

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
CONCURSO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PARA TESIS A
NIVEL DE PREGRADO 2018



Conductas alimentarias asociadas a niveles de ansiedad durante el embarazo.
En el Centro de Salud Morales; agosto - diciembre, 2018

Tesis para optar el Título Profesional de Obstetra

AUTOR:

Isabel Muñoz Pisco

ASESOR:

Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez

Tarapoto - Perú

2021



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
CONCURSO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PARA TESIS A
NIVEL DE PREGRADO 2018



Conductas alimentarias asociadas a niveles de ansiedad durante el embarazo.
En el Centro de Salud Morales; agosto - diciembre, 2018

Tesis para optar el Título Profesional de Obstetra

AUTOR:

Isabel Muñoz Pisco

ASESOR:

Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez

Tarapoto - Perú

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
CONCURSO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PARA TESIS A
NIVEL DE PREGRADO 2018



Conductas alimentarias asociadas a niveles de ansiedad durante el embarazo.

En el Centro de Salud Morales; agosto - diciembre, 2018

Tesis para obtener el Título Profesional de Obstetra

AUTOR:

Isabel Muñoz Pisco

ASESOR:

Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez

Tarapoto – Perú

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
CONCURSO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PARA TESIS A
NIVEL DE PREGRADO 2018

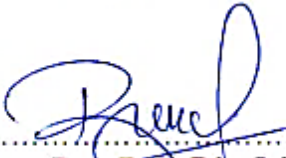


Conductas alimentarias asociadas a niveles de ansiedad durante el embarazo.
En el Centro de Salud Morales; agosto - diciembre, 2018

AUTOR:

Isabel Muñoz Pisco

Sustentada y aprobada el 19 de julio del 2021, por los siguientes jurados:


.....
Obsta. Dra. Rosa Ríos López
Presidente


.....
Lic. Nut. Dra. María Elena Farro Roque
Secretaria


.....
Obsta. Dra. Gloria Francisca Quijandria Oliva
Vocal

Constancia de asesoramiento

El que suscribe **Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez**, por el presente documento, hace

CONSTAR:

Que, he revisado y corregido el informe final de tesis titulada: **Conductas alimentarias asociadas a niveles de ansiedad durante el embarazo. En el Centro de Salud Morales; agosto- diciembre, 2018**, elaborado por la bachiller en Obstetricia **Isabel Muñoz Pisco**, la misma que encuentro conforme en estructura y contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente.

Para constancia, firmo en la ciudad de Tarapoto.

Tarapoto, 19 de julio del 2021

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and a final horizontal stroke, positioned above a dotted line.

.....
Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez

Asesor

Declaración de autenticidad

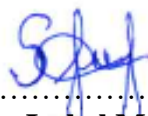
Isabel Muñoz Pisco con DNI N° 75099151, bachiller de la Escuela Profesional de Obstetricia, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, autor de la tesis titulada: **Conductas alimentarias asociadas a niveles de ansiedad durante el embarazo. En el Centro de Salud Morales; agosto- diciembre, 2018.**

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis presentada es propia de nuestra autoridad.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. La tesis no ha sido auto plagiada, es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumo bajo responsabilidad las consecuencias que deriven de mi accionar, sometiéndome las leyes de nuestro y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

Tarapoto, 19 de julio 2021



.....
Bach. Isabel Muñoz Pisco

DNI N° 75099151

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres:	Muñoz Pisco Isabel		
Código de alumno :	75099151	Teléfono:	951 893374
Correo electrónico :	pisco9721@gmail.com	DNI:	75099151

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de:	Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de:	Obstetricia

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	()
Trabajo de suficiencia profesional	()		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título :	Conductas alimentarias asociadas a niveles de ansiedad durante el embarazo. En el Centro de Salud Morales; agosto - diciembre, 2018
Año de publicación:	2021

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	(X)	Embargo	()
Acceso restringido **	()		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

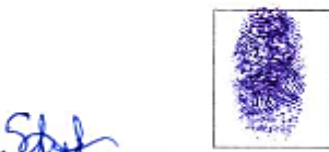
7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".


.....
Firma y huella del Autor

8. Para ser llenado en el Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento.

23, 08, 2021



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - T.
Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e
Innovación de Acceso Abierto - UNSM-T.
.....
Ing. M. Sc. Alfredo Ramos Perea
Responsable

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Dedicatoria

A Dios, por haberme dado la vida, la madurez y capacidad de vivir, disfrutar y valorar. Por iluminar mi camino en todo momento y por mi sublime compañía y guía por el camino de la honestidad, la verdad y ayudarme a vencer los obstáculos que suele presentarnos la vida.

A mis padres, por brindarme todo su apoyo; por los buenos consejos que me ayudaran en toda mi trayectoria, para madurar cada vez más en el paso por la vida, por ser mi protección y mi fortaleza para poder salir adelante. Su comprensión incondicional que me brindan, para enfrentar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento; al contrario, seguir luchando como persona, hija y hermana a la luz de mis valores y principios.

A todas aquellas personas que de una y otra forma me ayudaron a cumplir mi meta trazada.

Isabel.

Agradecimiento

A Dios, por permitirme tener salud, guiarme en mi camino y estar siempre conmigo.

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.

Al Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez, por su valiosa participación como asesor del presente estudio.

A mi alma mater, por haberme brindado todas las condiciones para una formación de alta responsabilidad en sus aulas, compartiendo ilusiones y anhelos; con constancia, dedicación y esfuerzo.

Al personal que labora en el Centro de Salud Morales, por su cooperación en la consecución del presente estudio.

La autora

Índice de contenido

	Pág.
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice de contenido.....	viii
Índice de tablas	ix
Resumen	x
Abstract.....	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Marco Conceptual.....	1
1.2. Antecedentes.....	2
1.3. Bases teóricas	11
1.4. Justificación.....	18
1.5. Problema.....	19
II. OBJETIVOS	19
2.1. Objetivo General.....	19
2.2. Objetivos Específicos	19
2.3. Formulación de la Hipótesis	19
2.4. Operacionalización de variables	20
III. MATERIAL Y MÉTODOS	22
IV. RESULTADOS	26
V. DISCUSIÓN	29
VI. CONCLUSIONES	34
VII. RECOMENDACIONES	35
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
IX. ANEXOS.....	42

Índice de tablas

Tabla	Título	Pág.
1	Características sociodemográficas de las gestantes	26
2	Nivel de ansiedad que presentan las gestantes	27
3	Conductas alimentarias de las gestantes	27
4	Niveles de ansiedad de mayor asociación a la conducta alimentaria	28
5	Relación entre las conductas alimentarias y el nivel de ansiedad	28

Resumen

El estudio tuvo como objetivo determinar las conductas alimentarias asociadas a niveles de ansiedad durante el embarazo en el Centro de Salud Morales en los meses de agosto a diciembre del 2018. Investigación aplicada, diseño descriptivo, cuantitativo, correlacional, de corte transversal. La población estuvo constituida por 414 y la muestra por 78 gestantes atendidas en el centro de Salud Morales. La técnica fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario. Para la determinación de “Niveles de ansiedad”; se empleó el instrumento: cuestionario de niveles de ansiedad- Estado (STAI), validado y confiabilizado por Spielberger L. Madrid-España en el año 1982. Para “Conductas Alimentarias”, aplicó el Test de Likert, validado y confiabilizado (Alfa de Cronbach = 0.77) por Medina A. Lima-Perú en el año 2015. Resultados: Las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales, fueron: el 47,4% se ubican en el grupo etario más frecuente 26-33 años; el 28,2% desarrollaron secundaria completa; el 78,2% de estado civil conviviente; y el 56% registraron de 1 a 2 embarazos. Los niveles de ansiedad, fueron: el 89,7% nivel de ansiedad media; el 10,3% nivel de ansiedad alta. Las conductas alimentarias observadas: el 73,1% desarrolló conducta alimentaria medianamente adecuada, el 25,6% conducta alimentaria inadecuada; y el 1,3% conducta alimentaria adecuada. El nivel de ansiedad media es el que tiene mayor presencia en las gestantes participantes del estudio y por lo tanto mayor repercusión sobre las conductas alimentarias. Conclusión: Existe relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$), entre las Conductas Alimentarias y el Nivel de Ansiedad durante el embarazo en pacientes atendidas en el Centro de Salud de Morales.

Palabras clave: conductas alimentarias, ansiedad, embarazo.

Abstract

The study aimed to determine the eating behaviors associated with anxiety levels during pregnancy at the Morales Health Center during the months of August to December 2018. It was an applied research, with a descriptive, quantitative, correlational, cross-sectional design. The population was made up of 414 pregnant women and the sample consisted of 78 pregnant women attended at the Morales Health Center. The technique was the survey and the instrument was the questionnaire. To determine "Anxiety levels", the instrument used was the State Anxiety Levels Questionnaire (STAI), validated and made reliable by Spielberger L. Madrid-Spain in 1982. The Likert test was applied for "Eating behaviors", validated and made reliable (Cronbach's alpha = 0.77) by Medina A. Lima-Peru in 2015. Results: The sociodemographic characteristics of the pregnant women attended at the Morales Health Center were as follows: 47.4% were in the most frequent age group of 26-33 years; 28.2% had completed high school; 78.2% were cohabiting; and 56% had 1 to 2 pregnancies. The anxiety levels were: 89.7% medium anxiety level; 10.3% high anxiety level. Observed eating behaviors: 73.1% developed moderately adequate eating behavior, 25.6% inadequate eating behavior and 1.3% adequate eating behavior. The level of medium anxiety is the most prevalent in the pregnant women who participated in the study and therefore has the greatest impact on eating behaviors. Conclusion: There is a statistically significant relationship ($p < 0.05$) between eating behaviors and the level of anxiety during pregnancy in patients attended at the Morales Health Center.

Key words: eating behaviors, anxiety, pregnancy.



TÍTULO:

Conductas alimentarias asociadas a niveles de ansiedad durante el embarazo. En el Centro de Salud Morales; agosto- diciembre, 2018.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco conceptual

La conducta alimentaria no es tan sólo un acto reflejo que evita la aparición de las sensaciones de hambre, sino que tiene una significación propia en la que intervienen experiencias previas, recuerdos, sentimientos, emociones y necesidades (1).

Asimismo, diversos estudios epidemiológicos, ponen de manifiesto que al menos 1 de cada 20 mujeres pueden experimentar alguna forma de trastorno de la alimentación durante el embarazo. Estos trastornos se caracterizan por presentar un temor excesivo a la ganancia ponderal que se produce durante este periodo, sienten que su imagen corporal puede verse deteriorada. Las ingestas compulsivas en ocasiones se siguen de purgas y uso de laxantes que pueden producir desequilibrios homeostáticos que pueden poner en riesgo el equilibrio materno-fetal (2).

Por consiguiente, se considera que la mujer es más susceptible a padecer trastornos emocionales, en gran parte debido a los cambios hormonales durante el ciclo menstrual y con más fuerza en el embarazo, por esto es lógico pensar que la ansiedad y la depresión podrían ser trastornos presentes de manera frecuente en las embarazadas. Debe señalarse que, además de los problemas inherentes a estos trastornos, todos los sentimientos y emociones desencadenados son capaces de afectar tanto a la madre como a su hijo (3).

Entre tanto, altos niveles de ansiedad materna en la fase prenatal fueron asociados a complicaciones obstétricas, daños al desarrollo fetal, problemas emocionales y de comportamiento en la infancia y la adolescencia. Cuando se da en la segunda mitad del embarazo, la ansiedad materna podría producir cambios persistentes en el sistema de adaptación al estrés del niño, que lo harían más vulnerable e incrementarían considerablemente el riesgo de que padezca trastornos de conducta, emocionales o de hiperactividad. Por otro lado, una de las causas de estrés materno es la soledad y el

aislamiento social (pobreza, violencia, abuso, fallecimiento de la pareja, enfermedad psiquiátrica previa) (4).

