



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

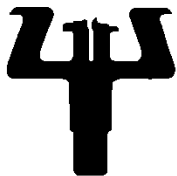
APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y ANSIEDAD EN
MUJERES MEXICANAS EMBARAZADAS.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
ISAURA AGLAE MARTÍNEZ BAUTISTA

JURADO DE EXAMEN

DIRECTORA: DRA. CLAUDIA IVETHE JAEN CORTÉS
REVISOR: DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN
COMITÉ: DR. ROLANDO DÍAZ LOVING
DRA. MARÍA EUGENIA GÓMEZ LÓPEZ
DRA. MARTHA LÓPEZ REYES



Facultad
de Psicología

PROYECTO INPER No. 2018-1-169

Ciudad de México

AGOSTO 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, a la Facultad de Psicología y a mis profesores por brindarme toda mi educación, por sus enseñanzas, por formarme como persona, como profesionista y como puma, por dejarme pertenecer a la mejor universidad de América Latina, por enamorarme con cada una de sus cátedras, por darme acceso al hermoso mundo del saber, del descubrir y el cuestionar, por permitirme formar parte de tan maravilloso plantel, por llenar de orgullo mi espíritu y mi boca cada que menciono mi alma mater.

A mis asesoras y a mi comité: La Dra. Claudia Iveth Jaen Cortés, la Dra. Sofía Rivera Aragón, el Dr. Rolando Díaz Loving y la Dra. Martha López Reyes por su paciencia, enseñanza y confianza, por sus comentarios, su conocimiento y su ayuda para hacer posible la culminación del presente trabajo, y de mi carrera profesional.

Al Instituto Nacional de Perinatología, al proyecto No. 2018-1-169 y a la Dra. María Eugenia Gómez López, por su paciencia, por apoyarme con la recolección de instrumentos, por permitirme aprender de usted por un año, por enseñarme un poco de lo que sabe, por cobijarme y recibirme con los brazos abiertos en tan importante institución, por su entusiasmo, por su alegría, por su amistad, por depositar su confianza en mí, por responder todas mis dudas, muchas gracias.

A mis padres, Teresa y Manuel:

Mamá: por tu dedicación, por tus desvelos, por tu apoyo, por tu acompañamiento, por nunca dejarme sola, por siempre preocuparte por mí, por tomarte el tiempo para llevarme ese trabajo que había olvidado en casa, por la gran educación que me diste, por todos los valores que me inculcaste, por darme la vida y convertirme en un modelo a seguir como persona y como mujer, por todas las veces que me orientaste y aconsejaste para tomar las mejores decisiones, por dejarme caminar sola cuando viste que estaba preparada, gracias por todo tu amor, mamá.

Papá: por siempre estar dispuesto a platicar conmigo, por apoyarme en cada una de mis decisiones, por ser ese padre excelente, por enseñarme a diferenciar el bien del mal, por enseñarme a defender lo que pienso y lo que soy, por dejarme tomar mis propias decisiones, por llevarme a la facultad ese primer día, por esperarme las horas que sean necesarias. Papi gracias por todo tu apoyo, por todas las veces que me cuidaste, aunque estabas cansado, por darme todo lo que necesito, por todo tu

esfuerzo para que sea una persona de bien, gracias por ser el ejemplo perfecto de persona y de profesionalista, gracias por todo tu amor, papá.

A Cesar Arturo por todo tu apoyo en los momentos complicados, por tu acompañamiento, por los momentos que hemos compartido, por las risas, por ser mi hermano y amigo.

A Mela y Yuyo, por su cariño, por apoyarme en todo sentido y en todo momento, por siempre abrirme sus brazos, por el apoyo que les han dado a mis padres para que siga creciendo y para culminar mis metas, por su esfuerzo, por escucharme, por acompañarme, por disfrutar conmigo los logros y las derrotas, por siempre buscar lo mejor para mí, por ser mis segundos padres, muchas gracias.

A mi tía Leti, a Beto, a mis tíos Javier, Adelina, Oscar, Elvia, a mis primos Ale, Gaby, Quique Paco, Gamaliel, Keila y Ángel por su cariño, por su escucha, por ser un ejemplo de esfuerzo y dedicación, por alegrarse por mis triunfos y por acompañarme en las derrotas, por ser mi familia y por cuidarme como su hija.

A Rodrigo, por nunca dejarme sola, por siempre buscar opciones cuando las situaciones se tornan complicadas, por todo el amor que me has dado, por ser mi compañerito de vida, por no dejar que abandonara este proyecto, por siempre escucharme, por cuidarme, por enseñarme que a pesar de tantas adversidades siempre puedes ser feliz, por ser la persona más fuerte que conozco, por compartir estos momentos conmigo, por conocerme, por siempre tomar mi mano y nunca soltarme. Te amo mucho, amor, ¡lo logramos!

A Luis Ramón por ser mi mejor amigo y la persona más divertida que conozco, por siempre estar a mi lado y por apoyarme en cada uno de mis proyectos, por escucharme y aconsejarme.

A mis amigos por conocernos en algún momento incomprendido y por haber sido parte de mi vida, muchas gracias.

ÍNDICE

Resumen	V
Abstract.....	VI
Introducción	VII
Capítulo 1. Salud sexual y reproductiva en el embarazo	1
Salud sexual y reproductiva.....	1
Planificación familiar.....	6
Embarazo.....	8
Desarrollo embrionario y características	9
Cambios físicos.....	11
Cambios emocionales	12
Cuidados prenatales.....	15
Factores de riesgo en el embarazo y embarazo de alto riesgo	16
Importancia de las redes de apoyo durante el embarazo.....	18
Capítulo 2. Apoyo social percibido	19
Apoyo social.....	19
Apoyo social percibido	20
Modelos teóricos	20
Instrumentos sobre el apoyo social	22
Apoyo social percibido en mujeres embarazadas	27
Apoyo social percibido en mujeres embarazadas: Evidencia científica internacional.....	28
Apoyo social percibido en mujeres embarazadas mexicanas: Evidencia científica.....	30
Capítulo 3. Ansiedad	33
Definición	33
Sintomatología general de la ansiedad.....	35
Síntomas físicos.....	36
Síntomas psicológicos	37
Ansiedad en mujeres embarazadas	38
Factores que influyen en la presencia de ansiedad durante el embarazo.....	40
Consecuencias de la ansiedad en la salud de mujeres embarazadas	42
Capítulo 4. Alimentación y comportamientos de alimentación.....	45
Alimentación.....	45

Comportamientos de alimentación	46
Importancia del estudio de la alimentación en las mujeres embarazadas	48
Investigaciones previas sobre la alimentación en mujeres embarazadas	53
Capítulo 5. Método	57
Planteamiento del problema.....	57
Justificación	57
Preguntas de investigación	58
Objetivo general	58
Objetivos específicos	58
Tipo de estudio	58
Diseño de estudio	59
Hipótesis.....	60
Hipótesis conceptual	60
Hipótesis estadísticas	61
Definición conceptual de las variables.....	59
Definición operacional de las variables.....	60
Participantes.....	62
Criterios de inclusión.....	62
Criterios de exclusión	63
Criterios de eliminación.....	63
Instrumentos	65
Procedimiento	67
Análisis de resultados.....	68
Capítulo 6. Discusión y conclusiones	71
Referencias.....	76
Anexos.....	87

Resumen

Durante el embarazo, las mujeres presentan cambios físicos y emocionales, algunas, pueden manifestar síntomas asociados a malestar psicológico y/o ansiedad (Gómez-López, 2007), debido a factores, como la incomodidad física, el aislamiento y la falta de apoyo social, que influyen en los comportamientos de alimentación, lo que tiene repercusiones para la salud de la madre y el feto e incluso, puede ocasionar complicaciones en el parto (Laresgoiti, 2013).

El presente estudio se realizó para conocer la relación entre el apoyo social percibido, la ansiedad y los comportamientos de alimentación en mujeres embarazadas; también se indagaron las diferencias entre las mismas variables en mujeres embarazadas y no embarazadas. Colaboraron de manera voluntaria, confidencial y anónima 300 mujeres (150 embarazadas y 150 no embarazadas) con edades de 18 a 43 años ($M=30.69$, $D.E.=5.84$) residentes de la Ciudad de México y Área Metropolitana. Se utilizaron los siguientes instrumentos: *Social Support Questionnaire* (SSQ6) diseñado por Sarason (1987) y adaptado en México para mujeres embarazadas por Laresgoiti (2013); la subescala del Listado de Síntomas 90 (SCL 90) de Derogatis, Lipman y Covi (1973), así como el Cuestionario de Comportamientos de Alimentación (DEBQ), elaborado por Strien, et al. (1986) y adaptado por Cebolla et al. (2004) para población latinoamericana. Se realizaron correlaciones Producto-Momento de Pearson, así como la Prueba t de Student. Los resultados indicaron que, en las mujeres embarazadas, la ansiedad se asocia con patrones de alimentación de tipo externo, emocional y restrictivo. También existen diferencias significativas entre las mujeres embarazadas y no embarazadas en las siguientes variables: Ansiedad, apoyo social, comer restrictivo, comer externo y comer emocional. En general, las mujeres embarazadas perciben una menor red de apoyo social y manifiestan niveles bajos de ansiedad, por lo que se sugiere continuar investigando sobre los cambios psicológicos que ocurren durante esta etapa reproductiva.

Palabras clave: Embarazo; Sintomatología ansiosa; Apoyo social percibido; Comer restrictivo; Comer emocional; Comer externo.

Abstract

During pregnancy, women can present physical and emotional changes, some of them can be negative, such as psychological discomfort and / or anxiety (Gómez-López, 2007), caused by different factors, among them, physical discomfort, isolation and lack of social support that can affect eating behaviors, and mother's and fetus' health, and may present complications in childbirth (Laresgoiti, 2013).

The aim of this study was to find the relationship between perceived social support, anxiety and eating behaviors in pregnancy. Also, the differences between the same variables in pregnant and non-pregnant women were investigated. Collaborated confidentially and anonymously 300 women (150 pregnant and 150 non-pregnant) from 18 to 43 years old ($M = 30.69$, $D.E. = 5.84$) residents of Mexico City and Metropolitan Area.

The instruments were: Social Support Questionnaire (SSQ6) designed by Sarason (1987) and adapted in Mexico for pregnant women by Laresgoiti (2013); the Symptom Listing 90 (SCL 90) subscale by Derogatis, Lipman and Covi (1973), as well as the Eating Behavior Questionnaire (DEBQ), developed by Strien, et al. (1986) adapted by Cebolla (2004) in a Latin American population. Pearson Product-Moment correlations were performed, and Student's t-test. Finding that pregnant women anxiety is associated with external, emotional and restrictive eating. There are also significant differences between pregnant and non-pregnant women in the following variables: Anxiety, social support, external eating, restrictive eating and emotional eating. In general, pregnant women perceive a lower social support network and lower anxiety levels, so it is suggested to continue investigating the psychological changes that happen during this reproductive stage.

Keywords: Pregnancy; Anxiety symptoms; Perceived social support; Restrictive eating; Emotional eating; External eating.

Introducción

La etapa del embarazo puede llegar a ser estresantes para la mujer, debido a que se presentan cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, lo que puede ocasionar un impacto en la salud mental durante este periodo (Gómez, 2011). Un embarazo saludable coadyuva en la promoción de un nacimiento saludable, por lo que es necesario que las mujeres reciban atención prenatal para prevenir complicaciones tanto para la madre, como para el bebé, dicha atención incluye exámenes físicos, planes de alimentación y apoyo emocional (*National Institute of Child Health and Human Development, 2020*).

El *National Collaborating Centre for Mental Health* (2007) propone que la ansiedad y la depresión pueden presentarse durante el embarazo, siendo importante su identificación, diagnóstico y manejo debido a que se podrá abordar de manera integral la comorbilidad psicológica en la vida de la mujer en esta etapa (Austin, 2004). Estudios previos proponen que más de la mitad de las mujeres embarazadas reportan síntomas de ansiedad que pueden detonarse por experiencias estresantes afectando la manera en la que se alimenta la mujer embarazada. La dieta durante el embarazo es de gran importancia. Si la dieta de las mujeres en gestación es saludable y balanceada, tendrán mayor posibilidad de permanecer sanas y de dar a luz a bebés saludables; empero, si la dieta es inadecuada, tienen mayores probabilidades de desarrollar enfermedades y complicaciones durante su embarazo, asimismo, los bebés pueden nacer con bajo peso (Papalia, 2012).

La presente investigación se elaboró con el fin de generar información empírica sobre las redes de apoyo, los niveles de ansiedad y el tipo de alimentación que llevan a cabo mujeres embarazadas que acuden a instituciones para su atención, lo que puede servir para la planeación de diversos programas multidisciplinarios de atención a la salud integral. La psicología pre y perinatal deben ser reconocidas con el fin de apoyar a las mujeres embarazadas y a los neonatos para que ambos tengan un desarrollo oportuno. Por lo que la falta de apoyo social, el incremento de los síntomas de ansiedad y la modificación de los comportamientos de alimentación pueden ser un parteaguas importante para desatar no sólo síntomas psicológicos negativos, sino que repercute en la salud de las mujeres embarazadas y en el feto.

Este trabajo, está compuesto por siete capítulos, los cuales se mencionan a continuación: En el capítulo uno se habla sobre la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar, el embarazo, el desarrollo embrionario y sus características, así como los cambios físicos y emocionales por los que

atraviesan las mujeres embarazadas, los cuidados prenatales y los factores de riesgo en el embarazo, asimismo, se habla sobre los embarazos de alto riesgo. Para cerrar este primer capítulo se menciona la importancia de las redes de apoyo.

En el segundo capítulo, se explica la importancia del apoyo social percibido, los modelos teóricos con los que se ha abordado, los instrumentos que miden el apoyo social percibido, el apoyo social percibido en la mujer embarazada y en el embarazo de alto riesgo, las investigaciones previas en mujeres embarazadas. Considerando que la ausencia de apoyo social puede asociarse con sintomatología ansiosa, en el tercer capítulo se explica el tema de la ansiedad, la sintomatología general de la ansiedad, los síntomas físicos y psicológicos de la ansiedad, la ansiedad en la mujer embarazada y en la mujer embarazada de alto riesgo, las causas de ansiedad en el embarazo, terminando con las consecuencias que este problema de salud mental ocasiona en este grupo de población. En el cuarto capítulo se aborda la alimentación, los comportamientos de alimentación, la alimentación en la mujer embarazada, así como de las investigaciones previas sobre la alimentación en la mujer embarazada, y la importancia del estudio de la alimentación en la mujer embarazada.

En el quinto capítulo se explica el método que se empleó para el presente trabajo, las características de la muestra, la justificación, los objetivos, las hipótesis, el diseño del estudio, así como de los análisis realizados. En el sexto capítulo se abordan los resultados obtenidos de los análisis estadísticos aplicados, para finalizar con el séptimo en el cual se presenta la discusión y conclusión de la presente investigación.

Capítulo 1. Salud sexual y reproductiva en el embarazo

Salud sexual y reproductiva

El tema de la sexualidad abarca diferentes rubros que deben abordarse de manera multidisciplinaria, dado que engloba una serie de condiciones culturales, sociales, anatómicas, fisiológicas, emocionales, afectivas y de conducta (Álvarez-Gayou, 1986). La sexualidad se tiene desde que se nace, hasta que se muere, por lo que los seres humanos, son seres sexuados, cuya sexualidad se moldea con base en el ambiente en el que se desarrolla y en sus experiencias. La sexualidad es una parte sustantiva de la personalidad y no sólo la aptitud del individuo para generar una respuesta erótica. Los factores biológicos controlan en gran medida el desarrollo sexual, así como la aptitud para procrear después de la pubertad.

La actividad sexual es parte de la sexualidad, ésta se define como una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo. Siguiendo esta línea y dado que la salud es un derecho humano universal y fundamental, la salud sexual y la salud reproductiva juegan un papel muy importante para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable y satisfactoria para el ser humano (Zapata, 2016, p. 48).

La salud reproductiva se define como el abordaje de los mecanismos de la procreación y el fundamento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee. Esta concepción de la salud reproductiva supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1975).

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917) postula en el artículo número 4 párrafo dos lo siguiente:

“El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.”

“Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos...”

La salud sexual y reproductiva son importantes, por lo que en la Cartilla por los derechos sexuales de las y los jóvenes (2016), se postulan los siguientes derechos que cada individuo debe tener en cuenta, con el fin de expresar su sexualidad de una manera responsable, basándose en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, mismos que se enuncian a continuación:

1. Derecho a decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad
 - Existen diversas formas de vivir la sexualidad.
 - Tengo derecho a que se respeten las decisiones que tomo sobre mi cuerpo y mi vida sexual.
 - Soy responsable de mis decisiones y actos.
 - Nadie debe presionar, condicionar ni imponer sus valores particulares sobre la forma en que decido vivir mi sexualidad.
2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual
 - El disfrute pleno de mi sexualidad es fundamental para mi salud y bienestar físico, mental y social.
 - Tengo derecho a vivir cualquier experiencia o expresión sexual o erótica que yo elija, siempre que sea lícita, como práctica de una vida emocional y sexual plena y saludable.
 - Nadie puede presionarme, discriminarme, inducirme al remordimiento o castigarme por ejercer o no actividades relacionadas con el disfrute de mi cuerpo y mi vida sexual.
3. Derecho a manifestar públicamente mis afectos
 - Las expresiones públicas de afecto promueven una cultura armónica afectiva y de respeto a la diversidad sexual.
 - Tengo derecho a ejercer mis libertades individuales de expresión, manifestación, reunión e identidad sexual y cultural, independientemente de cualquier prejuicio.

- Puedo expresar mis ideas y afectos sin que por ello nadie me discrimine, coarte, cuestione, chantajee, lastime, amenace o agreda verbal o físicamente.
4. Derecho a decidir con quien compartir mi vida y mi sexualidad¹
- Existen varios tipos de familias, uniones y convivencia social.
 - Tengo derecho a decidir libremente con quién compartir mi vida, mi sexualidad, mis emociones y afectos.
 - Ninguna de mis garantías individuales debe ser limitada por esta decisión.
 - Nadie debe obligarme a contraer matrimonio o a compartir con quien yo no quiera mi vida ni mi sexualidad.
5. Derecho al respeto de mi intimidad y mi vida privada
- Mi cuerpo, mis espacios, mis pertenencias y la forma de relacionarme con las y los demás son parte de mi identidad y privacidad.
 - Tengo derecho al respeto de mis espacios privados y a la confidencialidad en todos los ámbitos de mi vida, incluyendo el sexual.
 - Sin mi consentimiento, ninguna persona debe difundir información sobre los aspectos sexuales de mi vida.
6. Derecho a vivir libre de violencia sexual
- Cualquier forma de violencia hacia mi persona afecta el disfrute pleno de mi sexualidad.
 - Tengo derecho a la libertad, a la seguridad jurídica y a la integridad física y psicológica.
 - Ninguna persona debe abusar, acosar, hostigar o explotarme sexualmente.
 - El Estado debe garantizarme el no ser torturado/a, ni sometido/a, a maltrato físico, psicológico, abuso, acoso o explotación sexual.
7. Derecho a la libertad reproductiva¹
- Las decisiones sobre mi vida reproductiva forman parte del ejercicio y goce de mi sexualidad.

¹ Si se es menor de edad, se debe consultar el Código Civil del Estado.

- Como mujer u hombre joven tengo derecho a decidir, de acuerdo con mis deseos y necesidades, tener o no hijos, cuántos, cuándo y con quién.
 - El estado debe respetar y apoyar mis decisiones sobre mi vida reproductiva, brindándome la información y los servicios de salud que requiero, haciendo efectivo mi derecho a la confidencialidad.
8. Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad
- Las mujeres y los hombres jóvenes, aunque diferentes, somos iguales ante la ley.
 - Como joven, tengo derecho a un trato digno y equitativo y a gozar de las mismas oportunidades de desarrollo personal integral.
 - Nadie, bajo ninguna circunstancia, debe limitar, condicionar o restringir el pleno goce de todos mis derechos individuales, colectivos y sociales.
9. Derecho a vivir libre de toda discriminación
- Los y las jóvenes somos diversos y, por tanto, tenemos diferente forma de expresar nuestras identidades.
 - Tengo derecho a que no se me discrimine por mi edad, género, sexo, preferencia, estado de salud, religión, origen étnico, forma de vestir, apariencia física o por cualquier otra condición personal.
 - Cualquier acto discriminatorio atenta contra mi dignidad humana.
 - El Estado debe garantizarme la protección contra cualquier forma de discriminación.
10. Derecho a la información completa, científica y laica sobre la sexualidad
- Para decidir libremente sobre mi vida sexual necesito información.
 - Tengo derecho a recibir información veraz, no manipulada o sesgada.
 - Los temas relativos a la información sobre sexualidad deben incluir todos los componentes de ésta: género, erotismo, vínculos afectivos, reproducción y diversidad.
 - El Estado debe brindar información laica y científica de manera continua de acuerdo con las necesidades particulares de los y las jóvenes.
11. Derecho a la educación sexual

- La educación sexual es necesaria para el bienestar físico, mental y social, y para el desarrollo humano, de ahí su importancia para los y las jóvenes.
- Tengo derecho a una educación sexual sin prejuicios que fomente la toma de decisiones libre e informada, la cultura del respeto a la dignidad humana, la igualdad de oportunidades y la equidad.
- Los contenidos sobre sexualidad en los programas educativos del Estado deben ser laicos y científicos, estar adecuados a las diferentes etapas de la juventud y contribuir a fomentar el respeto a la dignidad de los y las jóvenes.

12. Derecho a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva²

- La salud es el estado de bienestar físico, mental y social de las personas.
- Tengo derecho a recibir los servicios de salud sexual, gratuitos, oportunos, confidenciales y de calidad.
- El personal de los servicios de salud pública no debe negarme información o atención bajo ninguna condición y éstas no deben estar sometidas a ningún prejuicio.
- Derecho a la participación de las políticas públicas sobre sexualidad
- Como joven puedo tener acceso a cualquier iniciativa, plan o programa público que involucre mis derechos sexuales y a emitir mi opinión sobre los mismos.
- Tengo derecho a participar en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva; a solicitar a las autoridades gubernamentales y a las instituciones públicas que construyan y promuevan los espacios y canales necesarios para mi participación; así como a asociarme con otros u otras jóvenes para dialogar, crear y promover acciones propositivas para el diseño e implementación de políticas públicas que contribuyan a mi salud y bienestar.

² Si se es menor de edad, se deben consultar las leyes en materia de salud del Estado.

- Ninguna autoridad o servidor público debe negar o limitarme, de manera injustificada, la información o participación referente a las políticas públicas sobre sexualidad.

La salud sexual y reproductiva radican en el cuidado, el consentimiento y la forma en la que cada una de las personas decide llevar su vida sexual, si bien, la sexualidad es algo que se ejerce durante toda la vida, ésta debe ser placentera y plena, tanto mujeres como hombres deben de tener en consideración esta información y decidir por ellos y no por un otro. La salud sexual es un derecho que todo ser humano tiene y por lo que se debe de dejar de tacharla como un tema tabú y comenzar a verla como algo inherente al ser humano. Una vez teniendo esta información, comenzada la vida sexual de cada individuo, y la idea de formar una familia, se debe de tener en cuenta la planificación familiar (Sánchez, 2016).

Planificación familiar

Planear una familia es un derecho humano, el cual consiste en la decisión de la pareja de tener el número de hijos que desee y pueda mantener. Se planea una familia cuando una pareja estéril asiste a una consulta médica con el fin de lograr tener un hijo, o cuando una pareja fértil desea regular su fecundidad con el propósito de espaciar los hijos o no tenerlos más (Uriza, 2007). La constante preocupación acerca de la sobrepoblación en los diversos países del mundo ha sido un tema importante para tratar en cada gobierno de cada nación desde la década de los sesentas. La OMS (en López, 1983) recomendó a cada uno de los países y a los gobiernos hacer un estudio de las condiciones socioeconómicas de cada país y posteriormente, un grupo de expertos plantearía un análisis a fondo, a fin de determinar el número de nacimientos reales y el número de nacimientos aconsejables para la mejor marcha de ese grupo social, llamándolo planificación familiar

La planificación familiar se ocupa de aumentar, sostener o disminuir la natalidad, o bien, regularla, con el fin de que todos los niños nacidos en cada grupo social tengan el sostén, la alimentación y la educación que les corresponde y que el gobierno debe proveer. Es importante señalar que la planificación familiar define cuáles son los anticonceptivos pertinentes para cada persona, para qué y cómo sirven. Sin embargo, la decisión de tener o no tener más hijos es completa y particular responsabilidad de cada pareja, de la misma manera, la planificación familiar puede aconsejar a la pareja sobre los costos y beneficios de procrear más hijos, en tanto a la situación socioeconómica de

cada país, permitiendo a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. Se calcula que, en los países en desarrollo, cerca de 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo (OMS, 2013).

