

Intervenciones psicoeducativas para reducir factores psicosociales y controlar el peso en mujeres embarazadas

Psychoeducational interventions to control weight gain in pregnant women

Intervenções psicoeducativas para reduzir fatores psicossociais e controle de peso em mulheres grávidas

Elizabeth Guzmán Ortiz¹, Yolanda Flores Peña², Rosario Edith Ortiz Félix³,
Velia Margarita Cárdenas Villarreal⁴

RESUMEN

Objetivo: identificar las intervenciones psicoeducativas (IP) dirigidas a reducir factores psicosociales (ansiedad, depresión, estrés, imagen corporal, autoestima y apoyo social) y controlar el aumento de peso en mujeres embarazadas. **Método:** revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados y estudios cuasi-experimentales consultado en las bases de datos de PubMed, Academic Search Complete, Medline, Web of Science, Ovid, ScienceDirect, Wiley Online Library y Scopus. **Resultados:** se incluyeron 4 estudios publicados entre el 2000 y 2016. Las IP que incluyen algún componente psicoeducativo como: psicoterapia, entrevista motivacional, establecimiento de objetivos y resolución de problemas junto con asesoramiento en conductas como alimentación saludable y actividad física, tienen un efecto significativo en disminuir la depresión y ansiedad, y a la vez mejoran el control del peso gestacional. Las IP dirigidas al estrés, autoestima, imagen corporal y apoyo social no mostraron efecto significativo para mejorar estas condiciones ni para el control de peso gestacional. **Conclusión:** se debe considerar componentes psicoeducativos, aunado con terapias complementarias para reducir los factores psicológicos y GPG. Se necesitan más investigaciones para identificar la detección de estos síntomas. **Descriptor:** Embarazo; Programas de Reducción de Peso; Revisión.

¹Estudiante de doctorado en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León, México. E-mail: eliza_8_9@hotmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-4944-0600>

²Doctor en Enfermería. Docente Investigador. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Monterrey, Nuevo León, México. E-mail: yolandaflores.uanl@gmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-6200-6553>

³Doctor en Enfermería. Docente Investigador. Universidad Autónoma de Sinaloa Escuela Superior de Enfermería Los Mochis. Sinaloa, México. E-mail: edithof51@hotmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-5827-3218>

⁴Doctor en Enfermería. Docente Investigador. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Monterrey, Nuevo León, México. E-mail: velia.cardenasvl@uanl.edu.mx ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-9315-3193> Autor principal - dirección de envío: Ave. Gonzalitos 1500 nte CP 64460 Monterrey Nuevo León, México .

ABSTRACT

Objective: Identify psychoeducational interventions (PI) aimed at reducing psychosocial factors (anxiety, depression, stress, body image, self-esteem and social support) and controlling weight gain in pregnant women. **Method:** Systematic review of randomized clinical trials and quasi-experimental studies consulted in the databases of PubMed, Academic Search Complete, Medline, Web of Science, Ovid, ScienceDirect, Wiley Online Library and Scopus. **Results:** We include four studies published between el 2000 y 2016. The PIs that include some psychoeducational component such as: psychotherapy, motivational interview, goal setting and problem solving together with counseling on behaviors such as healthy eating and physical activity, have a significant effect in reducing depression and anxiety, and at the same time improve the control of gestational weight. The PIs aimed at stress, self-esteem, body image and social support showed no significant effect to improve these conditions or for the control of gestational weight. **Conclusion:** psychoeducational components should be considered, combined with complementary therapies to reduce psychological factors and GPG. More research is needed to identify the detection of these symptoms.

Descriptors: Pregnancy; Weight Reduction Programs; Review.

RESUMO

Objetivo: Identificar intervenções psicoeducativas (IP) voltadas à redução de fatores psicossociais (ansiedade, depressão, estresse, imagem corporal, autoestima e suporte social) e controle do ganho de peso em gestantes. **Método:** Revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados e estudos quase-experimentais consultados nas bases de dados de PubMed, Academic Search Complete, Medline, Web of Science, Ovid, ScienceDirect, Wiley Online Library e Scopus. **Resultados:** Quatro estudos publicados entre 2000 e 2016. IP incluindo um componente psicoeducacional como incluído: psicoterapia, entrevista motivacional, estabelecimento de metas e resolução de problemas, juntamente com conselhos sobre comportamentos, como alimentação saudável e atividade física, têm um efeito significativo na diminuição depressão e ansiedade e, ao mesmo tempo, melhorar o controle do peso gestacional. Os IPs voltados ao estresse, autoestima, imagem corporal e suporte social não apresentaram efeito significativo para melhorar essas condições ou para o controle do peso gestacional. **Conclusão:** os componentes psicoeducacionais devem ser considerados, combinados com terapias complementares para reduzir fatores psicológicos e GPG. Mais pesquisas são necessárias para identificar a detecção desses sintomas.

