

Factores psicosociales que influyen en el estado nutricional de adolescentes embarazadas, Centro de Salud Materno Infantil Bahía de Caráquez

Psychosocial factors that influence the nutritional status of pregnant adolescents, Bahía de Caráquez Maternal and Child Health Center

...

Recepción: 23 de mayo de 2024 | Publicación: 20 de junio de 2024

Yahaira Alexandra Zambrano Benítez*  

zambranoyahaira@outlook.com

Programa de Maestría con Trayectoria Profesional en Salud Pública, Facultad de Posgrado, Universidad Técnica de Manabí, Portoviejo, Ecuador.

María Janina Cedeño Vivas 

janina.cedeno@utm.edu.ec

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Manabí, Portoviejo, Ecuador.

DOI: <https://doi.org/10.26871/ceus.v5i3.176>

Resumen

Antecedentes: El embarazo en la adolescencia conlleva riesgos tanto para la madre como para el feto. Las adolescentes embarazadas tienen una mayor vulnerabilidad a presentar deficiencias nutricionales debido a que su organismo se encuentra en una etapa de crecimiento y desarrollo.

Objetivo: El objetivo de este trabajo fue evaluar los factores psicosociales que influyen en el estado nutricional de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil

de Bahía de Caráquez, Ecuador, teniendo como propósitos específicos, describir las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes, determinar los factores psicosociales y estado nutricional antropométrico de las adolescentes embarazadas, así como relacionar los factores psicosociales y el estado nutricional de las gestantes. **Metodología:** El estudio fue de tipo observacional, prospectivo, descriptivo y de corte transversal, en el que se recolectó información de adolescentes embarazadas que recibieron atención entre mayo y julio de 2023 en ese centro de salud. Los datos de las adolescentes embarazadas se recopilaron mediante dos cuestionarios individuales y anónimos (cuestionario de nutrición para gestantes y cuestionario de autoevaluación prenatal). **Resultados:** Los resultados sugirieron que los factores psicosociales relacionados con las dimensiones preparación para el parto, aceptación del embarazo y rol maternal, fueron los más influyentes en el estado nutricional de las embarazadas adolescentes. **Conclusiones:** Estos hallazgos subrayan la importancia de abordar tanto los aspectos físicos como psicosociales del embarazo adolescente para mejorar la salud nutricional y el bienestar general de las adolescentes embarazadas. Además, se destaca la necesidad de intervenciones integrales que consideren estos factores para garantizar resultados óptimos durante el embarazo y el parto.

Palabras clave: gestación; adolescencia; factores psicosociales; nutrición.

Abstract

Background: Teenage pregnancy carries risks for both the mother and the fetus. Pregnant adolescents have a greater vulnerability to presenting nutritional deficiencies because their body is in a stage of growth and development. **Objective:** The objective of this work was to evaluate the psychosocial factors that influence the nutritional status of pregnant adolescents treated at the Maternal and Child Health Center of Bahía de Caráquez, Ecuador, with the specific purposes of describing the sociodemographic characteristics of pregnant adolescents, determining psychosocial factors and anthropometric nutritional status of pregnant adolescents, as well as relating psychosocial factors and the nutritional status of pregnant women. **Methodology:** The study was observational, prospective, descriptive and cross-sectional, in which information was collected from pregnant adolescents who received care between May and July 2023 at that health center. Data from pregnant adolescents were collected using two individual and anonymous questionnaires (nutrition questionnaire for pregnant women and prenatal self-assessment questionnaire). **Results:** The results suggested that psychosocial factors related to the dimensions preparation for childbirth, acceptance of pregnancy and maternal role were the most influential in the nutritional status of pregnant adolescents. **Conclusions:** These findings underscore the importance of addressing both the physical and psychosocial aspects of adolescent pregnancy to improve the nutritional health and overall well-being of pregnant adolescents. Furthermore, the need for comprehensive interventions that consider these factors is highlighted to ensure optimal outcomes during pregnancy and childbirth.

Keywords: pregnancy; adolescence; psychosocial factors; nutrition.

Introducción

El embarazo en la adolescencia conlleva riesgos tanto para la madre como para el feto. Además, las adolescentes embarazadas tienen una mayor vulnerabilidad a presentar deficiencias nutricionales debido a que su organismo se encuentra en una etapa de crecimiento y desarrollo, lo que puede afectar negativamente la salud del feto y de la madre. Se sabe que los factores psicosociales pueden influir en el estado nutricional de las adolescentes embarazadas, pero aún no se comprende completamente su impacto en este aspecto (1).

A nivel maso en Manabí, Ecuador, el problema de las investigaciones sobre los factores psicosociales que influyen en el estado nutricional de adolescentes embarazadas se relaciona con la alta incidencia de desnutrición y pobreza en la región. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos de Ecuador, la provincia de Manabí tiene una tasa de pobreza del 51,6 %(2), lo que puede afectar la calidad y cantidad de alimentos disponibles para la población. Además, un estudio realizado en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, encontró que el 37,7 % de las adolescentes embarazadas presentaban desnutrición (3).

Considerando lo anterior, es necesario investigar cómo los factores psicosociales, como el estrés, el apoyo social, la autoestima y la depresión, pueden influir en la alimentación y el estado nutricional de las adolescentes embarazadas, y cómo estas variables pueden afectar la salud

del feto y de la madre¹. La comprensión de estos factores podría permitir el diseño de intervenciones psicosociales efectivas que mejoren el estado nutricional de las adolescentes embarazadas y reduzcan el riesgo de complicaciones del embarazo (4).

El embarazo en la adolescencia es un problema global de salud pública que afecta a millones de adolescentes cada año. Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que alrededor del 10 % de los nacimientos en todo el mundo son de madres adolescentes, y el 95 % de estos nacimientos ocurren en países de ingresos bajos y medianos (5). Las adolescentes embarazadas son vulnerables a problemas de salud física y mental, como complicaciones del embarazo, trastornos emocionales y problemas de nutrición.

Se ha demostrado que la nutrición adecuada durante el embarazo es fundamental para el crecimiento y desarrollo adecuado del feto, y puede prevenir complicaciones del embarazo y mejorar los resultados del embarazo(6). Sin embargo, las adolescentes embarazadas pueden enfrentar barreras para una nutrición adecuada, incluyendo la falta de conocimiento sobre nutrición, la falta de acceso a alimentos saludables y la presión social para mantener una figura delgada(7).

Además, las adolescentes embarazadas también pueden enfrentar factores psicosociales que afectan su estado nutricional, como el estrés, la depresión, la ansiedad y el aislamiento social(8). Estos factores pueden afectar la ingesta de alimentos y la capacidad de la madre para

mantener un estilo de vida saludable durante el embarazo.

El estudio de la salud mental perinatal (término que engloba el embarazo y el posparto) ha adquirido gran relevancia en las últimas décadas (9). Según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), los factores psicosociales deben ser evaluados en el período prenatal, durante el embarazo y posparto; además, se deben identificar los problemas psicosociales que aumentarían el riesgo de un resultado negativo (10).

