



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 23

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS



**“ESTILO EMOCIONAL Y ESTADO DE SALUD PERCIBIDO EN
EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL ZONA 2 DE
TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS”**

TESIS DE POSGRADO

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. JANETH OLIVARES BECERRIL**

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS; FEBRERO 2023.



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 23
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

“ESTILO EMOCIONAL Y ESTADO DE SALUD PERCIBIDO EN EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL ZONA 2 DE TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS”

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL TITULO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

TESISTA:

DRA. JANETH OLIVARES BECERRIL

ASESOR METODOLOGICO

DR. JOSÉ RAMIRO CORTES PON

ASESOR DE CONTENIDO

DRA. ARTEMISA URBIETA GUZMAN



AUTORIZACIONES

DRA. YUNIS LOURDES RAMIREZ ALCANTARA

DR. HECTOR ARMANDO RINCON LEON

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION EN PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL SALUD, OOAD CHIAPAS

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD, OOAD CHIAPAS

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS; FEBRERO 2023



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 23

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS



**“ESTILO EMOCIONAL Y ESTADO DE SALUD PERCIBIDO EN
EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL ZONA 2 DE
TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS”**

TESIS DE POSGRADO

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. JANETH OLIVARES BECERRIL

Médico Residente de Medicina Familiar en UMF 23

Correo Electrónico: janetholivares80@gmail.com

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. JOSÉ RAMIRO CORTES PON

Especialista en Medicina Familiar

Subdirector Médico en Hospital General de Zona No. 2

Matrícula: 11619732

Teléfono: 9611311436

Correo Electrónico: ramistes@gmail.com

ASESOR DE CONTENIDO

DRA. ARTEMISA URBIETA GUZMÁN

Especialista en Neurocirugía en Hospital General de Zona No. 2

MATRÍCULA 99255441 CED. ESP. 8558449

Teléfono: 9612337537

Correo Electrónico: cascadasdeaguaazul@hotmail.com

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS FEBRERO 2023

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Gracias por haberme permitido terminar esta meta que fije en mi vida, y por mantenerme con salud.

A mi familia

Gracias por su amor, apoyo y paciencia realice uno de los anhelos más grandes de mi vida, terminar mis estudios como médico especialista; por lo cual estaré siempre agradecida.

DEDICATORIA.

A mis maestros

Que, contribuyeron sus enseñanzas y experiencias en mi formación como un buen ser humano y un profesionalista con las competencias necesarias, en favor de la salud de los pacientes que acuden a mí.

A mi esposo e hijo

Por acompañarme en este camino, brindándome su amor y apoyo en los momentos difíciles, de preocupación y de alegría.

Con Cariño y respeto.

Dra. Janeth Olivares Becerril

Contenido

Resumen	6
Marco teórico	7
Justificación	26
Planteamiento del problema	28
Objetivos	30
Objetivo general	30
Objetivos específicos	30
Hipótesis	30
Hipótesis general	30
Hipótesis específicas	30
Material y métodos	31
Variables de estudio	33
Instrumentos de recolección de datos	34
Procedimiento de estudio	35
Consideraciones éticas	37
Recursos, financiamiento y factibilidad	39
Resultados	40
Discusión	66
Conclusión	68
Recomendaciones	69
Referencias bibliográficas	71
Anexos	73

Resumen

“Estilo emocional y estado salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

Antecedentes: Los cambios en la vida de la mujer y su adaptación durante el embarazo y el puerperio pueden verse afectados por distintos factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Estas variaciones pueden provocar alteraciones en su estado emocional y estado de salud. Es por eso que se decidió estudiar la asociación entre el estilo emocional, y sus efectos sobre la salud durante el embarazo.

Objetivo: Se determinó la probable asociación del estilo de respuesta emocional con el estado de salud percibido en pacientes embarazadas que acudieron a control prenatal en la consulta externa de ginecobstetricia en el Hospital General zona 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional y prospectivo a través de la aplicación de 1 instrumento de recolección de datos con un total de 74 ítems, dividido en 3 apartados: 1. **Datos sociodemográficos;** 2. **Cuestionario de Estilo Emocional;** 3. **Cuestionario de Salud General de Golberg;** en embarazadas en cualquier trimestre de gestación que acudieron a control prenatal en la consulta externa de ginecoobstetricia en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, en el periodo comprendido de enero a junio de 2021.

Análisis estadístico: Los datos obtenidos se analizaron con el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 25. Para los cuestionarios se utilizaron medidas de tendencia central. Respecto a la evaluación de las variables cualitativas del estudio se utilizó la Chi cuadrada, los resultados se presentaron en tablas y graficas de frecuencia.

Resultados: El grupo de pacientes que perciben el estado de salud como malo, se encontraba en el primer trimestre de embarazo con un 19%, seguido del tercer trimestre de embarazo con un 16%, adoptaron un estilo emocional negativo.

Conclusión: Existe asociación del estilo emocional adoptado con el estado de salud percibido de las pacientes embarazadas encuestadas.

Palabras clave: Estilo emocional, estado de salud, embarazo.

Marco teórico

Epidemiología

En México, según el CONAPO perteneciente a la Secretaría General de Proyecciones de Población para México y Entidades Federativas 2016-2050 las mujeres de 15 a 49 años constituyen el 53,1% de la población total. Este rango de edad es relevante porque se clasifica como la etapa reproductiva; es decir, se identifica como "mujer en edad reproductiva". En 2019, cuando se espera que el grupo de mujeres en edad reproductiva tenga 2 millones 169,004 hijos, en promedio hay 2.1 hijas e hijos por mujer. En el mismo año, la unidad federativa con mayor número de mujeres en edad reproductiva fue el estado de Quintana Roo con 57.6%. En 2030, se estima que Quintana Roo aún tiene la proporción más alta de mujeres en edad reproductiva (54.9 %), mientras que la Ciudad de México tiene la proporción más baja de mujeres en edad fértil con un 48.0 % ¹.

Así, en 2050, se espera que las mujeres en edad reproductiva tengan un promedio de 1,7 hijas e hijos, lo que significa que el número de hijos disminuirá en ¹.

Si se trasladan los datos anteriores a las unidades federativas, se puede observar que el promedio de hijas e hijos en cada unidad es diferente, pues el promedio en Chiapas en 2019 es de 2.71 frente a 1.47 en la Ciudad de México. Con base en las tendencias proyectadas, en 2030 Chiapas será la entidad más fértil del mundo con 2.48 hijos por cada mujer. La Ciudad de México será la más baja con un promedio de 1,41 hijos.

En cuanto a la estructura de la fecundidad, la tasa de fecundidad de las mujeres de 20 a 24 años es la más alta. En 2019, la tasa de natalidad de las mujeres de este grupo de edad fue de 117,9.

Por otra parte, el embarazo precoz pone en peligro la salud de la mujer; por lo tanto, según las proyecciones de población para 2050, la tasa de natalidad de las mujeres de 15 a 19 años disminuirá; porque de 69,5 nacimientos por cada mil embarazos en adolescentes en 2019, pasará en 2050 a 57,1 nacimientos.

En cuanto a la tasa de natalidad de niñas y jóvenes de 10 a 14 años, según datos de la Secretaría General de CONAPO, con base en estadísticas de natalidad, la

tasa de natalidad promedio en el país en 2010-2015 fue de 11.353, que es el 0,45% del número total para este grupo; hechos ocurridos en el país durante el mismo período ¹.

Cambios fisiológicos en el embarazo.

El embarazo y el parto son dos períodos en la vida de una mujer que experimentan cambios importantes que pueden conducir a una mayor probabilidad de cambios en el estado emocional y síntomas psicológicos. Así, las experiencias positivas pueden convertirse en fuente de malestar o incluso de enfermedad. El parto y la adaptación de la mujer a este período pueden verse influidos o modificados por varios factores. Hay algunas variables que afectan el ajuste a este nuevo ciclo de vida. Entre ellas podemos destacar variables biológicas, psicológicas, sociales y ambientales.

Cambios corporales

Durante el embarazo, el cuerpo de una mujer sufre varios cambios:

Peso. Las mujeres sanas ganan un promedio de 12,5 kg durante el embarazo.

Cambios en el sistema cardiovascular.

El gasto cardíaco aumenta hasta un 50 % en comparación con las mujeres no embarazadas, mientras que el volumen sistólico aumenta entre un 25 % y un 30 % al final del embarazo, además de una disminución del 20 % en la resistencia vascular periférica, aproximadamente. En embarazos múltiples, el volumen del corazón de la madre es un 20% mayor de lo normal; al final del embarazo, el volumen de sangre y plasma puede aumentar entre un 45% y un 55%, respectivamente. Además, el aumento del volumen sanguíneo y del volumen plasmático conduce a una disminución de la concentración de hematocrito y hemoglobina ².

Cambios en el sistema urinario.

Hay un proceso adaptativo de expansión de la pelvis renal, la pelvis y los uréteres con aumento del espacio muerto en el tracto urinario. El aumento del espacio muerto en el tracto urinario junto con el crecimiento vascular renal y el aumento del volumen intersticial dan como resultado promedio que la longitud del riñón aumenta de 1 a 1,5 cm en comparación con el riñón no gestante.

La hidronefrosis y los hidroureteroectasis suelen comenzar a las 6 semanas de embarazo, y en el 90% de los embarazos estos cambios ocurren alrededor de las 28 semanas. El mecanismo es el resultado de factores mecánicos (la posición del útero de la mujer embarazada) y la relajación de los músculos lisos como resultado de la acción de la progesterona; el lado derecho es más frecuente debido a la dextrorrotación del útero y al efecto supresor del colon sigmoidees sobre el uréter izquierdo. Los cambios descritos son factores que causan las infecciones del tracto urinario. La función renal cambia y se ve afectada durante el embarazo; dando como resultado un aumento del 50% al 60% en el flujo sanguíneo renal y la tasa de filtración glomerular; también aumenta la reabsorción de agua y electrolitos, manteniendo el equilibrio hídrico y electrolítico normales². Durante el embarazo, los aminoácidos y las vitaminas hidrosolubles se pierden en la orina; además de disminución de la creatinina sérica y del nitrógeno ureico en sangre; por lo tanto, un nivel de creatinina sérica superior a 0,9 sugiere enfermedad renal. Además, el aclaramiento de creatinina será un 30 % más alto que en mujeres no embarazadas; los valores por debajo de 137 ml/min deben investigarse cuidadosamente².

Cambios en el tracto gastrointestinal.

Existen cambios en el abdomen por la influencia de factores mecánicos y hormonales; el factor mecánico es un útero estresado y el factor hormonal progesterona, que reduce la motilidad del estómago y los intestinos; el vaciado del estómago se retrasa debido a factores hormonales, y debido al tránsito intestinal lento, pues los alimentos se absorben más en los intestinos.

En el hígado, hay aumento del flujo sanguíneo portal y total a las 28 semanas de gestación, pero sin alteración del flujo sanguíneo a través de la arteria hepática y sin cambios en su morfología. La actividad es significativamente reducida por la enzima CYP1A2, que cataliza las reacciones metabólicas de ciertos medicamentos, así como la síntesis de colesterol, esteroides y otros lípidos. Este efecto es el resultado del efecto de la progesterona, que interviene en la regulación del metabolismo. Durante el embarazo, algunas pruebas de función hepática cambian, por ejemplo, los niveles de fosfatasa alcalina casi pueden triplicarse y, a diferencia de las transaminasas, las concentraciones de gamma- glutamil transpeptidasa y bilirrubina total disminuyen ligeramente ². En comparación con las mujeres no embarazadas, la albúmina sérica es más baja debido al aumento de volumen sangre y posiblemente una menor relación albúmina/globulina.

Actividad elevada de leucina aminopeptidasa sérica debido a la presencia de una o más enzimas específicas del embarazo; por ejemplo, la aminopeptidasa inducida por el embarazo tiene actividad de oxitocinasa y vasopresinasa ².

Cambios en los sistemas nerviosos central y periférico.

Los estudios de resonancia magnética han demostrado que a medida que avanza el embarazo, disminuye el suministro de sangre cerebral bilateral en la arteria cerebral media y la arteria cerebral posterior, lo que es más pronunciado en el tercer trimestre, lo que explica la pérdida de memoria durante el embarazo ².

Alteraciones en el sistema respiratorio.

A partir de la octava semana de embarazo, debido a influencias hormonales, mecánicas y anatómicas, cambian la capacidad, el volumen y la ventilación:

- **Efectos hormonales:** Dilatación de las vías respiratorias, disminución de la resistencia pulmonar hasta en un 50% por efectos de la progesterona, el cortisol y la relaxina. Las membranas mucosas de la cavidad nasal, la orofaringe y la laringe están estresadas, lo que da como resultado un aumento de la vascularización, que

es responsable de una mayor absorción del fármaco y un mayor riesgo de epistaxis.

- **Efectos mecánicos:** aumento del volumen corriente, ventilación pulmonar y consumo de oxígeno, disminución del volumen residual funcional y volumen residual por elevación del diafragma, por efecto del útero en crecimiento.

Modificación anatómica.

El diámetro vertical interno y la circunferencia del tórax se reducen en 4 cm debido al efecto de masa del útero ocupado que hace que se eleve el diafragma; Los ejes transversal y anterior-posterior agrandan la circunferencia del tórax a 6cm aprox. La PaCO₂ disminuye a 30 mm Hg por efecto de la progesterona, que se observa a partir de la semana 12 de gestación, mientras que la PaO₂ aumenta a 107 mm Hg a partir del primer trimestre, para luego disminuir en el tercer trimestre a 103 mm Hg. El bicarbonato sérico disminuye a 20 mEq/L debido al aumento de la excreción renal, con pequeños cambios de pH de 0,02 a 0,06 en compensación metabólica de la alcalosis respiratoria ².

Cambios en la piel.

Bajo la influencia de las hormonas del embarazo, se observan los siguientes cambios:

- Prurito: Puede ser localizado o generalizado y empeora a medida que avanza el embarazo, presentándose en el 3% al 20% de las mujeres embarazadas.
- Cambios de pigmentación: la presencia de un gran número de melanocitos en determinadas zonas de la piel, el llamado melasma, es el único cambio histológico debido al depósito de melanina, influenciado por hormonas estimulantes de la melanina, factores genéticos, cosméticos y radiación ultravioleta.
- Estrías: localizadas en abdomen, alrededor del ombligo y en el pecho, más frecuentemente en personas de piel clara, causadas no sólo por la hinchazón de la piel, sino también por factores hormonales ².

Cambios hormonales.

Para facilitar y guiar la transición del comportamiento femenino al comportamiento materno, en el cerebro se producen neurohormonas destinadas a llevar a la madre a un estado de sensibilidad que le permita satisfacer las necesidades del recién nacido. Este aumento de la sensibilidad se vuelve más pronunciado al final del embarazo e incluso en el posparto ².

Las hormonas prolactina, progesterona y las hormonas esteroideas como el estradiol y la oxitocina afectan el cerebro. Actúan inhibiendo la respuesta al estrés del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal y están involucradas en el desarrollo del comportamiento materno. Durante el embarazo, es importante que la mujer esté al menos lo más libre posible de factores estresantes, para que estas neurohormonas estén tranquilas, porque cuando se forma la oxitocina, se acumulará y provocará un parto prematuro ².