Descritores: Gravidez; Programas de Redução de Peso; Revisão.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de sobrepeso (SP) y obesidad (OB) en mujeres en edad reproductiva es alta, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, por lo que éstas mujeres inician el embarazo con SP-OB¹. La OB pregestacional y la ganancia excesiva de peso durante el embarazo se reconocen como factores de riesgo para la madre y el hijo.

Entre las complicaciones maternas se encuentran: diabetes gestacional, preeclampsia, hemorragias, parto por cesárea, infecciones y retención de peso en el posparto, en el hijo se pueden presentar defectos en el tubo neural, alteraciones cardíacas, macrosomía y mayor riesgo de muerte neonatal^{2,3}.

El Instituto de Medicina (IOM) recomienda que una mujer que inicia embarazo con peso normal debe aumentar de 11 a 16 kgs durante el embarazo, sin embargo, aproximadamente el 50% de las mujeres que se embarazan, no cumple esta recomendación^{1,4}. Por lo que reducir la prevalencia de OB materna podría reducir los eventos adversos y de mortalidad materno-infantil⁵.

La Organización Mundial de la Salud y el IOM han resaltado la importancia de desarrollar intervenciones para promover una ganancia de peso gestacional (GPG) recomendable^{6,7}. Las intervenciones durante el embarazo se han enfocado principalmente a promover cambios en el estilo de vida, específicamente en alimentación y actividad física y no han reportado ser exitosas para lograr una GPG adecuada^{8,9}.

Revisiones sistemáticas realizadas previamente, indican que factores psicosociales como: ansiedad, depresión, estrés, actitud negativa hacia la imagen corporal, autoestima y apoyo social, tienen relación directa con la GPG excesiva^{10,11}. Sin embargo, estas revisiones solo han incluido estudios observacionales y cualitativos en idioma inglés realizados en países desarrollados.

Por otra parte, se ha señalado la importancia de incluir factores psicosociales en las intervenciones dirigidas al control de la GPG¹² como una forma de contribuir a su explicación. De acuerdo a Cummings y Cummings¹³ las IP incluyen: educación de carácter informativo, así como estrategias cognitivo-conductuales o programas de autocuidado, las cuales han demostrado ser

efectivas en población adulta¹⁴ de acuerdo a lo anterior y dada la importancia del controlar la GPG y proponer alternativas de promoción de la salud para lograr una GPG saludable, se realizó esta revisión sistemática con el objetivo de examinar la evidencia disponible respecto a IP dirigidas a reducir factores psicosociales y controlar la GPG.

MÉTODOS

La presente revisión sistemática se realizó de acuerdo a lo propuesto por Copper¹⁵. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados y cuasi-experimentales, publicados durante el período 2000-2016 en idioma Inglés, Portugués y Español, en los cuales participaron mujeres embarazadas mayores de 18 años, que hayan aplicado intervenciones con algún componente psicoeducativo y evaluado algún factor psicosocial (autoestima, ansiedad, depresión, estrés psicológico, actitud hacia la imagen corporal y apoyo social) para la prevención y reducción de GPG, protocolos de investigación, análisis secundarios y estudios realizados en participantes con riesgo alto (diabetes gestacional, preeclampsia, entre otros) no fueron considerados.

La búsqueda de la información se realizó de acuerdo a la estrategia PICO¹⁶. Población (Mujeres embarazadas), Intervenciones (Intervenciones psicoeducativas), Comparación (Grupo control), Outcome-Resultado (GPG, autoestima, ansiedad, depresión, estrés psicológico, actitud hacia la imagen corporal y apoyo social), además la pregunta que guió la búsqueda fue: ¿Cuál es el impacto de las IP en los síntomas psicosociales y GPG?

La búsqueda se realizó en ocho bases de datos: PubMed, Academic Search Complete, Medline, Web of Science, Ovid, ScienceDirect, Wiley Online Library y Scopus, utilizando palabras claves en inglés, portugués y español incluidas en el MESH y DeCS y operadores booleanos: “psychoeducational intervention”, “psychotherapy”, “cognitive behavioral therapy”, “weight gain”, “obesity”, “body weight changes” “self-esteem”, “anxiety”, “depression”, “stress”, “body image”, “social support” “pregnancy”, “pregnant women” (Tabla 1).

Tabla 1 - Estrategia de búsqueda.