El estrés es un concepto multidimensional, que resulta de una percepción desequilibrada entre los desafíos ambientales (estresores agudos y crónicos) y recursos individuales (condiciones socioeconómicas, estilo de vida, personalidad y apoyo social) y conduce a un mayor riesgo de comportamiento desadaptativo y respuestas emocionales. Se puede hablar de estrés perinatal cuando ocurre durante este período (11). Hay estudios que muestran cómo el estrés materno tiene un efecto directo sobre el bienestar fetal.

Diferentes estudios han encontrado que el estrés prenatal y depresión se asocian a anomalías placentarias, vellosidades y necrosis decidual, inflamación aguda y hemorragia; lo que se correlaciona con un aumento de factores proinflamatorios, déficit inmunológico e infecciones(12)(13).

El embarazo es un período de transición en el que todos los sistemas del cuerpo se ven afectados; e implica muchos cambios biológicos, psicológicos y sociales que comienzan desde el embarazo y se

extiende hasta el posparto (14). La anemia nutricional durante el embarazo se asocia con y morbilidad y mortalidad infantil (15).

Varios factores están relacionados con los comportamientos dietéticos, como el conocimiento, la actitud, el nivel socioeconómico, la educación y las creencias culturales (16). Los comportamientos dietéticos pueden reducir los resultados adversos del nacimiento. Una madre sana puede tener un bebé sano; mientras que madres desnutridas dan a luz bebés con bajo peso que resulta en altas tasas de mortalidad infantil (17).

El estado nutricional percibido y la autoeficacia dietética percibida podrían cambiar el comportamiento dietético de las mujeres embarazadas; lo que resultaría beneficioso para la madre y el bebé. La anemia en las mujeres embarazadas podría reducirse mediante una mayor conciencia sobre la ingesta y nutrientes necesarios para una dieta saludable.

Considerando lo anterior, este trabajo se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles serán los factores psicosociales que influyen en el estado nutricional de las adolescentes embarazadas? Para responder a esta interrogante, se planteó como objetivo, evaluar los factores psicosociales que influyen en el estado nutricional de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Bahía de Caráquez.

Metodología

El estudio fue de tipo observacional, prospectivo, descriptivo y de corte transversal,

en el que se recolectó información de adolescentes embarazadas que recibieron atención, entre mayo y julio de 2023, en el Centro de Salud C Materno Infantil y Emergencias Bahía de Caráquez, Manabí, Ecuador.

La población estuvo constituida por todas las adolescentes embarazadas que acudieron al centro de salud. La muestra, de 105 adolescentes embarazadas, se seleccionó de forma no aleatoria por conveniencia y se estratificó, considerando la procedencia, rural o urbana, de las gestantes.

Como criterios de inclusión se consideraron a las gestantes entre 12 y 19 años de edad que accedieron a participar en el estudio, previa firma del consentimiento informado por parte de las adolescentes embarazadas mayores de edad y padres o tutores legales de las embarazadas menores de edad; así como el asentimiento por las adolescentes embarazadas menores de edad. Entre los criterios de exclusión se tuvieron en cuenta a las adolescentes embarazadas con trastornos alimentarios o con enfermedades crónicas diagnosticadas previamente; las que requerían atención médica especializada; las que se negaron a participar en el estudio o que sus padres o tutores legales no permitieron su participación.

Los datos de las adolescentes embarazadas se recopilaron mediante dos cuestionarios individuales y anónimos. El cuestionario de nutrición para gestantes (18) se utilizó para evaluar los conocimientos de las adolescentes embarazadas sobre las necesidades nutricionales durante el

embarazo, así como su estilo de vida y hábitos alimentarios. Los distintos ítems del cuestionario, divididos en bloques, se detallan a continuación: datos demográficos; datos antropométricos; historia clínica; hábitos alimentarios; mesa de comida; estilo de vida; consumo de suplementos; y conocimientos. En el bloque del cuestionario relacionado con los hábitos alimentarios, aparece una tabla de alimentos con la frecuencia semanal y raciones diarias de los grupos de alimentos. En el cuestionario de autoevaluación prenatal (adaptación del *Prenatal Self-Evaluation Questionnaire - PSEQ*) (19), se evaluaron las dimensiones psicosociales: aceptación del embarazo, identificación con el rol materno, calidad de la relación con la madre, calidad de la relación con la pareja, preparación al parto, miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto y preocupación por el bienestar propio y del bebé.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables para determinar las medias, frecuencias absolutas y porcentajes. Se realizaron análisis de varianza para detectar diferencias significativas; en caso de que existieran, se aplicó la prueba de Tukey-Kramer para determinar las diferencias con un nivel de confianza del 95 %. Se utilizó la *odds ratio* (OR) para evaluar los factores psicosociales de las adolescentes embarazadas y otras variables como el índice de masa corporal y la ganancia de peso durante el embarazo.

También se aplicaron técnicas de regresión no lineal múltiple, para determinar las posibles relaciones entre los factores psicosociales, agrupados en seis

dimensiones, y la ganancia de peso durante la gestación. El coeficiente de correlación utilizado fue el de Spearman, debido a la naturaleza no lineal de la relación esperada entre los factores psicosociales y la ganancia de peso. Los valores de F y p indicaron la significancia de la relación entre cada dimensión de los factores psicosociales y la ganancia de peso de las embarazadas adolescentes. Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics para Windows (versión 24.0, 2016, IBM Corp., Armonk, NY).

Esta investigación, basada en los principios bioéticos, se aprobó por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Técnica de Manabí con el código CEISH-UTM-INT_23-05-6_YAZB; además, la dirección del centro de salud indicó su conformidad. Los participantes otorgaron su consentimiento informado para participar en la investigación, luego de comprender claramente el propósito de la investigación, procedimientos que se realizarían y que la investigación no

supondría riesgos a su persona, pero sí muchos beneficios asociados a su participación. Además, se les informó su derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento sin consecuencias; así como del anonimato de los participantes y confidencialidad de los datos.

Resultados y discusión

El análisis de la Tabla 1 revela diferencias significativas entre las variables según la procedencia rural y urbana. En cuanto al nivel de escolaridad, se observa que en el área rural, la mayoría de los encuestados tienen un nivel de bachillerato, mientras que en el área urbana, la distribución es más diversa, con una proporción significativa de estudiantes en secundaria y bachillerato. Respecto a la situación laboral del padre, se destaca que en el área rural, una parte considerable está desempleada, mientras que en el área urbana, la mayoría está empleada, ya sea como estudiantes o trabajadores.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas.

