaciales. A estas funciones cognitivas se le suma el déficit en la memoria, que se ha reportado al menos en el 50% de las mujeres gestantes. Se trata de olvidos que ocurren en lo cotidiano y que pueden continuar presentándose inclusive en el período postparto (Carrizo et al., 2020).

Estas deficiencias a nivel cognitivo contrastan con aspectos motivacionales, que se reflejan en que la madre, a lo largo del embarazo, experimenta cambios en el procesamiento de experiencias gratificantes. Ella comienza a interpretar como gratificantes aquellos estímulos relacionados con su bebé y las tareas de cuidado; ocasionado activaciones no solo cognitivas, sino también emocionales. No solo se debe al sistema de interpretación sino a la activación del sistema de recompensa dirigido de manera intensa hacia el bebé (Vaziri, 2021).

Es importante tomar en cuenta que las modificaciones fisiológicas y hormonales a nivel de cerebro y rendimiento cognitivo, se dan al mismo tiempo que una gran cantidad de creencias, pensamientos o ideas que tiene la madre, las cuales provienen de diversas fuentes, tanto personales como externas; y que a su vez son influenciadas de manera multifactorial.

Pensamientos racionales e irracionales en el embarazo

Según Albert Ellis, en su terapia Racional Emotivo Conductual, los acontecimientos con los que se encuentran las personas en su vida, no son los determinantes de que ellos logren alcanzar o no sus metas. En muchos casos se atribuye a las situaciones, la causa de las emociones y conductas del individuo, sin embargo, Ellis se lo atribuyó a la valoración o interpretación que se hace de estos acontecimientos (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2017).

Los pensamientos pueden ser racionales o funcionales cuando estos se caracterizan por ser flexibles, que expresan deseos, preferencias, gustos, agrados y desagradados; además

estos colaboran a que la persona logre las metas que se propone (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2017). Estos pensamientos condicionan a emociones y conductas que son congruentes con los propósitos de vida, lo cual es fundamental, ya que tienen el potencial de estimular patrones de comportamiento saludables.

Cuando los pensamientos no son racionales, es porque son rígidos, absolutos y dogmáticos. Son disfuncionales, ya que no ayudan a que la persona logre sus metas, sino que, por el contrario, las emociones y conductas que resultan pueden ser perturbadoras. Además, al analizar su contenido se puede evidenciar falta de lógica y evidencia empírica en las interpretaciones, y aparte de que no permiten la consecución de los propósitos de vida, son automáticas; es decir, las personas no logran identificar sus cogniciones, ni el efecto que tienen sobre sus emociones y conductas (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2017).

Para hacer el análisis de los pensamientos irracionales es fundamental tener en cuenta las once principales creencias que Ellis (1962) citó:

1. Necesito el amor y la aprobación de todas las personas importantes de mi entorno.
2. Para considerar que soy valioso debo ser absolutamente competente y tengo que ser capaz de conseguir todo lo que me propongo.
3. Hay personas a las que se debe considerar malvadas, infames o inmorales y deben ser culpadas y castigadas por sus malas acciones.
4. Realmente es terrible, horrible y catastrófico que las cosas no salgan o no sean como yo deseo.
5. Los seres humanos no podemos hacer nada o casi nada para evitar o controlar las desgracias y los sufrimientos que padecemos porque son producidos por causas externas sobre las que tenemos muy escasa influencia.
6. Cuando ocurre o puede ocurrir algo peligroso o amenazante, debo sentirme tremendamente preocupado y pensar constantemente que puede ocurrir lo peor.
7. Es mucho más fácil evitar, que afrontar las dificultades y responsabilidades que se presentan en la vida.
8. Se debe depender de los demás; se necesita tener a alguien más fuerte que uno mismo en quien confiar.

9. Las cosas que me ocurrieron en mi historia pasada, son determinantes de mi conducta actual y de mi conducta futura porque siempre y de manera definitiva me influirán.

10. Debo preocuparme mucho y constantemente por los problemas y perturbaciones de los demás.

11. Existe una solución precisa, acertada y perfecta para cada problema y es horrible y catastrófico no encontrarla (Como se cita en Díaz, Ruíz y Villalobos, 2017. p. 343-344)

Los pensamientos del individuo tienen una influencia fundamental en su vida, y esto no deja de ser así en la maternidad, por el contrario, existe una gran cantidad de percepciones, creencias e interpretaciones que experimenta la mujer desde la concepción, el embarazo y las etapas que le siguen en su rol como madre. Algunos de estos pensamientos se pueden analizar tomando en cuenta lo que se piensa de la madre, tanto externamente como de ella misma; incluyendo su capacidad, su imagen, su estima propia.

Respecto a la capacidad se hace referencia a la autoeficacia o eficacia materna de la que se detalla a continuación.

Percepción de eficacia materna

Uno de los elementos importantes en lo que se refiere a cognición durante la gestación es la percepción de la eficacia materna, la cual envuelve todos aquellos pensamientos y juicios que hace la mujer embarazada sobre el desempeño que podrá tener al ejercer su maternidad. Estas creencias son fundamentales, pues tienen un efecto directo sobre sus conductas maternas; aquellas que tienen confianza en su desempeño tendrán más logros, que aquellas que tienen una mala percepción de sí mismas (Sastre 2014).

Esta percepción materna es también conocida como autoeficacia y se puede entender de la siguiente manera:

Se define como la estimación auto referida por la madre sobre su competencia en el rol de crianza del hijo, además de la auto percepción sobre su habilidad para influir de forma positiva en la conducta y desarrollo del hijo (Flores-Peña et al., 2015. p. 146).

Es interesante porque esta conceptualización permite visualizar que la autoeficacia materna no es algo exclusivo del embarazo, sino que continuará siendo vital en las siguientes etapas de la vida de la madre. También resalta que la afectación no se limita solo a ella, sino también a sus hijos. Según Flores-Peña et al. (2015) está demostrado que las madres que tienen alta autoeficacia, disponen de más recursos para potenciar a sus hijos; logran adaptar, estimular y alimentar todo el entorno que tenga relación con la crianza de los suyos.

Entonces, los pensamientos que tiene la mujer respecto a su propia capacidad de ejecutar su rol de madre, tendrán repercusiones en las emociones y comportamientos que se relacionan con su maternidad. Esto se relaciona mucho también con su autocontrol.

Autocontrol-Locus de control

El autocontrol o locus de control, se refiere a la percepción o creencia que tiene el individuo respecto a su capacidad para controlar su vida. Según Rotter (1996), este locus de control puede ser externo o interno, y en ambos casos cuando se ejerce de manera excesiva, ocasiona problemas importantes en el diario vivir. Cuando el locus es externo, se le otorga la culpa o responsabilidad de las situaciones a otro agente, ante el cual no se puede defender. Esto ocasiona que la persona se resigne y se sienta incapaz de actuar para resolver la problemática. Tienen constantemente emociones de desesperanza, y piensan que no pueden hacer nada para cambiar su situación y que sus fracasos o éxitos no son por causa propia, sino que las atribuyen a otra persona (como se cita en Marín, 2013).

Por el contrario, cuando el locus de control es interno, existe el pensamiento de que se tiene la capacidad de enfrentar, resolver y controlar las situaciones cotidianas que vive la persona. Aunque haya factores influyentes externos, el individuo se siente capaz de tomar decisiones y actuar en consecuencia (Marín, 2013).

En general el locus de control ha sido estudiado en función a temas de salud y se ha encontrado que se relaciona con el bienestar psicológico. Al respecto, Marín(2013) describe: Bodecs et al. (2011), identificaron que el locus de control interno se relaciona con los comportamientos saludables que se requieren en el embarazo. También Esperat et al. (2007) mostraron que el menor control interno asociado a situaciones de bajo nivel económico resulta en menos cuidados de salud. Weisman et al. (2008) relacionaron el locus de control interno con una mejor salud física durante el embarazo, y Webb,

Siega-Riz y Dole (2009) indicaron que existía mayor vigilancia en la ganancia de peso durante el embarazo cuando se tenía un locus de control interno (como se cita en Marín, 2013. p. 38)

Se puede notar que el locus de control es fundamental en la etapa gestacional, y puede condicionar de manera importante el comportamiento materno. Los pensamientos de capacidad y control en el embarazo son trascendentales, al igual que lo es todo el conjunto de creencias que tiene la mujer acerca de sí misma, en lo que respecta a la imagen corporal.

Autoimagen

La autoimagen o imagen corporal, se concibe como un concepto mental. Es el pensamiento que la persona tiene sobre sí misma; esta percepción tiene cuatro componentes: afectivo, conductual, perceptivo y cognitivo. Es necesario indicar que la percepción que la persona crea de sí misma puede o no relacionarse con la apariencia física real (Borelli et al., 2016).

Particularmente en el embarazo, la imagen corporal enfrenta una crisis importante que responde a la gran cantidad de cambios físicos y hormonales que experimenta una mujer. Estos deben de incorporarse en el esquema mental de la autoimagen, sin embargo, en muchas ocasiones se rechazan o se niegan. Cuando la mujer no aprueba estos cambios, experimenta una problemática psicológica importante que la hace sentir inseguridad, rechazo propio y de los demás, insatisfacción, incomodidad, baja autoestima, vergüenza de sí misma, e incluso la mueve a ejecutar conductas que no son favorables para su salud física y mental (Borelli et al., 2016).

Es por esto que se vuelve vital el acompañamiento y apoyo a la madre para que se logre un estado como el siguiente:

Los cambios anatómicos son similares en todas las gestantes, pero los asumen de diferente manera según su contexto socio-cultural. La aceptación de los cambios corporales les provoca bienestar, se sienten seguras y satisfechas, se aceptan y aman como son, son conscientes de su estado, entienden que el aspecto físico dice muy poco sobre su carácter y valor personal. Sus personalidades entran en una etapa de madurez lo que les permitirá aceptar su rol como madre, sentirse bien desde el

interior, pensar, sentir y actuar de tal manera que no dejarán de ser una misma (Borelli et al., 2016. p. 174).

La búsqueda de una sana autoimagen es fundamental considerando además que la gestación produce, en la mayoría de los casos, una preocupación por la figura. En ocasiones esto puede acompañarse también por distorsiones relacionadas con el peso, en las cuales la mujer se mira con mayor peso o menor peso del que realmente tiene y del que se le recomienda (Borelli et al., 2016). Estas distorsiones empeoran el panorama, ya que condicionan a la aparición de trastornos de conducta alimentaria, de las cuales se tiene una gran cantidad de repercusiones negativas, tanto para la salud de la madre, como para la del niño.

Queda claro entonces que los factores cognitivos tienen efectos importantes sobre el período gestacional, ejerciendo una gran influencia sobre las decisiones conductuales que toman las mujeres embarazadas. Sin embargo es necesario considerar el efecto que la cognición tiene sobre las emociones, ya que estas últimas también juegan un papel de mucha relevancia sobre el comportamiento. Es por esto que se estudian los factores emocionales implicados en la gestación.

Factores Emocionales

La conceptualización de la emoción ha sido estudiada ampliamente, ya que abarca diversos elementos que hacen compleja su definición certera. A muchos autores les ha sido difícil definirla apropiadamente, justamente porque dejaban fuera algunas de las características más importantes de su concepción. Sin embargo, García et al. (2010) elaboraron una definición muy completa:

Las emociones son un proceso que implica una serie de condiciones desencadenantes (estímulos relevantes), la existencia de experiencias subjetivas o sentimientos (interpretación subjetiva), diversos niveles de procesamiento cognitivo (procesos valorativos), cambios fisiológicos (activación), patrones expresivos y de comunicación (expresión emocional), que tiene unos efectos motivadores (movilización para la acción) y una finalidad: que es la adaptación a un entorno en continuo cambio (p. 40).

Es importante mencionar que en esta definición, los autores intentaron abarcar once categorías que, agrupadas, dan una idea más robusta de lo que se entiende por emoción. En primer lugar, está la categoría afectiva, la cual refiere a los cambios fisiológicos que ocurren seguido de las percepciones de un estímulo y el sentimiento de estos cambios es la emoción. La categoría cognitiva incluye la percepción, la valoración situacional y la catalogación de las emociones. Según la cognición, así será el tipo de activación fisiológica, ya sea como enojo, alegría o cualquier otra emoción.

En la categoría estímulos elicidores se refiere a que las emociones son desencadenadas por estimulación externa. En la fisiológica, se resalta que los procesos emocionales dependen de los sistemas cerebrales. La categoría de conceptualización emocional/expresiva se dirige a los patrones expresivos corporales según cada respuesta emocional (García et al. 2010).

En la categoría disruptiva se enfatiza en el efecto que tiene la emoción para desorganizar a nivel visceral y vegetativo. En contraste, la adaptativa enfatiza en que las emociones contribuyen a la supervivencia, tiene un rol organizativo y funcional. La multifactorial destaca que el proceso emocional es multidimensional, y es determinado por factores cognitivos, fisiológicos, conductuales y afectivos. La conceptualización restrictiva más bien diferencia la emoción de los demás procesos psicológicos con los que interactúa, tales como la motivación. La categoría motivacional, indica que las emociones son el principal agente que activa los procesos motivacionales. Finalmente, la categoría escéptica se cuestiona respecto al concepto de emoción, su importancia y utilidad (García et al. 2010).

Todas estas categorías anteriores son muy importantes ya que abarcan diferentes.

Por su parte, Davis y Palladino (2007) la definieron como:

Cambios fisiológicos y sentimientos conscientes de placer o displacer, excitados por estímulos externos e internos, que conducen a reacciones conductuales (p. 255).

Estos autores entendieron las emociones como un estado de consciencia con varios componentes, dentro de los cuales se listan los índices fisiológicos, comportamientos ostensibles y comportamientos evocadores. Las emociones no son muy duraderas, y deben distinguirse de los estados de ánimo, los cuales corresponden a aquellos sentimientos subjetivos que están asociados con emociones pero que perduran por más tiempo (Davis y Palladino, 2007).

Otro de los teóricos importantes en lo que respecta al estudio de las emociones es Daniel Goleman, quien las conceptualizó de la siguiente manera:

La emoción se refiere a un sentimiento y a los pensamientos, los estados biológicos, los estados psicológicos y el tipo de tendencias a la acción que lo caracterizan. Existen centenares de emociones y muchísimas más mezclas, variaciones, mutaciones y matices diferentes entre todas ellas (Goleman, 2010, p. 570).

Goleman también describió a las emociones en términos de familias o dimensiones, dentro de las cuales, las principales, son la ira, la tristeza, la alegría, el amor, la vergüenza, miedo, sorpresa y aversión. Goleman (2010) afirmaba que estas deben de considerarse como casos especialmente relevantes de los infinitos matices de nuestra vida emocional (p. 573). Es decir, que a partir de estas categorías derivan una enorme lista de emociones.

Las emociones pueden experimentarse de manera especial en las distintas etapas de la vida. Una de estas es el período gestacional, el cual abarca una gran cantidad de cambios a nivel físico, hormonal, mental, social; ocasionando que puedan surgir emociones con distinta intensidad, desencadenadas por una gran cantidad de situaciones e interpretaciones que son propias del embarazo.

Las emociones de la mujer gestante

Según Areque, Medina y Abad (2015) el estado emocional de una madre en período de gestación dependerá de diversos factores, tales como la educación y cuidados que reciba, el plan de nacimiento del bebé y las características propias de su período de gestación. Esto quiere decir que una madre experimenta diferentes niveles de ansiedad, estrés, preocupación, miedo, tristeza y labilidad emocional según sea su situación individual; considerando elementos como la duración del embarazo, la forma en que este culmina, el tipo de riesgo que se experimentó, los cuidados que debieron tomarse, y qué tan limitante fue este período para la madre. Toda la situación emocional vivida impacta directamente sobre su experiencia o visión maternal.

Las situaciones o estados emocionales producen una liberación de hormonas como el cortisol y las catecolaminas. Particularmente el cortisol llega a concentraciones elevadas cuando se experimenta ansiedad, estrés, ansiedad y otros trastornos psicológicos durante el embarazo. Esto es importante porque esta hormona actúa como inhibidor del desarrollo

cerebral del feto (Sastre, 2014). Esto otorga al período gestacional una vulnerabilidad importante a las emociones que se experimentan y sus repercusiones.

Areque, Medina y Abad, (2015) lograron documentar, a través de entrevistas a profundidad, algunas de las emociones de mujeres gestantes; entre ellas se incluye el nerviosismo ante el pensamiento de no ser capaz de llevar a cabo el rol maternal. También destaca el miedo, que es una emoción que ha sido asociada a diversos elementos. Uno de ellos se refiere a la labor de parto, ya sea que se trate de cesárea o parto natural. El miedo en este caso responde a la inexperiencia, a la falta de conocimiento acerca de los detalles del procedimiento, y a las ideas preconcebidas que puede tener la madre como consecuencia de la influencia social. Es aquí donde las historias y opiniones de los seres queridos toman un peso importante. El miedo durante el embarazo también está asociado a la idea de tener que enfrentar el día en que volverán a casa y tendrán que cuidar a su bebé recién nacido; esta angustia fue identificada incluso en mujeres que llevaron los programas de educación requeridos. Este miedo puede estar ligado a la idea de fallar en su labor de madres.

Areque, Medina y Abad, (2015) incluyeron en los causantes de miedo, la duración del embarazo. En este estudio identificaron que las madres que dan a luz posterior a la semana 40 experimentan temor por la salud de sus bebés y las complicaciones propias del alumbramiento. Este miedo lo viven algunas hasta meses atrás, pues en algunos casos dejan de sentir el movimiento del feto en el vientre. Esta incertidumbre les causaba además un nerviosismo intenso, pues algunas de estas mujeres sabían que en cualquier momento podría iniciar su alumbramiento. Otro elemento que añadía tensión y miedo a las mujeres cuyo período de embarazo se extendía, eran las constantes llamadas y muestras de preocupación de sus familiares.

Es importante tomar en cuenta que el estado emocional también se ve afectado por los patrones de vida de la madre, tales como el sueño y el ejercicio. Areque, Medina y Abad, (2015) también identificaron en las mujeres después de la semana 38, que su estado emocional se ve afectado por los despertares nocturnos para ir a orinar, o por los dolores de cadera y espalda que tanto las incomodan en esta etapa del embarazo.

Muchos de los elementos detonantes que previamente fueron citados como condicionantes del miedo y el nerviosismo, pueden también ser causantes de estrés materno. A estos se les suma una larga lista de complicaciones fisiológicas, sociales y propias del

individuo, que desencadenan la respuesta de estrés y empeoran la situación. Sastre (2014) lo explica como una afectación negativa sobre el ambiente uterino y el bienestar fetal, ya que el estrés produce un aumento en los niveles de cortisol, ocasiona hipoxia, desnutrición o acumulación de sustancias tóxicas en el organismo. Las repercusiones pueden incluso ocasionar partos prematuros o niños con bajo peso al nacer. Dependiendo de la etapa en la que ocurre, el estrés puede incrementar el riesgo de alteraciones de tipo congénito y abortos espontáneos durante el primer trimestre. Al acercarse el último trimestre, el estrés puede afectar el momento del parto, el cual ha sido considerado por una gran cantidad de mujeres como un momento traumático.

Según Sastre (2014) la ansiedad ocurre de manera muy frecuente en el embarazo, se dice que el 54% de las mujeres gestantes lo presentan. Se trata de una respuesta emocional llena de inquietud, excitación e inseguridad, que se desencadena por estímulos no identificados. Esta puede ocurrir por múltiples factores, entre los cuales se menciona el nivel de conocimiento de la madre, la experiencia de parto propia o de otras mujeres que lo comunicaron negativamente, y la forma en que manejaba sus síntomas ansiosos previos al embarazo. Otra de las causas puede ser de tipo social, entre las que se mencionan la falta de apoyo, tanto de la pareja como de la familia, o círculo de apego más cercano.

La ansiedad durante el embarazo produce consecuencias importantes sobre la salud de la madre y el feto. Al respecto, Sastre (2014) indica que la elevación de los niveles de cortisol que ocurre en los procesos ansiosos incrementa el riesgo de partos prematuros y de niños con bajo peso al nacer; además de influir sobre la ocurrencia de problemas de desarrollo neuroconductual en años posteriores del infante. Se ha identificado que el desarrollo emocional, social, conductual y cognitivo del niño pueden verse influenciados negativamente por la ansiedad de la madre, desde el período gestacional.

Alimentación emocional

Las emociones tienen una fuerte relación con la ingesta alimentaria, lo cual se evidencia de manera muy concreta en la alimentación emocional. Según Estrada et al. (2020), esta se define como el acto de comer que no está motivado por hambre fisiológica, sino que se desea ingerir alimentos como respuesta a una situación positiva o negativa en la cual el individuo evita, regula, enfrenta o mejora lo que está experimentando a nivel emocional. Esta

conducta emocional ejerce un papel importante en la obesidad, ya que condiciona al consumo de una dieta que es superior en calorías a lo que el individuo requiere, y suele ser de muy baja calidad en términos de nutrientes.

La alimentación emocional es un predictor del perímetro de cintura y está muy relacionada con los estados afectivos negativos. Se dice que se utiliza como una estrategia de afrontamiento (Salinas-Rehbein et al., 2022). Es decir, el individuo decide evitar el afrontamiento de la situación real o imaginada, y la interpretación correspondiente a la situación; en este caso decide resolver su experiencia emocional con la comida, y esto sucede mayormente con emociones displacenteras.

La depresión es una de las emociones que se han estudiado en relación con la alimentación emocional, y se ha asociado también con la obesidad. Según Salinas-Rehbein et al. (2022) los individuos con exceso de peso tienden a comer en cantidades excesivas por emociones displacenteras, como la depresión, la cual está relacionada también con el apoyo social. Las investigaciones han planteado que la percepción que se tiene respecto a contar con apoyo social disminuye la sintomatología depresiva, lo cual, a su vez, reduce la alimentación emocional. Es por esto que se presenta la importancia de las intervenciones que capaciten en el afrontamiento de estados emocionales negativos, y que se enfoquen también en el fortalecimiento de vínculos y apoyo social como factor protector.

Trastornos psicológicos asociados al embarazo

El embarazo es un período en el que la mujer experimenta una gran cantidad de cambios, como se ha discutido ampliamente en los segmentos anteriores. Debido a esto, se produce una vulnerabilidad en lo que respecta a su salud mental, ya que estos cambios, incluyendo los de tipo psicológico, alteran el psiquismo de la mujer y su rol a nivel social y familiar. Esto puede conducir a la presencia de sufrimiento a nivel emocional y mental y en algunos casos puede ser el origen del padecimiento de trastornos mentales (Guimarães et al., 2019).

A continuación se destacan algunos de los trastornos que se presentan con más frecuencia o que se han relacionado con el embarazo.

Depresión

La depresión es un trastorno mental que se ha asociado en muchas ocasiones con el período post parto, sin embargo, se presenta también durante el embarazo. Según Sastre (2014), el 30% de las embarazadas presentan síntomas inespecíficos de depresión y el diagnóstico del trastorno como tal, ocurre en un 10%.

Es necesario establecer un diagnóstico certero, ya que según Sastre (2014) muchos síntomas depresivos podrían ocurrir, no por la presencia de este trastorno, sino asociado a patologías como la anemia, la diabetes gestacional o la disfunción tiroidea. También algunos síntomas como la astenia, las alteraciones del sueño y el apetito, y la labilidad emocional son propios del período gestacional. Por esta razón, se debe hacer diagnóstico diferencial, considerando que es fundamental detectar oportunamente la depresión, ya que puede ocasionar un descuido de los controles prenatales, las recomendaciones y el autocuidado requerido en el embarazo y se pueden dar conductas no deseadas, como el consumo de alcohol, drogas, fumado e incluso el suicidio.

Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria(TCA) tienen la característica de presentar alteraciones persistentes en la alimentación o en las conductas relacionadas con esta, ocasionando que el consumo dietético se vea afectado, ya sea por ingestas excesivas o insuficientes respecto a la recomendación de los profesionales de salud; lo cual impacta sobre la salud física y el funcionamiento de la persona en su contexto psicosocial. Este comportamiento patológico ocurre en la ingesta alimentaria y también puede presentarse como una obsesión por el control de peso (García-Láez, 2017).

Es necesario considerar que la etiología de los TCA puede radicar en elementos diversos, o la interacción de muchos factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Entre las mujeres embarazadas es más común presentar estos padecimientos cuando hay complicaciones en la relación de pareja, cuando enfrentan la maternidad con inseguridad, o cual han presentado problemas psicológicos durante el embarazo; también tener historial abuso, embarazos no deseados o problemas de peso previos (García-Láez, 2017). Por lo tanto, hay que considerar que la población de mujeres embarazadas no tiene características

homogéneas, sino que cada mujer está influida por una gran cantidad de factores que le dan un contexto individual único y que tendrá un papel determinante en su experiencia materna.

Los TCA puede estar diagnosticados previo al embarazo; al respecto se ha determinado que mujeres portadoras de bulimia nerviosa y anorexia nerviosa tienen la posibilidad de sobrellevar un embarazo hasta culminar en el parto; es decir, a pesar de los altos riesgos y las consecuencias para la madre y el bebé, no hay impedimento para que las mujeres con TCA puedan concebir (Behar, 2013).

En el caso de no presentar alguno de estos trastornos previo al embarazo, se ha mostrado que la sintomatología de estas patologías se visibilizan en el segundo trimestre de embarazo. Algunos de los signos son: no hablar del embarazo como si fuera real, contar calorías obsesivamente, comer sola o saltarse comidas, provocarse el vómito (García-Láez, 2017, p. 13). Además de estos signos, es fundamental tomar en cuenta para la detección precoz: el historial de TCA, la hiperemesis gravídica y el peso insuficiente en el embarazo (García-Láez, 2017).

Respecto a la ganancia de peso insuficiente, hay que diferenciar que se trata de una característica que no se limita al primer trimestre, como sucede normalmente con las náuseas del embarazo; sino que persiste durante el segundo trimestre de gestación y puede llegar a superar el 10% del peso corporal llegado el tercer trimestre (García-Láez, 2017). Esta situación debe de mirarse con mucha atención, ya que ocasiona efectos negativos a corto y largo plazo tanto en la madre como en el bebé, poniéndolos en situaciones de alto riesgo.

Algunos de los trastornos que más ocurren en el embarazo, son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, los atracones y la pregorexia. García-Laez (2017) refieren a la pregorexia como una patología que sufren las mujeres gestantes que tienden a restringir la ingesta de calorías diarias, realizan ejercicio extremo y combinan los atracones con las purgas; todo esto con la finalidad de controlar o evitar el aumento de peso gestacional.

Los TCA producen una gran cantidad de complicaciones en el embarazo, parto y posparto y en el bebé. Entre estas, destacan: mayor probabilidad de tener un embarazo de alto riesgo, anemia, endometriosis, infecciones respiratorias, abandono prematuro de lactancia por déficit nutricional, mayor riesgo de cesárea, abortos espontáneos y ruptura prematura de membranas. Existe una mayor probabilidad de tener depresión postarto (García-Láez, 2017).