<i>Términos Intervenciones psicoeducativas</i>	<i>Términos Peso gestacional</i>	<i>Términos Factores psicosociales</i>	<i>Términos Embarazo</i>	<i>Estrategia</i>
1 "psychoeducational intervention"	8 "weight gain"	12 "self-esteem"	17 "pregnancy"	19.- 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7
2 "psychoeducation"	9 "obesity"	13 "depression"	18 "pregnant women"	20. 8 OR 9 OR 10 OR 11
3 "psychotherapy"	10 "body weight changes"	14 "stress"		21. 12 OR 13 OR 14 OR 15 OR 16
4 "psychosocial"	11 "body mass index"	15 "body image"		22. 17 OR 18
5 "cognitive behavioral therapy"		16 "social support"		19 AND 20 AND 21 AND 22
6 "motivational interviewing"				
7 "behavioral therapies"				

Se identificaron 518 estudios, se eliminaron los duplicados y se realizó revisión por título y resumen, mediante el software EndNote versión X8. De acuerdo a lo anterior, se analizaron 22 artículos en texto completo y posteriormente, se eliminaron los estudios que no cumplieron con los criterios establecidos y finalmente solo cuatro estudios se incluyeron en la síntesis narrativa (Figura 1).

Se extrajeron datos relevantes de cada estudio, descritos en la tabla 2. Para la evaluación de la calidad de los estudios, se utilizó la plataforma Web versión 2.0 para fichas de lectura crítica para ensayos clínicos¹⁷ y la detección del riesgo de sesgo se basó en los criterios de la Colaboración Cochrane, 2011¹⁶, mismos que fueron confirmados por un revisor independiente (CV).

Mediante análisis cualitativo se identificaron las características de la IP, tales como: tipo de programa, tiempo de inicio, duración y frecuencia de sesiones y por análisis cuantitativo se calcularon medidas de tendencias central, como la media de edad de las participantes, tamaño de la muestra, características de la población, así como la comparación de promedios de GPG de las participantes en el grupo experimental y grupo control (Tabla 2).

Figura 1 - Diagrama de flujo acorde a la Declaración PRISMA.

