

# Conducta alimentaria, auto-percepción corporal y estado emocional en mujeres gestantes del cono sur de lima metropolitana - 2003.

Arboleda, Patricia<sup>1</sup>; Medina, Jorge<sup>2</sup>; Martínez, César<sup>2</sup>; Roble, Luis<sup>2</sup>; Falconí, Rosa<sup>2</sup>; Lizaraso, Frank<sup>3</sup>.

## Resumen

El objetivo del presente estudio ha sido determinar los cambios en la conducta alimentaria, auto-percepción corporal y estado emocional en mujeres gestantes del Cono Sur de Lima Metropolitana, que asistieron a la consulta externa en el Hospital Manuel Barreto, ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores, durante los meses de setiembre a noviembre del año 2003.

El tipo de estudio ha sido observacional-analítico, retrospectivo parcial y transversal, y responde a un diseño correlacional. Se elaboró un cuestionario teniendo en consideración los objetivos del estudio, donde el instrumento fue validado previamente cumpliendo las exigencias metodológicas internacionales. Los datos fueron procesados con la finalidad de realizar posteriormente los análisis estadísticos con el paquete SPSS versión 11.

Se clasificaron los datos cualitativos en frecuencias y porcentajes, se analizó diferencias de porcentajes con la prueba chi-cuadrado y se utilizó la regresión logísti-

ca para encontrar variables predictoras. Entre los resultados más resaltantes figura la variabilidad en la cantidad de consumo de alimentos, siendo mayor en mujeres gestantes nulíparas-primíparas que en multíparas. Mayores cambios de la conducta alimentaria se observa en mujeres que refirieron haber tenido ciclo menstrual regular. Se observó una disminución en la preferencia del sabor dulce durante el embarazo y hubo un incremento en las preferencias del sabor salado, amargo y ácido debido al embarazo. La auto-percepción corporal antes del embarazo fue más alta que durante el embarazo. Respecto a los cambios del estado emocional se debe indicar que ha sido homogéneo según trimestre, paridad y ciclo menstrual. Sin embargo se encontró mayores preocupaciones personales respecto al embarazo, parto y figura corporal en mujeres gestantes que refirieron haber tenido ciclo menstrual regular. Se concluye que los cambios en el estado emocional y auto-percepción corporal son buenos predictores de los cambios en la conducta alimentaria.

**Palabras clave:** Conducta alimentaria, auto-percepción corporal y estado emocional.

1 Alumna del quinto año de Medicina.

2 Profesores de la Facultad de Medicina Humana de la USMP.

3 Decano de la Facultad de Medicina Humana de la USMP.

## Summary

The objective of the present study has been to determine changes in eating conduct, corporal auto perception and emotional state in expectant mothers of the South Cone of Metropolitan Lima that attended the external consultation of Manuel Barreto Hospital, located in the district of San Juan de Miraflores, between the months of September to November 2003.

The type of study is observational analytic, partially retrospective and crossed, and responds to a correlation design. It devised a questionnaire, having in consideration the objectives of the study, the instrument previously validated complying methodological international demands.

The data were processed in a database, in order to analyze it statistically with the SPSS version 11 package, carrying out frequencies and percentages. Differences in percentages were analyzed by the chi-square test, and logistic regression was used to find variable predictors. Among the outstanding results we found, is the amount in food consumption, being greater in first time mothers than in multiparous. Greater changes in eating conduct were seen in women with regular menstrual cycle. A decrease in preference of the sweet flavor is observed before and during pregnancy, with an increment in preferences for acid, bitter, and salty flavor. Corporal self-perception was higher before pregnancy than during pregnancy. With regards to emotional state changes, it should be noted that these were similar according to trimester, parity and menstrual cycle. Nevertheless, greater concern about pregnancy, labor and corporal figure in expectant mothers were found in women reported as having regular menstrual cycles. In conclusion, changes in emotional state and corporal self-perception are good predictors of changes in eating conduct.

**Key words:** Eating conduct, corporal self-perception and emotional state.

## Introducción

El estudio "Conducta alimentaria, autopercepción corporal y estado emocional en mujeres gestantes del cono sur de Lima Metropolitana" es la primera investigación que se realiza sobre el tema en el Perú. Nuestro país pertenece al llamado grupo de "países en vías de desarrollo", lo cual se traduce en elevados índices de desempleo y subempleo en una población joven con alta fertilidad, fecundidad y morbimortalidad.

El resultado se aprecia más en la época de la gestación, del parto y del puerperio. En esta etapa crucial, las mujeres sienten desadaptación, que no deberían existir, ya que el embarazo es un estado fisiológico normal y no patológico.

La investigación pretende determinar cuáles son los cambios en las tres variables estudiadas y con ello establecer pautas para la prevención de cambios negativos debido al embarazo. Además, tendrá como meta trazar el camino para futuras investigaciones.

La adaptación del organismo a la gestación implica un esfuerzo fisiológico que requiere reajustes en los procesos biológicos normales y por consiguiente, de cambios en la alimentación de la mujer con el fin de satisfacer sus necesidades nutricionales y alimentar adecuadamente al nuevo ser. Durante la gestación, el organismo materno tiene demandas nutricionales adicionales dadas por el aumento de la actividad metabólica, crecimiento tisular, aporte de elementos nutritivos para el feto y preparación para la lactancia.