De este modo, el embarazo es una etapa especial de la vida para la mujer y su familia. Es una época de muchos cambios: en el cuerpo de la mujer embarazada, en sus emociones y en la vida de su familia. Aunque estos cambios ocurren por un motivo feliz, a menudo representan complicaciones como ansiedad en la vida de las mujeres embarazadas activas que ya enfrentan muchas exigencias en su casa y en su trabajo. El exceso de ansiedad puede ser perjudicial para cualquier persona (4).

1.2. Antecedentes

Izquierdo M. (2016), realizó una tesis titulada: “Estudio de hábitos alimentarios y conocimientos nutricionales en embarazadas de distintas áreas de salud de la Comunidad de Madrid”. Madrid –España. Estudio descriptivo observacional, a un grupo de 432 mujeres, en el tercer trimestre de embarazo, que acudían a las clases de preparación al parto impartidas en alguno de los centros de salud de once áreas de la Comunidad de Madrid. Todos los datos obtenidos en el estudio, lo incorporaron y depuraron en una base de datos Excel, la cual fue analizada de forma estadística en SPSS (versión 20), tras ajustar los datos dietéticos a la variabilidad de la ingesta calórica mediante el método de los residuos. Para conocer las diferencias entre variables cualitativas la prueba empleada fue la de Chi². Resultados: La información sobre nutrición fue obtenida, principalmente, a través de la familia (47,0%), revistas (47,0%), médico (39,5%) y televisión (22,9%), siendo las mujeres con menos estudios, al comparar con las de niveles educativos más altos, las que declararon adquirir, en un mayor porcentaje, los conocimientos nutricionales a través de la televisión ($p < 0,05$). Conclusiones Parece conveniente orientar a las gestantes sobre la alimentación que deben seguir durante el embarazo, dando pautas en cuanto al número de raciones/día de cada grupo de alimentos que se aconseja consumir y los tamaños de ración aconsejados, con el fin de adecuar su dieta a las necesidades del período biológico que están viviendo y, hacer especial hincapié, en la importancia que este hecho tiene tanto en la salud presente y futura de la madre como en la del futuro hijo. El 80,6% de las gestantes afirmó que le gustaría recibir más información sobre la alimentación en el embarazo en su centro de salud (5).

Medina A. (2015) realizó un estudio titulado: Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en gestantes atendidas en el Instituto Nacional

Materno Perinatal durante mayo – julio del 2015; Lima- Perú. Estudio descriptivo-correlacional, prospectivo de corte transversal. La población de estudio fueron 144 gestantes atendidas en consultorio externo del Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de mayo - julio del año 2015, utilizando para la selección de la muestra un muestreo probabilístico, aleatorio simple. Para el análisis de los datos descriptivos se estimaron frecuencias y porcentajes, y para el análisis inferencial se usó la prueba Chi cuadrado, el cual consideró significativo un p valor $<$ a 0.05. Resultados: La mayoría de las gestantes pertenecen al estrato IV (47.2%) (Bajo inferior); tienen hábitos alimentarios medianamente adecuados” (50%) y tienen un estado nutricional “inadecuado” (89.6%). En cuanto al análisis de los hábitos alimentarios no se relacionan de manera significativa con el nivel socioeconómico de las gestantes ($p=0.188$), puesto que se han observado frecuencias de los hábitos alimentarios según el estrato similares, asimismo el estado nutricional no se relaciona con el nivel socioeconómico ($p=0.304$), ya que las pacientes de los estratos socioeconómicos II (75%), III (91.4%), IV (89.7%) y V (100%), tienen un estado nutricional inadecuado en porcentajes similares, por ello, no existe relación entre ambas variables. Conclusión: No existe asociación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional con el nivel socioeconómico de las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de mayo a julio del año 2015 (6).

Tenesaca A, Vásconez M. (2019); realizaron un estudio titulado: Hábitos alimenticios y estado nutricional de las mujeres embarazadas del Centro de Salud de Biblián Tipo B. Cuenca Ecuador-2019. Estudio descriptivo de corte transversal, realizado en el centro de salud de “Biblián” a 87 gestantes entre el final del primer trimestre y segundo trimestre que acudieron a los controles obstétricos, a quienes les aplicaron previa firma del consentimiento informado un cuestionario estructurado y validado con prueba piloto. Los datos los ingresaron en el programa SPSS 24 y lo presentaron a través de tablas simples, con frecuencias y porcentajes. Resultados: el 64% corresponden al grupo etario de mujeres entre los 20-39 años, con nivel de instrucción primaria completa (48%), procedente mayoritariamente del sector rural en un 80%, con un 46% de gestantes en unión libre y un 51% en su segunda gesta. En relación a los hábitos alimenticios, las gestantes presentaron hábitos adecuados, así como un estado nutricional normal. Conclusión: los hábitos alimentarios adecuados de las gestantes inciden directamente sobre su estado nutricional (7).

Montero J. (2016), realizó un estudio titulado: Estado nutricional y prácticas alimentarias durante el embarazo en las gestantes a término atendidas en el Instituto Nacional Materno

Perinatal durante enero-febrero del 2016. Estudio observacional con diseño correlacional, transversal y enfoque cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 368 gestantes a término atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante enero-febrero del 2016. El análisis estadístico lo realizaron a través del programa estadístico SPSS v.22, realizándose un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias y medidas de dispersión y para el análisis inferencial se utilizó la prueba no paramétrica de Chi cuadrado para estimar la asociación entre las dos variables. Resultados: el 29.1% tiene sobrepeso y el 9.2% obesidad, el 50.5% tiene una ganancia de peso “bajo”, el 28.5% de las gestantes presentan anemia y el estado nutricional de la gestante es “inadecuado” en el 73.6%. Respecto a las prácticas alimentarias en el 83.4% son inadecuadas y en el 13% son medianamente adecuadas. evidenciaron que las prácticas alimentarias están relacionadas con la ganancia de peso ($p=0.029$) y las prácticas alimentarias están relacionadas con el estado nutricional de la gestante ($p=0.000$). Conclusión: Las prácticas alimentarias están relacionadas con el estado nutricional de las gestantes a término ($p=0.000$), observaron que con una mayor frecuencia de las prácticas alimentarias “inadecuadas” hay un “inadecuado” estado nutricional y a una mayor frecuencia de prácticas alimentarias “adecuadas” hay un “adecuado” estado nutricional (8).

Sarmiento S. (2017), realizó un estudio titulado: Factores de riesgo asociados a la depresión en gestantes que se atienden en el Centro de Salud San Vicente, periodo 2017. Estudio descriptivo, cuantitativo, de corte transversal y diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 166 gestantes de diferentes edades utilizando criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos utilizaron la Escala de Edimburgo durante el embarazo y el cuestionario de recolección de datos para identificar factores de riesgo, con un alfa de Cronbach = 0,741. Resultados: la prevalencia de la depresión durante la gestación fue de 44% ($EPDS \geq 12$). Se encontró asociación entre la depresión y los factores de riesgo sociodemográficos, como la edad, pues afecto más al grupo etario de gestantes de 18-25 años en 49.3%, estado civil conviviente en 52.1%, grado de instrucción secundaria en 61.6%, ocupación desempleada en 53.4 %, procedencia de la costa en 54.8% y en cuanto a los factores psicosociales encontraron asociación con el apoyo familiar de la gestante en 60.3% embarazo no planificado en 75.3%, inestabilidad económica en 52.1%, no violencia doméstica en 50.7%, la regular relación de pareja en 58.9%, otras complicaciones del embarazo en 32.9% y embarazo no deseado por la pareja en 41.1%. Conclusiones: el índice de prevalencia es del 44% con factores psicosociales y factores sociodemográficos que

constituyen más del 50%; lo cual significa que hay factores de riesgo que ocurren en la mujer embarazada y que puede presentar depresión durante la gestación; trastorno que afecta la salud mental de la gestante, el desarrollo del feto y el vínculo madre-hijo; aspectos que exigen una mayor atención de parte del centro de salud y del país (9).

Martel C, Taípe Y. (2018), realizó un estudio titulado: Nivel de ansiedad antes y después de las sesiones de psicoprofilaxis en gestantes del Hospital Domingo Olavegoya – Jauja-Perú 2018. Estudio de tipo observacional, prospectivo transversal, de nivel descriptivo comparativo, el método que se utilizó fue inductivo – deductivo. La población estuvo constituida por 42 gestantes que acudieron a la primera sesión de psicoprofilaxis, por otro lado, la muestra fue no probabilístico, por conveniencia constituida por 20 gestantes que cumplieron las 6 sesiones de psicoprofilaxis durante el periodo de enero a diciembre del 2018. Así mismo para el análisis de datos utilizaron la prueba de rangos de signo de Wilcoxon con un valor de significancia de 0.002 para el procesamiento de los datos. Resultados: El nivel de ansiedad antes de las sesiones de psicoprofilaxis fue: el 55% (11 gestantes) presentó ansiedad leve, el 25% (5 gestantes) no tenía ansiedad y el 20% (4 gestantes) presentaba ansiedad moderada. Por otro lado, respecto al nivel de ansiedad después de las sesiones de psicoprofilaxis se encontró que el 60% (12 gestantes) no tenían ansiedad, el 35% (7 gestantes) presentó ansiedad leve y el 5% (1 gestante) ansiedad moderada. El nivel de ansiedad después de las sesiones de psicoprofilaxis disminuyó en comparación a los niveles de ansiedad al inicio del programa. Conclusiones: Los niveles de ansiedad disminuyeron después de las sesiones de psicoprofilaxis de las gestantes del Hospital Domingo Olavegoya. Palabras clave: Nivel, ansiedad, gestantes, psicoprofilaxis (10).

Aldas Y. (2016), realizó un estudio sobre “Estrategias de prevención para la disminución de los niveles de ansiedad en gestantes en labor de parto que acuden al Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe, Tulcán-Ecuador. Estudio descriptivo, cuali-cuantitativo y de campo utilizando como técnicas de estudio la encuesta, la entrevista a expertos, la aplicación del test de Hamilton y test de Ápgar para determinar los niveles de ansiedad en las gestantes en labor de parto, su línea de investigación fue gestión en salud y prevención de enfermedades. Al ejecutar la investigación se pudo evidenciar que el 54% de las mujeres en labor de parto presentaron ansiedad leve y el 20% ansiedad grave, los factores que contribuyen a aumentar la ansiedad son el nivel de escolaridad ya que el 56% solo han

cursado la primaria, el 28% son madres solteras, el 12% presentaron antecedentes de abortos, el 10% permanecieron más de 12 horas en labor de parto, generando problemas en el recién nacido ya que el 12% de ellos presentaron complicaciones a nivel cardiorrespiratorio. Conclusión: diseñan e implementan estrategias preventivas en base a la educación a las madres gestantes que acuden al hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe con el fin de disminuir los factores de riesgos asociados a la ansiedad logrando el fortalecimiento de conocimientos sobre la problemática que se investigó (11).

Santos M, Fernández J. (2013), realizó un estudio sobre “Ansiedad laboral como factor de riesgo para las complicaciones de la gestación y el bajo peso al nacer”, Cuba 2013. Cuyos resultados fueron que la actividad laboral constituyó un factor de riesgo para el bajo peso al nacer. La medición del estrés psicosocial laboral determinó que percibir el trabajo como de altas exigencias que cumplir, o de bajas posibilidades de decidir su organización y empleo de habilidades, o de altas demandas cuando no se desea esta condición laboral, fue un factor de riesgo para el bajo peso al nacer. Percibir el trabajo como de altas exigencias y desearlas, o realizar un trabajo de bajas posibilidades de empleo de habilidades y de decisión cuando no se desea, constituyó un factor de riesgo para las complicaciones gestacionales (12).