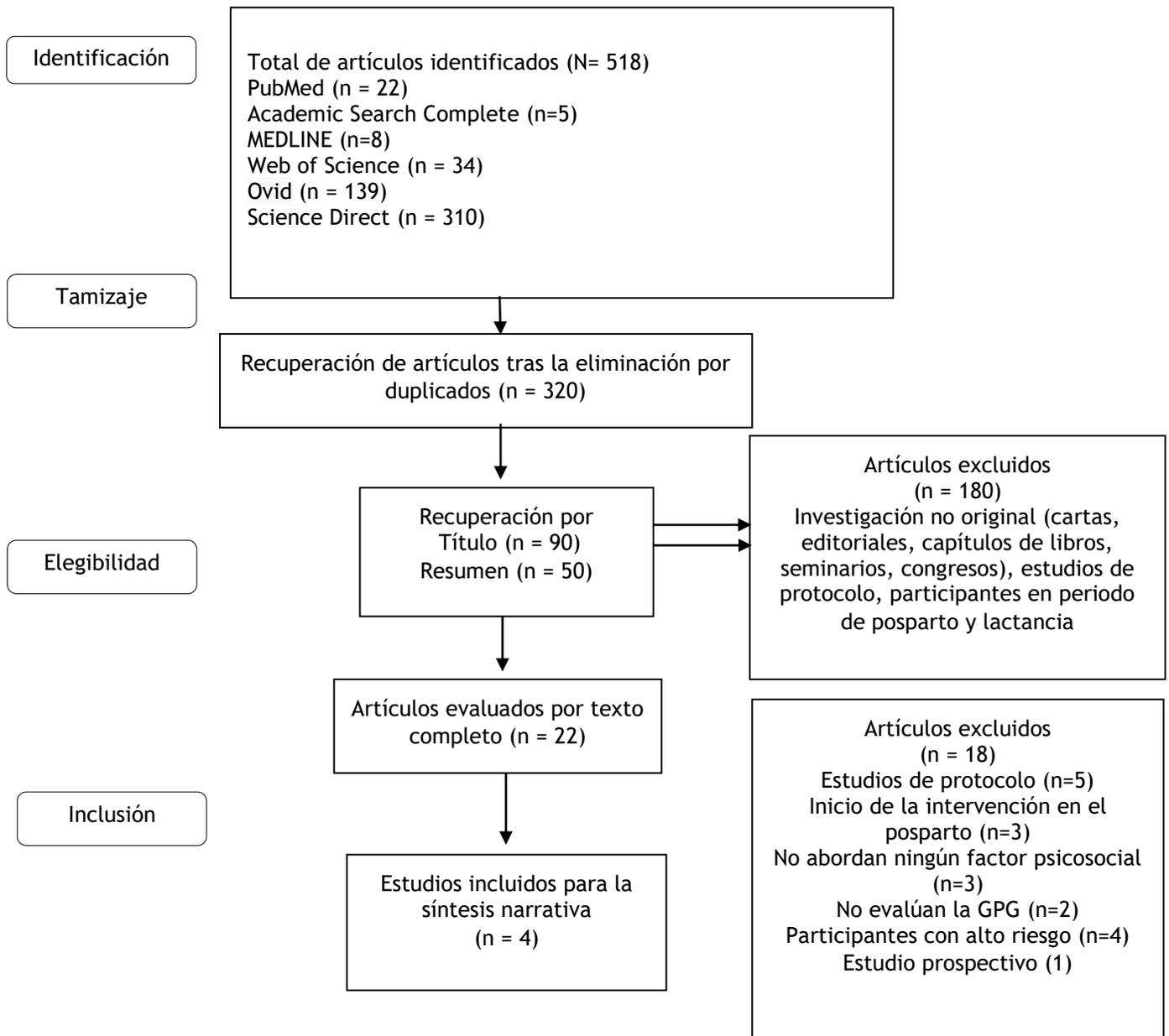


Tabla 2 - Síntesis de estudios incluidos.

Autor, Año, País y diseño de estudio	Población: Estado nutricio y Edad	Factores psicosociales	Medición de la ganancia de peso gestacional	Intervención			Resultados
				Componentes	Forma de entrega y facilitador	Duración y número de sesiones	
Huang et al., 2011 ¹⁸ Taiwán ECA	N= 189, n ₁ =61, n ₂ =64, n ₃ =64 Peso normal 31.5 años	-Estrés -Actitud hacia la imagen corporal -Depresión -Apoyo social percibido Evaluados en las 16 SDG y 6 meses posparto	Diferencia del peso inicial y al final del embarazo 6 meses posparto	GE ₁ : Conductas promotoras de salud (ON y AF) Establecimiento de metas y resolución de problemas GE ₂ : ON y AF GC: AR	Individual/ enfermería	GE1: 30-40 min 6 sesiones GE2: 30-40 min 3 sesiones	La GPG fue menor en el GE ₁ que en el GE ₂ y el GC (\bar{X} = 14.02, \bar{X} = 15.27 y \bar{X} = 16.22; F= 10.40, p<.001) respectivamente. Se encontró relación entre conductas promotoras de salud (F=9.13, p=.001 y F=3.10, p=.05) y los factores psicosociales: AEF en ON (F=9.13, p=.001), AEF en AF (F=3.10, p=.05) y AS (F=10.41, p= .001) con la GPG.
Bogaerts et al., 2013 ¹⁹ Bélgica ECA	N=197 n ₁ =76, n ₂ =58, n=63 OB 29 años	-Ansiedad -Depresión Evaluados en el primer, segundo y tercer trimestre	Diferencia entre IMCP y el IMC por trimestre	GE ₁ : ON y AF, entrevista motivacional GE ₂ : ON GC: AR	Grupal/ profesional de salud	GE1: 1.5-2 horas 4 sesiones	Se encontró reducción de GPG en el GE ₁ , GE ₂ en comparación con el GC (\bar{X} = 10.6, \bar{X} = 9.5 \bar{X} = 13.5, p= .007). Además disminución de síntomas de ansiedad en el GE ₁ (B = -1.68; p= .04).
Skouteris et al., 2016 ²⁰ Australia ECA	N=261 n ₁ =130 n ₂ =131 BP, PN, SP-OB 28.9 años	-Depresión -Ansiedad y estrés -Actitud hacia la imagen corporal Evaluados en la 16-18 SDG, 33 SDG y 2 meses posparto	Diferencia entre IMCP y el IMC al final del embarazo	GE: Conductas promotoras de salud, técnicas para control del estrés, estado ánimo e imagen corporal GC= AR	Individual, grupal y vía telefónica / profesional de salud	GE: 1-2 horas 6 sesiones	No hubo diferencia en la GPG entre el GE y GC (\bar{X} = 12.82 ± 6.66 vs. \bar{X} = 12.07 ± 6.76, p=.21). Además no se encontró relación entre la depresión, ansiedad, estrés y actitudes hacia la imagen corporal en el GE comparado con el GC.
Hill et al., 2016 Australia Cuasi-experimental ²¹	N=247 n ₁ =116, n ₂ =131 BP, PN, SP-OB 31.1 años	-Depresión -Actitud hacia la imagen corporal -Habilidades de afrontamiento emocional hacia el estrés -Motivación hacia la conducta de la dieta y actividad física Evaluados en la 13-18 SDG y 31- 35 SDG	Diferencia entre IMCP y el IMC hasta el final del embarazo, recomendaciones del IOM, 1990	GE ₁ : ON y AF Entrenamiento en salud con técnicas conductuales y entrevista motivacional GC ₂ = atención rutinaria	Individual, grupal y vía telefónica / profesional de salud	GE: 1-2 horas 6 sesiones	No hubo diferencia en la GPG entre el GE y GC (\bar{X} = 249 kg, F=9.13, IC 95% -1.64-2.14, p=.795) Hubo significancia en las habilidades activas de afrontamiento en el GE vs GC (\bar{X} = 11.73 VS \bar{X} = 11.15, F (1.235) = 4.881, p = .028). No hubo efecto en las actitudes hacia la imagen corporal y motivación (datos no reportados)