Particularmente para la gestantes con anorexia nerviosa, se experimenta hipotermia, hipoglucemia, infecciones y muertes perinatales, que se relacionan con el bajo peso de la madre. Los bebés de estas madres con TCA también sufren complicaciones, como el bajo peso en hijos de madres con Anorexia y bulimia; macrosomía en bebés con trastorno por atracón; en los hijos de madres con anorexia se presentaba crecimiento fetal lento, contracciones prematuras, partos prematuros y muerte perinatal. La gestación en mujeres con bulimia nerviosa se asociaba con contracciones prematuras, mayor tasa de resucitaciones del recién nacido y puntuaciones de APGAR bajas. Los hijos de madres con anorexia y bulimia tienen bajo perímetro craneal asociado a un déficit del rendimiento cognitivo. En general los hijos de madres con TCA tienen menor rendimiento social por lo que son susceptibles de sufrir abandono, marginación y acoso escolar (García-Láez, 2017).

Intervención Psicológica

La intervención psicológica es fundamental en una gran cantidad de temas que competen a las poblaciones humanas; es decir, no se trata de un campo profesional de aplicación y utilidad limitada. Por el contrario, ofrece beneficios y resultados importantes en un amplio espectro. Bados (2008) la concibe de la siguiente manera:

La intervención psicológica consiste en la aplicación de principios y técnicas psicológicas por parte de un profesional acreditado con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aun en ausencia de problemas (p. 2).

Esto es vital, ya que la ayuda que se brinda resulta en última instancia en la mejora de las condiciones de vida de las personas. Para la presente investigación, la intervención psicológica constituye una herramienta clave para acompañar a las mujeres gestantes a comprender, sobrellevar y enfrentarse a su embarazo de la manera más idónea posible; resaltando que esta es una etapa que se entiende como la antesala a una fase aún más extensa en tiempo, que es la maternidad.

Para tener mayor claridad acerca de la necesidad de la intervención psicológica durante la gestación, se debe integrar el impacto que tienen las variables emocionales y cognitivas en la psicología del embarazo.

Impacto psicológico de las emociones y cogniciones sobre la gestación

Durante el período de gestación se produce una transformación a nivel cerebral que es necesaria para estimular y crear en la mujer la conducta materna. Es decir, estas modificaciones orientan a la mujer a adquirir los patrones de comportamiento necesarios para atender a las nuevas demandas que conlleva el embarazo y el nacimiento de bebé. Lo anterior ocurre gracias a la creación de neurohormonas como las mencionadas previamente: prolactina, progesterona, estradiol y oxitocina. Estas producen una inhibición en la respuesta fisiológica del estrés, en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y ocasionan una hipersensibilidad en las embarazadas (Sastre, 2014).

Como resultado, se observa una serie de cambios emocionales y cognitivos en la madre, que en el postparto vuelven a producirse por el abrupto descenso de estas hormonas. Adicionalmente, es necesario tomar en cuenta las características propias de la madre como los rasgos de personalidad, el grado de autoestima y de autoconfianza, como elementos psicológicos que tendrán efecto sobre la vivencia gestacional (Sastre, 2014).

Sastre (2014) menciona además, el contexto por el cual ocurrió el embarazo. Según hayan sido las motivaciones o situaciones en torno a la gestación, así será la salud mental de la madre, y tendrá una influencia considerable en el padecimiento de trastornos psicológicos que se den, tanto durante la gestación, como posterior a esta. Es fundamental considerar problemáticas tales como los embarazos no deseados o buscados con propósitos errados como el afrontamiento de duelos o como medida de solución a conflictos de pareja.

No se pueden dejar de lado tampoco los antecedentes psiquiátricos individuales y familiares de la mujer, ni la estabilidad emocional de la mujer previo al embarazo (Sastre, 2014). Su manera de ver la vida, de resolver situaciones conflictivas, su condición sentimental, su manejo emocional y cognitivo serán determinantes en la calidad de la experiencia materna.

Gómez (2018), resalta un aspecto fundamental que corresponde a las complicaciones obstétricas y el impacto emocional que tienen sobre las embarazadas. Se definen como

aquellas complicaciones o urgencias médicas o quirúrgicas que ponen en riesgo de morbilidad o mortalidad a la mujer gestante y al feto; y que sumado a los factores psicosociales de riesgo pueden causar malestar psicológico de distintos grados.

Psicología Perinatal

Tal como se ha mencionado previamente, la gestación se considera como una etapa de crisis, en la que la mujer experimenta una gran cantidad de cambios que surgen desde la concepción y que se extienden no solo hasta el parto, sino que marcan el inicio de su rol como madre. Es por esto que es fundamental que las mujeres embarazadas puedan contar con la guía y el acompañamiento psicológico necesario para que puedan enfrentar la gestación de la forma más adaptativa, funcional y saludable posible.

Ante esto, se requiere la presencia del psicólogo dentro de todo el equipo de trabajo que se acerca a la mujer gestante. Sin embargo, es vital la especialización del profesional en la fase de embarazo. La psicología perinatal es precisamente la disciplina que interviene no solo en el embarazo, sino en las fases de concepción, embarazo, parto y puerperio. De manera ideal, se trata de un acompañamiento a la mujer gestante y a su familia, que permita la prevención de psicopatologías y que se orienta a fortalecer la maternidad de la mujer y el vínculo que es necesario que forme con su bebé. El objetivo es cuidar, y estimular la salud mental (Olaverri, 2018).

Esto es primordial, ya que el estado de la madre tiene implicaciones importantes sobre el bebé, y en la formación del vínculo familiar como tal, ya que se considera también al padre dentro de todo el proceso que dirige el psicólogo perinatal. Sánchez et al. (2013) indican que la maternidad produce una gran cantidad de cambios emocionales y psicológicos que se traducen en dificultades para la mujer. Cuando ella se encuentra con bienestar, y con las capacidades para afrontar las demandas propias de la etapa que está viviendo, entonces se favorece el apego seguro entre ella y el bebé que lleva en su vientre (Como se cita en Olaverri, 2018).

A pesar de su gran valor, sigue siendo una disciplina que es poco común dentro de los centros de salud y el campo laboral tanto del sector salud público como del privado, por lo que en muchos casos la intervención psicológica no se brinda, o se ofrece por profesionales que no están especializados en el estudio de esta fase de la mujer.

Intervención Psicológica en la mujer gestante

A continuación, se presentan algunas terapias psicológicas aplicadas a mujeres embarazadas con diversas condiciones.

Terapia Cognitivo conductual

La terapia cognitiva conductual planteada por Aaron Beck es una intervención psicológica que se sustenta en la teoría de que las personas responden a los estímulos mediante conductas y emociones que no ocurren de manera automática, sino que resultan de sus esquemas cognitivos; es decir, la manera en que interpretan el estímulo. Esta terapia incluye diversos elementos como lo son la psicoeducación, el monitoreo, la reestructuración cognitiva y las técnicas de regulación fisiológica (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2017).

Se trata de un modelo de intervención que tiene un respaldo sólido en su efectividad para el tratamiento de diversos trastornos como la depresión y la ansiedad. Desde la terapia cognitivo conductual, hay una gran relevancia en las creencias subyacentes del individuo y la interpretación que realiza de los estímulos a los que teme, incluyendo sus propias reacciones fisiológicas (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2017, p. 395).

Según Díaz, Ruiz y Villalobos (2017), estas creencias subyacentes producen una predisposición a:

1) restringir su atención hacia posibles amenazas en su entorno, 2) interpretar catastróficamente los estímulos ambiguos, 3) subestimar los propios recursos de afrontamiento, 4) subestimar la probabilidad de que otras personas puedan ayudarle si se encuentra en peligro, 5) llevar a cabo conductas de seguridad disfuncionales como la evitación o huida (p. 396).

La terapia cognitiva conductual ha sido aplicada en población femenina en estado de embarazo y ha evidenciado resultados positivos. Tal es el caso de Rodríguez y Moreno (2021), quienes aplicaron la terapia cognitivo conductual en mujeres embarazadas que tenían ansiedad. En sus principales resultados, se mostró una reducción de la sintomatología ansiosa y esta se mantuvo incluso en los tres meses posteriores.

La aplicación de la terapia cognitivo conductual en embarazadas se ha desarrollado siguiendo modelos como el de Rodríguez y Moreno (2021):

1. *Introducción al modelo cognitivo-conductual.* Se explicó el modelo cognitivo-conductual de la experiencia de la ansiedad y preocupación (Borkovec, 2006) abordando los estímulos provocadores de tales respuestas para notar las sensaciones, pensamientos e imágenes asociadas. La experiencia de la ansiedad se divide en el estímulo disparador, y luego en tres diferentes áreas: la cognitiva, la fisiológica y la conductual (Rygh y Sanderson, 2004).

2. *Relajación.* Se explicó a las participantes que el fin de la relajación es reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad, y de este modo contribuir a la reducción de las preocupaciones.

3. *Reestructuración cognitiva.*

a) Primer paso: Se incrementa la conciencia de la actividad cognitiva durante los episodios de preocupación y se emplea un registro de estos, haciéndose una diferenciación entre los hechos concretos y la interpretación de una experiencia. Se reconocen las distorsiones cognitivas más comunes en pensamientos y suposiciones.

b) Segundo paso: Se desafían las distorsiones cognitivas mediante la técnica de descubrimiento guiado a través del método socrático para cuestionar y alterar las distorsiones cognitivas y, por consiguiente, las respuestas emocionales.

c) Tercer paso: Se generan puntos de vista alternativos, como imaginar el evento angustiante desde la perspectiva de una tercera persona, cambiar los roles con alguien que pueda pasar la misma situación, ver el evento en un contexto más amplio, así como imaginar lo peor y lo mejor en un escenario más realista.

d) Cuarto paso: Ante un episodio de ansiedad, se crea una respuesta racional que pueda ser evaluada por experiencias de la vida real. Se enseña a la participante cómo usar un formato de respuesta racional para crear una interpretación más adaptativa del evento y para solidificar el cambio en las cogniciones.

4. *Mantenimiento y prevención de recaídas.*

a) Prevención de recaídas: Se utilizan las llamadas “metáfora del viaje” y la “montaña

del cambio”. Se explica la diferencia entre caída y recaída, dejándose como tarea de mantenimiento practicar de modo regular las técnicas aprendidas en las situaciones normales y estresantes de su vida cotidiana.

Postratamiento y seguimiento. A cada participante se le hicieron mediciones posttratamiento y de seguimientos de tres meses, evaluándose las mismas variables psicológicas del pretratamiento (p. 74-75).

Atención plena y compasión

Se trata de una alternativa psicoterapéutica que forma parte de las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación. Rodríguez y Moreno (2021), la aplicaron en mujeres embarazadas con ansiedad, y lograron evidenciar una reducción efectiva de la sintomatología ansiosa. Brown y Ryan, (2003) conciben la atención plena de la siguiente manera:

Atención plena es la traducción de la palabra inglesa *mindfulness*, la cual proviene a su vez de *sati*, una palabra pali, un idioma índico o prácrito, que se puede traducir como “estar atento”, “mantenerse consciente”, “tener conciencia plena” o “presencia plena”, la cual se refiere a que la persona se concentra en la tarea que está realizando en ese momento sin que la mente divague sobre el futuro o el pasado, y sin sensación de apego o rechazo, lo que le genera energía, claridad y alegría (como se cita en Rodríguez y Moreno, 2021, p. 71).

Este concepto se integra con la concepción de la compasión que según Hangartner (2013) se integra por dos partes:

una motivacional, que implica la aspiración verdadera que abarca a todo ser, incluido uno mismo, por lo que no se trata de sacrificarse a costa del bienestar de los demás; la segunda parte, que involucra las acciones concretas que se emprenden, que son motivadas por la aspiración compasiva y que formarán parte de las causas que implantarán un cambio en la experiencia propia y en la de los demás (como se cita en Rodríguez y Moreno, 2021, p. 71).

La integración de estos dos conceptos da como resultado una terapia que permite mejorar la regulación de las emociones, el estrés y la ansiedad. Lo anterior se ha comprobado en mujeres embarazadas quienes también han experimentado estados afectivos positivos a raíz de la intervención. Esto se suma a cualidades positivas del tratamiento, como la buena adherencia que ha mostrado, el bajo costo y la facilidad para aplicarla tanto a nivel individual como grupal (Rodríguez y Moreno, 2021).

Rodríguez y Moreno (2021) aplicaron la atención plena y compasión a partir del siguiente contenido teórico:

1. Introducción al modelo de atención plena compasiva. Definición y beneficios de la atención plena compasiva: Se explicó que la atención plena compasiva es la capacidad de permanecer en el momento, sin juzgar, con aceptación, sin generar aversión o apego a los eventos mentales, y con el reconocimiento y aspiración de aliviar el sufrimiento propio y el de los demás (Paquini y Coutiño, 2017).

2. Atención plena. A) Entrenamiento en el entendimiento de la causalidad. Mediante ejemplos y preguntas de reflexión, se abordó la causalidad y la responsabilidad de los actos; se explicó que a cada acción (ya sea un pensamiento, palabra o conducta) le corresponde una reacción.

b) Entrenamiento en la percepción de la interdependencia: Se señaló que la interdependencia es la característica de la realidad que afirma la codependencia y la interrelación de todos los fenómenos.

c) Entrenamiento en la percepción de la impermanencia: Se explicó que la impermanencia es una de las características de la realidad, ya que todos los fenómenos compuestos se encuentran en constante cambio.

d) Entrenamiento en el reconocimiento de la vacuidad: Se expuso que cada fenómeno compuesto, incluyendo pensamientos, palabras y acciones, carece de existencia inherente.

3. Compasión.

a) Sufrimiento: Se detalló que el sufrimiento es una condición presente en la vida de todas las personas. La principal causa del sufrimiento es el apego, así como la aversión y la ignorancia, o el no saber cómo aliviar nuestro sufrimiento.

b) Compasión: Se señaló que la compasión es un sincero deseo de aliviar nuestro sufrimiento y el del prójimo, y se describieron las acciones que se ponen en práctica para conseguirlo (Simón y Germer, 2011).

c) Acciones virtuosas: Se expuso que la atención plena y la compasión son un equilibrio que permite practicar virtudes, las cuales se pueden definir como acciones que producen beneficios a algún ser vivo y que nos liberan a nosotros mismos y a los demás del sufrimiento.

4. Meditación.

a) Meditación formal en la atención plena: Se entrenó en las técnicas de meditación *Shamata*, o mente en calma, que se compone de tres habilidades: la postura, la respiración y la motivación adecuada. Cada sensación, pensamiento y emoción se reconocen y aceptan gentilmente, sin juzgarse, y luego se liberan, mientras la atención regresa a la respiración.

b) Meditación formal en la compasión: Se llevó a cabo generando mentalmente la aspiración de liberar a los seres del sufrimiento, para lo cual se utilizaron las técnicas guiadas de amor bondadoso, o *Metta Bhavana* (Hangartner, 2013), y una meditación de intercambio de uno mismo con los demás, o *Tonglen* (Ricard, 2009).

c) Meditación informal de la atención plena: Se enseñó a cada participante a dirigir y mantener intencionalmente la atención a la experiencia presente y en situaciones de la vida cotidiana. Se realizaron meditaciones al comer, caminar, lavarse las manos y encender la luz.

d) Meditación informal de la compasión: Se explicó que la compasión correcta implica realizar acciones que alivien el sufrimiento en el momento en el que se

detecta. Se practicó el reconocimiento diario del sufrimiento y el anhelo de liberarse de él, generando acciones, palabras o pensamientos que contribuyen a cambiar la experiencia (p. 73-74).

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

Enfoque de la investigación

El enfoque de investigación constituye el cuerpo teórico o conjunto de conocimientos y herramientas desde los cuales el investigador se acerca a comprender y a estudiar un objeto; es muy importante su selección, ya que esto determina la manera en que se establecerán las problemáticas y las respuestas a estos (Vásquez et al., 2017). La presente investigación se desarrolla desde el enfoque cualitativo, el cual constituye un método que se ha incorporado cada vez más en el ámbito de la salud, dando respuesta a cuestiones de las que otros enfoques tienen limitación.

Este enfoque conlleva a un acercamiento de la realidad distinta a lo que por muchos años ofreció el método cuantitativo. Este último permitía el conocimiento de los fenómenos en función a su extensión cuantitativa y explicaba los problemas a través de relaciones causales lineales. En contraste, el enfoque cualitativo responde a la comprensión de fenómenos desde un análisis más complejo, en el cual las relaciones causales no se explican de manera lineal, sino desde múltiples factores (Vásquez et al., 2017).

Los principios fundamentales del enfoque cualitativo lo hacen ideal para la presente investigación. Vásquez et al. (2017) detalla que este enfoque se basa en el reconocimiento de la existencia de múltiples realidades, que requieren del desarrollo de múltiples conocimientos, y de la consideración de diferentes perspectivas. Se trata de tener una mirada holística, y comprender los temas de formas compleja. Analizar a las personas o escenarios viéndolos como un todo y dentro de su contexto, sin someterlos a controles experimentales, y teniendo empatía hacia ellos.

Esto coincide con lo que se pretende en este estudio, comprender desde lo integral y lo complejo, la integración de psicología, nutrición y gestación en la población femenina, acercándose a la relación entre estos elementos mediante un análisis complejo, que no se puede reducir a causas lineales. Además, requiere una visión de las personas, en este caso

de las mujeres en gestación, llena de empatía, comprensión y dirigida no a reducir, sino a conectar la multiplicidad de elementos que influyen sobre la temática abordada.

En efecto, esta investigación no plantea una hipótesis que requiere confirmación, sino que se trata de un proceso en el que se desarrollarán conceptos y teorías a partir de los datos (Vásquez et al., 2017). Este proceso inductivo que caracteriza al enfoque cualitativo es ideal para guiar esta investigación, en la que los datos obtenidos, tanto de investigaciones previas, como de los profesionales en psicología, serán de suma importancia en la formación de contenido teórico.

Diseño de la investigación

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó la teoría fundamentada, la cual se ha concebido como un diseño y también como un producto. En este tipo de diseño el investigador produce una explicación general respecto a algún fenómeno o problemática, dando información acerca de categorías del proceso y sus relaciones, conceptualizaciones o teorías del problema de investigación como tal. Para lograrlo, se basa en datos provenientes de la perspectiva de los participantes de un contexto en particular, siendo esta información nueva recolectada en el campo y posteriormente contrastada con la literatura previa (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

Esto es lo que se busca en la presente investigación, analizar los datos y contrastarlos con la literatura, generando así un contenido o modelo teórico que explique de mejor manera el tema de estudio. Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) indican que este diseño es muy útil cuando la teoría con la que se cuenta no explica la totalidad del fenómeno, ya sea por contexto, muestra, participantes, o la complejidad de este.

Lo anterior corresponde con el vacío teórico que tiene el problema de investigación de la presente investigación. El conocimiento previo respecto al efecto de los factores emocionales y cognitivos y de las intervenciones psicológicas sobre el estado nutricional es escaso, mayormente en la población de mujeres gestantes. Además, en múltiples ocasiones, el análisis se ha centrado en uno de los elementos del tema, y no en la complejidad que existe en la relación entre todos los elementos planteados para esta investigación.

En la teoría fundamentada se diferencian dos diseños: sistemático y emergente. Para este estudio, el diseño emergente constituye de mayor relevancia. Se selecciona dado a que

es necesario que el proceso no esté cargado de tantas reglas y procedimientos, ni de categorías preconcebidas como las que se establecen en el sistemático. Por el contrario, lo que se busca es que de la codificación abierta que se realiza con los datos, surjan las categorías; y no que estas provengan de las categorías prefijadas, ya que estas pretenden verificar una teoría y no construirla, lo cual corresponde a lo que se espera con este estudio (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

Fuentes de información

Para la recolección de datos necesaria en la presente investigación, se recurre a fuentes primarias y secundarias. Las primarias son conformadas por profesionales en psicología y nutrición, y las secundarias corresponden a documentos de referencia. A continuación, se desglosan las características principales de estas fuentes.

Fuentes primarias

Como fuentes primarias se acudió a 2 profesionales del área de psicología y 2 de nutrición. En ambos casos se tomaron como criterios de selección los siguientes puntos:

- Contar con título académico que respalde su profesión
- Estar actualmente ejerciendo la profesión
- Que su experiencia profesional sea mayor a 5 años
- Que se desempeñen en el territorio costarricense
- Que residan en la gran área metropolitana
- Tener experiencia con población femenina en período de gestación
- Haber recibido formación en el período gestacional

En la selección de los profesionales, el muestreo se dio por conveniencia.

Fuentes secundarias

Como parte del proceso de recolección de datos, se accedió también a documentos de investigación. Para lograr un análisis completo se incluyeron 36 fuentes dentro de las cuales se incluyen artículos científicos, tesis, investigaciones que no exceden los 10 años de antigüedad, que están en inglés o español, y que fueron publicados en revistas indexadas.

Para una mayor definición de los criterios de selección de las fuentes se cuenta con la hoja de cotejo (Anexo B).

Para la búsqueda de documentos, se recurrió a las siguientes bases de datos: Scielo, Proquest, ScienceDirect, E-libro, McGraw-Hill, Ebooks 7-24, EBSCO Host. Se utilizaron las siguientes palabras clave: Psicología, nutrición, gestación, embarazadas, factor emocional, factor cognitivo, estado nutricional, intervención psicológica,

Variables o categorías de análisis

A continuación, se presentan las categorías de análisis que se utilizaron en la investigación, incluyendo para cada una, su debida conceptualización, subcategoría e instrumentos.

Tabla 1

Categorías de análisis de datos

Objetivo	Categoría	Subcategoría	Definición	Instrumento
Distinguir los factores cognitivos de la mujer en gestación y sus repercusiones sobre el estado nutricional.	Factores cognitivos	Autoconcepto Autoeficacia Autoimagen (imagen corporal) pensamientos irracionales mitos y creencias Estrés, estrés materno locus de control	Morris y Maisto (2014) definen la cognición como todos aquellos procesos a través de los cuales el ser humano obtiene y utiliza el conocimiento.	Análisis documental y entrevistas
Identificar los factores emocionales de la mujer en gestación y su afectación sobre su estado nutricional.	Factores emocionales	Emociones placenteras Emociones displacenteras Alimentación emocional	Cambios fisiológicos y sentimientos conscientes de placer o displacer, excitados por estímulos externos e internos, que conducen a reacciones conductuales (Davis y Palladino, 2007, p. 255).	Análisis documental y entrevista

Reconocer el impacto que tiene la intervención psicológica sobre el estado nutricional de la embarazada y la importancia de su aplicación integral.	Impacto de intervención psicológica	Intervención Técnicas y terapias Efectos de la intervención	La intervención psicológica consiste en la aplicación de principios y técnicas psicológicas por parte de un profesional acreditado con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aun en ausencia de problemas (Bados, 2008, p. 2).	Análisis documental
---	-------------------------------------	---	--	---------------------

Nota: elaboración propia

Instrumentos

Para llevar a cabo la recolección de datos es necesario contar con los instrumentos apropiados y que se ajusten al diseño y enfoque metodológicos. En la presente se utilizan la entrevista y el análisis documental.

Entrevista

La entrevista es uno de los instrumentos a utilizar para la recolección de datos, seleccionada con la intención de complementar la información obtenida a partir del análisis documental. Vásquez et al. (2017) la define como una forma de comunicación oral o una conversación de la que se pretende recolectar información específica. No se trata de una conversación ordinaria, sino que contiene preguntas y respuestas orientadas a conocer algo en particular, por lo que se caracteriza por cumplir un propósito. En el enfoque cualitativo es muy útil para comprender al entrevistado, su visión, sus ideas, sus experiencias. Esto es lo que se desea obtener en esta investigación al entrevistar a los profesionales en psicología y nutrición.

La entrevista es ideal para aplicar en este estudio ya que Vásquez et al. (2017) describen que este se ha convertido en uno de los instrumentos más relevantes para las disciplinas del sector salud, cuando se quiere conocer acerca de asuntos como las

prestaciones de servicios o la enfermedad como tal, ya que trae a la luz percepciones, valores, opiniones, conductas e interpretaciones en torno al tema.

En esta ocasión se prefiere la entrevista semi estructurada, la cual se desarrolla mediante el uso de una guía con preguntas que abarcan los temas de interés. Esta guía no se desarrolla estrictamente en el orden planteado, sino que el investigador tiene libertad para formular las preguntas cuando considere apropiado, otorgando así cierta libertad a la comunicación (Vásquez et al., 2017). Al tener que realizarse la misma entrevista a diferentes profesionales, es necesario mantener el equilibrio entre una comunicación abierta, y el abordaje de los mismos temas entre los diversos participantes, evitando algún olvido.

Análisis documental

Este tipo de recolección de datos consiste en el análisis de los datos que se registran en documentos escritos como tesis, artículos, entre otros; la información se clasifica de manera sistemática, se describe y se interpreta según el objetivo de estudio. Esta técnica tiene los siguientes beneficios: no es intrusiva, es de bajo costo y los datos se tienen de forma permanente, es decir, se puede recurrir a estos constantemente para estudio (Vásquez et al. 2017).

Todo lo anterior justifica el uso de esta técnica para la presente investigación, en la cual se pretende producir un contenido teórico que provenga de los estudios desarrollados previamente en torno al tema, e integrarlos, solventando el vacío teórico existente, tanto a nivel poblacional, como de vinculación entre los diferentes factores. Para esto, es de muchísima utilidad el poder recurrir a los datos constantemente y sistematizarlos de manera tal, que se pueda obtener un análisis profundo de la información y responder a los objetivos planteados inicialmente.

Adicionalmente, Vickery (1970) indicó que hay tres necesidades de tipo informativo que se sustentan a partir del análisis documental. En primer lugar, se refirió a conocer lo que otros científicos han hecho o están desarrollando en un campo o temática específica. En segundo lugar, resuelve el interés de conocer más a profundidad acerca de algún segmento de información del documento y no en la totalidad del mismo. Por último, responde a la necesidad de conocer toda la información relevante que existe a nivel teórico de un tema en particular (como se cita en Peña y Pirela, 2007).

Esta última se apega de manera apropiada a la intención de este estudio, en el cual se pretende tener un conocimiento teórico amplio e integrativo acerca del impacto que tienen los factores emocionales-cognitivos y las intervenciones psicológicas sobre el estado nutricional de las mujeres gestantes. Esto con la utilidad no solo de actualizar el estado de conocimiento, sino de explicar fenómenos de la gestación, desde otras perspectivas que se han visto de manera separada.

Procedimientos de recolección y análisis de datos

A continuación, se describen los procedimientos utilizados para la recolección y el análisis de datos.

Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos provenientes de las fuentes primarias, se procedió a contactar durante el mes de junio a dos profesionales del campo de psicología y dos del campo de nutrición. A estos se les solicitó su participación en la investigación, para lo que se acordó con ellos la realización de una entrevista individual según la fecha y hora de conveniencia de ambas partes, durante el mes de junio. La misma se efectuó de manera virtual, mediante el uso de la plataforma de Teams.

La guía de entrevista que se puede ver en el Anexo A, se llevó a cabo utilizando un instrumento de 13 preguntas para los profesionales en nutrición y otra guía de 15 preguntas para el profesional en psicología.