Una disminución súbita posparto de estas hormonas sexuales, como el estrógeno y la progesterona, asociada a cambios en los niveles de cortisol en sangre, puede provocar cambios emocionales en la madre por desajuste del Sistema nervioso central ante la caída repentina en los niveles hormonales ².

Como consecuencia de las modificaciones descritas anteriormente, síntomas como náuseas y vómitos, dolor en la zona lumbar o en las costillas, deterioro del retorno venoso o insomnio son comunes y, junto con otros síntomas somáticos, pueden afectar la calidad de vida de la paciente. Madre. También se encontró que las mujeres embarazadas estaban más fatigadas que las mujeres no embarazadas, lo que puede estar relacionado con síntomas de ansiedad y/o depresión. Esto también puede reflejarse en el período posparto, cuando los altos niveles de fatiga se asocian con una mayor probabilidad de depresión².

Aspectos socioculturales de la transición a la maternidad.

Las expectativas que la mujer tiene al enfrentar la maternidad depende de los momentos culturales, sociales e históricos de su educación ³.

En todas las culturas, las mujeres son responsables de cuidar y ayudar a los niños. Sin embargo, en la sociedad actual, muchas más mujeres trabajan por un

salario y, en muchos casos, un salario básico, del que depende la unidad familiar. Por lo tanto, para la reacción a la maternidad, existen otras variables que juegan un papel crítico en este proceso ³.

Durante el embarazo, una mujer tendrá que hacer cambios y ajustes en su pensamiento, sentimientos y vida para adaptarse al proceso. Finalmente; una mujer ya no pensará solo en sí misma, sino también en su hijo o hija ³.

Desde el comienzo del embarazo, la madre debe tomar ciertas decisiones sobre su estilo de vida, incluyendo hábitos alimenticios, fumar, beber alcohol y cafeína, o usar drogas. Esto es más pronunciado en los primeros embarazos, ya que estos ajustes se verán reflejados en su rol social ³.

Al enterarse de su nueva situación, la madre desarrolla un apego a su hijo. Puede haber euforia, incertidumbre, miedo e incluso rechazo inicial cuando recibe la noticia. El embarazo a menudo no es planificado y siempre ocurre en el momento equivocado, lo que sucede en el 30% de los casos ³.

En condiciones óptimas, la confirmación de un nuevo embarazo desencadena procesos emocionales que ayudan a preparar a la futura madre. Al querer la atención de los demás, lo que se manifiesta en un comportamiento especial de cuidado y atención durante el embarazo, las mujeres muestran más dependencia de los demás ³.

Después de la primera reacción, la gestante comienza a sentir los movimientos del feto, lo que la hace pensar en cómo se sentirá su bebé y cómo será ella como madre, esto sucede en el segundo trimestre y ayuda a prepararse para el nacimiento del niño. Al final de este período, la mayoría de las mujeres han informado a familiares y conocidos sobre el embarazo; las mujeres embarazadas comienzan a notar físicamente un aumento del volumen abdominal, crecimiento de los senos, aumento de peso y síntomas asociados con un útero agrandado. Según Martín Maldonado, en su investigación sobre los cambios físicos y emocionales durante el embarazo normal y el comportamiento fetal, propone tres fases de adaptación en la gestante. El primero se llama "Estoy Embarazada" y solo revela lo que le está pasando a ella y a su cuerpo; la segunda es "estoy esperando un bebé" que implica a otro ser aparte de ella y el tercero es: "Estoy esperando un

hijo de...", que incluye al padre de este último, lo que da origen al concepto de relación padre-hijo ³.

En el tercer trimestre, el feto llena cada vez más en la cavidad abdominal, lo que provoca nuevos síntomas. Estos incluyen cambios en la forma de andar, la postura y la necesidad de que las mujeres embarazadas coman comidas pequeñas y frecuentes a medida que el útero empuja contra otros órganos. Las futuras madres tienen más descansos para dormir y se despiertan varias veces durante la noche. A medida que el bebé crezca, la vejiga se comprimirá más, por lo que necesitará orinar con más frecuencia. Como resultado de este crecimiento, la mayoría de las mujeres desarrollan reflujo gastroesofágico, que se manifiesta como una sensación recurrente de "acidez estomacal"³.

Al final del embarazo, la madre y su familia tienen la tarea mental de "hacer espacio" para su hijo o hija. Este "hacer espacio" se refiere a que la mujer y su pareja están preparados mentalmente para no verse como individuos, sino junto con el bebé como una entidad compartida. Además, las tareas que acompañan este proceso incluyen la creación de un espacio físico y mental para acomodar al recién nacido. La ausencia total de síntomas y la sensación de que no soy así puede indicar una negación psicológica del embarazo.

Algunos autores se refieren al embarazo como un período de sensibilidad crítica o muy psicológica. Esto significa que se alcanza un estado de relativa transparencia psicológica donde las emociones, los conflictos, los recuerdos del pasado y los miedos afloran con mayor facilidad a la superficie de la vida mental. Muchos expertos creen que en esta etapa de la vida es más fácil entender las necesidades y conflictos de la mujer o de la pareja y que la intervención psicológica es más posible en este momento ³.

Uno de los desafíos más importantes es que la gestante revive sus conflictos que tuvo con su madre y los relaciona con la experiencia cuando fue hija. Ahora que es su turno de convertirse en madre, pueden surgir viejos sentimientos, ambivalencias y tensiones que han estado latentes. Esto significa que el modelo psíquico de maternidad de una mujer está estrechamente relacionado con su experiencia infantil como hija. La transición a la maternidad puede ser difícil si la relación está

llena de conflictos o si hubo una falta de cuidado materno en la infancia. Puede que sepa lo que no quiere ser, pero no sabe cómo ser una buena madre, y reunirse como futura abuela ayuda a su hija a prepararse para la llegada del bebé. Esta serie de cambios y su complejidad hacen que las mujeres y sus parejas sean más vulnerables y más necesitadas de apoyo emocional que antes. Otra observación psicodinámica común es que las mujeres embarazadas experimentan alguna "regresión" emocional ³.

Habrà una tendencia a volverse más dependiente de los demás, sus emociones serán más intensas y necesitará más apoyo emocional de quienes la rodean. Se podría decir que necesita un poco de cuidado maternal. Tradicionalmente, estos pueden ser brindados por su madre, abuela, madrina, hermana, suegra, amiga y su esposo o pareja. En América Latina, como en la mayoría de las culturas, una mujer embarazada tradicionalmente tiene muchas mujeres que la cuidan para facilitar el mejor curso de tratamiento. Desafortunadamente, muchas mujeres, especialmente en los centros urbanos, no cuentan con esa red de apoyo, por lo que se sienten aún más aisladas y tienen que lidiar solas con todos estos cambios y ajustes. Es necesario ser consciente de todos estos fenómenos y desafíos para el futuro padre para poder notar situaciones de tensión, conflictos internos intensos y luego buscar la mejor manera de ayudar en situaciones difíciles ³.

Aspectos de Morbilidad

Tener un bebé puede ser un poco difícil a veces cuando se trata de problemas de salud. Muchas veces las mujeres padecen enfermedades crónicas, han tenido abortos espontáneos, embarazos múltiples, parejas con problemas de fertilidad o complicaciones durante el embarazo o el parto. Esto aumenta el malestar físico de la madre y la preocupación por la salud del niño, predisponiéndolo a un mayor estrés y ansiedad ⁴.

Estos sentimientos pueden acentuarse cuando se detectan ciertas condiciones en el feto o recién nacido, es decir, desarrollo fetal anormal, parto prematuro, bajo

peso, problemas respiratorios o infecciones, ictericia e incluso muerte fetal o neonatal ⁴.

Aspectos psicoemocionales

Los rasgos de personalidad de una mujer son esenciales para determinar cómo afrontará la transición a la maternidad y los cambios que la acompañan. Entre los rasgos de personalidad, el nivel de autoestima y confianza de una persona puede tener efectos tanto negativos como positivos. Su capacidad para afrontar y resolver posibles situaciones adversas y su posición en relación con su pareja, será también un factor determinante en la estabilidad psicoemocional de la mujer. Las mujeres que ya son emocional y psicológicamente inestables experimentarán mayores cambios. Es importante saber si existen antecedentes personales o familiares de enfermedad psiquiátrica, ya que esto aumenta el riesgo de recaída o desarrollo de un trastorno psiquiátrico en el estadio ⁴.

Después de todo, el motivo o las circunstancias que lleven a que la madre tenga un hijo puede convertirse en una fuente de conflictos psicológicos posteriores. El ejemplo más evidente es cuando se produce un embarazo no deseado, aunque la búsqueda de un hijo para unir a la pareja, satisfacer a otro hijo o un duelo son motivos erróneos y pueden ocasionar este tipo de problemas⁴.

Aspectos estresantes

Como se mencionó anteriormente, existen muchas variables que pueden predisponer a las mujeres al conflicto psicológico. El estrés prenatal en las madres puede ocurrir debido a factores psicosociales, complicaciones en el parto u otras razones. En respuesta a estas situaciones estresantes, el organismo produce reacciones fisiológicas y psicoemocionales que hacen que la mujer experimente estrés físico y/o emocional, lo que puede afectar al feto, provocando alteraciones físicas y metabólicas, como hipoxia, aumento de los niveles de cortisol, desnutrición, presencia de sustancias no deseadas o tóxicas que pueden afectar el ambiente uterino, lo que a su vez puede afectar la salud del feto dependiendo de si la respuesta fetal es adaptativa o desadaptativa ⁵.

Las consecuencias visibles del estrés materno podrían ser el parto prematuro y el bajo peso al nacer. Si ocurre en el primer trimestre, aumenta el riesgo de defectos de nacimiento o aborto espontáneo. Además, los estudios han demostrado que el estrés materno durante el embarazo puede afectar el desarrollo emocional y conductual del niño en la edad adulta ⁵.

El parto en sí es una experiencia que a veces las mujeres temen, ya que es un procedimiento doloroso e incierto que puede tener complicaciones impredecibles que afectan la salud de la madre y/o del niño. Por lo tanto, el parto puede ser considerado un evento muy peligroso y crea una respuesta de estrés que puede tener consecuencias fisiológicas (activación del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal) y psicológicas como activación de procesos cognitivos y procesamiento conductual que contribuyen a afrontar la situación ⁵.

Los estudios muestran que hasta el 34% de las mujeres consideran el parto un momento traumático si existen otros factores, como la ansiedad durante el embarazo o si la personalidad de la madre dificulta afrontarlo con eficacia ⁵.

Por otro lado, no todas las mujeres responden igual al estrés. Algunas personas son naturalmente susceptibles al estrés y las personas con baja autoestima son especialmente propensas al estrés. Si esto sucede, estas personas también son propensas a sufrir una depresión posparto grave. Por lo tanto, se vuelve importante reconocer los factores de estrés que afectan a la madre y reducirlos no solo por ella, sino también por el niño ⁵.

Aspectos de Ansiedad

La ansiedad es una respuesta emocional a estímulos o amenazas desconocidos caracterizada por diversos grados de ansiedad, tensión e incertidumbre. Es el síntoma psicológico más común en mujeres embarazadas y está íntimamente relacionado con el grado de adquisición de información de las futuras madres. La prevalencia y frecuencia de la ansiedad fue mayor que la de la depresión en todas las etapas del embarazo. Aproximadamente el 54% de las mujeres experimentan ansiedad en algún momento del embarazo, y es más frecuente y severa en el primer y tercer trimestre ⁶.

Los síntomas de ansiedad prenatal no tratados predicen los síntomas de ansiedad posparto. Además, la ansiedad durante el embarazo, al igual que el estrés, puede afectar negativamente el desarrollo del feto al exponerlo a altos niveles de la hormona cortisol, lo que puede aumentar la probabilidad de parto prematuro y el riesgo de bajo peso al nacer, además de problemas de desarrollo neuronal conductual en la infancia. Por ello, es importante prevenir, diagnosticar y tratar los trastornos de ansiedad en el primer trimestre, que además se asocian con mayor número de visitas al obstetra, miedo al parto y contracciones, especialmente en mujeres con múltiples factores de riesgo. Lo mismo ocurre con las madres que carecen de apoyo social o que no tienen pareja ^{5,16}.

Los ataques de ansiedad durante el embarazo y el posparto pueden ser más comunes que la depresión, y si ocurren durante el embarazo, a menudo son indicativos de depresión posparto, incluso más que un historial de depresión. Esto significa que la ansiedad y la depresión son dos factores íntimamente relacionados. Sin embargo, la ansiedad también puede aparecer en el período perinatal como una entidad clínica separada que ocurre aproximadamente en el 10% de las mujeres embarazadas, entre otras cosas, relacionado con una experiencia de parto negativa o complicaciones durante el embarazo. Además, la ansiedad materna en el puerperio puede causar problemas en el desarrollo emocional, comportamental, cognitivo y social del niño ⁶.

Tristeza

Una de las reacciones emocionales más comunes en la mayoría de las mujeres en el posparto ocurre al inicio y a mediados del período posparto entre los 2 a 10 días después del parto. Tiene varios nombres, entre ellos tristeza o melancolía posparto y también se le conoce con los nombres en inglés Maternity Blues o Baby Blues ⁷. Se diferencia del trastorno depresivo mayor en que tiene un inicio más temprano, síntomas más leves y síntomas transitorios. Es un síndrome que afecta del 20% al 80% de las madres. Suele aparecer entre el segundo y el cuarto día después del

nacimiento, pero puede comenzar hasta 10 días después y resolverse por sí solo sin dejar secuelas en dos semanas ^{5,7}.

Sus principales características son el llanto fácil, irritabilidad, insomnio, labilidad emocional, dolores de cabeza, cambios en el apetito, sentimientos de inutilidad, preocupación excesiva por otros niños y aumento de la respuesta a los estímulos, alcanzando la máxima intensidad a los 3-5 días del nacimiento. Este es un momento muy sensible y emocionalmente vulnerable para la madre, especialmente si recibe sentimientos negativos de la familia o incluso de los profesionales de la salud que la atienden ^{5,7}.

Se reconoce como un proceso de adaptación fisiológica y psicológica al nuevo entorno materno. Sin embargo, es importante monitorear y notar la persistencia o el aumento de la intensidad de los síntomas, ya que los estudios muestran que en promedio el 25% de las mujeres con depresión materna pueden desarrollar trastorno depresivo mayor en el posparto ^{5,7}.

Estilo emocional y embarazo.

En psicología de la salud se ha intentado relacionar variables como el neuroticismo, la extraversión, la psicopatía, la rumiación o la supresión emocional con factores como el estrés y la enfermedad. El propósito de estos estudios es mostrar la influencia de la personalidad y el funcionamiento emocional en la salud y el bienestar del individuo. Además, apoyan la opinión de que los factores psicosociales están relacionados con los estados de salud y enfermedad y, por lo tanto, ayudan a disipar la creencia de que la enfermedad es causada principalmente por factores biológicos ⁸.

Cuando se trata de estilos emocionales, se incluya la rumiación y la inhibición emocional.

La rumiación, caracterizada como la tendencia de un individuo a concentrarse en deshacer eventos pasados o una serie de autoafirmaciones que se enfocan en aspectos negativos del yo, es un rasgo individual fuertemente asociado con la depresión y la ansiedad; La represión o inhibición emocional, por otro lado, refleja los sentimientos de una persona hacia sus propios sentimientos y, por lo tanto, es

difícil de expresar; ambas son formas especializadas de actuar y expresar emociones en relación con situaciones ambientales cambiantes ⁸.