Se calcula que las necesidades calóricas promedio de una mujer son de 2,000 calorías diarias, a las que la gravidez agrega de 200 a 300 calorías (1). Los requerimientos metabólicos adicionales del embarazo hacen imprescindible que la gestante promedio aumente de 11.5 a 12.5 kg. a fin de obtener los requerimientos calóricos.

Si nos referimos a nuestra población, las cifras anteriores estarían por encima de los valores, ya que nuestras mujeres a diferencia de las estadounidenses o europeas tienen estatura promedio de 1.50 m. y 45-50 kg. de peso, cifras inferiores a los promedios de los sitios mencionados. Por lo tanto, las cifras máximas de aumento de peso en nuestra población estarían dos o tres kilos por debajo del promedio anteriormente señalado (1).

El consumo energético es mínimo al inicio de la gestación, aumenta durante el primer trimestre y, dentro de él, durante los dos primeros meses del embarazo; los requerimientos energéticos se reparten de manera desigual y luego permanecen constantes hasta el final del mismo. En esta etapa, el suplemento calórico sirve especialmente para almacenar grasas de reserva que, a veces, son utilizadas durante el tercer trimestre, en los casos en que la alimentación se torne insuficiente y el organismo materno requiera preparación para la lactancia. La expansión del volumen hemático, el crecimiento del útero y las mamas y el almacenamiento de grasa a partir del segundo trimestre provocan un consumo calórico adicional. En el tercer tri-

mestre, el feto requiere más energía: de 100 a 150 calorías diarias, las que casi en su totalidad le serán proporcionadas por la glucosa materna.

Durante el embarazo, también suelen apreciarse cambios en la percepción (olfato y gusto) de los alimentos, cambios que modificarán a su vez la conducta alimentaria. El estrógeno y la progesterona protegen la función olfatoria, cambios en los niveles séricos producidos en el embarazo ejercen una influencia en la habilidad de sentir y reconocer los olores.

En mujeres gestantes, el umbral para la percepción e identificación de sustancias se encuentra disminuido en comparación con mujeres no gestantes de la misma edad, pero sin significación estadística (2).

Las mujeres gestantes encontraron mayor aversión hacia olores como el ron, cigarros y café (3). Se piensa que este cambio en el sentido del olfato puede actuar como centinela para sustancias potencialmente dañinas. Ellas presentan un umbral gustatorio mayor que las mujeres no embarazadas, con una marcada disgeusia en el primer trimestre. Las concentraciones séricas bajas de zinc, durante el segundo y tercer trimestre pueden explicar este aumento en el umbral; sin embargo, durante el primer trimestre estas concentraciones son normales, por lo tanto se cree que el cambio en el umbral es debido a cambios en la secreción hormonal (3), (4), (5). Además se observa un incremento en la sensibilidad de alimentos amargos en el primer trimestre para proteger contra la ingestión de venenos. También existen cambios en la preferencia de alimentos ricos en NaCl, ácidos y amargos en el tercer trimestre para contribuir a la ingesta de una dieta más variada (6).

Respecto a los vómitos y antojos existen varias teorías sobre la etiología de estos trastornos (7), (8). Dentro de las mujeres gestantes podemos encontrar un grupo que se caracteriza por la existencia de un apetito insaciable donde "supone una afirmación de que el bebé está efectivamente en el interior". Para otros autores, "tanto los vómitos como los antojos son expresión del conflicto de ambivalencia que el embarazo provoca en la mujer, si bien el antojo a veces se interpreta como una actitud positiva frente al feto, por expresar una necesidad de afirmar el embarazo". Esta misma necesidad de afirmación ya nos indica la existencia de un deseo contrario.

Otra teoría atribuye los antojos a la sugestión y a la autosugestión. Es decir, la mujer embarazada conoce, por la impregnación cultural, que las mujeres gestan-

tes tienen antojos, lo que considera normal e incluso positivo de acuerdo con las creencias populares, siendo así posible que lleguen a pensar que la gestación no marcha bien si estos antojos no se hacen presentes, autosugestionándose con esta idea hasta conseguir tenerlos (9). A pesar de lo dicho, no hay que olvidar que la intolerancia gástrica, las náuseas y los vómitos característicos del primer trimestre del embarazo, pueden verse favorecidos por los elevados niveles circundantes de hormonas esteroideas, cansancio y el ayuno; además del tabaco, alcohol y grasas.

Los vómitos suponen un problema serio en algunas mujeres, pero la mayoría de las veces ceden al cuarto mes (10). Existe una correlación entre el tiempo en que se presentan los vómitos y la aversión hacia la comida (9). Es recomendable satisfacer esos antojos con pequeñas cantidades de alimentos o líquidos, frecuentemente, ya que mejoran el funcionamiento de la vejiga, reducen las náuseas matutinas y envían constantemente nutrientes al bebé (11).