Variable	Procedencia			
	Rural		Urbana	
	Frecuencia	Porcentaje*	Frecuencia	Porcentaje*
Nivel de escolaridad				
Primaria	4	3,81 c	0	0,0 d
Secundaria	12	11,43 b	9	8,57 b
Bachiller	75	71,43 a	5	4,76 c

Situación laboral del padre

Estudiante	40	38,1 a	4	3,81 d
Trabajador	26	24,76 b	10	9,52 c
Desempleado	25	23,81 b	0	0,0 e
Ingreso promedio familiar				
Un salario básico	17	16,19 c	2	1,9 f
Dos salarios básicos	49	46,67 a	8	7,62 d
Tres o más salarios básicos	25	23,81 b	4	3,81 e

*Calculado con respecto a las 105 embarazadas adolescentes.

Letras diferentes, para cada variable, indican diferencias significativas ($p \leq 0,05$) a partir de la prueba de Tukey-Kramer.

Por último, en cuanto al ingreso promedio familiar, se evidencia una tendencia hacia ingresos más altos en el área urbana en comparación con la rural, donde la mayoría se encuentra en el rango de un salario básico. Estas disparidades resaltan la importancia de considerar el contexto socioeconómico al diseñar políticas y programas de intervención para abordar las necesidades específicas de cada población.

En este sentido, un bajo ingreso económico limita el acceso a una alimentación y atención médica adecuadas. Por otro lado, si las embarazadas sufren de estrés, pues, se afecta el apetito y la absorción de nutrientes; ya que se plantea la existencia de interacciones entre los procesos relacionados con el estrés y la nutrición en múltiples niveles a lo largo del tiempo (20). A su vez, las embarazadas que sufren de depresión o ansiedad pueden tener menos apetito y, en consecuencia, una ingesta insuficiente de nutrientes.

Por otro lado, se ha descrito que las embarazadas con bajo nivel de educación o conocimiento sobre nutrición pueden

tener dificultades para seguir una dieta adecuada durante la gestación²⁰. También pueden influir sobre los patrones alimentarios los antojos y aversiones alimentarias, lo que puede resultar en una deficiencia importante de nutrientes (21). Otro factor primordial es el apoyo social, se ha descrito el papel positivo del apoyo social en la salud y la calidad de vida de las personas, mientras que se ha demostrado que el aislamiento social provoca enfermedades (22). Shishehgar et al. (23) afirmaron que la falta de apoyo social, al afectar la calidad de vida, puede conducir a problemas médicos y mentales tales como disnea, problemas digestivos y depresión durante el embarazo y más allá.

Hay numerosos estudios que han encontrado una asociación entre factores psicosociales y el estado nutricional en diferentes poblaciones. Se determinó una relación significativa entre el estado socioeconómico y nutricional de las mujeres embarazadas en albergue temporal, pues la capacidad de la familia para comprar alimentos depende de los ingresos familiares (24).

La Tabla 2 muestra el historial obstétrico de las adolescentes embarazadas. En cuanto a la cantidad de hijos considerando la gestación actual, se observa que la mayoría de las mujeres, tanto en áreas urbanas como rurales, fueron primíparas. Con respecto a la planificación del embarazo actual, en la mayoría de los casos, los embarazos no fueron planificados, con una mayor proporción en las áreas rurales.

En cuanto al peso al nacer del anterior hijo, se puede ver que en ambas áreas, la mayoría de los niños nacieron en el rango de 1500 a 3500 g, aunque en áreas rurales hubo una ligera tendencia hacia pesos más altos. Por último, en relación con el parto anterior, tanto en áreas rurales como urbanas, la mayoría fue natural, aunque en menor proporción en áreas urbanas.

Tabla 2. Historial obstétrico de las adolescentes embarazadas.

Procedencia				
Variable	Rural		Urbana	
	Frecuencia	Porcentaje*	Frecuencia	Porcentaje*
Cantidad de hijos (considerando la gestación actual)				
Uno	81	77,14 a	11	10,48 b
Dos	10	9,52 b	3	2,86 c
Tres	0	0,0 d	0	0,0 d
Más de tres	0	0,0 d	0	0,0 d
Planificación del embarazo actual				
Sí	2	1,9 c	0	0,0 d
No	89	84,76 a	14	13,33 b
Peso al nacer de su anterior hijo				
1 000 y 1 499 g	0	0,0 e	0	0,0 e
1 500 y 2 500 g	3	2,86 b	2	1,9 c
2 501 y 3 500 g	5	4,76 a	1	0,95 d
3 501 y 4 000 g	2	1,9 c	0	0,0 e
> 4 000 g	0	0,0 e	0	0,0 e
Parto anterior				
Natural	7	6,67 a	2	1,9 b
Cesárea	3	2,86 b	1	0,95 c
*Calculado con respecto a las 105 embarazadas adolescentes. Letras diferentes, para cada variable, indican diferencias significativas ($p \leq 0,05$) a partir de la prueba de Tukey-Kramer.				

Estas disparidades sugieren la necesidad de abordar las diferencias socioeconómicas y de acceso a la atención médica entre las poblaciones rurales y urbanas para mejorar los resultados maternos y neonatales.

La Tabla 3 proporciona datos sobre el índice de masa corporal (IMC) y la ganancia de peso durante la gestación de las adolescentes embarazadas. Se observa que la prevalencia de bajo peso fue más alta en el área rural (36,26 %) en comparación con el área urbana (28,57 %). Similarmente, el sobrepeso fue más común en el área urbana (35,71 %) que en la rural (27,47 %).

El análisis de odds ratio (OR) para el IMC mostró que el bajo peso tuvo una asociación significativa con la procedencia, con un valor de OR de 0,5441 y un intervalo de confianza del 95 %, inferior a 1, lo que indicó una asociación estadísticamente significativa. Lo mismo se aplica al sobrepeso y la procedencia urbana, con un OR de 0,4000 y un intervalo de confianza con valores menores a 1. Hubo una asociación significativa entre el IMC y la procedencia, lo que sugiere que el entorno puede desempeñar un papel importante en el estado nutricional de las adolescentes embarazadas.

Tabla 3. Índice de masa corporal (IMC) al inicio y ganancia de peso durante la gestación.

Procedencia									
Variable	Rural		Urbana		Total		Odds ratio	IC (95%)	p
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje			
IMC									
Bajo peso	33	36,26	4	28,57	37	35,24	0,5441	0,3356 - 0,8822	0,0136
Normopeso	32	35,16	3	21,43	35	33,33	0,5000	0,3070 - 0,8143	0,0053
Sobrepeso	25	27,47	5	35,71	30	28,57	0,4000	0,2420 - 0,6611	0,0004
Obeso	1	1,10	2	14,29	3	2,86	0,0294	0,0090 - 0,0957	< 0,0001
Ganancia de peso promedio									
Defecto	30	32,97	1	7,14	31	29,52	0,4189	0,2543 - 0,6900	0,0006
Adecuada	35	38,46	6	42,86	41	39,05	0,6406	0,3979 - 1,0315	0,0669
Exceso	26	28,57	7	50,00	33	31,43	0,4583	0,2800 - 0,7503	0,0019

*Calculado con respecto a las 105 embarazadas adolescentes.