La Secretaría de Salud (2015) dentro de su Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018 señala que en México las políticas públicas en materia de planificación familiar y anticoncepción se remontan a la década de los años setenta, cuando la fecundidad y el crecimiento de la población alcanzaron los niveles más altos en la historia del país. En el primer Plan Nacional de Planificación Familiar del Sector Salud (1977) se definieron metas de cobertura por institución. En sus primeros años de existencia, los programas públicos de planificación familiar se orientaron a reducir las tasas de fecundidad y a disminuir el crecimiento de la población.

En la década de los años ochenta, el Programa de Planificación Familiar incorporó el enfoque de riesgo y se iniciaron programas de anticoncepción post-evento obstétrico, dando prioridad a grupos específicos de la población identificados como vulnerables. En los años noventa hubo importantes avances, se impulsaron acciones para promover la participación del hombre en la planificación familiar y se crearon los primeros servicios de vasectomía sin bisturí en el país. Asimismo, se publicó en mayo de 1994 la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, que incorporó los avances científicos en el contexto nacional e internacional en materia de tecnología anticonceptiva, así como los procesos de orientación-consejería, en donde se definió como objetivo principal asegurar los derechos sexuales y reproductivos de la población, con perspectiva de género y enfoque intercultural (Diario Oficial de la Federación, 2020).

En la década de los años noventa, México fue uno de los primeros países del mundo en implantar un Programa de Salud Reproductiva de cobertura nacional, basado en la planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, salud perinatal y salud de la mujer, con perspectiva de género (Palacios-Pérez, 2000). A partir de entonces, los servicios de planificación familiar se fueron extendiendo a lo largo del país. En sus inicios sólo se ofertaban en áreas urbanas, pero se extendieron rápidamente a las áreas rurales a través de diversas estrategias operativas, en las que personal voluntario de las propias comunidades desempeñaron un papel fundamental.

Paralelamente, se fue diversificando la oferta de métodos anticonceptivos para responder a las necesidades específicas de la población, y se impulsaron campañas de comunicación educativa y social para difundir los beneficios de la planificación familiar entre la población.

Hoy en día, la planificación familiar se concibe como un derecho humano que hace posible acceder a otros derechos como la salud, la educación y el disfrute de una mejor calidad de vida. Las necesidades y prioridades de la población en materia de salud sexual y reproductiva evidencian que además de los servicios de planificación familiar que son esenciales para limitar o espaciar el número de nacimientos en parejas, también se deben otorgar servicios de anticoncepción a personas que aun cuando no están casadas o unidas, son sexualmente activas y desean evitar un embarazo. Sin embargo, al considerar únicamente el uso de métodos anticonceptivos modernos, la prevalencia de uso asciende únicamente a 67.2% en 2009. En 2010 la prevalencia más baja se observa en adolescentes con 44.4%, para después incrementarse a niveles cercanos a 80% en las edades de 35 a 44 años, luego desciende a menos de 75% en el grupo de edad de 45 a 49 años (Diario Oficial de la Federación, 2020).

Los esfuerzos del gobierno mexicano por implementar programas para controlar el crecimiento de la población mexicana han sido insuficientes, sin embargo, la planificación de tener una familia, o bien de procrear más hijos, no sólo debe basarse en controlar la población del país, sino deben tomarse en cuenta ciertos factores sociales, económicos y emocionales de la persona y/o pareja interesada en procrear, dado que la planeación de un embarazo, puede disminuir la sintomatología ansiosa o depresiva, así también, se le puede brindar una mejor atención a la mujer embarazada, de tal manera que pueda prepararse física y emocionalmente para este evento (Diario Oficial de la Federación, 2020).

Embarazo

El embarazo se define como el periodo de gestación, el cual comienza en la concepción y termina con el nacimiento, de la misma manera, el embarazo, se define como el cuidado y desarrollo prenatal que el feto experimenta. El rango normal del embarazo fluctúa entre las 37 y 41 semanas, las semanas de gestación se determinan a partir del primer día del último ciclo menstrual de la mujer y hasta el día del parto (Papalia, 2012).

Cabe señalar que la definición de embarazo está mermada por cada grupo social, puesto que se ve de distintas perspectivas, con base en los componentes sociales, la religión y el nivel educativo, así mismo y para la mayoría de las mujeres, el embarazo es un signo de feminidad, son etapas en la vida de la mujer, cuyo sentido se toma a partir de las historias individuales, en conjunto con la cultura y las tradiciones de cada persona (Pérez & Márquez, 2004).

Desarrollo embrionario y características

El desarrollo prenatal se divide en tres etapas: germinal, embrionaria y fetal, para esto, el feto pasa de la forma germinal a denominarse embrión, y posteriormente se desarrolla como feto, a continuación, se explicará el desarrollo del feto y estas tres etapas (Papalia, 2012):

- Etapa germinal. Esta etapa va desde la fertilización hasta las dos semanas de edad gestacional, el cigoto se divide, gana complejidad y se implanta en la pared del útero.
- Etapa embrionaria. Va aproximadamente de la segunda semana a la semana ocho, se comienzan a formar con rapidez los principales aparatos y sistemas orgánicos, como lo son el aparato respiratorio, aparato digestivo y el sistema nervioso, esta etapa es un periodo crítico para el embrión, debido a que es vulnerable al ambiente externo perinatal, así como a la carga genética que pueda expresarse en los diversos aparatos y sistemas, teniendo la posibilidad de generar cualquier malformación. Cabe señalar que los embriones más afectados no sobreviven al primer trimestre del embarazo.
- Etapa fetal. La etapa fetal va de la semana ocho, hasta el nacimiento, en esta etapa aparecen las primeras células óseas, el feto crece rápidamente, respira, patea, gira, se flexiona, se sobresalta, cierra el puño, le da hipo y se chupa el dedo.

El desarrollo de la nueva vida dentro del vientre es acelerado, debido a que durante el primer mes de embarazo el crecimiento es más rápido que en cualquiera de los otros meses, al final del primer mes, el embrión mide hasta 1.25 centímetros, la sangre comienza a fluir por sus venas y arterias, tiene un corazón que late a 65 veces por minuto, comienza a presentar cerebro, hígado, riñones y un aparato digestivo muy primitivo. Posteriormente en el segundo mes de embarazo el embrión pasa a ser feto, por lo que mide alrededor de 2.5 centímetros y pesa aproximadamente 9 gramos, su cabeza ocupa la mayor parte de su cuerpo, las partes del rostro están completamente desarrolladas, la lengua y las encías. Los brazos tienen manos con dedos y las piernas tienen rodillas, tobillo, pies y dedos,

a partir de las ocho semanas existen impulsos cerebrales, las cuales coordinan las funciones de los sistemas y aparatos; así mismo, el estómago comienza a producir jugos gástricos y los riñones eliminan el ácido úrico de la sangre (Papalia, 2012).

Para el tercer mes el feto pesa alrededor de 28 gramos y mide unos 7.5 centímetros. Tiene uñas, párpados, cuerdas vocales, labios y una nariz, la cabeza aún es grande con respecto a su cuerpo, el sexo puede determinarse. Los aparatos y sistemas del organismo están en funcionamiento, el feto respira, aspira líquido amniótico en los pulmones y lo expulsa, sus costillas y vértebras se han convertido en cartílago, mueve las piernas, pies, pulgares y cabeza, la boca se abre y se cierra. En el cuarto mes el cuerpo aumenta de tamaño con respecto a la cabeza, la cual deja de crecer, el feto mide de 20 a 25 centímetros y pesa 170 gramos. El cordón umbilical es tan largo como el feto y seguirá creciendo junto con él, el feto comienza a patear con mayor intensidad debido a que aumenta el desarrollo muscular.

Para el quinto mes el feto pesa de 340 a 450 gramos y mide alrededor de 30 centímetros, tiene ritmos definidos de vigilia y sueño, adopta su posición en el útero y es más activo, patea, se estira, se retuerce y tiene hipo, las glándulas sudoríparas y sebáceas funcionan. El aparato respiratorio todavía no es capaz de sostener la vida fuera del vientre, comienzan a crecer cejas y pestañas. En el sexto mes el ritmo de crecimiento fetal disminuye, el feto mide 35.5 centímetros y pesa medio kilo, tiene acumulación de grasa bajo la piel, los ojos se abren y cierran, puede oír y cerrar su puño, el aparato respiratorio no ha madurado.

Al término del séptimo mes, el feto mide unos 40 centímetros y pesa de 1.3 a 2.2 kilogramos, tiene reflejos desarrollados, llora, respira y puede chumarse el dedo. El pelo de la cabeza sigue creciendo. El mes ocho el feto mide de 46 a 50 centímetros y pesa entre 2.3 y 3.2 kilogramos, el feto desarrolla una capa de temperatura fuera del vientre. En el último mes de embarazo el feto deja de crecer, alcanzando un peso promedio de 3.5 kilogramos y una longitud de 50 centímetros, los órganos y sistemas operan de una mejor manera, el pulso se acentúa y se expulsan desechos por el cordón umbilical. Al nacer, el feto habrá pasado entre 266 y 280 días dentro del vientre (Papalia, 2012).

Cambios físicos

Los cambios físicos en la mujer embarazada son más evidentes que los emocionales, debido a que son tangibles y notables tanto para la mujer embarazada como para quienes la rodean, a continuación, se explicarán los principales cambios físicos que la mujer embarazada experimenta divididos en los tres trimestres del embarazo.

Cuando se sospecha de un embarazo, el primer síntoma físico que se presenta en la mujer es la ausencia de la menstruación, aunque no ocurre en todos los casos, también se puede presentar sensibilidad en las mamas, una sensación de hormigueo y una especial sensibilidad de los pezones, náuseas, vómitos, sensación de fatiga y una necesidad de dormir.

Una vez que se ha confirmado el embarazo, en las primeras doce semanas de gestación (primer trimestre) existe un elevado aumento en niveles hormonales, en especial de estrógeno y progesterona, producidos por la placenta, las mamas se inflaman y hormiguean, esto es a causa del desarrollo de las glándulas mamarias, estimulado por las hormonas. Los pezones y el área que los rodea (areola) pueden oscurecerse y ampliarse. Se presenta la necesidad de orinar con mayor frecuencia, relacionado con los cambios de las hormonas pituitarias que afectan a las suprarrenales que alteran el balance de agua en el organismo de modo que se retienen más líquidos. El útero en crecimiento también contribuye al presionar en contra de la vejiga. Pueden presentarse náuseas matutinas o sentimientos de náuseas, tal vez hasta llegar al vómito y repulsión hacia ciertos olores y alimentos. También puede haber cansancio, esto es debido a que el corazón de la mujer late más de prisa y con más fuerza para impulsar la sangre adicional que lleve nutrientes al feto, asimismo, la producción acentuada de hormonas requiere más esfuerzos (Papalia, 2012).

De las semanas 13 a 26 (Segundo trimestre) los cambios físicos de la mujer radican en que se concientiza de los movimientos del feto, hay un incremento en el vientre, hay un incremento de la progesterona lo que lentifica la digestión y sangrados nasales, es posible que un delgado líquido amarillo o ámbar llamado calostro, salga de los pezones, aunque todavía no hay leche. Para las últimas semanas, las cuales van de la 27-38 (Tercer trimestre) el útero es muy grande y duro. El feto se vuelve cada vez más activo, algunas mujeres no pueden conciliar el sueño a causa de los movimientos del feto, el tamaño extremo del útero ejerce presión sobre otros órganos, hay presión sobre los pulmones lo que puede causar falta de respiración. El estómago también se oprime y la

indigestión se vuelve común, el ombligo se ve empujado hacia afuera, el corazón se encuentra bajo tensión a causa del considerable aumento en volumen sanguíneo, existe una disminución de energía, el equilibrio de la mujer se encuentra trastornado debido a la gran cantidad de peso. El útero se constriñe de manera dolorosa, en las llamadas contracciones de Braxton-Hicks, ayudan a los músculos del útero preparándolos para el trabajo de parto. Las actividades de una mujer embarazada pueden ser moderadas (Olivares, 2006). Estos cambios pueden repercutir en la forma en la que la mujer se ve, en algunos casos, la mujer puede que se vean así mismas afortunadas por dicho evento, reflejando una satisfacción y felicidad o al contrario puede que la mujer deje de verse atractiva, teniendo una imagen de ella distorsionada, debido a que no puede realizar sus actividades cotidianas, es por esto que en conjunto con los cambios físicos se aúnan los cambios emocionales y psicológicos que se pueden presentar durante el embarazo.

Cambios emocionales

El embarazo es un evento que ocasiona cambios físicos y emocionales, es un periodo del desarrollo por el que atraviesan las mujeres, dado que, en esta etapa, se pone a prueba la madurez emocional, la identidad como mujer, los conflictos no resueltos con la pareja y la familia y la relación que se tiene con la madre. En ocasiones, puede que se trate de un embarazo inesperado y la sorpresa de la llegada de un bebé puede afectar a la mujer y a la familia de diversas maneras, es por esto que la mujer embarazada atraviesa por diversas emociones durante esta etapa de su vida (Gómez-López, 2007).

Se considera que tanto la etapa del embarazo como la de la crianza pueden llegar a ser estresantes para la mujer, debido a que se presentan cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, lo que puede tener un impacto en la salud mental durante este periodo (Gómez, 2011). La presencia de problemas de salud mental durante este período, pudieran ser fenómenos transculturales, cuya prevalencia puede variar por el contexto cultural, el malestar emocional en las mujeres se relaciona con el modo en que perciben sus padecimientos, de tal forma que no les permite sentirse saludables, pero tampoco enfermas, una percepción ambigua de incomodidad y desasosiego y no sólo al aspecto biológico y hormonal que experimentan durante el periodo obstétrico (Burin, 1990).

Las manifestaciones psicológicas relacionadas con el embarazo se encuentran asociadas a factores individuales o externos, tales como: sociodemográficos (edad, nivel de educación, ocupación,

estatus marital), estabilidad emocional, actitudes hacia la feminidad, la relación de pareja, actitudes correspondientes a su cultura local, preparación para la maternidad, apoyo social, historial psicológico, presencia o ausencia de un hijo, embarazos previos y abortos (Gómez, 2011).

En adición, pueden existir factores estresores que ponen en evidencia estos síntomas, como lo son: falta de control, preocupación y ansiedad por la salud y bienestar del feto, aburrimiento, sentimientos de debilidad e impotencia, de aislamiento, pérdida de las actividades normales, incomodidad física, cambio en la autoimagen, preocupaciones por los otros hijos, inversión de roles con la pareja y dificultades en su relación (Maloni & Kutil, 2000).

Estos estresores asociados con el embarazo, pueden presentarse con mayor frecuencia en un embarazo de alto riesgo, lo que puede ocasionar manifestaciones emocionales como lo son: enojo, incertidumbre, culpa, miedo, ansiedad, depresión, sentimientos ambivalentes, incertidumbre, vulnerabilidad y soledad (Herman, 1998). Estas manifestaciones emocionales pueden llegar a sobre diagnosticarse como ansiedad o depresión, aun cuando éstas no reúnen las características para diagnosticarse como un trastorno y son más bien manifestaciones emocionales de tipo depresivo y ansioso temporales y esperados, en respuesta al ajuste que las personas hacen frente a las crisis de la vida (Gómez-López, 2007). A dichas manifestaciones se les llama malestar psicológico, de la misma manera, puede que estos síntomas se vean justificados tanto por la persona embarazada, como por los médicos y familiares.

Algunas mujeres, pueden presentar sintomatología ansiosa o depresiva. Respecto a los síntomas de depresión pueden manifestar lo siguiente: tristeza, insomnio, sueño poco reparador, disminución o aumento considerable de peso, sentimiento de minusvalía, llanto que no pueden controlar, irritabilidad y pensamientos de muerte. En cuanto a la sintomatología ansiosa, la mujer embarazada puede manifestar preocupación excesiva, desesperación, inseguridad, falta de aire, nerviosismo, sudoración en manos, angustia y taquicardia.

Cabe mencionar que estos síntomas pueden llegar a presentarse con mayor incidencia en las mujeres con embarazos de alto riesgo, las urgencias obstétricas se definen como las complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo

inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención (Papalia, 2012).

Gómez (2007) refiere que las complicaciones obstétricas se consideran una causa de mortalidad materna indirecta, entendida como las muertes que se derivan de enfermedades previamente existentes o enfermedades que aparecieron durante el embarazo y no a causas obstétricas directas, pero que se agravaron por los efectos fisiológicos propios del embarazo. El malestar psicológico que presentan mujeres con complicaciones obstétricas varía en intensidad, no sólo por el tipo de complicación presentada, sino porque se asocia también con dos momentos importantes: 1) el diagnóstico médico de la complicación y 2) la vivencia del embarazo a partir del diagnóstico médico.

En las primeras doce semanas de gestación (primer trimestre) es esperado que la mujer embarazada pase de estar muy feliz a la depresión y al llanto. El embarazo no es ni una época de bienestar intenso, ni de túbulo emocional exacerbado, esto puede depender de las creencias y/o actitudes hacia el embarazo, la clase social, la disponibilidad de apoyo social, e incluso, la ansiedad de las mujeres se centra alrededor de preocupaciones acerca de un aborto espontáneo. Posteriormente entre las semanas 13-26 (Segundo trimestre) y si el embarazo se desarrolla con normalidad disminuye el temor de un aborto espontáneo a medida que la mujer siente los movimientos del feto, existen menos probabilidades de depresión durante el segundo trimestre si la mujer tiene una pareja o esposo, las mujeres con embarazos anteriores se encuentran más angustiadas durante esta época, los sentimientos de cuidado o de interés materno por el lactante aumenta progresivamente. Para el final del embarazo en las semanas 27-38 (Tercer trimestre) el bienestar psicológico es mayor entre las mujeres que cuentan con un apoyo social, la mujer embarazada puede presentar síntomas de ansiedad e insomnio, debido a la aproximación del parto (Olivares, 2006).

Las mujeres con un embarazo de alto riesgo pueden presentar algunos de los siguientes malestares emocionales, que pueden deberse a la presencia de estresores sociales, fuentes continuas de estrés, agobio, sobrecarga emocional, altos niveles de estrés, asociados al problema médico, pero que son factores comunes en los estudios revisados, sin importar la patología médica, y esto, por lo general, incide en el estado de ánimo de la mujer, llegando a provocar psicopatología. También se observan otros factores comunes como: factores socioeconómicos, planeación o no del embarazo, creencias, temores e información sobre la enfermedad, preocupación por el bienestar del bebé, control de la

enfermedad, angustia, ansiedad, tristeza; aislamiento, temor, miedo a morir, culpa, vulnerabilidad, dificultad para aceptar el reposo, entre otros, que justifican la formación de trastornos mentales (Pimentel, 2007).

La atención médica es muy importante durante el periodo de gestación, debido a que se puede detectar oportunamente cualquier anomalía tanto para el producto, como para la madre, es por esto que se deben llevar un registro del crecimiento del feto y de los signos y síntomas que la madre siente, de esta manera la visita constante con los profesionales de la salud es indispensable en esta etapa de la vida, siguiendo diversos cuidados.

Cuidados prenatales

En México, la atención del embarazo y el parto data de la época prehispánica, las mujeres embarazadas se atendían con cuidados especiales, e incluso, se realizaban ceremonias religiosas, asimismo, las parteras eran las encargadas de atenderlas. En el año de 1865, época del México independiente se establece La Casa de Maternidad, que fue la primera institución pública dedicada a la atención obstétrica; en el año 1929 inicia sus actividades el Hospital General de México, con dos salas de atención obstétrica, sin embargo, no fue sino hasta 1945 cuando se fundó la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia para la promoción y progreso de todos los aspectos científicos de la especialidad y promoviendo la enseñanza de la especialidad, surgiendo hospitales especializados, como el Seguro Social y la Secretaría de Salud (Castelazo, 1970).

Las estrategias de control prenatal se orientan a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan problemas de salud vinculados con el embarazo, es por esto que con el fin de que el feto se desarrolle de la mejor manera, se deben tener en cuenta ciertos cuidados prenatales que la mujer puede tener, por lo que existen técnicas médicas, con el fin de tener una evaluación prenatal, a saber:

El ultrasonido, sonograma o sonoembriología, es una técnica de ondas sonoras de alta frecuencia dirigidas al abdomen de la madre produciendo una imagen del feto en el útero, usando sondas transvaginales de alta frecuencia y procesamiento de imágenes digitales para producir una imagen del embrión en el útero. La realización de ultrasonidos periódicos sirve para señalar que vigilar el

crecimiento, movimientos, posiciones y formas del feto, evaluar el volumen del líquido amniótico, calcular la edad gestacional, detectar embarazos múltiples, puede ayudar en la detección de anomalías estructurales graves o la muerte fetal, diagnosticar trastornos ligados al sexo (Papalia, 2012).

Por otro lado, se encuentra la embrioscopia, el cuál es un visor diminuto que se inserta en el abdomen de la madre para ver el embrión o feto, sirve para orientar las transfusiones sanguíneas fetales y los trasplantes de médula ósea, al ser una técnica invasiva es arriesgada (Machado, 2004).

Por su parte, la amniocentesis es una técnica médica en la que se toma una muestra de líquido amniótico con una guía ultrasónica y se analiza, se usa principalmente para obtener y examinar células fetales, con esta técnica se pueden detectar trastornos cromosómicos y ciertos defectos genéticos o multifactoriales, se práctica a mujeres de más de 35 años, por lo general, no se realiza antes de las 15 semanas de gestación. Los resultados tardan de una a dos semanas, existe un riesgo de pérdida o lesión fetal (Machado, 2004)

El muestreo de vello coriónico, se toman de la placenta y se analizan tejidos de vello coriónico, con el fin de obtener un diagnóstico temprano de defectos y trastornos de nacimiento, se realiza entre la décima y duodécimas semanas de gestación, es importante no realizarse antes de la décima semana de gestación, el riesgo de pérdida fetal es del 1 al 4% más que la amniocentesis (Papalia, 2012).

Cabe señalar que existen otros factores de riesgo, los cuales pueden afectar al desarrollo del feto y pueden poner en riesgo a la madre, es importante mencionar otro tipo de cuidado, como lo son la salud de la madre, su nutrición, en ambiente en el que vive, sin embargo, de no tener estos cuidados pueden convertirse en factores de riesgo importantes para el embarazo, los cuales se explicarán a continuación.

Factores de riesgo en el embarazo y embarazo de alto riesgo

El factor de riesgo de un embarazo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un daño. Los factores de riesgo más comunes en la mujer mexicana embarazada, según una Institución de salud de tercer nivel especializada en la atención obstétrica de la Ciudad de México (Gómez, 2011) son los siguientes:

1. Enfermedades crónicas previas: Diabetes mellitus, Epilepsia, Hipertensión crónica, Cardiopatías, Endocrinopatías.
2. Complicaciones del embarazo actual: Diabetes gestacional, Eclampsia, Ruptura de membrana, Preeclampsia leve y severa e Insuficiencia ístmica cervical.
3. Otros factores de riesgo: Edad materna mayor a 35 años, Hipertensión gestacional, Embarazo múltiple, Enfermedades previas de la madre, Desnutrición, Consumo de drogas antes y durante el embarazo, entre otros.

Todos estos factores, pueden provocar que el feto presente una combinación de anomalías mentales, motrices y del desarrollo. Aunado a esto, se da importancia a los factores socioeconómicos tales como extrema pobreza, analfabetismo, actividad laboral inadecuada, desnutrición y obesidad como factores de riesgo, así mismo, derivado de estos factores de riesgo es que surge el embarazo de alto riesgo (Gómez-López, 2016).

La Norma Oficial Mexicana de atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido en 1993 define al embarazo de alto riesgo como aquel embarazo en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación o el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

Cabe señalar que la percepción de riesgo está permeada por la interacción de aspectos individuales, sociales, culturales, de género y de comunicación que influyen de manera diferente en cada persona sea hombre o mujer, y en su respuesta frente al problema. La experiencia del embarazo de alto riesgo para la mujer, cuyas expectativas hacia el embarazo y hacia su bebé se ven afectadas por el diagnóstico de alguna complicación, lo que genera cambios en sus planes y perspectivas, así como un ajuste emocional frente a la nueva condición, aunado a la aceptación y el apego a su tratamiento, lo que se ve traducido en un malestar emocional. Por lo que la mujer embarazada de alto riesgo puede presentar síntomas de ansiedad por la salud y el bienestar del feto, así como sentimiento de vulnerabilidad, el estrés y los conflictos de pareja se hacen más evidentes, así como conflictos previos no resueltos y culpa (Gómez, 2016). Es por esto que el seguimiento con un profesional de la salud mental es fundamental, con el fin de disminuir este malestar psicológico, así mismo, se

busca que la mujer con un embarazo de alto riesgo pueda disfrutar de su embarazo y con ello la experiencia que esto les ofrece.