En un estudio de mujeres embarazadas en el primer trimestre, el estilo emocional se vinculó con la salud y la calidad de vida, revelando resultados disfuncionales, ya que se relacionó significativamente con varios síntomas físicos y psicológicos, así como con la experiencia de vida percibida como mala. En conjunto, esta investigación muestra que las reacciones emocionales como la rumiación y la represión emocional son muy perjudiciales para la salud y el bienestar general de una mujer embarazada al principio del embarazo, lo que no solo amenaza su integridad, sino también el producto en formación.

Diferencias individuales y salud.

Es bien sabido que existe una correlación directa entre los estados de enfermedad, salud y las características individuales, y se han propuesto dos correlaciones. Uno es la causalidad, donde ciertos rasgos de personalidad contribuyen directamente a la enfermedad; desde esta perspectiva, las respuestas psicológicas y fisiológicas (congénitas, innatas) de un individuo cuando se expone a una situación particular producen una condición de salud o enfermedad según sea el caso ⁸.

Por otro lado, la personalidad individual es una variable que contribuye al efecto de los factores patogénicos, y los rasgos de personalidad pueden facilitar o inhibir el efecto de los factores patogénicos, como la sensibilidad emocional, el estilo de afrontamiento y la calidad de vida percibida durante el embarazo; es decir, este enfoque explica la salud y la enfermedad como estados mediados cognitivamente que reflejan la relación entre las personas y su entorno, dependiendo de cómo las personas interpreten estas relaciones como un exceso de sus recursos y una amenaza para el bienestar ⁸.

En el contexto del estudio de las diferencias individuales y su papel regulador en la relación entre el estrés y la salud, se desarrolló el concepto de sensibilidad emocional, que describe la respuesta emocional de un individuo a las demandas ambientales. Este constructo consta de dos dimensiones que miden la sensibilidad

independiente, a saber: sensibilidad egocéntrica negativa y sensibilidad interpersonal positiva. La dimensión de sensibilidad egocéntrica negativa se postula como una redefinición de la estructura del neuroticismo y describe latencia del individuo a reaccionar negativamente ante emociones como la preocupación, la ira, la desesperanza, la vulnerabilidad y la autocrítica frente a las demandas ambientales y situaciones estresantes ⁸.

Así, esa sensibilidad puede estar directamente relacionada con la autopercepción del estado de salud y la percepción de la calidad de vida de las mujeres embarazadas, lo que sugiere que el neuroticismo se asocia con mayores niveles de ansiedad y parto prematuro ⁸.

Por otro lado, las mujeres embarazadas pueden crear emociones positivas, como alegría, amor, felicidad, paz, que tienen un efecto positivo en la salud; o puede causar emociones negativas como estrés, miedo, ira, ansiedad, depresión, que pueden afectar negativamente la salud ⁸.

Dado que las emociones negativas en las mujeres embarazadas son características de las mujeres emocionalmente inestables, pueden ser consideradas como un indicador de riesgo psicológico y es necesario analizarlas para prevenir complicaciones durante el embarazo, el parto y las relaciones negativas con los hijos antes y después del parto ⁸.

En un estudio sobre la influencia del estado psicológico y la respuesta emocional y las variables psicosociales en las gestantes, se estudió una muestra de gestantes salmantinas de distintas edades gestacionales y con diferentes variables sociodemográficas, en diferentes Dimensiones: Activación fisiológica y psicológica y estrés; análisis de estas variables en relación con otras afectivas y solidarias; concluyendo que la variable edad menor a 25 años de la pareja, se relaciona un embarazo acompañado de circunstancias como embarazo no planeado, situación laboral y económica incierta, que harían que la mujer evalúe su estado psicológico como negativo; las demás variables independientes no fueron significativas, indicando que las embarazadas son solteras, los hijos menores de 23 años, el bajo nivel de educación social y el trabajo inestable ejercen más presión sobre las embarazadas. En cuanto a la variable bienestar de las gestantes, se encontró que

las mujeres de 26 a 30 años expresaron una mejor sensación de bienestar y creían que sus parejas estaban satisfechas con la relación. Esto significa que las mujeres jóvenes experimentan el mayor estrés durante el embarazo debido a otras condiciones relacionadas, como la falta de trabajo o estabilidad financiera, el embarazo en la adolescencia, la falta de apoyo conyugal. Por otro lado, las mujeres mayores tienen más síntomas de estrés debido a complicaciones médicas, entre las más comunes durante el embarazo, como hipertensión, parto prematuro, aborto espontáneo ⁹.

Estrategias de afrontamiento emocional durante el embarazo

Las diferentes respuestas cognitivas y conductuales que utilizan los sujetos para afrontar y tolerar el estrés se conocen como estrategias o estilos de afrontamiento. Los procesos de afrontamiento entran en juego cuando las personas se sienten amenazadas, ya sea porque evalúan las especificidades de la situación o porque hay recursos disponibles para superar con éxito la amenaza ¹⁰.

En un estudio sobre la relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por mujeres con embarazos de alto y bajo riesgo y su salud después de obtener los resultados de la ecografía, los resultados mostraron que las mujeres que utilizaron estilos de afrontamiento más emocionales y de oposición estaban más angustiadas que las mujeres que fueron más racionales y reactivas ante la misma situación. Lobel y colaboradores, encontraron que las estrategias de afrontamiento emocional y evitación se asociaron con puntajes más altos de estrés y tendieron a ser utilizadas por mujeres con niveles más altos de pesimismo, mostrando una interacción entre los rasgos de personalidad y patrones de afrontamiento ¹⁰.

Relacionado con lo anterior, los estados emocionales de las mujeres varían según el trimestre; las tasas de depresión y ansiedad son más bajas en el primer y último trimestre que en el segundo trimestre. La posible razón, y por tanto también la explicación médico-clínica, es que el estado de gestación es difícil de determinar en el primer trimestre, aunque en la mayoría de los casos la mujer es informada sobre su nueva condición a partir del segundo y tercer mes ¹⁰.

Por otra parte, es en el segundo trimestre cuando comienzan a producirse los cambios físicos provocados por el embarazo, y la futura madre tiene que asumir estos cambios y afrontar su nueva situación física y social; este afrontamiento suele ir acompañado de reacciones de ansiedad y comportamiento depresivo, pero los síntomas contradictorios de depresión y ansiedad disminuyen gradualmente después de la aclimatación a la nueva situación ¹⁰.

Disfunción familiar durante el embarazo

En un estudio realizado por Karen Wedel quien relaciona ansiedad, depresión y disfunción familiar durante la gestación, señala que durante el embarazo cambia la vida de la mujer y por ende su entorno familiar, social y sociocultural; y hace referencia que es aquí donde se realiza una prueba de estrés de alto nivel de resiliencia individual y grupal ¹¹.

También menciona que existen factores asociados con el desarrollo de trastornos del estado de ánimo, algunos de los cuales son:

- Embarazo en la adolescente.
- Embarazo en la mujer mayor de 35 años.
- Rasgos de personalidad; como la neurosis y psicosis.
- Antecedentes personales de síntomas depresivos y/o intentos de autolisis.
- Antecedentes familiares de depresión y/o autolisis. Imágenes depresivas durante el embarazo y actitudes negativas hacia el embarazo.
- Problemas de relación con los padres como dificultad para asumir el rol de madre, escasa identificación con la madre.
- Mala relación marital después del nacimiento y/o poco o ningún apoyo conyugal en el posparto.

En dicho estudio, Karen analizó variables psicosociales y concluyó que el desarrollo del embarazo estaba más influenciado por problemas ambientales y sociales del desarrollo materno que por el riesgo biológico real. Por otro lado, las mujeres que tenían mayor apoyo social y autoestima tenían menores tasas de depresión durante el parto y posparto ¹¹.

Depresión y embarazo

La depresión es común en las mujeres durante la gestación y en el posparto. Sin embargo, la depresión posparto es más reconocida y tratada, mientras que la depresión durante el embarazo ha recibido menos atención ¹².

La prevalencia de trastorno depresivo mayor durante el embarazo varía entre un 2% a 21%, el 38% sucede entre los grupos socioeconómicos más bajos, del 8% al 31% en quienes presentan síntomas depresivos, frente al 20% al 51% entre los más desfavorecidos. La mayor prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión y disfunción familiar se encuentra en el grupo de edad de 20-30 años con 47% ansiedad, 47% depresión y 45% disfunción familiar ¹².

En México, según un estudio que examinó la depresión durante el embarazo y el posparto en mujeres mexicanas, se observó una alta prevalencia de síntomas depresivos en 22% a 37% de las mujeres embarazadas. Si una mujer sufre una enfermedad mental durante el embarazo, como la depresión, también conocida como depresión perinatal, responde menos a las demandas como madre, lo que aumenta su riesgo de desarrollar depresión posparto, que puede durar hasta 12 meses después del parto, lo que tiene graves consecuencias para la madre y el bebé ¹².

Diversos estudios han concluido que la depresión durante el embarazo es la causa más común de discapacidad, junto con la reducción del autocuidado, las conductas de alto riesgo como el alcohol y el tabaquismo y los intentos de autolisis. Además, el riesgo de preeclampsia aumenta con las complicaciones neonatales, como parto prematuro, deterioro del neurodesarrollo fetal, puntajes de Apgar bajos y baja estatura para la edad gestacional en recién nacidos. De hecho, la depresión es la enfermedad mental más común durante el embarazo y afecta a más del 13 por ciento de las mujeres embarazadas. Su diagnóstico se basa en los criterios desarrollados por el DSM-V y el uso de escalas validadas, como la Edinburgh Postpartum Depression Scale; sin embargo, los síntomas de la depresión como la fatiga, los trastornos del sueño, los cambios de humor y el aumento de peso también ocurren durante el embarazo, por lo que los profesionales de la salud aún cometen errores al reconocer, diagnosticar y tratar la

depresión durante el embarazo, lo que puede tener diferentes consecuencias y efectos en el propio embarazo o en el feto. Por lo tanto, el diagnóstico precoz de la depresión y el tratamiento adecuado durante el embarazo permitirán que el recién nacido se desarrolle con normalidad y forme vínculos seguros ¹³.

Justificación

La decisión de discutir este tema se tomó considerando que no se ha investigado mucho sobre la posible relación entre los estilos emocionales y su impacto en la salud durante el embarazo; aunque los cambios físicos son los más prominentes, existe una alta incidencia de síntomas psicológicos y emocionales en esta población. Destaca la necesidad de prestar asistencia y asesoramiento psicológico durante este proceso para reducir las complicaciones médicas y psicológicas que pueden surgir si no se tratan adecuadamente; pues afecta no solo a la mujer embarazada, sino también al entorno familiar, especialmente a la relación con el niño.

La gravedad de estos cambios se hace evidente cuando se vuelven patológicos; es decir, el embarazo y la maternidad pueden provocar reacciones psicológicas que van desde un estrés emocional leve hasta enfermedades mentales graves como la depresión, que suele ser una de las condiciones más comunes que afecta a una proporción importante de mujeres, especialmente en el período posparto.

Actualmente, el sistema nacional de salud cuenta con programas y servicios de salud primarios y especializados que brindan atención a la salud de las mujeres en este proceso. Sin embargo, para que dicha asistencia sea integral, se debe prestar atención a la salud mental y la calidad de vida de las mujeres; por lo tanto, mejorar el bienestar psicológico de las mujeres durante el embarazo y el posparto puede ayudar a reducir los costos médicos, además de reducir potencialmente las complicaciones futuras.

Se han realizado pocas investigaciones sobre la relación entre los estilos de respuesta emocional utilizados por las mujeres embarazadas, específicamente el uso de la rumiación y la supresión o inhibición emocional como métodos de afrontamiento de las emociones relacionadas con la experiencia del embarazo y sus implicaciones para la salud.

Es importante poder intervenir en la detección de patrones emocionales alterados y comprender el panorama de salud de estos pacientes, ya que muchas veces son ignorados y muchas veces no compartidos dentro y fuera del contexto familiar; porque frecuentemente las mujeres no quieren hablar porque lo ven como un

fracaso personal asociado a culpabilidad. Los trabajadores de la salud están presentes durante el embarazo, el parto, el puerperio y el cuidado del niño, es decir, a través de atención primaria y especializada. Por ello, los profesionales de la salud deben estar atentos a todos los cambios que pueden ocurrir para acompañar adecuadamente a una mujer durante este período de su vida, para que pueda ser detectada y actuar cuando se complique.

La ocurrencia de estas complicaciones no se puede evitar por completo, pero se pueden reducir mediante una cooperación integral, como la detección de factores de riesgo, la educación de la madre, el reconocimiento temprano de signos patológicos y la promoción de un estilo de vida saludable, y la provisión o modificación de atención profesional en función de la gravedad de la enfermedad. Derivación a diversos servicios asistenciales como atención primaria, ginecología y servicios de maternidad en hospitales de referencia y grupos de apoyo o atención psicológica y psiquiátrica.

Estas medidas mejoran el estado emocional, evitando así diagnósticos tardíos y complicaciones que postergue el tratamiento.

Planteamiento del problema

Muchas mujeres están interesadas en ser madres y criar hijos. Sin embargo, la investigación muestra que los profesionales de la salud desconocen las necesidades de este grupo de mujeres e ignoran cuestiones importantes que determinan la diferencia entre experiencias positivas y negativas. Por ello, para informar a las mujeres embarazadas, los profesionales de la salud primero debemos conocer la condición de la mujer a la que representa y cómo afectará al normal desarrollo del embarazo hasta su resolución.

Las mujeres embarazadas presentan desigualdad en cuanto a los servicios de salud debido al escaso acceso a los servicios ginecológicos y psicológicos, la escasa e insuficiente respuesta a las necesidades de información y las necesidades especiales derivadas de sus circunstancias específicas. En resumen, es particularmente importante velar por la salud física y mental de este grupo de mujeres a través de los servicios de salud e información sobre maternidad; brindar capacitación al personal de salud en temas de género y embarazo para garantizar el acceso a información, comunicación, servicios y referencias profesionales oportunas para prevenir futuras complicaciones.

También es importante considerar durante el embarazo a los factores sociodemográficos. Su importancia es, por un lado, que los cambios en las actividades diarias están directamente relacionados con la salud; por otro lado, la afecta indirectamente al influir en otros valores o elementos de su vida, como el trabajo, la autonomía, las relaciones sociales, etc. Un estatus sociodemográfico deficiente durante el embarazo puede significar un esfuerzo adicional durante el embarazo, el nacimiento y la transición de la maternidad, que pueden generar cambios importantes en la verdadera autonomía de estas mujeres y en su vida cotidiana, dichos cambios podrían afectar su salud.

Es, por lo tanto, de interés estudiar los tipos de reacciones emocionales durante el embarazo y su impacto en la salud, ya que existe una clara necesidad de brindar ayuda y asesoramiento a estas mujeres durante el embarazo con el objetivo de reducir las posibles complicaciones médicas y psicológicas.

Por otro lado, no se ha investigado a fondo la posible relación entre ciertas diferencias individuales y el estado de salud percibido de las mujeres embarazadas, especialmente su respuesta emocional, de las cuales la rumiación y la supresión emocional como formas de procesar las emociones relacionadas con el embarazo. En este sentido, la literatura muestra que se ha investigado poco sobre las mujeres embarazadas y el impacto de los estilos emocionales adoptados y su relación sobre la salud de este grupo particular de mujeres.