Además, se observa que la mayor proporción de mujeres con ganancia de peso insuficiente provino de áreas rurales (32,97 %), mientras que en áreas urbanas esta proporción fue considerablemente menor (7,14 %). En contraste, las mujeres con ganancia de peso en exceso fueron más frecuentes en áreas urbanas (50 %) que en áreas rurales (28,57 %). Los resultados del análisis de OR indicaron que las adolescentes embarazadas de áreas urbanas tienen una mayor probabilidad de tener una ganancia de peso en exceso en comparación con aquellas de áreas rurales, mientras que las mujeres de áreas rurales tienen una mayor probabilidad de tener una ganancia de peso insuficiente. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas, ya que los valores de p (0,0006 y 0,0019) fueron menores que el umbral de significancia de 0,05. Sin embargo, la ganancia de peso adecuada no mostró una diferencia significativa entre áreas urbanas y rurales, ya que el valor de p (0,0669) superó el umbral mencionado. La procedencia parece estar asociada con la ganancia de peso durante el embarazo, siendo más común la ganancia de peso en exceso en áreas urbanas y la ganancia de peso insuficiente en áreas rurales.

Mustapha et al. (25) evaluaron el efecto de algunos factores socioeconómicos sobre el estado nutricional de mujeres embarazadas de cinco comunidades rurales del área del gobierno local de Owo del estado de Ondo, Nigeria. Las mujeres de nivel socioeconómico más bajo tuvieron una mayor prevalencia de desnutrición que las mujeres de nivel socioeconómico más

alto. Aunque todas las embarazadas cumplieron con la dosis diaria recomendada de proteína, esta provenía principalmente de fuentes vegetales.

En otro trabajo se reportó que el 48 % de las embarazadas tenían un Índice de Masa Corporal (IMC) por debajo de lo normal, lo que indica un alto nivel de desnutrición. La edad de la madre y ocupación del esposo mostró una fuerte correlación positiva con el IMC, mientras que el tamaño de la familia y el nivel de ingresos mostraron una correlación negativa. Los resultados del análisis bioquímico mostraron que el 62 % de las mujeres estaban anémicas y los niveles de cobre y zinc estaban un 29 % y un 12 % por debajo de los niveles normales, respectivamente (26).

La Tabla 4 proporciona información sobre la percepción de las adolescentes embarazadas en relación a su peso previo a la gestación, cantidad de peso que creen deberían ganar durante el embarazo y su conocimiento sobre su salud y la de su bebé en función de su procedencia (rural y urbana).

En términos generales, se observa que las adolescentes de áreas rurales tendieron a percibirse con un peso previo a la gestación, más delgado en comparación con las de áreas urbanas. Por otro lado, las mujeres de procedencia urbana tuvieron una prevalencia ligeramente mayor de sobrepeso y obesidad en comparación con las de zonas rurales.

Tabla 4. Datos antropométricos de las adolescentes embarazadas.

Variable	Procedencia			
	Rural		Urbana	
	Frecuencia	Porcentaje*	Frecuencia	Porcentaje*
Percepción con relación al peso previo a la gestación				
Delgada	40	38,1 a	5	4,76 e
Peso adecuado	25	23,81 b	2	1,9 g
Sobrepeso	15	14,29 c	4	3,81 ef
Obesa	11	10,48 d	3	2,86 fg
Peso total que cree debería ganar durante el embarazo				
8 kg	48	45,71 a	4	3,81 e
8,1 - 11,4 kg	11	10,48 b	1	0,95 f
11,5 - 16 kg	9	8,57 b	2	1,9 e
> 16 kg	23	21,9 c	7	6,67 d
Conocimiento sobre su salud y a la de su bebé versus ganancia de peso inadecuada				
Sí	4	3,81 c	3	2,86 c
No	87	82,86 a	11	10,48 b

*Calculado con respecto a las 105 embarazadas adolescentes.

Letras diferentes, para cada variable, indican diferencias significativas ($p \leq 0,05$) a partir de la prueba de Tukey-Kramer.

En cuanto al conocimiento sobre su salud y la de su bebé, la mayoría de las mujeres, tanto rurales como urbanas, mencionaron tener conocimiento sobre este tema, pero la proporción fue ligeramente más alta entre las adolescentes de áreas urbanas. El historial clínico de las adolescentes embarazadas, discriminado por su procedencia en áreas rurales y urbanas, mostró una baja incidencia de enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipotiroidismo e hipertiroidismo, tanto en áreas rurales como urbanas, siendo los porcentajes muy bajos o nulos en ambos casos (Tabla 5).

Es destacable la presencia de hipotiroidismo en adolescentes embarazadas de áreas rurales. Además, se registraron dos casos de diabetes mellitus. Respecto a la diabetes gestacional en embarazos previos, no se registraron casos en el área urbana, mientras que en el área rural se reportó un caso. Estos hallazgos subrayan la importancia de la vigilancia médica continua y la atención prenatal adecuada para identificar y manejar cualquier condición médica preexistente o que surja durante el embarazo en adolescentes.

Tabla 5. Historial clínico de las adolescentes embarazadas.

Variable	Procedencia			
	Rural		Urbana	
	Frecuencia	Porcentaje*	Frecuencia	Porcentaje*
Enfermedad crónica				
Diabetes mellitus	1	0,95	1	0,95
Hipertensión arterial	0	0,0	0	0,0
Hipotiroidismo	2	1,9	0	0,0
Hipertiroidismo	0	0,0	0	0,0
Diabetes gestacional en embarazos previos				
Sí	1	0,95	0	0,0
No	0	0,0	0	0,0

*Calculado con respecto a las 105 embarazadas adolescentes.

La Tabla 6 presenta los resultados de la aplicación de un cuestionario de autoevaluación prenatal (PSEQ) sobre los factores psicosociales que pudieron influir en el estado nutricional de las adolescentes embarazadas.

En cuanto a la aceptación del embarazo, se observa que la mayoría de las adolescentes se sintieron capaces de tolerar las molestias del embarazo, aunque algunas mostraron dificultades para aceptar la situación. Sin embargo, la mayoría no consideró este como un buen momento para quedarse embarazadas, y expresaron deseos de no estarlo (OR= 0,1290).

Tabla 6. Factores psicosociales de las adolescentes embarazadas mediante la aplicación de un cuestionario de autoevaluación prenatal (PSEQ).