Importancia de las redes de apoyo durante el embarazo

Cabe mencionar que existen factores psicosociales que pueden sumarse al malestar psicológico de la mujer embarazada con complicaciones obstétricas, algunos de estos factores pueden ser los que se enlistan a continuación:

- 1) Embarazos previos
- 2) Problemas familiares y de pareja
- 3) Embarazos no planeados
- 4) Abortos previos
- 5) Problemas económicos
- 6) Hijos vivos
- 7) Experiencias obstétricas adversas previas
- 8) Apoyo de la pareja y la familia

Todos estos factores pueden aumentar la sintomatología ansiosa o depresiva durante el embarazo, de la misma manera, la forma en la que la mujer embarazada enfrenta cada una de estas adversidades es determinante para disminuir el malestar psicológico, así pues, el apoyo que percibe cada mujer es un componente importante para su salud emocional, puesto que no es igual el apoyo que la familia o la pareja les da al apoyo que ellas mismas perciben y si ellas se sienten satisfechas con este apoyo (Gómez, 2007).

Durante un embarazo y un embarazo de alto riesgo, las mujeres requieren de la presencia de redes de apoyo, ya sea por la familia y/o por su pareja, debido a que este evento puede traer consigo malestar psicológico y una ambivalencia en los sentimientos, con el fin de que pueda expresarse, disfrutar su embarazo y que el bebé llegue al mejor ambiente posible, de la misma manera, en el siguiente capítulo se abordará más a fondo este tema.

Capítulo 2. Apoyo social percibido

Apoyo social

El apoyo social se define como la disponibilidad de relaciones sociales cercanas, lo que constituye un recurso básico para afrontar los problemas, House (1981) precisa al apoyo social como una transacción entre dos o más personas en la que se da una ayuda instrumental, información o valoración; posteriormente Shumaker y Brownell (1984) anexan el componente de ayuda, complementando la definición de House, por lo que concluyeron en definirlo como un intercambio entre al menos dos individuos, con el objetivo percibido por el proveedor o el receptor de incrementar el bienestar del receptor. Lin, Dean y Ensel (1981) lo definen como la ayuda accesible a un individuo a través de los lazos sociales de otros sujetos, grupos y comunidad global.

Hobfoll y Stokes (1988) refieren que el apoyo social comprende “aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o sentimiento de conexión a una persona o grupo, por medio del cual se percibe como querida o amada” (p. 489). Cohen y Willis (1985) lo definen como la totalidad de recursos provistos por otras personas.

Sarason, Levine y Basham (1983) definen al apoyo social como la disponibilidad de las personas con las que el receptor puede contar, el apoyo social se trata de tener a alguna persona o grupo de personas que le permitan a un individuo (receptor) saber que es (son) amado (s), valioso (s) y cuidado (s) por ellos.

El apoyo social cumple diferentes funciones (Martín, Sánchez, & Sierra, 2003), que se agrupan de la siguiente manera:

- Emocionales: Se asocian con aspectos como brindar confort, cuidado e intimidad.
- Informativas: Se basan en recibir consejos y orientación.
- Instrumentales: Implican la disponibilidad de ayuda directa en forma de servicios o recursos.
- De contenido: Se refieren a la naturaleza de la relación entre la persona y el miembro de su red.
- Apoyo social provisto o conductas de apoyo: Son acciones específicas que la red social realiza para darle asistencia a una persona determinada.
- Grado de integración o aislamiento a la red. Se basan en el nivel de participación en el rango

de las redes sociales con las que se cuentan.

Aunque cada uno de estos tipos de funciones del apoyo social pueden ser relevantes para el bienestar del individuo, se tiende a considerar que el apoyo de tipo emocional es el más importante, en especial en el contexto de las enfermedades, así como el apoyo social que la persona percibe (Trunzo & Pinto, 2003).

Apoyo social percibido

Existe una diferencia entre el apoyo que el receptor recibe de los individuos y el apoyo que el receptor percibe de manera subjetiva, a este tipo de apoyo, se le denomina apoyo social percibido, que se define como la evaluación subjetiva del individuo respecto a la cantidad y contenido de los recursos del apoyo disponible. El apoyo social percibido lleva consigo aspectos como los recursos reales a los que las personas pueden recurrir en caso de necesitarlos, englobando aspectos cognitivos o expresiones de apoyo, asimismo, este apoyo puede evaluarse, con base en la medida en la que la persona está satisfecha con dicho apoyo (Cohen & Willis, 1985).

Cabe señalar que en el apoyo social percibido pueden influir aspectos subjetivos y temporales, así como las situaciones en que el individuo necesite el apoyo real, de la misma manera, es importante tomar en cuenta si es que la ayuda obtenida es adecuada y la que el receptor necesita, la satisfacción puede variar en tanto a los componentes que pueda presentar la situación, en algunas ocasiones el hecho de que la persona perciba un apoyo y que este esté disponible no significa que lo utilice realmente y que esté satisfecha con el resultado de este apoyo (Licea, 2012).

Modelos teóricos

Se han propuesto algunos modelos teóricos referentes al apoyo social, los cuales promueven la salud física y mental, dichos modelos se sustentan en factores sociales, a saber: el modelo protector; el modelo amortiguador; y el modelo del efecto directo (Cohen & Wills, 1985), que se explican a continuación.

El modelo protector postula que el apoyo social facilita a los individuos conductas adaptativas en situaciones estresantes modificando así sus respuestas biológicas. Este modelo teórico, predice que

el apoyo social resulta totalmente benéfico para aquellas personas que viven eventos altamente estresantes, no obstante, este modelo no provoca ningún impacto en aquellas personas que no se enfrentan a este tipo de situaciones (Cohen, 2004).

Cabe señalar que la satisfacción del apoyo que las demás personas perciben es determinante para que los niveles de estrés disminuyan, de esta manera no sólo es importante la cantidad de apoyo social, sino qué tan satisfecha está la persona con dicho apoyo; por lo que sólo recibir apoyo y el sólo saber que se cuenta con apoyo es un factor importante como regulador de la experiencia estresante, ya que se reduce el impacto negativo que se percibe de la situación, por lo que se facilitan conductas promotoras de salud como el ejercicio físico, la higiene personal y la alimentación adecuada (House & Kahn, 1988).

El modelo del efecto directo postula que la interacción social es benéfica para la salud física y emocional independientemente de que el individuo esté atravesando por una situación estresante o no. Los individuos que participan en redes de apoyo están sujetos a controles sociales y presión de los miembros, lo que influye en la realización de conductas de salud normativas. Las redes sociales pueden influir en el individuo para que éste realice ciertas conductas como el hacer ejercicio, tener una alimentación baja en grasas, fumar o utilizar drogas (Cohen, 2004). De la misma manera, la interacción social incrementa la motivación del individuo por cuidarse, así como en el sentido del ser y en las emociones de la persona. El rol y el papel que cada una de las personas saben que juegan dentro del grupo, ayuda a guiar la interacción entre ellos, lo cual proporciona expectativas comunes acerca de cómo deben actuar. Cuando se cumplen las expectativas del papel que se tiene en el grupo, los individuos logran un sentido de identidad, predictibilidad, estabilidad, pertenencia, seguridad y valor propio (Cassel, 1976; Cohen, 1988; Thoits, 1982; Willis, 1985).

Cohen (1988) postula que la interacción con otros contribuye a la regulación emocional, puesto que coadyuva en el incremento del afecto positivo y ayuda a la regulación de la intensidad y duración de los estados de ánimo negativos, puesto que los pensamientos y emociones positivas derivan de una interacción social benéfica, reduciendo el malestar psicológico (Thoits, 1982). Cabe mencionar que al contar con una amplia red social, se obtienen fuentes de información que pueden influir en las conductas de salud del individuo, hacer más eficiente la utilización de servicios de salud o ayudar

a evadir o enfrentar situaciones estresantes o de alto riesgo (Cohen, 2004).

El modelo del efecto amortiguador refiere que el apoyo social no influye directamente sobre la salud, ni sobre los estresores, sino, que simplemente modula las relaciones entre ambos, es decir amortigua el impacto de los eventos estresantes que se le presentan a la persona. Lin, Dean y Ensel (1989) mencionan sobre este modelo que: “Los efectos de *buffering* son más fuertes que los directos [...] lo que refleja el papel amortiguador de los recursos sociales existentes con relación a estresores tanto sociales como psicológicos. Esto es, la carencia de recursos sociales hace que la presencia de estresores, sociales o psicológicos, ejerzan un mayor impacto sobre la salud.” (pp. 393-394).

Durá, et al. (1991) postulan que los estudios deben encaminarse a determinar qué tipo de apoyo social, por qué tipo de fuente y para qué tipo de persona, así como bajo que circunstancia será benéfico para la persona que lo recibe, esto con el objetivo de adecuar los programas de intervención a las necesidades subjetivas.

Instrumentos sobre el apoyo social

El apoyo social se evalúa desde distintas perspectivas, por ejemplo, desde la integración social, es decir de una manera cuantitativa, la cual se centra en la cantidad de vínculos en la red social del individuo, las dimensiones estructurales y funcionales de la red de apoyo; mientras que una perspectiva cualitativa funcional se basa en la existencia de relaciones cercanas y significativas, así como la evaluación que hace el individuo de manera subjetiva del apoyo disponible y que tan satisfecho está con este apoyo. De acuerdo con la evidencia disponible, tanto la cantidad como la calidad de apoyo social parecen tener efectos significativos en el bienestar y la salud (Dolbier & Steinhardt, 2000). A continuación, se mencionan algunos instrumentos que evalúan el apoyo social.

Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS)

La escala *Arizona Social Support Interview Schedule* (ASSIS) es una entrevista de Apoyo Social de Arizona, de la que se desarrolló una versión en español (Barrera, 1980, 1981; Barrera et al., 1981, 1985). Esta consiste en una entrevista semiestructurada con preguntas para identificar quiénes son los miembros que componen la red social de las personas con base en la pertenencia a las siguientes dimensiones de apoyo: sentimientos personales, ayuda material, consejo, retroalimentación o

refuerzo positivo, acompañamiento y/o asistencia física y participación social, dichas dimensiones hacen referencia a los siguientes aspectos:

- Sentimientos personales. Hace referencia a las relaciones con las que cuenta el individuo para compartir y comunicar situaciones adversas, una preocupación o alguna situación de carácter íntima.
- Participación social. Se refiere a las relaciones mantenidas enfocadas a las situaciones de ocio o tiempo libre.
- Ayuda material. Percepción de disponibilidad de recibir dinero, ropa, comida o algún bien material en caso de que la persona lo necesite.
- Ayuda física. Se refiere al nivel de acompañamiento y apoyo percibido por las personas más cercanas al sujeto en actividades cotidianas o extraordinarias, en la realización de tareas concretas.
- Consejo. Consiste en la orientación y guía que le ofrecen los miembros de la red de apoyo, comentarios y refuerzos de algunas conductas y actitudes por parte de los integrantes de esta red.

A lo largo de la entrevista cada individuo describe quiénes son las personas de su entorno que le ofrecen cada uno de los tipos de ayuda evaluados. De la misma manera valoran el grado en que necesitaron durante el último mes cada uno de los tipos de ayuda, así como el grado de satisfacción con el apoyo recibido en cada una de las áreas. El presente instrumento también toma en consideración a los miembros de la red social de apoyo que también constituyen fuentes de estrés para la persona. En general, ofrece diversos indicadores relativos al tamaño y a la composición de la red social (incluyendo la red conflictiva para el individuo), al grado de necesidad de apoyo, a la utilización de la red para obtenerlo y a la satisfacción con el apoyo recibido por parte del sujeto evaluado (Villalba, 2001, 2002). El apoyo emocional se define por la expresión de sentimientos personales y la participación social, el apoyo tangible se describe considerando la ayuda material y el acompañamiento y/o ayuda física y, por último, el apoyo informativo incluye las categorías de consejo y refuerzo positivo. Además de los contenidos que se acaban de exponer y que recogen de manera bastante completa las diferentes dimensiones del apoyo social, la prueba tiene un tiempo de administración de aproximadamente 15- 20 minutos. (Barrera, 1980, 1981).

Para responder este instrumento, se les pide a los participantes que hagan una valoración subjetiva de la potencialidad de ayuda que encuentra en su red (i.e. quiénes son las personas de la red social que le ayudarían en caso de necesitar dinero). Por otro lado, se les pregunta si han necesitado realmente el tipo de ayuda de que se trate durante el mes anterior y, en caso afirmativo, se evalúa el apoyo recibido.

Cuestionario de apoyo social (NSSQ por sus siglas en inglés)

El Cuestionario de Apoyo Social (NSSQ por sus siglas en inglés) fue realizado por Norbeck, Lindsey y Carrieri (1981). La estructura del instrumento, permite solicitar a los participantes que escriban acerca de la presencia de uno a 24 miembros de su red de apoyo, es decir, aquellas personas que les brinden apoyo personal o que sean importantes para el participante, posteriormente, se les pide que especifiquen su relación con esos miembros. Posteriormente se les indica que sucesivamente califiquen a cada miembro de la red enlistado, en seis preguntas de soporte funcional que miden tres tipos de soporte: soporte afectivo, de afirmación y de ayuda. Así pues, se suman las puntuaciones de apoyo de los miembros de la red.

Cabe destacar que el tamaño de la red de los participantes depende de diversos factores, incluido el sesgo de los participantes por la presencia de los 24 espacios, así como el tamaño y amplitud de sus familias. De esta manera, a medida que aumenta el tamaño de la red, aumentan los puntajes de soporte, por lo que es probable que a menores correlaciones de la ayuda con el tamaño de la red sea el resultado de que más participantes otorguen a los miembros de la red calificaciones de ayuda de cero en lugar de cero para la calificación de afecto o afirmación. Cuando esto sucede, el participante efectivamente ha eliminado a esa persona de su red y, por lo tanto, ha reducido la influencia del tamaño de la red en ese puntaje de soporte. Esto ocurre con mayor frecuencia con la ayuda, porque algunos participantes enumeran a los miembros de la red que le pueden agradar a la persona (afecto) y estar de acuerdo con ellos (afirmación) pero no pueden proporcionar ayuda tangible (ayuda).

La escala NSSQ cuenta con dos variables a determinar: las calificaciones del soporte y el tamaño de la red, por lo que los puntajes deben verse como el puntaje del soporte que tiene la persona, en relación con el tamaño de la red de la misma persona. Es importante señalar que los puntajes obtenidos deben promediarse para obtener la norma de la población.

The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS).

La escala *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) por sus siglas en inglés, fue elaborada por Zimet et al. (1988). Inicialmente estaba compuesta por 24 reactivos con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos: 1= completamente en desacuerdo, hasta el 5= completamente de acuerdo. Sin embargo, los resultados de diversos estudios piloto mostraron que algunos reactivos no contaban con la confiabilidad y validez necesaria, por lo que algunos de ellos fueron excluidos. La versión más reciente está compuesta por 12 reactivos, los que recogen información del apoyo social percibido por los individuos en tres áreas: familia, amigos y otros significativos, su escala de respuesta corresponde a una escala con formato de respuesta tipo Likert de siete opciones que va del 1 = muy en desacuerdo a 7 = muy de acuerdo. Las subescalas se califican de la siguiente forma:

De la misma manera se suman todas las puntuaciones de los 12 reactivos, se divide entre 12, si el resultado va de uno a 2.9 se considera un apoyo social bajo, así mismo si el puntaje va de tres a cinco puede ser considerada como un apoyo social moderado, así mismo si va de 5.1 a siete, se considera un apoyo social alto.

The Social Support Appraisals Scale (SS-A)

La Escala denominada *The Social Support Appraisals Scale (SS-A)* por sus siglas en inglés, que en español se conoce como Escala de Evaluación de Apoyo Social es un instrumento de 23 reactivos basado en la definición de apoyo social de Cobb (1976) y diseñado para conocer el grado en el que el individuo percibe apoyo y afecto, así también permite conocer el nivel de interacción con familiares, amigos y otros; se compone por 23 reactivos divididos en tres dimensiones: familia, amigos y personas en general con formato de respuesta tipo Likert en donde 1 se refiere a totalmente de acuerdo; 2 de acuerdo; 3 en desacuerdo; 4 totalmente en desacuerdo.

Para evaluar la escala, se calculan tres puntajes: total de SS-A (suma de los 23 reactivos), familia de SS-A (suma de reactivos elementos de "familia") y amigos de SS-A (suma de 7 reactivos de "amigo"). Cabe señalar que los ocho reactivos restantes se refieren a "personas" u "otros" de manera general. La validez de la SS-A se evalúa en términos de validez convergente y divergente con otras

medidas de apoyo subjetivas, y un examen de sus relaciones con antecedentes vinculados (recursos de la red de apoyo) y consecuencias (trastornos psicológicos).

The Social Support Questionnaire (SSQ6)

Para fines de esta investigación, se utilizó el instrumento titulado *The Social Support Questionnaire* (SSQ6) diseñado por Sarason en 1983, originalmente consta de 24 reactivos que evalúan dos aspectos del apoyo social: por un lado, evalúa la cantidad de apoyo social percibido y el grado en el que este apoyo social es satisfactorio para la persona. El SSQ tiene una alfa de fiabilidad interna de 0.97; la versión corta del SSQ elaborada por el mismo autor (Sarason, 1987) cuenta con una fiabilidad interna alta y una correlación alta con la versión completa del SSQ. La versión corta de SSQ consta de 12 reactivos con formato de respuesta tipo Likert que van del 1 (muy insatisfecho), al 6 (muy satisfecho), el resultado refleja el número de personas con las que cuenta la persona, es decir sus redes de apoyo y al mismo tiempo que tan satisfecha está con este apoyo.

Los valores se obtienen de sumar el número total de las personas por las seis preguntas que valoran la red de apoyo social, el valor máximo que se puede obtener es 54, posteriormente este valor es dividido entre seis para obtener la calificación de la red de apoyo social, una vez dividido el valor máximo que puede obtenerse es nueve. De la misma manera al sumar la calificación de las preguntas pares, que valoran el grado con el cual la persona está satisfecha con el grado de apoyo social recibido con una puntuación máxima de 36, se divide este valor entre seis para obtener la calificación de la satisfacción de apoyo social recibido, una vez dividido, el valor máximo a obtener es de seis. Por último y para obtener el total de apoyo percibido, se debe sumar la calificación de la red de apoyo social, más la calificación de la satisfacción de apoyo social, obteniendo un máximo de 15 puntos. Cabe señalar que el presente instrumento fue seleccionado, debido a que, se validó para mujeres mexicanas por Laresgoiti (2013).

Hasta este punto se ha abordado de manera teórica los aspectos relacionados con el apoyo social, por lo que a continuación, se presenta una revisión sobre la relación entre el apoyo social percibido en mujeres embarazadas, en adición, se presentan algunas investigaciones que se han realizado con esta población.

Apoyo social percibido en mujeres embarazadas

El embarazo por sí mismo está asociado con un posible incremento de sintomatología ansiosa, de estrés y depresión, debido a que se produce un desajuste emocional que tiene que ver con los cambios fisiológicos y físicos que se presentan en las mujeres, por lo que un desajuste emocional puede incrementar la posibilidad de tener un embarazo de alto riesgo, o bien complicaciones neonatales. Sin embargo, uno de los riesgos más importantes que se debe tomar en consideración, es la falta de apoyo social, ya que puede aumentar el malestar emocional que puedan experimentar las mujeres embarazadas (Elsenbruch et al., 2007).

La presencia de apoyo social bajo se correlaciona con una mayor incidencia en los síntomas de depresión en las mujeres embarazadas, así también puede incrementar los síntomas de ansiedad (Spoozak, Gotman, Smith, Belanger, & Yonkers, 2009), lo anterior indica que la presencia de apoyo social que percibe las mujeres embarazadas puede coadyuvar a que éstas se sientan más cómodas y apoyadas, por lo tanto, la sintomatología ansiosa y el estrés pueden disminuir (Uchino, 2006).

Maldonado, Saucedo y Lartigue (2008) refirieron que, durante el embarazo, las emociones pueden fluctuar, es decir, pudieran exacerbarse, razón, por la que las mujeres perciban que requieren de mayor apoyo emocional por parte de sus redes sociales y familiares. Gómez (2016) menciona que las mujeres con complicaciones en el embarazo que tienen una relación de pareja estable perciben su relación distante y sin apoyo o, por el contrario, con apoyo y alegría por el nuevo embarazo; por otro lado, las mujeres con una relación de pareja inestable perciben que su relación cambia a partir del embarazo. Dado que los problemas de la pareja se vuelven más evidentes o salen a flote.

La familia juega un papel importante de apoyo y sostén ante las experiencias obstétricas vividas previamente y las complicaciones presentadas en el embarazo actual, aunque también es importante tomar en consideración el impacto emocional que estas situaciones generan en los miembros de la familia.

Cabe señalar que el apoyo social que la mujer embarazada recibe es muy importante, debido a que este puede modificar la manera en la que la mujer embarazada enfrenta las situaciones que el embarazo representa (i.e. alguna complicación, la preparación para la llegada del bebé, así como los planes a futuro, el cuidado y atenciones hacia ella y el bebé posteriores al parto, entre otros).

Apoyo social percibido en mujeres embarazadas: Evidencia científica internacional

En Canadá, Hetherington (2019) realizó un estudio, en el que se evaluaron 3,200 mujeres embarazadas durante un año. Los resultados principales, señalan que niveles bajos de apoyo social percibido se asocian con la presencia de partos prematuros entre las mujeres que experimentaron un alto nivel de estrés durante el embarazo; también se encontró un riesgo elevado de síntomas de ansiedad y depresión entre las mujeres con poco apoyo social. Finalmente, se mostró un apoyo estable en 98% de las mujeres, también se encontró que una red grande y estable de apoyo social (60% de las mujeres) se asoció con mayores ingresos económicos, por lo que se concluye que se requieren intervenciones para mejorar el apoyo, lo que redundará en beneficios mayores para las mujeres que pueden ser vulnerables debido a problemas de salud mental previos.

Mahdi y Khadijeh (2016) realizaron un estudio con mujeres con un embarazo de 26 semanas o más y que no tuvieran complicaciones clínicas y obstétricas, sin antecedentes de depresión, con alfabetización (capacidad de leer y escribir) y con la valoración clínica de un feto sano en ecografía. Los autores encontraron que cuatro de cada diez mujeres embarazadas presentaron síntomas depresivos, en general, la muestra refirió índices más elevados de apoyo familiar en comparación con otro tipo de apoyo, en adición, recibieron mayor apoyo social de otras personas que de sus amigos. También se evaluaron el locus de control de salud tanto interno como externo, y en este último, se obtuvieron las puntuaciones más altas. El análisis bivariado mostró asociaciones significativas entre apoyo social y estado de ánimo depresivo, mientras que el locus de control de salud interno y externo se asociaron con el apoyo social, también se encontró una relación estadísticamente significativa entre el locus de control de salud externo y el apoyo de amigos. Las variables predictoras (apoyo social percibido y el locus de control de salud) influyeron de manera negativa y significativa en el estado de ánimo depresivo.

Eapen (2017) realizó una investigación cualitativa y exploró las percepciones y experiencias de apoyo social durante el embarazo en mujeres con bajos ingresos que habían dado a luz recientemente a un bebé con bajo peso al nacer. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas para recopilar la información. Los resultados se agruparon en tres ejes: a) la experiencia del embarazo de la madre y el apoyo social percibido; b) los desafíos que enfrentan las madres durante el embarazo; y c)

disponibilidad de apoyos esenciales para las madres durante el embarazo. En general, se encontró que el padre del bebé y familiares mujeres fungieron como las principales fuentes de apoyo durante el embarazo. Las mujeres enfrentaron múltiples desafíos durante el embarazo y el apoyo social de la familia, amigos, proveedores de atención médica y otras personas importantes coadyuvaron para enfrentar dichos desafíos. La mayoría de las mujeres expresaron su deseo de obtener apoyo social de la familia, amigos y otras personas importantes en su vida. Las intervenciones de apoyo social deben adaptarse a las necesidades individuales de las mujeres embarazadas. Los proveedores de atención médica deben incorporar enfoques de práctica que se centren en identificar y mejorar el apoyo social de las mujeres embarazadas con énfasis en las poblaciones marginadas o vulnerables.

En otra investigación se evaluó la influencia de las experiencias adversas durante la infancia que vivieron mujeres embarazadas, así como del apoyo social en el crecimiento fetal del producto. Colaboraron mujeres con 27 semanas de gestación en promedio quienes completaron las evaluaciones correspondientes. Los modelos de regresión multivariable probaron los efectos principales y la interacción entre las experiencias adversas de la infancia y el apoyo social con relación a la circunferencia de la cabeza y el peso al nacer de los bebés (Appleton, et. al, 2019).