Sainz K, Chávez B, Et al. (2013), realizaron un estudio sobre “Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes embarazadas - México- 2013. Estudio descriptivo; evaluaron ansiedad y depresión (Goldberg) y factores sociodemográficos en pacientes embarazadas de 12 a 44 años de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) no. 51 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de manera aleatoria. Aplicaron la estadística descriptiva y χ^2 para buscar diferencias entre proporciones. Resultados: estudiaron 103 embarazadas; la escolaridad que predominó fue secundaria con 36.9%, casadas 75.7 %, empleadas 62.1%. De forma global se encontró ansiedad en 50.5% y depresión en 67%. Por grupos etarios, la ansiedad se presentó como sigue: en el grupo de 12 a 19 años, en 41%; en el de 20 a 29 años, en 46%; en el de 30 a 34 años, en 76%; y en el de 35 a 39 años, en 46%; respecto a la depresión, en el grupo de 12 a 19 años se observó en 75%; en el de 20 a 29 años, en 74%; en el de 30 a 34 años, en 65%; y en el de 35 a 39 años, en 31%. Conclusiones: Se encontró una alta prevalencia de ansiedad y depresión, con una mayor prevalencia de depresión en el grupo de 12 a 19 años en comparación con los otros grupos etarios (13).

Díaz M, Amato R, Chávez J, Ramírez M, Rangel S, Rivera L, López J. (2012), Realizaron un estudio sobre “Niveles de depresión y ansiedad en embarazadas que acudieron a la

consulta de perinatología y medicina materno-fetal de un Hospital Materno Infantil – Venezuela entre junio–agosto 2012. Bárbula-Venezuela. estudio correlacional, transversal y no experimental, con una muestra de 236 embarazadas; a quienes les aplicaron los Test de Hamilton para la depresión y ansiedad. Cuyos resultados fueron: El 56,4% pertenecen al estrato socioeconómico IV. 81% tenía una relación de pareja estable y 54,2% tenía un embarazo deseado, de las cuales 67,3% tuvo algún nivel de ansiedad y el 66,1% algún nivel de depresión. Las embarazadas con pareja inestable tienen un riesgo 8,5 veces mayor de presentar ansiedad y 6,5 veces mayor de presentar depresión, con respecto a las que tienen pareja estable. En mujeres con embarazo no deseado, el riesgo de presentar ansiedad fue 1,63 veces mayor que las que querían su gravidez y para la depresión el riesgo fue 1,66 veces mayor, sin embargo, este hallazgo no fue estadísticamente significativo. Conclusión: Existen elevados niveles de depresión y ansiedad en las embarazadas (14).

Sainz AKG, Chávez UBE, Díaz CME, et al. (2012) realizó un estudio titulado: Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. México-DF; estudio descriptivo. Estudio descriptivo observacional; población de embarazadas de 12 a 44 años; y la muestra estuvo constituida por 103 embarazadas; a quienes les evaluaron ansiedad y depresión (Goldberg) y factores sociodemográficos a través de la aplicación de la estadística descriptiva y χ^2 de manera aleatoria para buscar diferencias entre proporciones en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 51 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Resultados: estudiaron 103 embarazadas, con un promedio de edad de 27.7 años (de 5.53); la escolaridad que predominó fue secundaria con 36.9%, casadas 75.7 %, empleadas 62.1%. De forma global encontraron ansiedad en 50.5% y depresión en 67%. La ansiedad se presentó como sigue: en el grupo 20 a 29 años, en 46%; en el de 30 a 34 años, en 76%; y en el de 35 a 39 años, en 46%; respecto a la depresión, en el grupo de 20 a 29 años, en 74%; en el de 30 a 34 años, en 65%; y en el de 35 a 39 años, en 31%. Realizaron un subanálisis en el cual compararon el grupo más afectado contra el resto de los grupos, para ansiedad fue el de 30-34 años ($p=0.11$) con significancia estadística ($p=0.006$). Conclusiones: existe una alta prevalencia de ansiedad y depresión, con una prevalencia de depresión en el grupo 20 a 29 años; y de ansiedad en el grupo de edad de 30 a 34 años en comparación con los otros grupos etarios (15).

Vélez C, Betancurth D. (2015), realizaron un estudio titulado “Conductas alimentarias en gestantes “residentes en la zona urbana del municipio de Villamaría (Caldas-Colombia),

2015. Cuyos resultados fueron que la media de la edad fue 12,5 años \pm 1,16 años, y el 41,6 % de la población estudiada fue de sexo femenino. En las dimensiones analizadas la media más alta se registró en tipo de personalidad y actividades 5,67 \pm 1,36 y la más baja en asociatividad y actividad física 2,26 \pm 1,2. La desviación estándar de las dimensiones osciló entre 0,83 y 1,36. Se encontraron diferencias en las conductas alimentarias, a mayor edad más tendencia al riesgo, los hombres reportaron mejor valoración de los mismos ($p= 0,000$) (16).

Perea J. (2017), Realizó un estudio de investigación sobre “Conductas alimentarias y conocimientos nutricionales en embarazadas de las distintas áreas de salud en la comunidad de Madrid, España 2017. Cuyos resultados fueron que la edad media de las gestantes estudiadas fue 31,63 \pm 4,87 años, cifra superior en las mujeres españolas ($p<0,05$) y en las de mayor nivel educacional ($p<0,05$). Las gestantes extranjeras, que supusieron el 25,8% de la muestra, eran más jóvenes ($p<0,05$) y tenían menos estudios ($p<0,05$) que las españolas (74,2%). El IMC previo al embarazo fue de 22,98 \pm 3,73 kg/m, más elevado en las mujeres de menos estudios ($r=0,116$, $p<0,05$). Un 18,1% de las mujeres presentó bajo peso, un 64,5% normalidad, y un 10,8% y un 6,6%, sobrepeso y obesidad, respectivamente. Aunque sólo el 19,8% de las gestantes consiguió el aumento de peso aconsejado, la ganancia media de peso (11,91 \pm 5,10 kg) estuvo dentro de los límites promedios recomendados por la OMS (17).

Arbúes E, Abadía B, et al (2019), realizó una investigación titulada, Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios, Universidad San Jorge. Villanueva de Gállego, Zaragoza. España-2019. Estudio descriptivo transversal sobre una muestra de 1055 estudiantes universitarios. Utilizaron tres cuestionarios validados el Índice de Alimentación Saludable (IAS), la escala breve de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Resultados: la puntuación media del IAS fue de 68,57 \pm 12,17. La prevalencia de la alimentación no saludable fue del 82,3%, mayor en las mujeres (84,8% vs. 76,4%). La alimentación no saludable se relacionó de forma significativa con la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés. Conclusiones: los patrones alimentarios no saludables son comunes en la población universitaria y se relacionan con la presencia de ansiedad, estrés y depresión (18).

Vásquez F. (2016), realizó un estudio titulado sobre “Asociación entre el estrés prenatal y las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional

Materno Perinatal, Lima 2016". Cuyos resultados fueron que las adolescentes presentaron como principales complicaciones obstétricas a la anemia materna (17.2%), la infección del tracto urinario (17.2%), la ruptura prematura de membranas (10.3%), la amenaza de parto pre término (6.9%) y la hipertensión inducida por el embarazo (3.4%). Se encontró que no existe relación entre el estrés interno y las complicaciones obstétricas ($p=0.30$) ($OR=3.12$). Por otro lado, hubo relación significativa entre la presencia de estrés externo y las complicaciones obstétricas ($p=0.000$) ($OR=144.46$). A nivel general, se evidenció que existe relación significativa entre la presencia de estrés global y las complicaciones obstétricas ($p=0.000$) ($OR=31.52$) (19).

Montoya S, Valencia L. (2015), realizó un estudio titulado "Depresión y ansiedad en madres gestantes primerizas atendidas en los Centros de Salud del Distrito de Huánuco – 2015". El diseño utilizado fue descriptivo de tipo correlacional; la muestra estuvo constituido por un total de 30 madres gestantes primerizas del Centro de Salud Aparicio Pomares y del Centro de Salud las Moras, cuyas edades oscilan entre 15 a 35 años. Como instrumentos se utilizaron el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck. Los Resultados demuestran que presentan depresión leve un 50% y ansiedad moderada un 40%. De acuerdo a los grupos etarios de 15 a 20 años presentan depresión leve un 23% y ansiedad moderada un 20%; de 21 a 25 años presentan depresión leve un 23% y ansiedad moderada un 13%; de 26 a 30 años presentan depresión mínima un 7% y ansiedad grave, moderado y mínima un 3%; y de 31 a 35 años presentan depresión grave y mínima un 3% y ansiedad moderada y leve un 3%. Correlacionando las dos variables encontramos una $r=0,183$, a través de lo cual se acepta la hipótesis nula concluyendo que no existe una relación significativa entre depresión y la ansiedad en madres gestantes primerizas de los Centros de Salud del Distrito de Huánuco - 2015. Las madres gestantes primerizas presentan depresión y ansiedad, pero estas dos variables no se relacionan entre sí, ya que cada variable tiene criterios de diagnósticos diferentes. También los resultados muestran de manera general que en los niveles de depresión en madres gestantes primerizas existe un alto índice en el nivel leve; en cuanto al nivel de ansiedad en madres gestantes primerizas se obtuvo un alto índice en el nivel moderado. Conclusión: En los grupos etarios se encontró una mayor prevalencia de depresión y ansiedad, en las edades de 15 a 20 años en comparación con los otros grupos etarios. (20).

Castillo C, Bustamante G. (2014), Realizaron un estudio: Nivel de ansiedad en las gestantes adolescentes atendidas en un Centro de Salud de Pomalca-Lambayeque-2014. Investigación

aplicada, tipo descriptivo. La muestra fue de 30 gestantes adolescentes que cumplieron con los criterios de elegibilidad. Se aplicaron el inventario de ansiedad rasgo-estado, con una confiabilidad que varía entre .83 a .92 en Alfa de Cronbach. Los datos los procesaron en el paquete estadístico versión 18, respetándose los principios éticos y los criterios de científicidad. Los resultados revelan que las gestantes adolescentes presentan niveles altos de ansiedad estado y rasgo (37 y 33% respectivamente). Según el lugar de procedencia las adolescentes de zonas rurales alcanzan un nivel de ansiedad estado alto (80%) y un nivel medio y alto en ansiedad rasgo (40%), mientras que de las zonas urbanas alcanzan un nivel medio de ansiedad estado y rasgo (52% y 48% respectivamente). Según el grado de instrucción, el 40% de las gestantes adolescentes que cursan el nivel secundario presentan ansiedad estado y rasgo en un nivel medio. La mayoría de las gestantes adolescentes primerizas, presentan ansiedad estado y rasgo en un nivel alto y medio (40% y 30% respectivamente). Conclusión: Estos resultados revelan la necesidad de implementar intervenciones psicológicas para disminuir la ansiedad en las gestantes adolescentes (21).

Eyzaguirre L. (2019), realizó un estudio sobre “Prevalencia y factores asociados a depresión en gestantes: primer y tercer trimestre. Hospital Reátegui. Piura 2019. Estudio observacional, transversal, prospectivo, de fuente primaria. La población fue todas las gestantes mayores de edad, que acudieron a los consultorios de gineco obstetricia del Hospital II-1 “Jorge Reátegui Delgado” durante enero - mayo 2019, y que cumplieron los criterios de selección. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia y por saturación. A 117 gestantes en el primer trimestre de gestación y 117 en su tercer trimestre se les aplicó el test de Edimburgo validado para gestantes y puérperas. Resultados. Prevalence trabajo estable; estado civil conviviente; estudios superiores. El 41.9% tuvieron algún nivel de depresión; 22.2% estaban en riesgo de tener depresión y 35.39% no tenía depresión ni estaba en riesgo de tenerla. Con depresión el 37.6% de las que estaban en su primer trimestre y el 46.2% de quienes estaban en su tercer trimestre. Conclusiones: La diferencia no es estadísticamente significativa. Factores de riesgo para depresión durante el embarazo: Antecedente de depresión en algún momento de su vida; antecedente de violencia y consumo de alcohol. Factores protectores: Embarazo planificado, trabajo estable (22).