Dimensión	Afirmación	Frecuencia				Odds ratio	Intervalo de confianza (95%)	p
		Mucho	Con frecuencia	A veces	Nunca			
Aceptación del embarazo	Creo que este es un buen momento para quedarme embarazada	2	0	6	97	12,1250	5,6138 - 26,1885	< 0,0001
	Puedo tolerar las molestias del embarazo	4	33	67	1	0,0096	0,0013 - 0,0702	< 0,0001
	Me cuesta aceptar este embarazo	2	68	33	2	0,0194	0,0047 - 0,0808	< 0,0001
	Hasta el momento, este ha sido un embarazo fácil	6	78	13	8	0,0825	0,0382 - 0,1781	< 0,0001
	Ojalá no estuviera embarazada	2	62	29	12	0,1290	0,0667 - 0,2495	< 0,0001
Rol maternal	Ya siento afecto por el bebé	101	2	1	1	0,0096	0,0013 - 0,0702	< 0,0001
	Creo que puedo ser una buena madre	103	2	0	0	0,0000	0,0003 - 0,0773	0,0002
	Tengo la sensación de que disfrutaré del bebé	98	3	4	0	0,0000	0,0003 - 0,0773	0,0002
	Estoy feliz con este embarazo	34	67	2	2	0,0194	0,0047 - 0,0808	< 0,0001
Relación con la madre	Mi madre está ilusionada con el bebé que espero	96	7	1	1	0,0096	0,0013 - 0,0702	< 0,0001
	Mi madre está contenta con mi embarazo	96	7	1	1	0,0096	0,0013 - 0,0702	< 0,0001
	Mi madre me da buenos consejos	85	12	5	3	0,0294	0,0090 - 0,0957	< 0,0001
	No me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas	57	35	8	5	0,0500	0,0196 - 0,1277	< 0,0001
	Mi madre ya espera a su nieto	98	3	2	2	0,0194	0,0047 - 0,0808	< 0,0001
	Cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a menudo	91	8	2	4	0,0396	0,0141 - 0,1115	< 0,0001
	Mi madre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma	93	9	2	1	0,0096	0,0013 - 0,0702	< 0,0001

Dimensión	Afirmación	Frecuencia				Odds ratio	Intervalo de confianza (95%)	p
		Mucho	Con frecuencia	A veces	Nunca			
Relación con la pareja	Mi madre critica mis decisiones	99	6	0	0	0,0000	0,0003 - 0,0773	0,0002
	Mi marido y yo hablamos del bebé que espero	3	4	21	77	2,7500	1,6511 - 4,5803	0,0001
	Mi marido me tranquiliza cuando me ve agobiada	3	7	19	76	2,6207	1,5798 - 4,3474	0,0002
	A mi marido le gusta hablar conmigo sobre el embarazo	3	3	21	77	2,7500	1,6511 - 4,5803	0,0001
	Como pareja tenemos un buen nivel de comunicación	4	4	19	78	2,8889	1,7270 - 4,8325	0,0001
	Mi marido me ayuda en casa cuando lo necesito	3	5	23	74	2,3871	1,4493 - 3,9318	0,0006
	Puedo contar con el soporte de mi marido durante el parto	4	4	25	72	2,1818	1,3328 - 3,5717	0,0019
	Mi marido y yo siempre nos ponemos de acuerdo para tomar decisiones	3	6	9	87	4,8333	2,7194 - 8,5904	< 0,0001
	Comparto con mi marido el cuidado del bebé hasta que haya nacido	3	8	21	73	2,2813	1,3894 - 3,7455	0,0011
Preparación al parto	Creo que el parto tendrá lugar con normalidad	98	7	0	0	0,0000	0,0003 - 0,0773	0,0002
	Estoy bien informada de lo que me espera en el parto	92	12	1	0	0,0000	0,0003 - 0,0773	0,0002
	Sé lo que debo hacer cuando tenga contracciones	87	18	0	0	0,0000	0,0003 - 0,0773	0,0002
	Estoy preparada para el parto	89	15	1	0	0,0000	0,0003 - 0,0773	0,0002
	Sé de cosas que pueden ayudarme durante el parto	5	16	80	4	0,0396	0,0141 - 0,1115	< 0,0001
	Pienso que podré resistir las incomodidades del parto	14	67	22	2	0,0194	0,0047 - 0,0808	< 0,0001

Dimensión	Afirmación	Frecuencia				Odds ratio	Intervalo de confianza (95%)	p
		Mucho	Con frecuencia	A veces	Nunca			
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	Me preocupa que el bebé pueda tener anomalías	98	7	0	0	0,0000	0,0003 - 0,0773	0,0002
	Pienso en lo peor cuando me duele algo	96	7	2	0	0,0000	0,0003 - 0,0773	0,0002
	No dejo de pensar en los problemas que el bebé pueda tener	98	6	1	0	0,0000	0,0003 - 0,0773	0,0002
	Me preocupa que el parto se alargue más de lo normal y perjudique al bebé	102	3	0	0	0,0000	0,0003 - 0,0773	0,0002
	Tengo miedo a que puedan hacerme daño en el parto	102	3	0	0	0,0000	0,0003 - 0,0773	0,0002
	Me angustian las posibles complicaciones del parto	103	2	0	0	0,0000	0,0003 - 0,0773	0,0002
	Me preocupa que algo pueda ir mal en el parto	104	1	0	0	0,0000	0,0003 - 0,0773	0,0002
	Tengo miedo de perder el bebé durante el parto	103	2	0	0	0,0000	0,0003 - 0,0773	0,0002
	No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden surgir en el parto	102	2	1	0	0,0000	0,0003 - 0,0773	0,0002

La dificultad para aceptar el embarazo estuvo inversamente relacionada con su aceptación (OR= 0,0194). En cuanto al rol maternal, la mayoría afirmó sentir afecto por el bebé (OR= 0,0096), y creer que pueden ser buenas madres (OR= 0,0000), pero algunas tuvieron dudas sobre si disfrutarían del bebé o estarían felices con el embarazo. En relación con la madre, la mayoría percibió que estas estaban ilusionadas y contentas con el embarazo,

proporcionaban buenos consejos y ánimo, pero también fue común que discutieran y que las madres criticaran sus decisiones. Estos resultados resaltan la complejidad de las emociones y las relaciones familiares durante el embarazo adolescente, destacando la importancia del apoyo familiar y la atención psicológica durante esta etapa.

En cuanto a la relación con la pareja, se destaca la comunicación y el apoyo del esposo. Esta comunicación y apoyo mutuo se relacionan positivamente con una mayor preparación para el parto y una menor preocupación por posibles complicaciones, como lo sugieren los altos valores de OR y sus intervalos de confianza. Por otro lado, la preparación para el parto y la preocupación por el bienestar propio y del bebé mostraron niveles variables de información y ansiedad entre las adolescentes, lo que sugiere la importancia de intervenciones educativas y de apoyo psicológico durante el embarazo.

La preocupación por anomalías, miedo al daño durante el parto y complicaciones, con valores de OR= 0,0000, se asocian negativamente con la aceptación del embarazo. Estos resultados subrayan la necesidad de promover relaciones de pareja saludables y proporcionar recursos para abordar las preocupaciones y aumentar la confianza durante el período prenatal.

La evaluación de la relación entre los factores psicosociales, agrupados en las dimensiones aceptación del embarazo, rol maternal, relación con la madre, relación con la pareja, preparación al parto y preocupación por el bienestar propio y del bebé, y el estado nutricional de embarazadas adolescentes, pudiera contribuir a comprender las decisiones relacionadas con la alimentación y la adherencia a las recomendaciones nutricionales durante el embarazo, lo que a su vez puede afectar la ganancia de peso de las adolescentes embarazadas, contribuyendo así a su estado nutricional general y al bienestar, tanto propio, como del bebé.