El servicio de Ginecología del Hospital General de Zona 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social con sede en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas proporciona atención médica y quirúrgica a pacientes embarazadas, por lo que surgió la inquietud de conocer ¿Existe asociación entre el estilo emocional y el estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

Objetivos.

Objetivo general:

- Determinar la probable asociación que pueda tener el estilo emocional, con el estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Objetivos específicos:

- Determinar el estilo emocional más usado por las embarazadas.
- Determinar el estado de salud percibido en la población de estudio.
- Identificar las variables sociodemográficas de la población de estudio.
- Identificar los antecedentes ginecobstétricos.

Hipótesis

Hipótesis general

- Existe asociación entre el estilo emocional negativo y el mal estado de salud percibida por las mujeres embarazadas.

Hipótesis específicas

- El estilo emocional de las embarazadas es negativo.
- El estado de salud está condicionado por el estilo de respuesta emocional percibida en la población de estudio.
- Existe relación directa entre las variables sociodemográficas de la población de estudio (Edad, nivel de escolaridad, estado civil, ocupación) con el estado de salud percibido en las mujeres embarazadas.
- El estilo emocional negativo y un mal estado de salud es más percibido en el segundo trimestre del embarazo.

Material y métodos

Tipo de estudio

Estudio transversal, descriptivo, observacional.

Diseño de estudio.

Es un estudio cuantitativo, el cual tuvo como característica ser transversal porque solo se midió una vez, observacional porque no hubo intervención alguna y prospectivo porque fue realizado a partir de la fecha de inicio de recolección de datos.

Lugar del estudio.

Consulta externa de Ginecoobstetricia del Hospital General de Zona 2, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.

Periodo de estudio.

De enero a junio de 2021.

Universo de estudio.

Todas las embarazadas que se encontraban en control prenatal en el servicio de ginecoobstetricia durante un periodo de seis meses; previa autorización por consentimiento informado, en el Hospital General de Zona 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Con un Universo de 2,104 pacientes registradas que acudían a control prenatal.

Tipo de muestreo.

Muestreo no probabilístico aleatorio simple. El cálculo de muestra se realizó a partir del censo de pacientes que acudían a valoración en la consulta externa del servicio de Ginecoobstetricia en el Hospital General de Zona 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Cálculo del tamaño de muestra.

Del universo de 2,104 pacientes se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q \cdot N}{N \alpha^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde

N= Universo,

α = error de estimación (0.05),

n= tamaño de la muestra,

Z = nivel de confianza para un 95% (intervalo de confianza) vale = 1.96

P= probabilidad de éxito (0.5),

q= probabilidad de fracaso (0.5).

$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (2104)}{(3.84) (0.25) (2104)} = 2019.84$

$(2104) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5) = 5.26 + 0.96 = 6.22$

n= **324.73** =325

Se tomó una muestra de 325 y para analizar los datos se utilizó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 25 en español.

Criterios de inclusión.

- Sexo: Femenino.
- Edad mayor a 18 años.
- Diagnóstico clínico y/o de ultrasonido de embarazo.
- Que asistan regularmente a control prenatal en la consulta externa de ginecoobstetricia.
- Usuarias con nivel de instrucción mínimo de primaria (completa).
- Acepten firmar el Consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Las que no se presenten a la evaluación
- Patologías concomitantes durante el embarazo.
- Que reporten problemas de salud físico-mentales al momento de inicio del embarazo.

Criterios de eliminación.

- Cédulas de registro incompletas.

Procesamiento de datos y análisis estadístico

Se procedió a realizar la base de datos en el programa estadístico SPSS versión 25 en español, con la información recolectada con el instrumento, se realizó el análisis estadístico para establecer las frecuencias relativas y absolutas, y medidas de tendencia central. Se correlacionaron las variables, usando chi cuadrada para determinar la existencia de significancia estadística.

Posteriormente se presentó la información analizada en cuadros y gráficas.

Variables del estudio

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIA
EDAD	Años, meses que presenta desde su nacimiento hasta el momento actual.	Tiempo cronológico de vida cumplido al momento de la Encuesta.	18-29 30-39 40-49 50 y mas	Cuantitativa Ordinal
SEXO	Es la condición biológica de un organismo que distingue entre masculinos y femeninos.	Conjunto de características que definen a un organismo femenino en mujer y masculino en hombre.	Femenino. Masculino	Cualitativa Nominal.
ESCOLARIDAD	Estudios realizados en un centro docente.	Grado máximo de estudios realizado por la paciente al momento del registro.	Primaria Secundaria Bachillerato/Prepa Licenciatura	Cualitativa Ordinal
INGRESO MENSUAL FAMILIAR	Valor económico que sirve para cuantificar el poder adquisitivo de las familias.	Conjunto de ganancias o ingresos netos percibidos por todos los miembros de la familia para sufragar los gastos.	3-5,999 pesos 6-15,999 mil pesos >16 mil pesos	Cuantitativa Nominal.
ESTADO CIVIL	Característica de una persona que la ubica en una situación legal al momento del registro	Lazos que unen a las personas	Soltera Casada / Unión libre Separada/ divorciada Viuda	Cualitativa Nominal
OCUPACION	Empleo, facultad y oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente con remuneración	Actividad desempeñada al momento del registro	Ama de casa, empleada, empresario Otro	Cualitativa Nominal
ZONA DEMOGRAFICA	Area o lugar caracterizados como tal por sus condiciones poblacionales	De acuerdo a domicilio registrado por la paciente	Rural urbano	Cualitativo nominal
ESTILO EMOCIONAL	Es la forma en como una persona responde ante una situación cotidiana de la vida, estrés o enfermedad.	Es la forma de respuesta emocional de un individuo, concebido en dos dimensiones: Rumiación e Inhibición Emocional.	Inhibición emocional Rumiación	Cualitativo nominal
ESTADO DE SALUD	Es la percepción subjetiva que tiene un individuo sobre su estado de salud general.	Es la evaluación que hace un individuo de su estado de bienestar general, relacionado a la presencia de ciertos estados emocionales.	Bueno: "probable normal, no caso". Malo: "probable caso" de alteración en la salud mental.	Cuantitativa Ordinal
Antecedentes Obstétricos	Conjunto de eventos relacionados con el embarazo, parto y puerperio.	Son los datos obstétricos de las pacientes relacionados al embarazo, parto y puerperio.	Edad gestacional Gesta Partos. Abortos Cesáreas Hijos vivos	Cuantitativo nominal

Instrumento de evaluación

El instrumento de evaluación se divide en 3 apartados:

1. **Datos sociodemográficos**, consta de 7 ítems (edad, ingreso mensual familiar, escolaridad, estado civil, ocupación, antecedentes ginecobstétricos, zona demográfica). Este apartado tiene un promedio de aplicación de 10 minutos.
2. **Cuestionario de Estilo Emocional** (CEE- versión traducida y adaptada por Guarino, 2010). Esta escala contiene 39 ítems, con un rango de respuesta dicotómica cierto-falso; 21 reactivos para la medición de inhibición emocional (IE) y 18 para la medición de rumiación (R). Los índices de consistencia interna alfa de Cronbach son aceptables para las dos variables, siendo de 0.85 para inhibición emocional y 0.82 para rumiación, mismos que fueron aplicados a la muestra de 325 participantes.

Aplicación e interpretación:

Se trata de un cuestionario autoadministrado de forma individual en el que el participante tiene que responder a afirmaciones relacionadas a su respuesta emocional ante diferentes situaciones. El tiempo de aplicación fue de 10 y 15 minutos aproximadamente. Las puntuaciones afirmativas más altas para cada dimensión reflejaron el estilo emocional que más ocupaban las participantes.

3. **Cuestionario de Salud General de Golberg** (GHQ – General Health Questionnaire). Versión hispana de Molina y Andrade. Esta escala está compuesta por 28 reactivos que describen síntomas de ansiedad, depresión, somatización y disfunción social, respecto a los cuales los participantes deben reportar la frecuencia relativa con la que los han padecido en las últimas semanas, con un rango de posibilidades desde 1: No, en lo absoluto, hasta 4: Mucho más que lo habitual. Las puntuaciones más altas reflejan una mejor salud. Estas subescalas representan sintomatología y no corresponden a diagnósticos psiquiátricos. La puntuación total del cuestionario se obtiene como suma simple de los valores de todos los ítems y el análisis de la puntuación se realiza utilizando

como punto de corte o umbral entre “probable normal, no caso” el valor de 1 y probable caso de alteración en la salud mental el valor de 4. Los índices de consistencia interna Alfa de Cronbach resultan adecuados para todas las dimensiones entre 0,80 y 0,93, con un valor de 0,93 para la escala completa.

Aplicación e interpretación.

El promedio de aplicación fue de 15 minutos. Las instrucciones del cuestionario son muy sencillas. Las participantes contestaron todas las preguntas subrayando o rodeando con un círculo la respuesta que mejor se adaptaba a su estado psíquico. Fue autoadministrado. Para la interpretación, en cada una de las subescalas se contó el número de respuestas en cualquiera de las dos columnas de la derecha subrayada o rodeada con un círculo, desechando las dos columnas de la izquierda; se anotaron y se sumaron para dar una puntuación total. El punto de corte fue asignado como “caso probable” o “probable normal”, el que en su sumatoria tuviera mayor puntuación.

Procedimiento

Se sometió a revisión el presente estudio a través del comité local de investigación en salud número 703 y Comité de Ética en investigación en Salud número 7038, ambos de la UMF N° 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Tras ser aceptado fue registrado al Sistema de Registro Electrónico del Comité de investigación (SIRELCIS). Previa autorización y registro al SIRELCIS se solicitó autorización mediante un documento al director del Hospital de estudio para poder aplicar el instrumento de evaluación a las derechohabientes a quienes se explicó ampliamente los motivos y el objetivo del estudio y se les otorgó para su autorización el consentimiento informado a cada participante.

El investigador entregó a las participantes que cumplieron con los criterios de inclusión un cuadernillo que contenía el instrumento de recolección de datos, el cual era autoadministrado y se dividía en 3 apartados: 1. **Datos sociodemográficos** que contiene 7 ítems, 2. **Cuestionario de Estilo Emocional**, esta escala contiene 39 ítems, con 21 reactivos para la medición de inhibición emocional y 18 para la medición de la rumiación, 3. **Cuestionario de Salud General de Golberg**, con 28 reactivos.

Una vez obtenida toda la información se presentaron de acuerdo a la hoja de recolección de datos diseñada, de forma que se identificó en orden de aparición la información sociodemográfica, cuestionarios para determinar el estado emocional y estado de salud percibida en las participantes.

Posteriormente se procedió a ordenar la información recabada para la interpretación posterior de los resultados determinando las variables con mayor proximidad al problema planteado.

Dicha información se vació en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 25 en español para Windows con la obtención de medidas de tendencia central y correlación de variables con Chi cuadrada.

Al finalizar todo el proceso de investigación y el análisis estadístico de la información, los datos se representaron de acuerdo al diseño de la cédula de recolección de información en tablas y graficas representativas, con la correspondiente descripción de cada una.

Consideraciones éticas

El proyecto de investigación se apega a la Ley General de Salud y a las normas éticas. Se sometió a evaluación por el Comité Local de Investigación en Salud 703 y Comité de Ética en Investigación 7038, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Unidad de Medicina Familiar no.13 donde se sometió a análisis para valorar su factibilidad y realización. La información se trató con confidencialidad, y se protegió la privacidad de las encuestadas involucradas en este estudio.

De acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud en México (Secretaría de Salud, 1996), se tomó en cuenta lo establecido en el título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”. La presente investigación se considera sin riesgo de acuerdo a lo establecido en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17 Párrafo I: Investigación sin riesgo.

Se hizo prevalecer la dignidad de las pacientes, protección de sus derechos y bienestar. Para proteger la privacidad de los participantes, el instrumento de recolección de datos no se solicitó requisitar con nombre, ni número de seguridad social, ni dirección, antes de su aplicación se brindó explicación clara y concisa de tal forma que pudiera ser comprendida, sobre la justificación y objetivos de la investigación, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta, se aclararon dudas del procedimiento, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se establecieran perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento según las fracciones I, VI, VII y VIII del artículo

21. Respecto al consentimiento informado, se contemplaron el artículo 20 y 21 para que se considerara existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal recibió una explicación clara y completa, de tal forma que pudiera comprenderla. El consentimiento informado se formuló por escrito, de acuerdo con el Artículo 22.

Además, este estudio se basó en los principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; “Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos” Adoptada por la 18ª

Asamblea Médica Mundial. Helsinki, Finlandia (1964) y revisada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, (Tokio 1975) y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, (Venecia, 1983) y la 41ª Asamblea Médica Mundial (Hong Kong 1989). 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, (octubre 1996) 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, (octubre 2000), Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, (Washington 2002), Nota de Clarificación agregada por la Asamblea General de la AMM, (Tokio 2004), 59ª Asamblea General, (Seúl, Corea, octubre 2008), 64ª Asamblea General, (Fortaleza, Brasil, octubre 2013).

Después de que terminó el estudio, el investigador presentó un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio, con el objeto de evitar repeticiones. Esta investigación se ha basado en las buenas prácticas clínicas.

Recursos, financiamiento y factibilidad

Humanos

Residente de Medicina Familiar

Asesor metodológico y de contenido

Materiales

CONCEPTO	CANTIDAD
Computadora	1
Impresora	1
Hojas blancas	650
Engrapadora	1
Grapas (caja)	1
Lápices	2
Lapiceros	50
Borrador	1
Calculadora	1
Programa SPSS	1
Formatos Consentimientos	325

Financieros

Los gastos generados durante el estudio serán financiados con recursos propios del investigador.

Factibilidad

Se cuenta con los recursos necesarios para la ejecución y cumplimiento de los objetivos del estudio.

Resultados

Análisis univariado

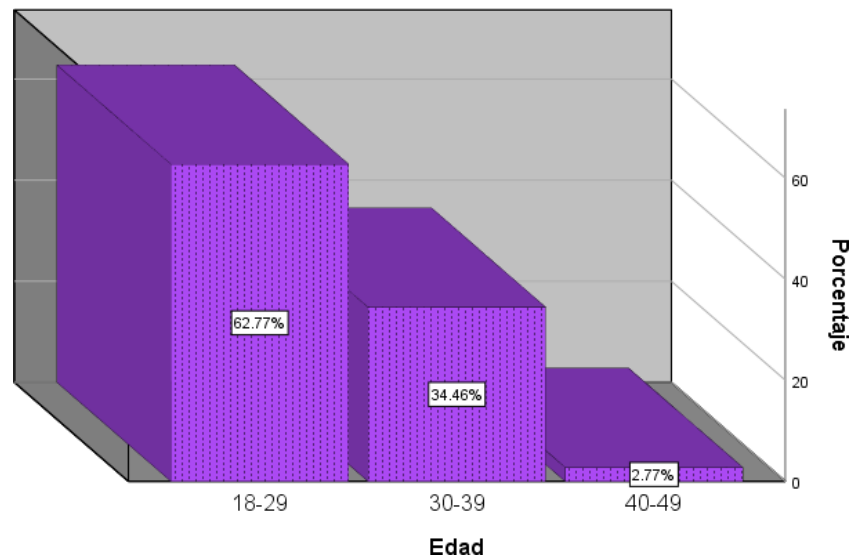
De las 325 pacientes encuestadas que representan el 100%, se encontró que 204 (62.8%), pertenecían a la categoría de 18 a 29 años, 112 pacientes (34.5%) entre el rango de 30 a 39 años, y solo 9 pacientes (2.8%) entre 40 a 49 años.