Ortega J, Pizarro P, Riera M. (2014), realizaron un estudio sobre: Determinación de los niveles de ansiedad por medio de la escala de Hamilton en mujeres gestantes en labor de parto del Hospital “Vicente Corral Moscoso”. Cuenca-Ecuador, 2014. Investigación es de tipo descriptivo. Trabajaron con 2800 mujeres gestantes que asistieron en el año 2013, la

muestra fue por conveniencia e involucró a las mujeres gestantes que acudieron a la sala de labor del Hospital “Vicente Corral Moscoso” en los meses de julio, agosto y septiembre del año 2014. Las técnicas utilizadas fueron: observación y entrevista, y como instrumento un formulario elaborado y validado por las autoras y el test de Hamilton. Los datos se procesaron y analizaron mediante los programas estadísticos, SPSS y Excel. Resultados: El 45% de mujeres gestantes presentaron un nivel de ansiedad de 13- 17 significa ansiedad media; el 69% de multíparas tiene instrucción primaria; y el mayor porcentaje de edades de las gestantes es un 42,13% que comprende las edades de 19 a 25 años de mujeres que se encuentran en edad fértil; el 37% fue el mayor porcentaje en el estado civil de casada; la mayor parte de gestantes que asisten al Hospital son de escasos recursos económicos con un porcentaje de 56,50% y un 90% de las que acuden al Hospital son residentes de Cuenca. Conclusiones: se pudo constatar que las gestantes presentan un nivel de ansiedad media, y acudieron a la sala de labor de parto del “Hospital Vicente Corral Moscoso”; que el estado de ansiedad varía dependiendo los factores determinantes tales como edad, estado civil, instrucción, ocupación (23).

1.3. Bases Teóricas

Embarazo

Es el periodo de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados (24).

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extra útero sin soporte médico) (25).

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses), son 280 días; variar desde 259 días hasta 294 días (37-42 semanas). Se divide el embarazo en tres trimestres. El primer trimestre es de 0-13 semanas, el segundo trimestre: 14-28 semanas; y el tercer trimestre 29-40 semanas (25).

Ansiedad

La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción. La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio y ayuda (si su intensidad no es excesiva) a superar ciertas exigencias de la vida. En este sentido podemos considerar a la ansiedad como una defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico y psicológico. La ansiedad necesariamente positiva se entronca con lo cotidiano y entra de lleno en el campo de la motivación que nos hace alcanzar metas. La ansiedad normal y proporcionada, así como sus manifestaciones, no puede ni deben eliminarse, dado que se trata de un mecanismo funcional y adaptativo. Se trata de saber convivir con la ansiedad, sin perder la operatividad. Ahora bien, la ansiedad neurótica es ya otra cosa y tiene otro significado que hay que situar en la órbita de las enfermedades psíquicas que provoca respuestas de evitación e inhibición, que mantiene un estado de alerta prolongado sin justificación alguna (26).

La ansiedad negativa se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos (26).

Estos cambios fisiológicos son consecuencia de la activación del sistema nervioso, del sistema endocrino y del sistema inmunológico. Por lo general sólo percibimos algunos de los desórdenes persistentes que provoca esta activación desadaptativa. La persistencia de estos cambios puede acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios, como dolores de cabeza, insomnio, disfunción eréctil, anorgasmia femenina, contracturas musculares, etc. A nivel de nuestro sistema motor la ansiedad se manifiesta con inquietud motora, hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades de comunicación (a veces tartamudez), etc. (26).

Ansiedad Estado: Es un "estado emocional" inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos (26).

Tipos de Ansiedad:

a. Ansiedad Leve

A veces te pones nerviosa. Acabas el día presionado y con un montón de cosas por resolver. Te mantienes alerta por lo que pueda pasar, pero consigues descansar en el sueño y por la mañana te levantas con toda la energía para afrontar el día. Y es que un poco de ansiedad te mantiene activa y dispuesta (26).

b. Ansiedad Moderada

Hay días peores. Tienes momentos en los que no puedes más. Te sientes nerviosa, agobiada, pero también sin muchas ganas de seguir adelante. El pesimismo ha hecho acto de presencia y te preocupas por todo. Además, empiezas a notar que el ritmo de tu corazón es irregular, sobre todo en los momentos de más preocupación (26).

c. Ansiedad severa

La preocupación ha dado paso a la angustia. Tienes miedo, dudas y de lo único que estás segura es que no vas a poder. Así que paralizas cualquier iniciativa, cualquier decisión, no puedes concentrarte en nada, porque tus pensamientos están inmersos en un baile de desastres. Los síntomas físicos se hacen evidentes en forma de tensión muscular, dolor de cabeza, nerviosismo, agitación, taquicardia o molestias estomacales (26).

d. Ansiedad en el Embarazo

La Ansiedad es una enfermedad mental común que se presenta con ánimo en menos, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito, y mala concentración (27).

Aun cuando la ansiedad es causa de incapacidad para hombres y mujeres, la carga de la ansiedad es un 50% mayor en las mujeres. La investigación en los países en vías de desarrollo sugiere que la ansiedad en las madres puede ser un factor de riesgo para retraso del crecimiento en los niños pequeños (1).

Este factor de riesgo puede significar que la salud mental materna en los países de bajos ingresos puede tener influencia importante en el crecimiento durante la niñez, afectando de este modo la ansiedad no solo a la generación actual sino también a la siguiente. Esta diferencia de la presentación según el género se observa fundamentalmente en la etapa reproductiva de la mujer y se asocia principalmente a entidades como el síndrome premenstrual, el embarazo, el puerperio y a la menopausia (28).

Así, el estado de ánimo ansioso comprende una visión devaluada de sí mismo que matiza las representaciones, las actividades y los estados afectivos de la gestante. Por lo general, lo anterior se acompaña de crisis de llanto, impresión de tristeza en general y, sobre todo, cambios de humor (28).

Los trastornos de ansiedad típicos el enfermo que las padece sufre un humor ansioso, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios ansiosos: La disminución de la atención y concentración; la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad; las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves); una perspectiva sombría del futuro; los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones; los trastornos del sueño; y, la pérdida del apetito. (28).

La ansiedad del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión.

Alguno de los síntomas anteriores puede ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras, despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas), pérdida marcada de apetito, pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes (29).

Conductas alimentarias

Es la manera o forma de comportarse una persona. En el caso de la conducta alimentaria, el comportamiento guarda estrecha relación con el alimento. La conducta alimentaria no es tan sólo un acto reflejo que evita la aparición de las sensaciones de hambre, sino que tiene una significación propia en la que intervienen experiencias previas, recuerdos, sentimientos, emociones y necesidades (1).

Entre un estímulo y la respuesta que genera, en este caso la conducta alimentaria, existen vínculos fisiológicos, psicológicos, socioculturales y morales. A nivel fisiológico se encuentran los nutrientes, a nivel psicológico, los alimentos con sus propiedades organolépticas de color, sabor y textura, a nivel sociocultural, la comida, constituida por diferentes tipos de alimentos (1).

En la vertiente sociocultural, se contemplan, además, otros importantes factores, como son los ambientales, que determinan el tipo de dieta a nivel local, por su relación con la temperatura, la altitud y la humedad de una zona geográfica determinada, que marcan a su vez la disponibilidad de alimentos. La vertiente moral delimita la aceptación o el rechazo de algunos alimentos o la forma como deben prepararse y consumirse (1).

Con la conducta se encuentran también relacionados los hábitos alimentarios, considerados como una disposición adquirida por actos repetidos que terminan constituyendo una manera de ser y de vivir del individuo. Para que esto suceda, se requiere que sean placenteros, que estén de acuerdo con las normas socioculturales establecidas por un grupo y que sean coherentes con el estilo de vida del individuo o del grupo. También las costumbres son expresión de la cultura. De esta manera la conducta alimentaria está más influenciada por los hábitos y las costumbres que por un razonamiento lógico. Con los hábitos alimenticios está relacionado, también, su valor simbólico (1).

A lo largo de los tiempos distintas circunstancias han desviado la conducta alimentaria del hombre y determinado una serie de trastornos. Excepto en cortos períodos de suficiencia alimenticia, se han detectado abundantes hambrunas. Afortunadamente, tras la revolución industrial y el desarrollo de las nuevas técnicas agropecuarias, una gran parte de la población mundial dispone de adecuados alimentos. Sin embargo, cuando parecía haberse llegado al momento en que el ser humano, beneficiado por el progreso, se alimentara regularmente sin sufrir desnutrición, hacen su aparición factores culturales y personales que conducen a un cambio en el concepto de cuerpo en la sociedad moderna (1).

A este escenario, se suman las predisposiciones genéticas y determinadas dinámicas familiares y sociales, configurando, todo en conjunto, una personalidad capaz de desarrollar graves trastornos alimentarios y secundariamente, nutricionales (1).

Tipos de Conductas

a. Conductas Nutricionales

Para asegurar la homeostasis del calcio intervienen mecanismos de regulación del metabolismo entre los cuales predominan los biológicos sobre los mecánicos. Toda carencia de calcio trae como consecuencia al desencadenamiento de la secreción paratiroidea dirigida a la captación de calcio en el reservorio óseo. Es en tal sentido que la cantidad de los aportes alimentarios pueda depender en gran medida la integrada en el esqueleto en diferentes edades de la vida. Es por eso que la dieta juega un papel importantísimo en la prevención de osteoporosis, ya que la ingesta de calcio y los buenos niveles de Vit. D hacen más lento el proceso osteoporósico, es necesario que las mujeres desde su infancia ingieran alimentos ricos en contenido de calcio, pues la dieta con alimentos como vegetales verdes, pescados y derivados lácteos, favorecen que la masa ósea llegue a su máximo nivel en el adulto y permite disminuir el riesgo de osteoporosis; “La ingesta diaria de calcio deberá ser de 1 – 1.5 g/d, valores inferiores a estos no son suficientes para retrasar el proceso osteoporósico en mujeres posmenopáusicas”... . La Vit. D tiene muchos efectos, en particular facilita la absorción intestinal de calcio y fósforo, estimula síntesis de osteocalcina por los osteoblastos y promueve la diferenciación celular; “La sociedad americana de nutrición clínica recomienda suplementar la dieta a 20 ug/día (800UI de Vit D) (30).

Lácteos y derivados: Leche entera pasteurizada en una porción de una taza diaria ofrece una cantidad de 300 mg de calcio elemental diario, yogurt natural en la misma porción ofrece una cantidad de 415 mg de calcio, queso fresco en una cantidad de 28 gramos ofrece 272 mg de calcio (30).

Frutas secas: La almendra, avellana, nuez, cacahuete, higos secos, pasas, en una porción de 100 g ofrece una cantidad promedio de 75 a 105 mg de calcio elemental (30).

Hortalizas: Acelga, apio, berro, col, espinacas y perejil en una porción de 100 g ofrece una cantidad promedio de 25 a 55 mg de calcio elemental (30).

Legumbres: Garbanzo, lenteja y soya en una porción de 100 mg diarios ofrece una cantidad promedio de 35 a 40 mg de calcio elemental (30).

Alimentos con bajo contenido de calcio: Pescados y mariscos, carnes, cereales y derivados, pan, pastas, dulces (30).

También es necesario resaltar que el hábito de consumo de café como parte de los hábitos nutricionales incrementan el proceso osteoporósico, “El mecanismo propuesto por algunos autores, es el aumento en la eliminación de calcio por la orina, debido a una remoción directa de calcio de las reservas óseas” (30).

b. Conductas de alimentos ricos en proteínas.