Nota: ECA=ensayo clínico aleatorizado; BP=bajo peso; PN= peso normal; SP-OB= sobrepeso-obesidad; SDG= semanas de gestación; IMCP= índice de masa corporal pregestacional; IMC=índice de masa corporal; GE=grupo experimental, GC= grupo control; ON= orientación nutricional, AR=atención rutinaria, AEF= autoeficacia, AF= actividad física, AS=apoyo social; GPG= ganancia de peso gestacional, n₁=sub población del grupo experimental, n_{2,3}= sub población del grupo control.

RESULTADOS

Se incluyeron cuatro estudios de los cuales tres fueron ensayos clínicos aleatorizados y uno cuasi-experimental, escritos en inglés, realizados en países desarrollados (Tabla 2), no se identificaron artículos escritos en español y portugués que se hubieran realizado en algún país de Latinoamérica. Los estudios reportan mediciones pretest y posttest, mismas que fueron calificadas de media a alta calidad, con bajo riesgo de sesgo. El número de participantes en los estudios analizados fue 894. El tamaño de la muestra osciló entre 189¹⁸ a 261 participantes²⁰. Se incluyeron seis grupos experimentales (n = 505) y cuatro grupos control (n = 389).

La edad media de las participantes fue de 30.1 años, uno de los estudios incluyó mujeres que tenían SP-OB al inicio del embarazo¹⁹. Respecto a la etapa de embarazo, las mujeres cursaban entre la 15 y 18 semanas de gestación.

Los factores psicológicos que se incluyeron en los estudios fueron: depresión, ansiedad, estrés, actitud hacia la imagen corporal y apoyo social. La depresión, se incluyó en los cuatro estudios¹⁸⁻²¹. En el estudio realizado por Huang et al¹⁸ los síntomas depresivos se evaluaron con el Inventario de depresión de Beck, medidos antes de la intervención que además incluyó orientación nutricional y actividad física y a los tres meses posteriores a la entrega de la intervención. Bogaerts et al¹⁹ y Skouteris et al²⁰ aplicaron la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. La ansiedad se evaluó con la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés y el Inventario del Estado y Rasgo de Ansiedad en los otros dos estudios^{19, 20}.

Hill et al²¹, Huang et al¹⁸ y Skouteris et al²⁰ abordaron actitudes hacia la imagen corporal, mediante la Escala de Actitud hacia la Imagen Corporal y Cuestionario de Actitudes del Cuerpo. El estrés fue evaluado en dos estudios^{18,20} y fue medido con el Perfil del Estilo de Vida de Promoción de la Salud y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés. Huang et al¹⁸ evaluaron el apoyo social a las 16 semanas de gestación y a los 6 meses posparto con la Lista de Evaluación del Apoyo Interpersonal.

La GPG fue evaluada con la diferencia del índice de masa corporal pregestacional autoreportado por las participantes y el índice de masa corporal

medido al momento del estudio). La GPG se basó en las recomendaciones del IOM¹⁹⁻²¹; y Huang et al¹⁸ clasificaron la GPG de acuerdo a lo propuesto por el Departamento de Salud en Taiwán.

Las intervenciones fueron diferentes con respecto a su contenido, técnicas de modificación de la conducta, forma de la entrega, duración y número de sesiones. Las intervenciones fueron guiadas por el Modelo Transteórico de Prochaska¹⁹, y la Teoría Integrativa del Cambio de Conducta^{20,21}.

Los cuatro estudios analizados incluyeron terapia conductual como uno de los componentes de IP, por otra parte Huang et al¹⁸ combinó un plan de educación alimentaria y actividad física individualizado con técnicas conductuales, como resolución de problemas y establecimiento de metas. Esta intervención inició en la semana 16 de gestación (línea de base) hasta los seis meses después del parto, la cual fue proporcionada durante la visita clínica programada con la enfermera especializada en nutrición y actividad física, las sesiones tuvieron una duración promedio de 30 a 40 minutos.