Por otra parte, el análisis documental se realizó tomando como base la Hoja de Cotejo del anexo B. Esta funcionó como guía para la selección de las fuentes de información válidas y útiles para el tema de investigación. A partir de esta selección se utilizaron en los motores de búsqueda las siguientes palabras clave: Psicología, nutrición, gestación, embarazadas, factor emocional, factor cognitivo, estado nutricional, intervención psicológica.

Procedimientos de análisis de datos

Para realizar el análisis de datos cualitativos se tomó como base el siguiente proceso general: recolección y revisión de datos, organización y preparación de datos, definición de

unidad de análisis, codificación abierta, descripción de las categorías, codificación axial y selectiva, generación de hipótesis y teoría, evaluación de la calidad (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

El proceso anterior se llevó a cabo en 5 fases. La primera fase corresponde a la recolección y revisión de datos. Las entrevistas se registraron y grabaron en audio; y por otra parte se recopilieron todos los escritos necesarios para el análisis documental. Ambas tareas se desarrollaron de manera concurrente, revisando constantemente la información, verificando que se ajuste al planteamiento del problema y teniendo un panorama completo de los materiales que se recolectaron, tanto las entrevistas como los documentos (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

En la segunda fase, se realizó una organización y preparación de los datos para el posterior análisis de la información. En el caso de las entrevistas, fueron transcritas y posteriormente codificadas utilizando el programa Atlas T.I., el cual es un programa especializado para codificar datos y construir relacionar los conceptos, las categorías y los temas. Por su parte, los documentos se mantuvieron organizados y enlistados de manera digital, tal como lo recomiendan Hernández-Sampieri y Mendoza (2018).

Una vez que se contó con los datos preparados, se inició la tercera fase que corresponde al primer paso del análisis de la información recolectada. Se generó una codificación abierta que consiste en analizar segmentos o unidades del contenido mediante el proceso de comparación constante, es decir, estableciendo si están relacionados o no con el planteamiento. En caso de que sí, se compara con otras unidades o segmentos y se inicia el proceso de decidir si de estos se induce una categoría. Esta última se concibe como conceptualizaciones que establece el investigador para organizar los resultados de la investigación. A cada una de estas se le designó un código o nombre. En esta fase es necesario definir, conceptualizar y ejemplificar cada categoría (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

La cuarta fase forma parte también del análisis de datos, y consistió en la realización de una codificación axial y selectiva. La primera consiste en identificar cuáles son las categorías más importantes del problema de estudio, ya sea por su frecuencia o su relevancia, y agrupar las categorías similares en temas y patrones. Por su parte, la codificación selectiva consiste en determinar la categoría o tema central que explica el fenómeno de estudio, la cual

se caracteriza por ser la más frecuente, la más vinculada con el resto de las categorías, la que está en el centro del fenómeno (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

De manera concurrente con el análisis cualitativo de las entrevistas, se desarrolló el análisis documental, el cual se llevó a cabo con el uso de una tabla de cotejo en la que se hizo también el proceso de codificación, a partir de cual se establecieron las categorías más relevantes de cada documento, manteniendo su relación con la temática general de la investigación.

Al concluir la cuarta fase, se pasó a una quinta fase en la que se realizó una descripción de los resultados y su interpretación. En la descripción se buscaron semejanzas, diferencias y contradicciones entre las distintas fuentes de información, y se relacionaron las categorías. Para una mejor visualización de estas vinculaciones, se acudió a la creación de un mapa conceptual. A partir de esto, se interpretaron los datos, para generar modelos teóricos o hipótesis que expliquen los hallazgos (Vásquez et al., 2017). La descripción e interpretación de resultados ocurrió primero para entrevistas y documentos por separado, para que pudieran, finalmente, en una quinta etapa ser analizados de manera conjunta.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE DATOS

A continuación se presenta el análisis de datos de la revisión bibliográfica y de las entrevistas realizadas a los profesionales en psicología y nutrición. A partir de este análisis, se pretende responder a los objetivos planteados para la presente investigación. Para lo cual se detallan los mapas conceptuales elaborados a partir de las entrevistas, y las tablas que contienen los aspectos más relevantes del análisis documental. Ambos aparecen acompañados del respectivo análisis y discusión, según las categorías y subcategorías planteadas por objetivo.

Con el fin de identificar a los profesionales entrevistados se desglosa la siguiente tabla con los códigos asignados, y que serán utilizados en la discusión.

Tabla 2

Códigos de identificación de los profesionales entrevistados

Profesional	Código	Profesión	Experiencia
Marisol Umaña Ureña	MU	Nutricionista	Atención clínica de la mujer gestante, postparto y lactancia, docente
Glenda Villalobos	GV	Nutricionista	Atención clínica de la mujer gestante, postparto y lactancia, docente
Clara Schoham	CS	Psicóloga	Psicología perinatal, atención clínica
Ana Serrano	AS	Psicóloga	Psicología perinatal, atención clínica

Nota: Elaboración propia

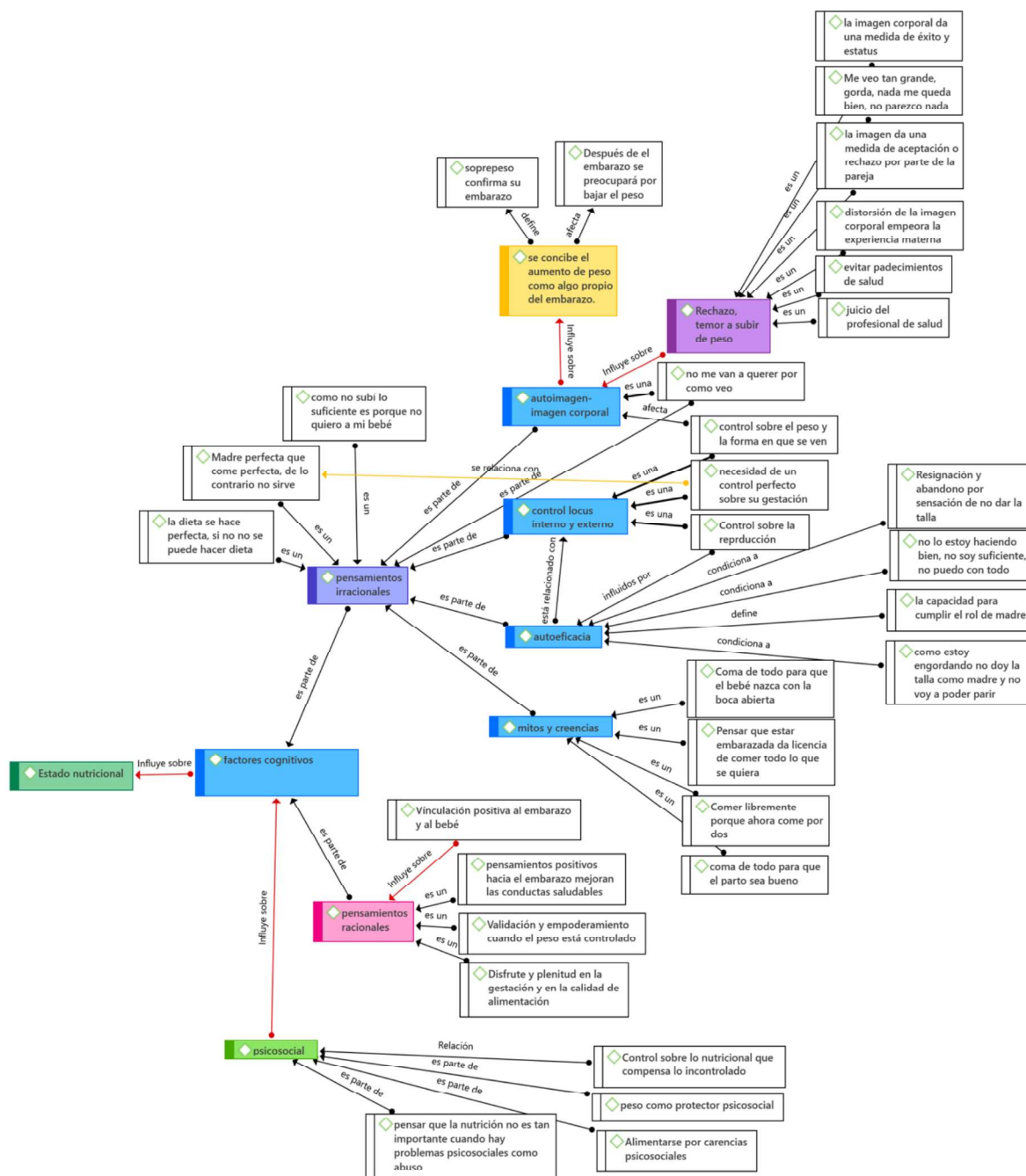
Categoría 1: Factores cognitivos

A continuación se presenta el análisis de los resultados obtenidos en la presente investigación, que corresponden al objetivo de distinguir los factores cognitivos de la mujer en gestación y sus repercusiones sobre el estado nutricional.

En primer lugar, se presenta la figura 1 que corresponde a lo que las profesionales dijeron respecto a los factores cognitivos que afectan al estado nutricional de las embarazadas.

Figura 1

Factores cognitivos que afectan el estado nutricional de las mujeres gestantes según entrevistas a profesionales



Nota: Elaboración propia

La figura anterior muestra los hallazgos correspondientes a la categoría de los factores cognitivos, y se consideran las siguientes subcategorías: pensamientos racionales, pensamientos irracionales, mitos y creencias, autoeficacia, locus de control y autoimagen. Se

agregó una categoría adicional que fue abordada en las entrevistas, pero que no se incluye en el análisis documental; la cual corresponde al impacto de lo psicosocial sobre lo cognitivo, lo emocional y lo nutricional.

Para el análisis de los documentos, se dividirá la discusión e interpretación de la categoría de la siguiente manera: primero la subcategoría de los pensamientos racionales; luego se detallarán los pensamientos irracionales junto con los mitos y creencias; posteriormente se discutirá respecto a los pensamientos de autoeficacia y locus de control e imagen corporal y finalmente se analizará el estrés como factor cognitivo; en todos los casos se relacionará con la afectación sobre el estado nutricional

Tabla 3

Pensamientos racionales que pertenecen a los factores cognitivos que afectan el estado nutricional de la mujer gestante

Categoría: factores cognitivos
Pensamientos racionales
<p>Autores: Chang, M. W., Nitzke, S., Buist, D., Cain, D., Horning, S., y Eghtedary, K. Año: 2015 (b) Descripción: Otras comieron más saludablemente para evitar problemas de salud o para lograr los beneficios de una alimentación saludable, p. ej., tener más energía. Una mujer dijo: "Sí, la diabetes gestacional hará que empieces a comer más sano bastante rápido, especialmente después de que te asusten con lo que le puede pasar al bebé después de que nazca". Eso es algo aterrador '. "Una vez que me enteré (embarazada), fue mucho más fácil para mí decir, mira, ya no se trata de mí. Ahora somos yo y el niño. Así que tengo que hacer lo mejor para mí y para mi hijo..."</p>
<p>Autores: Fletcher, G., Teeters, L., Schlundt, D. Bonnet, K., Heerman, W. Año: 2018 Descripción: Siempre que uno tenga el peso que debería, hay un menor riesgo de enfermedad, incluso para uno. Porque estar en sobrepeso conlleva a tener un mayor riesgo de presión arterial alta, colesterol y todo eso. Las decisiones de la dieta se toman para evitar consecuencias negativas.</p>
<p>Autores: Forbes, L. E., Graham, J. E., Berglund, C., & Bell, R. C. Año: 2018 Descripción: Las mujeres embarazadas cambian sus patrones de alimentación con el pensamiento de que su bebé se encuentre bien de salud, y con la preocupación de evitar hacer algún daño con la alimentación. Se busca evitar alimentos que dañan el embarazo,</p>

pero no piensan en lo positivo, en tener dietas nutricionalmente densas para obtener sus beneficios tanto para la madre como para el bebé.

Autores: Most, J., Rebello, C. J., Altazan, A. D., Martin, C. K., St Amant, M., & Redman, L. M

Año: 2019

Descripción: El alimentarse conscientemente, es decir con pensamientos de enfoque, atención y racionales, se asocia a una mejor calidad de dieta y al consumo de alimentos saludables.

Autores: Grenier, L., Atkinson, S., Mottola, M., Wahoush, O., Thabane, L., Xie, F., Vickers, J., Moore, C., Hutton, E. y Murray-Davis, B.

Año: 2019

Descripción: Comprender y valorar los beneficios maternos y neonatales asociados con una nutrición y actividad física óptimas durante el embarazo hizo que algunas mujeres tuvieran más probabilidades de participar en esos comportamientos.

Autores: Halili, L., Liu, R., Weeks, A., Deonandan, R., y Adamo, K.

Año: 2019

Descripción: Las mujeres que estuvieron de acuerdo con que es importante tener cuidado con la ganancia de peso durante el embarazo, tenían el doble de probabilidades de apegarse a las recomendaciones, demostrando conocimiento y consciencia de sí mismas.

Autores: Nagourney, E., Goodman, D., Lam, Y., Hurley, K., Henderson, J., y Surkan, P.

Año: 2019

Descripción: Si piensas en negativo, será negativo, si piensas en positivo, será positivo. Así que mi forma de pensar es pensar siempre en positivo. Entonces, en cuanto a cambiar mi dieta: Tengo una mentalidad muy fuerte en los objetivos. Y sabes que siempre estoy pensando en positivo. Puedo estar teniendo un mal día, pero es como, está bien, está bien, es solo un día diferente al de ayer, al de mañana”.

Autores: Watson, H. L

Año: 2020

Descripción: La motivación a tener una ganancia de peso adecuada proviene de evitar dificultades en la labor de parto.

Autores: Vanstone, M., Sadik, M., Blyderveen, S., Biringer, A., Sword, W., Schmidt, L. Y Mcdonald, S.

Año: 2020

Descripción: la comprensión de la mujer gestante sobre el enlace entre el exceso de peso y sus implicaciones es fundamental.

Autores: Savard, C., Yan, E., Plante, A., Bégin, C., Robitaille, J., Michaud, A., Lemieux, S., Provencher, V., Morisset, A.

Año: 2020

Descripción: Mostramos que las actitudes hacia el aumento de peso estaban asociadas con los comportamientos alimentarios. Las actitudes positivas hacia el aumento de peso

durante el embarazo se asociaron con comportamientos alimentarios más saludables, con niveles más bajos de restricción, una conducta alimentaria más intuitiva
--

Nota: elaboración propia

Respecto a los pensamientos racionales que se identificaron en el análisis documental, se incluyen aquellos relacionados con el bienestar del bebé, los cuidados de salud orientados a obtener beneficios o a evitar padecimientos, las actitudes positivas hacia la ganancia de peso y la consecución realista de metas y la alimentación consciente.

Como parte de las entrevistas a los profesionales también se identificaron pensamientos que reflejan empoderamiento, disfrute, seguridad y motivación en las mujeres que buscaron acompañamiento nutricional, que comprendieron la importancia de un embarazo saludable y que recibieron recomendaciones comprensibles que pudieran ejecutarse. La vinculación positiva al embarazo y vivirlo plenamente, influyen de manera importante en la vivencia del período gestacional.

Cuando las mujeres tienen un aprendizaje significativo respecto a la importancia de sus conductas saludables, no solo por el bebé o por elementos externos, sino por ellas mismas, existen más probabilidades de que las ejecuten.

Según lo definido por Albert Ellis en la terapia Racional Emotivo Conductual, los pensamientos o creencias racionales se caracterizan por ser flexibles y se les considera funcionales o adaptativos porque ayudan a la persona a establecer sus metas y seguir adelante con ellas de manera libre, consiguiendo sus propósitos de vida (Díaz, Ruíz y Villalobos, 2017). Esto lo evidencia Nagourney et al. (2019) en uno de los comentarios de las mujeres gestantes que indicó que su pensamiento positivo, enfocado en los objetivos, da resultados positivos. Ella agregó además está flexibilidad en mantenerse motivada aun cuando tiene malos días, y continuar intentando aún si fallaba.

Halili et al. (2019) explican también esto con su Teoría de Comportamiento planificado, en la que la actitud hacia un comportamiento resulta en cambios conductuales; y esta actitud proviene de los pensamientos. Es decir, los pensamientos son fundamentales para el comportamiento que la mujer gestante decide ejecutar. El fortalecimiento de pensamientos racionales en ellas es fundamental para la ejecución consistente de conductas alimentarias y de estilo de vida saludables, que finalmente repercuten positivamente en el estado nutricional.

Hay que destacar que en algunos casos el ejecutar conductas saludables tales como cuidar la alimentación y controlar el peso, resulta de pensamientos positivos o que buscan beneficios; pero a veces provienen de pensamientos que buscan evitar el resultado negativo (temor a la enfermedad, evitar riesgos para el bebé). En temas de salud, estos dos escenarios son en cierta medida funcionales, pues orientan al individuo a la consecución de una meta: cuidar su salud. Sin embargo, se evidencia una carencia en las mujeres gestantes en su capacidad de identificar y reflexionar en los beneficios de tener un estado nutricional óptimo, tanto para ellas, como para su bebé. Grenier et al. (2019) hacen mención de esto, indicando que las mujeres que sí tenían este pensamiento tenían más probabilidades de participar en comportamientos saludables.

Una de las nutricionistas indicó al respecto:

MU: Bueno, ella, además ha tenido como un disfrute, como una plenitud en su gestación... Y cuando ella viene y pesa 1 kg 300g en 6 semanas, eso está muy bien...entonces yo le digo, no, pero muy bien. Qué bueno, está muy bien con la ganancia de peso. Entonces ella se siente empoderada, o sea, ella siente que lo que ella ha venido aprendiendo lo puede ver ahí, pero más aún que lo que yo no puedo ver. Yo le digo, cómo estaban los ultrasonidos de bebé? Qué dice el ginecólogo y cómo va creciendo bebé? No, que tiene un muy buen peso que tiene una muy buena talla..., que todo se ve muy bien. Yo estoy muy contenta. Entonces eso que ella me dice., yo lo veo como positivo y digo, ese es el camino por el que yo tengo que seguir...

Esto evidencia, que cuando la mujer reflexiona en los beneficios que son bien explicados por el profesional, y lleva a la práctica las conductas saludables, puede con los resultados y la experiencia materna, confirmar que su patrón de comportamiento le hace bien físicamente a ella y a su bebé, y no solo le hace bien, sino que le gusta. Se produce un reforzamiento de la conducta, que es vital para su continuación, a pesar de las dificultades.

Es necesario considerar que la forma en que la mujer gestante piensa respecto a su peso y el valor que tiene mantenerlo en un parámetro saludable, tiene una estrecha relación con la forma en que lo hacía antes de su embarazo. Al respecto, Vanstone et al. (2020) identificó en su estudio cualitativo que las mujeres en su mayoría tuvieron acercamientos del control de peso vagos o desinteresados; la minoría que sí mostró un patrón activo en el control de peso gestacional, ya se comportaba así previamente. Esto también lo resaltó una

de las profesionales entrevistadas:

CS: La mujer, antes de ser embarazada, es mujer, es persona... Y si esa persona no sigue las directivas médicas? Pregúntate si es que las seguía antes. Porque la maternidad es un momento de crisis vital. El embarazo es un momento de crisis... En una crisis sale a relucir todo junto, pero en realidad esto viene de antes. Nos vemos locas, o sea, no. No es que nos da una psicosis cuando estamos embarazadas, somos nosotras... Pero nuestra identidad sigue siendo nuestra identidad. Y lo que traemos lo traemos de antes..., no porque estamos embarazadas, se nos cruzaron los cables. No nos cambia la identidad, no nos cambia la personalidad. La exagera en todo caso, o la plasta, digamos... si la mujer no come verduritas en el embarazo, no quiere comer las cosas sanas que se le dice que coma, pregúntale si las comía antes del embarazo...

De esta manera se puede evidenciar que los pensamientos que las mujeres gestantes presentan son fundamentales para comprender su comportamiento durante el proceso de embarazo, sin embargo, no se puede desligar de su forma de pensar previo al período gestacional, ya sea que estos fueran pensamientos racionales o irracionales. Es decir, aunque se considera este período como una oportunidad o ventana de cambio, no se puede pretender que sea el inicio de un camino o de un estilo de vida. Se trata más bien de la continuación de un camino, que puede modificar, pero que por mucho tiempo ya traía un patrón, un estilo propio. El embarazo se ha considerado como un buen momento para hacer cambios, pero hay que comprender que estos implicarán un esfuerzo adicional, que requerirá de múltiples elementos, dentro de los cuales se incluyen los pensamientos. Esta es una fase que requiere de una reestructuración cognitiva importante, de una reestructuración de los pensamientos irracionales.

Albert Ellis definió los pensamientos, ideas o creencias irracionales como absolutistas o dogmáticos, rígidos, que producen emociones perturbantes o displacenteras y que no ayudan a que el individuo alcance sus metas, además se caracterizan por no responder a principios lógicos, es decir no tienen evidencia; y son automáticos (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2017). En las siguientes tablas, se desglosan los pensamientos irracionales que tienen las mujeres gestantes.

Tabla 4

Factores Cognitivos de las mujeres gestantes que afectan su estado nutricional

Categoría: factores cognitivos
Pensamientos irracionales
<p>Autores: Chang, M. W., Nitzke, S., Buist, D., Cain, D., Horning, S., y Eghtedary, K. Año: 2015b Descripción: "Las mujeres dijeron que no se pesarían con regularidad para controlar el aumento de peso. Ellas piensan que pesarse reduciría su autoestima, las haría sentir más estresadas y exacerbaría su depresión."</p>
<p>Autores: Halili, L., Liu, R., Weeks, A., Deonandan, R., y Adamo, K. Año: 2019 Descripción: Las mujeres que pensaron mucho en la ganancia de peso gestacional y mostraron mucha preocupación al respecto no lograron cumplir las recomendaciones de ganancia de peso de la IOM en 52% menos que aquellas que no se preocuparon por esto, es decir tienen menos probabilidades de cumplir con las recomendaciones saludables.</p>
<p>Autores: Lindsay, A., Tavares, M., Wallington, S., Greaney, M. Año: 2019 Descripción: Mi peso y la ganancia de peso, es algo en lo que pienso todos los días, muchas veces. Piensas en eso cuando te vistes, cuando te miras al espejo, cuando la gente te está mirando. Es algo de lo que no te puedes escapar, y es aún mayor cuando estás embarazada. Todo se trata del peso. El aumento de peso está siempre en mi mente.</p>
<p>Autores: Vanstone, M., Sadik, M., Blyderveen, S., Biringer, A., Sword, W., Schmidt, L. Y McDonald, S. Año: 2020 Descripción: Respecto a la ganancia de peso algunas prefieren evitar pensar en eso para no molestarse, y piensan que se preocuparán por eso después del embarazo. Algunas lo ven como algo desmotivante y dejaron de controlar su peso y la ingesta alimentaria porque se sintieron desmotivadas y fuera de control. <i>Estar embarazada es una experiencia traumática para tu cuerpo, psicológicamente, y creo que solo hay algunas cosas en las que se puede encontrar placer para este tipo de experiencia traumática.</i></p>
<p>Autores: Blau, L., Lipsky, L., Dempster, K., Colman, M., Siega-Riz, A., Faith, M., y Nansel, T. Año: 2020 Descripción: Algunas mujeres percibieron los antojos como un reflejo de la necesidad de los nutrientes específicos presentes en los alimentos, mientras que otras indicaron la necesidad de aceptar los antojos como parte del embarazo para reducir los sentimientos de angustia. Algunas mujeres describieron los antojos como consecuencia de la nostalgia o de recuerdos agradables.</p>

Pensamientos irracionales: Mitos y creencias
<p>Autores: Nikolopoulos, H., Mayan, M., MacIsaac, J., Miller, T., & Bell, R. C. Año: 2017 Descripción: Algunas mujeres señalaron que “dejaron de ser tan estrictas” con su dieta y de vez en cuando comían comida rápida porque “ahora es el momento de ceder a los antojos”.</p>
<p>Autores: Fletcher, G., Teeters, L., Schlundt, D. Bonnet, K., Heerman, W. Año: 2018 Descripción: Las mujeres justifican su comportamiento alimentario según la creencia de ciertos mitos: Algunos antojos son peligrosos, porque ha pasado que cuando algunas mujeres no comen algo que ven, y lo desean. Y si no te lo comes o lo compras, muchas mujeres pierden a su bebé.</p>
<p>Autores: Grenier, L., Atkinson, S., Mottola, M., Wahoush, O., Thabane, L., Xie, F., Vickers, J., Moore, C., Hutton, E. y Murray-Davis, B. Año: 2019 Descripción: Las mujeres gestantes indicaron que las creencias de ellas mismas y de las personas cercanas a ellas dictan su participación en conductas saludables. Las mujeres a menudo miran el embarazo como un tiempo para consentirse, relajarse y recibir motivación de sus amigos y familiares a comer comida no saludable y evitar el ejercicio.</p>
<p>Autores: Lindsay, A., Tavares, M., Wallington, S., Greaney, M. Año: 2019 Descripción: La gente cree que los antojos de una mujer embarazada tienen que satisfacerse, sino le pueden pasar un montón de cosas a ella o a su bebé. Las participantes creen que todo el peso extra que suban durante el embarazo lo van a perder de la misma forma que ocurrió con sus amigas y familiares.</p>
<p>Autores: McDonald, S.Yu, Z., van Blyderveen, S, Schmidt, L, Sword, W. Vanstone, M., Biringer, A., McDonald, H., Beyene, J. Año: 2020 Descripción: Los pensamientos de las mujeres de que los familiares/amigos creen que las mujeres embarazadas deben comer el doble de lo que antes del embarazo predijeron un aumento excesivo. Las mujeres que no estaban de acuerdo con esta afirmación también tenían un mayor riesgo de ganancia excesiva, posiblemente porque creían que las mujeres deberían comer más del doble.</p>

Nota: elaboración propia

En la tabla anterior se pueden evidenciar características propias de la irracionalidad de los pensamientos, tales como la falta de lógica y de evidencia (Díaz, Fernández y Villalobos, 2020). Se puede observar este patrón en mitos como el siguiente: “Algunos antojos son peligrosos, porque ha pasado que cuando algunas mujeres no comen algo que ven, y lo desean. Y si no te lo comes o lo compras, muchas mujeres pierden a su bebé”

(Fletcher et al., 2018, p. 5). Esta es la creencia de una mujer que ha escuchado de su entorno social que sus antojos deben de complacerse, porque si no, se tendrán consecuencias tan lamentables como la muerte; es decir, que no se tiene el control absoluto sobre la alimentación saludable, ya que los antojos superan el control propio de la madre, aunque se trate de alimentos que no hagan bien a su salud ni a la de su bebé. Sin embargo, esta mujer ha percibido este mito como información valiosa que debe considerar para su embarazo.

De igual manera, el pensamiento anterior, tiene un enorme impacto sobre sus emociones y conductas, sin que ella misma sea consciente del peso que representa. Esto es justamente lo que caracteriza a las ideas irracionales, lo que Díaz, Fernández y Villalobos (2020) explican respecto a las creencias automáticas, es decir, que el propio individuo no logra identificar el efecto que sus pensamientos están teniendo sobre sus emociones y su conductas.