Los resultados de este estudio indicaron que los niveles más altos de experiencias adversas de la infancia se asociaron con puntuaciones de cefalización más altas, mientras que un mayor apoyo social se asoció con puntuaciones de cefalización más bajas. Se observó una interacción significativa que muestra un efecto protector del apoyo social entre aquellas mujeres con experiencias adversas de la infancia (0 eventos) y moderada (1-3 eventos) pero no entre las mujeres con experiencias adversas de la infancia altas (4 + eventos; $p < 0.05$).

Se observó que las experiencias adversas durante la infancia pueden afectar negativamente el tamaño del nacimiento, pero el apoyo social durante el embarazo proporciona cierto efecto amortiguador, por lo que se concluye que las intervenciones diseñadas para mejorar el apoyo social durante el embarazo pueden no solo mejorar el bienestar materno, sino que también pueden proteger la salud infantil.

Apoyo social percibido en mujeres embarazadas mexicanas: Evidencia científica

Berenzon-Gorn (2009) realizó un estudio en el que participaron 23 mujeres, habitantes de la Ciudad de México, y encontró que el apoyo social proviene principalmente de otras mujeres; pues la pareja no se considera un apoyo significativo. Las mujeres encuentran estrategias que, si bien no solucionan por completo sus malestares emocionales, les permiten sobrellevar las situaciones vinculadas con éstos; los hallazgos indican que las mujeres prefieren acudir en primera instancia a un amigo o un familiar y en segundo lugar a los remedios caseros o la automedicación

Rodríguez y Gallegos (2018) llevaron a cabo un estudio con 227 mujeres embarazadas que visitaron un hospital o clínica privada para conocer la relación entre el apoyo social percibido, emocional y de confianza con los niveles de ansiedad, estrés y depresión. Se detectaron diferencias entre los niveles de estrés, ansiedad y apoyo social entre mujeres que se encontraban embarazadas por primera vez y aquellas que tuvieron embarazos previos. En adición, se encontró una correlación positiva entre mujeres que tomaban alcohol durante el embarazo y la presencia de síntomas de ansiedad. Finalmente, el apoyo social de confianza percibido se relacionó de manera negativa con la ansiedad y la depresión.

Gómez-López (2016) analizó el papel que desempeñan la pareja, la familia y las redes de apoyo durante la gestación. Para lograr el objetivo, se aplicaron entrevistas semiestructuradas a doce mujeres adultas con diagnóstico médico de embarazo de alto riesgo, mostrando que la vivencia de la maternidad y la manifestación de malestar psicológico en estas mujeres era diferente, dependiendo del riesgo médico diagnosticado, la falta de planeación del embarazo, las experiencias obstétricas previas, no tener hijos vivos y contar con el apoyo de la pareja y la familia.

En diversas investigaciones (i.e. Dennis, 2005; Lara, Navarro, & Navarrete, 2010) se ha encontrado que algunas complicaciones perinatales como la preeclampsia, el retardo en el crecimiento uterino, el bajo peso del infante al nacer y el parto prematuro, se asocian con factores psicosociales como el estrés, los conflictos de pareja, la autoestima baja de la madre, la falta de apoyo social y el nivel socioeconómico bajo, así como con la presencia de problemas de salud mental (ansiedad y depresión) durante el embarazo. En estos estudios se observa que la familia funge como un pilar de

apoyo y sostén ante las experiencias obstétricas vividas previamente y las complicaciones presentadas en el embarazo actual.

Laresgoiti (2013) realizó un estudio con 242 mujeres embarazadas y examinó la relación entre la labilidad emocional, la depresión y el estrés durante el embarazo con el desarrollo del trabajo de parto prematuro, la preeclampsia, el desprendimiento de placenta y el bajo peso al nacer para los bebés en edad gestacional. Además, las puntuaciones de apoyo social se compararon con los niveles de estrés, ansiedad, depresión y labilidad emocional en mujeres embarazadas. Se realizaron evaluaciones durante el segundo o tercer trimestre y hasta la terminación del embarazo. Los análisis de regresión logística mostraron que aquellas mujeres que eran primigenias, tenían mayor riesgo de presentar preeclampsia o parto prematuro, mientras que la presencia de apoyo social disminuyó significativamente la posibilidad de desarrollar parto prematuro. En el modelo de regresión logística, el ingreso familiar predijo significativamente el desarrollo de una placenta abrupta.

Sobre las puntuaciones totales de apoyo social para las participantes, la media fue de 15,88 y la puntuación máxima del instrumento es de 54. La media para las puntuaciones de satisfacción con el apoyo social fue de 32,32, siendo 36 la puntuación máxima posible. La media del puntaje total de apoyo social total obtenido fue de 48.20, siendo 90 el puntaje máximo alcanzable. El dos por ciento de los participantes tenía un apoyo social bajo, el 40,9% tenía apoyo social medio bajo, el 50% tenía apoyo social medio alto y el 6,6% de los participantes tenía un nivel alto. La puntuación media para el estrés y ansiedad fue de 66,36, la puntuación media de depresión fue de 54,70 y la puntuación media para la labilidad emocional fue de 59,71.

Los resultados de MANCOVA revelaron una diferencia significativa entre las categorías de apoyo social en las variables dependientes combinadas (estrés / ansiedad, depresión y labilidad emocional). El ANCOVA informó diferencias significativas entre las puntuaciones de apoyo social y las puntuaciones de estrés / ansiedad y depresión. ANCOVA también mostró diferencias significativas entre el número de embarazos y las puntuaciones de estrés. Un análisis factorial de varianza 2X2 mostró un efecto principal importante del estrés y la depresión en el peso del recién nacido. Al promover la conciencia de la importancia de los factores emocionales durante el embarazo entre los trabajadores de la salud y las mujeres embarazadas, este estudio contribuyó a un cambio social positivo.

Estos estudios indican que el apoyo social es una parte fundamental en la vida de los individuos, saber que se cuenta con redes de apoyo es un factor que se debe tomar en cuenta cuando se atraviesa por un evento estresante, o bien diferente a lo que se presenta en la vida cotidiana del individuo. El embarazo no es la excepción, las mujeres embarazadas pueden reducir sus niveles de estrés, así como los temores que les pudiera ocasionar el embarazo a través de la presencia de redes de apoyo adecuadas, en adición, puede contribuir en la mitigación de síntomas de depresión y ansiedad que pudieran presentarse durante las semanas de gestación, debido a abortos previos, primeras gestas, miedo al parto, sentimientos de ambivalencia, así como a experiencias médicas previas desfavorables, por lo que a continuación, se hablará de la sintomatología ansiosa que presentan mujeres embarazadas.

Capítulo 3. Ansiedad

Definición

La etimología de la palabra "ansioso", viene de *anx*, que proviene de la palabra latina, *angere*, que significa "ahogar" o "estrangular" (Lewis, 1970). La ansiedad es parte de la vida de cada persona, de alguna manera, todos han sentido ansiedad en alguna situación de sus vidas en un grado moderado. De esta manera, la ansiedad es un término que comenzó a tener resonancia en 1920. La ansiedad se define como un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el individuo se sienta molesto. Se trata, por lo tanto, de una emoción que aparece cuando una persona se siente amenazada por un peligro, que puede ser externo o interno (Jarne, et. al, 2006.)

La ansiedad se define como una emoción displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986). La ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986). De acuerdo con Sandín y Chorot (1995) la ansiedad posee la capacidad de prever o señalar el peligro para el propio individuo, dándole un valor funcional importante, también tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, siendo un mecanismo biológico adaptativo de protección ante posibles daños que puede sufrir el individuo.

Bandura (1997) señala a la ansiedad como un estado de aprehensión anticipatoria sobre posibles acontecimientos perjudiciales; Spielberger (1972) la define como un estado emocional displacentero caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprehensión o preocupación y por la activación del sistema nervioso autónomo. También se define como un sentimiento desagradable de temor ante un peligro desconocido, y no es patológica cuando parte de su función innata y conserva niveles estables de frecuencia, intensidad, recurrencia y duración (Virgen, et al., 2005).

La ansiedad es una emoción común en la humanidad dado que sin ella el hombre no hubiera sobrevivido, pues corresponde a un mecanismo adaptativo que prepara física y mentalmente al individuo para resolver problemas reales o imaginarios (Uriarte, 1997).

Es importante tener en consideración que la ansiedad es un sentimiento subjetivo, el cual conlleva sensaciones físicas y mentales, es una forma de manifestación del miedo ante algún objeto o

situación o nada (Gándara & Fuertes, 1999); es un estado emocional desagradable caracterizado por sentimientos incómodos (Beck, Emery, & Greenberg, 1985); y dicha reacción de ansiedad involucra dos componentes: la preocupación y emocionalidad. La preocupación es una respuesta cognitiva, ya que se produce antes de la ejecución de alguna actividad importante para el individuo, mientras que la emocionalidad es una respuesta fisiológica que se produce mientras se realiza dicha actividad trascendental Sarason (en De la Fuente, 2008).

Desde la perspectiva de la psicología de la personalidad se concibe a la ansiedad en términos de rasgo y estado, como se describe a continuación:

Ansiedad rasgo: Se caracteriza por presentar una tendencia individual para responder de forma ansiosa, pues se tiende a una interpretación situacional-estimulo que conlleva peligro o amenaza, respondiendo con ansiedad ante los eventos que se presentan, comúnmente se acompaña de una personalidad neurótica de base similar a la timidez, apareciendo durante largos periodos de tiempo en todo tipo de situaciones y durante gran parte de la vida del individuo en situaciones similares, por lo que algunas personas tienden a percibir un gran número de situaciones como amenazantes, reaccionando con ansiedad, mientras que otros no le conceden la misma importancia (Endler & Okada, 1975).

Ansiedad estado: Se asimila a una fase emocional transitoria y variable en cuanto a intensidad y duración, puede experimentarse como patológica en un momento particular, caracterizándose por una activación autonómica, somática y por una percepción consciente de la tensión subjetiva. Cuando el individuo percibe una situación como amenazante, la intensidad de la emoción aumenta independientemente del peligro real. La relación entre ambos puntos de vista es muy estrecha, pues un individuo con alto rasgo de ansiedad reaccionará con mayor frecuencia de forma ansiosa (Miguel-Tobal, 1996).

Cuando una persona tiene ansiedad, experimenta un estado emocional desagradable caracterizado por sensaciones subjetivas desagradables (Beck, et al., 2014). Es importante mencionar que la ansiedad deja de ser adaptativa en el momento en que supera los parámetros de intensidad, frecuencia y/o duración, provocando ciertas manifestaciones patológicas en la persona, tanto emocional como funcionalmente (Vila, 1984).

Biondi (1989) describe que la ansiedad es patológica en las siguientes circunstancias:

- a. Si la ansiedad pasa de ser un episodio poco frecuente, de intensidad leve o media y duración limitada, a convertirse en episodios repetitivos, de intensidad alta y duración prolongada.
- b. Si la ansiedad deja de ser una respuesta esperable y común a la de otras personas para unos tipos de situación en la que aparece.
- c. Si la ansiedad conlleva un grado de sufrimiento alto y duradero, en lugar de limitado y transitorio, e interfiere significativamente en diferentes áreas de la vida de la persona que la padece, causando molestias generalizadas que afectan a los hábitos básicos de la persona (i.e. ritmos de sueño, alimentación y nivel general de activación).

En general, la ansiedad es un estado de agitación e inquietud desagradable que se caracteriza por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe, de esta manera, la ansiedad es la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, que se enuncian a continuación.

Sintomatología general de la ansiedad

La ansiedad suele ser común, e incluso, puede ser una reacción normal ante eventos que ocasionan malestar o preocupación, empero, la presencia recurrente de ansiedad ante diversos sucesos o actividades tiene efectos potenciales sobre el organismo (Car, 1990).

Los síntomas de la ansiedad pueden ser variados y múltiples, se manifiestan mediante los procesos físicos, existen síntomas fisiológicos, síntomas en las habilidades sociales y síntomas psicológicos que incluyen a los síntomas emocionales, conductuales y cognitivos (Aguilar, 1976; Arias, 1990), los que provocan que el sistema nervioso simpático se active para preparar al individuo hacia la huida o evitación (Serrano, 2001).

La ansiedad trae consigo sentimientos de aprensión, tensión muscular, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, transpiración excesiva, problemas estomacales, frecuencia urinaria, estado de confusión, interferencia mental en pensamientos e ideas, incertidumbre, desconfianza, nerviosismo, preocupación, miedos irracionales, ahogo, temblores y sensaciones de perder el control de las situaciones, entre otros (Baeza, et al., 2008; Carr, 1990; Davis, et al., 1985; Gándara & Fuertes, 1999).

Cuando la ansiedad es intensa origina un sentimiento desagradable de terror e irritabilidad, acompañado de fuertes deseos de correr, ocultarse y gritar, presentando sensaciones de debilidad, desfallecimiento y desesperación, sentimientos de irrealidad o de “estar separado” de la situación.

En sentido estricto, no existe una diferencia cuantitativa en la ansiedad normal y la patológica, sino que al rebasar ésta el límite de lo que puede considerarse como sano, desencadena una respuesta desproporcionada a un estímulo y es más persistente de lo aceptable; ello mantiene al individuo en un estado de hipervigilia e hiperalerta que lo desgasta y después lo enferma (Uriarte, 1997). Por lo que la ansiedad patológica se manifiesta con mayor frecuencia, intensidad y persistencia que la ansiedad normal (Spielberger, Pollans, & Wordan, 1984). A continuación, se explican los distintos tipos de síntomas que se presentan durante la ansiedad.

Síntomas físicos

Durante la ansiedad se presentan síntomas psicofisiológicos que llevan consigo un cúmulo de síntomas físicos que pueden verse como adaptativos, pues ayudan a que la persona se mantenga alerta ante cualquier peligro. Rojas (1998) describe los síntomas físicos a saber:

- Taquicardia, palpitaciones.
- Dilatación pupilar.
- Constricción de casi todos los vasos sanguíneos.
- Temblores: en manos, pies y cuerpo en general.
- Hipersudoración.
- Boca seca.
- Tics localizados.
- Inquietud psicomotora.
- Dificultad respiratoria.

-Tensión abdominal.

-Nauseas.

-Vómitos.

-Despeños diarreicos.

-Opresión precordial.

-Dolores gástricos.

-Hiperactividad global

Si la activación neurofisiológica es excesiva, se añade:

-Insomnio en la primera parte de la noche (incluso pueden presentarse pesadillas).

-Sueño durante el día (a veces en forma de ataques de sueño).

-Comer constante o pérdida de apetito

-Disminución de la necesidad sexual o aumento de la misma.

Síntomas psicológicos

Dentro de los síntomas psicológicos existe una clara anticipación de lo peor, y las personas tienen impresiones acerca del futuro. (Rojas, 1998). La persona se siente aprensiva, tensa, molesta, atemorizada y nerviosa, tendiendo a preocuparse por las circunstancias específicas que provocaron su estado de ansiedad (Spielberger, 1979).

Rojas (1998) menciona una lista de síntomas psicológicos, que se enuncian a continuación y que pueden o no verbalizarse por los individuos.

-Inquietud.

-Nerviosismo.

-Vivencias de amenaza.

-Experiencia de lucha o huida.

-Temores difusos.

-Inseguridad.

-Sensación de vacío interior.

-Temor a perder el control.

-Temor a agredir.

-Disolución y/o rotura del yo.

-Disminución de la atención.

-Melancolía.

-Pérdida de energía.

-Sospechas e incertidumbres.

Cuando la ansiedad es muy intensa, se pueden presentar:

-Temor a la muerte.

-Temor a la locura.

-Temor al suicidio.

Es importante mencionar que la persona no tiene que presentar todos los síntomas anteriores.

Ansiedad en mujeres embarazadas

Según el *National Collaborating Centre for Mental Health* (2007), los trastornos de ansiedad por lo común se presentan en conjunto con los trastornos depresivos durante el embarazo, lo cual tiene implicaciones para su identificación, diagnóstico y manejo. Dentro de los límites, la ansiedad sirve como función de alerta, así como de movilización, por lo que niveles inapropiados, podría resultar en la carencia individual de la adaptación fisiológica y psicológica para manejar efectivamente

algunas de las situaciones estresantes que conlleva un embarazo (Bhagwanani, Seagraves, Dierker, & Lax, 1997).

Es importante analizar la presencia de síntomas de depresión o ansiedad durante el periodo “perinatal”, dado que sólo así podría dirigirse y tratarse por completo el rango de morbilidad psicológica en la vida de la mujer en esta etapa (Austin, 2004). El embarazo es una etapa en la que la mujer se encuentra más vulnerable, por tanto, es susceptible a presentar síntomas depresivos o ansiosos.

Las mujeres embarazadas, pueden experimentar malestar psicológico, empero no necesariamente los síntomas reúnen criterios formales para un diagnóstico, dicho malestar puede acompañarse de sucesos como un duelo, o de estrés transitorio, por lo que se sugiere que se realice un diagnóstico diferencial preciso y se distinga entre alteraciones transitorias y trastornos severos o crónicos durante este período (Austin & Priest, 2005).

Fisher, Feekery y Rowe-Murray (2002) plantean que el malestar psicológico en el período perinatal y de posparto es común y se correlaciona de manera inevitable con una transición importante en la vida. En esta concepción, la gravedad del malestar se distribuye en un continuo; una pequeña proporción de mujeres padecen enfermedad mental, algunas experimentan síntomas psicológicos moderados o ligeros y otras perciben un malestar relativamente ligero.

Un estudio que se realizó en España, cuantificó una alta prevalencia de ansiedad en las mujeres al inicio de su embarazo, asimismo se observaron algunas diferencias entre las mujeres embarazadas turcas y españolas, por lo que los hallazgos indican que algunas características culturales como la estructura familiar, tener más hijos y cohabitantes, la religión islámica o la falta de apoyo de la pareja percibida se convirtieron en los elementos de vulnerabilidad más importantes (González-Mesa, et al., 2019).

La depresión y la ansiedad prenatales parecen estar fuertemente asociadas con resultados adversos en la salud materna e infantil, por lo que constituyen un problema importante para la salud pública, por lo que para prevenirlas, es preciso analizar algunos de los posibles factores de riesgo que pudieran disparlas, mismos que se explican a continuación.

Factores que influyen en la presencia de ansiedad durante el embarazo

Como ya se explicó anteriormente, la ansiedad es una alteración adaptativa del funcionamiento de las capacidades humanas, pasando desde los procesos cognoscitivos, fisiológicos, emocionales, conductuales y terminando en los hábitos sociales de la persona, por lo que un embarazo, puede desencadenar síntomas ansiosos, por lo que en la Tabla 1, se señalan algunas situaciones del contexto psicosocial que pueden generar ciertos síntomas de ansiedad en las mujeres embarazadas, así como en mujeres con un embarazo de alto riesgo (Gómez, 2016).

Como se observa en la Tabla 1, las causas de la ansiedad, están vinculadas con la presencia de apoyo, la planificación del embarazo, o los antecedentes reproductivos de las mujeres, empero, la presencia de síntomas de ansiedad, pueden depender de la propia historia de las mujeres, puesto que cada una de ellas, viven el embarazo de manera distinta, por lo que cabe señalar que cada intervención debe de hacerse con base en cada persona con su historia particular y con la situación que le éste provocando el malestar psicológico.

Tabla 1

Factores psicosociales o contextuales que incrementan la ansiedad en mujeres embarazadas

Factor	Situación psicosocial o contextual
Falta de planeación en el embarazo	<p>Algunas mujeres tienden a no planear sus embarazos, son pocas quienes usan un método anticonceptivo de manera apropiada, pues en muchas ocasiones no se cuenta con la información necesaria o con la educación suficiente, o con los recursos personales o asistenciales para tener acceso a métodos anticonceptivos, de esta manera, un embarazo representa un momento de crisis para aquellas quienes no lo planearon, pues se llenan de sentimientos de ambivalencia de no saber cómo expresárselo a la pareja y a la familia, lo que les produce sorpresa e impacto, así como la situación que va a traer consigo el nuevo bebé.</p>
Apoyo de la pareja y la familia de origen	<p>La relación con su pareja tiene mucha importancia, y aunque perciben apoyo de su parte, también se dan cuenta de su miedo y su preocupación por la nueva gesta. Puede existir un impacto emocional en la relación, debido a que en diversas ocasiones no es una relación de carácter formal o bien es una relación de noviazgo en la cual no se está buscando una responsabilidad tan grande como un embarazo, por lo que la mujer embarazada se preocupa y comienza a cuestionarse el futuro de la relación, llenándola de angustia el cómo comunicarle la noticia a su pareja por miedo a no ser apoyadas. De la misma manera, un embarazo no planeado, puede traer en la pareja: conflictos, distanciamiento, infidelidad, soledad y dificultades para comunicarse. En ocasiones la mujer piensa que un hijo puede ayudar a mejorar la relación, por eso busca una nueva gesta. No obstante, este impacto emocional provoca dificultades en la relación que se reviven durante el embarazo.</p>
Experiencia en embarazos previos	<p>Generalmente las mujeres embarazadas primerizas o las mujeres que han experimentado abortos manifiestan síntomas de ansiedad debido a la previa vivencia de pérdida, provocando un impacto emocional de dolor y vacío, presentando secuelas emocionales, asimismo, las mujeres embarazadas primerizas comienzan a preguntarse cómo será el parto.</p>
Hijos vivos	<p>Tener hijos vivos puede influir en los probables síntomas de ansiedad que presenta la mujer embarazada, esto puede verse relacionado con las complicaciones que tuvo la mujer en los embarazos previos, provocando temor y angustia de que esas experiencias se repita, cuando se está embarazada por primera vez, la mujer experimenta un miedo constante por las complicaciones médicas que puedan existir durante toda la gestación, también trae consigo preguntas importantes como la economía, la forma en la que la pareja va a educar a un nuevo bebé y como lo tomarán los hijos vivos.</p>

Consecuencias de la ansiedad en la salud de las mujeres embarazadas

La sintomatología ansiosa durante la etapa reproductiva de una mujer, derivada de la preocupación de peligro o amenaza se vuelven alertas en exceso, y esto ocasiona imposibilidad para actuar y solucionar situaciones adversas (Halgin & Whitbourne, 2009), por lo que en ocasiones a mujeres embarazadas están en estado de *hiperalerta*, debido a la presencia de síntomas o cambios físicos relacionados con el embarazo.

De la misma manera, la ansiedad y los síntomas depresivos pueden influir en la respuesta de las mujeres y los hombres ante el embarazo, específicamente en sus capacidades para vincularse con su bebé por nacer. La depresión y la ansiedad prenatales también se asocian con un mayor riesgo de depresión posparto. Asimismo, la presencia de ansiedad durante el embarazo se ve relacionada con complicaciones obstétricas, labor de parto más prolongada, presencia de síntomas físicos como náuseas, visitas más frecuentes al médico; bajo peso al nacer, parto prematuro y efectos sobre el desarrollo neurológico del infante y su conducta posterior (Bhagwanani, et. al, 1997; Glover & O'Connor, 2002; Alder, et. al, 2007).

(Rannveig, et al., 2019) estudiaron la prevalencia de la ansiedad perinatal, misma que la asociaron con el insomnio durante el embarazo, asimismo, se evaluó la ansiedad antes y después del parto. Se realizaron cuestionarios de ansiedad a las 17 y 32 semanas de gestación y a la semana 8 del posparto a 1,563 mujeres. La prevalencia de ansiedad perinatal fue del 10%, mientras que también se observó una prevalencia más elevada del trastorno obsesivo compulsivo después del parto. El insomnio se asoció significativamente con los síntomas de ansiedad posparto, lo que indica que el insomnio gestacional también puede ser un marcador para un trastorno del estado de ánimo. Por último, los autores recalcan que los trastornos de ansiedad son frecuentes durante el período perinatal.

En otro estudio (Fisher, Feekery, & Rowe-Murray, 2002), se encontró que la ansiedad durante el embarazo predice la duración de la gestación, la hipótesis de esta investigación señaló que la hormona liberadora de corticotrofina es un péptido sensible al estrés propuesto como mecanismo, lo que fomenta el trabajo de parto, por lo que se examinó la corticotrofina placentaria como mediadora fisiológica de la asociación entre la ansiedad durante el embarazo y la longitud gestacional en mujeres con la finalidad de probar si los niveles de cortocotrofina placentarios son mediadores entre los efectos de la ansiedad durante el embarazo con la duración de la gestación,

asimismo, se examinaron las diferencias étnicas en los niveles de ansiedad durante el embarazo, por lo que colaboraron 337 mujeres embarazadas latinas y no latinas, quienes completaron entrevistas personales, así como un instrumento sobre ansiedad compuesto por diez reactivos, sí también proporcionaron muestras de sangre a las 19, 25 y 31 semanas de gestación.