Tabla 01: Edad de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.

		Edad			Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
Válido	18-29	204	62.8	62.8	62.8
	30-39	112	34.5	34.5	97.2
	40-49	9	2.8	2.8	100.0
	Total	325	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para determinar el “Estilo emocional y estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

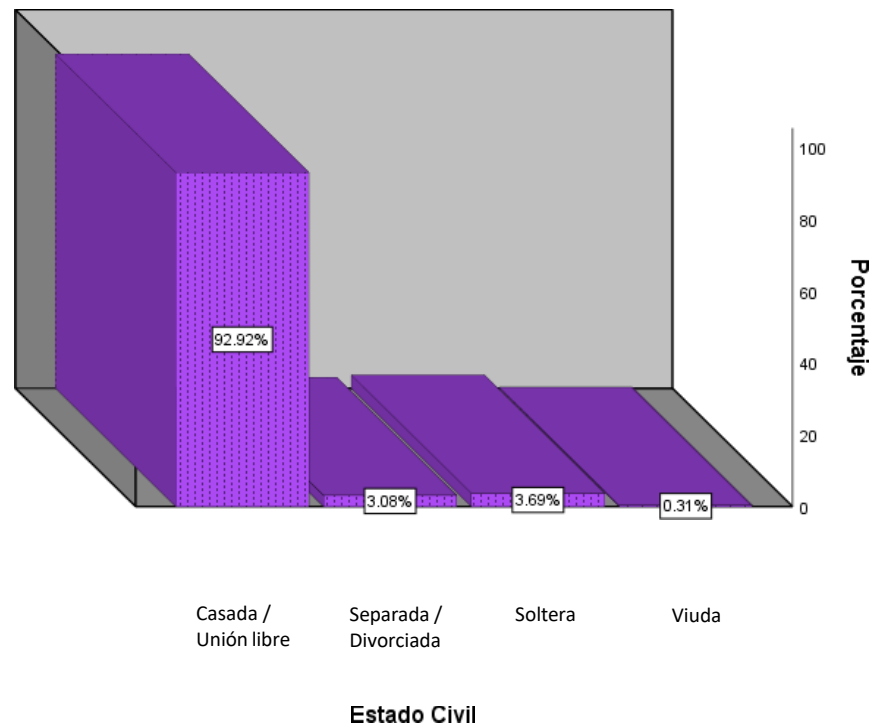
Gráfica 01: Edad de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.



Fuente: Cuestionario para determinar el “Estilo emocional y estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

El mayor grupo de las pacientes entrevistadas en el presente estudio están casadas o en unión libre con una cantidad de 302 (92.92%) pacientes, y el menor grupo de pacientes están en el rubro de mujeres viudas que es 1, representando un 0.31% de la muestra, como se puede observar en la figura 2.

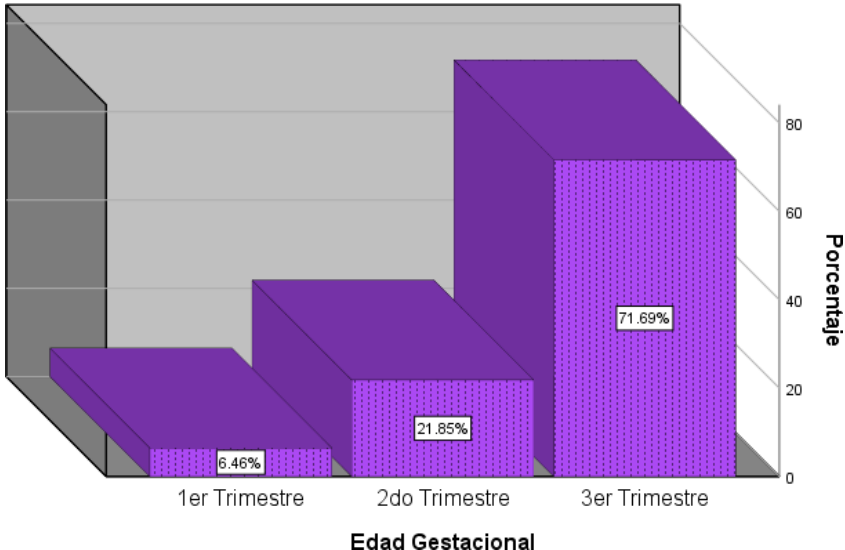
Gráfica 02: Estado civil de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.



Fuente: Cuestionario para determinar el “Estilo emocional y estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

Del grupo de mujeres encuestadas la mayoría se encontraba en el tercer trimestre del embarazo con un 71.69% y el 6.46% estaban en el primer trimestre de embarazo.

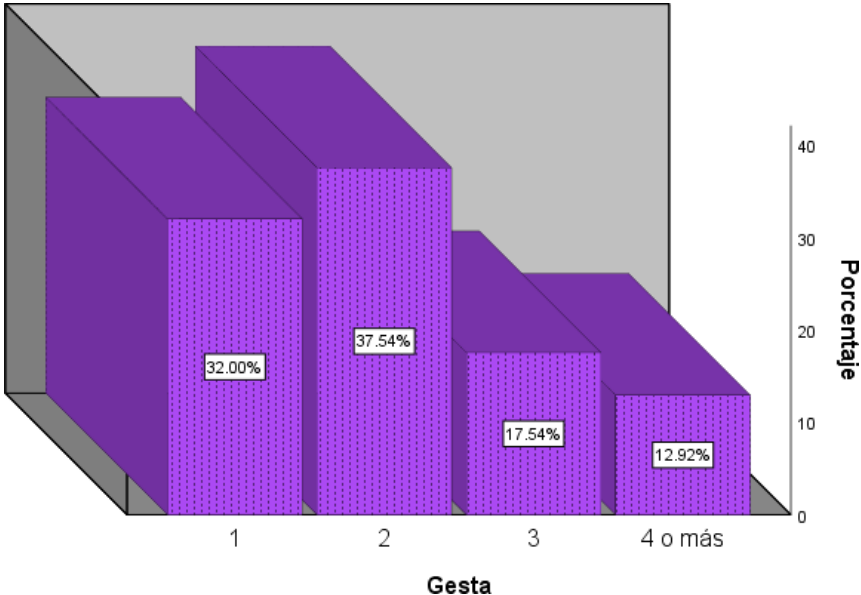
Gráfica 03: Edad gestacional de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.



Fuente: Cuestionario para determinar el “Estilo emocional y estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

La mayoría de embarazadas encuestadas ya se encontraban en su segundo embarazo con un 37.54%, el 12.9% de ellas se encontraba en su embarazo número 4 o más.

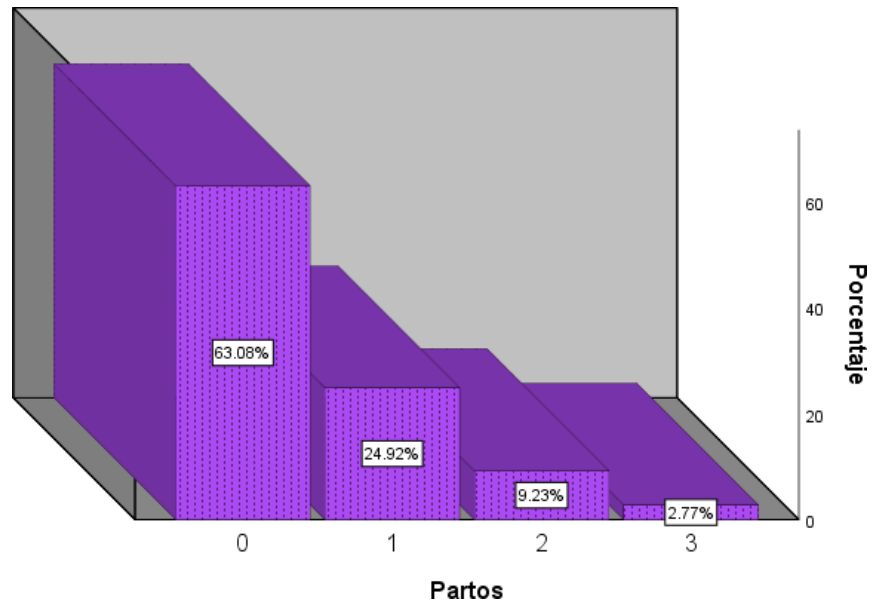
Gráfica 04: Número de embarazos de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.



Fuente: Cuestionario para determinar el “Estilo emocional y estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

En el grupo de mujeres entrevistadas el 63.08% no habían experimentado el trabajo de parto correspondiendo al mayor porcentaje, seguido del 24.31% que ya habían tenido la experiencia del primer parto.

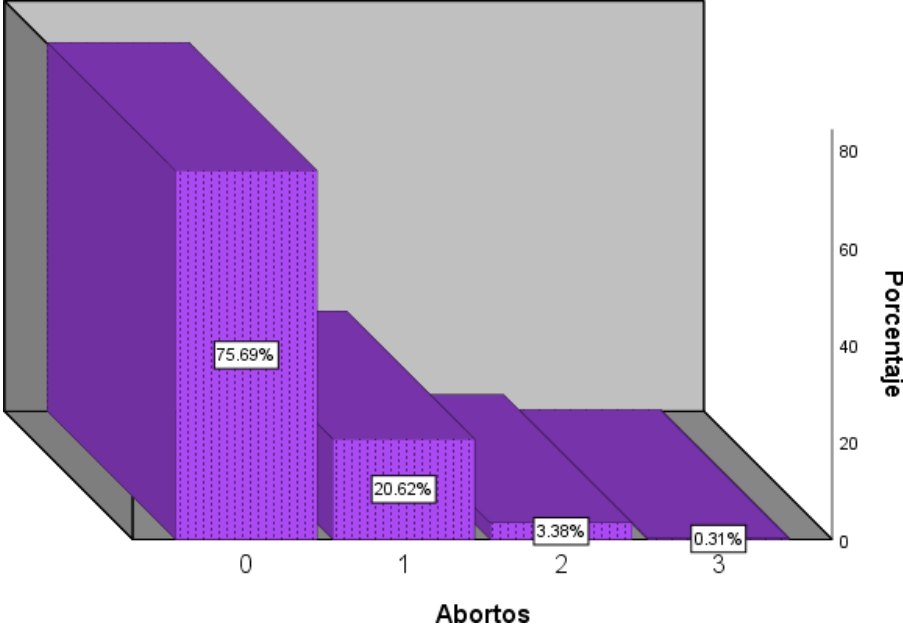
Gráfica 05: Número de partos de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.



Fuente: Cuestionario para determinar el “Estilo emocional y estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

Del total de pacientes encuestadas el 75.69% no habían presentado ningún aborto, seguido del 20.62% que habían presentado al menos un aborto en su vida; y solo el 0.31% ha presentado 3 abortos.

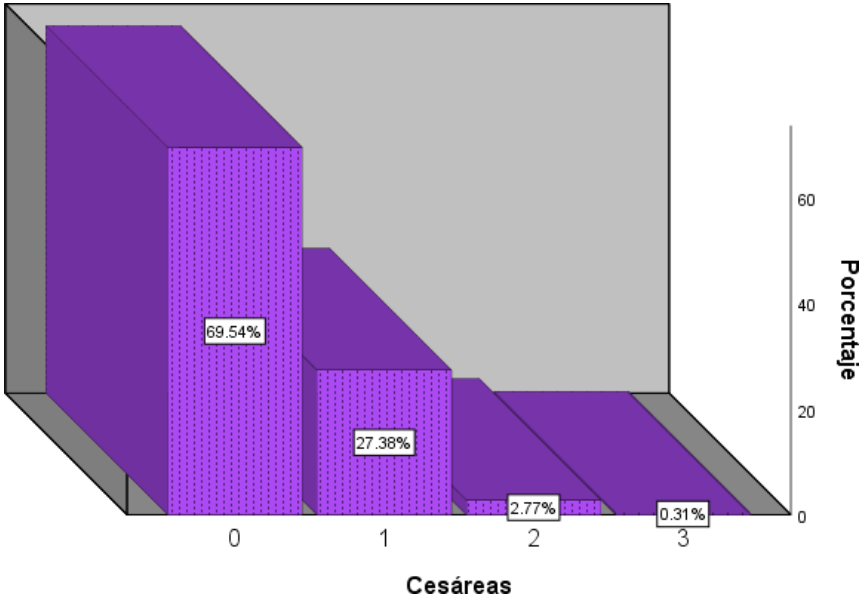
Gráfica 06: Número de abortos de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.



Fuente: Cuestionario para determinar el “Estilo emocional y estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

El 69.54% de las pacientes encuestadas no habían tenido la experiencia de una cesárea, mientras que el 0.31% han sido intervenidas quirúrgicamente con 3 cesáreas al menos.

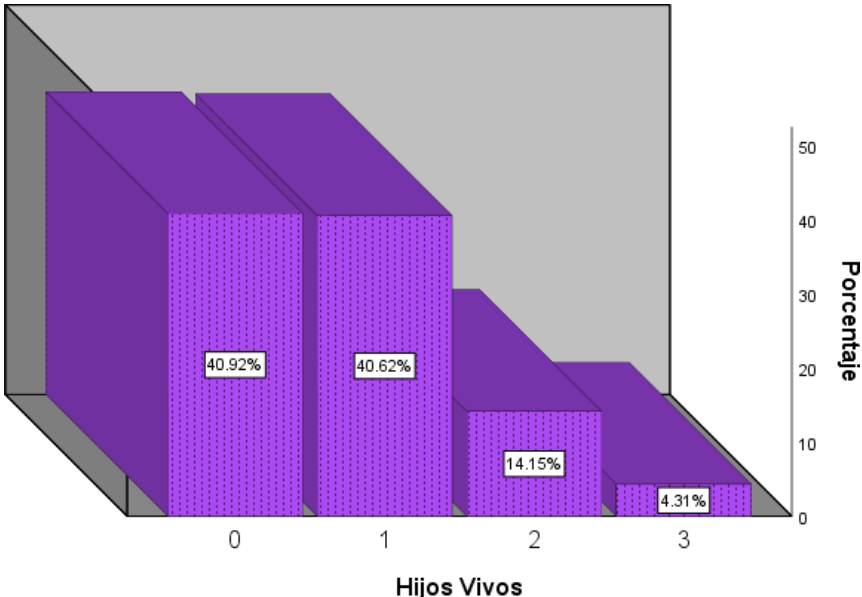
Gráfica 07: Número de cesáreas de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.



Fuente: Cuestionario sociodemográfico aplicado dentro del trabajo titulado “Estilo emocional y estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

El 40.92% de las mujeres encuestadas no habían tenido hijos vivos aun, un porcentaje similar correspondiente al 40.62% al menos contaba con un hijo vivo y solo el 4.31% ya había tenido al menos 3 hijos vivos.