Mantener pensamientos como este: “...Todo se trata del peso. El aumento de peso está siempre en mi mente” (Lindsay et al. 2019) resaltan por su rigidez y dogmatismo y en última instancia, es claro que no es funcional para que la persona siga metas de estilo de vida saludable. La recurrencia de los pensamientos relacionados con el peso corporal puede estar ligada a la creencia central que Ellis definió: necesito el amor y aprobación de todas las personas importantes de mi entorno (Díaz, Fernández y Villalobos, 2020). Esto debido a que el peso corporal en muchas ocasiones puede ser un medio para la obtención de reconocimiento y atención de parte los demás.

La creencia anterior tendrá variaciones según las características de su entorno social, ya que si se rodea de personas que piensan en que debe comer el doble, subir de peso, satisfacer los antojos y vivir placenteramente el embarazo, posiblemente existirá el pensamiento de que recibiré aprobación y amor de los demás si subo de peso, como mucho en el embarazo, y me dejo llevar por los antojos. McDonald et al. (2020) describieron una categoría de mujeres que se caracterizaban por ser agradables, simpáticas y que otorgaron valor al llevarse bien con los demás; identificaron que este grupo estaba en riesgo de ganancia de peso excesiva. Esto debe analizarse, no porque el entorno condicione la respuesta de la mujer, sino que la mujer piensa sobre su entorno de cierta manera que la conduce a actuar de acuerdo o en contra de su entorno.

Siguiendo esta línea, si la mujer que se rodea por estas personas que aprueban que debe comer el doble y satisfacerse libremente con la comida; piensa que esto no es correcto, y que no lo quiere para ella, entonces sus emociones y conductas serán distintas al escenario de la mujer anterior. Hay un cambio en su manera de pensar, que es clave en todo el proceso que le sigue.

Planteando el entorno social opuesto, si el exceso de peso se mira negativamente en su entorno, ella puede tener pensamientos relacionados a que los demás la miran, y al mirar su cuerpo la desaprueban. Esta necesidad de aprobación será abordada con mayor profundidad al discutir acerca de los pensamientos irracionales asociados a la imagen corporal.

Ellis (1962) citó dentro de las creencias irracionales el pensamiento de “realmente es terrible, horrible y catastrófico que las cosas no salgan o no sean como yo deseo” (como se cita en Díaz, Fernández y Villalobos, 2020). Al respecto, se identificaron pensamientos en algunas mujeres, que consideraron el embarazo como una experiencia traumática; tuvieron pensamientos catastróficos porque no tuvieron un proceso gestacional cómo lo esperaban o deseaban. Resalta el pensamiento de esta mujer que cita Vanstone et al. (2020):

Estar embarazada es una experiencia traumática para tu cuerpo, psicológicamente, y creo que solo hay algunas cosas en las que se puede encontrar placer para este tipo de experiencia traumática (p. 7).

Muchas mujeres han tenido patrones de pensamiento como este, que reflejan el catastrofismo como forma de pensamiento. Un tipo de inferencia en la que se piensa de manera negativa respecto a todo. Está muy relacionado con las exigencias o deberías; en este caso de pensar que el embarazo debería ser una experiencia gratificante y placentera siempre y en todo. Esto es importante considerarlo, porque desencadena una importante carga de emociones como frustración, enojo, miedo y otras más, que finalmente conducen a comportamientos alimentarios que no ayudan a cuidar y mejorar el estado nutricional de la mujer gestante.

La séptima creencia que Ellis (1962) citó dentro de las creencias irracionales es: “es mucho más fácil evitar que afrontar las dificultades y responsabilidades que se presentan en la vida” (como se cita en Díaz, Fernández y Villalobos, 2020). Este pensamiento se puede evidenciar en las mujeres que preferían no pensar en la ganancia de peso para no incomodarse

o molestarse. Ellas pensaron que esto reduciría su autoestima, las haría sentir más estresadas y exacerbaría su depresión; prefirieron evadir la responsabilidad de hacerse cargo de su alimentación y de su peso en el momento presente, postergándolo para un futuro, sin considerar posibles complicaciones o consecuencias adversas que pueden incluso ocurrir antes de culminar el período gestacional.

"es algo en lo que no me enfoco, especialmente embarazada, porque creo que si lo pienso mucho, siento que podría molestarme". "Cuanto más te pones antes de tener el bebé, más te tienes que quitar después... es temporal, lo arreglo luego, lo hago luego, lo limpiaré después". "Me preocuparé por eso después, cuando tenga que perder peso" (Vanstone et al, 2020, p. 7).

En este pensamiento también se puede identificar la falta de lógica y evidencia, ya que no se cuenta con pruebas suficientes que aseguren que en el futuro las cosas van a pasar de tal forma que pueda bajar todo el peso que subió. Se le resta importancia a lo que la mujer puede hacer por ella misma en el presente, y a las consecuencias positivas que resultan de ser responsable en el hoy. Se deja la responsabilidad para el futuro, para evitar el costo o sufrimiento presente, pero se omite la realidad de las enormes bondades de pensar y actuar diferente hoy, en conductas como la alimentación o el ejercicio; de las cuales se ha comprobado de manera muy extensa sus beneficios físicos, hormonales, emocionales, mentales, sociales; y mayor aún durante la gestación.

Ellis (1962) también incluyó dentro de las creencias irracionales lo siguiente: Para considerar que soy valioso debo ser absolutamente competente y tengo que ser capaz de conseguir todo lo que me propongo (como se cita Díaz, Fernández y Villalobos, 2020). Esta creencia corresponde con lo que en numerosos artículos se identificó como autoeficacia y control, y que se desglosan en la siguiente tabla.

Tabla 5

Autoeficacia y autocontrol como factores Cognitivos de las mujeres gestantes que afectan su estado nutricional

Autoeficacia
Autores: McDonald, S., Park, C., Timm, V., Schmidt, L., Neupane, B., y Beyene, J. Año: 2013

<p>Descripción: Tener una alta autoeficacia hacia el alcance de un peso saludable, fue un factor protector contra las ganancias de peso inadecuadas.</p>
<p>Autores: Thomas, M., Vieten, C., Adler, N., Ammondson, I., Coleman-Phox, K., Epel, E., y Laraia, B. Año: 2014 Descripción: Las mujeres a menudo expresaron incertidumbre sobre el aumento de peso apropiado para el embarazo y una sensación de derrota sobre su capacidad para aumentar en consecuencia.</p>
<p>Autores: Chang, M. W., Nitzke, S., Buist, D., Cain, D., Horning, S., y Eghtedary, K. Año: 2015b Descripción: Algunas dijeron que si supieran que pesaban más de lo que pensaban, comenzarían a comer más alimentos poco saludables porque demostraron que sus esfuerzos por controlar el peso eran inútiles. Si no ves el progreso, esto podría empeorar las cosas. Podrías decir olvídalos y simplemente siéntate y comete todo.</p>
<p>Autores: Savage, L. Año: 2017 Descripción: Curiosamente, una planificación de una ganancia de peso gestacional más alta y una mayor autoeficacia nutricional aumentaron las probabilidades de una ganancia de peso excesiva. Una mayor atención plena aumentó el IMC.</p>
<p>Autores: Pauley, A., Hohman, E., Savage, J., Rivera, D., Guo, P., Leonard, K., y Downs, D. Fecha: 2018 Descripción: Un impacto positivo en la capacidad percibida y la autorregulación de las mujeres para el ejercicio y la alimentación saludable, puede tener un impacto positivo en estos comportamientos para ayudar a regular mejor la GPG.</p>
<p>Autores: Grenier, L., Atkinson, S., Mottola, M., Wahoush, O., Thabane, L., Xie, F., Vickers, J., Moore, C., Hutton, E. y Murray-Davis, B. Año: 2019 Descripción: Las participantes tuvieron dificultades para operacionalizar las guías nutricionales, y llevarlas a mejoras concretas en su salud y en su embarazo. Tenían conocimiento nutricional, pero carecían de comprensión de las recomendaciones específicas y las herramientas o habilidades necesarias para ponerlas en prácticas, eso las hacía sentir abrumadas y confundidas.</p>
<p>Autores: Halili, L., Liu, R., Weeks, A., Deonandan, R., y Adamo, K. Año: 2019 Descripción: Encontramos que una alta autoeficacia y tener locus de control interno, se asocian con una mayor probabilidad de apegarse a las guías en cuanto a la ganancia de peso. Mientras que la baja autoeficacia y el locus de control externo se asocian con un menor apego a las recomendaciones de ganancia de peso.</p>

<p>Autores: Nagourney, E., Goodman, D., Lam, Y., Hurley, K., Henderson, J., y Surkan, P. Año: 2019 Descripción: A pesar de conocer la importancia de los comportamientos de estilo de vida saludables durante el embarazo, la falta de agencia personal y la baja autoeficacia, dificultan la ejecución de estos comportamientos.</p>
<p>Autores: McDonald, S.Yu, Z., van Blyderveen, S, Schmidt⁵, L, Sword⁶, W. Vanstone, M., Biringer, A., McDonald, H., Beyene, J. Año: 2020 Descripción: Las mujeres con baja autoeficacia sobre el aumento de peso durante el embarazo tenían un riesgo sustancialmente mayor de aumentar por encima de las pautas.</p>
<p>Autores: Watson, H. L Año: 2020 Descripción: La competencia percibida y la autonomía impactan sobre la actitud hacia el peso, la motivación hacia la alimentación saludable y el ejercicio.</p>
<p>Autores: Vanstone, M., Sadik, M., Blyderveen, S., Biringer, A., Sword, W., Schmidt, L. Y McDonald, S. Año: 2020 Descripción: La percepción de autoeficacia que tienen las mujeres antes del embarazo continúa siendo la misma en el embarazo, al igual que sus prácticas pre-gestacionales, solo algunas las cambian.</p>
<p>Locus de control (interno y externo)</p>
<p>Autores: Whitaker, K., Wilcox, S., Liu, J., Blair, S., Pate, R. Año: 2015 Descripción: Algunas mujeres embarazadas referían sentirse incapaces de controlar su ganancia de peso. Aunque se interesen por la ganancia de peso gestacional y se crea en la importancia de prácticas saludables, las mujeres no las llevan a la práctica por las barreras que se les presentan. La percepción de control conductual tenía la correlación más fuerte de apego a las recomendaciones nutricionales y de actividad física.</p>
<p>Autores: Chang, M. W., Nitzke, S., Buist, D., Cain, D., Horning, S., y Eghtedary, K. Año: 2015b Descripción: No sienten la necesidad de controlar el peso porque continuarían aumentando de peso a lo largo del curso normal del embarazo. Muchas mujeres sintieron que no podían controlar el aumento de peso durante el embarazo porque estaba asociado con la genética o el metabolismo.</p>
<p>Autores: Fletcher, G., Teeters, L., Schlundt, D. Bonnet, K., Heerman, W. Año: 2018 Descripción: Mujeres embarazadas indican que comerían saludablemente si tuvieran ayuda de otros, como sus madres o parejas. Si están solas no pueden, no tienen tiempo para cocinar. Además, explican que ellas no son las culpables de engordar o bajar de peso, “su hija dentro de mí, ella es la que está haciendo que mi cuerpo cambie”.</p>

<p>Autores: Fletcher, G., Teeters, L., Schlundt, D. Bonnet, K., Heerman, W. Año: 2018 Descripción: Mujeres embarazadas indican una incapacidad para comer, o controlar lo que comen por condiciones de su embarazo: “su estómago no las deja”, “el embarazo te mata el apetito”, “no creo poder controlarlo”.</p>
<p>Autores: Nagourney, E., Goodman, D., Lam, Y., Hurley, K., Henderson, J., y Surkan, P. Año: 2019 Descripción: A pesar del conocimiento de la importancia de los patrones de alimentación saludable durante el embarazo, los participantes describieron que los antojos estaban fuera de su control, y particularmente para comida no saludable. Una mujer describió la experiencia del aumento de peso durante el embarazo como algo que escapaba a su control y era "abrumador", especialmente porque era una reversión del progreso que había logrado anteriormente en la pérdida de peso. Indicó sentirse como si careciera de la capacidad para mejorar su salud y esto era una barrera importante para la pérdida de peso.</p>
<p>Autores: Halili, L., Liu, R., Weeks, A., Deonandan, R., y Adamo, K. Año: 2019 Descripción: Las mujeres que presentaron un locus de control interno tenían el doble de probabilidades de apegarse a las recomendaciones de la IOM; en contraste con aquellas que tuvieron un locus de control externo y percibían que su ganancia de peso estaba fuera del control de la madre, fueron un 42% menos propensas a apegarse a las recomendaciones.</p>
<p>Autores: McDonald, S. Yu, Z., van Blyderveen, S, Schmidt5, L, Sword6, W. Vanstone, M., Biringe, A., McDonald, H., Beyene, J. Año: 2020 Descripción: Identificamos que las mujeres “agradables” (que son simpáticas y cálidas, y valoran llevarse bien con los demás) estaban en riesgo de ganancias excesivas mientras que las mujeres “conscientes” (que muestran una preferencia por conductas planificadas, autodisciplinadas y confiables) estaban protegidas.</p>
<p>Autores: Vanstone, M., Sadik, M., Blyderveen, S., Biringe, A., Sword, W., Schmidt, L. Y Mcdonald, S. Año: 2020 Descripción: El sentimiento de malestar psicológico o físico supera la toma de decisiones racionales, siendo esto muy común entre las embarazadas, aun las que tenían conocimiento sobre salud y nutrición. "Los factores psicológicos del estar embarazada superan el poder de la voluntad y la educación que tengo en nutrición."</p>

Nota: elaboración propia

Se identificó una gran cantidad de pensamientos relacionados con la autoeficacia, o el pensamiento que tienen las mujeres respecto a su capacidad para efectuar lo que les corresponde en su rol materno. Esto incluye su capacidad para tener un estilo de vida

saludable en general, reflejado en una alimentación saludable y un control de ganancia de peso gestacional adecuado.

La forma en la que las mujeres piensan acerca de ellas mismas en términos de capacidad, tiene un fuerte impacto en su actuar. Watson (2020) logró identificar que el peso de una persona no condiciona la motivación para hacer ejercicio y alimentarse saludablemente, sino que el impacto proviene de su autonomía y competencia percibida. Entre más positiva es la competencia percibida, más positiva la actitud hacia la ganancia de peso gestacional y más motivación interna hacia las conductas saludables.

Varios estudios coinciden en que entre más alta es la autoeficacia de la mujer gestante, mejor será su actitud ante la ganancia de peso. La autoeficacia, que también se entiende como autonomía, competencia o capacidad percibida o autorregulación; constituye un factor protector, produce más motivación hacia la ejecución de conductas saludables, condiciona a tener mayor probabilidad de apegarse a las guías nutricionales y médicas. Por el contrario la baja autoeficacia se relaciona con riesgos considerablemente mayores de aumentar más peso de lo recomendado (Watson, 2020; Vanstone et al., 2020; Pauley et al., 2018; McDonald et al., 2020; McDonald et al., 2013; Halili et al., 2019; Nagourney et al., 2019).

La conducta final responde a un pensamiento inicial de la persona respecto a cómo cree que puede ejecutar dicha conducta. Al analizarlo según la creencia propuesta por Ellis de que para considerar que soy valioso debo ser absolutamente competente y tengo que ser capaz de conseguir todo lo que me propongo; hay que considerar no solo las herramientas que tiene la persona para ejecutar sus conductas sino sus propias demandas. Debo ser absolutamente competente, conlleva una exigencia de que debo hacerlo bien, perfecto, sino no soy valioso. Esto también coincide con lo que Beck definió como maniqueísmo o error de pensamiento del todo o nada (como se cita en Caballero y Gálvez, 2019). Hacer la dieta por completo bien o sino no hago nada, tener el control del peso bien o no hago nada. Chang et al. (2015)^b identificaron que “algunas mujeres gestantes dijeron que si supieran que pesaban más de lo que pensaban, comenzarían a comer más alimentos poco saludables porque demostraron que sus esfuerzos por controlar el peso eran inútiles. Si no ves el progreso, esto podría empeorar las cosas. Podrías decir olvídale y simplemente siéntate y comete todo.” (p.1067).

GV también indicó: *Creo que puede ser un pensamiento como muy o lo hago perfecto o no lo hago. O sea, que lo estoy comiendo todo perfecto y si ya no pude hacerlo bien, entonces dejo de comer bien, como todo lo que haya... Tengo que hacerlo muy bien también, Tengo que ser la madre perfecta. Yo he visto eso, mucho eso también: tengo que ser la madre perfecta, la madre que hace ejercicio, la madre que hace yoga, la que se alimenta bien, la que no come mal.*

Estos pensamientos muestran que las mujeres llevan a cabo prácticas saludables no solo con una expectativa alta de perfección en su ejecución, sino también en los resultados. Tienen el pensamiento de que los resultados respecto al peso son los que miden su capacidad de ejecución de patrones de comportamiento alimentario; con la rigidez de que el número en la balanza es suficiente para desestimar cualquier conducta saludable. Hay que tomar en cuenta que, aunque el peso del individuo refleja en gran parte su estilo de vida, su consumo alimenticio, su ejercicio, su salud a nivel bioquímico y demás; no debe ser la única medida de avance en el proceso de cambio de una persona. Es el resultado de acciones que se han tomado de manera consistente durante mucho tiempo, y que resultan de los pensamientos que esta persona tuvo al respecto.

Los pensamientos respecto a la autoeficacia son tan importantes, que sobrepasan incluso el conocimiento teórico de una persona. Al respecto Savage, (2017) identificó que una mayor autoeficacia nutricional aumenta las probabilidades de una ganancia de peso excesiva; esto se puede relacionar también con lo que Vanstone et al., (2020) encontró: "Los factores psicológicos del estar embarazada superan el poder de la voluntad y la educación que tengo en nutrición" (p. 7). Es posible que la capacidad o conocimiento que se tiene para ejecutar conductas nutritivas, puedan superarse por otros elementos que relucen en el embarazo y que producen en la mujer una baja autoeficacia en términos de llevar a la práctica lo que ella sabe respecto a la alimentación. Se trata de una etapa de tantos cambios, que es vital considerar que, enfrentarse a lo desconocido puede representar una dificultad para comportarse de la manera anterior, cuando no existían esos desafíos que son propios del embarazo.

En efecto, la autoeficacia resalta que el conocimiento respecto a nutrición, y la reflexión de su importancia durante el período gestacional, no son suficientes para llevar a cabo estas conductas. Es necesario considerar lo que Grenier et al. (2019) indicaron respecto

a la dificultad de las mujeres gestantes en llevar las guías nutricionales a lo concreto, a operacionalizarlas en su día a día, ya que no comprendían la especificidad de las recomendaciones, ni creían tener las habilidades para ejecutarlas.

Es necesario acompañar a las mujeres no solo en brindar la información nutricional importante, sino en cómo ejecutar esto en su cotidianidad, para evitar que se sientan abrumadas o confundidas. Es una etapa de muchos cambios, en la que se recibe mucha información y recomendaciones de diversas fuentes, por lo que se vuelve aún más trascendental simplificar las tareas, de tal forma que tengan en su mente pensamientos de alta autoeficacia.

Los pensamientos que tienen las mujeres sobre su capacidad para ejecutar las recomendaciones de salud están muy relacionados también, con el locus control. Se puede ver que la autoeficacia está influida por la forma en que piensan las mujeres respecto al control, ya sea interno (de ellas mismas) o externo (las personas o circunstancias del entorno). Cuando existe un locus de control interno y una alta autoeficacia, hay una relación positiva de apego a las recomendaciones en cuanto a ganancia de peso gestacional y conductas saludables. Al respecto Halili et al., (2019) amplían que:

tener un locus de control interno en el que las mujeres acordaron que podrían controlar la cantidad de peso que ganan, que si son saludables y se ejercitaban podrían controlar su peso, y que no creen que hay barreras para ganar una cantidad de peso saludable, tenían el doble de probabilidades de apegarse a las recomendaciones de la IOM; en contraste con aquellas que tuvieron un locus de control externo y percibían que su ganancia de peso estaba fuera del control de la madre, fueron un 42% menos propensas a apegarse a las recomendaciones (p. 7).

Esto muestra que cuando los pensamientos sobre su propia capacidad de ejecución y control son positivos, existe mayor probabilidad de conductas saludables. En otras palabras, cuando la cognición de la mujer la afirma en la ejecución de prácticas saludables, hay una mayor tendencia a que actúe en consecuencia. Entonces, el fortalecimiento de sus pensamientos respecto a ella misma, sus habilidades y el control sobre sus pensamientos y conductas es fundamental para obtener buenos resultados, que repercutan en el estado nutricional.

A pesar de esto, se evidenció en varias investigaciones que el locus de control externo estaba muy presente en muchas de las mujeres gestantes. Los estudios coinciden en que ellas otorgan el control de su estado nutricional a elementos ajenos a ellas mismas; consideran que los causantes o quienes ejercen control son sus seres queridos, las condiciones del embarazo, los antojos y el malestar físico o psicológico que este pueda causar, la genética o metabolismo, inclusive culpan al bebé que crece en su vientre (Fletcher et al., 2018; Chang et al., 2015b; Vanstone et al., 2020; Nagourney et. al, 2019).

Aunque es cierto que existe una influencia hormonal importante sobre su embarazo, no es adecuado quitar de la madre su responsabilidad y su capacidad de actuación sobre ella misma. Esto sería fortalecer un pensamiento irracional que Ellis mencionó: Los seres humanos no podemos hacer nada o casi nada para evitar o controlar las desgracias y los sufrimientos que padecemos porque son producidos por causas externas sobre las que tenemos muy escasa influencia (Díaz, Fernández, y Villalobos, 2017). En este caso, el locus de control externo en parte reafirma esta idea de que no importan las decisiones y acciones de la madre en términos de alimentación y otras conductas saludables, ya que su embarazo y estado de salud depende de agentes externos, y si ocurre algo malo en este período, será por estas causas externas, sobre las cuales no tiene influencia.

Parte importante del rol del profesional en psicología es mostrarle a la mujer que, aunque muchos factores externos influyen sobre su vida, ella también tiene una cuota importante de actuación que impacta en su experiencia materna y que es de mucho valor. Es necesario llevarla a pensar, no de manera rígida a que debe hacerlo todo perfecto y a controlarlo todo, sino a hacerse responsable de hacerlo lo mejor que puede, dentro de sus posibilidades, comprendiendo que en el camino algunas cosas se podrán salir de sus manos.

Es vital considerar también la forma en que las mujeres gestantes piensan acerca de sí mismas respecto a la imagen corporal. En la siguiente tabla se desglosan los hallazgos más relevantes.

Tabla 6

Autoimagen y autoconcepto como factores Cognitivos de las mujeres gestantes que afectan su estado nutricional

Factores cognitivos
Autoimagen
<p>Autores: Barrantes, G., Pouchi, C., Sancho, A., Schmidt, M. y Sheik, A. Año: 2013 Descripción: Un mayor número de mujeres mostró preocupación ante una ganancia de peso excesiva con relación a una insuficiente, así como más angustia por el impacto en la salud del infante que en la propia. Algunas mencionaron como la ganancia de peso hace que el cuerpo pierda su forma y por ende las hace sentir extrañas. Para otras que estaban a dieta para cuidar su figura antes de quedar embarazadas, los cambios en el peso suponen una interrupción de esta rutina que seguían. Sin embargo, algunas mujeres externaron que a pesar de que los cambios en el peso corporal las afligen, el hecho de saber que tendrán un bebé compensa los sentimientos negativos experimentados.</p>
<p>Autores: Whitaker, K., Wilcox, S., Liu, J., Blair, S., Pate, R. Año: 2015 Descripción: Respecto a la ganancia de peso gestacional, las mujeres embarazadas indican que produce un impacto psicológico negativo, y que les ocasionaba luchas con su imagen corporal, reducía su autoestima.</p>
<p>Autores: Nikolopoulos, H., Mayan, M., MacIsaac, J., Miller, T., & Bell, R. C. Año: 2017 Descripción: Respecto a la ganancia de peso, algunas mujeres dijeron “que odiaban la forma en que se veían” y que luchaban con los cambios del cuerpo como la pérdida de tono muscular. Algunas se resignaron a que era inevitable subir de peso en el embarazo y que luego se enfocarían en perderlo. Cuando tenían insatisfacción con la cantidad de peso ganado y aumentaron más de lo recomendado sintieron frustración y su capacidad percibida se afectó, sintiéndose fuera de control.</p>
<p>Autores: Meireles, J., Neves, C., Carvalho, P., y Ferreira, M. Año: 2017 Descripción: La manera en la que la mujer embarazada maneja su propio valor, su estado emocional y su adecuación en términos de peso corporal influyen en la forma en que ella se relaciona con su propio cuerpo, tener una baja autoestima influye en la actitud negativa hacia el cuerpo, y a su vez tener actitudes negativas hacia la comida son el mejor predictor de imagen corporal negativa.</p>
<p>Autores: Fletcher, G., Teeters, L., Schlundt, D. Bonnet, K., Heerman, W. Año: 2018 Descripción: Las participantes reportan que la imagen corporal es una barrera para alimentarse saludablemente. Indican que tienen “traumas mentales” cuando la ropa ya no</p>

les queda más, y que se sienten rechazadas cuando su cuerpo cambia y no es del agrado de sus parejas.

Autores: Lindsay, A., Tavares, M., Wallington, S., Greaney, M.

Año: 2019

Descripción: Las mujeres miran su cuerpo cambiando, “me siento tan diferente, tan grande” y pasan de estar muy preocupadas, a pensar que no pueden hacer nada al respecto. Algunas pasan a aceptar que la ganancia de peso es parte de estar embarazada. Aquellas que tenían peso saludable previo al embarazo se preocupan mucho más que las que no, “yo era muy delgada, por eso siento que he subido muchísimo peso, espero que todo sea del bebé”

Autores: Márquez, A.

Año: 2019

Descripción: La actitud hacia la imagen corporal se predice con la variable IMC pregestacional. Entre mayor es el IMC pre gestacional, la embarazada presenta más actitudes negativas hacia el peso. Cuando las mujeres hacen una clasificación errónea sobre su peso, presentan una actitud negativa de la imagen corporal, Se encontró que el IMC pre gestacional, el conocimiento sobre los problemas de salud que la obesidad provoca al hijo y la actitud hacia la imagen corporal predijeron la GP, el conocimiento sobre GPG y la insatisfacción corporal parecen tener una relación directa con el aumento excesivo de peso durante la gestación.

Autores: Medina, D., Estrada, M., Hurtado, M., Sánchez, C., y León, M.

Año: 2019

Descripción: Existe alta relación significativa entre las variables autoestima y estado nutricional con un $P = 0.01$. De acuerdo al análisis estadístico Chi Cuadrado se encontró que existe relación significativa entre los factores psicológicos y la autoestima con el estado nutricional de la gestante.

Autores: Savard, C., Yan, E., Plante, A., Bégin, C., Robitaille, J., Michaud, A., Lemieux, S., Provencher, V., Morisset, A.