Los resultados indicaron que la ansiedad en el embarazo que va de las 19 a 31 semanas, predicen la duración de la gestación. Las pruebas de mediación moderada por etnicidad mostraron que el efecto mediador de la corticotrofina placentaria a las 31 semanas fue significativo solo para las latinas. Por lo que existen diferencias étnicas en cuanto a la ansiedad que presentaron las mujeres embarazadas y se aprecia un aumento de ansiedad en la mujer embarazada con base en las semanas de gestación.

Kim et al. (2017) analizaron la aparición de síntomas de depresión y ansiedad en el embarazo temprano y tardío, incluyendo los cambios prolongados de esta variable desde el inicio hasta el término del embarazo, así también estudiaron los factores asociados con los síntomas de depresión y ansiedad en mujeres embarazadas en los Países Bajos; colaboraron 2,897 mujeres, y se encontró que los síntomas depresivos aumentaron más en el embarazo temprano que en el embarazo tardío, mientras que la ansiedad disminuyó. Las características asociadas con los síntomas depresivos y de ansiedad fueron: bajo nivel de educación, multiparidad, antecedentes de depresión, náuseas severas, fatiga extrema, falta de ejercicio físico y eventos negativos en la vida, no vivir con una pareja y tener un embarazo no planeado o un embarazo tardío.

La ansiedad durante el embarazo, también puede ser un factor que influye en el temperamento infantil, por lo que en el estudio de Erickson y Louise (2018) se exploraron los efectos de la ansiedad prenatal, la ansiedad específica durante embarazo, los niveles de cortisol crónico materno y los estilos de apego materno prenatal en el desarrollo temprano de la emocionalidad negativa del bebé. Colaboraron 142 mujeres que completaron cuestionarios sobre salud mental prenatal, apego a las parejas románticas y al feto durante el tercer trimestre del embarazo, así como preguntas de seguimiento sobre el temperamento del bebé aproximadamente dos meses después del parto. Los resultados indicaron altos niveles de ansiedad en las mujeres durante el embarazo y el único predictor de la emocionalidad negativa de los bebés, fue el apego negativo al feto durante el embarazo.

Un estudio realizado en China, estimó la asociación transversal y longitudinal del sueño con la depresión y la ansiedad entre las mujeres embarazadas chinas, los resultados indicaron que, en el análisis transversal, las mujeres que dormían menos de ocho horas diarias tenían un mayor riesgo de depresión y ansiedad; en el análisis longitudinal, el modelo multinivel estimó que las mujeres con una inadecuada calidad de sueño tenían un riesgo elevado de depresión y ansiedad durante el embarazo. La depresión y la ansiedad-estado fueron altamente prevalentes en mujeres embarazadas. La calidad del sueño se asoció con la depresión y la ansiedad-estado en los análisis transversales y longitudinales, lo que implica que mejorar la calidad del sueño debería beneficiar a la salud mental de las mujeres embarazadas (Yu et al., 2017).

Estos estudios indican que la ansiedad puede presentarse en las mujeres embarazadas, lo que se relaciona con problemas de salud, no sólo para las madres, sino para los bebés, asimismo, puede ocasionar dificultades que influyen en el adecuado desarrollo durante el embarazo, parto y puerperio. A continuación, se presenta la importancia de la adecuada alimentación durante esta etapa del desarrollo, por lo que resulta relevante analizar las conductas alimentarias en esta población femenina.

Capítulo 4. Alimentación y comportamientos de alimentación

Alimentación

La alimentación depende de la cultura, el grupo étnico y la historia de cada persona, por lo que se considera como un proceso social, el cual consiste en que el organismo adquiera los nutrientes energéticos, estructurales y catalíticos necesarios para su funcionamiento y para la vida (De Garine & Vargas, 1997). La alimentación es un fenómeno complejo pues cubre una necesidad biológica, sin embargo, no todos los grupos humanos la llevan a cabo del mismo modo. La alimentación es tan compleja como lo es la sociedad misma, y está determinada por una diversidad de factores sociales, culturales y económicos (Bertran, 2010).

La alimentación es el sistema social y el proceso operativo mediante los cuales son seleccionados los alimentos para su preparación y su ingesta, se incluyen aquí los aspectos higiénicos, sociales, y económicos de su concepción, producción, distribución, preparación (culinaria) y consumo. Dentro del tema cultural se expresan fuerzas de índole social tales como los procesos de enseñanza-aprendizaje o de creación y recreación de relaciones personales o sociales. Como es de suponerse, los componentes de la alimentación humana no están aislados de todas esas influencias. De ahí que ésta sea específica tanto en términos de especie como por grupos particulares de individuos. Sus respectivas herencias culinarias son algo más que un conjunto de recetas curiosas, elementos exóticos y mezclas tradicionales (Aguilar, 2016).

Aguirre (1997) señala que los alimentos son una estimación cultural, la cual juega un papel importante en la elección de una dieta. Douglas (1997) señala que la persona primero “piensa” los alimentos y si son aceptados en su código cultural los consume. Fischler (1997) describe que comer es pensar, puesto que las personas tienen la necesidad de pensar constantemente en su alimentación, la razona y la ordena para regularla. La alimentación humana necesita estar estructurada y normada, ésta a su vez se estructura a los seres humanos, dado que simboliza y traduce en reglas el éxito de la cultura sobre la naturaleza.

Los hábitos, prácticas y costumbres alimentarias se ven condicionados por la disponibilidad de los alimentos en determinadas zonas y culturas, marcando las preferencias individuales y colectivas respecto a qué, cuándo, dónde, cómo, con qué y para qué se come y quién consume (Bourges, 1990).

Contreras y Gracia (2005) mencionan que la alimentación no sólo corresponde a hábitos, sino a comportamientos complejos, pues tiene que ver con el conjunto de usos y cualidades que caracterizan el sistema alimentario de determinado grupo social. Mintz (1996) plantea que los grupos humanos les dan a los alimentos atributos o significados para clasificarlos de manera que guían su elección según ocasión, condición socioeconómica, edad, sexo, estado fisiológico, imagen corporal, prestigio, entre otros, la misma autora señala que los significados pueden ser externos e internos.

- Factores externos: Se refieren a todas aquellas condiciones externas al ámbito doméstico que pueden intervenir sobre las decisiones domésticas como la disponibilidad y accesibilidad de los alimentos, horarios de trabajo, organización del tiempo, cuidado de los hijos, exposición a alimentos nuevos, por mencionar algunos.
- Factores internos: Son las expresiones de la adaptación doméstica a las condiciones externas y se expresan en las decisiones de ¿qué se come? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Cómo se prepara? ¿Con quién? ¿Con qué? ¿Por qué? Se debe tener en cuenta que los alimentos proporcionan gusto y placer, sensaciones individuales, pero también se modulan de manera grupal.

Vargas (1984) menciona que las distintas culturas tienen criterios muy claros sobre lo que no se debe comer. En México, al igual que en la mayoría de las sociedades, se institucionalizan tiempos formales para comer de acuerdo a los horarios establecidos; estaciones del año; lugares, así como en función de las fiestas y conmemoraciones. Otro elemento que se toma en cuenta para seleccionar la comida es cómo se clasifican los alimentos, pues el consumo de alimentos representa una forma de establecer, fomentar y cimentar las relaciones sociales, ya que se diferencian socialmente a las personas por los alimentos que consume, así, la comida es causa y consecuencia del modo de vida, refleja los sentimientos y pensamientos más profundos de las personas y las comunidades.

Comportamientos de alimentación

En los comportamientos de alimentación, influyen factores culturales, metabólicos, medioambientales o psicológicos. Los aspectos psicológicos, son extremadamente relevantes (Baños, et al., 2011). Los estilos de alimentación se definen por tres teorías psicológicas que intentan explicar el aumento en la ingesta de alimentos. Los estilos de ingesta son patrones estables que

determinan la forma en la que nos relacionamos con la alimentación y se caracterizan porque no son la saciedad o el hambre los procesos que regulan la ingesta, por lo que la alimentación se ve menguada por la capacidad de comer conscientemente. Se han identificado tres estilos de alimentación: el restrictivo, el emocional y el externo (Cebolla, Barrada, Strien, Oliver, & Baños, 2014; Van Strien, et al., 1986), que se explican en la Tabla 2.

Tabla 2

Estilos de alimentación

Estilo	Situación psicosocial o contextual
Comer restrictivo	Se caracteriza por la tendencia a limitar la ingesta de alimentos de manera deliberada, con el objetivo de mantener o disminuir el peso. Este comportamiento de alimentación puede ser patológico o no, de manera que cuando se convierte en una patología se relaciona con pacientes con trastorno de anorexia nerviosa, sin embargo, cuando no existe dicha patología, este comportamiento de alimentación sólo restringe alimentos que se sabe son altos en calorías como lo son el pan, la tortilla, entre otros. Siendo un comportamiento de alimentación típico en México, debido a los estándares de belleza que se han impuesto. (Herman & Mack, 1975).
Comer emocional	Se define por el incremento en la ingesta en respuesta a una emoción negativa. Los individuos que presentan tendencia a comer de forma emocional responden con un aumento de la ingesta cuando experimentan una emoción intensa, y no una disminución o una supresión de la sensación de hambre que es lo esperado biológicamente (Cebolla, et al., 2014). Una de las emociones que se han relacionado con el comer emocional, son los sentimientos de ansiedad. También se ha observado que algunos factores psicológicos como el estrés, el ánimo bajo, el aburrimiento y la soledad son capaces de estimular la ingesta alimentaria en ausencia de hambre (Morales, 2012).
Comer externo	Este estilo de alimentación se refiere al aumento de la ingesta en respuesta a claves externas, mediante el olfato o la vista, por ejemplo, oler chocolate y tener ganas de comerlo sin tener la sensación de hambre (Anschutz, Van Strien, Van De Ven, & Engels, 2009). Este estilo de alimentación establece que ciertas personas son más sensibles a las señales externas de alimentos que otros, y que por lo tanto, comen en respuesta a esa estimulación, independientemente de su estado interno de hambre o saciedad (Schachter, 1968), siendo las personas con este estilo de ingesta quienes tienen una mayor probabilidad de comer después de ver anuncios de comida. Este tipo de comportamiento, implica una disminución de la sensibilidad a las señales internas de hambre y saciedad. (Van Strien, Herman, & Verheijden, 2009).

Importancia del estudio de la alimentación en las mujeres embarazadas

La manera en la que se alimentan las mujeres embarazadas ha sido un tema de discusión entre múltiples disciplinas, de la misma manera, está llena de creencias culturales y mitos (i.e. “comer por dos”, “todo lo que se come es para el bebé”), por lo que en ocasiones las mujeres embarazadas restringen su alimentación o por el contrario comen más de lo que están acostumbrada. Dentro de este mismo tema, se encuentran las emociones, debido a que como ya se describió en el capítulo anterior, el embarazo trae consigo muchos sentimientos de ambivalencia, incluyendo síntomas de ansiedad.

Si la dieta de las mujeres durante esta etapa es adecuada, tendrán mayor posibilidad de permanecer sana durante el embarazo y de dar a luz a un bebé sano; si su dieta es inadecuada, tiene mayores probabilidades de desarrollar un número de enfermedades durante su embarazo y de dar a luz a un bebé cuyo peso sea bajo al nacer. Los bebés con bajo peso al nacer no tienen las mismas oportunidades de supervivencia que aquellos con peso normal al momento del nacimiento.

Papalia (2012) plantea que las mujeres de peso y complexión normal aumentan de ocho a veinte kilos durante el embarazo, tienen menos probabilidad de sufrir complicaciones durante el parto, asimismo, la posibilidad de alumbrar bebés con peso extremadamente alto o bajo también se disminuye. Cabe señalar que el ganar o perder peso excesivamente durante el embarazo representa un riesgo para la gesta y la futura madre, debido a que, si la mujer no gana el peso suficiente, es probable que el bebé presente sufrimiento al momento del parto o bien que muera cerca del nacimiento por el bajo peso.

Por otro lado, si una mujer aumenta demasiado su peso durante el embarazo el riesgo es tener un bebé grande, el cual deba nacer mediante parto inducido o cesárea, Chu, et al. (2008) describen que el aumento de peso deseable en la mujer embarazada depende de su índice de masa corporal antes de su embarazo, pues la obesidad puede aumentar el riesgo de otras complicaciones en el embarazo, como abortos espontáneos, dificultad para inducir el parto y mayores probabilidades de una cesárea.

Maldonado-Durán, Saucedo-García y Lartigue (2008) indican que las mujeres con bajo peso, deben aumentar entre 13 y 18 kilogramos, las mujeres de peso normal deben aumentar en promedio entre

11 y 15 kilogramos y las mujeres con sobrepeso u obesidad entre 4 y 9 kilogramos. Aproximadamente 40% de tal incremento es atribuible al peso combinado del feto, el líquido amniótico y la placenta. El resto, se debe al cuerpo de la mujer y obedece al mayor tamaño del útero, las glándulas mamarias, el mayor volumen sanguíneo, el líquido intersticial y al aumento en la cantidad de tejido graso, por lo que es de suma importancia que las mujeres embarazadas tenga una supervisión cuidadosa en su alimentación, con el fin de que su embarazo sea el más óptimo posible y que de esta manera se prevengan enfermedades tanto para la madre como para la gesta.

Luke (1994) señala que las mujeres embarazadas deben obtener suficiente proteína, ácido fólico, calcio, magnesio y vitamina A; la proteína es importante para la construcción de nuevos tejidos; el ácido fólico también es importante para el crecimiento, pues los síntomas de deficiencia de ácido fólico son anemia y fatiga. Una mujer embarazada necesita más hierro que de costumbre, ya que el feto hace uso del hierro para sí mismo a partir de la sangre que circula hacia la placenta. Los calambres musculares, dolores de nervios, dolores de ligamentos uterinos, insomnio e irritabilidad pueden ser síntomas de deficiencias de calcio. La grave deficiencia de calcio durante el embarazo se asocia con un aumento en la presión sanguínea, lo cual puede conducir a un padecimiento grave llamado preeclampsia. Las deficiencias de calcio y magnesio se han asociado con partos prematuros.

A continuación, se enlistan algunos nutrientes importantes para el crecimiento del feto y para que la mujer embarazada no sufra daños en su organismo durante esta etapa tan importante en su vida (Luke, 1994).

-Proteína: En el primer trimestre del embarazo, las necesidades de este nutriente son similares a las preconceptionales, sin embargo, las restricciones proteicas en el embarazo afectan más a los depósitos maternos que a la transferencia al feto. Se debe tener en cuenta que las adaptaciones metabólicas que aparecen en este período disminuyen la excreción urinaria de nitrógeno por una mayor eficiencia en la síntesis proteica, por lo que no se debe incrementar mucho la ingesta de proteína, de la misma manera en diversos estudios se ha relacionado con un mayor riesgo de prematuridad y mortalidad neonatal.

-Ácidos grasos: Durante el embarazo, la mujer debe de consumir ácidos grasos esenciales, como lo son los ácidos grasos de la serie n-3 de cadena larga, eicosapentaenoico (C20:5 n-3, EPA), así como,

docosaheptaenoico (C22:6 n-3, DHA). Estos ácidos desempeñan un papel fundamental en el desarrollo y maduración del sistema nervioso central de neonato, por lo que es necesario que la mujer embarazada realice la ingesta adecuada en el último trimestre del embarazo. También se ha relacionado la ingesta de DHA con el peso del neonato y la duración del embarazo. Para conseguir esta ingesta adecuada, puede consumir pescado azul, al menos dos veces a la semana.

-Minerales: Los minerales como el calcio, hierro, cinc y yodo son indispensables para el embarazo, debido a que se transfieren al feto, y pueden provenir de los almacenes que tenga la madre, de su ingesta aumentada o del incremento en la absorción intestinal.

-Calcio: La transferencia de calcio al feto se realiza durante la última etapa del embarazo (tercer trimestre), el calcio proviene de los almacenes óseos maternos. Al mismo tiempo, el calcio almacenado en la madre proviene del incremento de la absorción del mineral en las primeras etapas del embarazo. Las ingestas diarias de este nutriente en las mujeres embarazadas son similares al que debe consumir la mujer no embarazada. Esto se debe a que durante esta etapa se producen importantes adaptaciones que aumentan la eficacia en la incorporación y metabolismo del calcio. Es importante mencionar que en la población existe poca ingesta de este mineral, por lo que es necesario vigilar su ingesta durante el embarazo.

-Hierro: La transferencia del metal de la madre al feto, calculando los almacenes del neonato en los primeros 6 meses de vida, supone entre 200-400 mg. Además, la mujer embarazada necesita hierro para la placenta, la expansión del volumen sanguíneo y las pérdidas de sangre durante el parto. Aparte de las adaptaciones en la absorción intestinal y el ahorro de la menstruación, el incremento medio en la ingesta debe llegar a 9 mg/día y acompañarse de un incremento en la ingesta de vitamina C. La toma de suplementos de hierro durante el embarazo hace necesaria la suplementación con cinc y cobre. Este mineral tiene la función de formar parte de la hemoglobina, una proteína de los glóbulos rojos, los cuales se encargan de transportar el oxígeno por la sangre hasta los distintos tejidos de la madre y del bebé.

-Cinc: Las necesidades de este mineral se incrementan durante el embarazo, por lo que se estima una ingesta suplementaria de 3 mg/día, que puede ser mayor si la mujer toma suplementos de hierro.

Es de suma importancia la vigilancia de este nutriente, en especial en la mujer embarazada vegetariana.

-Yodo: La demanda de yodo se incrementa en el primer trimestre del embarazo y se mantienen altas hasta el fin, debido a la mayor demanda de hormonas tiroideas durante este período. Una situación de déficit de yodo puede tener importantes consecuencias en la madre y en el desarrollo del feto, incluso en la etapa posnatal. Por lo que es necesaria la administración de suplementos de yodo a través del consumo habitual de sal de mesa yodada, sin embargo, no se debe abusar de ella, es por esto que se debe recurrir a suplementos vitamínicos que contengan yodo.

-Vitamina A: Los requerimientos de vitamina A son ligeramente superiores en la mujer embarazada, la ingesta de una dieta equilibrada y que cubra las necesidades energéticas es suficiente para satisfacer estas necesidades aumentadas, esta vitamina ayuda al crecimiento adecuado del feto.

-Vitamina D: Esta vitamina es necesaria para una correcta utilización del calcio por el feto, lo que optimiza la densidad ósea y evita la aparición de osteoporosis en la madre. La mayor necesidad de vitamina D se debe a la mineralización de los huesos del bebé, fenómeno que depende de esa vitamina.

-Vitamina C: Es esencial para la formación del colágeno, que ayuda a mantener la membrana protectora que rodea al bebé. El colágeno mantiene los huesos, la piel y las articulaciones firmes y ayuda a mantener la piel flexible, que es fundamental para evitar las arrugas. También es un antioxidante importante, desintoxica los contaminantes.

-Vitamina K: Se denomina el factor coagulante ya que participa en la producción de una proteína llamada protrombina, que logra que la sangre coagule, normalmente la producen bacterias de los intestinos. Sin embargo, el intestino de un bebé es estéril después de nacer y tiene que confiar en lo que la madre le pueda proveer.

-Vitamina E: Al igual que la vitamina C, la vitamina E proporciona oxígeno a las células y protege el ARN y el ADN vitales del daño que podría resultar en algún defecto congénito en el bebé. Además, acelera la cicatrización de las heridas y ayuda a mantener la piel flexible.

-Cromo: El cromo, forma parte del factor de tolerancia a la glucosa, que es esencial para equilibrar los niveles de energía y ayuda a normalizar el apetito y a reducir los antojos, de la misma manera, ayuda a la formación de grasas importantes en el hígado, ayuda a proteger el ADN y el ARN, siendo esencial para el funcionamiento del corazón.

-Folato: Esta vitamina del grupo B es una de las más relacionadas con distintos aspectos de la reproducción. Su importancia en el embarazo se encuentra en la relación que existe entre un estatus bajo en esta vitamina y la aparición de malformaciones en el feto, especialmente alteraciones del tubo neural o espina bífida. Los estudios actuales recomiendan la ingesta de alimentos ricos en folatos, fortificados en ácido fólico o bien en suplementos de esta vitamina. Esto se debe a que las ingestas recomendadas de folato son difíciles de alcanzar por mujeres no embarazadas, y a que sus requerimientos aumentan significativamente durante la gestación.

-Hidratos de carbono: Se tienen que satisfacer las necesidades energéticas de la futura madre y del feto, por lo tanto, las fluctuaciones de los niveles de azúcar en la sangre tienen muchas probabilidades de provocar sensaciones de mareo, irritabilidad, pérdida de memoria, nerviosismo, cansancio, sed, siendo signos de un nivel de azúcar bajo, es por esto que se debe tener un consumo limitado de glucosa, debido a que, si su consumo es constante, puede llegar a provocar diabetes gestacional.

Lo anterior, indica que es necesario determinar si la mujer gestante está en riesgo de sufrir desnutrición o una deficiencia específica de los elementos necesarios para un curso óptimo de su embarazo. Se debe prestar atención en la desnutrición perinatal, debido a que es de suma importancia identificarla al inicio del embarazo, con el fin de que se pueda tratar a lo largo del embarazo, las mujeres con inadecuada nutrición que toman complementos dietéticos durante el embarazo tienen hijos grandes, sanos, activos y alertas (Brown, 1987), por otro lado las mujeres con poco zinc que toman complementos diarios del elemento tienen menos probabilidades de alumbrar hijos con poco peso al nacer y circunferencias craneales pequeñas (Goldenberg, 1995). La anemia en el embarazo puede ser más común que la desnutrición, pues el bebé consume importantes cantidades de hierro para crecer y madurar.

Investigaciones previas sobre la alimentación en mujeres embarazadas

Gold y Chrousos (2002) se sustentan en la teoría psicosomática para explicar el comer emocional, que corresponde a la ingesta de alimentos como respuesta a la presencia de emociones, principalmente negativas (i.e. enojo, miedo o ansiedad); es decir, el comer emocional es una respuesta atípica a la angustia. Estos autores realizaron un estudio, en donde encontraron que no había un impacto de la restricción de la dieta en la conducta de comer inducida por el estrés, aunque indicaron que el comer emocional sí desempeñaba algún papel, pues las personas con tendencia a comer más por motivos emocionales consumieron más tras el estrés inducido de forma experimental. Wardle y Gibson (2000) señalan que es preciso analizar el comer emocional en las mujeres embarazada, con la finalidad de analizar el impacto que tiene en el incremento de peso, así como en el adecuado desarrollo del producto.

Gross, Mendelsohn, y Messito (2018) estudiaron la asociación entre la inseguridad alimentaria con los estilos y prácticas de alimentación materna, analizaron estas relaciones en una muestra hispana de bajos ingresos de madres e hijos inscritos en un programa de prevención de obesidad temprana. La inseguridad alimentaria se midió durante la etapa prenatal (en las madres) y en los bebés, hasta los diez meses, misma que se midió a través de una escala con formato de respuesta tipo Likert de: nunca, sólo prenatal, sólo para la infancia, o ambos, para lograr el objetivo del estudio, se evaluaron a 412 parejas de madres e hijos. Los resultados indican que la inseguridad alimentaria prolongada durante ambos periodos se asoció con una mayor presión arterial, así como con los estilos indulgentes y laissez-faire de los estilos de alimentación materna, en comparación con las mujeres que nunca experimentaron inseguridad alimentaria. La inseguridad alimentaria prenatal se asoció con una menor ingesta de vegetales y más jugo.

Rametta (2015) realizó un estudio para examinar si el estado de peso antes del embarazo se asoció con las creencias y prácticas de alimentación materna en el período postparto temprano. Colaboraron 486 mujeres australianas embarazadas, quienes se dividieron en dos grupos de estado de peso. Se consideró como variable proxy, el peso previo al embarazo auto informado y la altura medida. El primer grupo se conformó con mujeres con peso normal, el segundo grupo fue de mujeres embarazadas con sobrepeso. Las creencias y las prácticas de alimentación las midieron a través de

un cuestionario establecido que evaluó las preocupaciones sobre la sobrealimentación y la sobrealimentación de los bebés, el conocimiento de las señales de los bebés, la alimentación a un horario y el uso de alimentos para calmar al bebé.

Los resultados indicaron que los bebés de madres con sobrepeso tienen más probabilidades de recibir alimentos sólidos en los 24 días posteriores al nacimiento, pudiendo ser menos amamantados; el estado de peso previo al embarazo no se asoció con el uso de alimentos para calmar al bebé, la preocupación por el hecho de comer de menos, el conocimiento de las señales o la alimentación del lactante a un horario. Cabe señalar que el modo de alimentación se asoció con creencias y prácticas de alimentación. Observando diferencias en el modo de alimentación y la introducción temprana de sólidos entre las mujeres con peso normal y las mujeres con sobrepeso. La aparición de una relación entre las prácticas de alimentación y el estado de peso materno puede ocurrir cuando los niños son mayores, se establece una alimentación sólida y se vuelven más independientes en la alimentación.