Durante el embarazo, las proteínas se necesitan para cubrir las necesidades del crecimiento de feto, de la placenta y de los tejidos maternos. Cuando existe un balance energía/proteínas adecuado (cuando el consumo de proteínas no supera el 25% de la energía total), se consigue mayor peso del niño al nacer y un menor riesgo de muerte fetal y neonatal. Por ello es importante que las gestantes consuman aproximadamente 25 g adicionales a los requerimientos previos al embarazo. Estas pueden ser de origen: animal como las carnes, el pescado, la leche y huevos o de origen vegetal como la levadura, los frijoles, la soya, los maníes, las harinas, etc. (30).

c. Conductas de consumo de cereales y/o derivados de tubérculos

Consumo de cereales y/o derivados de tubérculos y raíces: Estos alimentos son ricos en sustancias que dan la energía y las fuerzas necesarias, además aportan al organismo cerca del 50% de la recomendación diaria de kilocalorías. Entre los alimentos que conforman los cereales se encuentran: arroz, avena, cebada, centeno, maíz, trigo, pan, pastas, harinas blancas e integrales. Por otra parte, entre los alimentos que contienen tubérculos y raíces se encuentran: camote, papa, yuca, plátano, etc. (30).

d. Conductas de consumo de frutas y verduras

Debido a que no todos los vegetales y frutas aportan los mismos nutrientes es indispensable asegurar que se elija tanta variedad como sea posible, priorizando los productos de estación que son beneficiosos desde el punto de vista económico como así también desde la calidad nutricional. Algunas vitaminas y minerales se pierden en los procesos de cocción, por ello es aconsejable el consumo de por lo menos una porción en crudo cada día. Las frutas y

verduras de todas las variedades y sus jugos naturales son fuente de gran variedad de vitaminas y minerales, como así también de fibra (31).

1.4. Justificación.

El estudio se justifica teóricamente porque contribuirá a afianzar los conocimientos sobre las conductas alimentarias de la embarazada desde la perspectiva de visualizar la relación con los niveles de ansiedad como una condición determinante del bienestar materno y fetal, y en proyección a lograr una adaptación materna y la optimización del desarrollo del nuevo ser.

La investigación es de suma importancia dado que hace grandes aportaciones, en primer lugar, socialmente porque la mujer tendrá los instrumentos para afrontar los muchos retos que supone adoptar una conducta alimentaria adecuada y la salud mental de la madre, con un impacto positivo en el gasto público, conservación de la capacidad laboral, conservación la salud, el bienestar familiar y comunitario. Estos elementos sociales deben ser tomados en cuenta como parte de las políticas y lineamientos de la intervención de salud pública. A esto se añade conocer la realidad sobre el tema en el un centro de salud, cuyas condiciones socioeconómicas distan mucho del nivel de desarrollo deseado y alcanzado en nuestro país; de ahí la justificación social del presente estudio.

El estudio es importante en la práctica porque los resultados sirvieron para puntualizar en la información que se requiere para el afrontamiento de la enfermedad, partiendo del problema que persiste en la falta de la mejor atención en la salud materna y con ello lograr evidenciar las causas asociadas, las conductas adecuadas, búsqueda de atención profesional y especializada y con énfasis en el Centro de Salud Morales.

Además, es importante metodológicamente porque permitió demostrar que el estudio de los casos que conformaron la muestra sobre las variables planteadas, puede ser abordados desde el método descriptivo correlacional, y los resultados ser coherentes con los procesos de la investigación científica que a la postre puedan ser replicados en otros escenarios de la región y el país.

Nuestro estudio es factible porque se contó con el apoyo de la dirección del establecimiento para acceder a las entrevistas de las gestantes que acuden en el periodo de estudio explicitado en la metodología. Asimismo, se garantiza el desarrollo del presente estudio porque se contó con el financiamiento de la UNSM-T a través de recursos asignados para el “Concurso de proyectos de investigación para tesis de pregrado”.

Por consiguiente, la importancia de la investigación en lo teórico se centra en su aporte de la determinación de la relación entre las conductas alimentarias y los niveles de ansiedad durante el embarazo, que mejoren la salud de las mujeres y como correlato la salud materno fetal, con impacto preponderante en la salud familiar y comunitaria.

1.5. Formulación del problema

¿Qué relación existe entre las conductas alimentarias y los niveles de ansiedad durante el embarazo en pacientes atendidas en el Centro de Salud Morales; agosto - diciembre, 2018?

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general:

Determinar la relación entre las conductas alimentarias y los niveles de ansiedad durante el embarazo en pacientes atendidas en el Centro de Salud Morales; agosto-diciembre, 2018.

2.2. Objetivos Específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas de las gestantes que son atendidas en el Centro de Salud Morales.
2. Determinar los niveles de ansiedad que presentan las gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales.
3. Determinar las conductas alimentarias en gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales.
4. Establecer el nivel de ansiedad de mayor asociación a la conducta alimentaria en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales.

2.3. Formulación de la Hipótesis.

2.3.1. Hipótesis de Investigación.

Existe relación significativa entre las conductas alimentarias y los niveles de ansiedad durante el embarazo en pacientes atendidas en el centro de salud de Morales.

2.3.2. Identificación de variables

Variable independiente: Ansiedad.

Variable dependiente: Conductas alimentarias

2.4. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
$V_i = V_1$ Niveles de Ansiedad	<p>Es una manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción (26).</p>	<p>Comprende una autoevaluación, referido a manifestaciones características de ansiedad, como estado, según la respuesta que emita la embarazada, en el cuestionario niveles de ansiedad.</p>	<p>Ansiedad - Estado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Me siento calmada - Me siento segura - Me siento tensa - Estoy contrariada - Me siento a gusto - Ne siento alterada - Contratiempos - Me siento descansada - Me siento ansiosa - Me siento cómoda - Confianza en mí misma - Me siento nerviosa - Estoy agitada - A punto de explotar - Me siento relajada - Me siento satisfecha - Estoy preocupada - Excitada y aturdida - Me siento alegre - Me siento bien 	<p>Ansiedad Alta >45 pts.</p> <p>Ansiedad Media 30-44 pts</p> <p>Ansiedad Baja <30 pts</p>

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
VD= V ₂ Conductas alimentarias	Se refieren al modo de comportarse o conducirse el hombre ante los alimentos, al seleccionarlos, prepararlos, consumirlos y habituarse a ellos; no es tan sólo un acto reflejo que evita la aparición de las sensaciones de hambre, sino que tiene una significación propia en la que intervienen experiencias previas, recuerdos, sentimientos, emociones y necesidades (30).	Caracterización de las conductas de consumo de alimentos y no el aporte de nutrientes, mediante la aplicación de un cuestionario adecuado a la escala de Likert.	Conductas de consumo de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de consumo al día, de alimentos. - Consumo al día, de alimentos ricos en proteínas (carne: pollo, res, pescado, pavita, huevos, etc.) - Consumo al día, de cereales, tubérculos y raíces. - Consumo de frutas y verduras al día. - Consumo al día, de alimentos ricos en calcio. - Consumo al día, de alimentos ricos en hierro. - Consumo de alimentos ricos en ácido fólico. - Consumo de ácidos esenciales. - Consumo al día, de vasos de líquidos. - Consumo de alimentos envasados. - Consumo de comida chatarra. - Consumo de comida snacks. - Añade sal adicional a la comida preparada. - Uso de suplementos vitamínicos 	Conductas adecuadas >51 puntos (Likert) Conductas medianamente adecuadas 45 a 51 puntos (Likert) Conductas inadecuadas <45 puntos (Likert)

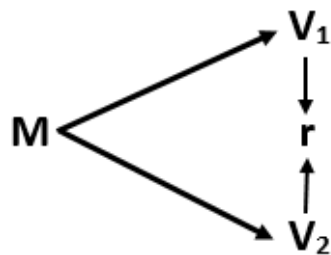
III. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. Tipo de estudio

El estudio que se realizó fue una investigación aplicada de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal y recolección prospectiva de datos.

3.2. Diseño de Investigación

La investigación tuvo un diseño no experimental, correlacional gráficamente se expresa de la siguiente manera:



Donde:

M = Representaron todas las mujeres gestantes atendidas en el Centro de salud de Morales

V₁ = Niveles de Ansiedad

V₂ = Conductas alimentarias

r = Relación entre las conductas alimentarias y los niveles de Ansiedad de las gestantes

3.3. Población y muestra

Población: La población estuvo conformada 414 gestantes que recibieron atención del control prenatal en el Centro de Salud de Morales. (Fuente: Registro estadístico de atención materno perinatal del Centro de Salud de Morales año 2018)

Muestra: Estuvo conformada por 78 gestantes que recibieron atención del control prenatal en el Centro de Salud de Morales periodo Agosto– diciembre 2018. La muestra fue obtenida a través del cálculo de la fórmula de muestreo probabilístico. (Ver Anexo 01)

Muestreo. Probabilístico, intencionado al estudio

3.4. Criterios de selección.

3.4.1. Criterios de Inclusión.

- Gestantes mayores de 15 años, con edad gestacional mayor de 16 semanas, que reciben atención prenatal en el Centro de Salud de Morales.
- Gestantes que aceptan participar voluntariamente en el estudio.

3.4.2. Criterios de Exclusión.

- Gestantes iletradas o con dificultades para la comunicación.
- Gestante que hayan cambiado de establecimiento de salud para atención prenatal.

3.5. Procedimiento

Para la recolección de la información de los datos fue necesario la tabulación y se procedió del siguiente modo:

- Se verificó los recursos humanos, económicos, así como las facilidades y disponibilidad para realizar el estudio.
- Se solicitó permiso al jefe del Centro de Salud de Morales para poder intervenir con el presente estudio.
- Se procedió a la aplicación del instrumento de investigación en las gestantes que cumplieran con los criterios de selección, asegurando en todo momento la confidencialidad de la información proporcionada.
- Se procedió paralelamente a la organización en una base de Excel, los datos recolectados de cada gestante controlada y encuestada.
- Luego se procedió al análisis y discusión de los resultados procesados por un experto en estadística.
- Finalmente se procedió a la redacción del informe final y a la sustentación.

3.6. Métodos e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Método y técnicas:

El método que utilizado fue la encuesta y el instrumento el cuestionario aplicado a cada gestante.

En relación al instrumento, para la realización de la primera variable, “Niveles de ansiedad”; para la recolección de información se empleó el instrumento: cuestionario de niveles de **ansiedad- Estado (STAI), validado y confiabilizado** por **Spielberger L.** Madrid-España en el año 1982, (26) (**Anexo 1**) el cual comprende una autoevaluación (ansiedad estado) de 20 ítems respectivamente, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, como estado. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad, expresión de trastornos emocionales. Las respuestas constan de cuatro columnas en blanco encabezadas por “no”, “un poco”, “bastante” y “mucho”, cuyo puntaje oscila entre uno a cuatro puntos según la respuesta que emita la persona, en el cuestionario ansiedad (estado). El inventario comprende dos dimensiones, los cuales son: Ansiedad- Estado:

Alta: (>45)

Media: (30-44)

Baja: (<30); ansiedad.

Para la realización de la segunda variable, “**Conductas Alimentarias**”; se tuvo que utilizar un instrumento que es el Test de Likert, **validado y confiabilizado** (Alfa de Cronbach = 0.77) por **Medina A.** Lima-Perú en el año 2015. (31) (**Anexo 02**). Este instrumento consta de 14 preguntas que permitieron identificar las conductas alimentarias de las gestantes, divididas a su vez en: frecuencia de alimentos, consumo de alimentos con proteínas, cereales, frutas y verduras, alimentos con Calcio, alimentos con hierro, alimentos con ácido fólico, alimentos con ácidos esenciales, líquido, conservas, chatarras y snacks, sal y suplementos vitamínicos. Este cuestionario fue utilizado ya que el interés estuvo dado en función de caracterizar las conductas de consumo de estos alimentos y no el aporte de nutrientes., las respuestas estuvieron formuladas en base a la escala de Likert (1, 2, 3, 4 y 5 puntos). De acuerdo a lo establecido por Medina A., las conductas alimentarias tuvieron la siguiente clasificación:

Conductas alimentarias adecuada: >51ptos.

Conductas alimentarias medianamente adecuadas: 45 hasta 51.

Conducta alimentaria Inadecuada: <45 ptos.