Año: 2020

Descripción: Nuestros resultados sugieren que la asociación entre las actitudes hacia el aumento de peso y el IMC antes del embarazo no es lineal, ya que las mujeres con sobrepeso tenían puntajes PWGAS más altos que las mujeres con obesidad y peso normal. Dado que las mujeres con peso normal deben aumentar más de peso, su cuerpo puede cambiar más drásticamente. Por lo tanto, sus actitudes hacia el aumento de peso al final del embarazo pueden ser más negativas que antes del embarazo, dada la medida en que cambia su cuerpo.

Autores: Feng, Y., Yu, Z., van Blyderveen, S., Schmidt, L., Sword, W., Vanstone, M., Biringer, A., McDonald, H., Beyene, J. y McDonald, S.

Año: 2021

Descripción: El preferir una imagen corporal con sobrepeso es un factor que protege a las ganancias de peso inferiores a lo recomendado. Pero tener la intención o planificación

de subir de peso más que lo recomendado, se asoció al exceso de peso gestacional.

Nota: elaboración propia.

La autoimagen o la imagen corporal es uno de los factores cognitivos más presentes a lo largo de las investigaciones. Diversos autores coinciden en que la imagen corporal afecta las conductas de alimentación y control de peso gestacional (Márquez, 2019; Nikolopoulos et al., 2017; Meireles et al., 2017). Lo que la mujer piensa respecto a cómo se mira y cómo la miran los demás se encuentra en relación con su Índice de Masa Corporal. En este sentido es necesario analizar lo cognitivo con lo físico de manera muy estrecha. Márquez (2019) fue uno de los autores que logró evidenciar esta interrelación, definiendo que la actitud hacia la imagen corporal predice la ganancia de peso.

Aunque Márquez (2019) y Savard et al. (2020) coinciden en esta relación entre IMC y la autoimagen, sus resultados son contradictorios, ya que mientras el primero identificó que a mayor IMC pregestacional mayores actitudes negativas hacia el peso; los segundos muestran que la categoría de IMC normal presentaba actitudes hacia su peso más negativas. Al respecto analizaron que esta diferencia podría justificarse en que la mujer con IMC normal sufre un mayor aumento de peso que ocasiona que su cuerpo cambie más drásticamente (Savard et al., 2020). Sin embargo, es vital considerar los múltiples factores que influyen sobre la imagen corporal, y que pueden haber muchos otros tipos de pensamientos o creencias centrales asociadas.

Es necesario resaltar que existe un ciclo continuo entre los pensamientos respecto a la imagen corporal y el número en la balanza. Esto quiere decir que la mujer ejerce una valoración respecto a su peso y a su figura, ya sea que le agrada o la desapruere. Estos pensamientos, según sean de rechazo o aprobación, tienen el potencial de condicionar el ejercicio de conductas saludables; y en última instancia, el resultado físico de ejercer o no estas conductas saludables refuerza el pensamiento original referente a la autoimagen. Esto puede ver claramente en el siguiente texto citado por Nikolopoulos et al., (2017):

Respecto a la ganancia de peso, algunas mujeres dijeron “que odiaban la forma en que se veían” y que luchaban con los cambios del cuerpo, tales como la pérdida de tono muscular... Algunas se resignaron a que era inevitable subir de peso en el embarazo y que luego se enfocarían en perderlo. Cuando tenían insatisfacción con la

cantidad de peso ganado y aumentaron más de lo recomendado sintieron frustración y su capacidad percibida se afectó, sintiéndose fuera de control (p. 4).

Este ciclo se puede analizar considerando las creencias que las mujeres tienen de la imagen en relación con su desempeño frente a ellas mismas, lo cual lleva a reforzar la autoeficacia, discutida en los segmentos anteriores.

La insatisfacción que una mujer puede sentir hacia su cuerpo, está muy relacionada con la capacidad que ella considera que tiene para sostener o cambiar esa imagen. En este sentido, cuando la mujer piensa que tiene una baja capacidad para mejorar su peso corporal tendrá una serie de pensamientos negativos que rodean a esta creencia y que ocasionan en última instancia que su conducta se caracterice por patrones no saludables.

Esto se puede comprender también a través de la exigencia del debería: debo ser absolutamente competente en lo que respecta a la imagen corporal. Cuando no consigue el tipo de imagen que ella desea, tendrá pensamientos como estos: es terrible y catastrófico que no salgan las cosas como quiero. En este escenario se detona una cadena de pensamientos como: las causas externas determinan los sufrimientos que tengo relacionados con la imagen corporal. También podría pensar que ya que en el pasado su historia se marcó por problemas con su imagen corporal, esto determinará la conducta presente y futura de manera definitiva.

Otra de las creencias que interviene en la autoimagen es la necesidad de aprobación y amor de los seres queridos. En esta línea hay que considerar la imagen corporal en función a como los otros miran y aprueban a la mujer gestante. Según Fletcher et al. (2018) mujeres indicaron que tienen “traumas mentales” cuando la ropa ya no les queda más, y que se sienten rechazadas cuando su cuerpo cambia y no es del agrado de sus parejas.

La pareja constituye un factor externo fundamental en el proceso que la mujer vive respecto a su imagen corporal. Tiene el potencial de que ella sienta aceptación o rechazo, influyendo ambas opciones, en la forma en que ella se mira a sí misma. Al respecto los profesionales indicaron:

AS: pensamientos como este: mi esposo no me va a querer porque soy muy grande y muy gorda, me veo como una ballena. Ya no hay un deseo. No, no me siento sexy, mi esposo no me ve con deseo... Digamos esos son como los pensamientos que van como ligados a esta parte de la del no comer.

Se puede ver la complejidad que una mujer experimenta con su imagen corporal en términos de su relación sentimental. Ella piensa que su esposo no la va a querer. Ante este pensamiento hay que considerar si se trata de algo real, de un hombre que está rechazando la figura de su mujer ante los cambios del embarazo; o si se trata de un error de pensamiento de los que propuso Aaron Beck, en este caso del pesimismo excesivo, que predice el futuro de forma negativa sin considerar otras posibilidades; y el error de leer la mente, pensamientos que conducen a las personas a estar seguros de saber lo que el otro piensa (como se cita en Caballero y Gálvez, 2019). En ambos casos, sus pensamientos contribuyen a reforzar que su imagen corporal durante la gestación será problemática para su vida sentimental, y en última instancia, como resultado de estos pensamientos y las emociones que esto le genera a la mujer, ella toma decisiones respecto a su conducta alimentaria, ya sea de comer en exceso rindiéndose ante su situación, o dejando de comer para evitar un mayor sufrimiento.

También es importante considerar que otros agentes sociales como los familiares, amigos e incluso el personal de salud a cargo, también tienen un efecto sobre la imagen corporal. Especialmente cuando la mujer ha considerado que su opinión y valoración es muy importante.

Es necesario tomar en cuenta también la presencia de distorsiones en la imagen corporal, que incrementan los pensamientos irracionales que tiene la mujer y que afectan su experiencia materna de forma negativa. Al respecto una profesional dijo:

CS: Si tenía trastorno de alimentación antes, cómo no lo va a tener en el embarazo? Si es un momento donde todo se exagera. Por eso, ojo con las que tienen trastorno de alimentación en el embarazo. Mucho ojo. Porque no es que se normalizan porque estén embarazadas. Yo pienso en una que se vea en el espejo permanentemente y tenga una distorsión sobre su imagen corporal y la vez engordando mes tras mes a pesar suyo, Esa señora no está pasándola bien.

Ante esta realidad es vital considerar que los factores cognitivos relacionados con la imagen corporal tienen un efecto directo sobre aquello que impacte su imagen corporal, incluidas la alimentación, el control de peso y las conductas de estilo de vida saludable como el ejercicio. En última instancia, esto tiene un efecto que no se limita solo al estado nutricional, sino a la experiencia materna como un todo.

Esto amerita una concientización por parte de todos los involucrados en el proceso del cuidado de la salud de una mujer gestante. Adicionalmente, hay que tomar en cuenta que el estrés y otros elementos psicosociales tienen también un rol importante. En la siguiente tabla se desglosan algunos de los más relevantes.

Tabla 7

El estrés como factor cognitivo de la mujer gestante, que afecta su estado nutricional.

Factores cognitivos
Estrés
<p>Autores: Thomas, M., Vieten, C., Adler, N., Ammondson, I., Coleman-Phox, K., Epel, E., y Laraia, B. Año: 2014 Descripción: las preocupaciones sobre su salud y su peso son una fuente de estrés. Reconocieron que el estrés y la alimentación estaban vinculados en sus vidas. Ocasionalmente dijeron que comían menos cuando estaban estresadas, pero la mayoría indicó que cuanto más se sentían estresadas, más comían. Algunas describieron comer más como un mecanismo para hacer frente a su estrés. Hablaron de comer en respuesta a factores estresantes agudos, así como un patrón de comportamiento de afrontamiento negativo. Algunas mujeres reconocieron las consecuencias no deseadas de sus conductas alimentarias, incluida la naturaleza intransigente de los patrones establecidos desde hace mucho tiempo". El estrés fue una construcción destacada para las mujeres en nuestros grupos, y el 80% describió el estrés de su vida actual como "moderado" o "alto"</p>
<p>Autores: Chang, M. W., Brown, R., Nitzke, S., Smith, B., & Eghtedary, K Año: 2015a Descripción: Las mujeres embarazadas de bajos ingresos, obesas y con sobrepeso que percibían más estrés eran más propensas a reportar más síntomas depresivos que las mujeres con menos estrés y estas tenían menos probabilidades de comer frutas y verduras en su primer trimestre Las mujeres indicaron que se estresaban por la mala comunicación con su pareja, por que la gente las abrumba con los cuidados que deben tener, por la falta de control personal que sentían, por los cambios de ánimo y la irritabilidad.</p>
<p>Autores: Chang, M., Brown, R., y Nitzke, S. Año: 2016 Descripción: En mujeres con sobrepeso : Menos estrés se asoció con una mayor ingesta de grasas. En mujeres con obesidad: Menos estrés se asoció con más consumo de fruta.</p>
<p>Autores: Nikolopoulos, H., Mayan, M., MacIsaac, J., Miller, T., & Bell, R. C. Año: 2017 Descripción: Las mujeres hablaron de sentirse estresadas porque estaban “preocupadas”</p>

de que pudieran hacer algo mal que pusiera en riesgo al bebé y al embarazo.

Nota: elaboración propia

Según Aguilar, Barja y Cerda (2020) el estrés proviene de la percepción, o la forma en que la persona piensa respecto a una situación en la que las demandas externas y los recursos personales están en desequilibrio, y esto ocasiona tensión física y mental. El estrés durante la gestación se detona por una serie de elementos importantes dentro de los cuales Chang et al. (2015)a mencionaron lo abrumadas que se sentían por los comentarios de quienes las rodean respecto a los cuidados que deben tener: “Creo que lo que me estresa es cuando la gente trata de decirte lo que puedes y no puedes hacer. Sabes que te digan “no necesitas comer eso”. Si se te antoja, lo quieres; ya sea que se supone que debes tenerlo o no, es algo que sabes cuando alguien te dice que no necesitas comer eso” (p. 1063).

Otro de los motivos del estrés es la preocupación por el embarazo, con lo cual coinciden Nikolopoulos et al. (2017) y Thomas et al. (2014). Afirman que esta preocupación está relacionada con la salud, tanto de la madre, como del bebé. Algunas sintieron estrés porque les preocupaba hacer algo mal que pusiera en riesgo al bebé y al embarazo. Entre otras investigaciones, Monterrosa-Castro et al., (2022) identificaron que el hecho de sentirse preocupada con el embarazo se asoció con dos y media veces más la posibilidad de estrés. Esto puede relacionarse con errores de pensamiento como el pesimismo excesivo, en el cual se predice el futuro de forma negativa. También puede asociarse con lo que Ellis consideró como el deber de ser absolutamente competente y conseguir todo para considerarse valioso. En este sentido la madre puede usar la forma de pensamiento de depreciación o condena global de la valía humana, al condenarse a sí misma por poner en riesgo su embarazo o a su hijo. Esto será aún más intenso si la persona experimenta muchas exigencias o demandas de perfección sobre su rendimiento o rol materno.

Sin embargo, es importante recalcar que el estrés no se debe únicamente al estilo cognitivo de la persona, sino también a elementos psicosociales del entorno, tal como lo demostraron Monterrosa-Castro et al., (2022), quienes mostraron que el estrés psicológico era mayor en primigestas y en amas de casa; y se asoció con tener problemas económicos y sentirse preocupadas con el embarazo.

El estrés materno también está muy relacionado con la alimentación. Chang et al. (2015)a, identificaron que las mujeres embarazadas de bajos ingresos, obesas y con

sobrepeso que percibían más estrés tenían menos probabilidades de comer frutas y verduras en su primer trimestre. Por su parte Chang, Brown y Nitzke (2016) identificaron que en mujeres con sobrepeso, tener menos estrés se asoció con una mayor ingesta de grasas. En mujeres con obesidad tener menos estrés se asoció con más consumo de fruta. Thomas et al. (2014) identificó en una población de mujeres gestantes, que el 80% describió vivir estrés moderado y alto, y reconocieron que el estrés y la alimentación estaban vinculados en sus vidas. La gran mayoría de este grupo indicó que cuanto más se sentían estresadas, más comían.

Aunque se puede establecer con claridad la relación entre la ingesta alimentaria y el estrés, no se puede determinar un patrón de alimentación consistente entre las investigaciones, ya que existen inconsistencias entre tipos de alimentos, y diferencias a lo largo del embarazo, entre cada trimestre. Es necesario tomar en cuenta que la alimentación puede ser influida no solo por el estrés materno, sino también por su patrones dietéticos pre gestacionales; también hay que considerar las variaciones entre trimestres, que no han sido estudiadas con detalle.

Tomando en cuenta todas las subcategorías analizadas anteriormente, se puede determinar con claridad la relación que tienen los factores cognitivos con la ejecución de conductas alimentarias saludables, de manera que los pensamientos irracionales condicionan a prácticas estilos de vida no saludables, mientras que los pensamientos racionales facilitan la adopción de hábitos saludables; por lo tanto los pensamientos de la mujer gestante tienen una repercusión considerable sobre su estado nutricional.

Categoría 2: Factores emocionales

A continuación se presenta el análisis de los resultados obtenidos en la presente investigación, que corresponden al objetivo de distinguir los factores emocionales de la mujer en gestación y sus repercusiones sobre el estado nutricional.

La figura anterior corresponde a los hallazgos de las entrevistas a las profesionales, de los cuales se consideró como parte de la categoría de los factores emocionales, las siguientes subcategorías: emociones placenteras, emociones displacenteras, alimentación emocional. Se agregó una categoría adicional que fue abordada en las entrevistas, pero que no se incluye en el análisis documental; esto corresponde al impacto de lo psicosocial sobre lo cognitivo, lo emocional y lo nutricional.

Para el análisis de los documentos, se dividirá la discusión e interpretación de la categoría de la siguiente manera: primero la subcategoría de las emociones placenteras; luego las emociones displacenteras; y finalmente se analizará la alimentación emocional; en todos los casos se relaciona con la afectación sobre el estado nutricional

Tabla 8

Factores Emocionales de las mujeres gestantes que afectan su estado nutricional

Categoría: factores emocionales
Emociones placenteras
<p>Autores: Barrantes, G., Chan, P., Sancho, A., Schmidt, M. y Sheik, A. Año: 2013 Descripción: La felicidad es el sentimiento en el que la mayoría coincide y lo relacionan directamente a la sensación de: “sentir que llevan vida adentro”. No obstante, esta nueva experiencia conlleva un sentimiento de mayor responsabilidad, ya que consideran que al tener que cuidar a otro ser, deben priorizar nuevamente aspectos medulares en sus vidas.</p>
Emociones displacenteras
<p>Autores: McDonald, S., Park, C., Timm, V., Schmidt, L., Neupane, B., y Beyene, J. Año: 2013 Descripción: Las mujeres que tuvieron ganancias de peso gestacional excesivas eran más propensas a haber planificado este aumento, a ver televisión antes de ir a dormir, y a un mayor neuroticismo (o inestabilidad emocional). Aquellas quienes su ganancia de peso fue inferior a lo recomendado tenían menos satisfacción con su peso.</p>
<p>Autores: Chang, M. W., Brown, R., Nitzke, S., Smith, B., & Eghtedary, K Año: 2015a Descripción: Se evidencia una asociación positiva entre los síntomas depresivos y la ingesta de grasas entre las mujeres en su primer trimestre.</p>
<p>Autores: Chang, M., Brown, R., y Nitzke, S. Año: 2016</p>

<p>Descripción: En mujeres afroamericanas, aquellas que informaron más depresión tenían más probabilidades de tener un mayor consumo de grasas que las mujeres que informaron menos depresión. En mujeres con sobrepeso: más depresión se asoció con una mayor frecuencia de ingesta de comida rápida y una mayor ingesta de grasas, pero con una menor ingesta de frutas. Las mujeres que informaron más depresión tenían más probabilidades de comer comida rápida, lo que en parte llevó a una mayor ingesta de grasas que las mujeres que informaron menos depresión.</p>
<p>Autores: Savage, L. Año: 2017 Descripción: Mayores síntomas depresivos se asociaron con una mayor probabilidad de GPG excesivo e inadecuado.</p>
<p>Autores: Meireles, J., Neves, C., Carvalho, P., y Ferreira, M. Año: 2017 Descripción: La manera en la que la mujer embarazada maneja su estado emocional es uno de los factores que influyen en la forma en que ella se relaciona con su propio cuerpo, por ejemplo, la depresión es un factor predictivo de los sentimientos negativos hacia el cuerpo. La ansiedad y la autoestima también influyen sobre la búsqueda del cuerpo ideal.</p>
<p>Autores: Nikolopoulos, H., Mayan, M., MacIsaac, J., Miller, T., & Bell, R. C. Año: 2017 Descripción: Las mujeres embarazadas experimentan emociones negativas, como la culpa, frustración, irresponsabilidad y sentirse fuera de control al ganar más peso del recomendado, por la forma en que los profesionales de la salud les hablaron respecto al peso. Los sentimientos de culpa también afloraban cuando no podían cumplir plenamente con las recomendaciones del GWG; hacer cambios positivos en el estilo de vida; o cuando los cambios en su rutina normal resultaron en la reducción de comportamientos saludables, como hacer menos ejercicio o comer menos alimentos saludables.</p>
<p>Autores: Fletcher, G., Teeters, L., Schlundt, D. Bonnet, K., Heerman, W. Año: 2018 Descripción: Las participantes reportan que las emociones negativas y la falta de motivación son barreras para alimentarse saludablemente.</p>
<p>Autores: Medina, D., Estrada, M., Hurtado, M., Sánchez, C., y León, M. Año: 2019 Descripción: De acuerdo al análisis estadístico Chi Cuadrado se encontró que existe relación significativa entre la ansiedad y el estado nutricional de la gestante.</p>
<p>Autores: Savard, C., Yan, E., Plante, A., Bégin, C., Robitaille, J., Michaud, A., Lemieux, S., Provencher, V., Morisset, A. Año: 2020 Descripción: Las mujeres con obesidad tenían mayor miedo a aumentar de peso en comparación con las mujeres con sobrepeso; y ejercían más control sobre su aumento de</p>

peso, en comparación con las mujeres con peso normal y con sobrepeso las mujeres con actitudes menos positivas, específicamente aquellas temerosas y abrumadas por el aumento de peso, reportaron conductas alimentarias más restrictivas y fueron más susceptibles al hambre.

Autores: Feng, Y., Yu, Z. , van Blyderveen, S., Schmidt, L., Sword, W. , Vanstone, M., Biringer, A., McDonald, H., Beyene, J.y McDonald, S.

Año: 2021

Descripción: La ansiedad está asociada a la ganancia gestacional inadecuada o inferior a lo recomendado.

Las profesionales expresaron que las emociones placenteras contribuyen con una buena experiencia materna, la vinculación con el embarazo y todo lo que esto conlleva, y a su vez orienta la motivación hacia la realización de conductas en pro de la etapa gestacional.

AS: Todas las implicaciones que, por el otro lado los factores emocionales positivos cuando la mamá se logra aceptar el embarazo, logra vincularse con el bebé y entonces, más bien, el embarazo se vuelve una motivación para tener cambios en el estilo de vida que buscan alimentarse bien, hacer ejercicio, dormir mejor.

De la misma manera, una de las investigaciones indicó que la emoción placentera que experimentan las embarazadas es la felicidad asociada al llevar una vida dentro, pero que esta emoción va de la mano con el sentido de responsabilidad de sostener y cuidar esta vida apropiadamente (Barrantes et al., 2013).

Por el contrario, las emociones displacenteras fueron señaladas por las mujeres gestantes como barreras para alimentarse saludablemente (Fletcher et al. 2018); y que el experimentar distintas emociones, condicionaba a determinados comportamientos alimentarios como el que Chang et al. (2015) identificaron, que la ingesta de grasas se asociaba positivamente con los síntomas depresivos. No solo se observó una relación entre las emociones y las conductas alimentarias, sino también en la relación con el cuerpo de la mujer. Al respecto coinciden diversas investigaciones, dentro de las cuales se identificó que el estado emocional influye sobre la forma en la mujer se relaciona con su cuerpo (Meireles et al., 2017); que las ganancias de peso gestacional inferiores a la recomendación se asocian a emociones como la ansiedad (Feng et al., 2021); que ganancias de peso gestacional superiores o inferiores a las recomendaciones, se asocian a la presencia de mayores síntomas depresivos.

Esto refuerza la realidad de que las emociones, que resultan de los pensamientos, ejercen un impacto sobre las conductas que finalmente eligen tener las mujeres gestantes, en relación con su alimentación y su peso gestacional, dos variables que son elementales para el estado nutricional durante el embarazo.

De estas emociones las que se mencionaron con más frecuencia en la tabla anterior son: miedo, culpa, frustración, depresión y ansiedad (Savard et al., 2020; Nikolopoulos et al., 2017; Medina et al., 2019; Savage, 2017; Meireles et al., 2017; Feng et al., 2021; Chang, Brown y Nitzke, 2016).

La ansiedad corresponde a un estado emocional que es más duradero que otras emociones y es también de mayor complejidad. No se activa por una situación presente, sino por la anticipación que tiene una persona respecto a posibles situaciones futuras e imaginadas en las que se sentiría amenazado o sin control (Clark, Beck y Moreno, 2016).

Ya que el embarazo está lleno de posibles situaciones o circunstancias que salen del control de la madre y que la harían sentirse amenazada o temerosa, tanto por ella y como por su bebé, no es extraño que se trate de una emoción tan presente en esta etapa. Al respecto, Monterrosa-Castro et al. (2022) la evaluaron junto con la depresión y el estrés, y lograron observar que de las tres, la ansiedad es la más presente entre las mujeres gestantes.

La ansiedad puede afectar la experiencia materna y tiene una relación muy estrecha con el estado nutricional de la mujer gestante. En efecto, Medina et al. (2019) lograron identificar, mediante el análisis estadístico de Chi cuadrado, la relación significativa entre la ansiedad y el estado nutricional. De manera más específica Feng et al., (2021) vieron que la ansiedad estaba asociada a las ganancias de peso inferiores; y tenía una gran influencia sobre la búsqueda del cuerpo ideal (Meireles et al., 2017).

Una de las profesionales también identificó la ansiedad como parte importante del embarazo y como un factor influyente en el apego a los planes nutricionales:

MU: Yo trabajo con 2 formas, si usted quiere un plan de alimentación, yo se lo doy porque la gente cuando paga por un servicio tiene la necesidad de salir con algo, verdad? Sino con el patrón de consumo que usted me dice, empezamos un proceso de modificar cosas... las pacientes escogen la opción número 2... A mi no me sorprende. yo se por qué. Porque no todas la señoras se ajustan, se alinean a un plan de alimentación que les genera más ansiedad en estos procesos en los que ya hay

bastante ansiedad, verdad? Que como está el niño, que si va a estar sano... Y aunque los ultrasonidos me digan que está todo sano, yo hasta que no lo vea sano no lo termino de creerlo.

Por lo tanto, la ansiedad ejerce una influencia crucial sobre las conductas asociadas a la alimentación de las mujeres gestantes. Clark, Beck y Moreno, (2016) indican que la ansiedad varía según la persona y la situación, sin embargo, se debe resaltar que la persistencia o disminución de esta emoción no depende tanto de estos dos últimos elementos, sino que se condiciona mayormente por la forma en la que se piensa.

La ansiedad está muy relacionada con el miedo. Clark, Beck y Moreno, (2016) explican que la ansiedad está ligada a los miedos básicos. Mientras que la ansiedad responde a estímulos amenazantes posibles futuros e imaginados, el miedo es la respuesta a la presencia real de estos estímulos. Se genera ansiedad ante la posibilidad de que ocurra una situación en la que sienta miedo.

El miedo puede detonarse ante diversos elementos, dentro de los cuales se pudo identificar el aumento de peso. Savard et al., (2020) encontró que las mujeres que tenían más temor por el aumento de peso eran las que tenían conductas alimentarias más restrictivas y que fueron más susceptibles al hambre. Las profesionales coincidieron también en que el miedo se presenta mucho en asociación con el aumento de peso

MU: Vienen con 6 semanas, 8 semanas de embarazo, o sea, muy temprano el embarazo, pero en la semana 32, en la semana 32. Me dicen, es que yo he tenido terror a subir de peso... Hay un miedo, un temor en las señoras, en las mujeres, jóvenes y mayores a cuánto peso subir y a que si subo mucho me regañan. Me ponen a dieta y Tengo que sufrir en el proceso

Adicionalmente, las profesionales entrevistadas expresaron que las mujeres experimentan miedo a causarle daño a su bebé, y esto se relaciona estrechamente con el temor a que la comida ocasione efectos negativos sobre la criatura. También identificaron miedos al rechazo y a no ser atractiva a sus parejas. El miedo fue dirigido también a la dieta y los sufrimientos que ésta pueda implicar.

La depresión también mostró relación con las conductas alimentarias y con la ganancia de peso gestacional. Al respecto Chang, Brown y Nitzke, (2016) encontraron que las mujeres que tenían más depresión tenían más probabilidades de consumir comida rápida

y comida grasosa en general. Chang et al. (2015) coinciden en esta afirmación, demostrando que la asociación positiva entre depresión e ingesta de grasas ocurre, pero lo determinaron exclusivamente para el primer trimestre. La depresión también se relacionó con los aumentos de peso gestacional excesivos e inferiores a lo recomendado (Savage, 2017) y se consideró también como un factor predictivo de los sentimientos negativos hacia el cuerpo (Meireles et al., 2017).