Bogaerts et al¹⁹, Hill et al²¹ y Skouteris et al²⁰ combinaron la entrevista motivacional y técnicas conductuales con el asesoramiento en alimentación saludable y actividad física, estas IP fueron proporcionadas por profesionales de la salud capacitados para entregar la intervención.

Las intervenciones de Hill et al²¹ y Skouteris et al²⁰, incluyeron dos modalidades de IP, individual y grupal. La individual fue proporcionada en persona o por teléfono por personal de salud quien abordó tópicos como adopción de estilos de vida saludables, problemas de la imagen corporal y control del estado de ánimo. En la modalidad grupal se formaron grupos de hasta 8 participantes quienes recibieron información relacionada al estado de ánimo, conductas saludables, control del estrés, estrategias de afrontamiento y apoyo para iniciar, mantener y lograr los objetivos de la conducta saludable.

Por otra parte, la intervención de Bogaerts et al¹⁹ se entregó a grupos de hasta 3 participantes, las sesiones incluyeron asesoramiento de la ingesta y gasto de energía basado en la pirámide de la alimentación, recomendaciones para una dieta equilibrada, ejercicios para leer las etiquetas de los alimentos y métodos de compras, así como recomendaciones para aumentar la actividad física. Emplearon la entrevista motivacional, identificación y establecimiento de

pequeñas metas con la intención de lograr una conducta saludable, así como identificación de barreras personales, las cuales se trataron con refuerzos positivos en forma verbal.

Respecto al número de sesiones que se brindaron en las intervenciones, osciló entre 3 y 6, con una duración de 30 minutos hasta 2 horas por sesión. La frecuencia de las sesiones fue distribuida en el segundo y tercer trimestre de embarazo, de los cuales un estudio continuó con las sesiones hasta los 6 meses posparto¹⁸.

De los cuatro estudios incluidos, dos mostraron una mejoría estadísticamente significativa en la GPG en el grupo experimental^{18,19}. Bogaerts et al¹⁹ combinaron entrevista motivacional, orientación nutricional y actividad física lo que disminuyó la GPG y los síntomas de ansiedad en el grupo experimental en comparación con el grupo control. Por otra parte Huang et al¹⁸ incluyeron técnicas como fijación de metas, identificación, resolución de problemas, autocontrol para modificación de la dieta y la actividad física y lograron reducir la GPG en el grupo experimental y a su vez reducción de los síntomas depresivos, mejoría en las actitudes de la imagen corporal y apoyo social percibido.

En las otras dos intervenciones realizadas a pesar de que se incorporan técnicas conductuales como establecimientos y revisión del alcance de objetivos, resolución de problemas, planificación de acciones, contrato conductual, apoyo social, información acerca de las consecuencias de salud, fuente fiable, pros y contras y reducción de emociones negativas según la taxonomía de Michie et al²² y entrevista motivacional aunado con orientación nutricional y actividad física, no demostró efecto en ningún factor psicológico ni en la GPG^{20,21}.

DISCUSIÓN

Esta revisión examinó el conocimiento disponible respecto a intervenciones psicoeducativas que abordan factores psicosociales para el control de la GPG. Se identificó que cuando se incluyen técnicas de cambio de conducta al inicio del embarazo aunado con orientación nutricional y actividad física ayuda a reducir los síntomas psicosociales y a su vez controlar la GPG. En este

sentido Bandura²³ refiere que los factores del estado de ánimo pueden influir en la autoeficacia de una persona. Estos tipos de estados de ánimo inciden en la recuperación de cogniciones negativas y fracasos del pasado, deteriorándose la capacidad de adaptación, lo que da lugar a juicios negativos sobre la capacidad para hacer frente a los retos que se presentan y dificultar la adopción de conductas saludables con éxito.

Las técnicas de cambio de conducta abordadas por Huang et al²⁴ fueron adecuadas para el control de la GPG y reducción de los síntomas depresivos, sin embargo existe otras terapias cognitivo conductuales como la atención plena (mindfulness) o yoga que han sido exitosas para controlar estos síntomas en mujeres de embarazadas mismas que puede ayudar a aumentar la autoeficacia para llevar estilos de vida saludable.