La auto-percepción corporal en la mujer gestante se ve ligada fundamentalmente a los cambios constitucionales que en ella se producen. Un objetivo importante al comienzo del embarazo consiste en aprender a adaptarse a los cambios necesarios durante la gestación. Existe una serie de cambios precoces en las primeras semanas, que inducen a la mujer a pensar que se encuentra embarazada; entre ellos hay que destacar: la pérdida del período menstrual, sensación de sopor, mareos matutinos y cambios en las mamas que se preparan para la producción de leche. Las areolas adquieren mayor relieve, se hace más evidente la red de vasos sanguíneos de las mamas y se encuentran hipersensibles y más pesadas (12).

Una vez que el embarazo se confirma, la mujer comienza a tener conciencia de su propio aspecto, teme que se produzcan modificaciones inalterables, como obesidad y estrías. El segundo trimestre es considerado el de la tranquilidad.

La experiencia más importante de este período es la percepción de los movimientos fetales a partir de los tres meses y medio de gestación. La relación madre-hijo se sitúa más allá de una simple apreciación abstracta de lo que está sucediendo intra-abdominalmente, permitiendo la clara percepción del desarrollo de un individuo independiente. La actividad por parte del feto supone no sólo que el embarazo es real sino también la justificación gratificante en contra de la deformidad del cuerpo. En cuanto a los cambios emo-

cionales durante el embarazo, sabemos que durante el primer trimestre, ocurren fenómenos biológicos como son la anidación y la embriogénesis, las cuales están acompañados de gran actividad hormonal.

La aparición de fenómenos desagradables, que con frecuencia pueden hacer acto de presencia en esta fase de la gestación (debilidad física, náuseas, vómitos, sialorrea), obligan a la mujer embarazada a restringir su actividad y como consecuencia provocan sentimientos de rechazo hacia el embarazo como hacia el propio niño, sentimientos que pueden verse reforzados por el temor ante las nuevas tareas y responsabilidades que se desprenden de la nueva situación.

Como consecuencia de estos cambios fisiológicos las mujeres reaccionan de forma confusa, con sentimientos y sensaciones que no pueden comprender, influenciando en el estado emocional (14). Entre los cambios emocionales que se presentan están: expectativas de la función personal (planes profesionales, libertad personal, sensación de comenzar a ser una "verdadera" mujer, etcétera), conformación corporal y las relaciones con el entorno.

La adaptación a estos cambios exige un gasto importante de energía. El centro de atención de la mujer en este momento es ella misma y la significación que esas modificaciones tendrán para ella como madre y como individuo. Debido a las importantes y difíciles adaptaciones a que deben enfrentarse durante el comienzo del embarazo, la mayoría de las mujeres afirma inicialmente que no se encuentran muy satisfechas de estar embarazadas; sin embargo, en un nuevo interrogatorio posterior, el 80% responde que se sienten felices (15).

Durante este período inicial del embarazo es de gran importancia la formación de una identidad maternal única y personal. Esto es sumamente importante porque de él dependerán los sentimientos que sentirá sobre ella misma, como mujer y como madre en un futuro, lo que tiene grandes efectos sobre su ajuste psicológico al embarazo y a la maternidad.

Durante el segundo trimestre se pueden percibir los movimientos fetales, los cuales son una causa natural de alegría como indicadores de que el niño vive y el embarazo es real, pero también pueden despertar sentimientos hostiles de temor y destrucción. Es precisamente la movilidad del feto la que advierte a la madre que algún día el niño será parte del mundo externo, agilizando así la preocupación por una separación futura.

Durante este período suelen presentarse mecanismos maníacos: la ensoñación y las fantasías de un hijo hermoso, son el refugio habitual que permite la prosecución del embarazo y se basan en el instinto maternal. Cuando estos mecanismos mencionados son exagerados, pueden dar lugar a una intensa actividad por parte de la embarazada. La exageración de los mecanismos maníacos, así como diversas conductas masoquistas, constituye una defensa ante el gran temor que toda embarazada tiene de que su hijo pueda no ser normal. La ansiedad consciente se presenta como temor a las malformaciones, miedo a morir en el parto, angustia a ver deformarse el propio cuerpo y poder quedarse así. Las mujeres dejan de sentirse atractivas, temen la infidelidad de la pareja y la libido sexual disminuye.

Durante el tercer trimestre, el último mes de embarazo suele considerarse como un período difícil. A partir del séptimo mes puede producirse la versión interna, en la que el niño se coloca cabeza abajo a la entrada del canal del parto. La percepción de estos movimientos provoca una gran ansiedad, que de forma inconsciente se manifiesta en diversas expresiones psíquicas y somáticas. La sensación más clara, de manera consciente, de este estado de ansiedad, es la de que algo extraño está pasando.

Semejante crisis de ansiedad, debida a la percepción de la versión interna, puede desencadenar diversos trastornos orgánicos: vómitos, diarrea, estreñimiento, calambres, excesivo aumento de peso, lipotimias, entre otros trastornos. El niño crece rápidamente y la embarazada experimenta mayor fatigabilidad y malestar. También en este momento puede deteriorarse la situación clínica de la gestante, apareciendo una mayor retención de líquidos, hipertensión y otros problemas médicos. En esta etapa, denominada de parto, muchas embarazadas presentan ansiedad importante. La mayoría de ellas nunca ha sufrido con anterioridad ese grado de ansiedad y difícilmente pueden controlarlo con eficacia. A pesar de esto, se sabe que los miedos, ansiedades y estrés son un elemento importante en la lucha emocional, necesaria para que la mujer gestante se enfrente con la realidad del parto y del niño que va a nacer.