Paterson, Treharne, Horwath, Haszard, Herbison, y Hay-Smith (2019) realizaron un estudio para conocer la relación entre la alimentación intuitiva y el aumento de peso gestacional. El aumento excesivo de peso gestacional se asoció con una mayor incidencia de resultados de salud adversos para las madres y los niños, incluidas muchas afecciones relacionadas con el embarazo y, después del embarazo con una mayor probabilidad de obesidad entre las madres y el niño. El presente estudio se llevó a cabo con 218 mujeres entre la 11 y 14 semana de gestación en Nueva Zelanda, entre los años 2013 y 2015. El aumento de peso gestacional se calculó a través del peso corporal a través de las visitas médicas y el peso al nacer de los bebés se estableció a partir del sistema electrónico de maternidad. Los resultados indicaron que no se encontró una asociación entre el peso al nacer de los bebés y la alimentación intuitiva. La alimentación intuitiva parece estar asociada con un menor aumento de peso gestacional, pero no con el peso al nacer de los bebés.

Baiz (2019) plantea que el consumo de ciertos alimentos durante el embarazo tiene efectos adversos para el desarrollo de asma infantil, así como para el desarrollo y la gravedad de enfermedades alérgicas; por lo que evaluó la dieta materna durante el año anterior al embarazo y los últimos 3 meses de gestación, investigando sus asociaciones con los riesgos de asma, sibilancias, rinitis alérgica y dermatitis atópica en niños pequeños. Participaron 1,140 pares de madres e hijos, las madres habían respondido a los cuestionarios de frecuencia de alimentos utilizados para evaluar la

dieta antes y durante el embarazo. Los niños fueron monitoreados utilizando cuestionarios de salud. Se evaluaron el asma, sibilancias, rinitis alérgica y dermatitis atópica a la edad de tres años y se observaron asociaciones inversas significativas entre el consumo de vegetales verdes cocidos antes del embarazo y el asma infantil; el consumo de huevos y vegetales crudos antes y durante el embarazo, el consumo de granos antes del embarazo y el consumo de vegetales verdes cocidos durante el embarazo y la rinitis alérgica. Se encontró una asociación positiva significativa entre la ingesta de carne durante el período preconcepcional y el riesgo de sibilancias, rinitis alérgica y dermatitis atópica. Por lo que la ingesta materna preconcepcional y prenatal de cierto tipo de grupos de alimentos puede ser preventiva contra el asma, las sibilancias y la rinitis alérgica, mientras que una mayor ingesta materna de carne antes del embarazo puede aumentar el riesgo de sibilancias, rinitis alérgica y dermatitis atópica en niños pequeños.

Dalhaug y Haakstad (2019) llevaron a cabo un estudio, cuya hipótesis es que la actividad física regular, el aumento adecuado de peso gestacional y la alimentación saludable son importantes para la salud a largo plazo de la madre y el bebé, para ello, investigaron las principales fuentes de información entre las mujeres embarazadas con respecto a la actividad física, el aumento adecuado de peso gestacional y la nutrición, así también evaluaron la manera en que dichas fuentes de información afectan los comportamientos de salud, por lo que evaluaron a 150 mujeres embarazadas, quienes respondieron un cuestionario con formato de respuesta tipo Likert de 11 puntos, preguntas cerradas y preguntas semi abiertas.

Los autores encontraron que ocho de cada 10 mujeres recibieron o buscaron información sobre nutrición, mientras que 54.0% refirieron un elevado aumento de peso gestacional. Al combinar los tres factores del estilo de vida, el 38.5% habían recuperado información de blogs y foros en línea y el 26.6%, de su partera o médico (a) familiar. Las mujeres que informaron que la principal fuente de información provenía de internet tuvieron mayores probabilidades de ganar peso por debajo de las pautas del Instituto de Medicina (IOM por sus siglas en inglés), en comparación con las que ganaban dentro de las pautas. Se observó un mayor cumplimiento de las pautas nutricionales entre quienes citaron internet y los medios de comunicación como su principal fuente de información sobre nutrición, en adición, cuando recibieron consejos por parte de amigos y familiares, se asoció significativamente con el aumento de peso por encima de las pautas en comparación con el aumento

dentro de las pautas. No se encontraron otras asociaciones entre las fuentes de información y los comportamientos de salud.

Como se revisó en los estudios anteriores, la forma en que se alimentan las mujeres embarazadas, tiene un impacto no sólo en las condiciones en las que se desarrolla y nace el producto, sino también afecta el proceso de lactancia y la manera en que se alimentan los bebés, por lo que es imperante estudiar los patrones de alimentación con la finalidad de que la diada madre-hijo gocen de un peso saludable, así como de una adecuada salud. También es importante estudiar los comportamientos de alimentación para evitar los trastornos alimenticios, para prevenir la desnutrición y la anemia con el fin de brindarle una atención integral, de manera que no se presenten complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

Capítulo 5. Método

Planteamiento del problema

Justificación

El embarazo es un periodo del desarrollo donde se presentan cambios físicos y psicológicos, a saber: aumento de peso, abultamiento de la matriz, cansancio, náuseas, mareos, depresión, estrés o ansiedad, entre otros; dichos cambios obedecen no sólo a factores fisiológicos y biológicos, sino a factores psicológicos y sociales (Gómez-López, 2007, Olivares, 2006).

El embarazo por sí mismo está asociado con un posible incremento de sintomatología ansiosa, de estrés y depresión, debido a que se produce un desajuste emocional que tiene que ver con los cambios fisiológicos y físicos que se presentan en las mujeres, por lo que un desajuste emocional puede incrementar la posibilidad de tener un embarazo de alto riesgo, o bien complicaciones neonatales. Sin embargo, uno de los riesgos más importantes que se debe tomar en consideración, es la falta de apoyo social, ya que puede aumentar el malestar emocional, que se deriva de situaciones que pudieran presentarse durante el embarazo (i.e. abortos previos, primeras gestas, miedo al parto, sentimientos de ambivalencia, así como a experiencias médicas previas desfavorables), así también la carencia de redes de apoyo puede tener cierta influencia en la modificación de algunos estilos de vida, tal es el caso de la alimentación, sin embargo, los resultados no son concluyentes (Elsenbruch et al., 2007; Gold & Chrousos, 2002).

Algunos factores vinculados con el embarazo son, la preocupación por el adecuado desarrollo del bebé, ansiedad por la salud y bienestar del feto, la incomodidad física, el aislamiento, la percepción de la falta de apoyo social, lo que incrementa la sintomatología ansiosa, que, a su vez, repercuten en una mala alimentación, ocasionando complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio (Maloni & Kutil, 2000, Herman, 1998, Laresgoiti, 2013).

La importancia de estudiar los comportamientos de alimentación de las mujeres embarazadas, radica en que el comer excesivo, o el comer externo repercuten en un incremento elevado de peso gestacional, que se asocia con una mayor incidencia de problemas de salud, tanto para las madres y los bebés, como es el caso, de preeclampsia, diabetes gestacional, dificultades durante el parto, entre otros, así también se asocia con mayores probabilidades de obesidad entre las madres y los bebés, lo que puede desencadenar problemas de salud crónicos a largo plazo, derivados de las prácticas de

alimentación de la madre (Gross, Mendelsohn, & Messito, 2018; Paterson, Treharne, Horwath, Haszard, Herbison, & Hay-Smith, 2019).

Por lo anteriormente expuesto, el propósito de este estudio es conocer la relación entre el apoyo social percibido y los síntomas de ansiedad con los comportamientos de alimentación de mujeres embarazada, así como conocer las diferencias entre el apoyo social percibido y los síntomas de ansiedad con los comportamientos de alimentación de mujeres embarazadas y no embarazadas, con la finalidad de desarrollar intervenciones psicológicas en el nivel de atención primaria para fomentar redes de apoyo, brindar apoyo psicológico y fomentar estilos de vida saludables, incluyendo comportamientos de alimentación adecuados.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre el apoyo social percibido y los síntomas de ansiedad con los comportamientos de alimentación en mujeres embarazadas?

Objetivo general

Conocer la relación entre el apoyo social percibido y los síntomas de ansiedad con el comportamiento alimenticio en mujeres embarazadas.

Objetivos específicos

- Conocer la relación entre el apoyo social percibido y los comportamientos de alimentación en mujeres embarazadas.
- Conocer la relación entre los síntomas de ansiedad y los comportamientos de alimentación en mujeres embarazadas.
- Conocer las diferencias entre el apoyo social percibido, los síntomas de ansiedad y los comportamientos de alimentación entre una muestra de mujeres embarazadas y mujeres no embarazadas.

Tipo de estudio

La presente investigación es de tipo transversal (por tiempo) y descriptivo (por objetivos) (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Diseño de estudio

El diseño de la presente investigación es de una muestra (mujeres embarazadas) para la realización de las correlaciones, mientras que, para analizar las diferencias entre los puntajes de los instrumentos, se utilizó un diseño de dos muestras independientes (mujeres embarazadas y mujeres no embarazadas) (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Identificación de variables

Variables intervinientes: Redes de apoyo social, Síntomas de ansiedad.

Variable dependiente: Comportamientos de alimentación.

Variable de clasificación: Mujeres embarazadas versus mujeres no embarazadas.

Definición conceptual de las variables

Apoyo social percibido: Disponibilidad de las personas con las que el receptor puede contar, el apoyo social se trata de tener a alguien, quien les permita a los receptores saber que son amados, valiosos y cuidados por ellos. El receptor evalúa subjetivamente la cantidad y contenido de los recursos del apoyo disponible (Sarason, Levine, & Basham, 1983).

Ansiedad: Estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el individuo se sienta molesto. Emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, que puede ser externo o interno (Jarne A, et al., 2006).

Comportamientos de alimentación: Patrones estables que determinan la forma en la que nos relacionamos con la alimentación. Se han identificado al menos tres estilos de alimentación, que se enuncian a continuación (Cebolla, Barrada, Strien, Oliver, & Baños, 2014; Van Strien, et al., 1986):

Comer restrictivo: Se caracteriza por la tendencia a limitar la ingesta de alimentos, de manera deliberada, con el objetivo de mantener o de disminuir el peso (Herman & Mack, 1975)

Comer emocional: Se define por el incremento en la ingesta en respuesta a una emoción negativa. Los individuos que presentan tendencia a comer emocional responden con un aumento de la ingesta cuando experimentan una emoción intensa, y no una disminución o una supresión de la sensación de hambre que es lo esperado biológicamente (Cebolla, et al., 2014).

Comer externo: Este estilo de alimentación se refiere al aumento de la ingesta en respuesta a claves externas, mediante el olfato o la vista, por ejemplo, oler chocolate y tener ganas de comerlo sin tener la sensación de hambre (Anschutz, Van Strien, Van De Ven, & Engels, 2009).

Definición operacional de las variables

Apoyo social percibido. Medición obtenida mediante el cuestionario titulado *The Social Support Questionnaire* (SSQ6) diseñado por Sarason (1987), que se adaptó para población mexicana por Laresgoiti (2013).

Ansiedad. Las puntuaciones en la subescala se obtuvieron de la adaptación del Listado de Síntomas 90 (SCL-90) por Derogatis, Lipman y Covi (1973).

Comportamientos de alimentación. Mediciones obtenidas del Cuestionario de Comportamientos de Alimentación (DEBQ), elaborado por Strien, Frijters, et al. (1986) que se adaptó para población latinoamericana por Cebolla et al. (2014).

Hipótesis

Hipótesis conceptuales

Apoyo social y comportamientos de alimentación

El apoyo social de las mujeres embarazadas proviene principalmente de otras mujeres y de la pareja, ya que les permiten resolver o sobrellevar situaciones emocionales y de salud vinculadas con el embarazo, la percepción de apoyo pudiera influir en los patrones de alimentación, ya que cuando las mujeres sienten apoyo, tienden a tener patrones de alimentación que las conducen a un buen desarrollo del embarazo y del producto (Berenzon-Gorn, et al., 2009).

Síntomas de ansiedad y comportamientos de alimentación

Un alto porcentaje de mujeres embarazadas reportan síntomas de ansiedad y estos síntomas pueden ser producto de experiencias estresantes (Preciado & Hernandez, 2017), la evidencia indica que la ansiedad se asocia con comportamientos de alimentación que son perjudiciales para la salud, es decir, las mujeres ingieren más calorías de las que necesitan debido la presencia de estados emocionales negativos (Rodríguez & Gallegos, 2018).

Apoyo social percibido, síntomas de ansiedad y comportamientos de alimentación en mujeres embarazadas
El embarazo por sí mismo está asociado con un posible incremento de sintomatología ansiosa debido a que se produce un desajuste emocional que tiene que ver con los cambios fisiológicos y físicos que se presentan en las mujeres, por lo que un desajuste emocional puede incrementar la posibilidad de tener un embarazo de alto riesgo, o bien complicaciones neonatales. Sin embargo, uno de los riesgos más importantes que se debe tomar en consideración, es la falta de apoyo social, ya que puede aumentar el malestar emocional que puedan experimentar las mujeres embarazadas (Elsenbruch et al., 2007), así también pueden experimentar problemas en sus hábitos alimenticios, debido no sólo al malestar emocional que pudieran presentar, sino a las creencias asociadas con la alimentación durante el embarazo Rametta (2015).

Hipótesis estadísticas

Hipótesis de correlación

Apoyo social percibido y comportamientos de alimentación en mujeres embarazadas.

H₀1. No existe una relación estadísticamente significativa entre el apoyo social percibido y los comportamientos de alimentación en mujeres embarazadas.

H₁1. Existe una relación estadísticamente significativa entre el apoyo social percibido y los comportamientos de alimentación en mujeres embarazadas.

Síntomas de ansiedad y comportamientos de alimentación en mujeres embarazadas.

H₀2. No existe una relación estadísticamente significativa entre los síntomas de ansiedad y los comportamientos de alimentación en mujeres embarazadas.

H₁2. Existe una relación estadísticamente significativa entre los síntomas de ansiedad y los comportamientos de alimentación en mujeres embarazadas.

Hipótesis de diferencias

Apoyo social percibido.

H₀3. No existe una diferencia estadísticamente significativa en el apoyo social percibido entre mujeres embarazadas y no embarazadas.

H₁3. Existe una diferencia estadísticamente significativa en el apoyo social percibido en mujeres embarazadas y no embarazadas.

Síntomas de ansiedad.

H₀4. No existe una diferencia estadísticamente significativa en los síntomas de ansiedad en mujeres embarazadas y no embarazadas.

H₁4. Existe una diferencia estadísticamente significativa en los síntomas de ansiedad entre mujeres embarazadas y no embarazadas.

Comportamientos de alimentación.

H₀5. No existe una diferencia estadísticamente significativa en los comportamientos de alimentación en mujeres embarazadas y no embarazadas.

H₁5. Existe una diferencia estadísticamente significativa en los comportamientos de alimentación en mujeres embarazadas y no embarazadas.

Participantes

Participaron de manera voluntaria, confidencial y anónima, 300 mujeres habitantes de la Ciudad de México y Área Metropolitana, de las que 150 son mujeres embarazadas (50%) y el resto, no estaban embarazadas durante el estudio (50%). El rango de edad fue de 18 a 43 años para ambos grupos, la edad promedio fue de M=30.69; D.E. 4.5, con un promedio de semanas de gestación de M=28.10; D.E.= 7.71, la mayoría de las participantes cuentan con una educación básica, con preparatoria terminada (54%), en unión libre (43.3%), casadas (29.7%) y solteras (27%), por lo que la mayoría de ellas viven en pareja. En cuanto a su ocupación el 62.3% de las participantes son amas de casa; la mayoría de las mujeres embarazadas son primigestas (48.7%) y la mayoría de las participantes no embarazadas, no tienen hijos vivos (42.7%), con relación al número de abortos, la mayoría de las participantes no han sufrido ningún aborto (63.3%). Las características sociodemográficas de las participantes se explican en la Tabla 3.

Criterios de inclusión

Mujeres Embarazadas:

- Tener entre 18 y 43 años.
- En cualquier semana de gestación.
- Saber leer y escribir.

Mujeres no embarazadas

- Tener entre 18 y 43 años.
- Saber leer y escribir.

Criterios de exclusión

Mujeres embarazadas

- Padecer alguna enfermedad psiquiátrica
- Consumo de medicamento psiquiátrico
- Consumo de drogas
- Consumo de alcohol
- Tener complicaciones durante el embarazo

Mujeres no embarazadas

- Padecer alguna enfermedad psiquiátrica
- Consumo de medicamento psiquiátrico
- Consumo de drogas
- Consumo de alcohol
- Tener problemas de salud crónicos

Criterios de eliminación

Mujeres embarazadas y no embarazadas

- No firmaron el consentimiento informado
- No terminaron de contestar el cuestionario
- El cuestionario se contestó de manera incorrecta

Tabla 3

Características sociodemográficas de las participantes

	Total (N= 300)	Embarazadas (n=150)	No embarazadas (n=150)t
Edad	18 a 43 años (M= 30.69, D.E. = 5.84)	18 a 43 años (M= 30.63, D.E.=6.04)	18 a 43 años (M= 30.76, D.E.= 5.65)
Semanas de gestación	1 a 41 semanas (M= 14.05, D.E.= 15.09)	1 a 41 semanas (M= 28.10, D.E.= 7.71)	Cero semanas (M= 0, D.E.= 0.00)
Escolaridad			
Secundaria	54 (18.0%)	36 (24.0%)	18 (12.0%)
Preparatoria	162 (54 %)	80 (53.3%)	82 (54.7%)
Licenciatura	75 (25%)	32 (21.3%)	43 (28.7%)
Maestría	9 (3%)	2 (1.3%)	7 (4.7%)
Estado civil			
Soltera	81 (27%)	37 (24.7%)	44 (29.3%)
Casada	89 (29.7%)	48 (32.0%)	41 (27.3%)
Unión Libre	130 (43.3%)	65 (43.3%)	65 (43.3%)
Vive con pareja			
Vive con pareja	222 (74%)	116 (77.3%)	106 (70.7%)
No vive con pareja	78 (26%)	34 (22.7%)	44 (29.3%)
Ocupación			
Ama de casa	187 (62.3%)	107 (71.3%)	80 (53.3%)
Empleada	97 (32.3%)	39 (26.0%)	58 (38.7%)
Estudiante	16 (5.3%)	4 (2.7%)	12 (8.0%)
Hijos vivos			
0	137 (45.7%)	73 (48.7%)	64 (42.7%)
1	97 (32.3%)	53 (35.3%)	44 (29.3%)
2	59 (19.7%)	21(14.0%)	38 (25.0%)
3	6 (2.0%)	2 (1.3%)	4 (2.7%)
5	1 (0.3%)	1 (0.7%)	0 (0.0%)
Abortos			
0	190 (63.3%)	93 (64.0%)	94 (62.7%)
1	81 (27.0%)	40 (26.7%)	41 (27.3%)
2	23 (7.7%)	9 (6.0%)	14 (9.3%)
3	4 (1.3%)	3 (2.0%)	1 (0.7%)
4	2 (0.7%)	2 (1.3%)	0 (0.0%)

Instrumentos

Para realizar este estudio, se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. El cuestionario de apoyo social percibido, SSQ6, por sus siglas en inglés (ANEXO 1) fue diseñado por Sarason en 1983, originalmente consta de 24 reactivos, evalúa dos aspectos del apoyo social: por un lado, evalúa la cantidad de apoyo social percibido y el grado en el que este apoyo social es satisfactorio para la persona. Por otro lado, la versión corta del SSQ elaborada por el mismo autor (Sarason, 1987) cuenta con una fiabilidad interna alta y una correlación alta con la versión completa del SSQ. La versión corta de SSQ consta de 12 reactivos evaluando dos factores: la red de apoyo y la satisfacción de la persona con el apoyo que le brindan. Se evalúa en escala con formato de respuesta tipo Likert que van del 1 (muy insatisfecho), al 6 (muy satisfecho), el resultado refleja el número de personas con las que cuenta la persona, es decir sus redes de apoyo y al mismo tiempo que tan satisfecha está con este apoyo. Se validó por Laresgoiti (2013) para mujeres embarazadas en México, con una alta consistencia interna=alfa de 0.97.

Los valores se obtienen de sumar el número total de las personas por las 6 preguntas noes que valoran la red de apoyo social, el valor máximo que se puede obtener es 54, posteriormente este valor es dividido entre 6 para obtener la calificación la red de apoyo social, una vez dividido el valor máximo que puede obtenerse es 9. De la misma manera al sumar la calificación de las preguntas pares, que valoran el grado con el cual la persona está satisfecha con el grado de apoyo social recibido con una puntuación máxima de 36, se divide este valor entre 6 para obtener la calificación de la satisfacción de apoyo social recibido, una vez dividido, el valor máximo a obtener es de 6.

2. Listado de Síntomas 90 (SCL 90) (ANEXO 2) fue propuesto por Derogatis, Lipman y Covi (1973). Constituye una escala autoaplicable de síntomas para valorar y detectar psicopatología, a partir de la intensidad del distrés referido por el individuo en un periodo que comprende una semana previa al día de la aplicación. Como su nombre lo indica, la prueba está formada por 90 reactivos que se deben responder en una escala con formato de respuesta tipo Likert, es decir, las cinco posibles respuestas incluyen desde “para nada” (valor cero) hasta “demasiado” (valor cuatro). Los reactivos están agrupados en las siguientes nueve dimensiones de sintomatología.

- Somatización: grado de estrés proveniente de las percepciones de una disfunción corporal.
- Obsesivo-compulsivo: conductas identificadas con este síndrome clínico.
- Sensibilidad interpersonal: sentimientos de inadecuación personal e inferioridad.
- Depresión: índice de la manifestación clínica de la depresión.
- Ansiedad: síntomas y conductas clínicamente asociadas a una manifestación de exacerbada ansiedad.
- Hostilidad: pensamientos, sentimientos y acciones característicos del afecto negativo o un estado irascible.
- Ansiedad fóbica: síntomas que se han observado en condiciones específicas de ansiedad fóbica y/o estados agorafóbicos.
- Ideación paranoide: evaluación desde una perspectiva sindromática de la conducta paranoide.
- Psicoticismo: síntomas incluidos en diferentes conductas psicóticas.

Además de estas nueve dimensiones, se añade un índice de Severidad Global que indica el grado del distrés evaluado. Los niveles de consistencia interna (alfa de Cronbach) para 7 de las nueve dimensiones, así como el ISG, fue mayor que 0.7, en tanto que las restantes obtuvieron puntajes mayores que 0.66. Los valores de correlación de rango de Spearman mostraron que, con excepción de un reactivo, todos obtuvieron el valor mayor de correlación con su dimensión correspondiente: para 72% de los mismos, la correlación fue elevada ($r > 0.5$), en tanto que 26% mostró valores moderados ($r \geq 0.25$ y < 0.5).

Cabe resaltar que, para fines de ésta investigación, sólo se utilizará la subescala de ansiedad, la cual consta de una escala con formato de respuesta tipo Likert en donde se suman los puntajes marcados: Nada: cero puntos; Un poco: un punto; Moderadamente: dos puntos; Bastante: 3 puntos; Extremadamente: 4 puntos. El máximo de puntos que es posible obtener son 40. Si el puntaje es mayor o igual a 18 indican la presencia de ansiedad.

3. El Cuestionario de Comportamientos de Alimentación (ANEXO 3) por sus siglas en inglés (DEBQ), fue elaborado por Strien, et al. (1986), adaptado al español por Cebolla et al. (2004), validándolo en población española y latinoamericana. Es un instrumento compuesto originalmente por 33 reactivos, en escala con formato de respuesta tipo Likert (No aplica: 0; Nunca: 1; Pocas veces: 2; A veces: 3; Seguido: 4; Muy seguido: 5). Los reactivos se dividen en comer restrictivo, comer emocional y comer externo de la siguiente forma:

-Comer restrictivo: Del reactivo 1 al 10

-Comer emocional: Del reactivo 11 al 23

-Comer externo: Del reactivo 24 al 33

Para calificar dicho instrumento se deben sumar las puntuaciones y dividir entre el número de reactivos de cada categoría, en el caso del comer restrictivo el puntaje será dividido entre 10; el comer emocional será dividido entre 13; y por último el comer externo se dividirá entre 10, cabe señalar que la puntuación del reactivo 31 se invierte.

Procedimiento

En la presente investigación, las participantes embarazadas eran usuarias de una institución de salud de tercer nivel especializada en la atención obstétrica, las mujeres embarazadas fueron invitadas a participar en el protocolo titulado “Factores psicosociales y comportamientos de alimentación maternos relacionados con la composición corporal, ganancia de peso durante el embarazo y prácticas de lactancia materna: un abordaje cuali-cuantitativo”, que se desarrolló en el año 2018, del cual se desprende el presente estudio, utilizando la misma batería de instrumentos que el protocolo antes mencionado.