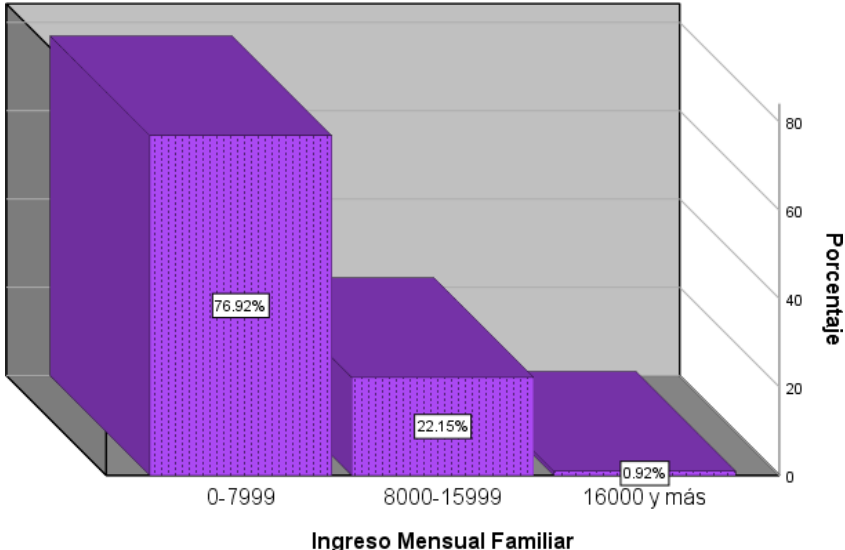
Gráfica 08: Número de hijos vivos de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.



Fuente: Cuestionario para determinar el “Estilo emocional y estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

El ingreso mensual familiar de las pacientes encuestadas 76.92% cuentan con un ingreso familiar de \$0 a \$7,999 pesos mensuales mientras que solo el 0.92% tiene un ingreso mensual de \$16,000 y más pesos mensuales.

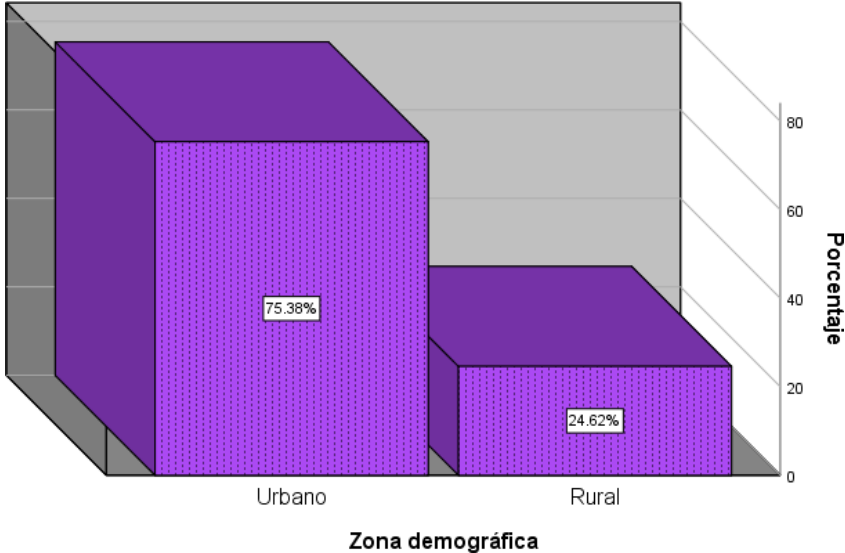
Gráfica 09: Ingreso mensual familiar de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.



Fuente: Cuestionario para determinar el “Estilo emocional y estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

La mayoría de mujeres encuestadas habitan en zona urbana correspondiente al 75.38% y el resto en zona rural con un 24.62%.

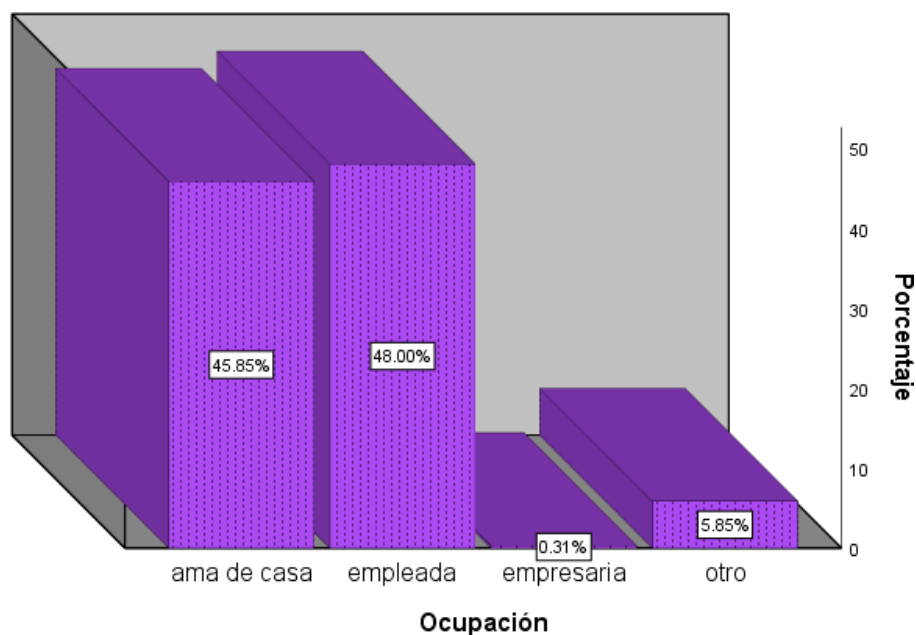
Gráfica 10: Zona demográfica de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.



Fuente: Cuestionario para determinar el “Estilo emocional y estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

El 45.85% de las pacientes encuestadas son amas de casa, el 48% son empleadas, el 5.85% representa otros empleos y solo el 0.31% son empresarias.

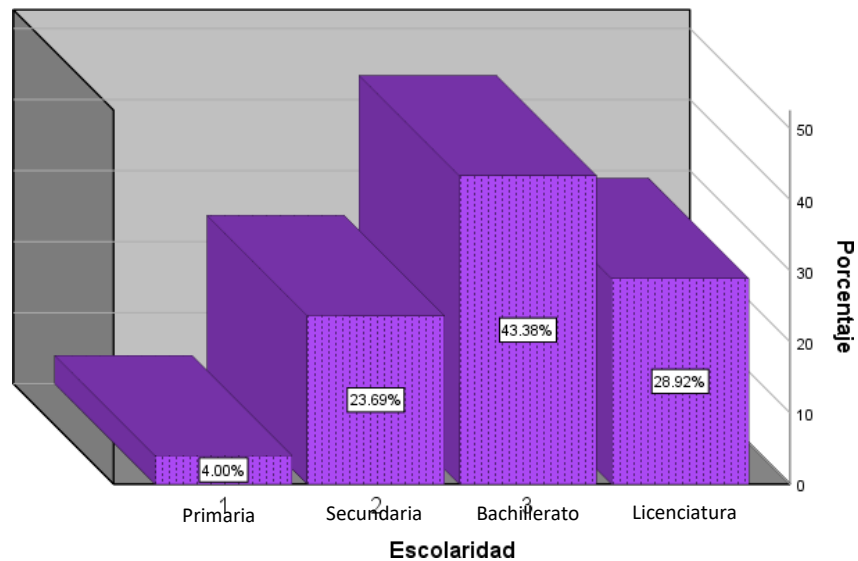
Gráfica 11: Ocupación de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.



Fuente: Cuestionario para determinar el “Estilo emocional y estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

La mayoría de la población encuestada de pacientes embarazadas tienen una escolaridad de bachillerato, y representa el 43.38%, seguido de licenciatura con un 28.92%.

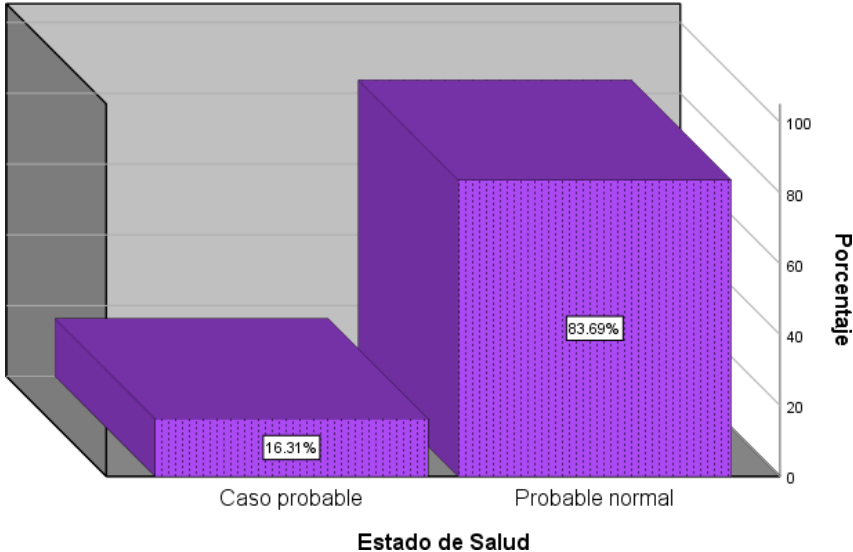
Gráfica 12: Escolaridad de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.



Fuente: Cuestionario para determinar el “Estilo emocional y estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

En la siguiente grafica podemos observar que el estado de salud más frecuentemente percibido en las embarazadas encuestadas es probablemente normal; es decir con mejor salud, con un 83.69% y solo el 16.31% de ellas perciben su estado de salud como malo, cabe señalar que estas subescalas representan dimensiones de sintomatología y no corresponden a diagnósticos psiquiátricos.

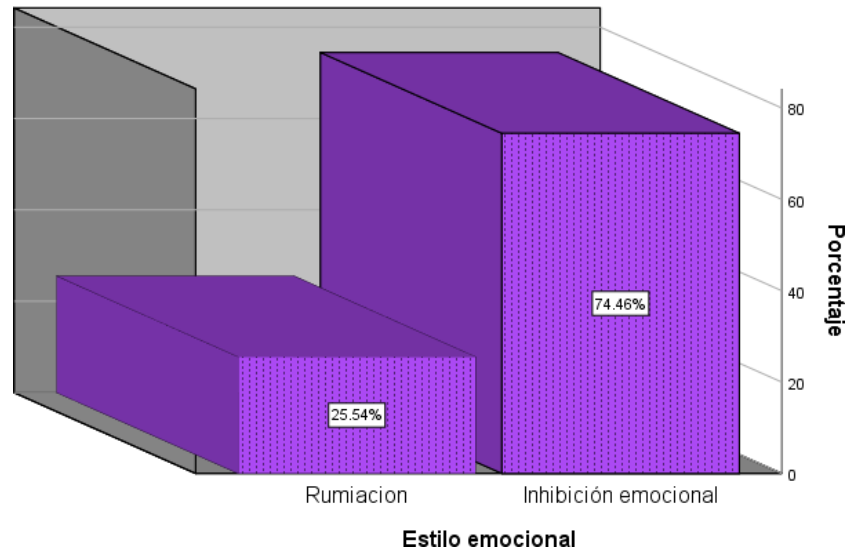
Gráfica 13: Estado de salud percibida en las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.



Fuente: Cuestionario de Salud General de Golberg (GHQ-28) para determinar el “Estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

En la siguiente grafica podemos observar que el estilo emocional más frecuentemente usado por las embarazadas encuestadas es inhibición emocional con un 74.46% y solo el 25.54% de ellas usan la rumiación,

Gráfica 14: Estilo emocional percibida en las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.



Fuente: Cuestionario estilo emocional (CEE) para determinar el “Estilo emocional percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

ANALISIS BIVARIADO

En el cruce de variables de edad de las pacientes y estilo emocional se puede observar que las pacientes usan la rumiación como estilo emocional de elección en su mayoría en el grupo de edad de 18 a 29 años con 48 pacientes para ese grupo etario, en contraste, la inhibición emocional es elegida por 156 pacientes en su mayoría en ese mismo grupo de edad, sin embargo, esa proporción no es estadísticamente significativa corroborado por la chi cuadrada de Pearson; con una significancia asintótica de 0.302.

Tabla 2: Tabla cruzada Estilo emocional/edad de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.

		Edad			Total
		18-29	30-39	40-49	
Estilo emocional	Rumiacion	48	31	4	83
	Inhibición emocional	156	81	5	242
Total		204	112	9	325

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.394 ^a	2	.302
Razón de verosimilitud	2.209	2	.331
N de casos válidos	325		

Fuente: Cuestionario estilo emocional (CEE) para determinar el “Estilo emocional percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

En el cruce de variables de estilo emocional y estado civil de las pacientes se puede observar que las pacientes casadas o en unión libre usan en su mayoría la rumiación como estilo emocional de elección con 80 pacientes para ese estado, de igual forma, la inhibición emocional es elegida por 222 pacientes en ese mismo grupo de mujeres, esta situación probablemente se deba a que este grupo es el más numeroso, sin embargo, esa proporción no es estadísticamente significativa corroborado por la chi cuadrada de Pearson; con una significancia asintótica de 0.472.

Tabla 3: Tabla cruzada Estilo emocional/estado civil de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.

		Estado Civil				Total
		Soltera	Casada/Unión libre	Separada/Divorciada	Viuda	
Estilo emocional	Rumiación	1	80	2	0	83
	Inhibición emocional	11	222	8	1	242
Total		12	302	10	1	325

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.516 ^a	3	.472
Razón de verosimilitud	3.236	3	.357
N de casos válidos	325		

Fuente: Cuestionario estilo emocional (CEE) para determinar el “Estilo emocional percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

En el cruce de variables de estilo emocional y zona demográfica de las pacientes se puede observar que las pacientes de la zona urbana usan en su mayoría la inhibición emocional como estilo emocional fue elegida por 182 pacientes para en esa zona, de igual forma, la rumiación fue elegida por 63 pacientes en la misma zona, esta situación probablemente se deba a que el grupo urbano es el más numeroso, sin embargo, esa proporción no es estadísticamente significativa corroborado por la chi cuadrada de Pearson; con una significancia asintótica de 0.899.

Tabla 4: Tabla cruzada Estilo emocional/zona demográfica de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.

		Zona demográfica		Total
		Urbano	Rural	
Estilo emocional	Rumiación	63	20	83
	Inhibición emocional	182	60	242
Total		245	80	325

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.016 ^a	1	.899		
Corrección de continuidad ^b	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.016	1	.899		
Prueba exacta de Fisher				1.000	.513
N de casos válidos	325				

Fuente: Cuestionario estilo emocional (CEE) para determinar el “Estilo emocional percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

En el cruce de variables de estilo emocional e ingreso mensual familiar de las pacientes se puede observar que las pacientes con ingreso mensual familiar de \$0.00 a \$7,999.00 pesos, usan un estilo emocional de inhibición emocional en su mayoría con 182 pacientes, esta situación probablemente se deba a que el grupo con este ingreso es el más numeroso, cabe destacar que en todos los grupos de ingresos el estilo emocional dominante siempre es la inhibición emocional, sin embargo, esa proporción no es estadísticamente significativa corroborado por la chi cuadrada de Pearson; con una significancia asintótica de 0.328.

Tabla 5: Tabla cruzada Estilo emocional/Ingreso mensual familiar de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez

		Ingreso Mensual Familiar			Total
		0-7999	8000-15999	16000 y más	
Estilo emocional	Rumiacion	68	15	0	83
	Inhibición emocional	182	57	3	242
Total		250	72	3	325

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.230 ^a	2	.328
Razón de verosimilitud	3.003	2	.223
N de casos válidos	325		

Fuente: Cuestionario estilo emocional (CEE) para determinar el “Estilo emocional percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

En el cruce de variables de estilo emocional y ocupación de las pacientes se puede observar que las pacientes en todas las ocupaciones, usan un estilo emocional de inhibición emocional en su mayoría, cabe destacar que en la ocupación de empresaria el estilo emocional usado fue la rumiación, esa proporción no es estadísticamente significativa corroborado por la chi cuadrada de Pearson; con una significancia asintótica de 0.293.