Groesz et al. (27) encontró que, en las mujeres con mayor percepción de estrés, se afectó la ingesta dietética, lo que provocó más hambre, atracones e ingesta de alimentos apetecibles no nutritivos. Se ha reportado una mala calidad de la dieta, con predominio del consumo de alimentos poco saludables con alto contenido de grasa y azúcar en relación con la inducción de estrés percibido y/o experimental (28). En investigaciones se ha demostrado que la exposición al estrés psicológico altera el sistema digestivo y metabólico, observándose retraso del vaciamiento gástrico y una motilidad y tránsito más lentos a lo largo del tracto gastrointestinal, tasa reducida de eliminación de triglicéridos de la sangre y alteración de la regulación posprandial de la insulina. Además, las alteraciones de la digestión y el metabolismo inducidas por el estrés pueden influir en el destino metabólico de los nutrientes²⁰.

En un estudio en Pakistán donde se evaluó la asociación entre la depresión prenatal y la ingesta dietética materna; se informó que las embarazadas con depresión desarrollaron una ingesta dietética deficiente y tuvieron una mayor incidencia de retraso en el crecimiento fetal, parto prematuro y puntaje de Apgar bajo, pero no de bajo peso al nacer (29).

El estudio de Madeghe et al. (30) estableció una asociación significativa entre la depresión materna y la mala nutrición. La depresión materna se asoció de manera estadísticamente significativa con la ingesta inadecuada de alimentos esenciales para el cerebro y con menores ingresos. Además, en el análisis de regresión

multivariable, el principal predictor de depresión materna fue la mala nutrición.

Islam et al. (31) reportaron que alrededor de un tercio (32,1 %) de las madres en edad fértil en Bangladesh tenían bajo peso y que el 37,4 % de estas madres presentaban deficiencia crónica de energía moderada (grado II) y grave (grado III). El bajo nivel educativo tanto de las mujeres como de sus cónyuges y la pobreza fueron

los factores asociados con el mal estado nutricional, especialmente para las de las zonas rurales.

La Tabla 7 muestra los resultados de la correlación entre varios factores psicosociales, agrupados en dimensiones, y la ganancia de peso de las embarazadas adolescentes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Bahía de Caráquez en Manabí, Ecuador.

Tabla 7. Correlación entre los factores psicosociales y la ganancia de peso de las adolescentes embarazadas

Dimensión de factores psicosociales	Coefficiente de correlación	Grados de libertad	Valor de F	Valor p
Aceptación del embarazo	0,35	5	7,21	< 0,001
Rol maternal	0,28	5	5,89	< 0,001
Relación con la madre	0,17	5	2,76	0,023
Relación con la pareja	0,21	5	3,45	0,008
Preparación al parto	0,32	5	6,58	< 0,001
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	0,25	5	4,12	0,003

Los factores psicosociales relacionados con la aceptación del embarazo presentaron una correlación positiva moderada (coeficiente de correlación de 0,35), con la ganancia de peso de las embarazadas, lo que sugiere que una mayor aceptación del embarazo se relaciona con una mayor ganancia de peso. La dimensión rol maternal también mostró una correlación positiva, aunque más débil (coeficiente de correlación de 0,28), indicando que estar consciente del papel materno está asociado con un ligero aumento en la ganancia de peso.

La correlación de la ganancia de peso con la relación, tanto con la madre como con la pareja, fue positiva pero bastante baja, con coeficientes de correlación de 0,17 y 0,21, respectivamente; esto sugiere que la calidad de estas relaciones tuvo una influencia mínima en la ganancia de peso. Los resultados muestran que una preparación al parto adecuada, contribuye con una mayor ganancia de peso, con un coeficiente de correlación de 0,32. La preocupación por el bienestar propio y del bebé tuvo una correlación moderada (coeficiente de correlación de 0,25), indicando que una mayor preocupación por

el bienestar propio y del bebé se relaciona con una mayor ganancia de peso.

Morasso et al. (32) informaron una relación significativa entre la prevalencia de deficiencia de hierro y anemia en embarazadas con un bajo nivel de instrucción e intervalo intergenésico inferior a un año. Además, plantearon que la mayoría de las embarazadas asistieron frecuentemente a controles prenatales; sin embargo, solo el 23 % tomaban suplementos de hierro. En este trabajo se sugiere que la prevención de la anemia y deficiencia de hierro debe incluir intervenciones desde el período preconcepcional y durante el embarazo, mejorando la adherencia a la toma de suplementos de hierro con motivación a los equipos de salud y comunidad.

Otro de los factores que influyen en el estado nutricional de las embarazadas es el comportamiento nutricional. En este sentido, Misan et al. (33) afirmaron que el nivel educativo y la ganancia de peso durante el embarazo se asociaron con los comportamientos nutricionales. Plantearon además que, la frecuencia de las comidas fue adecuada para la mayoría de las gestantes; sin embargo, la nutrición inadecuada también se observó en un bajo consumo de pescado y lácteos y un alto consumo de pan de trigo y dulces.

En otro estudio se observó una dieta de menor calidad en mujeres con sobrepeso y obesidad en comparación con mujeres de peso normal en el primer trimestre; así como, en mujeres más jóvenes con menos educación residentes en un entorno urbano al final del embarazo (34).

Diddana et al. (35) encontraron que, aunque el comportamiento nutricional de las mujeres embarazadas no era óptimo, el estado nutricional era relativamente alto. No obstante, la mala práctica dietética se asoció a mala percepción de la gravedad de la desnutrición, no asistencia a la atención prenatal, diversidad dietética deficiente, conocimiento nutricional deficiente y práctica dietética deficiente.

Las prácticas positivas de salud en mujeres embarazadas se relacionaron positivamente con el apoyo social, el estado de salud percibido y el optimismo, de acuerdo a Cannella (36). Se ha descrito que las madres embarazadas que han sido bien respaldadas por su familia son menos afectadas por problemas psicológicos, como la angustia, trastornos de ansiedad y depresión (37).

Bedaso et al. (38) reportaron que el 7,1 % de las mujeres embarazadas tenían bajo apoyo social. Los factores significativos del bajo apoyo social durante el embarazo fueron problemas de salud mental, estrés, bajo nivel socioeconómico y no tener pareja. Por su parte, Abdi et al. (39) encontraron que el apoyo de los vecinos, como componente del apoyo social, estaba significativamente relacionado con el estrés del embarazo.

Se demostró una asociación significativa entre el apoyo social y la seguridad alimentaria. El apoyo social fue un factor protector contra la inseguridad alimentaria; en este sentido, la probabilidad de inseguridad alimentaria en el hogar fue menor para las mujeres con un mayor

nivel de apoyo social en comparación con aquellas con menor apoyo social (40).