A las participantes se les informó que sus datos serían utilizados fines de investigación, firmando un consentimiento informado, se siguieron los aspectos éticos correspondientes, su participación fue voluntaria, anónima y que los datos fueron confidenciales (ANEXO 4), asimismo, las participantes que requerían apoyo psicoterapéutico o bien si ellas lo solicitaban, se les brindó de forma gratuita dentro de la Coordinación de Psicología y Calidad en dicha institución. Los instrumentos se aplicaron dentro del instituto de salud de tercer nivel especializada en la atención obstétrica, en la coordinación de Psicología y Calidad y en el área de Consulta Externa.

Respecto a la muestra de mujeres no embarazadas, se aplicó la batería de instrumentos en espacios abiertos como parques, centros recreativos, centros comerciales, entre otros. Cabe señalar que, a esta muestra, también se le brindó el consentimiento informado. Posterior a la aplicación de instrumentos, se realizó el análisis estadístico correspondiente, usando SPSS versión 15, se analizaron los datos y se interpretaron los resultados obtenidos.

Análisis de resultados

En el presente estudio se realizaron correlaciones producto-momento de Pearson para conocer la relación del apoyo social percibido y la ansiedad con los comportamientos de alimentación (restrictivo, emocional y externo). En la Tabla 4 se presenta la correlación entre el apoyo social percibido, y la satisfacción con dichas redes de apoyo con los comportamientos de alimentación en las mujeres embarazadas. Como se observa en la dicha tabla, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre las variables de estudio.

Tabla 4

Relación entre el apoyo social percibido y comportamientos de alimentación para las mujeres embarazadas

	Comportamientos de alimentación			Media	D.E.
	Comer restrictivo	Comer emocional	Comer externo		
Apoyo social	-.071	-.107	-.019	2.88	1.32
Satisfacción	-.087	-.035	-.146	5.13	1.57
Media	1,88	1.65	2.52		
D.E.	.714	.805	.682		

Nota: Los factores de SSQ6 son: apoyo social y satisfacción. Los factores de comportamientos de alimentación son: comer restrictivo, comer emocional y comer externo. * $p \leq 0,05$ y ** $p \leq 0,01$.

En la Tabla 5, se muestran las correlaciones entre los síntomas de ansiedad y los tres tipos de comportamientos de alimentación, se observan asociaciones positivas y significativas entre los síntomas de ansiedad con los tres tipos de comportamientos de alimentación (comer externo, comer emocional y comer restrictivo, por lo que las mujeres embarazadas con síntomas de ansiedad, tienden más a comer ante estímulos externos, como oler o ver los alimentos, o bien, ante sucesos sociales y culturales externos.

Tabla 5

Relación entre los síntomas de ansiedad y los comportamientos de alimentación para las mujeres embarazadas

	Comportamientos de alimentación			Media	D.E.
	Comer restrictivo	Comer emocional	Comer externo		
Síntomas de ansiedad	.177*	.435**	.469**	.73	.69
Media	1,88	1.65	2.52		
D.E.	.714	.805	.682		

Nota: Los factores de comportamientos de alimentación son: Comer restrictivo, comer emocional y comer externo. * $p \leq 0,05$ y ** $p \leq 0,01$.

En la Tabla 6 se muestra un análisis de diferencias en las variables de estudio, entre las mujeres embarazadas y no embarazadas. Para ello, se realizó una prueba *t* de Student. Los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres embarazadas y no embarazadas en las siguientes variables: síntomas de ansiedad $t(298) = -2.306$, $p \leq .022$, $d = .077$, IC95% (-.329 - -.026), por lo que las mujeres no embarazadas obtuvieron puntuaciones más altas en dicha variable. También se encontraron diferencias en el apoyo social $t(298) = -4.172$, $p \leq .000$, $d = .178$, IC95% (-1.097 - -.393); el comer restrictivo $t(298) = -5.150$, $p \leq .000$, $d = .090$, IC95% (-.645 - -.288); el comer emocional $t(298) = -5.465$, $p \leq .000$, $d = .103$, IC95% (-.770 - -.362), y el comer

externo $t(298) = -4.719$, $p \leq .000$, $d = .079$, IC95% (-.532 - -.219); cabe señalar que en la satisfacción percibida de las redes sociales, no se observaron diferencias significativas.

Tabla 6

Análisis de diferencias en las escalas de apoyo social percibido, síntomas de ansiedad y comportamientos de alimentación entre mujeres embarazadas y no embarazadas.

Factores	Embarazadas		No embarazadas		Media teórica	t	p
	Media	D.E.	Media	D.E.			
Ansiedad	.733	.697	.911	.638	3	-2.306	.022**
Apoyo social	2.88	1.32	3.62	1.74	5	-4.172	.000**
Satisfacción	5.13	1.57	5.33	1.15	3	-1.268	.206
Comer restrictivo	1.88	.714	2.35	.851	3	-5.150	.000**
Comer emocional	1.65	.805	2.21	.981	3	-5.465	.000**
Comer externo	2.52	.682	2.89	.697	3	-4.719	.000**

Nota * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

Resulta relevante analizar la percepción de las redes de apoyo, la presencia de síntomas de ansiedad, así como los patrones de alimentación en las mujeres embarazadas, ya que estos factores tienen un impacto directo en el adecuado desarrollo, no sólo del embarazo, sino del parto, pues en esta etapa, las mujeres poseen expectativas y miedos vinculados con el acto de “tener un bebé”. Tener una amplia red de apoyo social ayuda a las mujeres embarazadas a sentirse más cómodas y apoyadas durante la gestación, el embarazo, el parto y el puerperio, por lo que puede influir en la reducción de los síntomas emocionales negativos, tal es el caso de la ansiedad (Uchino, 2006).

Los resultados obtenidos en este estudio, indican que la muestra de mujeres embarazadas, cuentan con una red de apoyo pequeña de entre 2 y 3 personas ($M=2.88$, $D.E.=1.32$), por lo que requiere intervenciones psicosociales y comunitarias que fomenten la importancia de las redes de apoyo en esta etapa, debido a que en caso de presentar alguna complicación obstétrica, las mujeres, podrán contar con diversas personas que coadyuvarán de manera pronta y efectiva, es por esto que el apoyo social que la mujer percibe es importante para ella y para el feto, ya que en diversas ocasiones no cuenta con el acompañamiento ideal para acudir a sus citas médicas o bien alguien que la apoye en los planes de salud que los médicos les recomiendan a lo largo del embarazo. Esta falta de apoyo social puede deberse a que, en la sociedad mexicana, la mujer no expresa sus sentimientos de ansiedad durante el embarazo, pues se cree que es una etapa en la que se debe estar feliz, pues de no ser así el feto recibirá los sentimientos negativos que la madre llegue a tener y manifestar (Gómez, 2011). Pese a estos datos, la mujer gestante manifiesta percibir una alta satisfacción en cuanto al apoyo que estas pocas personas le demuestran, a pesar de contar con una red de apoyo pequeña, puede apoyarse de ellas cuando lo necesite.

Por otro lado, se encontró que los síntomas de ansiedad en las mujeres embarazadas se presentan con poca frecuencia ($M= .73$, $D.E.=.69$), es decir, que las mujeres están percibiendo estados emocionales desagradables caracterizados por sentimientos incómodos (Beck, Emery, & Greenberg, 1985), sin embargo, no llegan a un trastorno de ansiedad, esto quiere decir que perciben un malestar psicológico sin afectar su vida diaria. Es relevante estudiar la sintomatología ansiosa en este grupo de mujeres, pues los síntomas ansiosos recurrentes e intensos dejan de ser adaptativos, provocando ciertas manifestaciones patológicas en la persona, tanto emocionales como funcionales (Vila, 1984).

Es importante que se identifiquen y se diagnostiquen los síntomas de ansiedad de manera oportuna, debido a que así se puede generar un plan de acción y de tratamiento con las mujeres embarazadas para que estos síntomas no desemboquen en un trastorno de ansiedad durante el embarazo o bien después del alumbramiento y no poner en riesgo la vida de la mujer como la del recién nacido. Los síntomas que presentaron las mujeres embarazadas en este estudio pueden deberse a que el 48.7% de las participantes fueron primigestas, por lo que el vivir algo nuevo puede generarles sentimientos de ansiedad.

En cuanto a los comportamientos de alimentación se observa que principalmente, las mujeres embarazadas de la muestra se rigen por el comer externo ($M= 2.52$, $D.E.= .6829$), esto quiere decir que responde ante los estímulos externos, como son los antojos, así mismo, puede observar a una persona comiendo e inmediatamente percibir que tiene hambre, aunque no sea así, de esta manera, el comer externo es importante de atender debido a que el aumento de peso puede desembocar en enfermedades como lo son el sobrepeso, la diabetes gestacional o bien la preeclampsia. Este comportamiento de alimentación puede deberse a los constantes mitos del “comer por dos”, de la misma manera, el embarazo puede ser visto por la mujer como un “pretexto” para comer (Gómez, 2016).

En segundo lugar, se encuentra el comer restrictivo ($M= 1.88$, $D.E.= .7147$), el cual hace referencia a privarse de ciertos alimentos durante la gestación, esto puede deberse en mayor medida a la prescripción médica o bien a alguna condición que la mujer embarazada pueda tener desde antes de su embarazo, por ejemplo, diabetes, embarazo de alto riesgo o bien algún componente alergénico, cabe señalar que al pertenecer a una institución especializada en la mujer embarazada, y al ser monitoreadas constantemente, ellas sientan desaprobación por parte de sus médicos si no se mantienen en el peso adecuado. De la misma manera se menciona que las mujeres embarazadas necesitan de 300 a 500 calorías diarias (Papalia, 2012), puede que al cubrir estas calorías se haga presente un comer restrictivo, también se observa que la mayoría de las participantes embarazadas son primigestas, por lo que deseen cuidar su salud para cuidar la del bebé. Se observa que comer emocional ($M= 1.65$, $D.E.= .8059$), lo que pudiera indicar que las mujeres tienen autocontrol emocional.

Considerando los resultados obtenidos a través de las correlaciones, se observó que la percepción de apoyo social, así como la satisfacción con dichas redes, no se asociaron con los comportamientos de alimentación, lo que puede deberse a que algunos estudios indican que la mayoría de la información vinculada con la alimentación, se obtiene a través de medios electrónicos, como los son blogs, libros electrónicos, páginas de instituciones con información sobre el embarazo (Dalhaug & Haakstad, 2019) e incluso, en esta muestra, se puede obtener del personal de salud de la institución de salud a la que acuden para el control prenatal.

Por otro lado, se observó que los síntomas de ansiedad se relacionan significativamente con los tres tipos de comportamientos de alimentación, por lo que se concluye que a mayor sintomatología ansiosa se incrementa el comer externo, el comer emocional y el comer restrictivo, en ese orden, es decir, entre más síntomas de ansiedad, los diferentes comportamientos de alimentación incrementan. Cuando las mujeres embarazadas presentan síntomas de ansiedad, tienden a responder ante los estímulos externos al momento de alimentarse, también tienden a expresar patrones de alimentación emocional ante la presencia de síntomas de ansiedad. En adición, se observaron correlaciones bajas entre la presencia de síntomas de ansiedad y la alimentación restrictiva, lo que puede deberse a la preocupación del aumento excesivo de peso gestacional pues se asocia con una mayor incidencia de resultados de salud adversos para las madres y los niños, incluidas muchas afecciones relacionadas con el embarazo y, después del embarazo, una mayor probabilidad de obesidad entre las madres y el niño (Paterson & Treharne, 2019), proponiendo en este trabajo que los comportamientos de alimentación vienen derivados de la sintomatología ansiosa que presentan las mujeres embarazadas.

Es importante señalar que la importancia de analizar las redes de apoyo, los síntomas emocionales negativos, como la ansiedad y los hábitos alimenticios son importantes en esta población, pues de la presencia de redes de apoyo, la salud mental y estilos de vida saludables se verá reflejados en un embarazo y parto sin complicaciones, por lo que resulta de vital importancia el monitoreo constante, y dicha revisión debe ser integral, en el ámbito psicológico, médico y nutricional.

Es necesario indagar la forma en que se relacionan estas variables con diferentes muestras de mujeres embarazadas, ya que en el presente estudio colaboraron mujeres que acuden a una institución de tercer nivel y que se atienden exclusivamente situaciones gineco-obstétrica, por lo que es posible que hayan tenido menores puntuaciones en la presencia de síntomas ansiosos, ya que la

institución las atiende de manera multidisciplinaria. Asimismo, se sugiere que en estudios posteriores, se analicen otro tipo de síntomas emocionales negativos, como la depresión y el estrés, en adición, se sugiere desarrollar esta línea de investigación con mujeres que tengan un embarazo de alto riesgo, pues las redes de apoyo, los estados emocionales y los estilos de vida pueden modificarse.

Con relación al estudio de las diferencias entre las variables de estudio, se encontraron diferencias significativas entre las mujeres embarazadas y no embarazadas en las siguientes variables: síntomas de ansiedad, apoyo social, comer restrictivo, comer externo y comer emocional. Los resultados indicaron que las mujeres no gestantes manifiestan síntomas de ansiedad en mayor proporción, en comparación con las mujeres embarazadas, en contraste, esta muestra indicó tener más redes de apoyo (entre 3 y 4 personas).

Sobre el análisis de los comportamientos de alimentación, se observaron diferencias entre ambos grupos de mujeres, mostrando puntuaciones más elevadas, las mujeres no gestantes, observándose puntuaciones más elevadas en el comer restrictivo, lo que pudiera deberse a los estereotipos que se han establecido a nivel social, donde se deben mantener ciertos estándares de belleza impuestos por la sociedad (Kimble, et al., 2002).

Conclusiones

El presente estudio concluye que la etapa del embarazo es un punto de cambios biopsicosociales para las mujeres, este trabajo demuestra que la sintomatología ansiosa afecta la manera en la que la mujer gestante se alimenta, de la misma manera se presenta que las mujeres embarazadas no cuentan con una red de apoyo suficiente para sobrellevar los cambios que se presentan a lo largo del embarazo. Asimismo, se confirma que el embarazo es una etapa de la vida determinante para la mujer, por lo que el acompañamiento psicológico, una red de apoyo social adecuada, la reducción de los síntomas ansiosos, la información y un adecuado tratamiento puede darle una salud integral. Es relevante continuar investigando estas variables en las mujeres embarazadas, pues constituye un proceso de cambio para las mujeres y su familia, así como para su entorno. De esta forma, se invita a la realización de más estudios en los que se vean involucradas las mujeres embarazadas y las mujeres con embarazo de alto riesgo, debido a que hay una diferencia abismal entre un embarazo que se desarrolla con normalidad a uno que presenta complicaciones.

Sugerencias y limitaciones

Se sugiere continuar analizando las variables incluidas en este estudio (apoyo social percibido, síntomas de ansiedad y comportamientos de alimentación), en diferentes grupos de mujeres embarazadas, por ejemplo, en aquellas que acuden a instituciones del primer y segundo nivel de atención, e incluso se puede analizar en mujeres que habitan áreas rurales o comunidades vulnerables, con la finalidad de hacer comparaciones socioculturales y de atención a la salud.

Por otro lado, se propone realizar estudios longitudinales que evalúen la evolución de la sintomatología ansiosa entre las mujeres embarazadas y los comportamientos alimentarios a lo largo del período prenatal, perinatal y posnatal. En adición, se podrían realizar modelos predictivos con las variables que tuvieron significancia estadística, con la finalidad de confirmar hipótesis explicativas sobre la asociación entre las variables de estudio, en adición, es importante analizar los factores que influyen en que las mujeres no embarazadas presenten puntuaciones más elevadas en los síntomas de ansiedad y en los comportamientos de alimentación, pues de esta manera, se contribuirá al cuerpo de conocimiento de la salud física y mental en mujeres en edad reproductiva.

Referencias

- Aguilar, S. A. (1976). *Evaluación de ansiedad por telemetría. (Tesis inédita de Maestría)*, Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- Aguilar, P. (2016). *Antropología de la alimentación. Un estudio comparativo en el estado de Jalisco, México (Tesis inédita doctoral)*. Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- Aguirre, G. (1997). *Cultura y nutrición. En Presencia de la antropología en los estudios sobre alimentación* (pp. 21-38). México: Universidad Nacional Autónoma de México/ Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubiran.
- Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hösl, I., & Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 20, 3, 189-209.
- Allison, A., Appleton, K., Holdsworth, A., & Lawrence, M. (2019). Social Support During Pregnancy Modifies the Association Between Maternal Adverse Childhood Experiences and Infant Birth Size. *Maternal and Child Health Journal*, 23, 3, 408–415.
- Álvarez-Gayou, J.L., Sánchez, D. y Delfin, L. (1986). *Sexoterapia Integral* (pp.129-147). México: El Manual Moderno.
- Anschutz, D. J., Van Strien, T., Van de Ven, M. O., & Engels, R. C. (2009). Eating styles and energy intake in young women. *Appetite*, 53, 119-122.
- Arias, G. F. (1990). Investigaciones sobre el IDARE en cuatro países latinoamericanos: Argentina, Ecuador, México y Perú. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 3, 49-85.
- Austin, M-P. (2004). Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress, depression and anxiety: Where to from here? *Archives of Women’s Mental Health*, 7, 1-6.
- Austin, M-P., & Priest, S. R. (2005). Clinical issues in perinatal mental health: new developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 97-104.
- Ayuso, J. L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Salvador, J. (2012). *Ansiedad: una propuesta de taller; (Tesis inédita de maestría)*. Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- Bañ, N., Just, J., Chastang, J., Forhan, A., de Lauzon-Guillain, B., & Annesi-Maesano, I. (2019). Maternal diet before and during pregnancy and risk of asthma and allergic rhinitis in children. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, 15(1). doi:10.1186/s13223-019-0353-2.

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control* (pp 71-81). Nueva York: W. H. Freeman.
- Baños, R., Cebolla, A., Etchemendy, E., Rasal, P., & Botella, C. (2011). *Validation of the dutch eating behavior questionnaire for children (DEBQ-C)*. *Nur. Hosp* 26(4), 890-898.
- Barrera, M. (1980). A method for the assessment of social support networks in community survey research. *Connections*, 3, 8-13.
- Barrera, M., Sandler, I.N., & Ramsay, T.B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *Am J Commun Psychol*, 9:435-447.
- Barrera, M., Sandler, I.N., & Ramsay, T.B. (1985). Informant corroboration of social support network data. *Connections*, 8, 9-13.
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A., Gary, E., & Greenberg, R. (2014). *Trastornos de ansiedad y fobias: una perspectiva cognitiva* (pp. 51-96). Bilbao: Desclee de Brouwer. Versión Castellana: Bernardo Moreno Carrillo.
- Berenzon-Gorn, S., Saavedra-Solano, N., y Alanís-Navarro, S. (2009). Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional: autoatención y apoyo social. *Salud Pública*; 51:474-481.
- Bertran, M. (2010). *Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México* (387-410). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bhagwanani, S., Seagraves, K., Dierker, L., & Lax, M. (1997). Relationship between prenatal anxiety and perinatal outcome in nulliparous women: A prospective study. *Journal of the National Medical Association*, 89(2), 93-98. En Gomez, M. E. (2012). *La experiencia de malestar psicológico en mujeres con embarazo de alto riesgo (Tesis inédita doctoral)*. Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- Bourges, H. (1990). Costumbres, prácticas y hábitos alimenticios. *Cuadernos de nutrición*, 13 (2), 19.
- Brown, J. (1987). Formación de una nueva vida. En Papalia y Feldman. (2012). *Desarrollo Humano* (pp. 52-174). México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Burin, M. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- Bulbena, A. (1986). Psicoterapia y psiquiatría. En J. Vallejo (Ed.). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 422-450). Barcelona: Salvat.

- Carr, T. (1990). Ansiedad y depresión. En Gale, A., y Chapman, A., *Psicología y problemas sociales: introducción a la psicología aplicada* (Trad. Miguel Vallejo Vizcarra). México: Limusa.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Castelazo, AL., Aguilar, G., y Calderón. (1970). En Sánchez, T. (Ed). *Historia de la Obstetricia y Ginecología en Latinoamérica*. Bogotá, Colombia: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG).
- Cebolla, A., Barrada, J., Strien, T., Oliver, E., & Baños, R. (2014). Validation of the Dutch Eating Behavior questionnaire (DEBQ) in a sample of Spanish women. *Appetite*, 73, 58-64.
- Chu. (2008) Formación de una nueva vida. En Papalia, D., Feldman, R., y Martorell, G. (E.d), *Desarrollo Humano* (pp.81). México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Cía, A. (2007). *La ansiedad y sus trastornos: manual diagnóstico y terapéutico* (pp. 247-265). Buenos Aires: Polemos.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of social support in etiology of physical diseases. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. En Del Castillo, A. (2010). *Apoyo social, Síntomas depresivos, autoeficacia y bienestar psicológico en pacientes con diabetes tipo 2 (Tesis inédita de Doctorado)*. Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- Constitución de los Estados Unidos Mexicanos. (1917). *Artículo 4 párrafo dos* (pp. 7-8). México.
- Contreras, J. y Gracia, M. (2005) *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas* (pp.259-341). Barcelona: Ariel.
- Dalhaug, E., & Haakstad, L. (2019). What the Health? Information Sources and Maternal Lifestyle Behaviors. *The Norwegian School of Sport Sciences, Department of Sports Medicine, Oslo, Norway*, 8(3):e10355. doi: 10.2196/10355.
- Davis, M., Eshelman, E. R., y McKay, M. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional* (pp. 45-133). Barcelona: Martínez Roca.
- Dennis, C-L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *British Medical Journal*, 331(15), 1-8. doi:10.1136/bmj.331.7507.15.

- De Garine, I., y Vargas, L. (1997). *Introducción a las investigaciones antropológicas sobre alimentación y nutrición* (pp. 21-28). México: Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubiran.
- De la Fuente, J. (2008). Factores motivacionales en el aprendizaje escolar. En Salvador, J. (2012). *Ansiedad: una propuesta de taller (Tesis inédita de Grado)*. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Dolbier, C., & Steinhardt, M. (2000). The development and validation of the sense of support scale. *Behavioral Medicine*, 25: 169-179.
- Douglas, C. (1997) Identification of the FKS1 gene of *Candida albicans* as the essential target of 1,3-beta-D-glucan synthase inhibitors. *Antimicrob Agents Chemother* 41(11):2471-9.
- Durá, E., y Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6(2), 257-271.
- Eapen, D. (2017). *A qualitative description of pregnancy related social support experiences of low-income mothers with low birth weight babies; (Tesis inédita de Doctorado)*. University of Kansas: USA.
- Elsenbruch, S., Benson, S., Rucke, M., Rose, M., Dudenhausen, J., Pincus-Knackstedt, M., & Arck, P. C. (2007). Social support during pregnancy: Effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction*, 22(3), 869-877. doi:10.1093/humrep/del432.
- Endler, N. S., & Okada, M. (1975). A multidimensional measure of trait anxiety: The S-R inventory of general trait anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 319-129.
- Erickson, L., Louise, N. (2018). *Prenatal origins of infant temperament: Exploring interrelationship between pregnancy anxiety, physiological stress, and maternal attachment status*. Washington State University. United State of America.
- Fischler. (1997). En Gracia, M. *La transformación de la cultura alimentaria. Cambios y permanencias en un contexto urbano*, Madrid, Ministerio de Educación y Cultura/Secretaría de Estado de Cultura.
- Fisher, J. R. W., Feekery, C. J., & Rowe-Murray, H. J. (2002). Nature, severity and correlates of psychological distress in women admitted to a private mother-baby unit. *Journal of Paediatric Child Health*, 38, 140-145.
- Gándara, J., y Fuertes, J. C. (1999). *Angustia y ansiedad: causas, síntomas y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

- Glover, V., & O'Connor, T. G. (2002). Effects of antenatal stress and anxiety. Implications for development and psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 180, 389-391.
- Gold, P., & Chrousos, G. (2002). Organization of the stress system and its dysregulation in melancholic and atypical depression: High vs low CRH/NE states. *Molecular psychiatry*, 7, 254-275. doi:10.1038/sj.mp.4001032.
- Goldenberg. (1995). Formación de una nueva vida. En *Desarrollo Humano* (pp. 52-174). México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Goldstein, K. (1968). Concepto de Kurt Golstein: ansiedad y conducta catastrófica. En R. May., *La angustia normal y patológica* (pp. 83-110). Buenos Aires: Paidós.
- Gómez-López, M. (2007). *Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo*. México: Ciudad de México.
- Gómez-López, M., y Berezon, G. (2011). Avances en la investigación de la salud mental perinatal en Latinoamérica. *Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 57 226-234.
- Gómez-López, M., Berenzon, S., y Ito, M. (2016). Malestar psicológico en mujeres con embarazo de alto riesgo. *Summa Psicológica UST*. México, Ciudad de México. doi:10.18774/sumavol13.num1-277.
- Gómez-López, M., y Mota, C. (2016). Experiencia emocional de la mujer con embarazo de alto riesgo. En *Psicología clínica institucional Intervención* (pp. 17-42). México: INPer.
- González-Mesa, E., Kabukcuoglu, K., Körükcü, O., Blasco, M., Ibrahim, N., Cazorla-Granados, O., & Türker, K. (2019). Correlates for state and trait anxiety in a multicultural sample of Turkish and Spanish women at first trimestre of pregnancy. *Journal of Affective Disorders*. doi 10.1016/j.jad.2019.01.036
- Gross, R., Mendelsohn, A., & Messito, M. (2018). Additive effects of household food insecurity during pregnancy and infancy on maternal infant feeding styles and practices. *Appetite*, 130, 20-28. doi:10.1016/j.appet.2018.07.016.
- Halgin, R., & Whitbourne, S. (2009). *Psicología de la anormalidad: perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos* (pp. 310-460). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hetherington, E. (2019). *Social Support in a Pregnant and Postnatal Population (Tesis inedita de Doctorado)*. Universidad de Calgary, Canada.
- Herman, C., & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43(4), 647-660. doi:10.1111/j.1467-6494.1975.tb00727.x .