La frustración fue citada como una emoción producida en respuesta a un aumento de peso gestacional mayor a lo recomendado (Nikolopoulos et al., 2017). Esta emoción está muy relacionada con la autoeficacia y el locus de control previamente analizados entre los factores cognitivos. La realidad de no conseguir lo que se desea o se planea está muy relacionada también con la capacidad que la mujer considera tener para lograr dichos planteamientos, y si el control para alcanzarlos está en ella misma o en factores externos. Al respecto una de las profesionales comentó:

GV: Esta parte emocional, de que si lo hago bien, de que si no lo estoy haciendo bien, de que además tengo hambre. Además, no puedo comer, entonces traigo mucha frustración.. tener unas expectativas tan altas en un mundo donde hay tanta comida, que no hace acuerdos con las expectativas, porque estamos por un lado queriendo hacer algo, pero por otro lado me están lleno de postres llenos de comida rápida.. Entonces sí, yo creo que esa ambivalencia entre el ambiente crea mucha frustración, mucho enojo, culpa, tristeza.

La culpa es una emoción presente en el embarazo en múltiples ámbitos, incluidos el estado nutricional. Las investigaciones indican que la mujer experimenta una gran culpa por no apearse a las recomendaciones de los profesionales de salud. Aumentar más peso del que se les recomienda, o no ejecutar comportamientos saludables como el ejercicio y la buena alimentación (Nikolopoulos et al., 2017), son solo algunos de los estímulos que detonan la culpabilidad en la mujer gestante.

CS: lo que más me preocupa es el sentimiento de culpabilidad que esto genera en las embarazadas. En las mujeres jóvenes, sobre todo, de veinte pico hasta 35, digamos, son las que más sufren esto de porque o no subí lo suficiente y pareciera que no quiero cuidar a mi bebé.. O todo lo contrario, porque voy a al final me van a hacer cesárea porque estoy engordando mucho porque no estoy dando la talla..

Porque la primera tendencia de todas nosotras es a sentirnos culpables de que no lo estamos haciendo como by the book o como lo dice el médico, como lo dice una enfermera o como lo dice la sociedad.

Otra profesional coincidió con la presencia de esta culpabilidad en la mujer embarazada, pero enfatizó en que percibe que es mayor en el posparto:

MU: Sí,, definitivamente hay como cierta culpabilidad, pero para mí no es tan evidente como en el posparto. En el posparto. Toda la culpabilidad la mamá la sufre mucho. O sea, en el embarazo no tanto. Yo sí puedo ver porque atiendo ambas consultas, yo puedo ver a esa mamá en el embarazo y en el posparto, si ella se siente muy culpable de muchas cosas. ¿De con cuánto? ¿Que con cuánto peso nació el bebé? ¿que si fue prematuro? ¿Que si lo parió, que si no lo parió, que si pudo dar pecho a la primera hora, que si no pudo, que si le dieron fórmula?. Que si se le enfermó?,... ahí nos miran como madres buenas, o sea, como unos estándares que yo quién se los inventó

Adicionalmente, las profesionales citaron el enojo como una emoción que las embarazadas experimentan cuando reciben algún tipo de comentario sobre su físico, especialmente cuando se trata de juicios ejercidos de parte de los médicos.

AS: ... enojo porque se están metiendo con su físico... Se me viene a la mente el caso de una muchacha que el ginecólogo le dice que has subido tanto y ni siquiera como que ha subido un montón, entonces que? Cambió de doctor, aunque estaba muy contenta con él a nivel de médico, pero estaba muy angustiada de que la iba a regañar cada vez que iba a consulta. Entonces buscó otra opción.

Tabla 9

Alimentación emocional como factor que repercute sobre el estado nutricional de la mujer gestante.

Factores emocionales
Alimentación emocional
Autores: Chang, M. W., Nitzke, S., Buist, D., Cain, D., Horning, S., y Eghtedary, K. Año: 2015b Descripción: Encontramos que muchas mujeres embarazadas eran comedoras

emocionales, tendían a comer en exceso, consumían alimentos poco saludables, tenían dificultad para controlar los antojos y reportaron comer por dos. Muchas comían constantemente, independientemente de la presencia del hambre o la presión de otras personas importantes y miembros de la familia. Muchas comían alimentos para sentirse cómodas cuando experimentaban estrés o sentimientos negativos.

Autores: Neupane, B., McDonald, S. y Beyene, J.

Año: 2015

Descripción: En la investigación se tuvo un grupo de mujeres de tamaño moderado en el que se identificó el alto neuroticismo (o inestabilidad emocional) y el comer frente al televisor como predictores del exceso en la ganancia de peso.

Autores: Fletcher, G., Teeters, L., Schlundt, D. Bonnet, K., Heerman, W.

Año: 2018

Descripción: Cuando estás embarazada sentís que podés comerte todo lo que quieras sin sentirte mal. Es un tiempo en el que no hay vergüenza o culpa por comer.

Autores: Blau, L., Lipsky, L., Dempster, K., Colman, M., Siega-Riz, A., Faith, M., y Nansel, T.

Año: 2020

Descripción: Las mujeres experimentaron angustia psicológica por los antojos. Muchas percibieron que los estados emocionales desagradables eran los que provocaron sus antojos. Los participantes experimentaron culpa, angustia y otros estados emocionales desagradables cuando se entregaban a los antojos; otras se sintieron menos culpables por ceder durante el embarazo. Describieron la satisfacción de los antojos para evitar la angustia psicológica. Los participantes parecían emplear estrategias cognitivas relacionadas con la aceptación para reducir los sentimientos de culpa y la pérdida de control cuando se entregaban a los antojos.

Autores: Vanstone, M., Sadik, M., Blyderveen, S., Biringer, A., Sword, W., Schmidt, L. y McDonald, S.

Año: 2020

Descripción: Las participantes relacionaron el darse gustos con la comida como un consuelo y placer durante un tiempo que es estresante y en la que no se pueden dar otro tipo de gustos.

Autores: Nansel, T., Lipsky, L., Faith, M., Liu, A., y Siega-Riz, A.

Año: 2020

Descripción: La calidad de la dieta en la gestación se asocia de manera inversa con las múltiples medidas de alimentación por recompensa. Si la recompensa o gratificación con comida se logra retrasar, se da una mayor calidad de la dieta durante el embarazo. La comida por recompensa puede funcionar como moderador de la autorregulación con la calidad de la alimentación.

Autores: Feng, Y., Yu, Z., van Blyderveen, S., Schmidt, L., Sword, W., Vanstone, M., Biringer, A., McDonald, H., Beyene, J. y McDonald, S.

Año: 2021

Descripción: Cuando las mujeres comen conscientemente al estar acompañadas, pero excesivamente cuando están solas, esto se asocia a la ganancia gestacional inadecuada, tanto inferior, como superior a las recomendaciones. De igual forma, la frecuencia de comer frente al televisor es un factor de riesgo altamente asociado con la ganancia de peso gestacional excesiva.

Autores: Betts, G., Lipsky, L., Temmen, C., Siega-Riz, A., Faith, M., y Nansel, T.

Año: 2021

Descripción: Durante el embarazo el tener mayores síntomas depresivos, más estrés y peor calidad de sueño se asocia a mayor hambre hedónica, es decir al auto reporte de alimentación asociada a premios y a mayor probabilidad de tener una alimentación de tipo adictiva. También se asoció a tener antojos más fuertes y más frecuentes.

Chang et al., (2015)b lograron identificar que muchas de las mujeres gestantes eran comedoras emocionales. Por su parte, Neupane, McDonald y Beyene (2015), demostraron que las mujeres gestantes presentaban inestabilidad emocional y tendían a comer frente al televisor. Las anteriores son características propias de la alimentación emocional, y han sido identificadas como predictores de la ganancia excesiva de peso gestacional. Al respecto, Feng et al. (2021) también indicaron que la conducta de comer frente al televisor estaba asociada con la ganancia excesiva de peso durante el embarazo. Esto se debe a que se trata de una conducta alimentaria que se caracteriza por la distracción, que ocasiona que se consuman más calorías, durante y después de las comidas. Además, se trata de una conducta que se relaciona fuertemente con comer emocionalmente.

Existe una relación cíclica entre las emociones y la alimentación, es decir, las emociones pueden detonar el consumo de alimentos, pero este último también puede detonar emociones, o incluso exacerbar las primeras (Peña y Reidl, 2015). Se identificó que muchas mujeres embarazadas buscaron la comida como alivio, al experimentar estrés y emociones negativas. Esto se puede observar en los siguientes comentarios: “Como más cuando mis hijos me estresan. Voy directo a la cocina. A veces simplemente estás deprimida... y solo quieres comer, te hace sentir mejor” (Chang et al., 2015, p. 1064)b. Al respecto coinciden Blau et al. (2020), quienes citaron que las mujeres percibían que las emociones desagradables como la angustia, y la culpa eran las que ocasionaron que busquen alimentarse, particularmente de antojos.

Vanstone et al. (2020) identificó el consumir comida como forma de consuelo, considerando que el embarazo es un tiempo estresante. En esta misma línea, Betts et al. (2021) encontraron que presentar más estrés y síntomas depresivos se asocia a más hambre hedónica, o alimentación asociada al placer y la gratificación. Thomas et al. (2014) también vieron la conexión entre el estado emocional y la comida. Las mujeres asocian el comer con estados emocionales negativos, como estrés, tristeza, soledad o ansiedad. Particularmente para el estrés, algunas indicaron comer menos, pero la mayoría del grupo aseguró que entre más estrés tuvieran, más comían.

También mencionaron otros motivos para alimentarse, tales como: comer sin pensar, comer por comodidad, así como la búsqueda de una sensación temporal de felicidad o bienestar. Por ejemplo, una mujer dijo:

“¿El [estrés] me hace comer más? Sí, lo hace. Puedo derribar una caja entera de Ho Ho's y medio galón de leche, pero en realidad no te hace sentir mejor; simplemente te hace sentir a gusto por el momento” (Thomas et al., 2014, p. 6).

Es importante recalcar que esta sensación de felicidad es temporal, y se puede entender de algunas mujeres que tienen conocimiento de esto; es decir, que actúan teniendo conciencia de que su comportamiento en realidad no tiene efectos duraderos. No solo se trata de una conducta que produce un placer breve, sino que en muchos casos le sigue una cadena de emociones negativas como la culpa y la frustración. La comida puede ser un aliciente ante problemáticas de las cuales la persona no puede enfrentarse. Puede ser un mecanismo de afrontamiento, como se cita en el siguiente fragmento:

Algunas mujeres describieron comer más como un mecanismo para hacer frente a su estrés. Hablaron de comer en respuesta a factores estresantes agudos, así como un patrón de comportamiento de afrontamiento negativo: “Es tan obvia la conexión entre el estrés y la comida en mi vida; mi esposo me llamará y me dirá que mi cheque de pago fue en realidad \$ 100 menos de lo que pensábamos que sería, por lo que es posible que no podamos pagar PG&E este mes, pero haremos otra cosa; y mi primera reacción es: ¡solo necesito ir a comer algo! ¿Cómo va a ayudar eso en algo? Comer un tazón de helado no me ayudará a mantener mi factura eléctrica”.(Thomas et al., 2014, p.6).

Tal como lo indican Estrada et al (2020), la alimentación emocional implica el comer como respuesta a alguna situación a la cual se evita regular, enfrentar o mejorar. Esto ocurre mayormente en mujeres que en hombres, y tiene la característica de influenciar los hábitos de alimentación de una persona y su elección de alimentos, con una tendencia a consumir alimentos que son altos energéticamente.

Esto se puede convertir en un patrón de conducta alimentaria, que en realidad tiene una raíz psicológica, y que puede persistir por muchísimos años, hasta el punto de convertirse en una respuesta automática. Esto se puede evidenciar en la experiencia de esta mujer:

Otra mujer describió explícitamente su experiencia de toda la vida de comer como mecanismo de afrontamiento: “Desde que era pequeña, puedo recordar que tenía mucho estrés en mi familia con mi madre, por lo que mi forma de lidiar con las cosas era... pescar en el sofá y encontrar 99 centavos e ir a McDonalds y pedir una hamburguesa con queso. Y así, hasta el día de hoy, mi comida favorita es una maldita hamburguesa con queso” (Thomas et al., 2014, p. 6).

En el comentario anterior es necesario hacer énfasis en dos puntos importantes; en primer lugar, la duración de un patrón que puede reforzarse desde la niñez. El consumo de la hamburguesa con queso constituye una conducta que aunque no resolvió los problemas familiares, fue funcional para la persona como medio de escape, al punto que se convirtió en algo placentero. Sin embargo, se debe prestar atención al segundo punto importante del comentario de la mujer: “la maldita hamburguesa”. Existe una relación de deseo y odio con la comida. Representa este aliciente que da placer, pero que al mismo tiempo se aborrece, porque no solo es ineficaz para resolver sus verdaderos problemas, sino que además, al no tratarse de un alimento saludable, ocasiona otro tipo de problemas de tipo físico, como lo es la obesidad.

Una característica importante que se identificó fue que las mujeres consumen emocionalmente, sin tener hambre y sin importar que exista o no la presión de sus familiares o seres queridos (Chang et al., 2015)b

Los antojos ocasionaron que las mujeres comieran por dos y tuvieran dificultades para ejercer control sobre estos (Chang et al., 2015)b. Estos eran movidos por sentimientos de angustia u otro tipo de emociones displacenteras. Las mujeres culpaban a las emociones desagradables de sus antojos (Blau et al., 2020). Betts et al. (2021) coincidieron también en

que las emociones podían detonar los antojos, ya que identificaron que la presencia de síntomas depresivos y de estrés en el embarazo se asoció a presentar antojos más fuertes y frecuentes.

Las emociones no son solo la antesala de los antojos, sino que también surgen posterior a ceder a estos; emociones de culpa, frustración y más angustia aparecen en las embarazadas. Experimentaron alivio cuando tenían cierta tolerancia hacia los antojos, es decir, cuando cedían a los antojos comprendiendo que son parte del período de embarazo y que son muy comunes, esto las hacía sentir menos culpables. (Blau et al., 2020).

Esta aceptación que traía cierto alivio en la experiencia emocional, también la identificaron Fletcher et al. (2018) en mujeres que pensaron que estar embarazada es un tiempo para comer todo lo que quieras sin sentirte mal. Según estas mujeres, en el embarazo no hay vergüenza o culpa por comer.

La alimentación emocional tiende a ser una dieta superior a lo que se requiere calóricamente, y es de mala calidad, ya que se suelen consumir alimentos no saludables como la comida rápida (Chang et al., 2015)b . También se puede ver que la alimentación emocional por gratificación se asocia a una peor calidad de dieta (Nansel et al., 2020).

Esta compleja relación de las emociones con la alimentación fue también identificada por las profesionales, quienes indicaron lo siguiente:

AS: Que la depresión di que muchas veces no hay ni siquiera una capacidad de levantarse de la cama y No hay una capacidad de cuidar de la alimentación. Y este entonces que muchas veces, Por el estado de ánimo, ni siquiera se alimentan y por el otro lado, tenemos a los que más bien intentan llenar un vacío y comen excesivamente. Entonces creo que cualquiera de estos 2 están en todo: el no alimentarse como el comer en exceso, este tienen un impacto definitivamente en el estado nutricional de la madre.

MU: ...Ahora, volviendo al Estado nutricional. Yo sí pienso, por supuesto que las emociones: El grado de felicidad, de aturdimiento, de tristeza, de preocupación, de ansiedad; todo tiene una carga muy fuerte sobre el cómo ellas comen y cuánto comen; porque al final todo se traduce en el peso.

GV: Es que yo pienso que el comer es muy emocional, está muy relacionado con las emociones, verdad? Y hay muchos cambios. Hay muchos cambios, hay mujeres que

les dan este nauseas terribles que no no soportan el olor de ciertos alimentos o no quieren ciertos alimentos, o sea, les cuesta el lavarse los dientes... Yo entiendo que hay muchos cambios emocionales, hormonales.

Por consiguiente, las emociones ejercen un rol preponderante sobre las conductas alimentarias; ya sean emociones placenteras o displacenteras, muchos de los comportamientos alimenticios son causados por el estado emocional de la madre y por el patrón conductual que suele tener cuando experimenta inestabilidad emocional. El consumo inadecuado a nivel calórico o a nivel de macro y micro nutrientes está relacionado con la experiencia emocional, la cual es influenciada por la persona y las situaciones que vive, pero mayormente por sus pensamientos; por lo que los factores cognitivos son determinantes sobre los emocionales.

Categoría 3: Impacto de la intervención psicológica

A continuación se presenta el análisis de los resultados obtenidos en la presente investigación, que corresponden al objetivo de reconocer el impacto que tiene la intervención psicológica sobre el estado nutricional de la embarazada y la importancia de su aplicación integral.

Tabla 10

Impacto de las intervenciones psicológicas sobre el estado nutricional de la mujer gestante

Categoría: Impacto de la intervención psicológica
Técnicas, intervenciones o terapias
<p>Autores: Thomas, M., Vieten, C., Adler, N., Ammondson, I., Coleman-Phox, K., Epel, E., y Laraia, B. Año: 2014 Descripción: Los grupos focales ilustran que las mujeres embarazadas con sobrepeso/obesidad y bajos ingresos son conscientes de los complejos factores psicológicos y sociales que contribuyen a sus conductas alimentarias y están interesadas en un enfoque integral. Esto respalda la noción de que las intervenciones clínicas o políticas exitosas probablemente deberán ser integrales, incluida la atención a los factores psicosociales.</p>
Autores: Gesell, S., Katula, J., Strickland, C., y Vitolins, M.

<p>Año: 2015</p> <p>Descripción: La intervención cognitivo-conductual de estilo de vida con bases de la teoría de aprendizaje social, fue factible en una población de alto riesgo y difícil de alcanzar de mujeres embarazadas latinas de bajos ingresos, y mostró eficacia en la prevención del aumento de peso gestacional excesivo.</p>
<p>Autores: Laraia, B., Adler, N., Coleman-Phox, K., Vieten, C., Mellin, L., Kristeller, J., Thomas, M., Stotland, N., Lustig, R., Dallman, M., Hecht, F., Bush, N., Groat, C. y Epel, E.</p> <p>Año: 2018</p> <p>Descripción: Adaptamos una intervención basada en la atención plena que se centró en la aceptación de experiencias negativas para promover la autorregulación (MMT) y una intervención de afrontamiento activo que se centró en la reevaluación para promover el cambio intencional en los niveles de estrés (EBT) y examinar si estas intervenciones de autorregulación que incluían un enfoque en la alimentación saludable reducirían el impulso excesivo de comer en exceso.</p>
<p>Autores: Guzmán, E.</p> <p>Año: 2018</p> <p>Descripción: Este estudio identificó que aplicar una intervención psicoeducativa fundamentada en el Modelo de Promoción de la Salud de Pender tiene un efecto significativo en el manejo del peso en mujeres embarazadas que recibieron la intervención a diferencia de aquellas que no la recibieron.</p>
<p>Autores: Phelan, S., Wing, R., Brannen, A., McHugh, A., Hagobian, T., Schaffner, A., Jelalian, E., Hart, C., Scholl, T., Munoz-Christian, K., Yin, E., Phipps, M., Keadle, S. y Abrams, B.</p> <p>Año: 2018</p> <p>Descripción: La intervención grupal basada en la teoría de aprendizaje social, y estrategias de cambio conductual y con reemplazo parcial de comidas, redujo la ganancia de peso gestacional semanal y total, aumentó las estrategias de control de peso y la restricción cognitiva.</p>
<p>Autores: Halili, L., Liu, R., Weeks, A., Deonandan, R., y Adamo, K.</p> <p>Año: 2019</p> <p>Descripción: La Teoría de Comportamiento planificado en los estilos de vida saludables: la actitud (se debe tener cuidado) hacia un comportamiento (no subir mucho peso en el embarazo) resulta en cambios conductuales (control de peso, apego a las recomendaciones...)</p>
<p>Autores: Ferrara, A., Hedderson, M., Brown, S., Ehrlich, S., Tsai, A., Feng, J., Galarce, M., Marcovina, S., Catalano, P., y Quesenberry, C.</p> <p>Año: 2020</p> <p>Descripción: La intervención apuntó a cambios de comportamiento para el control del peso (p. ej., autopesar diariamente), alimentación saludable (p. ej., establecer metas para comer alimentos saludables en porciones adecuadas, ingesta calórica total y calorías de la grasa), actividad física (p. ej., hacer 150 min por semana de actividad física de</p>

intensidad moderada a vigorosa) y manejo del estrés para ayudar a las mujeres a alcanzar el objetivo de prueba de ganar en el límite inferior del rango recomendado. La intervención fue realizada por dietistas utilizando técnicas de entrevistas motivacionales y un enfoque gradual para el cambio de comportamiento basado en la teoría cognitiva social y el modelo transteórico.

Impacto de la intervención

Autores: Gesell, S., Katula, J., Strickland, C., y Vitolins, M.

Año: 2015

Descripción: Comparado con el grupo de atención normal, en el grupo de intervención que recibió una intervención cognitivo-conductual de estilo de vida basada en la Teoría del aprendizaje social, ocurrió que menos mujeres normopeso excedieron las recomendaciones de la IOM (47.1 % en la atención normal vs. 6.7 % intervención; diferencia absoluta 40.4 %; $p = .036$) Según la categoría de IMC antes del embarazo, el efecto de la intervención fue estadísticamente significativo para las mujeres con peso normal, pero no para las mujeres con sobrepeso u obesas.

Autores: Phelan, S., Wing, R., Brannen, A. McHugh, A. Hagobian, T. Schaffner, A. Jelalian, E., Hart, C., Scholl, T., Munoz-Christian, K., Yin, E., Phipps, M., Keadle, S. y Abrams, B.

Año: 2018

Descripción: La intervención basada en la teoría de aprendizaje social, y estrategias de cambio conductual comparada con la atención estándar, resultó en menos ganancia de peso gestacional por semana (0.33 ± 0.25 comparado con 0.39 ± 0.23 kg/sem; $P = 0.02$) y un total de ganancia de peso gestacional (9.4 ± 6.9 comparado con 11.2 ± 7.0 kg; $P = 0.03$) y redujo el porcentaje de mujeres que excedían las recomendaciones del Instituto de Medicina (IOM) respecto al peso gestacional (41.1% comparado con 53.9%; $P = 0.03$). Entre los participantes de la intervención, una mayor ingesta de reemplazo de comidas se relaciona con una tasa GPG reducida ($\beta = -0.07$; IC del 95 %: $-0.12, -0.03$; $P = 0.002$). La intervención en comparación con la atención habitual aumentó las estrategias de control de peso ($P < 0.0001$) y la restricción cognitiva ($P < 0.0001$), redujo los triglicéridos ($P = 0.03$) y resultó en una tendencia a la reducción en leptina ($P = 0.06$), glucosa en ayunas ($P = 0.09$) y presión arterial sistólica ($P = 0.06$)

Autores: Pauley, A., Hohman, E., Savage, J., Rivera, D., Guo, P., Leonard, K., y Downs, D.

Fecha: 2018

Descripción: Observamos aumento significativo en la actitud de alimentación saludable (limitar los alimentos no saludables, $p=0.046$), tendencia al aumento de la percepción de control conductual en alimentación saludable (limitar comidas no saludables $p=0.06$). Aumento significativo en autorregulación retrospectiva de ejercicio/alimentación saludable ($p=0.004$, $p= 0.0001$); (b) disminución significativa en la norma subjetiva de

alimentación saludable (limitar los alimentos no saludables) Wilks lambda = 0.094, F = 9.659, p = 0.013. Esta norma disminuyó desde la semana 1 a la 6.; (c) aumentos de tendencia para la autorregulación prospectiva de alimentación saludable e ingesta de energía; (d) tiempo activo, pasos y gasto de energía significativamente más altos en S3 (p = 0.013, p = 0.006, p = 0.088 respectivamente) en relación con otras semanas; (e) ningún aumento significativo en GPG; y, (f) un efecto de respuesta a la dosis tal que las mujeres en dosis más intensivas tuvieron mayores ganancias en el control conductual percibido de ejercicio y alimentación saludable (comer sano/limitar los alimentos poco saludables).

Autores: Guzmán, E.

Año: 2018

Descripción: Este estudio identificó que aplicar una intervención psicoeducativa fundamentada en el Modelo de Promoción de la Salud de Pender tiene un efecto significativo en el manejo del peso en mujeres embarazadas que recibieron la intervención a diferencia de aquellas que no la recibieron. Las mujeres embarazadas del grupo experimental mostraron menor aumento de peso gestacional después de la intervención que el grupo control ($= 5.18 \pm 3.01$ vs. $= 8.04 \pm 4.06$, $p = .026$) las mujeres embarazadas que recibieron la intervención reportaron mayor conocimiento sobre los parámetros de peso que se debe de aumentar durante el embarazo comparado con el grupo control, lo cual pudo haber generado concientización y motivación en las participantes para tratar de ganar el peso dentro de los parámetros recomendados.

Autores: Vieten, C., Laraia, B. A., Kristeller, J., Adler, N., Coleman-Phox, K., Bush, N., Wahbeh, H., Duncan, L y Epel, E.

Año: 2018

Descripción: Hubo aumentos significativos en alimentación consciente (conciencia de comer, $p < 0,01$) y reducciones no significativas en alimentación externa ($p = 0,09$). Hubo mejoras en tres de las cinco subescalas de atención plena del FFMQ: observar ($p < 0,0001$), no juzgar ($p = 0,03$) y no reactividad ($p = 0,002$) con una tendencia no significativa hacia la mejora en la subescala “actuar con conciencia” ($p = .08$). También hubo aumentos en la flexibilidad/aceptación psicológica AAQ (que también puede describirse como reducciones en la evitación experiencial) ($p < .0001$), y en la regulación emocional adaptativa en la tendencia a la reevaluación ($p = .002$), sin cambio en tendencia a la supresión emocional (ver Tabla 5). Hubo mejoras significativas en el estrés percibido por PSS ($p < 0,0001$) y la depresión PHQ ($p < 0,0001$) desde antes de la intervención hasta después de la intervención. Encontramos evidencia de que las mejoras en la atención plena se correlacionaron con disminuciones en el estrés, la depresión y la alimentación emocional y externa (es decir, comer para calmar la angustia o en respuesta a señales ambientales en lugar de hambre o necesidad calórica)

Autores: Laraia, B., Adler, N., Coleman-Phox, K., Vieten, C., Mellin, L., Kristeller, J., Thomas, M., Stotland, N., Lustig, R., Dallman, M., Hecht, F., Bush, N., Groat, C. y Epel, E.

Año: 2018

Descripción: Encontramos reducciones significativas y clínicamente significativas en el estrés percibido (5 puntos), los síntomas depresivos (reducción de 3.5 puntos) y la ansiedad relacionada con el embarazo para ambas intervenciones después de 8 semanas. En ambas muestras, las mujeres mostraron una reducción dentro del grupo (pre/post) en la alimentación compulsiva y la alimentación externa. Sin embargo, estas diferencias fueron pequeñas y no fueron estadísticamente significativas entre los grupos".

Autores: Ferrara, A., Hedderson, M., Brown, S., Ehrlich, S., Tsai, A., Feng, J., Galarce, M., Marcovina, S., Catalano, P., y Quesenberry, C.