Se observó que al incluir orientación nutricional y actividad física aunado con establecimiento de metas y resolución de problemas, las mujeres embarazadas experimentan una disminución del estrés y a su vez una menor GPG¹⁸. El estrés afecta la GPG por dos vías principales: la alteración de la fisiología psiconeuroendocrino materna y las conductas relacionadas con la salud, tales como la ingesta de la dieta y actividad física²⁵. Lo anterior explica la relación del estrés con la estimulación crónica del eje hipotalámico, pituitario y adrenal (HPA), resultando en la exposición excesiva de glucocorticoides, misma que puede jugar un papel potencial en el desarrollo de la OB, puesto que el eje HPA está estrechamente entrelazada con la regulación endocrina del apetito²⁶.

Se ha sugerido realizar ensayos para probar la aceptabilidad, la viabilidad, la eficacia y la efectividad de las intervenciones para reducir el estrés diseñadas para dirigir la GPG recomendable²⁵. Por lo tanto será importante ayudar a que la mujer embarazada desarrolle habilidades para controlar el estrés, siendo este factor que contribuye a las conductas de alimentación.

Mejorar las actitudes hacia la imagen corporal, así como incluir orientación nutricional y actividad física por medio de técnicas conductuales tales como establecimiento de metas y resolución de problemas en las mujeres embarazadas ayuda a la reducción de la GPG. Se ha identificado que las mujeres jóvenes pueden tener problemas para aceptar los cambios en el cuerpo que se

producen durante el embarazo y esta insatisfacción conlleva a un estado de angustia psicológica que les impide adoptar cambios de conducta saludables ²⁷. Debido a lo cual, sería importante modificar este factor a través de técnicas conductuales como discutir las cogniciones y el rol en la imagen corporal, enseñanza de autocontrol y la reestructuración de las cogniciones ²⁸ y posteriormente incluir estrategias de asesoramiento de estilos de vida para tratar de tener éxito en el control de la GPG.

*En relación con el apoyo social, se identificó que cuando mejoraba a través de establecimiento de metas y resolución de problemas aunados con orientación nutricional y actividad física tienen un efecto en la GPG y el apoyo social. El apoyo social proporciona un recurso para afrontar las situaciones propias del embarazo y ayuda a las mujeres a tomar decisiones que contribuyan la salud durante su embarazo. Sin embargo, cuando el apoyo social es deficiente en algunas mujeres, pueden utilizarse otras estrategias de supervivencia, tales como el comer emocional, el cual eleva el riesgo de ganar el peso excesivo durante el embarazo*²⁸. Será importante explorar el apoyo social que dispone la mujer embarazada en el diseño de las intervenciones para lograr exitosamente las conductas saludables.

CONCLUSIÓN

En conclusión, los estudios que incorporan técnicas como la psicoterapia, entrevista motivacional, establecimiento de objetivos y resolución de problemas aunados con asesoramiento de alimentación saludable y actividad física tienen un efecto positivo en la GPG. Por lo tanto se sugiere probar programas psicoeducativos para modificar las variables psicosociales por medio de terapias cognitivo conductuales aunado con intervenciones conductuales mixtas (orientación nutricional y actividad física) para verificar si se tiene éxito en cambiar estilos saludables y a su vez lograr una disminución de la excesiva GPG.

La principal limitación de esta revisión fue el pequeño número de factores psicológicos que se han examinado. Otra limitación de este estudio fue el número limitado de estudios identificados y la heterogeneidad estadística

entre ellos. Por lo tanto no fue posible realizar una interpretación de la efectividad de las intervenciones.

Se requiere más investigación con metodología de alta calidad, además de realizarlos en diversos contextos debido que los patrones de cultura y características demográficas, las oportunidades laborales y educativas en las mujeres son muy diferentes en países desarrollados en comparación con los países en vías de desarrollo. Sería importante revisarlo en Latinoamérica, dado que un porcentaje importante de mujeres presentan problemas de SP y OB así como una excesiva GPG.

REFERENCIAS

1. Branum AM, Kirmeyer SE, Gregory EC. Prepregnancy Body Mass Index by Maternal Characteristics and State: Data From the Birth Certificate, 2014. *Natl Vital Stat Rep.* 2016; 65(6):1-11.
2. Gaillard R, Felix JF, Duijts L, Jaddoe VW. Childhood consequences of maternal obesity and excessive weight gain during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2014; 93(11):1085-9.
3. Marchi J, Berg M, Dencker A, Olander EK, Begley C. Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obes Rev.* 2015; 16(8):621-38.
4. Chasan-Taber L, Silveira M, Lynch KE, Pekow P, Solomon CG, Markenson G. Physical activity and gestational weight gain in Hispanic women. *Obesity.* 2014; 22(3):909-18.
5. MacInnis N, Woolcott CG, McDonald S, Kuhle S. Population Attributable Risk Fractions of Maternal Overweight and Obesity for Adverse Perinatal Outcomes. *Sci Rep.* 2016; 6:22895.
6. Institute of Medicine and National Research Council. *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines.* In: Rasmussen KM, Yaktine AL, editors. Washington (DC): National Academies Press (US) National Academy of Sciences; 2009.
7. World Health Organization. *World Health Statistics 2015.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf
8. Muktabant B, Lawrie TA, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; (6):CD007145.
9. Agha M, Agha RA, Sandall J. Interventions to reduce and prevent obesity in pre-conceptual and pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2014; 9(5):e95132.
10. Bicudo Faria-Schutzer D, Garanhani Surita F, Lira Nascimento S, Maria Vieira C, Turato E. Psychological issues facing obese pregnant women: a systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016; 30(1): 88-95