- Herman, M. (1988). Psychosocial impact of high-risk pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*; 41: 626-639.
- Hernández-Sampieri, R., y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A de C.V.
- Hobfoll, S., Stokes, J. (1988). The process and mechanics of social support. En Licea, A. (2012) *La percepción del apoyo social en personas que padecen esquizofrenia y sus familiares* (Tesis inédita de Grado). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support* (pp.293-318). Addison-Wesley. London.
- House, J. S., Kahn, R. L. (1988). Measures and concepts of social support. En S. Cohen & S. L. Syme (Eds.) *Social support and health* (pp. 83–108). New York: Academic Press.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2016). *Cartilla de los derechos sexuales de adolescentes y jóvenes*. México.
- Jarne A, Talam A, Armayones M, Horta E., y Requena E. (2006). *Psicopatología* (pp. 86-150). Editorial UOC, Barcelona España.
- Kim, F., Vlenterie, R., Nikkels, S., Merkus, P., Roukema, & J., & Verhaak, C. (2017) Depression and Anxiety during Pregnancy: The Influence of Maternal Characteristics, *Journal of Mood Disorders and Therapy*. 1–12. doi:10.1111/birt.12343
- Kimble, C., Hirt, E., y Diaz, R. (2002). *Psicología de las Américas*. Pearson, México.
- Lara, M., Navarro, C., & Navarrete, L. (2010). Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: A randomized control trial. *Journal of Affective Disorders*, 122(1-2), 109–117. doi:10.1016/j.jad.2009.06.024
- Laresgoiti, E. (2013). *Effect of Stress, Emotional Lability, and Depression on the Development of Pregnancy Complications (Tesis inédita de Doctorado)*, Walden University, Mineapolis, Minnesota, USA.
- Lewis. (1970). Los síntomas y su significado. En Beck, A., Gary, E. & Greenberg, R. (2014). *Trastornos de ansiedad y fobias: una perspectiva cognitiva* (pp. 73-96). Desclée De Brouwe. Bilbao.
- Licea, A. (2012). *La percepción del apoyo social en personas que padecen esquizofrenia y sus familiares (Tesis inédita de grado)*. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. (1981). Social support scales. A methodological note. *Schizophrenia Bulletin*, 7(1); 73-89.

- López, J. (1983). La planificación familiar. En *Biblioteca Básica de la Educación Sexual: Planificación Familiar y Anticonceptivo* (pp. 13-20). México: Universo.
- Luck. (1994). En Papalia, D., Feldman, R., y Martorell, G. (2012). *Formación de una nueva vida: En Desarrollo Humano* (pp.81). México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Mahdi, M., & Khadijeh, C. (2016). Relationships among depression during pregnancy, social support and health locus of control among Iranian pregnant women. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(2) 148–155.
- Machado, L., y Bonilla-Musoles, F. (2004). *Ultrasonidos 3D-4D en obstetricia* (pp.169-195). Madrid: Médica Panamericana.
- Maldonado, M., Saucedo, J. M., y Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22, 5-14.
- Maldonado-Durán, M., Saucedo- García, JM., y Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatal Reprod Hum.* 22: 5-14.
- Maloni, J., & Kutil, R. (2000). Antepartum support group for women hospitalized on bed rest. *Maternal Child Nursing*, 25(4), 204-210.
- Marks, I. (1986). *Tratamiento de neurosis* (pp. 38-133). Barcelona: Martínez Roca.
- Martín, J., Sánchez, J., y Sierra, J. (2003). Estilos de afrontamiento y apoyo social: su relación con el estado emocional en pacientes de cáncer de pulmón. *Terapia Psicológica*, 21: 29-37.
- May, J., Andrade, J., Batey, H., Berry, L. & Kavanagh, D. (2010). Less food for thought. Impact of attentional instructions on intrusive thoughts about snack foods. *Appetite*; 55: 279–287.
- Miguel-Tobal, J. (1996). *La ansiedad* (pp. 90-94). Madrid: Santillana.
- Millon, T., Antoni, M., Minor, S., & Grossman, S. (2006). *Millon behavioral medicine diagnostic manual*. (2nd ed.). Minneapolis, MN: NCS Assessments
- Mintz, S. (1996). *Tasting food, tasting freedom*. Boston: Beacon Press.
- Morales, P., Santos, J. L., González, A., Ho, J., y Hodgson, I. (2012). Validación factorial de un cuestionario para medir la conducta de comer en ausencia de hambre y su asociación con obesidad infantil. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(5), 431–437. doi:10.4067/s0370-41062012000500004.

- National Collaborating Centre for Mental Health (2007). Antenatal and Postnatal Mental Health. *Clinical management and service guidance*.
- Norbeck, J., Lindsey, A., & Carrie, V. (1981). The develop of an instrument to measure social support. *Nursing research*, 30(5), 264-269. doi:10.1097/00006199-198109000-00003.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. *Atención de la mujer durante el embarazo, parto, y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*. México. México.
- Olivares, S., & Padilla, G. (2006), *Understanding human sexuality* (pp. 24-312) . Español. México: McGraw-Hill.
- Oliver, G., Wardle, J., & Gibson, E. (2000). Stress and food choice: a laboratory study. *Psychosom Med*. 62(6):853-65.
- Organización Mundial de la Salud. (1975). *Sexualidad y Salud Reproductiva*. Organización Mundial de la Salud. Human Reproduction Programme.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013) *Nota descriptiva No 351*, mayo de 2013. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es>
- Papalia, D., Feldman, R., y Martorell, G. (2012). *Formación de una nueva vida: En Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Paterson, H., Treharne, G., Horwath, C., Haszard, J., Herbison, P., & Hay-Smith, E. (2019). Intuitive eating and gestational weight gain. *Eating Behaviors*, 34, 101311. doi:10.1016/j.eatbeh.2019.101311.
- Pérez – Palacios, G. (2000). *El Cambio de Paradigmas. De la planificación Familiar a la Salud Reproductiva*. Secretaria de Salud, México.
- Pérez, R., y Márquez, B. (2004). La atención a la salud durante el embarazo y el parto una propuesta desde la psicología de la salud. *Avances en psicología Latinoamericana*, 22 (1), 61-75.
- Pimentel, D. (2007). Guía clínica para la intervención psicológica de mujeres embarazadas con endocrinopatías. *Perinatología y Reproducción Humana*, 21, 5468.
- Preciado, A., & D´Anna-Hernandez, K. (2017). Acculturative stress is associated with trajectory of anxiety symptoms during pregnancy in Mexican-American women. *Journal of Anxiety Disorders*. 28-35. dio 10.1016/j.janxdis.2016.10.005
- Rametta, E., Mallan, K. M., Daniels, L., & Jersey, S. J. (2015). Relationships between maternal overweight prior to pregnancy, feeding mode and infant feeding beliefs and practices. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 51(9), 913-919. doi:10.1111/jpc.12878.

- Ramosa, I., Guardinob, C., Mansolf, M., Glynn, L., Sandmand, C., & Hobela, C. (2019). Pregnancy anxiety predicts shorter gestation in Latina and non-Latina White women: The role of placental corticotrophin-releasing hormone. *Psycho neuro endocrinology*, 166–173. doi: 10.1016/j.psyneuen . Estados Unidos
- Rannveig, S., Osnes, B., Olav, J., Follestad, T., & Eberhard-Grane, M. (2019). Insomnia late in pregnancy is associated with perinatal anxiety: A longitudinal cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 155–165. doi: 10.1016/j.jad.2019.01.027
- Rodríguez, P., y Flores, R. (2018). Relación entre apoyo social, estrés, ansiedad y depresión durante el embarazo en una población mexicana. *Facultad de Psicología y Neurociencias*, Universidad de Maastricht, Maastricht, Países Bajos. doi:10.1016/j.anyes.2018.03.003.
- Rojas, E (1998). *La ansiedad: como diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones* (pp. 23-72). Madrid: Temas de hoy.
- Sandín, B., y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En Belloch, A., Sandín, B & Ramos, F. (2009), *Manual de psicopatología (Vol. 2)* (pp. 43-65). Madrid: McGraw-Hill.
- Sánchez, C. (2016). “*Sexualidad y pareja*”. En *Psicología Clínica Institucional Intervención* (pp. 225-262). México: INPer.
- Sarason, I., Levine, H., Basham, R., & Sarason, B. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social*, 44(1); 127-139.
- Sarason, I., Sarason, B., Shearin, E., & Pierce, G. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships, Psychology*.
- Schachter, S., Goldman, R. & Gordon, A. (1968). Effect of fear, food deprivation, and obesity on eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10(2), 91–97.
- Secretaria de Salud. (2015). *Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018*. México.
- Serrano, R. L. (2001). *Ansiedad y depresión en jóvenes con acné juvenil (Tesis inédita de Maestría)*; Universidad Nacional Autónoma de México.
- Shumaker, S., & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11-36.
- Sierra, C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3, 10-59.
- Spielberger, C. (1979). *Tensión y ansiedad* (pp. 23-49). México: Harper & Row.

- Spielberger, C., Pollans, C., & Wordan, T. J. (1984). Anxiety disorders. En Turner, S. & Hersen, M. (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (pp. 149-717). New York: John Wiley and Sons.
- Spilberger, C. (1980). Tensión y Ansiedad. En Salvador, J. (2012). *Ansiedad: una propuesta de taller; (Tesis inédita de Grado)*. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Spoozak, L., Gotman, N., Smith, M., Belanger, K., & Yonkers, K. (2009). Evaluation of a social support measure that may indicate risk of depression during pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 114(1-3), 216-223. doi:10.1016/j.jad.2008.07.015
- Thoits, P. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health Social Behavior*, 23, 145-159.
- Trunzo, J., & Pinto, B. (2003). Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71: 805-811.
- Uchino, B. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387.
- Uriarte, V. (1997). Psicopatología (2ª ed.). En Salvador, J. (2012). *Ansiedad: una propuesta de taller; (Tesis inédita de Grado)*. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Uriza, G. (2007). *Planificación familiar* (pp. 13-16). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de medicina, departamento de ginecología y obstetricia.
- Van de Loo, K., Vlenterie, R., Nikkels, S., Merkus, P., Roukema, J., Verhaak, C., & Van Gelder, M. (2018). Depression and anxiety during pregnancy: The influence of maternal characteristics. *Birth issues in perinatal health*, 45:478-489. doi:10.1111/birt.12343
- Van Strien, T., Frijters, J., Bergers, G., & Defares, P. (1986). Questionnaire (debq) for assessment of restrained emotional, an external eating behavior. *International Journal of Eating disorders*, 5, 295-315.
- Van Strien, T., Herman, C. P., & Verheijden, M. W. (2009). Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role? *Appetite*, 52(2), 380-387. doi:10.1016/j.appet.2008.11.010.
- Vargas, L. (1984). Factores culturales de la alimentación. En *Cuadernos de nutrición, núm. 4* (pp. 17-32). México. Instituto Nacional de Nutrición.
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D., & Stewart, D. (1986). The Social Support Appraisals (SS-A) Scale: Studies of Reliability and Validity. *American Journal of Community Psychology: Southern Illinois University*. Vol. 14, No. 2.

- Vila, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. En Mayor, J. y Labrador, F. *Manual de Modificación de conducta* (pp. 261-434). Madrid: Alhambra.
- Villalba, C. (2001). *Análisis de la población de abuelas cuidadoras de la provincia de Sevilla. Contextos sociofamiliares, redes de apoyo social y riesgos psicosociales*. (Tesis inédita de Doctorado). Universidad de Sevilla. España.
- Villalba, C. (2002). *Abuelas cuidadoras: una aportación para el trabajo social*. Valencia, Tirant Lo Blanch.
- Virgen, M., Lara, Z., Morales, B., y Villaseñor, B. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 1-11.
- Willis, T. A. (1985). Supportive functions of interpersonal relationships. En S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 61-82). New York: Academic Press.
- Yu, Y., Li, M., Pu, L., Wang, S., Wu, J., & Ruan, L. (2017). Sleep was associated with depression and anxiety status during pregnancy: a prospective longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 20(5), 695–701. doi:10.1007/s00737-017-0754-5
- Zapata, R., y Gutiérrez, M. (2016). Sexualidades y sexología. *En Salud Sexual y Reproductiva* (pp. 45-54). UNE.
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*: 52(1): 30-41.

Anexos

Anexo 1. Cuestionario de Apoyo Social (SSQ6)

Ejemplo de reactivos

Instrucciones:

Enliste todas las personas que conoce, excluyéndose a usted, en las que usted puede contar para ayudarla en la manera descrita. Escriba su parentesco con usted, no enliste más de nueve personas por pregunta.

Circle qué tan satisfecha se siente con el apoyo que tiene. Si no tiene apoyo en alguna de las preguntas, marque la palabra "Nadie", y marque su nivel de satisfacción.

CUESTIONARIO

1. ¿Con quién puede usted realmente contar para apoyarla cuando necesita ayuda?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

2. ¿Qué tan satisfecha está usted con este apoyo?

1) muy insatisfecha	2) algo insatisfecha	3) poco insatisfecha	4) poco satisfecha	5) algo satisfecha	6) muy satisfecha
------------------------	-------------------------	-------------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------

3. ¿Con quién puede usted realmente contar para sentirse más relajada cuando está bajo presión o está tensa?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

4. ¿Qué tan satisfecha está usted con este apoyo?

1) muy insatisfecha	2) algo insatisfecha	3) poco insatisfecha	4) poco satisfecha	5) algo satisfecha	6) muy satisfecha
------------------------	-------------------------	-------------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------

5. ¿Quién la acepta totalmente como es, incluyendo sus mejores y sus peores puntos?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

6. ¿Qué tan satisfecha está usted con este apoyo?

1) muy insatisfecha	2) algo insatisfecha	3) poco insatisfecha	4) poco satisfecha	5) algo satisfecha	6) muy satisfecha
------------------------	-------------------------	-------------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------

7. ¿En quién puede usted realmente contar para cuidar de usted, sin importar lo que le esté pasando a usted?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

8. ¿Qué tan satisfecha está usted con este apoyo?

1) muy insatisfecha	2) algo insatisfecha	3) poco insatisfecha	4) poco satisfecha	5) algo satisfecha	6) muy satisfecha
---------------------	----------------------	----------------------	--------------------	--------------------	-------------------

9. ¿Con quién puede usted realmente contar para ayudarle a sentirse mejor cuando se siente deprimida y abatida?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

10. ¿Qué tan satisfecha está usted con este apoyo?

1) muy insatisfecha	2) algo insatisfecha	3) poco insatisfecha	4) poco satisfecha	5) algo satisfecha	6) muy satisfecha
---------------------	----------------------	----------------------	--------------------	--------------------	-------------------

11. ¿Con quién puede usted contar para consolarla cuando se siente molesta o perturbada?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

12. ¿Qué tan satisfecha está usted con este apoyo?

1) muy insatisfecha	2) algo insatisfecha	3) poco insatisfecha	4) poco satisfecha	5) algo satisfecha	6) muy satisfecha
---------------------	----------------------	----------------------	--------------------	--------------------	-------------------

Anexo 2

Listado de Síntomas 90 (*Symptom CheckList 90*)

Ejemplo de reactivos

Va a leer una lista de problemas y quejas que a veces tiene la gente. Por favor marque para cada una qué palabra describe mejor cuánto le ha molestado o estresado ese problema **durante los últimos quince días, incluyendo el día de hoy.**

		Nada	Un poco	Modera- damente	Bastante	Extrema- damente
ANS1	Nerviosismo	0	1	2	3	4
ANS2	Temblor	0	1	2	3	4
ANS3	Asustarse sin motivo o causa aparente	0	1	2	3	4
ANS4	Sentirse temerosa	0	1	2	3	4
ANS5	Que el corazón le palpite fuerte o muy rápido	0	1	2	3	4
ANS6	Sentirse tensa o agitada	0	1	2	3	4
ANS7	Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
ANS8	Sentirse tan agitada que no puede quedarse quieta	0	1	2	3	4
ANS9	La sensación de que algo malo le ha de ocurrir	0	1	2	3	4
ANS10	Pensamientos e imágenes que la aterricen	0	1	2	3	4

Anexo 3

Cuestionario de Comportamientos de Alimentación (DEBQ)

Traducción del Dutch Eating Behaviour Questionnaire (van Strien et al., 1986, *Int. J. Eat. Disord.*)

Por favor conteste honestamente lo que usted piensa y no lo que cree que nosotros esperamos que conteste.

1. Cuando ha subido de peso, ¿trata de comer menos de lo que normalmente comería?

No aplica Nunca Pocas veces A veces Seguido Muy seguido

2. ¿Trata de comer menos de lo que le gustaría comer?

Nunca Pocas veces A veces Seguido Muy seguido

3. ¿Qué tan seguido rechaza algo que le ofrecen de comer o de beber por estar preocupada por su peso?

Nunca Pocas veces A veces Seguido Muy seguido

4. ¿Se fija exactamente en lo que come?

Nunca Pocas veces A veces Seguido Muy seguido

5. ¿Come a propósito alimentos que adelgazan?

Nunca Pocas veces A veces Seguido Muy seguido

6. Cuando ha comido demasiado, ¿come menos de lo habitual en los siguientes días?

No aplica Nunca Pocas veces A veces Seguido Muy seguido

7. ¿Come usted menos a propósito para no subir de peso?

Nunca Pocas veces A veces Seguido Muy seguido

8. ¿Qué tan seguido intenta usted no comer entre comidas por cuidar su peso?

Nunca Pocas veces A veces Seguido Muy seguido

9. ¿Qué tan seguido intenta no cenar por cuidar su peso?

Nunca Pocas veces A veces Seguido Muy seguido

10. ¿Piensa en su peso cuando decide qué va a comer?		Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido
11. ¿Le dan ganas de comer cuando está molesta?	No aplica	Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido
12. ¿Le dan ganas de comer cuando no tiene nada que hacer?	No aplica	Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido
13. ¿Le dan ganas de comer cuando está deprimida o desanimada?	No aplica	Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido
14. ¿Le dan ganas de comer cuando se siente sola?	No aplica	Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido
15. ¿Le dan ganas de comer cuando alguien más le queda mal?	No aplica	Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido
16. ¿Le dan ganas de comer cuando está enojada?	No aplica	Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido
17. ¿Le dan ganas de comer cuando sabe que va a pasar algo desagradable?		Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido
18. ¿Le dan ganas de comer cuando está ansiosa, preocupada o tensa?		Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido
19. ¿Le dan ganas de comer cuando las cosas no salen como usted quiere?		Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido
20. ¿Le dan ganas de comer cuando está asustada?	No aplica	Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido
21. ¿Le dan ganas de comer cuando está decepcionada?	No aplica	Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido

22. ¿Le dan ganas de comer cuando se siente mal emocionalmente?	No aplica	Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido
23. ¿Le dan ganas de comer cuando está aburrida o inquieta?	No aplica	Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido
24. Si la comida le sabe bien, ¿come más de lo habitual?		Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido
25. Si la comida huele y se ve bien, ¿come más de lo habitual?		Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido
26. Si ve o huele algo delicioso, ¿le dan ganas de comérselo?		Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido
27. Si tiene algo delicioso para comer, ¿se lo come de inmediato?		Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido
28. Si pasa afuera de una panadería, ¿le dan ganas de comprar algo delicioso?		Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido
29. Si pasa por afuera de una tiendita o cafetería, ¿le dan ganas de comprar algo delicioso?		Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido
30. Si ve a otras personas comiendo, ¿le dan ganas de comer?		Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido
31. ¿Puede resistirse a comer alimentos deliciosos?		Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido
32. ¿Come más de lo habitual cuando ve a otras personas comer?		Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido
33. Cuando prepara la comida, ¿le dan ganas de comer algo?		Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Muy seguido

Anexo 4

Consentimiento informado

El Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes en colaboración con la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México la invita a participar en el estudio de investigación “Apoyo social percibido, ansiedad y comportamientos de alimentación en mujeres mexicanas embarazadas en comparación con mujeres mexicanas no embarazadas en edad fértil.” A cargo de la psicóloga Isaura Aglae Martínez Bautista con la supervisión de la Doctora María Eugenia Gómez López.

La mujer embarazada experimenta cambios en su cuerpo que pueden llevarla a sentir insatisfacción con su imagen corporal, estrés, depresión o ansiedad. Estas situaciones suelen estar relacionadas además con formas de alimentación poco conducentes al bienestar personal. Todo esto en conjunto podría poner a la mujer y a su bebé en riesgo de presentar otros problemas psicológicos en el futuro. Sin embargo, no se conoce cómo influye el estrés y los comportamientos de alimentación de la mujer embarazada en su cuerpo. Este proyecto tiene como objetivo conocer si existe una relación entre los síntomas de ansiedad, los comportamientos de alimentación y el apoyo en las mujeres embarazadas, y no embarazadas.

Su participación será gratuita, voluntaria y confidencial. Es decir, su participación en el estudio no le costará dinero; usted es completamente libre de participar o no; y puede estar segura de que la información que usted nos proporcione la utilizaremos de forma anónima solamente para los fines del estudio. Además, si usted decide no participar en este estudio, no se afectará de ninguna manera la atención médica que recibe en el Instituto.

Si usted deseara abandonar el estudio en cualquier momento durante la investigación, podrá hacerlo sin que esto afecte la atención que recibe en el Instituto. Tampoco afectará su relación con cualquier otro proyecto de investigación en el que haya aceptado participar.

Su participación consiste en que le pediremos que conteste tres cuestionarios que nos permitirán conocer algunos aspectos como ansiedad, apoyo social y aspectos relacionados con su estilo de alimentación. Contestar todos los cuestionarios le tomará menos de treinta minutos.

Posibles molestias y riesgos. En este estudio no llevaremos a cabo ningún procedimiento que represente un riesgo para su salud o la de su bebé. Sin embargo, contestar algunos de los cuestionarios pueden ser molestos, incómodos y/o cansados para usted. En caso de que usted presente alguna de estas condiciones mientras contesta los cuestionarios, podrá detenerse y tomar un breve descanso antes de continuar, o solicitar ayuda a los investigadores.

Es importante que sepa que en todo momento estará acompañada por la Psicóloga de nuestro equipo y que toda la información que usted nos proporcione la utilizaremos de forma anónima solamente para los fines del estudio.

Beneficios

El mayor beneficio que resultará de este estudio no será directamente para usted sino para responder a las preguntas de investigación.

En caso de que, a partir de los resultados de los cuestionarios o de las entrevistas, identifiquemos que usted pudiera necesitar apoyo emocional, psicológico, una de las Psicólogas se pondrá en contacto con usted para ofrecerle una consulta gratuita de valoración y, de ser necesario, se le proporcionará apoyo psicoterapéutico de manera gratuita.

Por favor conteste las siguientes preguntas. Si tiene alguna duda, por favor siéntase en confianza de preguntar.

Preguntas:

	Si	No
¿Comprendió la importancia y el objetivo del estudio?		
¿Está de acuerdo en contestar los tres cuestionarios psicométricos?		
¿Entiendo que mis datos serán confidenciales?		

Si usted contestó NO a alguna de las preguntas, usted no está dispuesta a participar en el estudio; agradecemos la atención que nos ha prestado. Si ha contestado SÍ a todas las preguntas, quiere decir que usted ha comprendido la carta y acepta participar en el estudio; por favor firme la carta en el espacio en que se indica.

Yo _____ estoy de acuerdo en participar en el proyecto “Apoyo social percibido, ansiedad y comportamientos de alimentación en mujeres mexicanas embarazadas en comparación con mujeres mexicanas no embarazadas en edad fértil”, se me ha explicado en que consiste mi participación, los riesgos y los beneficios de participar en este proyecto, así como los objetivos del mismo y estoy de acuerdo con ellos.

Ciudad de México a _____ de _____ del _____

Firma del participante