3.7. Plan de tabulación y análisis de datos

Los datos recolectados fueron tabulados y procesados, previa elaboración de una ficha de recolección de datos, de forma ordenada en el programa Microsoft Excel. El análisis e interpretación se realizó mediante el programa estadístico SPSS vs. 21.0. En el análisis estadístico se realizó la estadística univariada (descriptiva) obteniendo frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central (Media y mediana). Para el análisis estadístico no ajustado se empleó estadística bivariada con la prueba Chi cuadrado. El cálculo se realizó con un nivel de confianza del 95%. Se aplicó la prueba Z cuando la prueba Chi cuadrada resulta significativa. Los datos cuantitativos serán procesados y analizados por medios electrónicos, clasificados y sistematizados de acuerdo a sus unidades de análisis correspondientes respecto a sus variables, a través del programa estadístico SPSS 21 para determinar factores de asociación.

La hipótesis será aceptada si $p \leq 0.05$.

3.8. Aspectos éticos

Se solicitó la participación voluntaria de las gestantes, previo consentimiento de la institución a quien se realizó la presentación y explicación de la investigación. Además, se respetó los principios universales de la ética como confidencialidad y privacidad, principios, respeto, autonomía, veracidad, no maleficencia y beneficencia en todos los aspectos del estudio: Confidencialidad y privacidad: La información recogida es confidencial. Nadie, excepto el investigador y sus asociados, pueden tener acceso a la información. Principios: el investigador ha conducido el estudio con honestidad, responsabilidad y prudencia. Respeto: por las personas, considerando que lo más importante es promocionar el bienestar de estas buscando mejorar su calidad de vida. Autonomía: se propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección. Veracidad: Principio que nos invita a presentar a las autoridades la información sin ser manipulada. No maleficencia: se refiere a la obligación de evitar hacer daño a otros. Beneficencia: buscamos con el proyecto actuar en beneficio de otros.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes que son atendidas en el Centro de Salud Morales; agosto-diciembre, 2018

CARACTERÍSTICAS	N°	%
EDAD		
18 a 25 Años	21	26,9
26 a 33 Años	37	47,4
34 a 42 Años	20	25,6
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Primaria Incompleta	4	5,1
Primaria Completa	6	7,7
Secundaria Incompleta	11	14,1
Secundaria Completa	22	28,2
Técnica Incompleta	4	5,1
Técnica Completa	14	17,9
Universitaria Incompleta	7	9,0
Universitaria Completa	10	12,8
ESTADO CIVIL		
Conviviente	61	78,2
Casada	12	15,4
Soltera	5	6,4
NÚMERO DE EMBARAZOS		
1 a 2 Embarazos	44	56,4
3 a 4 Embarazos	27	34,6
5 a 6 Embarazos	7	9,0
TOTAL	78	100,0

Fuente: Encuesta realizada a las gestantes atendidas en el C.S Morales. Diciembre 2018.

En la presente **Tabla 1** se registra que la edad mínima y máxima del grupo fue de 18 y 42 años respectivamente, siendo las edades más frecuentes 26-33 años, que representan el 47,4% de la muestra en estudio; respecto al grado de Instrucción, resalta el 28,2% de gestantes con Secundaria Completa, el 17,9% y 12% de ellas con Técnica Completa y Universitaria completa

respectivamente y solo el 12,8% con Primaria Incompleta y Completa; su Estado Civil más resaltante es el Conviviente que representa el 78,2% de las gestantes; además el 56% de ellas sólo registró de 1 a 2 embarazos.

Tabla 2. Nivel de ansiedad que presentan las gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales.

NIVEL DE ANSIEDAD	N°	%
Baja	00	00
Media	70	89,7
Alta	8	10,3
TOTAL	78	100,0

Fuente: Encuesta realizada a las gestantes atendidas en el C.S Morales. Diciembre 2018.

La tabla 2, presenta los resultados de la característica nivel de ansiedad, consignando que el 89,7% de gestantes participantes del estudio, tiene un nivel de ansiedad media, sólo el 10,3% de ellas registra un nivel de ansiedad alta. En la categoría nivel de ansiedad baja no se registra ninguna gestante.

Tabla 3. Conductas alimentarias en gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales.

CONDUCTAS ALIMENTARIAS	N°	%
Conducta Alimentaria Inadecuada	20	25,6
Conducta Alimentaria Medianamente Adecuada	57	73,1
Conducta Alimentarias Adecuada	1	1,3
TOTAL	78	100,0

Fuente: Encuesta realizada a las gestantes atendidas en el C.S Morales. Diciembre 2018

La tabla 3, referidos a las conductas alimentarias en gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales, se observa que mayoritariamente con el 73,1% de ellas tiene una conducta alimentaria medianamente adecuada; el 25,6 de las gestantes muestra una conducta alimentaria inadecuada y sólo el 1,3% de ellas consigna una conducta alimentaria adecuada.

Tabla 4. Nivel de ansiedad de mayor asociación a la conducta alimentaria en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales.

CONDUCTA ALIMENTARIA	NIVEL DE ANSIEDAD				TOTAL	
	Media		Alta		N	%
	N	%	N	%		
Conducta Alimentaria Inadecuada	16	20,5	4	5,1	20	25,6
Conducta Alimentaria Medianamente Adecuada	53	67,9	4	5,1	57	73,1
Conducta Alimentaria Adecuada	1	1,3	0	0,0	1	1,3
TOTAL	70	89,7%	8	10,3%	78	100,0%

Fuente: Encuesta realizada a las gestantes atendidas en el C.S Morales. Diciembre 2018.

La tabla 4 referido al nivel de ansiedad de mayor asociación a la conducta alimentaria en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales; se observa que, la ansiedad media es el que tiene mayor presencia en las gestantes participantes del estudio y por lo tanto mayor repercusión sobre las conductas alimentarias; es decir, el 67,9% de gestantes con ansiedad media y una conducta alimentaria medianamente adecuada.

Tabla 5. Relación entre las conductas alimentarias y el nivel de ansiedad durante el embarazo en pacientes atendidas en el Centro de Salud de Morales.

relación	r	T _{EXP}	T _{TAB}	G .I.	Significancia P< 0.05
CONDUCTAS ALIMENTARIAS Y NIVEL DE ANSIEDAD.	0.409	2.62	2.03	34	p-valor=0.013

Fuente: Datos obtenidos en la ejecución del Proyecto de Investigación.

En la presente tabla, para responder a la hipótesis de estudio referente a la correlación entre las conductas alimentarias y el nivel de ansiedad durante el embarazo, se observa que existe relación estadísticamente significativa con p-valor=0.013 ($p < 0,05$), entre las Conductas Alimentarias y el Nivel de Ansiedad durante el embarazo en pacientes atendidas en el Centro de Salud de Morales.

V. DISCUSIÓN

El embarazo es un estado de cambios fisiológicos, anatómicos y emocionales de la mujer en los diversos ámbitos; estos cambios fisiológicos son consecuencia de la activación del sistema nervioso, del sistema endocrino y del sistema inmunológico. No es ajeno para la obstetricia que la mujer fácilmente desarrolla niveles de ansiedad, y tanto que la ansiedad negativa puede manifestarse por sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos (21).

Por otro lado, tal como lo señalan las teorías, las conductas alimentarias, no se trata tan sólo de un acto reflejo que evita o activa la aparición de las sensaciones de hambre, sino que tiene una significación propia en la que intervienen experiencias previas, recuerdos, sentimientos, emociones y necesidades que, para nuestro entender, nos permitan explicar el desarrollo normal o patológico del embarazo (1).

Es usual que a lo largo de todo el proceso una gestación, la mujer presente algunas incertidumbres, miedos y algunas necesidades especiales, que pueden producir, pensamientos recurrentes y preocupaciones, que requieren ser atendidos por el profesional obstetra para reducir posibles cuadros de ansiedad que de ella devienen; de allí que se desea comprender que las conductas alimentarias pueden verse impactadas por el estado de ansiedad de la gestante.

Nuestro trabajo se orientó de acuerdo a las determinaciones de nuestro proyecto de tesis, por lo que se ubicó a nuestras gestantes seleccionadas a través de la revisión de sus respectivas historias clínicas, para luego realizar a cada una hasta 02 visitas buscando y logrando la confianza de las gestantes para la recopilación de la información requerida para el presente estudio.

El primer resultado nos muestra que las gestantes se caracterizaron por tener entre 26 y 33 años con un 47,4%, en cambio al otro extremo encontramos 25,6% a gestantes entre 34 y 42 años. Según grado de instrucción tuvieron 28,2% de gestantes secundaria completa, sin embargo, el 12% de ellas tuvieron estudio superior técnico completa y universitaria completa. En el estado civil destacan que 78,2% de las gestantes son convivientes. Además, el 56% de ellas sólo registró de 1 a 2 embarazos.

Datos similares presentados por Sainz AKG, Chávez UBE, Díaz CME, et al. (2012) quienes reportaron promedio de edad de 27.7 años; predomina nivel de educación secundaria. Asimismo, Eyzaguirre L. (2019), resultados que fueron reportados, encontraron que prevalece trabajo estable; estado civil conviviente; estudios superiores. Del mismo modo, nuestros datos demográficos coinciden con Tenesaca A, Vásconez M. (2019), que informan el 64% corresponden al grupo etario de mujeres entre los 20-39 años, procedente mayoritariamente del sector rural en un 80%, con un 46% de gestantes en unión libre y un 51% en su segunda gesta.

Las coincidencias de nuestro estudio con los estudios en referencia, se explica porque se centran a grupos de edad óptima para la gestación y que constituyen usualmente el grupo que acuden de manera responsable a los controles prenatales; asimismo se puede precisar que las atenciones brindadas corresponden a grupos poblacionales que se atienden en instituciones públicas, por pertenecer a grupos socioeconómicos similares. Un dato de comparación que nos parece importante resaltar es la prevalencia del estado civil convivientes similares a nuestros resultados.

El segundo resultado nos muestra los niveles de ansiedad, de 70 gestantes el 89,7% tienen un nivel de ansiedad media, en cambio 10,3% registra un nivel de ansiedad alta que es el total de 8 gestantes. Entonces se puede observar que en el nivel de ansiedad baja no se registra ninguna gestante.

Datos similares fueron encontrados por Sainz K, Chávez B, Et al (2013), siendo la ansiedad de 50.5%. Igualmente, Díaz M, Amato R, Chávez J. (2012), encontraron 67.3% de ansiedad y 66.1% nivel de depresión. Datos diferentes fueron encontrados por Córdor M, Domínguez D. (2013), quienes encontraron ansiedad crónica en adultas gestantes 2.8 veces mayor con aquella que no tienen ansiedad. Además, datos similares fueron encontrados por Castillo C, Bustamante G. (2014), quienes encontraron niveles altos de ansiedad. Datos diferentes fueron encontrados por Herrera B. (2014), encontraron estrés y ansiedad en el tercer trimestre de gestación con 46.5% y 56,4% respectivamente.

Según el análisis de nuestros resultados se puede determinar que presentan similitudes con los estudios de México y Venezuela por dos razones principales tales como, ambos estudios fueron realizados en poblaciones de grupos socioeconómicos de medio a bajo; luego, la formulación de Goldberg, utiliza los mismos criterios del cuestionario de niveles de ansiedad- Estado

(IDARE) utilizados en nuestro estudio. Cabe recalcar que, prevalece la ansiedad estado media como un mecanismo de respuesta frente a la situación de estar embarazada que es consustancial con que la mujer se sienta nerviosa, a veces preocupada, a veces agobiada; pero pronto se recupera y frente a la motivación de un niño sano desarrollándose en su vientre, opta por las muchas ganas de seguir adelante.

El tercer resultado referidos a las conductas alimentarias en gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales, se observa que mayoritariamente con el 73,1% de ellas tiene una conducta alimentaria medianamente adecuada; el 25,6 de las gestantes muestra una conducta alimentaria inadecuada y sólo el 1,3% de ellas consigna una conducta alimentaria adecuada.

Resultados que coinciden con lo encontrado Medina A. (2015), las gestantes tienen hábitos alimentarios medianamente adecuados” (50%) y tienen un estado nutricional “inadecuado” (89.6%). Datos diferentes también fueron encontrados Tenesaca A, Vásquez M. (2019), las gestantes presentaron ámbitos adecuados, así como un estado nutricional normal; y consecuentemente, los hábitos alimentarios adecuados de las gestantes inciden directamente sobre su estado nutricional.