Las posibles razones de esta mayor ansiedad, todas ellas respuestas fisiológicas y psicológicas normales del embarazo son las siguientes (15), (16):

- Un aumento en los cambios de humor, que la madre no puede explicar.

- Mayor irritabilidad, que suele alterar significativamente sus relaciones con los demás.
- Tendencia a la preocupación excesiva por problemas "insignificantes".
- Una preocupación clara por la salud y el bienestar del feto.
- Una disminución de la motilidad, junto a sensaciones de frustración por no poder efectuar ningún tipo de planes, debido a la inminencia del parto.

La ansiedad se puede clasificar en tres dimensiones (17):

- Ansiedad sobre el embarazo y nacimiento próximo.
- Ansiedad sobre el futuro cuidado del bebé.
- Sintomatología psiquiátrica.

Cuando la ansiedad se vuelve patológica también aparecen síntomas como depresión y angustia excesiva. Esto puede verse expresado en fetos con mayor actividad y retrasos en el parto. En estudios recientes de mujeres gestantes con ansiedad patológica, se han encontrado niveles prenatales maternos elevados de norepinefrina y niveles bajos de dopamina, así como niveles bajos de dopamina y serotonina en los neonatos.

También, los neonatos mostraban mayor actividad frontal derecha en el EEG y un tono vagal disminuido (18). Además, se encuentran niveles elevados de corticotropina en mujeres gestantes bajo estrés excesivo, lo cual puede tener efectos inmunomodulatorios que repercutan haciéndola propensa a infecciones (19).

En el noveno mes, aparecen nuevas modificaciones fisiológicas, las contracciones uterinas son cada vez más frecuentes y el cuerpo tiene que adaptarse de nuevo al volumen y dimensiones que el vientre va adquiriendo. La situación de angustia que vive la embarazada en esta última fase de la gestación, puede expresarse mediante diversas somatizaciones: lumbalgia, palpitaciones, insomnio, mayor nerviosismo e hiperactividad, etc.

El tercer trimestre supone una preparación y un aprendizaje de la mujer para adaptarse a la separación de su amado e idealizado hijo interno y de esa manera reconstruir su amor maternal para su hijo independiente.

### Material y métodos

El tipo de estudio es observacional analítico, retrospectivo parcial y transversal, y responde a un diseño correlacional.

Se ha considerado a la población de mujeres gestantes del Cono Sur de Lima Metropolitana que asistieron a la consulta externa en el Hospital Manuel Barreto, ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores, en los meses de setiembre a noviembre del año 2003.

La muestra de estudio ha estado conformado por 138 mujeres gestantes, teniendo las siguientes características: edad promedio 24 años, promedio de meses de embarazo siete meses y el promedio del número de embarazos 2 (ver Tabla N° 1).

**TABLA 1: PROMEDIOS DE EDAD, MESES DE EMBARAZOS Y NUMERO DE EMBARAZOS EN MUJERES GESTANTES (n=127)**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip.
EDAD (años)	15	38	24.01	5.47
MESES DE EMBARAZO	2	9	6.72	1.82
NUMERO DE EMBARAZOS	1	8	1.89	1.07

Las variables a medir que se han considerado han sido las siguientes: Conducta alimentaria, Auto-percepción corporal y Estado emocional.

Para la presente investigación, se elaboró un cuestionario de 36 preguntas, teniendo en consideración los objetivos del estudio, dando origen al instrumento

preliminar, para ello se utilizó una tabla de especificaciones. Posteriormente se procedió a validar el instrumento, empezando con la validez de contenido en base a criterio de expertos, para ello se consultó a tres especialistas en temas nutricionales y ginecológicos.

El nivel de concordancia de las opiniones de los expertos respecto a que el cuestionario estaba midiendo las tres variables fue alta. Posteriormente se procedió a realizar el estudio piloto, para analizar la validez y confiabilidad del cuestionario, encontrando que más del 90% de los ítems eran válidos, asimismo se observó un nivel de confiabilidad aceptable. Finalizado el estudio piloto se elaboró el instrumento definitivo, para su aplicación en la muestra representativa.

Luego del trabajo de campo, los datos fueron procesados en una base de datos, para luego ser analizados estadísticamente con el paquete SPSS versión 11, realizando los siguientes análisis:

- Obtención de frecuencias y porcentajes en los datos cualitativos.
- Relación de variables cualitativas con la prueba chi-cuadrado.
- Uso de la regresión logística para encontrar variables predictoras.

## Resultados

Se han dado cambios en la conducta alimentaria, en forma homogénea en los diferentes trimestres, a excepción de cambios en las "ganas" de comer algún alimento donde hubo diferencias significativas siendo mayor en el primer trimestre (100%), seguido del segundo trimestre (93%) y tercer trimestre (73%), ( $p < 0.01$ , ver Tabla N° 2).