La interpretación precisa de los resultados del PSEQ debe realizarse en colaboración con profesionales de la salud que estén familiarizados con el historial médico y las circunstancias específicas de la mujer embarazada.

La presente investigación reveló que los factores psicosociales, evaluados mediante el PSEQ, estuvieron relacionados con la ganancia de peso de peso durante el embarazo como criterio del estado nutricional de las adolescentes embarazadas. El estrés y la preocupación durante el embarazo, evaluados a través del PSEQ, se asocian con complicaciones nutricionales y el peso del recién nacido (41)(42). Estos factores pueden influir en las decisiones alimentarias y en la capacidad de mantener un estado nutricional adecuado durante el embarazo, impactando así en la salud materna y fetal.

Conclusiones

Los factores psicosociales desempeñan un papel crucial en el estado nutricional de las adolescentes embarazadas, como se evidenció en el presente trabajo. Los resultados sugirieron que los factores psicosociales relacionados con las dimensiones, preparación para el parto, aceptación del embarazo y rol maternal, fueron los más influyentes en el estado nutricional de las embarazadas adolescentes en el centro de salud estudiado.

Estos hallazgos subrayan la importancia de abordar tanto los aspectos físicos como psicosociales del embarazo adolescente para mejorar la salud nutricional y el bienestar general de las adolescentes embarazadas. Además, se destaca la necesidad de intervenciones integrales que consideren estos factores para garantizar resultados óptimos durante el embarazo y el parto.

Fuente de Financiamiento

Este estudio fue autofinanciado.

Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financieros o de otro tipo.

Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de las pacientes para la investigación.

Bibliografía

- 1 Diabelková J, Rimárová K, Dorko E, Urdzík P, Houžvičková A, Argalášová L. Adolescent Pregnancy Outcomes and Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023 [citado 15 Mar 2024]; 20(5): 4113. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph20054113>
- 2 Instituto Nacional de Estadística y Censos. Pobreza por ingresos y Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) a nivel nacional y provincial. 2018 [consultado el 28 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/pobreza-por-ingresos-y-necesidades-basicas-insatisfechas-nbi-a-nivel-nacional-y-provincial/>
- 3 Escobar K, Zavala M. Prevalencia de anemia y desnutrición en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas* [Internet]. 2019 [citado 15 Mar 2024]; 44(1): 27-31. Disponible en: <http://revistaciencias-medicas.unl.edu.ec/index.php/ucsg/article/view/531/562>
- 4 Karami Z, Nekuei N, Kazemi A, Paknahad Z. Psychosocial factors related to dietary habits in women undergoing preconception care. *Iranian J Nursing Midwifery Res* [Internet]. 2018 [citado 15 Mar 2024]; 23: 311-5. Disponible en: https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_22_17
- 5 Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia. 2018 [consultado el 28 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- 6 UNICEF. Nutrición y embarazo. 2019 [consultado el 28 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/nutricion/embarazo>
- 7 Kavle JA, Landry M. Addressing barriers to maternal nutrition in low- and middle-income countries: A review of the evidence and programme implications. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2018 [citado 15 Mar 2024]; 14(1): e12508. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/mcn.12508>
- 8 Gipson JD, Koenig MA, Hindin MJ. The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. *Stud Fam Plann* [Internet]. 2008 [citado 15 Mar 2024]; 39(1): 18-38. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2008.00148.x>
- 9 Navarrete LE, Lara-Cantú MA, Navarro C, Gómez ME, Morales F. Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el posparto. *Rev Invest Clin* [Internet]. 2012 [citado 15 Mar 2024]; 64(6 Pt 2): 625-33. Disponible en:

- <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2012/nn1261lh.pdf>
- 10 American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Health Care for Undeserved Women. ACOG Committee Opinion No. 343: psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2006 [citado 15 Mar 2024]; 108(2): 469-77. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00006250-200608000-00046>
 - 11 Nast I, Bolten M, Meinschmidt G, Hellhammer DH. How to measure prenatal stress? A systematic review of psychometric instruments to assess psychosocial stress during pregnancy. *Paediatr Perinat Epidemiol* [Internet]. 2013 [citado 15 Mar 2024]; 27(4): 313-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ppe.12051>
 - 12 Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2011 [citado 15 Mar 2024]; 76(2): 102-112. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000200007>
 - 13 Hsiao EY, Patterson PH. Placental regulation of maternal-fetal interactions and brain development. *Dev Neurobiol* [Internet]. 2012 [citado 15 Mar 2024]; 72(10): 1317-26. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/dneu.22045>
 - 14 Carrillo-Mora P, García-Franco A, Soto-Lara M, Rodríguez-Vásquez G, Pérez-Villalobos J, Martínez-Torres D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Rev Fac Med (Méx.)* [Internet]. 2021 [citado 15 Mar 2024]; 64(1): 39-48. Disponible en: <http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07>
 - 15 Gonzales GF, Olavegoya P. Fisiopatología de la anemia durante el embarazo: ¿anemia o hemodilución? *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. 2019 [citado 19 Sep 2023]; 65(4): 489-502. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v65i2210>
 - 16 Rodríguez L. Prácticas, hábitos y conductas vs educación y cultura alimentarias. *Rev Esp Nutr Comunitaria* [Internet]. 2012 [citado 19 Sep 2023]; 18(1): 39-52. Disponible en: https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/fi-les/Nutr_1-2012_art%206.pdf
 - 17 Araujo-Reyna FR, Aguayo-Macías SM, Aguayo-Macías AR, Araujo-Reyna RI. Deficiencias nutricionales en embarazadas y morbilidad materno infantil. *CIENCIAMATRIA* [Internet]. 2022 [citado 19 Sep 2023]; 8(1): 93-105. Disponible en: <https://doi.org/10.35381/cm.v8i1.634>
 - 18 Yuste A, Ramos MDP, Bartha JL. Influence of Diet and Lifestyle on the Development of Gestational Diabetes Mellitus and on Perinatal Results. *Nutrients* [Internet]. 2022 [citado 19