Nuestros resultados encuentran coincidencias con Medina A, en la aseveración que las embarazadas en su mayoría tienen hábitos alimenticios medianamente adecuados, se explica pues se trata de poblaciones de condiciones socioeconómicas y educativas similares; condición que limita la posibilidad de practicar hábitos o conductas alimentarias técnicamente o científicamente consideradas como adecuadas y que garantizarían mejores pronósticos tanto para la salud materna como para el niño en desarrollo.

En general el cuarto resultado referido al nivel de ansiedad de mayor asociación a la conducta alimentaria en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales; se observa que, la ansiedad media es el que tiene mayor presencia en las gestantes participantes del estudio y por lo tanto mayor repercusión sobre las conductas alimentarias; es decir, el 67,9% de gestantes con ansiedad media y una conducta alimentaria medianamente adecuada.

Nuestros resultados coinciden con los presentados por Ortega J, Pizarro P, Riera M. (2014), quienes reportaron que las gestantes presentan un nivel de ansiedad media; pero que el estado

de ansiedad varía dependiendo los factores determinantes tales como edad, estado civil, instrucción, ocupación. Resultados que se relacionan también con Sainz K, Chávez B, Et al. (2013), cuyo informe pone de manifiesto una alta prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes embarazadas que varía significativamente en grupos de edad.

En esta relación conductas alimentarias y ansiedad de la embarazada es importante entender que la ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio y ayuda a superar ciertas exigencias de la vida. Por otro lado, se sabe que la conducta alimentaria no es tan sólo un acto reflejo que evita o activa la aparición de las sensaciones de hambre, sino que tiene una significación propia en la que intervienen experiencias previas, recuerdos, sentimientos, emociones. Esto, nos permite entender que la ansiedad media tiene mayor repercusión sobre las conductas alimentarias medianamente adecuadas, que como lo mencionamos en párrafos anteriores la conducta alimentaria adecuada es una utopía para la mayoría de las mujeres del nivel socioeconómicos de medio a bajo, pero que la mayoría de las mujeres se desarrollan en un nivel de normalidad con una ansiedad estado, media.

El quinto resultado para responder a la hipótesis de estudio referente a la correlación entre las conductas alimentarias y el nivel de ansiedad durante el embarazo, se observa que existe relación estadísticamente significativa con $p\text{-valor}=0.013$ ($p<0,05$), entre las Conductas Alimentarias y el Nivel de Ansiedad durante el embarazo en pacientes atendidas en el Centro de Salud de Morales.

Nuestros resultados difieren con los reportados por Arbúes E, Abadía B, et al (2019), donde informan que la conducta de alimentación no saludable se relacionó de forma significativa con la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés. Conclusiones: los patrones de conductas alimentarias no saludables son comunes en la población universitaria y se relacionan con la presencia de ansiedad, estrés y depresión

Tal como lo mencionan otros estudios con otros grupos poblacionales que las conductas alimentarias y el nivel de ansiedad tienen una relación natural desde el punto de vista de los cambios fisiológicos que genera ambas situaciones; y el embarazo, en el que se producen cambios físicos, nutricionales y emocionales tienen repercusiones ya sea positivas o negativas en la respuesta de la mujer grávida frente a sus conductas alimentarias.

Finalmente, es importante mencionar que estos resultados aceptan la hipótesis de estudio, que afirma que existe relación significativa entre las conductas alimentarias y los niveles de ansiedad durante el embarazo en pacientes atendidas en el centro de salud de Morales.

VI. CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales, fueron: el 47,4% se ubican en el grupo etario más frecuente 26-33 años; el 28,2% desarrollaron secundaria completa; el 78,2% de estado civil conviviente; y el 56% registraron de 1 a 2 embarazos.
2. Los niveles de ansiedad que presentaron las gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales, fueron: el 89,7% nivel de ansiedad medio; el 10,3% nivel de ansiedad alta.
3. Las conductas alimentarias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales, fueron: el 73,1% desarrolló conducta alimentaria medianamente adecuada, el 25,6% conducta alimentaria inadecuada; y el 1,3% conducta alimentaria adecuada
4. El nivel de ansiedad media es el que tiene mayor presencia en las gestantes participantes del estudio y por lo tanto mayor repercusión sobre las conductas alimentarias.
5. Existe relación estadísticamente significativa entre las Conductas Alimentarias y el Nivel de Ansiedad durante el embarazo en pacientes atendidas en el Centro de Salud de Morales (p -valor=0.013 ($p < 0,05$)).

VII. RECOMENDACIONES

- 1.** En la atención prenatal, enfatizar la evaluación integral a la gestante para detectar oportunamente el nivel de ansiedad de las gestantes y tomar medidas correctivas oportunamente.
- 2.** En la atención prenatal, prestar especial atención a la conducta alimentaria de las gestantes para orientar la buena alimentación materna para el buen crecimiento y desarrollo del niño, que conlleva a una óptima evolución del embarazo.
- 3.** Al personal de salud, tener presente que el nivel de ansiedad media es el que tiene mayor presencia y de mayor repercusión sobre las conductas alimentarias en las gestantes, tomar acciones de interconsulta con el especialista y educar sobre alimentación a la gestante.
- 4.** Promover reuniones informativas y/o charlas sobre la buena alimentación en las gestantes, de esta manera conocer los resultados, para que se tomen medidas correctivas y se elabore un plan de trabajo.
- 5.** Al equipo de salud, seguir investigando sobre las conductas alimentarias y el nivel de ansiedad para determinar las causas e intervenir oportunamente los problemas, para garantizar el bienestar de la madre y el feto.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez A. “Hábito de vida y su influencia sobre la osteoporosis en mujeres premenopáusicas en el Hospital arzobispo Loayza. 1ª ed. Lima-Perú: Tesis de pregrado de la Universidad de arzobispo de Loayza. [En red]. Citado 20 de junio del 2016; disponible en: cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2692/1/Tinoco_ar.pdf
2. Rodríguez R, Sánchez-García J, Menor-Rodríguez M, Sánchez-López A, Aguilar-Cordero M. Trastornos alimentarios durante el embarazo. 1ª ed. España: Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada. [Artículo de Internet]. Citado 8 de marzo 2018. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/337022385_3a323_Trastornos_alimentarios_durante_el_embarazo
3. Díaz M, Amato R, Chávez J, Ramírez M, Rangel S, Rivera L, López J. Depresión y Ansiedad en Embarazadas. 1ª ed. Venezuela: Universidad de Bárbula. [Artículo de Internet]: [Citado 4 de agosto de 2013] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375933973006>
4. Olaya, R. Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas en el Hospital gineco-obstétrico. 1ª ed. Ecuador: Tesis de la Universidad de Ecuador de Pregrado. [En red]. Citado el 03 de febrero del 2013; disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1863>
5. Izquierdo M. Estudio de hábitos alimentarios y conocimientos nutricionales en embarazadas de distintas áreas de salud de la Comunidad. Madrid –España, 2016. 1ra ed. Universidad Complutense de Madrid. (Citado: octubre 2016). Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/38752/1/T37581.pdf>
6. Medina A. "Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante mayo – julio del 2015” [1ª ed.]. Lima-Perú; Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Citado 15 de diciembre del 2015. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4358>

7. Tenesaca A, Vásquez M. Hábitos alimenticios y estado nutricional de las mujeres embarazadas del Centro de Salud de Biblián. Tipo B 2019. Universidad de Cuenca-Ecuador. Previo a la Obtención del Título de Licenciada en Enfermería. (Citado 06 de Julio 2020). Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/34543/3/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
8. Montero J. Estado nutricional y prácticas alimentarias durante el embarazo en las gestantes a término atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante enero-febrero del 2016. 1ª ed. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Citado 01 de mayo del 2019); disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323352494.pdf>
9. Sarmiento S. Factores de riesgo asociados a la depresión en gestantes que se atienden en el Centro de Salud San Vicente, periodo 2017. 1ª ed. Lima-Perú: Universidad Privada Sergio Bernales- Facultad Ciencias de la Salud. (Citado el 12 de diciembre del 2019); Disponible en: http://repositorio.upsb.edu.pe/bitstream/UPSB/125/1/Sarmiento_M.%20Tesis.pdf
10. López M. y Cornejo T. Nivel de ansiedad antes y después de las sesiones de psicoprofilaxis en gestantes del hospital domingo, 2018. Olavegoya – Jauja: Universidad Nacional de Huancavelica-Facultad de Ciencias de la Salud. (Citado: Agosto del 2019). Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2561/TESIS-2019-OBSTETRICIA-MARTEL%20LOPEZ%20Y%20TAIPE%20CORNEJO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Aldas Y. (2016), Estrategias de prevención para la disminución de los niveles de ansiedad en gestantes en labor de parto que acuden al Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe, Tulcán-Ecuador: Universidad regional autónoma de los andes. [Citado el 15 de mayo del 2018. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3780/1/TUTENF018%20-%202016.pdf>

12. Santos M, Fernández J. “Ansiedad laboral como factor de riesgo para las complicaciones de la gestación y el bajo peso al nacer”, 1ª ed. La Habana-Cuba: Universidad de Ciencias Médicas. [En red]. Citado el 22 de noviembre del 2013; disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500006
13. Sainz K, Chávez B, Díaz M, Sandoval M, Robles M. Prevalencia de Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. 1ª ed. Guadalajara-México: Tesis de Pregrado de la Universidad de Ciencias Médicas. [En red]. Citado el 6 de agosto del 2013; disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382013000200006
14. Díaz M, Amato R, Chávez J, Ramirez M, Rangel S, Rivera L, López J. Niveles de depresión y ansiedad en embarazadas que acudieron a la consulta de perinatología y medicina materno-fetal de un Hospital Materno Infantil, entre junio-agosto 2012. 1ª ed. Venezuela: Tesis de Pregrado de la Universidad de Venezuela. [En red]. Citado el 6 de agosto del 2013; disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382013000200006
15. Sainz AKG, Chávez UBE, Díaz CME, et al. Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas, 2013. 1ª ed. México: Unidad de medicina Familiar. Citado: junio 2013. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=39480>
16. Vélez, C, Betancurth D. Conductas alimentarias en gestantes residentes en la zona urbana del municipio de Villamaría, 2015. 1ª ed. Caldas-Colombia: Tesis de Pregrado de la Universidad de Colombia. [En red]. Citado el 6 de enero del 2016; disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2012.v14n2/200-212>
17. Perea J. Conductas alimentarias y conocimientos nutricionales en embarazadas de las distintas áreas de salud en la comunidad, 1ª ed. Madrid- España: Tesis de Pregrado de la Universidad de España 2017. [En red]. Citado el 6 de noviembre del 2017; disponible en: revista.nutricion.org/PDF/XXI-JORNADAS-2017.pdf
18. Arbúes E, Abadía B, Granada J, Echániz E, Pellicer B, Juárez R, Guerrero S, Sáez M. Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. 1ª ed. Madrid-España: Universidad San Jorge Villanueva

de Gállego. Publicado diciembre del 2019. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112019000600017

19. Vásquez F. “Asociación entre el estrés prenatal y las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. 1ª ed. Lima-Perú: Tesis de pregrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2016. [En red]. Citado el 4 de mayo del 2017; disponible en: cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4748/1/Vásquez_cf.pdf
20. Montoya S, Valencia L. Depresión y ansiedad en madres gestantes primerizas atendidas en los Centros de Salud del Distrito de Huánuco – 2015. 1ª ed. Huánuco-Perú: Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Escuela de Psicología. [En red]. Citado el 19 de febrero del 2018; disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNHE_d420cc80df78a633dc2c4c249648be3c
21. Castillo C, Bustamante G. Nivel de ansiedad que presentan las gestantes adolescentes atendidas en un Centro de Salud, Pomalca-Lambayeque-2014. 1ª ed. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. [En red]. Citado el 08 de abril del 2015; disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UMBI_576d42f750fd449ff97e859b8aaaf9f5
22. Eyzaguirre L. Prevalencia y factores asociados a depresión en gestantes: primer y tercer trimestre, Hospital Reátegui. Piura 2019. 1ª ed. Piura: Universidad Privada Antenor Orrego Facultad de Medicina Humana. [En red]. Citado el 6 de setiembre del 2019; disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/5223/1/rep_med.huma_lucia.eyzaguirre_prevalencia.factor.es.asociados.depresi%c3%93n.gestantes.primer.tercer.trimestre.hospital.reategui.piura.2019.pdf
23. Ortega J, Pizarro P, Riera M. Determinación de los niveles de ansiedad por medio de la escala de Hamilton en mujeres gestantes en labor de parto del Hospital “Vicente Corral Moscoso”. 1ª ed. Cuenca-Ecuador: Tesis Previa a la Obtención del Título de Licenciada