**TABLA 2: CAMBIOS EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LAS MUJERES GESTANTES SEGÚN TRIMESTRE (n=127)**

CARACTERÍSTICAS	TRIMESTRE			TOTAL (n=127)
	I (n=29)	II (n=41)	III (n=57)	
Ha notado algún cambio en la preferencia de algún tipo de alimento	77.80%	82.90%	76.60%	78.70%
Ha notado algún cambio en el rechazo de algún tipo de alimento	88.90%	75.60%	79.20%	78.70%
Ha dejado de consumir los alimentos que le llamaban la atención	100.00%	65.90%	67.50%	69.30%
<b>Ha notado algún cambio en sus "ganas" de comer algún alimento**</b>	<b>100.00%</b>	<b>92.70%</b>	<b>72.70%</b>	<b>81.10%</b>
Se le ha presentado algún antojo especial de algún alimento	66.70%	87.80%	79.20%	81.10%
Ha variado la cantidad de consumo de alimentos	100.00%	90.20%	77.90%	83.50%
Ha variado la frecuencia de consumo de alimentos	88.90%	75.60%	75.30%	76.40%
Consume algún alimento entre las tres comidas	66.70%	78.00%	72.70%	74.00%
Ha notado algún cambio al saborear los alimentos	88.90%	63.40%	66.20%	66.90%
Ha notado usted alguna preferencia al oler algún tipo de alimento	66.70%	75.60%	71.40%	72.40%
Ha variado su preferencia al observar algún alimento	77.80%	68.30%	62.30%	65.40%
Ha variado su preferencia al observar los colores de los alimentos	44.40%	53.70%	55.80%	54.30%

\*\* $p < 0,01$

Los cambios en la conducta alimentaria han sido homogéneos, tanto en nulíparas-primíparas y múltiparas, a excepción en la cantidad de consumo de ali-

mentos, donde hay diferencias significativas, siendo mayor en nulíparas-primíparas (91%), seguido de las múltiparas (78%), ( $p < 0.05$ , ver tabla 3).

**TABLA 3: CAMBIOS EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LAS MUJERES GESTANTES SEGÚN PARIDAD (n=127)**

CARACTERÍSTICAS	PARIDAD		
	NULIPARA-PRIMIPARA (n=56)	MULTIPARA (n=71)	TOTAL (n=127)
Ha notado algún cambio en la preferencia de algún tipo de alimento	74.50%	81.70%	78.70%
Ha notado algún cambio en el rechazo de algún tipo de alimento	80.00%	77.50%	78.70%
Ha dejado de consumir los alimentos que le llamaban la atención	69.10%	70.40%	69.30%
Ha notado algún cambio en sus ganas de comer algún alimento	76.40%	84.50%	81.10%
Se le ha presentado algún antojo especial de algún alimento	80.00%	81.70%	81.10%
<b>Ha variado la cantidad de consumo de alimentos*</b>	<b>90.90%</b>	<b>77.50%</b>	<b>83.50%</b>
Ha variado la frecuencia de consumo de alimentos	83.60%	70.40%	76.40%
Consume algún alimento entre las tres comidas	74.50%	73.20%	74.00%
Ha notado algún cambio al saborear los alimentos	61.80%	71.80%	66.90%
Ha notado usted alguna preferencia al oler algún tipo de alimento	69.10%	76.10%	72.40%
Ha variado su preferencia al observar algún alimento	58.20%	70.40%	65.40%
Ha variado su preferencia al observar los colores de los alimentos	50.90%	57.70%	54.30%

\* $p < 0,05$

Hubo diferencias significativas en la preferencia de algún alimento, siendo mayor en las gestantes que refirieron haber tenido ciclo menstrual regular (87%) que aquellas con ciclo menstrual irregular (67%). Asimismo se encontró diferencias significativas en el rechazo de algún alimento, siendo mayor en las gestantes que indicaron haber tenido ciclo menstrual

regular (84%) que aquellas con ciclo menstrual irregular (71%). También se observó cambios en la preferencia al observar los colores de los alimentos, siendo mayor en las mujeres que refirieron ciclo menstrual regular (63%) que aquellas con ciclo menstrual irregular (41%), ( $p < 0.05$ , ver tabla 4).

**TABLA 4: CAMBIOS EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LAS MUJERES GESTANTES SEGÚN CICLO MENSTRUAL (n=127)**

CARACTERISTICAS	CICLO MENSTRUAL		TOTAL (n=127)
	REGULAR (n=76)	IRREGULAR (n=51)	
Ha notado algún cambio en la preferencia de algún tipo de alimento**	86.80%	66.70%	78.70%
Ha notado algún cambio en el rechazo de algún tipo de alimento*	84.20%	70.60%	78.70%
Ha dejado de consumir los alimentos que le llamaban la atención	72.40%	64.70%	69.30%
Ha notado algún cambio en sus ganas de comer algún alimento	84.20%	76.50%	81.10%
Se le ha presentado algún antojo especial de algún alimento	84.20%	76.50%	81.10%
Ha variado la cantidad de consumo de alimentos	85.50%	80.40%	83.50%
Ha variado la frecuencia de consumo de alimentos	73.70%	80.40%	76.40%
Consume algún alimento entre las tres comidas	77.60%	68.60%	74.00%
Ha notado algún cambio al saborear los alimentos	65.80%	68.60%	66.90%
Ha notado usted alguna preferencia al oler algún tipo de alimento	76.30%	66.70%	72.40%
Ha variado su preferencia al observar algún alimento	67.10%	62.70%	65.40%
<b>Ha variado su preferencia al observar los colores de los alimentos**</b>	<b>63.20%</b>	<b>41.20%</b>	<b>54.30%</b>

\*p<0,05

\*\*p<0,01

En lo que se refiere a los cambios en la preferencia de sabores se observó durante el embarazo una disminución en la preferencia del dulce, pero un incremento en las preferencias de los sabores salado, amargo y ácido (ver Tabla N° 5).