Año: 2020

Descripción: En el grupo de intervención en el estilo de vida GLOW administrada principalmente por telesalud y diseñada para ser factible en entornos de atención médica, menos mujeres (48%) excedieron las pautas del Instituto de Medicina que en el grupo de atención estándar (69 %). En comparación con la atención habitual, las mujeres en la intervención de estilo de vida tenían una tasa semanal reducida de GPG media de 0,26 kg por semana [DE 0,15] frente a 0,32 kg por semana [0,13]. La intervención fue eficaz para reducir sustancialmente el exceso de GWG y mejorar la dieta durante el embarazo.

Autores: Downs, D., Savage, J., Rivera, D., Pauley, A., Leonard, K., Hohman, E. Guo, P., McNitt, K., Stetter, C., Kunselman, A.

Año: 2021

Descripción: El grupo de intervención (6,9 kg) tuvo una ganancia de peso gestacional (GPG) un 21% más bajo que los controles (8,8 kg), aunque esta diferencia no fue significativa; el grupo de intervención tenía una ingesta energética en kcal significativamente más baja que los controles después de la intervención. Las mujeres de la intervención con sobrepeso tenían casi un 55 % menos de GPG en comparación con las mujeres del grupo de control con sobrepeso, mientras que la diferencia de grupo en GWG para las mujeres con obesidad fue mínima.

Nota: elaboración propia.

La integración de la psicología en aspectos de índole nutricional, no es reciente ni desconocida. Se ha identificado que entre los factores que favorecen la aparición y mantenimiento de diversas patologías como la obesidad, se incluyen condiciones psicológicas que subyacen a conductas no saludables asociadas a la alimentación y el ejercicio. Por ejemplo, existen en la obesidad sesgos en la percepción de hambre y saciedad que conducen a atracones, picar alimentos durante el día, y la ingesta emocional (Caballero y Gálvez, 2019). Es por esta razón que se ha probado el impacto de la psicología desde

distintos enfoques terapéuticos, sobre la modificación y establecimientos de hábitos de estilo de vida saludable.

Al respecto, en la tabla anterior se identificó la aplicación de técnicas, herramientas y otros elementos psicológicos en intervenciones que pretendían mejorar el estado nutricional de las mujeres gestantes. Entre ellas se incluye: la intervención cognitivo-conductual basada en la teoría del aprendizaje social, la teoría del comportamiento planificado, la entrevista motivacional, el cambio de comportamiento basado en la teoría cognitiva social y el modelo transteórico, los grupos focales, registros de control, intervención psicoeducativa fundamentada en el Modelo de Promoción de la Salud de Pender; intervención basada en la atención plena o mindfulness; y la intervención de afrontamiento activo (Gesell et al., 2015; Halili et al., 2019; Ferrara et al., 2020; Thomas et al., 2014; Guzmán, 2018; Laraia et al., 2018).

Las anteriores mostraron ser de gran utilidad en la población de mujeres gestantes, con características particulares dentro de las cuales se mencionan las mujeres latinas de bajos ingresos y de alto riesgo (Gesell et al., 2015) y embarazadas con sobrepeso/obesidad y bajos ingresos (Thomas et al., 2014). Esto es fundamental ya que muchas de estas intervenciones, que hasta la fecha no se utilizan en el abordaje de la mujer en período de gestación, pueden ser aprovechadas para mejorar la atención clínica y mejorar los resultados obtenidos.

Estas intervenciones fueron desarrolladas con el objetivo de modificar o mejorar conductas relacionadas con la alimentación tales como: el control del peso gestacional, alimentación saludable en cuanto a porciones e ingesta calórica; actividad física, manejo de estrés, ansiedad, entre otras (Ferrara et al., 2020; Halili et al., 2019; Gesell et al., 2015). Estas mostraron efectos positivos y variados entre las mujeres gestantes:

1. Impacto sobre el peso gestacional:

Phelan et al. (2018) en su intervención de reemplazo de comidas basada en la teoría de aprendizaje social, y estrategias de cambio conductual lograron menos ganancia de peso gestacional por semana con respecto a la atención estándar, una menor ganancia de peso gestacional total y menos porcentaje de mujeres que excedían las recomendaciones del Instituto de Medicina (IOM) respecto al peso gestacional. Esto coincide con los logros de Gesell et al., (2015) pues en su grupo de intervención cognitivo-conductual de estilo de vida basada en la comunidad, menos mujeres normopeso excedieron las recomendaciones de la

IOM.

Cabe resaltar, que la intervención cognitivo-conductual ya ha probado ser el enfoque que ha tenido mayores efectos positivos a corto y mediano plazo en lo que respecta al tratamiento de la obesidad en población masculina y femenina (Caballero y Gálvez, 2019). En este caso, se puede comprobar que es útil de aplicar también en las mujeres gestantes.

Es importante destacar que Gesell et al.,(2015) y Phelan et al. (2018) obtuvieron resultados positivos en cuanto a la ganancia de peso gestacional, y en ambos casos incluyeron dentro de su intervención elementos de la teoría de aprendizaje social. Aplicaron sesiones grupales basadas en la idea del aprendizaje dentro de un contexto social, en el cual se pueden adoptar conductas saludables por medio de la observación y la imitación.

Lo anterior indica que un elemento que se debe incluir en el abordaje con las mujeres gestantes es la experiencia grupal. La mujer gestante se puede beneficiar de participar en espacios en los que pueden experimentar comprensión por parte de otras mujeres que atraviesan por esta misma etapa y constituye una oportunidad para la motivación colectiva de aprendizaje de conductas que benefician al grupo, generando también un sentido de pertenencia.

El Modelo de Promoción de la Salud de Pender aplicado en mujeres gestantes tuvo también un menor aumento de peso gestacional después de la intervención que el grupo control, y mayor conocimiento sobre los parámetros del peso que se debe de aumentar durante el embarazo, comparado con el grupo control (Guzmán, 2018). En la intervención de Downs et al., (2021) también reportaron ganancia de peso gestacional más baja que los controles. Esto ocurrió también con el grupo de intervención en el estilo de vida GLOW, administrada principalmente por telesalud; la cual redujo sustancialmente el exceso de ganancia de peso gestacional y mejoró la dieta durante el embarazo (Ferrara et al., 2020).

Lo anterior comprueba que la inclusión de elementos psicológicos en las intervenciones a mujeres gestantes, produce efectos positivos respecto a la ganancia de peso gestacional. Esto es fundamental ya que el peso constituye un predictor importante del estado nutricional de la madre, que a la vez impacta en su salud y la de su bebé a corto y largo plazo.

2. Impacto sobre la calidad de la alimentación:

Laraia et al., (2018) en su intervención basada en la atención plena y afrontamiento activo las mujeres mostraron una reducción dentro del grupo (pre/post) en la alimentación

compulsiva y la alimentación externa. Por su parte Downs et al., (2021) obtuvo como resultados, en el grupo de intervención, una ingesta energética en kcal significativamente más baja que los controles después de la intervención. A partir de la intervención de Phelan et al. (2018) se logró la reducción de los niveles de triglicéridos en sangre y se observó en las participantes una tendencia a la reducción de los niveles de leptina, glucosa en ayunas y presión arterial sistólica; todo estos cambios bioquímicos positivos son el resultado de las mejorías en la calidad de la dieta. Además la intervención produjo una reducción en el porcentaje de ingesta calórica correspondiente a grasa. Estos logros sumados a la adopción de prácticas de control de peso, automonitoreo, estrategias de dieta y ejercicio y afrontamiento psicológico; dan como resultado la mejora en los patrones de alimentación.

3. Impacto sobre las actitudes y habilidades hacia la conducta alimentaria

Pauley et al., (2018) observaron un aumento significativo en la actitud de alimentación saludable, la percepción de control conductual en alimentación saludable, la autorregulación retrospectiva de ejercicio/alimentación saludable, autorregulación prospectiva de alimentación saludable e ingesta de energía. El aumento en las estrategias de control de peso y la restricción cognitiva se logró en la intervención de Vieten et al. (2018).

Según Phelan et al. (2018), su intervención logró aumentos en las medidas de atención plena, flexibilidad psicológica (aceptación), además de mejoras en las cinco subescalas de atención plena. Estas modificaciones se asociaron con logros positivos, como disminuciones en la angustia (estrés y depresión), el comportamiento alimentario autoinformado y la alimentación emocional y externa (es decir, comer para calmar la angustia o en respuesta a señales ambientales en lugar de hambre o necesidad calórica).

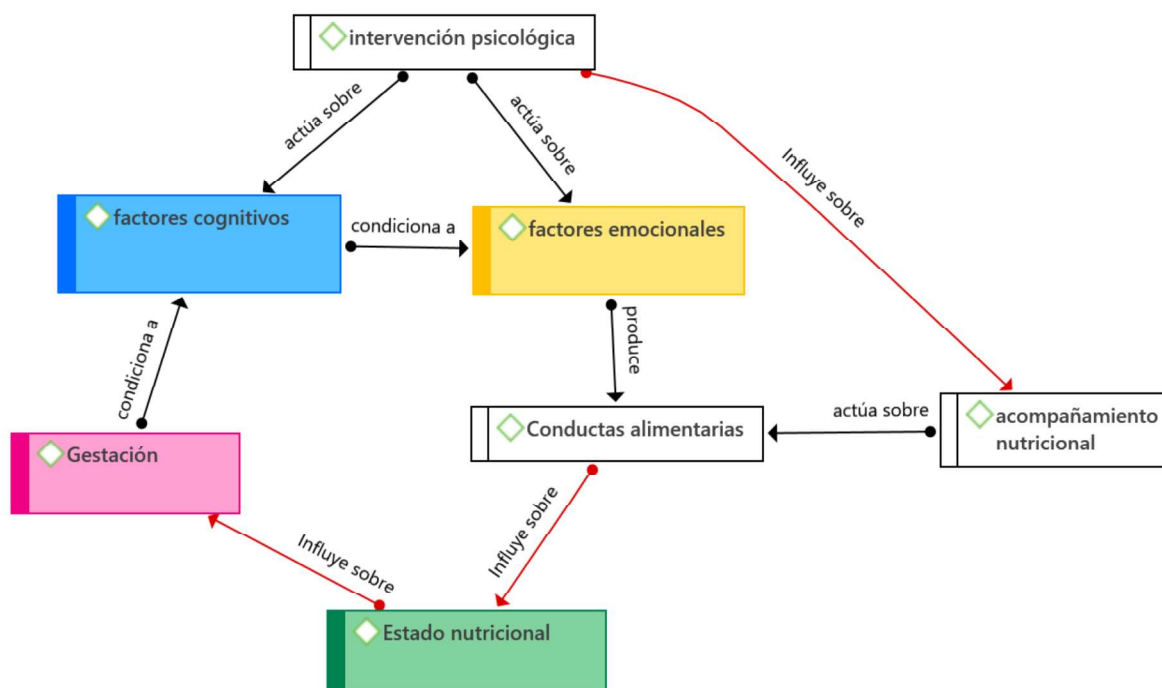
Lo anterior es una muestra de que la conducta alimentaria depende de ciertas habilidades y actitudes, que al estar presentes en la persona, facilitan la adopción de hábitos saludables de una forma más consistente.

Teoría fundamentada: Relación entre la psicología y la nutrición

A continuación se examina la relación de los factores cognitivos-emocionales e intervención psicológica de la mujer embarazada con su estado nutricional, lo cual corresponde al objetivo 4 de la presente investigación.

Figura 3

Relación de los factores cognitivos-emocionales e intervenciones psicológicas de la mujer embarazada con su estado nutricional



Nota: elaboración propia

En la figura anterior se puede observar el proceso cíclico que se presenta entre los factores cognitivos y emocionales, el estado nutricional y la etapa de gestación. Se trata de un proceso cíclico que mantiene una influencia continua entre las variables, y que puede ser modificado a través de la intervención psicológica y el acompañamiento nutricional.

Se tiene como origen a la gestación, como un proceso que ya *per se*, constituye una gran cantidad de cambios en la mujer y de diversa índole. El embarazo condiciona muchos de los factores cognitivos; tal como se observó en el análisis, estos factores son mayormente pensamientos que siendo racionales o irracionales forman el inicio de una cadena de comportamiento. Este punto en el ciclo está muy influido por el patrón de pensamiento que cada mujer ha sostenido de previo al embarazo, pero esta etapa puede llevar a disminuir, exacerbar o eliminar por completo estas cogniciones.

A partir de estos pensamientos, que en su gran mayoría son automáticos, continúan en la cadena, los factores emocionales. Dado que las emociones son detonadas por estímulos

que son interpretados de manera particular por cada individuo, es necesario visualizarlos como factores condicionados por lo cognitivo.

Estos dos elementos juntos son los que llevan a la ejecución de conductas, ya sean saludables o no. Es decir, las conductas no aparecen por sí solas, sino que se entienden bajo el contexto de la carga emocional y psicológica que experimenta la mujer, y en particular, durante la gestación.

Al considerar por sí solo el acompañamiento nutricional, se observa que la influencia es directa sobre las conductas de las personas. Se suele hacer un énfasis mayor sobre el control de peso, el tipo y cantidad de alimentos que se consumen, y el entorno que rodea a este consumo (sea en casa, fuera de casa, viendo televisión, entre otros). Aunque estas son las conductas que de manera consecuente producen los mayores efectos sobre el estado nutricional, la intervención que inicie en este punto, tiene limitaciones.

Al respecto, se considera que la intervención psicológica interviene en puntos anteriores del ciclo, es decir, permite trabajar en áreas más profundas de la persona, que son las que facilitan o dificultan el inicio o mantenimiento de conductas deseadas.

Es importante considerar que a su vez, lo cognitivo-emocional no es un tema fácil de abordar, dado que viene influenciado por un aspecto importante que se mencionó por parte de una de las profesionales, que corresponde a los estresores psicosociales.

GEME: Una guía especializada para acompañar a la mujer gestante

A partir de la teoría, se confirma que la mujer gestante requiere de un acompañamiento que busque cuidar su estado nutricional desde la comprensión e integración psicológica.

Queda claro que el embarazo es una etapa crucial que demanda de los recursos de la madre en distintos niveles, y que es impactada por múltiples factores; por lo que es necesario el acercamiento a la mujer considerando no solo su realidad gestacional sino todos los elementos individuales y sociales que la rodean. Entre estos están incluidos los factores cognitivos y emocionales, los cuales ejercen un papel determinante en la adherencia positiva a las recomendaciones de salud. Es por esto que planteo una propuesta de guía con la denominación GEME: Guía Especializada para acompañar a la Mujer Gestante. Esta ofrece

a la intervención clínica una serie de pasos que es necesario abordar para ofrecer a la mujer embarazada una atención profesional individualizada a sus necesidades:

- PASO 1. Identificación de la mujer

Es importante iniciar la fase de intervención, estableciendo la identificación de la madre en términos clínicos, socio-económicos y psicológicos. Se trata de un compendio de la anamnesis nutricional en la que se incluyen aspectos clínicos, bioquímicos, antropométricos y dietéticos; que incorpora además los aspectos más importantes de su entorno socioeconómico, considerando clase económica, ingreso, educación, trabajo, lugar de vivienda y entorno social.

La anamnesis nutricional se una a la ficha psicológica, en la cual se debe incluir una descripción detallada de la persona en términos de trastornos mentales, historia de vida, habilidades y fortalezas de la mujer. También se deben incluir las principales cogniciones y emociones que la mujer está experimentando en relación con su embarazo, considerando su relación con ella misma, el progenitor de la criatura, su bebé, y su entorno social extendido.

Lo ideal es generar esta ficha de manera temprana, es decir antes de la concepción, o en las primeras semanas; sin embargo, aunque esto no sea posible, es vital no omitir este paso.

- PASO 2. Ubicación en la línea.

A partir de la información anterior los profesionales de salud, especialmente de nutrición y psicología deben ubicar a cada madre un punto de la línea de vida saludable. Esto quiere decir que tendrán que posicionar a cada individuo en una situación de riesgo alto, medio o bajo según sea su estado; y en una posición de cambio realista que se puede basar en los estadios de cambio de Prochaska: precontemplación, contemplación, acción, mantenimiento y recaída.

- PASO 3. Autoconocimiento

El autoconocimiento consiste en la creación que la mujer realiza de su propia ficha. Se trata de una ficha con un formato más libre, pues dependerá de ella misma. En esta se incluye la percepción que ella misma tiene sobre su salud física y psicológica.

Este es también el espacio en el que se exponen los pensamientos y emociones que la mujer tiene en relación con su embarazo. Se enfoca en la identificación de estos elementos y el impacto que tienen sobre su vida en términos de salud.

El objetivo de la creación de esta ficha es la concientización y sensibilización que la mujer experimenta acerca de ella misma.

- PASO 4. Modificando las cogniciones

Una vez que se realizó la evaluación de su conocimiento, de sus actitudes, de sus pensamientos, se procede a dos pasos fundamentales: fortalecer todas aquellas creencias y hábitos funcionales y realizar una reestructuración cognitiva de los pensamientos irracionales.

Al realizar la reestructuración cognitiva es necesario identificar los patrones de pensamiento que se presentan actualmente y también aquellos que se han sostenido a lo largo del tiempo pasado. Es importante identificar las creencias centrales y comenzar el debate cognitivo, que genere nuevos pensamientos más funcionales.

Es importante lograr que los pensamientos dejen de ser automáticos, es decir que las mujeres logren identificarlos en su vida cotidiana. Esto se puede lograr mediante el establecimiento de tareas que permitan realizar este ejercicio de consciencia diariamente.

- PASO 5. Equipando a la mujer

Las modificaciones o refuerzos que se realicen sobre los pensamientos de las mujeres, las llevarán a tener creencias y emociones distintas. Por lo que es necesario entrenarlas en el manejo de estos cambios con técnicas cognitivo-conductuales como el debate cognitivo, la respiración y relajación, el entrenamiento en resolución de problemas y otras más.

- PASO 6. Lista para cambiar

En este punto las mujeres están listas para asumir un nuevo patrón conductual, una vez que modificaron sus pensamientos y sus emociones. Partiendo de la teoría de que las actitudes positivas y la alta eficacia condicionan al cambio conductual positivo, se realiza todo un proceso de preparación previo para este momento, en el que se brindan las instrucciones nutricionales.

Esta fase es ideal acompañarla con acuerdos o contratos personales. Se trata de un acuerdo que la mujer tiene con ella misma de comprometerse a iniciar la ejecución de conductas saludables dentro de la racionalidad, es decir, caracterizándose por la flexibilidad, comprensión y persistencia necesarias para que el cambio no se convierta en algo disfuncional.

- PASO 7. Jugar con el cambio y sus barreras. No dejes de luchar

Este paso es de reforzamiento de lo que ha logrado llevar a la práctica la mujer, pero también es una fase para que se discutan las barreras que se han presentado hasta el momento y se realice un análisis de estas, identificando los elementos que provienen de sus propios pensamientos y emociones, ante lo cual se realiza nuevamente debate y reestructuración cognitiva.

En cuanto a los elementos externos se analiza el control de cambio que ellas pueden ejercer sobre estos, y cómo pueden resolver aquellos sobre los que no pueden tener mayor injerencia.

No existe un paso final, porque se debe comprender que la mujer no deja su proceso cuando culmina el embarazo, sino que lo continúa, con nuevos desafíos en el posparto y en las etapas posteriores de la maternidad. Ante este escenario se plantea la necesidad de ofrecer contención en las siguientes etapas que vive la mujer. Es común que empiece a dedicar el mayor porcentaje de sus esfuerzos al bebé y a sus hijos, y se descuida a ella misma, sin concientizar en el impacto negativo que esto tiene sobre sí y también sobre su familia, a corto y largo plazo.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

A continuación se presentan las principales conclusiones, que surgen del proceso de investigación acerca del impacto que los factores cognitivos-emocionales y las intervenciones psicológicas tienen sobre el estado nutricional de la mujer gestante; la cual integró el análisis documental y las entrevistas a profesionales.

- En primer lugar, se concluye los factores cognitivos tienen una repercusión importante sobre el estado nutricional de la mujer gestante. Los pensamientos que tienen las mujeres respecto a la alimentación, el ejercicio y demás prácticas saludables que se deben tener durante el embarazo, son determinantes para la ejecución de los mismos. Estos pensamientos se ven condicionados por la forma en que la mujer piensa acerca de sí misma, en función a su peso, su imagen corporal, su autoeficacia y su locus de control.
- Respecto a los factores emocionales, se concluye que estos tienen el potencial de conducir a la mujer a cambios en sus patrones de estilo de vida, particularmente el comportamiento alimentario. Tanto las emociones placenteras, como las displacenteras, tienen un efecto sobre la relación que la mujer adopta con su alimentación, ya sea para consumir en exceso o de manera insuficiente. Esto está permeado por el pasado manejo emocional de la mujer previo a su embarazo, pero también por su contexto inmediato.
- La intervención psicológica desde diferentes enfoques terapéuticos, ha probado ser útil para mejorar aquellas variables que determinan el estado nutricional de la mujer embarazada. Está comprobado que se producen efectos positivos en la ganancia de peso gestacional, la calidad de la dieta en cuanto a la ingesta calórica, y sobre aquellas actitudes y habilidades que se requieren para mejorar el comportamiento alimentario.
- Los factores cognitivos-emocionales de la mujer gestante se encuentran en una muy estrecha relación, siendo que los primeros condicionan a los segundos. Las cogniciones de la mujer, conllevan a estados emocionales que culminan en conductas saludables o no saludables; y estas últimas son las que determinan el estado nutricional de la persona.
- La intervención psicológica trabaja sobre este binomio de factores cognitivo-emocionales, de manera tal, que permite que las conductas finales resulten ser funcionales para la persona y repercutan de manera positiva sobre su estado nutricional.
- Los factores cognitivos de la mujer gestante condicionan el estado o respuesta emocional y a su vez, estos dos condicionan las conductas que se ejercen en relación con la alimentación, el control del peso corporal y demás comportamientos propios

de un estilo de vida saludable, lo cual en última instancia determinan el estado nutricional de la mujer embarazada.

- La intervención psicológica, al modificar los factores cognitivos-emocionales, ya sea para controlarlos, aumentarlos o eliminarlos, logra como resultado final, una mejora en los comportamientos relacionados con el estado nutricional. Está comprobado que la intervención psicológica mejora el peso corporal, la calidad de la alimentación, y las actitudes y habilidades que son necesarias para tener patrones conductuales saludables.

Recomendaciones

A continuación se presentan las principales recomendaciones que surgen de la investigación acerca del impacto que los factores cognitivos-emocionales y las intervenciones psicológicas tienen sobre el estado nutricional de la mujer gestante. Además, se establecen recomendaciones específicas dirigidas a los futuros investigadores y a los profesionales de psicología y nutrición.

- Como parte de la preparación que se da a la mujer para su maternidad es crítico intervenir en el factor cognitivo, al entender que los patrones de pensamiento son la antesala a las emociones y conductas de la mujer. Es por esto por lo que es necesario ofrecer guía y acompañamiento psicológico desde los primeros momentos, no solo del embarazo, sino desde que se planea o se desea la concepción, cuando esto es posible.
- Dado que la mayor parte del tiempo la identificación de conflictos psicológicos aparece cuando la persona señala conflictos con su estado emocional, es importante que se le den herramientas a las mujeres gestantes, para conocer y controlar sus emociones, pero también para comprender de dónde vienen y el impacto que estas tienen sobre sus conductas diarias. La sensibilización respecto a las emociones es necesaria también durante el proceso de embarazo y previo a este también.
- Dado que la intervención psicológica tiene tanto impacto sobre variables importantes del estado nutricional, es importante considerar que se ofrezca a la madre un acompañamiento psicológico que sirva como preparación a la asesoría nutricional en

el mejor de los casos; o que se ofrezca en conjunto o de manera simultánea el aporte de ambas disciplinas.

A los psicólogos

- Es importante brindar un acompañamiento a la mujer gestante, ofreciéndole la capacitación necesaria, desde lo cognitivo y lo emocional, para que sobrelleve su embarazo de la forma más saludable posible.
- Aunque la mujer está atravesando por numerosos cambios que la afectan psicológicamente, es necesario que los profesionales en psicología sean coherentes con el mensaje de que la salud física de la madre sigue siendo de suma relevancia, no solo por su bebé, sino por ella misma; y no solo por el período gestacional, sino para resto de la vida.

A los nutricionistas

- Es vital que las profesionales en nutrición aconsejen a las mujeres gestantes de manera individualizada; esto no significa únicamente una la elaboración de un menú o dieta que se ajuste a sus requerimientos físicos, sino que esté contextualizada a su realidad psicológica. Es decir, debe considerar el estado cognitivo y emocional que la mujer tiene, no solo durante la gestación, sino el pregestacional.
- Es necesario que consideren que la adquisición y mantenimiento de conductas saludables que una mujer puede tener durante la gestación, no dependen solo del adecuado manejo nutricional, sino del patrón de pensamientos y el estado emocional de la persona. Por lo que es importante motivar y acompañar desde la comprensión de la integralidad de la persona.

A futuras investigaciones

- Analizar el impacto de la intervención psicológica acompañada de la guía nutricional a lo largo de los tres trimestres del embarazo, para identificar diferencias entre cada período y verificar el impacto a lo largo de todo el período gestacional.

- Considerar realizar investigaciones en las que se compare la efectividad de la atención del psicólogo por separado del nutricionista, ambos acompañando a la mujer gestante; y la atención de la mujer a partir de un programa que integre los elementos más importantes de ambas disciplinas.
- Analizar la relación de los estresores psicosociales sobre los factores cognitivo-emocionales que están directamente relacionados con el estado nutricional.
- Realizar investigación de los factores cognitivo-emocionales sobre el estado nutricionales de las mujeres gestantes en Costa Rica.

Referencias

- Aguilar, S., Barja, J., y Cerda, M. (2020). Estrés durante el embarazo como factor de riesgo para el bajo peso del recién nacido. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(2), 287–299.
- Alpízar Quirós, G. M. 1. (2015). *Caracterización clínica y nutricional de las mujeres gestantes adultas con exceso de peso que asistieron a consulta externa de nutrición de la Clínica Dr. Marcial Rodríguez Conejo del Área de Salud Alajuela Norte, durante el período de setiembre del 2013 a setiembre del 2014*. [Tesis de licenciatura]. Universidad de Costa Rica.
- Andina-Díaz, E., Vieira, M. y Siles-González, J. (2021). Creencias y prácticas alimentarias en embarazo y puerperio: aplicación del Modelo de Tradiciones de Salud. *Enfermería Global*, 20(1), 98–109. <https://doi.org/10.6018/eglobal.413651>
- Araque, A.; Medina, M., & Abad, M. (2015). Estado emocional de mujeres primigestas con embarazo en vías de prolongación. *Investigación y Educación En Enfermería*, 33(1), 92-101. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/emotional-state-primigravid-women-with-pregnancy/docview/1661098851/se-2>
- Bados, A. (2008). *La intervención psicológica: características y modelos*. Universidad de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf>
- Barrantes, G., Chan, P., Sancho, A., Schmidt, M. y Sheik, A. (2013). *Estado nutricional, percepción de la imagen y del peso corporal de la mujer gestante adulta atendida en la Oficina de Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica durante el año 2012-2013*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Costa Rica.
- Behar, R. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria, embarazo y puerperio. *Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander* 26 (1): 21-8.
- Betts, G. M., Lipsky, L. M., Temmen, C. D., Siega-Riz, A. M., Faith, M. S., & Nansel, T. R.