Tabla 6: Tabla cruzada Estilo emocional/Ocupación de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.

		Ocupación				Total
		ama de casa	empleada	empresaria	otro	
Estilo emocional	Rumiacion	41	36	1	5	83
	Inhibición emocional	108	120	0	14	242
Total		149	156	1	19	325

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.725 ^a	3	.293
Razón de verosimilitud	3.546	3	.315
N de casos válidos	325		

Fuente: Cuestionario estilo emocional (CEE) para determinar el “Estilo emocional percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

En el cruce de variables de estilo emocional y escolaridad de las pacientes se puede observar que las pacientes en todos los niveles de escolaridad, eligen un estilo emocional de inhibición emocional en su mayoría; esta situación probablemente se deba a que el estilo emocional dominante siempre es la inhibición emocional, sin embargo, esa proporción no es estadísticamente significativa corroborado por la chi cuadrada de Pearson; con una significancia asintótica de 0.071.

Tabla 7: Tabla cruzada Estilo emocional/Escolaridad de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.

		Escolaridad				Total
		Primaria	Secundaria	Bachillerato	Licenciatura	
Estilo emocional	Rumiación	5	23	26	29	83
	Inhibición emocional	8	54	115	65	242
Total		13	77	141	94	325

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.033 ^a	3	.071
Razón de verosimilitud	7.126	3	.068
N de casos válidos	325		

Fuente: Cuestionario estilo emocional (CEE) para determinar el “Estilo emocional percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

En el cruce de variables de estado de salud y edad de las pacientes se puede observar que las pacientes en todos los grupos de edad se perciben como “probable normal”, lo que se traduce en buen estado de salud, sin embargo, esa proporción no es estadísticamente significativa corroborado por la chi cuadrada de Pearson; con una significancia asintótica de 0.364.

Tabla 8: Tabla cruzada Estado de salud/Edad de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.

Estado de Salud		Edad			Total
		18-29	30-39	40-49	
	Caso probable	33	17	3	53
	Probable normal	171	95	6	272
Total		204	112	9	325

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.019 ^a	2	.364
Razón de verosimilitud	1.669	2	.434
N de casos válidos	325		

Fuente: Cuestionario estado de salud General de Golberg (GHQ-28) para determinar el “Estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

En el cruce de variables de estado de salud y estado civil de las pacientes se puede observar que las pacientes en todos los grupos de estado civil se perciben como “probable normal”, lo que se traduce en buen estado de salud, sin embargo, esa proporción no es estadísticamente significativa corroborado por la chi cuadrada de Pearson; con una significancia asintótica de 0.218.

Tabla 9: Tabla cruzada Estado de salud/Estado civil de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.

		Estado Civil				Total
		Soltera	Casada/Unión libre	Separada/Divorciada	Viuda	
Estado de Salud	Caso probable	2	47	4	0	53
	Probable normal	10	255	6	1	272
Total		12	302	10	1	325

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.432 ^a	3	.218
Razón de verosimilitud	3.666	3	.300
N de casos válidos	325		

Fuente: Cuestionario estado de salud General de Golberg (GHQ-28) para determinar el “Estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

En el cruce de variables de estado de salud e ingreso mensual familiar de las pacientes se puede observar que las pacientes en todos los grupos de ingresos se perciben como “probable normal”, lo que se traduce en buen estado de salud, sin embargo, esa proporción no es estadísticamente significativa corroborado por la chi cuadrada de Pearson; con una significancia asintótica de 0.710.

Tabla 10: Tabla cruzada Estado de salud/Ingreso mensual familiar de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.

		Ingreso Mensual Familiar			Total
		0-7999	8000-15999	16000 y más	
Estado de Salud	Caso probable	42	11	0	53
	Probable normal	208	61	3	272
Total		250	72	3	325

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.685 ^a	2	.710
Razón de verosimilitud	1.169	2	.557
N de casos válidos	325		

Fuente: Cuestionario estado de salud General de Golberg (GHQ-28) para determinar el “Estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

En el cruce de variables de estado de salud y escolaridad de las pacientes se puede observar que las pacientes en todos los niveles escolares se perciben como “probable normal”, lo que se traduce en buen estado de salud, sin embargo, esa proporción no es estadísticamente significativa corroborado por la chi cuadrada de Pearson; con una significancia asintótica de 0.479.

Tabla 11: Tabla cruzada Estado de salud/Escolaridad de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.

		Escolaridad				Total
		Primaria	Secundaria	Bachillerato	Licenciatura	
Estado de Salud	Caso probable	3	16	22	12	53
	Probable normal	10	61	119	82	272
Total		13	77	141	94	325

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.480 ^a	3	.479
Razón de verosimilitud	2.424	3	.489
N de casos válidos	325		

Fuente: Cuestionario estado de salud General de Golberg (GHQ-28) para determinar el “Estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

En el cruce de variables de estado de salud y ocupación de las pacientes se puede observar que las pacientes en todos los grupos de estado civil se perciben como “probable normal”, lo que se traduce en buen estado de salud, con

excepción de la ocupación de empresaria que se percibe como caso probable, es decir con mal estado de salud, esa proporción no es estadísticamente significativa corroborado por la chi cuadrada de Pearson; con una significancia asintótica de 0.072.

Tabla 12: Tabla cruzada Estado de salud/Ocupación de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.

		Ocupación				Total
		ama de casa	empleada	empresaria	otro	
Estado de Salud	Caso probable	26	25	1	1	53
	Probable normal	123	131	0	18	272
Total		149	156	1	19	325

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.982 ^a	3	.072
Razón de verosimilitud	5.977	3	.113
N de casos válidos	325		

Fuente: Cuestionario estado de salud General de Golberg (GHQ-28) para determinar el “Estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

En el cruce de variables de estado de salud y zona demográfica de las pacientes se puede observar que las pacientes en ambos grupos la mayoría se perciben como “probable normal”, lo que se traduce en buen estado de salud, también se puede notar que en la zona urbana la mayoría con 47 casos se percibe como “caso probable”, es decir, con un estado de salud malo, sin embargo se puede observar que esto se presenta debido a que es más numeroso el número de pacientes en la zona urbana, esa proporción es estadísticamente significativa corroborado por la chi cuadrada de Pearson; con una significancia asintótica de 0.014.

Tabla 13: Tabla cruzada Estado de salud/Zona demográfica de las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.

		Zona demográfica		Total
		Urbano	Rural	
Estado de Salud	Caso probable	47	6	53
	Probable normal	198	74	272
Total		245	80	325

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.032 ^a	1	.014		
Corrección de continuidad ^b	5.206	1	.023		
Razón de verosimilitud	6.909	1	.009		
Prueba exacta de Fisher				.014	.008
N de casos válidos	325				

Fuente: Cuestionario estado de salud General de Golberg (GHQ-28) para determinar el “Estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

En el cruce de variables de edad gestacional y estilo emocional se puede observar que las pacientes durante el primer trimestre de embarazo eligieron usar la inhibición emocional como estilo emocional predominante respecto a los otros trimestres de embarazo, aunque la mayor frecuencia con 171 pacientes se presentó en el tercer trimestre del embarazo el porcentaje de uso de la inhibición emocional fue menor respecto al del primer trimestre, ya que la cantidad de pacientes es evidentemente menor para el primer trimestre de embarazo. No hay significancia estadística ya que la chi cuadrada de Pearson es alta.

Esto podría denotar que las pacientes durante el primer trimestre de embarazo ocultan sus emociones respecto a la expectativa del embarazo.

Tabla 14: Tabla cruzada de edad gestacional y estilo emocional en las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.

		Estilo emocional		Total
		Rumiación	Inhibición emocional	
Edad Gestacional	1er Trimestre	4	17	21
	2do Trimestre	17	54	71
	3er Trimestre	62	171	233
Total		83	242	325

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.701 ^a	2	.704
Razón de verosimilitud	.731	2	.694
N de casos válidos	325		

Fuente: Cuestionario estilo emocional (CEE) para determinar el “Estilo emocional percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

En el cruce de variables de edad gestacional y estado de salud se puede observar que las pacientes en todos los trimestres de embarazo se percibieron con buen estado de salud, sin embargo, durante el primer trimestre de embarazo la mayoría se percibieron como probable normal, es decir con mejor estado de salud, por el contrario en el segundo trimestre de embarazo respecto a los otros trimestres de embarazo se percibieron como caso probable, es decir, con peor estado de salud, aunque el mayor número de pacientes se encontraba en el tercer trimestre de embarazo con 195 pacientes que se percibieron con mejor estado de salud, se puede deducir que en el primer trimestre la cantidad de pacientes es evidentemente menor para el primer trimestre de embarazo, sin embargo esa proporción no es estadísticamente significativa corroborado por la chi cuadrada de Pearson.

Tabla 15: Tabla cruzada de edad gestacional y estado de salud en las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.

		Estado de Salud		Total
		Caso probable	Probable normal	
Edad Gestacional	1er Trimestre	4	17	21
	2do Trimestre	11	60	71
	3er Trimestre	38	195	233
Total		53	272	325

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.150 ^a	2	.928
Razón de verosimilitud	.146	2	.930
N de casos válidos	325		

Fuente: Cuestionario de Salud General de Golberg (GHQ-28) para determinar “Estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

En el cruce de variables de estilo emocional y estado de salud se puede observar que las pacientes que se presentan como caso probable, la mayoría adopta un estilo emocional de inhibición emocional, que se puede asociar directamente con un peor estado de salud, por otro lado, las mujeres que perciben durante el embarazo un mejor estado de salud, es decir como probable normal tienden a elegir un estilo emocional de rumiación. Sin embargo, al realizar la prueba de chi –cuadrado no se encuentra correlación con significación asintótica.

Tabla 16: Tabla cruzada de Estilo emocional y estado de salud en las pacientes encuestadas embarazadas que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez.

		Estado de Salud		Total
		Caso probable	Probable normal	
Estilo emocional	Rumiación	17	66	83
	Inhibición emocional	36	206	242
Total		53	272	325

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.423 ^a	1	.233		
Corrección de continuidad ^b	1.042	1	.307		
Razón de verosimilitud	1.368	1	.242		
Prueba exacta de Fisher				.233	.154
N de casos válidos	325				

Fuente: Cuestionario de Salud General de Golberg (GHQ-28) y cuestionario estilo emocional (CEE) para determinar el “Estilo emocional y estado de salud percibido en embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas”.

Discusión

Este estudio presenta la descripción de 325 pacientes embarazadas del Hospital General zona 2 del estado de Chiapas, en quienes se ha estudiado Estilo emocional y estado de salud percibido de las pacientes en cualquier trimestre de embarazo.

La mayoría de las pacientes encuestadas tienen una edad de 18 a 29 años, de las cuales predominan las mujeres casadas o en unión libre.

Encontramos que la mayoría de las embarazadas se encontraban en su tercer trimestre de gestación y el mayor porcentaje de ellas ya había experimentado al menos dos embarazos; en contraste, la mayor parte de ellas no habían experimentado un parto, un aborto, una cesárea o la experiencia de un hijo vivo. De igual forma las pacientes con ingresos de entre \$0.00 a \$7,999.00 pesos era el grupo más numeroso, y la mayoría habitaba en zona urbana, también un porcentaje alto se desempeñaban como empleadas y en segundo lugar como amas de casa, su nivel de escolaridad era en su mayoría de bachillerato.

En relación al estado de salud percibido por las embarazadas encuestadas, la mayoría se percibía con estado de salud probable normal, es decir, con buen estado de salud. Por otro lado, el estilo emocional más usado por las embarazadas encuestadas fue el de inhibición emocional.

En base a un estudio realizado en 2010 de mujeres embarazadas en el primer trimestre en Venezuela, mostró que el estilo emocional se relaciona con la salud y la calidad de vida, revelando resultados disfuncionales, ya que se asoció significativamente con la presencia de síntomas físicos y psicológicos que aludían una percepción de peor calidad de vida. En conjunto, esta investigación sugiere que las modalidades de respuesta emocional, como la rumiación y la supresión emocional, pueden ser muy desadaptativas para la salud y el bienestar general de las mujeres embarazadas en el primer trimestre, lo que compromete su integridad y funcionamiento ⁸.

Por otro lado, según Lobel y colaboradores, los estados emocionales de las mujeres durante el embarazo variaron según la función, la depresión y la ansiedad, siendo menores en el primer y último trimestre con respecto al presentado en el segundo trimestre. La mejor explicación para este caso es que el estado de gestación apenas se nota en el primer trimestre, aunque en la mayoría de los casos la mujer toma conciencia de su nuevo estado a partir del segundo y tercer mes ⁹.

En relación a lo anterior y en base a los resultados de este estudio se observa en las pruebas cruzadas de estado de salud y estilo emocional percibido, que las pacientes que eligieron adoptar un estilo emocional de inhibición emocional también percibían su estado de salud como malo, por lo que podría interpretarse que este estilo de respuesta emocional tiende a favorecer un estado de salud negativo para la paciente.

En relación a los estudios antes descritos, en este estudio se analizaron las tablas cruzadas de estilo emocional adoptado en las pacientes embarazadas y puede observarse que la inhibición emocional como estilo emocional adoptado fue el más frecuente, lo que implica su asociación con un estado de salud negativo, sin embargo, los resultados en este estudio dista parcialmente de los otros estudios relacionados; ya que este estudio refleja que la frecuencia de este estilo emocional adoptado por las pacientes en estudio es mayor durante el primer trimestre de embarazo en un 80.95% seguido de un 76.05% durante el segundo trimestre del embarazo.

Sumado a lo anterior, en el grupo de pacientes que perciben el estado de salud como malo, se observa claramente la percepción de este estado de salud más marcado en las pacientes que se encontraban en su primer trimestre de embarazo con un 19%, seguido del tercer trimestre de embarazo con un 16%, por lo que si se encuentra coincidencia con el grupo de pacientes que adoptaron el estilo emocional negativo, el estado de salud percibido como malo y la coincidencia con las pacientes durante el primer trimestre de embarazo.

Conclusión

La población estudiada fue accesible al contestar el 100 por ciento de los cuestionarios, lo que permitió desarrollar satisfactoriamente nuestro estudio y poder realizar un análisis estadístico adecuado.

Existe una probable asociación del estilo emocional adoptado en las embarazadas encuestadas con el estado de salud percibido ya que las pacientes que percibían su estado de salud como malo habían elegido también un estilo emocional de inhibición emocional el cual está asociado a una percepción negativa de su salud. El estilo emocional más usado por las embarazadas encuestadas fue la inhibición emocional.

El estado de salud percibido en la población de estudio fue en su mayoría como probable normal, es decir un estado de salud bueno.

Dentro de los antecedentes ginecobstétricos la mayoría de las pacientes ya habían experimentado su segundo embarazo, en contraste con un porcentaje similar sin haber experimentado ningún parto, aborto, cesárea o hijos vivos.

Existe asociación entre el estilo emocional negativo y el mal estado de salud percibida por las mujeres embarazadas, ya que la mayoría de las pacientes elegían a la inhibición emocional con estilo emocional preferido y a su vez percibían su estado de salud como malo. Por lo tanto, el estado de salud está condicionado por el estilo de respuesta emocional percibida en la población de estudio.