Llama la atención que ha sido muy favorable la imagen corporal antes del embarazo, disminuyendo durante éste. Se debe indicar que hubo mayor preocupación por la dieta para mantener el cuerpo en el embarazo en gestantes que refirieron haber tenido ciclo menstrual regular (41%) que aquellas con ciclo menstrual irregular (26%), (p<0.05, ver Tabla N° 6 y N° 7).

**TABLA 5: CAMBIOS EN LA PREFERENCIA DE SABORES ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO (n=127)**

CARACTERISTICAS	n	%
<b>ANTES DEL EMBARAZO</b>		
Dulce	88	61.90%
Salado	36	22.20%
Amargo	4	2.40%
Acido	10	4.80%
<b>DURANTE EL EMBARAZO</b>		
Dulce	67	45.70%
Salado	43	26.00%
Amargo	6	4.70%
Acido	25	13.40%

\*Por opciones múltiples

**TABLA 6: CAMBIOS EN LA AUTOPERCEPCION CORPORAL DE LAS MUJERES GESTANTES SEGÚN TRIMESTRE (n=127)**

CARACTERISTICAS	TRIMESTRE			TOTAL (n=127)
	I (n=29)	II (n=41)	III (n=57)	
Antes del embarazo le gustaba su cuerpo	88.90%	95.10%	85.70%	89.00%
Actualmente le agrada su cuerpo	66.70%	73.20%	71.40%	71.70%
Ha variado su dieta para mantener el cuerpo en el embarazo	33.30%	24.40%	40.30%	34.60%

\*p<0,05

**TABLA 7: CAMBIOS EN LA AUTOPERCEPCION CORPORAL DE LAS MUJERES GESTANTES SEGÚN CICLO MENSTRUAL (n=127)**

CARACTERISTICAS	CICLO MENSTRUAL		TOTAL (n=127)
	REGULAR (n=76)	IRREGULAR (n=51)	
Antes del embarazo le gustaba su cuerpo	90.80%	86.30%	89.00%
Actualmente le agrada su cuerpo	76.30%	64.70%	71.70%
Ha variado su dieta para mantener el cuerpo en el embarazo*	40.80%	25.50%	34.60%

\*p<0,05

Analizando el estado emocional se encontró diferencias significativas según grado de instrucción, siendo mayor el cambio emocional en aquellas que tenían menores grados de instrucción. Se observa que los cambios de la conducta emocional se relacionan en

forma significativa con los meses de embarazo de la mujer gestante ( $p<0.05$ ). Lo que indica que a medida que se incrementan los meses de embarazo mayores son los cambios en la conducta emocional (ver tablas 8 y 9).

**TABLA 8: CAMBIOS EN LA CONDUCTA EMOCIONAL SEGÚN INFORMACION DEMOGRAFICA (n=127)**

		n	Media	DS
EDAD	15-20	42	4.43	1.86
	21-25	34	4.29	2.05
	26-30	35	4.11	1.78
	>30	15	3.93	2.34
LUGAR	Urbana	83	4.25	1.96
RESIDENCIA	Rural	23	4.26	1.79
	Urbana-rural	17	4.18	2.16
INSTRUCCIÓN*	Primaria	17	4.76	1.86
	Secundaria	78	4.44	1.81
	Técnica	15	3.80	2.04
	Superior	16	3.19	2.23
ESTADO	Soltera	27	4.89	1.99
CIVIL	Casada	34	4.18	2.01
	Conviviente	62	4.03	1.80
	Separada	3	3.67	3.21
RELIGION	Católica	111	4.26	1.89
	No católica	15	4.13	2.33

\*p<0,05

**TABLA 9: ANALISIS DE CORRELACION ENTRE CAMBIO DE CONDUCTA EMOCIONAL CON EDAD, MESES DE EMBARAZO Y NUMERO DE EMBARAZOS (n=127)**

	EDAD	MESES	EMBARAZO
CAMBIOS EN LA CONDUCTA EMOCIONAL	r=-0.06 p=0.24	r=0.18 p=0.04*	r=-0.13 p=0.06

\*p<0,05

Se han observado diferencias porcentuales en algunas preocupaciones personales según referencia del ciclo menstrual, especialmente en la "contracepción después del parto" y "pérdida del atractivo físico", siendo mayor estas preocupaciones en las mujeres que refi-

rieron haber tenido ciclo menstrual regular. Respecto a "defectos hereditarios del niño" y "la forma como cambia el vientre" es mayor la preocupación en las mujeres que refirieron ciclo menstrual irregular (ver Tabla N° 10).