- en Enfermería. Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Enfermería. citado el: 23-08-2018. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21075/1/Tesis%20Pregrado.pdf>
24. Retamal S. Relación asociativa de la inteligencia emocional, estrés, ansiedad, estilo vincular temprano y los sucesos significativos en la presencia de la depresión durante el embarazo en la ciudad, 1ª ed. Coquimbo-Chile: Universidad de Palermo. [En red]. Citado el 18 de octubre del 2018; disponible en: <https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/2033/Tesis%20Giovanazzi%20FINAL%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Molina F. “Ansiedad en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos - 2017” 1ª ed. San Juan-Perú: Universidad científica del Perú. Citado el 5 de Febrero del 2018 disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/465/TORRES-GUEVARA-1-Trabajo-Ansiedad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Ries F, Castañeda C, Campos M. y Castillo O. Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. 1ª ed. Luxemburgo: Universidad de Murcia, Facultad de Psicología, Campus de Espinardo. Citado 14 de noviembre del 2009. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232012000200002
27. García E, Romero N. Ansiedad en los adolescentes. 1ª ed. Habana-Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de las Fuerzas Armadas Revolucionarias. [citado 2016 noviembre]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200010&lng=es
28. Vicuña M, Marín R. Depresión Realidad en el Sistema Público de Atención de Salud. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico Regional de Antofagasta. 1ª ed. Santiago-Chile: Hospital Clínico Regional de Antofagasta [citado 2017 Mayo 05]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000600006>

29. Chamorro P. Hábitos de vida y Ansiedad en gestantes, 1ª ed. Santiago-Chile: Tesis de pregrado de la Universidad, Santiago de Chile 2016. [En red]. Citado el 10 de mayo del 2017; disponible en: [www.traumasalut.com/pdf/CALIDAD_DE_VIDA .pdf](http://www.traumasalut.com/pdf/CALIDAD_DE_VIDA.pdf)
30. Cortes J. Conocimiento sobre conductas alimentarias y factores de riesgo en mujeres gestantes, Universidad Autónoma Nueva León. 1ª ed. Cuba: Tesis de pregrado de la Universidad Autónoma Nueva León. [En red]. Citado el 20 de junio del 2017; disponible en: eprints.uanl.mx/6417/1/1080111094.pdf
31. Montero N, Estado nutricional y prácticas alimentarias durante el embarazo en las gestantes a término atendidas en el instituto nacional materno perinatal durante el mes enero-febrero del año 2016. 1ª ed. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, E.A.P. De Obstetricia. [En red]. Citado Diciembre del 2016. disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323352494.pdf>

IX. ANEXOS

Anexo 1.

Escala de medición de la ansiedad

INSTRUCCIONES: Estimadas madres gestantes a continuación, presentamos 20 preguntas que el investigador realizó. Lea cuidadosamente cada oración, y con base a lo que usted crea conveniente, marque con una “X” en la casilla de respuestas.

Edad: _____ **Grado de instrucción:** _____ **N° de embarazos:** _____

Estado civil: _____

	ENUNCIADOS	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1	Me siento calmada	1	2	3	4
2	Me siento segura	1	2	3	4
3	Me siento tensa	1	2	3	4
4	Estoy contrariada	1	2	3	4
5	Me siento a gusto	1	2	3	4
6	Me siento alterada	1	2	3	4
7	Estoy alterada por algún posible contra tiempo	1	2	3	4
8	Me siento descansada	1	2	3	4
9	Me siento ansiosa	1	2	3	4
10	Me siento cómoda	1	2	3	4
11	Me siento con confianza en mí misma	1	2	3	4
12	Me siento nerviosa	1	2	3	4
13	Estoy agitada	1	2	3	4
14	Me siento a punto de explotar	1	2	3	4
15	Me siento relajada	1	2	3	4
16	Me siento satisfecha	1	2	3	4
17	Estoy preocupada	1	2	3	4
18	Me siento muy excitada y aturdida	1	2	3	4
19	Me siento alegre	1	2	3	4
20	Me siento bien	1	2	3	4

Anexo 2.**Escala de medición de conductas alimentarias**

INSTRUCCIONES: A continuación, presentamos 14 preguntas que el investigador realizó a la muestra en estudio donde se tienen en cuenta la respuesta que nos manifestaron; las cuales serán colocadas en cada parámetro establecido.

Marque ASPA en el cuadro la respuesta que considere correcta de manera concisa.

Edad: Grado de instrucción: N° de embarazos:
Estado civil: Peso habitual: Peso actual:

- 1. ¿Cuántas veces durante el día, consume alimentos? Considere desayuno, almuerzo, cena y refrigerio(s).**
 - 5 veces al día. (5 ptos)
 - 4 veces al día. (4 ptos)
 - 3 veces al día. (3 ptos)
 - 2 veces. (2 ptos)
 - Más de 5 veces al día. (1 ptos)

- 2. ¿Cuántas porciones de alimentos ricos en proteínas como carne (pollo, res, pescado, pavita, etc.), huevos y/o otros alimentos consume al día?**
 - 3 porciones. (5 ptos)
 - De 4 a más porciones. (4 ptos)
 - 2 porciones. (3 ptos)
 - 1 porción. (2 ptos)
 - No consumo. (1 ptos)

- 3. ¿Cuántas porciones de cereales (arroz, avena, quinua, maíz, kiwicha, cañihua, etc.) y/o derivados de tubérculos y raíces (harina, fideos pan, etc.) consume al día?**
 - De 4 a más porciones. (5 ptos)
 - 3 porciones. (4 ptos)
 - 2 porciones. (3 ptos)
 - 1 porción. (2 ptos)

- No consumo. (1 ptos)
- 4. ¿Cuántas porciones de frutas y verduras consume al día?**
- De 4 a más porciones. (5 ptos)
 - 3 porciones. (4 ptos)
 - 2 porciones. (3 ptos)
 - 1 porción. (2 ptos)
 - No consumo. (1 ptos)
- 5. ¿Cuántas porciones de alimentos ricos en calcio como leche, queso, yogurt y/o producto lácteo consume al día?**
- De 4 a más porciones. (5 ptos)
 - 3 porciones. (4 ptos)
 - 2 porciones. (3 ptos)
 - 1 porción. (2 ptos)
 - No consumo. (1 ptos)
- 6. ¿Cuántas veces consume alimentos ricos en hierro como sangrecita, hígado, bazo, lentejas, frejol negro, entre otros?**
- Diario. (5 ptos)
 - Interdiario. (4 ptos)
 - 1 a 2 veces por semana. (3 ptos)
 - 1 a 2 veces por mes. (2 ptos)
 - Nunca. (1 ptos)
- 7. ¿Cuántas veces consume alimentos ricos en ácido fólico como verduras de intenso color verde (brócoli, col, espinaca, espárragos, etc.) palta, entre otros?**
- Diario. (5 ptos)
 - Interdiario. (4 ptos)
 - 1 a 2 veces por semana. (3 ptos)
 - 1 a 2 veces por mes. (2 ptos)
 - Nunca. (1 ptos)
- 8. ¿Cuántas veces consume alimentos ricos en ácidos esenciales como semillas oleaginosas (maní, pecana, avellana, etc.), pescado, entre otros?**
- Diario. (5 ptos)
 - Interdiario. (4 ptos)
 - 1 a 2 veces por semana. (3 ptos)

- 1 a 2 veces por mes. (2 ptos)
- Nunca. (1 ptos)

9. ¿Cuántos vasos de líquido (agua natural, jugos, otras bebidas) toma al día?

- De 10 a 15 vasos. (5 ptos)
- De 8 a 10 vasos. (4 ptos)
- De 4 a 7 vasos. (3 ptos)
- De 2 a 3 vasos. (2 ptos)
- De 0 a 1 vaso. (1 ptos)

10. ¿Cuántas veces consume conserva de alimentos enlatados (¿mermeladas, conserva de duraznos, conserva de pescados, entre otros)?

- Nunca. (5 ptos)
- A veces. (4 ptos)
- Comúnmente. (3 ptos)
- Frecuentemente. (2 ptos)
- Siempre. (1 ptos)

11. ¿Cuántas veces consume comida chatarra (pizza, salchipapa, hamburguesa, gaseosas, etc.) y/o salsas procesadas como mostaza, mayonesa, ketchup, “Tari”, “Uchucuta”, etc.?

- Nunca. (5 ptos)
- 1 a 2 veces por mes. (4 ptos)
- 1 a 2 veces por semana. (3 ptos)
- Interdiario. (2 ptos)
- Diario. (1 ptos)

12. ¿Cuántas veces consume snacks (chifle, papa frita, etc.) y/o dulces (golosinas, galletas, tortas, helados, etc.)?

- Nunca. (5 ptos)
- 1 a 2 veces por mes. (4 ptos)
- 1 a 2 veces por semana. (3 ptos)
- Interdiario. (2 ptos)
- Diario. (1 ptos)

13. ¿Usted le añade sal adicional a la comida preparada (comida ya servida) que va consumir?

- Nunca. (5 ptos)
- A veces. (4 ptos)
- Comúnmente. (3 ptos)
- Frecuentemente. (2 ptos)
- Siempre. (1 ptos)

14. ¿Cuántas veces consume usted suplementos vitamínicos? (madre, Enfagrow, Supradín pronatal, etc.)

- Diario. (5 ptos)
- Interdiario. (4 ptos)
- 1 a 2 veces por semana. (3 ptos)
- 1 a 2 veces por mes. (2 ptos)
- Nunca. (1 ptos)

Anexo 3.

PRUEBA DE NORMALIDAD

Prueba Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Edad en años	Ingresos del hogar en miles
N		6400	6400
Parámetros Normal	Media	42.06	69.47
	Desviación Estándar	12.29	78.72
Diferencias Más Extremas	Absoluto	.05	.22
	Positivo	.05	.21
	Negativo	-.03	-.22
Z de Kolmogorov-Smirnov		4.38	17.69
Sig. Asint. (2-colas)		.000	.000

Los datos de las variables no se distribuyen de forma normal.

Symmetric Measures

		Valor	Err. Est. Asint.	T Aproxim.
Ordinal según Ordinal	Correlación de Spearman	.40	.01	34.97
Intervalo según Intervalo	R de Pearson	.34	.01	28.46
N de casos válidos		6400		

SIG= 0.00 ← Se realiza en la pestaña Transformar/Calcular

RELACIÓN	R	T _{EXP}	T _{TAB}	G .L.	SIGNIFICANCIA p < 0.05
Conductas alimentarias y nivel de ansiedad.	0.409	2.62	2.03	34	p-valor=0.013

CALCULO DE LA MUESTRA

- a. **Fórmula para calcular la muestra de tipo muestreo Probabilístico, intencionado al estudio.**

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

N: Tamaño población = 414

Z: Nivel confianza: $1-\alpha = 95\% = 1,96$

p: Probabilidad de éxito: 0.5

q: Probabilidad de fracaso: 0.5

d: Precisión o error máximo: $10\% = 0,1$

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

$$n = \frac{414 \times (1,96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.1)^2 \times (414 - 1) + (1,96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{414 \times 3.84 \times 0.25}{0.01 \times 413 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n = \frac{397.4}{5.09}$$

$$n = 78$$