- (2021). Poorer mental health and sleep quality are associated with greater self-reported reward-related eating during pregnancy and postpartum: observational cohort study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18(1), 58.
- Blau, L. E., Lipsky, L. M., Dempster, K. W., Colman, M. H. E., Siega-Riz, A. M., Faith, M. S., & Nansel, T. R. (2020). Women's Experience and Understanding of Food Cravings in Pregnancy: A Qualitative Study in Women Receiving Prenatal Care at the University of North Carolina–Chapel Hill. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 120(5), 815-824.
- Bogaerts, A., Devlieger, R., Nuyts, E., Witters, I., Gyselaers, W., y Van den Bergh, B. (2013). Effects of lifestyle intervention in obese pregnant women on gestational weight gain and mental health: a randomized controlled trial. *International Journal of Obesity*, 37(6), 814-821. doi:10.1038/ijo.2012.162
- Borelli, M., Mayorga, M., de la Vega, S., Contreras, N., Tolaba, A. y Passamai, M. (2016). Estado Nutricional y Percepción de la Imagen Corporal de Embarazadas asistidas en Centros de Salud de Salta Capital, Argentina. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 20(3): 174 - 179. doi: 10.14306/renhyd.20.3.207.
- Brandão, T., Felizardo de Moraes, C., Masterson, D., dos Santos, K., de Carvalho, P., Saunders, C., Moraes, C., Ferreira, D., Santos, K., y Padilha, P. (2020). Exceso de peso pregestacional y resultados maternos adversos: una revisión sistemática de estudios previos en Brasil. *Nutrición Hospitalaria*, 37(2), 384–395. <https://doi.org/10.20960/nh.02851>
- Brown, S., Hedderson, M., Ehrlich, S., Galarce, M., Tsai, A., Quesenberry, C., y Ferrara, A. (2019). Gestational weight gain and optimal wellness (GLOW): rationale and methods for a randomized controlled trial of a lifestyle intervention among pregnant women with overweight or obesity. *BMC Pregnancy and Childbirth* 19 (1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2293-8>
- Caballero, N. y Gálvez, C. (2019). *Manual de intervenciones cognitivo-conductuales aplicadas a enfermedades crónicas*. Editorial El Manual Moderno, México.

- Carrillo-Mora, P., García-Franco, A., Soto-Lara, M., Rodríguez-Vásquez, G., Pérez-Villalobos, J., y Martínez-Torres, D. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de La Facultad de Medicina de La UNAM*, 64(1), 39–48. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07>
- Carrizo, E., Domini, J., Quezada, R., Serra, S., Soria, E., & Agustin, R. M. (2020). Variaciones del estado cognitivo en el puerperio y sus determinantes: una revisión narrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(8) <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.26232018>
- Chang, M., Brown, R., Nitzke, S., Smith, B., & Eghtedary, K. (2015)a. Stress, sleep, depression and dietary intakes among low-income overweight and obese pregnant women. *Maternal and child health journal*, 19, 1047-1059.
- Chang, M. W., Brown, R., & Nitzke, S. (2016). Fast food intake in relation to employment status, stress, depression, and dietary behaviors in low-income overweight and obese pregnant women. *Maternal and child health journal*, 20, 1506-1517.
- Chang, M., Nitzke, S., Buist, D., Cain, D., Horning, S., & Eghtedary, K. (2015)b. I am pregnant and want to do better but I can't: Focus groups with low-income overweight and obese pregnant women. *Maternal and child health journal*, 19, 1060-1070.
- Clark, D., Beck, A. y Moreno, B. (2016). *Manual práctico para la ansiedad y las preocupaciones: la solución cognitiva conductual (2a. ed.)*. Editorial Desclée de Brouwer. <https://elibro.net/es/ereader/ulatinacr/127905?page=63>
- Davis, S. y Palladino, J. (2007). *Psicología*. Pearson Educación. <https://www.ebooks7-24.com:443/?il=3796>
- Del Castillo, S., y Poveda, N. (2021). La importancia de la nutrición en la mujer gestante. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 72(4), 339–345.
- Díaz, M., Ruiz, M. y Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo-conductuales*. Bilbao (España): Desclée de Brouwer.
- Downs, D. S., Savage, J. S., Rivera, D. E., Pauley, A. M., Leonard, K. S., Hohman, E. E., ... & Kunselman, A. (2021). Adaptive, behavioral intervention impact on weight gain, physical activity, energy intake, and motivational determinants: results of a feasibility trial in pregnant women with overweight/obesity. *Journal of behavioral medicine*, 44(5), 605-621.

- Driscoll, A. y Gregory E. (2020) Increases in prepregnancy obesity: United States, 2016–2019. *National Center for Health Statistics Data Brief* (392).
- Durán, T. (2018). *Influencia de la conducta alimentaria en la pérdida de peso de personas dietantes del PREANU-UCR*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad de Costa Rica.
- Estrada, E., López, M., Pérez-Gallardo, L., Guadarrama, R. y Gaona, L. (2020). Relación de la grasa corporal. *Archivos Latinoamericanos De Nutrición*, 70(3) <https://www.proquest.com/scholarly-journals/relación-de-la-grasa-corporal-con-alimentación/docview/2499345944/se-2>
- Farhodimoghadam, M., Heydarpour, S., Salari, N., y Jaberghaderi, N. (2020). The Effect of Cognitive-Behavioral Counseling on Lifestyle in Pregnant Women: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of Medicine & Life*, 13(2), 187–194. <https://doi.org/10.25122/jml-2019-0163>
- Feng, Y. Y., Yu, Z. M., van Blyderveen, S., Schmidt, L., Sword, W., Vanstone, M., ... & McDonald, S. D. (2021). Gestational weight gain outside the 2009 Institute of Medicine recommendations: novel psychological and behavioural factors associated with inadequate or excess weight gain in a prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1-12.
- Ferrara, A., Hedderson, M., Brown, S., Ehrlich, S., Tsai, A. L., Feng, J., Galarce, M., Marcovina, S., Catalano, P., & Quesenberry, C. P. (2020). A telehealth lifestyle intervention to reduce excess gestational weight gain in pregnant women with overweight or obesity (GLOW): a randomised, parallel-group, controlled trial. *The lancet. Diabetes & endocrinology*, 8(6), 490–500. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30107-8](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30107-8)
- Fletcher et al. (2018). Maternal Conception of Gestational Weight Gain Among Latinas: A Qualitative Study. *Health Psychology* 37(2): 132-138.
- Flores-Peña, Y., Rocha-Aguirre, L., Cárdenas-Villareal, V., Haslan, D., Mejía, A. y Sanders, M. (2015). Conductas del estilo de vida del hijo relacionadas con el peso y autoeficacia materna para manejarlas. *Nutrición Hospitalaria* 32 (1), 144-159.

- Forbes, L. E., Graham, J. E., Berglund, C., & Bell, R. C. (2018). Dietary change during pregnancy and women's reasons for change. *Nutrients*, *10*(8), 1032.
- García, E., García, B., Jiménez, M., Martín, M. y Domínguez, J. (2010). *Psicología de la Emoción*. Editorial Universitaria Ramon Areces. Madrid
- García-Laez, C. (2017). *Influencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria durante el embarazo: una revisión de la literatura*. (Trabajo de Fin de Grado). Universidad de Jaén.
- Gesell, S., Katula, J., Strickland, C., y Vitolins, M. (2015). Feasibility and Initial Efficacy Evaluation of a Community-Based Cognitive-Behavioral Lifestyle Intervention to Prevent Excessive Weight Gain During Pregnancy in Latina Women. *Maternal and child health journal*, *19*(8), 1842–1852. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1698-x>
- Gil, A, Martínez, E., y Ruiz, M. (2019). *Nutrición y Salud Conceptos esenciales*. Editorial Panamericana, Madrid
- Goleman, D. (2010). *Inteligencia emocional*, Editorial Kairos. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/unintcostarica-ebooks/detail.action?docID=678707>.
- Gómez, E. (2018). Guía de atención psicológica de la mujer con complicaciones obstétricas. *Perinatología y reproducción humana* *32* (2): 85-92
- Gordillo, F., Mestas, L., Arana, J., Salvador, J., Gordillo, A. y Tinao, J. (2011). ¿ Son relevantes los procesos volitivos y de autorreflexión en los programas de reducción de peso?. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, *2*(2), 94-103.
- Grande, M. y Román, M. (2021). *Nutrición en la primera etapa del ciclo vital: embarazo, posparto, infancia y adolescencia*. Editorial Brujas. <https://elibro.net/es/lc/ulatinacr/titulos/219957>
- Grenier, L., Atkinson, S., Mottola, M., Wahoush, O., Thabane, L., Xie, F., Vickers, J., Moore, C., Hutton, E. y Murray-Davis, B. (2019). Be healthy in pregnancy: exploring factors that impact pregnant women's nutrition and exercise behaviours. *Maternal & child*

- nutrition*, 17(1), e13068.
- Guimarães, F., Da Silva, F., Bem, A., De Holanda, V., De Sousa, G. y Albuquerque, J. (2019). Enfermedad mental en mujeres embarazadas. *Enfermería Global*, 18(53), 499-534. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.328331>
- Guzmán Ortiz, E. (2018). *Intervención psicoeducativa basada en el modelo de promoción de la salud para el manejo de peso en mujeres embarazadas*. (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Halili, L., Liu, R. H., Weeks, A., Deonandan, R., & Adamo, K. B. (2019). High maternal self-efficacy is associated with meeting Institute of Medicine gestational weight gain recommendations. *PLoS ONE*, 14(12), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226301>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill
- Huberty, J., Leiferman, J., Kruper, A., Jacobson, L., Waring, M., Matthews, J., Wischenka, D., Braxter, B., y Kornfield, S. (2017). Exploring the need for interventions to manage weight and stress during interconception. *Journal of behavioral medicine*, 40(1), 145–158. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9813-z>
- Jackson, C. R. (2017). *Programa de psicoterapia cognitivo conductual en un grupo de 12 mujeres embarazadas de 20 a 35 años, que padecen de estrés* (Tesis Doctoral), Universidad de Panamá.
- Kieffer, E., Caldwell, C., Welmerink, D., Welch, K., Sinco, B. y Guzmán, R. (2013). Effect of the Healthy MOMs Lifestyle Intervention on Reducing Depressive Symptoms Among Pregnant Latinas. *American Journal of Community Psychology* 51, 76–89. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9523-9>
- Laraia, B. A., Adler, N. E., Coleman-Phox, K., Vieten, C., Mellin, L., Kristeller, J. L., ... & Epel, E. (2018). Novel interventions to reduce stress and overeating in overweight pregnant women: a feasibility study. *Maternal and child health journal*, 22, 670-678.
- Lindsay, A. C., Machado, M. M. T., Wallington, S. F., & Greaney, M. L. (2019). Sociocultural and interpersonal influences on Latina women's beliefs, attitudes, and experiences with gestational weight gain. *Plos one*, 14(7), e0219371.
- López, L., Poy, M., Barretto, L., y Calvo, E. (2018). Variabilidad en la ingesta de nutrientes

- durante el embarazo en una cohorte de mujeres argentinas. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 68(3), 190–201. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=lth&AN=134307603&lang=es&site=ehost-live>.
- Márquez Hernández, A. (2019). *Conocimiento sobre ganancia de peso, actitud hacia la imagen corporal y ganancia de peso gestacional en la embarazada* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Marín, D. (2013). *Influencia de la personalidad y las variables cognitivo-afectivas en el embarazo y puerperio*, (Tesis doctoral). Universidad Rey Juan Carlos.
- Martínez, R., Jiménez, A., Peral-Suárez, Á., Bermejo, L., Rodríguez-Rodríguez, E., y Bermejo, L. M. (2020). Importancia de la nutrición durante el embarazo. Impacto en la composición de la leche materna. *Nutrición Hospitalaria*, 37, 38–42. <https://doi.org/10.20960/nh.03355>
- Maxwell, C. y Farine, D. (2017). *Pregnancy and Obesity*. De Gruyter. Berlin.
- McDonald, S. D., Park, C. K., Timm, V., Schmidt, L., Neupane, B., & Beyene, J. (2013). What psychological, physical, lifestyle, and knowledge factors are associated with excess or inadequate weight gain during pregnancy? A cross-sectional survey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(12), 1071-1082.
- McDonald, S. D., Yu, Z. M., van Blyderveen, S., Schmidt, L., Sword, W., Vanstone, M., Biringer, A., McDonald, H. y Beyene, J. (2020). Prediction of excess pregnancy weight gain using psychological, physical, and social predictors: a validated model in a prospective cohort study. *PLoS One*, 15(6), e0233774.
- Medina, D., Estrada, M., Hurtado, M., Sánchez, C., y León, M. (2019). Factores Socio-Económicos y Emocionales que influyen en la nutrición de las gestantes atendidas en el Centro Piloto de Atención Integral de Salud Docente. La Huaracilla-Cajamarca-2017. *Revista Cajamarca*, 16(2), 111-122.
- Meireles, J. F. F., Neves, C. M., Carvalho, P. H. B. D., y Ferreira, M. E. C. (2017). Body image, eating attitudes, depressive symptoms, self-esteem and anxiety in pregnant women of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 437-445.
- Mendoza, M. (2021). *Acompañamiento psicoterapéutico en el proceso de pérdida de peso*

de una paciente con obesidad. [Tesis de Maestría]. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.

- Ministerio de Salud, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Instituto Costarricense sobre Drogas. (2009). *Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009. Fascículo 1: Antropometría*. <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Encuesta%20Nacional%20de%20Nutrición.%20Fasc%C3%ADculo%201.%20Antropometr%C3%ADa.pdf>
- Monterrosa-Castro, Á., Rodelo-Correa, A., Monterrosa-Blanco, A., & Morales-Castellar, I. (2022). Factores psicosociales y obstétricos asociados con depresión, ansiedad o estrés psicológico en embarazadas residentes en el Caribe colombiano. *Ginecología y Obstetricia de México*, *90*(2), 134–147. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i2.7248>
- Morris, C. y Maisto, A.(2014). *Psicología*. Pearson Educación. <https://www.ebooks7-24.com:443/?il=3705>
- Mousa, A., Naqash, A., y Lim, S. (2019). Macronutrient and Micronutrient Intake during Pregnancy: An Overview of Recent Evidence. *Nutrients*, *11*(2), 443. <https://doi.org/10.3390/nu11020443>
- Most, J., Rebello, C. J., Altazan, A. D., Martin, C. K., St Amant, M., & Redman, L. M. (2019). Behavioral determinants of objectively assessed diet quality in obese pregnancy. *Nutrients*, *11*(7), 1446.
- Munares, O., Gómez, G. y Sánchez, J. (2011). Estado nutricional de gestantes atendidas en servicios de salud del Ministerio de Salud, Perú 2011. *Revista Peruana de Epidemiología* *17* (1).
- Nagourney, E. M., Goodman, D., Lam, Y., Hurley, K. M., Henderson, J., & Surkan, P. J. (2019). Obese women’s perceptions of weight gain during pregnancy: a theory-based analysis. *Public health nutrition*, *22*(12), 2228-2236.
- Nansel, T. R., Lipsky, L. M., Faith, M., Liu, A., & Siega-Riz, A. M. (2020). The accelerator, the brake, and the terrain: associations of reward-related eating, self-regulation, and the home food environment with diet quality during pregnancy and postpartum in the pregnancy eating attributes study (PEAS) cohort. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *17*(1), 1-11.

- Neupane, B., McDonald, S. D., & Beyene, J. (2015). Identifying determinants and estimating the risk of inadequate and excess gestational weight gain using a multinomial logistic regression model. *Open Access Medical Statistics*, 5, 1.
- Nikolopoulos, H., Mayan, M., MacIsaac, J., Miller, T., & Bell, R. C. (2017). Women's perceptions of discussions about gestational weight gain with health care providers during pregnancy and postpartum: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 1-9.
- Olaverri, R. (2018). *El rol del psicólogo en el ámbito de la psicología perinatal*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de la República de Uruguay.
- Papalia, D. y Martorell, G. (2021). *Desarrollo humano* (14^a.ed.). McGraw-Hill. México
- Pauley, A., Hohman, E., Savage, J., Rivera, D., Guo, P., Leonard, K., y Downs, D. (2018). Gestational weight gain intervention impacts determinants of healthy eating and exercise in overweight/obese pregnant women. *Journal of obesity*, 2018 (12).
- Peña, E. y Reidl, L. (2015). Las emociones y la conducta alimentaria. *Acta de investigación psicológica* 5 (3), 21082-2193.
- Peña, T. y Pirela, J. (2007). La complejidad del análisis documental. *Información, cultura y sociedad* 16. 55-81. <https://www.redalyc.org/pdf/2630/263019682004.pdf>
- Phelan, S., Wing, R. R., Brannen, A., McHugh, A., Hagobian, T. A., Schaffner, A., ... & Abrams, B. (2018). Randomized controlled clinical trial of behavioral lifestyle intervention with partial meal replacement to reduce excessive gestational weight gain. *The American journal of clinical nutrition*, 107(2), 183-194.
- Rodríguez, C. y Moreno, A. (2021). Evaluación de dos tratamientos psicológicos para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa. *Psicología y Salud* 31: 69-79.
- Rodrigues, D., Rangel, T., Freitas-Costa, N., Araújo, M., Gonzalez, M. y Kac, G. (2021). Maternal mental health and gestational weight gain in a Brazilian Cohort. *Scientific Reports*. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-90179-6>
- Romero, B., Caparrós, R., Strivens, H., y Peralta, M. (2017). ¿Puede el índice de masa corporal pregestacional relacionarse con el estado psicológico y físico de la madre durante todo el embarazo? *Nutrición Hospitalaria*, 35(2), 332-339. <https://doi.org/10.20960/nh.1192>
- Saladin, K. (2021). *Anatomía y fisiología: La unidad entre forma y función*. (9^a. ed.) McGraw-

- Hill. México.
- Salinas-Rehbein, B., Schleef, J., Neira-Vallejos, S., y Ortiz, M. S. (2022). Apoyo social y obesidad: el papel de los síntomas depresivos y la alimentación emocional en un modelo estratificado por sexo. *Global Health Promotion*, 29(4), 171-179. <https://doi.org/10.1177/17579759221076584>
- Sastre, I. (2014). Aspectos psicológicos y emocionales durante la gestación y el puerperio. (Tesis Grado). Universidad
- Savage, L. (2017). *Association of nutritional and psychosocial factors with early gestational weight gain*. (Tesis doctoral). McGill University.
- Savard, C., Yan, E., Plante, A. S., Bégin, C., Robitaille, J., Michaud, A., ... & Morisset, A. S. (2020). Positive attitudes toward weight gain in late pregnancy are associated with healthy eating behaviors. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26, 2051-2058.
- Thomas, M., Vieten, C., Adler, N., Ammondson, I., Coleman-Phox, K., Epel, E., & Laraia, B. (2014). Potential for a stress reduction intervention to promote healthy gestational weight gain: focus groups with low-income pregnant women. *Women's health issues*, 24(3), e305-e311.
- Vanstone, M., Sadik, M., Van Blyderveen, S., Biringer, A., Sword, W., Schmidt, L., & McDonald, S. D. (2020). Competing priorities: a qualitative study of how women make and enact decisions about weight gain in pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1-12.
- Vásquez, L., Ferreira R., Mogollón A., Fernández J., Delgado E., y Vargas I. (2017). *Introducción a Las Técnicas Cualitativas de Investigación Aplicadas En Salud*. Programa Editorial Universidad del Valle. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=nlebk&AN=2546314&lang=es&site=eds-live>.
- Vaziri, M. (2021). *El nacimiento de una madre: cambios estructurales y funcionales en el cerebro humano materno*. [Trabajo Final de Grado en Psicología]. Universitat Oberta de Catalunya.
- Villalobos, G. (2015). *Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales (automonitoreo, control de estímulos y debate de ideas irracionales) en un grupo de pacientes con*

- exceso de peso en la consulta nutricional privada de Getsemaní, San Rafael de Heredia* (Tesis de Maestría en Nutrición Clínica). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Vieten, C., Laraia, B. A., Kristeller, J., Adler, N., Coleman-Phox, K., Bush, N. R., ... & Epel, E. (2018). The mindful moms training: development of a mindfulness-based intervention to reduce stress and overeating during pregnancy. *BMC pregnancy and childbirth, 18*(1), 1-14.
- Watson, H. L. (2020). *Identifying motivation toward healthy behavior in overweight and obese pregnant women* (Tesis doctoral). The Catholic University of America.
- Whitaker, K. M., Wilcox, S., Liu, J., Blair, S. N., & Pate, R. R. (2015). Pregnant women's perceptions of weight gain, physical activity, and nutrition using Theory of Planned Behavior constructs. *Journal of behavioral medicine, 39*, 41-54.
- Wilcox, S., Jihong, L., Turner-McGrievy, G., Boutté, A. y Wingard, E. (2022). Effects of a behavioral intervention on physical activity, diet, and health-related quality of life in pregnant women with elevated weight: results of the HIPPA randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 19*. 3-13
<https://doi.org/10.1186/s12966-022-01387-w>

ANEXOS

Anexo A. Instrumento para entrevista semiestructurada según profesional

Entrevista a nutricionista

1. Desde su experiencia ¿Cuál considera usted que es la importancia de la nutrición durante la etapa gestacional?
2. Desde su conocimiento como profesional, ¿Cómo describiría la relación o influencia entre la nutrición y la gestación?
3. De manera particular, ¿Cuál es la importancia del abordaje nutricional durante la etapa gestacional?
4. Desde su ejercicio profesional ¿Considera que existe una la relación de la psicología y la nutrición? ¿Cómo podría describir esa interacción?
5. ¿Considera usted que existe una relación importante entre la psicología, la nutrición y la gestación? ¿Podría explicar en qué aspectos ha evidenciado esta relación?
6. Desde su experiencia, ¿considera que existen factores cognitivos que, durante la etapa gestacional, pueden afectar al estado nutricional? ¿De ser así, podría mencionarlos y explicarlos?
7. Desde su experiencia, ¿considera que existen factores emocionales que, durante la etapa gestacional, pueden afectar al estado nutricional? ¿De ser así, podría mencionarlos y explicarlos?

8. En función a lo anterior, ¿considera usted relevante el abordaje integral durante la gestación? Es decir, que se integren los elementos psicológicos y nutricionales.
9. Desde su experiencia, ¿Cuáles son las intervenciones nutricionales que ofrecen más beneficios a la mujer gestante y que tengan un impacto positivo a nivel psicológico?
10. Desde su experiencia, ¿Ha atendido casos en los que se evidencian dificultades en el abordaje nutricional que puedan deberse a la carencia de esta integralidad?
11. En caso de desarrollarse un seguimiento o tratamiento integral, ¿Cuáles considera que serían los elementos fundamentales de dicho programa?
12. En su opinión ¿Cuáles serían los beneficios de un abordaje integral en mujeres gestantes?
13. ¿Cuál es su criterio respecto a los desafíos que presenta el país en temas de atención gestacional desde una mirada integradora entre lo psicológico y lo nutricional?

Entrevista a psicólogo

1. Desde su perspectiva profesional, ¿Cuál considera usted que es la importancia de la psicología durante la etapa gestacional?
2. ¿Cómo describiría la relación o influencia entre la psicología y la gestación?
3. En su opinión como profesional, ¿Cree que exista importancia en brindar acompañamiento psicológico a las mujeres durante el período gestacional?
4. ¿Conoce acerca de la psicología perinatal? ¿Cuál es su opinión al respecto?
5. Desde su ejercicio profesional ¿Considera que existe una la relación de la psicología y la nutrición? ¿Cómo podría describir esa interacción?
6. ¿Considera usted que existe una relación importante entre la psicología, la nutrición y la gestación? ¿Podría describir en qué puntos ha evidenciado esta interacción de mayor forma en su ejercicio profesional?
7. Desde su experiencia, ¿considera que existen factores cognitivos que, durante la etapa gestacional, pueden afectar al estado nutricional? ¿De ser así, podría mencionarlos y explicarlos?

8. Desde su experiencia, ¿considera que existen factores emocionales que, durante la etapa gestacional, pueden afectar al estado nutricional? ¿De ser así, podría mencionarlos y explicarlos?
9. En función a lo anterior, ¿considera usted relevante el abordaje integral durante la gestación? Es decir, que se integren los elementos psicológicos y nutricionales.
10. Desde su experiencia, ¿cuáles son las intervenciones, técnicas o modelos psicológicos que ofrecen más beneficios a la mujer gestante?
11. ¿De las técnicas o modelos descritos considera que tienen impacto sobre el estado nutricional? ¿De qué manera?
12. En su experiencia ¿Ha atendido casos en los que se evidencian dificultades en el abordaje psicológico que puedan deberse a la carencia de esta integralidad?
13. En caso de desarrollarse un seguimiento o tratamiento integral, ¿Puede mencionar algunos de los elementos fundamentales de dicho programa?
14. En su opinión ¿Cuáles serían los beneficios de un abordaje integral en mujeres gestantes?
15. ¿Cuál es su criterio respecto a los desafíos que presenta el país en temas de atención gestacional desde una mirada integradora entre lo psicológico y lo nutricional?

Anexo B. Hoja de cotejo para la búsqueda de documentos para el análisis

Criterios de revisión	Cumple	No cumple
La temática que se presenta es relevante para el tema de estudio		
Incluye autor y año		
Incluye lugar donde se realizó el estudio		
Es un estudio publicado en revistas indexadas		
Es un estudio de no más de 10 años de publicación		
Se presenta en español o en inglés		

Contextualizado en ámbito clínico, psicológico, social		
Se identifica el tipo de investigación realizada		
Se identifica la teoría/modelo del que parte el estudio		
Responden a contextos internacionales ubicados en el continente americano		
Hace alusión a temas de psicología, psicología perinatal, nutrición gestacional y embarazo		

Anexo C. Consentimiento informado

Consentimiento informado

Se le informa al profesional _____ cédula _____ que será entrevistado como parte de la recolección de datos de la tesis de investigación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología de la Universidad Latina de Costa Rica. La presente se denomina Análisis de los factores emocionales-cognitivos e intervenciones psicológicas que impactan en el estado nutricional de la mujer gestante: Revisión bibliográfica de 2013 al 2023 en América.

La participación en esta entrevista es de carácter voluntario, y no conlleva ningún riesgo a su integridad física, emocional o mental.

La entrevista desarrollada mediante la plataforma Teams será grabada por el entrevistador y todo el material obtenido será tratado de manera confidencial y será utilizado únicamente para fines propios del presente estudio, no será compartido a terceros y será eliminada posterior al proceso de transcripción de la misma.

Debido a que la entrevista será realizada de manera virtual, este consentimiento será leído por el entrevistador en voz alta y debe ser aceptado de la misma manera, dejando constar que está de acuerdo con las condiciones.

Leído el consentimiento informado y aclarada cualquier duda y de manera voluntaria, el día _____ del mes _____ del año 2023

Me manifiesto de acuerdo con seguir adelante con la entrevista

Nombre del entrevistado

Nombre del entrevistador