**TABLA 10: PREOCUPACIONES PERSONALES DE LAS MUJERES GESTANTES  
SEGÚN CICLO MENSTRUAL  
(n=127)**

CARACTERISTICAS	CICLO MENSTRUAL		TOTAL (n=127)
	REGULAR (n=76)	IRREGULAR (n=51)	
La salud y normalidad del feto	100.00%	100.00%	100.00%
Condición del recién nacido en el momento del parto	100.00%	98.00%	99.20%
<b>Contracepción después del parto*</b>	<b>94.70%</b>	<b>83.70%</b>	<b>90.40%</b>
<b>Pérdida del atractivo físico*</b>	<b>77.60%</b>	<b>62.70%</b>	<b>71.70%</b>
Cuidado médico del parto	94.70%	88.20%	92.10%
Uso de anestesia en el trabajo del parto	78.90%	74.50%	77.20%
Efecto de las medicinas en el trabajo de parto	80.30%	88.20%	83.50%
<b>Defectos hereditarios del niño**</b>	<b>52.60%</b>	<b>77.60%</b>	<b>62.40%</b>
<b>La forma como cambia el vientre*</b>	<b>53.90%</b>	<b>70.00%</b>	<b>60.30%</b>
El cambio físico de las mamas	67.10%	68.00%	67.50%

\*p<0,05

\*\*p<0,01

Sobre la base del análisis de regresión múltiple se ha demostrado que los cambios en el estado emocional y auto-percepción corporal son buenos predictores de los cambios en la conducta alimentaria (ver Tabla N° 11).

**TABLA 11: RESULTADO FINAL DEL ANALISIS DE REGRESION MULTIPLE CONSIDERANDO  
COMO VARIABLE DEPENDIENTE: CONDUCTA ALIMENTARIA  
(n=127)**

VARIABLES	B	T	p
ESTADO EMOCIONAL	0.273745	2.386	0.0185
AUTOPERCEPCION CORPORAL	0.533114	2.611	0.0101
(Constant)	6.401158	9.378	0.0000

## Discusión

El presente estudio confirma las características demográficas de las mujeres gestantes en nuestro país, una población joven, en edad fértil y con altos índices de natalidad.

En cuanto a las "ganas" de ingerir alimentos se observó que el cambio más significativo lo presentaron las mujeres gestantes en el primer trimestre de embarazo, disminuyendo en los siguientes. Esto se explica por los requerimientos energéticos de cada trimestre, que son mayores durante el primer trimestre.

En este sentido, las mujeres nulíparas-primíparas ingerirían mayor cantidad de alimentos que las gestantes múltiparas, esto podemos explicarlo por la influencia de factores contextuales siendo uno ellos la preocupación por el bienestar de la futura nueva madre. Existen diferencias estadísticamente significativas en el rechazo y preferencia de alimentos según referencia de ciclo menstrual, siendo mayor en gestantes con ciclo regular.

Estas variaciones se pueden explicar por la influencia de cambios hormonales, donde sería mayor la percepción de estos cambios, en mujeres con ciclo menstrual regular, lo cual influiría en diferentes aspectos entre ellos el rechazo y/o preferencia de alimentos.

En cuanto a la percepción de los sabores se evidencia que existe una disminución por la preferencia en el sabor dulce, a la vez que se incrementa la preferencia por los alimentos salados, amargo y ácido, lo cual confirma lo mencionado por la literatura. Lo nuevo está en las variaciones del sabor dulce, lo cual tiene que ser confirmada por otros estudios (3).

Respecto a la auto-percepción corporal, en el tercer trimestre se observó que las mujeres gestantes presentaron mayor preocupación por su figura y recuperación de la figura pre-gestacional. Esto difiere de las investigaciones anteriores donde se indica que en el primer trimestre existen mayores preocupaciones por la percepción corporal influenciado por variables psicológicas, sociales y somáticas. De otro lado, las mujeres que presentaron ciclos menstruales regulares han tenido mayor preocupación por mantener su figura antes y durante la gestación, lo cual estaría influenciado probablemente por cambios hormonales (5).

En cuanto a la conducta emocional (preocupaciones y ansiedad) se observó que una variable de cambio impor-

tante fue el grado de instrucción; a menor instrucción se percibían cambios más significativos. Es una variable importante, debido a que nuestro país tiene un alto porcentaje de mujeres con bajo grado de instrucción. Podemos inferir que estos cambios emocionales pueden ser controlados o manejados a través de una educación preventiva e información para las mujeres.

Los cambios en el estado emocional son homogéneos respecto a la paridad, trimestre o ciclo menstrual. Se observan diferencias en las preocupaciones personales respecto al embarazo, parto e imagen corporal, donde las gestantes que refirieron ciclo menstrual regular han tenido mayor preocupación por la contracepción después del parto y pérdida del atractivo físico. Y en las gestantes que indicaron ciclo menstrual irregular hubo mayor preocupación respecto a defectos hereditarios y la forma como cambia el vientre.

Finalmente se demuestra que los cambios en el estado emocional y auto percepción corporal son buenos predictores de los cambios en la conducta alimentaria.