El estilo emocional de las embarazadas es negativo principalmente durante el primero y segundo trimestre del embarazo.

No existe relación directa entre las variables sociodemográficas de la población de estudio (Edad, nivel de escolaridad, estado civil, ocupación) con el estado de salud percibido en las mujeres embarazadas.

La única variable sociodemográfica asociada a estado de salud bueno con significancia estadística de la población de estudio fue la de zona demográfica urbana corroborado por la chi cuadrada de Pearson; con una significancia asintótica de 0.014.

El estilo emocional negativo y un mal estado de salud es más percibido en el primer trimestre del embarazo, lo que anula la hipótesis de percepción durante el segundo trimestre del embarazo en la población estudiada.

Finalmente, el área de oportunidad en este estudio es que se puede detectar el momento en que la paciente no se percibe con un buen estado de salud y a partir de esa detección puede aplicarse estrategias de intervención con estas pacientes a fin de realizar un diagnóstico precoz y manejo anticipado.

Recomendaciones

- ❖ Se recomiendan estudios a largo plazo en población gestante para conocer la percepción de la calidad de vida durante el embarazo y su impacto en el estado general de salud.
- ❖ Crear grupos de autoayuda para aumentar la autoestima de las mujeres embarazadas.
- ❖ Brindar asistencia y consejería durante el embarazo para reducir las complicaciones físicas y psicológicas que pueden presentarse si no se tratan a tiempo.
- ❖ Se recomienda mayor investigación para agregar otras variables relacionadas con el estrés, la ansiedad y los síntomas depresivos, como los factores de riesgo obstétricos y las comorbilidades relacionadas que ocurren durante el embarazo.
- ❖ Se sugiere establecer estrategias de educación a las madres para detección temprana de signos anormales, promoción de estilos de vida saludables y derivación a diversos servicios de atención según la gravedad de la situación

como atención primaria, hospitalización, grupos de apoyo, servicio de ginecología y obstetricia o asistencia psicológica y psiquiátrica.

Referencias bibliográficas:

1. Secretaria de Gobernación. Estadísticas CONAPO. Mayo 2019. Recuperado el 07 de agosto de 2020 de <https://www.gob.mx/segob/prensa/2-1-promedio-de-hijas-e-hijos-por-mujer-en-mexico-en-2019-conapo>.
2. Manuel Purizaca. Modificaciones fisiológicas en el embarazo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 56, núm. 1, 2010, pp. 57-69.
3. Martín Maldonado-Durán, JM Saucedo-García, Teresa Lartigue. Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. Perinatol Reprod Hum. VOL. 22 No.1; enero-marzo 2008. Pág. 5-14.
4. Carro García T, Sierra Manzano J M, Hernández Gómez M^a J, Ladrón Moreno E, Antolín Barrio E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. Medicina General (Revista en Internet).2000; 452- 456.
5. Gaviria A. S L. Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. Revista Colombiana de Psiquiatría (Revista en Internet). 2006; 35 (2): 210-224 [Último acceso septiembre 2020]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80635206>.
6. Marín Morales D, Carmona Monge F J, Toro Molina S, Montejo Rodríguez R, Peñacoba Puente C, Velasco Furlong L, Carretero Abellán I. Indicadores de estrés en el postparto y su relación con el estado anímico de la mujer en el puerperio. NURE Investigación (Revista en Internet). 2013; 10 (62): 1-10. [Último acceso septiembre 2020]. Disponible en: Http://web2020.fuden.es/Ficheros Administrador/Inv_Nure/Nure62_proyecto_estrés.
7. Teresa Lartigue, J. Martín Maldonado-Durán, Itzel González-Pacheco Juan Manuel Saucedo-García, Depresión en la etapa perinatal. Perinatol Reprod Hum, 2008; 22:111,131.

8. Leticia Guarino, Fausto Scremín, Sonia Borrás, Estilo emocional, salud y calidad de vida percibida en embarazadas, SUMMA, Psicología UST 2010, Vol. 7. No. 79-90.
9. Luz María Fernández Mateos, Antonio Sánchez Cabaco. estado de ánimo y respuesta emocional en la gestante: influencia de variables psicosociales, International Journal of Developmental and Educational Psychology, vol. 1, núm. 1, 2005, pp. 585-596.
10. Leticia Guarino. Sensibilidad emocional, afrontamiento, salud y calidad de vida percibida durante el embarazo, Psicología y Salud, julio- diciembre de 2010, Vol. 20, Núm. 2: 179-188.
11. Karen Wedel Herrera. Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo Revista médica Sinergia Vol. 3 (1), enero 2018. pp: 3 - 8.
12. Lara, Ma. Asunción, & Navarrete, Laura. (2012). Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. Salud mental, 35(1), 57-62. Recuperado en 06 de agosto de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100009&lng=es&tlng=es.
13. Jhon Freddy Martínez-Paredesa y Nathalia Jácome-Pérez, Depresión en el embarazo. Rev colomb psiquiat. 2019; 48 (1):58-65. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Recuperado el 06 de agosto de 2020 de <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003>,
14. Leticia Guarino, Fausto Scremín, Sonia Borrás, Nivel de información y apoyo social como predictoras de la salud y calidad de vida durante el embarazo; Psychol. av. discipl. | Bogotá, Colombia | Vol. 7 | N.º 1 | p. 13-21 | Enero - Junio | 2013 | ISSN 1900-2386.

Anexos.

Cronograma de Actividades.

NUM	ACTIVIDAD	2020								2021						
		MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	AGO
1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA															
2	ELABORACION DE ANTECEDENTES															
3	REVISIÓN DE BIBLIOGRAFIA Y PROTOCOLO															
4	REVISIÓN DE PROTOCOLO POR EL COMITÉ LOCAL DEL CLI															
5	APLICACIÓN DE PRUEBA PILOTO															
6	RECOLECCIÓN DE DATOS															
7	TABULACION DE RESULTADOS															
8	ANALISIS DE DATOS ESTADISTICOS															
9	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS															

Instrumento de recolección de datos.

Apartado 1.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

Instrucciones: Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando con una "X" la respuesta, según su situación actual. En el apartado de antecedentes ginecobstétricos anote con número ordinario en base a su situación actual. Gracias.

1 Edad	
a) 18-29	
b) 30-39	
c) 40-49	
d) 50 y más	

2. Estado civil	
a) Soltera	
b) Casada / Unión libre	
c) Separada/ divorciada	
d) viuda	

3. Antecedentes Ginecobstétricos	
a) Edad gestacional	
b) Gesta	
c) Partos	
d) Abortos	
e) Cesáreas	
f) Hijos vivos	

4. Ingreso mensual familiar	
a) 3-5,999 pesos	
b) 6-15,999 pesos	
c) >16 mil pesos	

4. Zona demográfica	
a) urbano	
b) rural	

5. Ocupación	
a) ama de casa	
b) Empleada	
c) empresaria	
d) otro	

6. Escolaridad	
e) primaria	
f) Secundaria	
g) Bachillerato	
h) Licenciatura	

Apartado 2.

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG (GHQ-28)

INSTRUCCIONES: Interesa saber cómo ha percibido su salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando con una "X" la respuesta, que según su criterio, mejor se adapte a su situación. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes (último mes), no sobre los que tuvo en el pasado.

Es importante que intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

A. 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

Mejor que lo habitual Igual que lo habitual Peor que lo habitual Mucho peor que lo habitual

2. ¿Ha tenido la sensación de que necesita un reconstituyente?

No, en absoluto No más de lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

B. 1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

3. ¿Se ha notado constantemente agobiado o en tensión?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

5. ¿Se ha asustado o tenido pánico sin motivo?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

C. 1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

Más activo que lo habitual Igual que lo habitual Bastante menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual

2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

Más rápido que lo habitual Igual que lo habitual Más tiempo que lo habitual Mucho más tiempo que lo habitual

3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

Mejor que lo habitual Aproximadamente lo mismo Peor que lo habitual Mucho peor que lo habitual

4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

Más satisfecho que lo habitual Aproximadamente lo mismo Menos satisfecho que lo habitual Mucho menos satisfecho

5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

Más tiempo que lo habitual Igual que lo habitual Menos útil que lo habitual Mucho menos útil que lo habitual

6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos capaz que lo habitual

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual

D. 1. ¿Ha pensado que es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?

Claramente, no Me parece que no Se me ha cruzado por la mente Claramente lo he pensado

5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
 No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
 No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?
 Claramente, no Me parece que no Se me ha cruzado por la mente Claramente lo he pensado

A. _____
 B. _____
 C. _____
 D. _____
 Total. _____

Apartado 3. Cuestionario de Estilo Emocional (CEE)

Instrucciones: Lee las siguientes afirmaciones e indica cómo te sientes en relación con cada una encerrando en un círculo CIERTO o FALSO, según sea el caso. Si alguna de las afirmaciones no es enteramente cierta o falsa para ti, escoge la alternativa que más se te parezca. Si tú no has estado en la situación descrita, por favor indica cómo te sentirías si estuvieras en esa situación.

1. Yo recuerdo cosas que me molestan o enfurecen durante mucho tiempo.	CIERTO FALSO
2. Yo no soy una persona rencorosa: lo pasado, pasado está, y no pienso más en eso.	CIERTO FALSO
3. Cuando alguien me molesta, trato de ocultar mis sentimientos.	CIERTO FALSO
4. Algunas personas necesitan a alguien en quien confiar, pero yo prefiero resolver mis propios problemas.	CIERTO FALSO
5. Me agito solo de pensar en las cosas que me han irritado en el pasado.	CIERTO FALSO
6. Frecuentemente me encuentro a mí mismo(a) pensando una y otra vez en las cosas típicas que me fastidian.	CIERTO FALSO
7. Aunque me sienta molesto(a) acerca de algo, no siento la necesidad de hablar con alguien sobre eso.	CIERTO FALSO
8. A la gente le resulta difícil detectar en mí si yo estoy entusiasmado(a) o no con algo.	CIERTO FALSO
9. Me gusta hablar sobre los problemas, para sacármelos de la cabeza.	CIERTO FALSO
10. Me siento vulnerable si tengo que pedir ayuda a otras personas.	CIERTO FALSO
11. En el pasado se me ha hecho más fácil resolver los problemas, si he hablado sobre ellos con alguien.	CIERTO FALSO
12. Es bueno escuchar los problemas en voz alta.	CIERTO FALSO
13. Si recibo malas noticias delante de la gente, generalmente intento ocultar mis sentimientos.	CIERTO FALSO
14. Yo siento que es útil hablar sobre los problemas, aun cuando ellos no tengan solución.	CIERTO FALSO
15. Con frecuencia estoy preocupado(a) acerca de mi futuro.	CIERTO FALSO
16. Tengo amigos que sé que me ayudarían, pero es difícil para mí pedir ayuda.	CIERTO FALSO
17. Raramente muestro lo que siento acerca de las cosas.	CIERTO FALSO
18. Si veo algo que me da miedo o irrita, la imagen permanece en mi cabeza durante mucho tiempo.	CIERTO FALSO
19. Yo pienso que la gente muestra sus sentimientos muy fácilmente.	CIERTO FALSO
20. Mis fracasos me producen un constante arrepentimiento.	CIERTO

	FALSO
21. Cuando algo me molesta prefiero hablarlo con alguien, más que aguantármelo por dentro.	CIERTO FALSO
22. Para mí el futuro parece estar lleno de problemas e inconvenientes.	CIERTO FALSO
23. Hay algunas situaciones en las cuales no me siento capaz de confiar en alguien.	CIERTO FALSO
24. Con frecuencia siento como que estoy solo esperando que pase algo malo.	CIERTO FALSO
25. Cuando alguien me recuerda mis fracasos pasados, siento como si estuvieran ocurriendo de nuevo otra vez.	CIERTO FALSO
26. Si me pongo bravo(a) o me molesto, usualmente digo como me siento.	CIERTO FALSO
27. A veces tengo que forzarme a mí mismo(a) a concentrarme en algo, para mantener los pensamientos preocupantes sobre mi futuro fuera de mi mente.	CIERTO FALSO
28. Los pensamientos intrusivos sobre problemas que tendré que enfrentar en el futuro me hacen difícil concentrarme en una tarea.	CIERTO FALSO
29. Yo no me siento avergonzado(a) de expresar mis sentimientos.	CIERTO FALSO
30. Yo no dejo que un montón de cosas sin importancia me irriten.	CIERTO FALSO
31. Desearía poder borrar de mi mente los recuerdos de fracasos pasados.	CIERTO FALSO
32. No soy capaz de confiarle a alguien mis problemas.	CIERTO FALSO
33. Tengo miedo de que, si le confío mis problemas a alguien, se los cuente a otras personas.	CIERTO FALSO
34. A veces pienso tanto en cosas que me molestan, que soy incapaz de sentirme positivo(a) acerca del futuro.	CIERTO FALSO
35. No tengo miedo de pedir ayuda a alguien.	CIERTO FALSO
36. Yo me preocupo mucho menos que otra gente acerca de cosas que podrían pasar.	CIERTO FALSO
37. Me toma un tiempo inusualmente largo olvidar cosas desagradables que me pasaron.	CIERTO FALSO
38. A veces no me siento capaz de confiar ni siquiera en alguien cercano a mí.	CIERTO FALSO
39. Cualquier cosa que me haga recordar mis experiencias desagradables me trae a la mente todas las emociones vividas.	CIERTO FALSO

CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

"ESTILO EMOCIONAL Y ESTADO DE SALUD PERCIBIDO EN EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL ZONA 2 DEL ESTADO DE CHIAPAS."

Nombre del estudio:

Patrocinador externo (si aplica):

No aplica

Lugar y fecha:

Hospital General Zona 2 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 2020

Número de registro:

R-2021-703-009

Justificación y objetivo del estudio:

El presente trabajo de investigación dará nuevo conocimiento porque es un tema que no ha sido estudiado e investigado en el HGZ 2 donde se pretende realizar, sobre todo en temas de estilo de respuesta emocional y estado de salud percibido en las embarazadas.

Procedimientos:

Se entregará a las participantes un cuadernillo que contiene el instrumento de recolección de datos, el cual es autoadministrado y se divide en 3 apartados: 1. Datos sociodemográficos, 2. Cuestionario de Estilo Emocional y 3. Cuestionario de Salud General de Golberg, para determinar las posibles relaciones entre el estilo emocional y el estado de salud percibido en mujeres embarazadas

Posibles riesgos y molestias:

NINGUNA

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Que la paciente identifique su estilo de respuesta emocional y los efectos sobre su salud durante el embarazo.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Se proporcionará si el participante lo solicita.

Participación o retiro:

Participarán pacientes embarazadas mayores de edad que reciben atención por control prenatal en el HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez de manera voluntaria y con consentimiento informado. Y en caso de no desear continuar en el estudio se respetará su retiro voluntario

Privacidad y confidencialidad:

Existe, conforme a los códigos éticos de investigación en humanos y en base a la Ley General de Salud.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

DR. JANETH OLIVARES BECERRIL, RESIDENTE DE 1ER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR,
CON SEDE EN LA UMF N° 23, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

Colaboradores:

DR JOSE RAMIRO CORTES PON, DRA. ARTEMISA URBIETA GUZMÁN

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

DR. JANETH OLIVARES BECERRIL

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013