- Sep 2023]; 14: 2954. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu14142954>
- 19 Armengol R, Chamarro A, García-Dié Muñoz MT. Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal. *An de Psicol* [Internet]. 2007 [citado 19 Sep 2023]; 23(1): 25-32. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/23241>
20. Lindsay KL, Buss C, Wadhwa PD, Entringer S. The Interplay between Maternal Nutrition and Stress during Pregnancy: Issues and Considerations. *Ann Nutr Metab* [Internet]. 2017 [citado 19 Sep 2023]; 70(3): 191-200. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000457136>
- 21 Fikrie A, Yalew A, Anato A, Teklesilassie W. Magnitude and effects of food cravings on nutritional status of pregnant women in Southern Ethiopia: A community-based cross sectional study. *PLoS ONE* [Internet]. 2022 [citado 28 Nov 2023]; 17(10): e0276079. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276079>
- 22 Brummett BH, Mark DB, Siegler IC, Williams RB, Babyak MA, Clapp-Channing NE, Barefoot JC. Perceived social support as a predictor of mortality in coronary patients: effects of smoking, sedentary behavior, and depressive symptoms. *Psychosom Med* [Internet]. 2005 [citado 28 Nov 2023]; 67(1): 40-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000149257.74854.b7>
- 23 Shishehgar S, Mahmoodi A, Dolatian M, Mahmoodi Z, Bakhtiary M, Alavi Majd H. The Relationship of Social Support and Quality of Life with the Level of Stress in Pregnant Women Using the PATH Model. *Iran Red Crescent Med J* [Internet]. 2013 [citado 28 Nov 2023]; 15(7): 560-5. Disponible en: <https://doi.org/10.5812/ircmj.12174>
- 24 Ramadhani IN, Masni, Syam A, Seweng A, Stang, Nur R. The relationship between socioeconomic status and nutritional status of pregnant women in temporary shelter, Talise, Palu. *Gac Sanit* [Internet]. 2021 [citado 28 Nov 2023]; 35 Suppl 2: S171-S175. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.018>
- 25 Mustapha RA, Ademulegun T, Ogundahunsi GA. Effect of some Socio-economic Factors on the Nutritional Status of Pregnant and Lactating Women in Rural Communities of Owo Local Government Area of Ondo State. *Niger J Nutr Sci* [Internet]. 2010 [citado 28 Nov 2023]; 31(1). Disponible en: <https://doi.org/10.4314/njns.v31i1.63900>
- 26 Mahanta LB, Roy TD, Dutta RG, Devi A. Nutritional status and the impact of socioeconomic factors on pregnant women in Kamrup district of Assam. *Ecol Food Nutr* [Internet]. 2012 [citado 9 Feb 2024]; 51(6): 463-80. Disponible en: <https://doi.org/10.26871/ceus.v5i3.176>

- en: <https://doi.org/10.1080/03670244.2012.705701>
- 27 Groesz LM, McCoy S, Carl J, Saslow L, Stewart J, Adler N, Laraia B, Epel E. What is eating you? Stress and the drive to eat. *Appetite* [Internet]. 2012 [citado 9 Feb 2024]; 58(2): 717-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.11.028>
- 28 arrington WE, Beresford SA, McGregor BA, White E. Perceived stress and eating behaviors by sex, obesity status, and stress vulnerability: findings from the vitamins and lifestyle (VITAL) study. *J Acad Nutr Diet* [Internet]. 2014 [citado 9 Feb 2024]; 14(11): 1791-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2014.03.015>
- 29 Saeed A, Raana T, Saeed AM, Humayun A. Effect of antenatal depression on maternal dietary intake and neonatal outcome: a prospective cohort. *Nutr J* [Internet]. 2016 [citado 9 Feb 2024]; 15(1): 64. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12937-016-0184-7>
- 30 Madeghe BA, Kogi-Makau W, Ngala S, Kumar M. Nutritional Factors Associated With Maternal Depression Among Pregnant Women in Urban Low-Income Settlements in Nairobi, Kenya. *Food Nutr Bull* [Internet]. 2021 [citado 9 Feb 2024]; 42(3): 334-346. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/037957212111025123>
- 31 Islam A, Islam N, Bharati P, Aik S, Hossain G. Socio-economic and demographic factors influencing nutritional status among early childbearing young mothers in Bangladesh. *BMC Womens Health* [Internet]. 2016 [citado 9 Feb 2024]; 16(1): 58. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0338-y>
- 32 Morasso Mdel C, Molero J, Vinocur P, Acosta L, Paccussi N, Raselli S, Falivene G, Viteri FE. Deficiencia de hierro y anemia en mujeres embarazadas en Chaco, Argentina. *Arch Latinoam Nutr* [Internet]. 2002 [citado 15 Mar 2024]; 52(4): 336-43. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222002000400002
- 33 Misan N, Paczkowska K, Szmyt M, Kapska K, Tomczak L, Bręborowicz GH, Ropacka-Lesiak M. Nutritional behavior in pregnancy. *Ginekol Pol* [Internet]. 2019 [citado 15 Mar 2024]; 90(9): 527-533. Disponible en: <https://doi.org/10.5603/GP.2019.0090>
- 34 Savard C, Lemieux S, Carbonneau É, Provencher V, Gagnon C, Robitaille J, Morisset AS. Trimester-Specific Assessment of Diet Quality in a Sample of Canadian Pregnant Women. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 [citado 15 Mar 2024]; 16(3): 311. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph16030311>

- 35 Diddana TZ. Factors associated with dietary practice and nutritional status of pregnant women in Dessie town, northeastern Ethiopia: a community-based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019 [citado 15 Mar 2024]; 19: 517. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2649-0>
- 36 Cannella BL. Mediators of the relationship between social support and positive health practices in pregnant women. *Nurs Res* [Internet]. 2006 [citado 15 Mar 2024]; 55(6): 437-45. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00006199-200611000-00008>
- 37 Mirabzadeh A, Dolatian M, Forouzan AS, Sajjadi H, Majd HA, Mahmoodi Z. Path analysis associations between perceived social support, stressful life events and other psychosocial risk factors during pregnancy and preterm delivery. *Iran Red Crescent Med J* [Internet]. 2013 [citado 23 Oct 2023]; 15(6): 507-14. Disponible en: <https://doi.org/10.5812/ircmj.11271>
- 38 Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. Prevalence and determinants of low social support during pregnancy among Australian women: a community-based cross-sectional study. *Reprod Health* [Internet]. 2021 [citado 15 Dic 2023]; 18(1): 158. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01210-y>
- 39 Abdi S, Faramarzi M, Bouzari Z, Chehrazi M, Esfandyari M. Association between social support and pregnancy stress: a cross-sectional study of neighbors' interactions. *J Egypt Public Health Assoc* [Internet]. 2022 [citado 15 Dic 2023]; 97(1): 15. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s42506-022-00113-5>
- 40 Sharifi N, Dolatian M, Mahmoodi Z, Nasr A, Fatemeh M, Mehrabi Y. The Relationship between Social Support and Food Insecurity in Pregnant Women: A Cross-sectional Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* [Internet]. 2017 [citado 23 Oct 2023]; 11(11): IC01-IC06. Disponible en: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/29987.10858>
- 41 Alvarado, R.; Medina, E.; Aranda, W. El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. *Revista Médica de Chile* [Internet]. 2002 [citado 23 Oct 2023]; 130(5): 561-568. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000500012>
- 42 Monterrosa-Castro, Á.; Rodelo-Correa, A.; Monterrosa-Blanco, A.; Morales-Castellar, I. (2022). Factores psicosociales y obstétricos asociados con depresión, ansiedad o estrés psicológico en embarazadas residentes en el Caribe colombiano. *Ginecología y Obstetricia de México* [Internet]. 2022 [citado 15 Dic 2023]; 90(2): 134-147. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v90i2.7248>