## Conclusiones

1. Los cambios en el estado emocional y auto-percepción corporal son buenos predictores de los cambios en la conducta alimentaria.
2. Se han dado cambios en la conducta alimentaria siendo homogéneas según los meses de embarazo.
3. Se observó mayores cambios de la conducta alimentaria en gestantes que refirieron haber tenido ciclo menstrual regular.
4. Hubo mejor auto-percepción corporal antes del embarazo que durante el embarazo.
5. Hay diferencias en las preocupaciones personales por el embarazo, parto e imagen corporal según referencia de ciclo menstrual.

## Agradecimientos

A las señoras licenciadas en Obstetricia que laboran en el CSMI Manuel Barreto SJM.

**Rosa Falconí**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Universidad de San Martín de Porres**

## Referencias bibliográficas

1. FAJEN, C.  
Nutrición durante el embarazo y lactación. En: Nutrición y Dieroterapia de Krause. McGraw-Hill, México; 2001.
2. SAVOVIC, S.; NINCIC, D.; LEMAJIC, S.; PILIJA, V.; MANDIC, A.; RAJOVIC, J.; IVETIC, V.  
Olfactory perception in women with physiologically altered hormonal status (during pregnancy and menopause). *Med Pregl.* Sep-Oct; 55 (9-10):380-3; 2002.
3. KOLBLE, N.; HUMMEL, T.; VON MERING, R.; HUCH, A.; HUCH, R.  
Gustatory and olfactory function in the first trimestre of pregnancy. Unit of Perinatal Physiology, Department of Obstetrics, University Hospital, Frauenklinikstr, Zurich, Switzerland. *Eur J Obstet Gynecol Biol.* Dec 1;99; 2001.
4. KUGA, M.  
A study of changes in gustatory sense during pregnancy. Department of Otorhinolaryngology, Nihon University School of Medicine; Tokyo. *Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiko.* Sep;99 (9):1208-1217; 1996.
5. KUGA, M.; IKEDA, M.; SUZUKY, K.; TAKEUCHI, S.  
Changes in gustatory sense during pregnancy". Department of Otorhinolaryngology, Nihon University School of Medicine; Tokyo, Japan. *Acta Otolaryngol Suppl.* (546): 146-53; 2002.
6. DUFFY, V.B.; BARTOSHUK, L.M.; STRIEGEL-MOORE, R.; RODIN, J.  
Taste changes across pregnancy. University of Connecticut, Storrs 06269, USA. *Ann N Y Acad Sci.* Nov 30;855:805-809; 1998.
7. Clinical References Systems.  
Diet during pregnancy. Annual, Pág. 629; 2001.
8. BAYLEY, T.M.; DYE, L.; JONES, S.; DEBONO, M.; HILL, A.J.  
Food cravings and aversions during pregnancy: relationships with nausea and vomiting. *Appetite.* Feb;38 (1):45-51; 2002.
9. MELENDER, H.L.; LAURI, S.  
Fears associated with pregnancy and childbirth-experiences of women who have recently given birth. Department of Nursing, University of Turku, Finland. *Midwifery.* Sep;15 (3):177-182; 1999.
10. ABRAHAM, S.; KING, W.; LLEWELLYN-JONES, D.  
Attitudes to body weight, weight gain and eating behavior in pregnancy. Department of Obstetrics and Gynecology. University of Sydney, NSW, Australia, 1994. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* Dec; 15 (4): 189-95; 1994.
11. SIFTON, D.  
The changes to make when you are pregnant. Editor in Chief. Montvale, NJ. The PDR Family Guide to Nutrition and Health. [www.galenet.galegroup.com/servlet/HWRC](http://www.galenet.galegroup.com/servlet/HWRC); 2001.
12. BARTOSIKOVA, Z.; TYRLIK, M.  
Perception of changes in body weight during pregnancy. *Ceska Gynekol.* Mar 67 (2): 65-71; 2002.
13. BOSCAGLIA, N.; SKOUTERIS, H.; WERTHEIM, E.H.  
Changes in body image satisfaction during pregnancy: a comparison of high exercising and low exercising women. La Trobe University, Bundoora, Victoria, Australia. *Aust NZ J Obstet Gynaecol.* Feb;43 (1): 45-5; 2003.
14. BORREGO, O.  
Distorsión de la imagen corporal y ansiedad y depresión en el embarazo. *Psicopatología.* 17: 2º 75-78; Madrid; 1997.
16. STANDLEY, K.; SOULE, B.; COPANS, S.A.  
Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol.* Sep 1; 135 (1): 22-6; 1979.

17. FIELD, T.; DIEGO, M.; HERNANDEZ-REIF, M.; SCHANBERG, S.; KUHN, C.; YANDO, R.; BENDELL, D.T.  
Pregnancy anxiety and comorbide depression and anger: Effects on the fetus and neonate. Research Institutes, Departments of Pediatrics, University of Miami School of Medicine, USA. *Depress Anxiety*. 17 (3): 140-51. 2003.
18. HOBEL, C.; CULHANE, J.  
Role of psychosocial and nutritional stress on poor pregnancy outcome. Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Maternal-Fetal Medicine. The Burns and Allen Research Institute, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, CA 90048, USA. *J Nutr*. May; 133 (5 Suppl 2): 1709S-1717S; 2003.