11. Hartley E, McPhie S, Skouteris H, Fuller-Tyszkiewicz M, Hill B. Psychosocial risk factors for excessive gestational weight gain: A systematic review. *Women Birth*. 2015; 28(4):e99-e109.
12. Hill B, Skouteris H, Fuller-Tyszkiewicz M, Kothe EJ, McPhie S. A path model of psychosocial and health behaviour change predictors of excessive gestational weight gain. *J Reprod Infant Psychol*. 2016; 34(2):139-61.
13. Cummings NA, Cummings JL. Psychoeducation in conjunction with psychotherapy practice. *Evidence-Based Adjunctive Treatments*. 2008; 41-59.
14. Sinayko V, Korovina L. Psychoeducational Program as a Way of Correcting Motivational Components in Patients with Paranoid Schizophrenia with Abdominal Obesity. *Georgian Med News*. 2016; (250):56-61.
15. Cooper, H. *Research synthesis and meta-analysis: A step-by-step approach* Washington: Sage publications; 2015.
16. Centro Cochrane Iberoamericano. *Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1*. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012.
17. López de Argumedo M, Rico R, Andrio E, Reviriego E, Hurtado de Saracho I, Asua JO. *Fichas de Lectura Crítica de la literatura científica*. Vitoria-Gasteiz: Osteba-Servicio de Evaluación de tecnologías sanitarias Departamento de Sanidad Gobierno Vasco; 2006.
18. Huang TT, Yeh CY, Tsai YC. A diet and physical activity intervention for preventing weight retention among Taiwanese childbearing women: a randomised controlled trial. *Midwifery*. 2011; 27(2):257-64.
19. Bogaerts AFL, Devlieger R, Nuyts E, Witters I, Gyselaers W, Van den Bergh BRH. Effects of lifestyle intervention in obese pregnant women on gestational weight gain and mental health: a randomized controlled trial. *Int J Obes (Lond)*. 2013; 37(6):814-21.
20. Skouteris H, McPhie S, Hill B, McCabe M, Milgrom J, Kent B, et al. Health coaching to prevent excessive gestational weight gain: A randomized-controlled trial. *Br J Health Psychol*. 2016; 21(1):31-51.
21. Hill B, Skouteris H, Fuller-Tyszkiewicz M, McPhie S. Can a health coaching intervention delivered during pregnancy help prevent excessive gestational weight gain? *J Behav Med*. 2016; 39(5):793-803.
22. Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, et al. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med*. 2013; 46(1):81-95.
23. Bandura A. Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental psychology*. 1989;25(5):729.
24. Hall HG, Beattie J, Lau R, East C, Anne Biro M. Mindfulness and perinatal mental health: A systematic review. *Women Birth*. 2016; 29(1):62-71.
25. Thomas M, Vieten C, Adler N, Ammondson I, Coleman-Phox K, Epel E, et al. Potential for a stress reduction intervention to promote healthy gestational weight gain: focus groups with low-income pregnant women. *Womens Health Issues*. 2014; 24(3):e305-11.
26. Adam TC, Epel ES. Stress, eating and the reward system. *Physiol Behav*. 2007;91(4):449-58.
27. Schwartz MB, Brownell KD. Obesity and body image. *Body image*. 2004; 1(1):43-56.

28. Alleva JM, Sheeran P, Webb TL, Martijn C, Miles E. A Meta-Analytic Review of Stand-Alone Interventions to Improve Body Image. Plos One. 2015; 10(9):e0139177.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Participação dos autores: Os autores declaram que participaram de todas as etapas do estudo (concepção, desenvolvimento do estudo, redação e revisão).

Como citar este artigo: Ortiz EG, Peña YF, Félix REO, Villarreal VMC. Intervenciones psicoeducativas para reducir factores psicosociales y controlar el peso en mujeres embarazadas. Journal Health NPEPS. 2018; 3(1):253-267.

Submissão: 18/12/2018

Aceito: 21/04/2018

Publicado: 30/06/2018