



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de medicina

**Tipo de apoyo que reciben las embarazadas por parte de su pareja,
en una unidad de primer de atención**

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Gabriela Orozco Orozco

Dirigido por:

M.C.E.Dra. Luz Dalid Terrazas Rodríguez

Querétaro, Qro. Septiembre 2025

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciatario no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciatario.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

“Tipo de apoyo que reciben las embarazadas por parte de su pareja en una unidad de primer nivel de atención”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Med. Gral. Gabriela Orozco Orozco

Dirigido por:

Dra. Luz Dalid Terrazas Rodríguez

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

M.C.E.Luz Dalid Terrazas Rodríguez

Presidente

Med. Esp. Patricia Flores Bautista

Secretario

Med. Esp. Verónica Campos Hernández

Vocal

Med. Esp. Ma. Azucena Bello Sánchez

Suplente

Med. Esp. Karla Gabriela Romero Zamora

Suplente

Fecha de aprobación por el Consejo Universitario. Junio 2025

México

Resumen

Introducción: Durante el periodo de gestación, los cónyuges atraviesan por un proceso que de pronto resulta en cambios significativos, tanto para la madre e hijo como para el resto de la familia; es importante la percepción que tiene la embarazada de su entorno, sobre todo en el aspecto emocional; estas emociones son las que invaden y generan un involucramiento que promueve un deseo interno y voluntario encaminado a la protección del otro. **Objetivo:** Determinar el tipo de apoyo que reciben las embarazadas por parte de su pareja, en una unidad de primer nivel de atención, **Material y métodos:** Estudio observacional, transversal, descriptivo, realizado en embarazadas, adscritas a la UMF No 16 OOAD Querétaro. El cálculo de la muestra se realizó con la fórmula para poblaciones infinitas ($n= 242$), el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron mujeres embarazadas que aceptaron participar en el estudio y que tuviera pareja, se excluyeron a quienes presentaron algún tipo de trastorno psiquiátrico diagnosticado y se eliminaron a participantes con encuestas incompletas. Las variables estudiadas fueron edad, escolaridad, ocupación, estado civil, trimestre de la gestación y el tipo de apoyo que recibe la mujer embarazada por parte de su pareja, el cual se determinó por medio del instrumento “Inventario de apoyo para la pareja”. El análisis estadístico incluyó frecuencias, promedios, porcentajes e IC 95%. **Resultados:** Se estudiaron a 242 mujeres, el promedio de edad fue de 28.61 ± 5.36 , (17- 43), el 64.4% (frecuencia) están casadas, el 43.2 % (frecuencia) tenían estudios de bachillerato y el 37.9% (frecuencia) eran empleadas, el 40.9% (frecuencia) se encontraba en el tercer trimestre, el apoyo positivo se presentó en un 86.4% (frecuencia), el apoyo expresado en el 90.5% y el apoyo negativo en 11.4%. **Conclusiones:** El en la población estudiada predominó el apoyo expresado.

Palabras clave: Apoyo, embarazada, pareja.

Summary

Introduction: During the gestation period, the spouses go through a process that suddenly results in significant changes, both for the mother and child and for the rest of the family; the perception that the pregnant woman has of her environment is important, especially in the emotional aspect; these emotions are the ones that invade and generate an involvement that promotes an internal and voluntary desire aimed at protecting the other. **Objetive:** To determine the type of support that pregnant women receive from their partner, in a first level care unit. **Material and methods:** Descriptive, observational and cross-sectional study in pregnant women with a partner affiliated to the UMF 16. The sample calculation was carried out with the formula for infinite populations ($n=242$), the sampling was non-random for convenience. Pregnant women who agreed to participate in the study and who had a partner were included, pregnant woman who had terminated their pregnancy due to no fault of their own and those who had some type of diagnosed psychiatric disorder were excluded, and pregnant women with incomplete survey were eliminated. The variables to study were age, education, occupation, marital status and trimester of pregnancy. The questionnaire "Inventory of support for the couple" was used to carry out the survey. Statistical analysis was performed with frequencies, means, percentages and 95% CI. **Results:** The average age was 28.61 ± 5.36 , (17-43), 64.4% are married, 43.2 % had high school studies and 37.9%, were employed. In relation to the gestation trimester, 40.9% were in the third, trimester. Positive support was presented in 86.4%, expressed support in 90.5% and negative support in 11.4%. **Conclusions:** The type of support that pregnant women receive from their partner in a first level care unit is positive and expressed.

Keywords: Support, pregnant, couple.

Dedicatorias

Siempre fue y serán los más grandes motores que me mueven y me motivan a seguir, por ello dedico este trabajo y un logro más de vida a mis hijos, Eduardo y Enrique, a mi esposo Luis Enrique por no poner barreras para poder continuar el camino elegido por mí.

Le dedico también a mi madre, la Profesora Bertha Orozco, que se empeñó en dejarme un ejemplo de vida, su tenacidad y valentía para enfrentar cualquier adversidad sin desistir y estar siempre para mí; seguirá siendo uno de los más poderosos pilares aun sin su presencia física.

Mi padre, la persona que a pesar del pasado ahora está aquí para mí, que me apoya en cualquier desafío y me anima a seguir adelante.

Es también para mí un gusto poder dedicar este trabajo a mis hermanos, quienes en todo momento me apoyaron e impulsaron a seguir adelante, aun a la distancia los sentí cerca de mí, fueron y serán siempre los mejores hermanos del mundo, quienes confían en mí y forman parte de mis logros.

Agradecimientos

Agradezco a Dios, al universo, a la vida por permitirme alcanzar una meta más dentro de mis objetivos de vida, me siento orgullosa de mi misma y sé que mis seres queridos también lo sienten; reconocer que la edad es solo un número más, que no deberá de ser limitante para alcanzar lo que se desea.

Siempre fue y seguirá siendo el motor de mi vida, la hermosa mujer que fue mi madre, a su memoria le dedico este logro, por su ejemplo de vida, por mostrarme el camino hacia la superación personal y profesional, por su apoyo incondicional y por brindarme las herramientas necesarias para lograrlo.

Agradezco también a mis hermanos, a mis hijos, a mi padre y a mi compañero de vida, por estar siempre a mi lado y recibir el apoyo incondicional para poder culminar un objetivo más.

Y no dejare de agradecer jamás a todos esos pacientes que me dejaron enseñanza, pero sobre todo lograron fortalecer mi vocación, corroborando que no equivoque el camino.

El agradecimiento especial para mi directora de tesis, la Dra. Luz Dalid, quien en algún momento de miedo a seguir me alentó y apoyo incondicionalmente, porque gracias a su intervención oportuna he concluido un reto más de vida.

Índice

Contenido	Página
Resumen	iii
Summary	iv
Dedicatorias	v
Agradecimientos	vi
Índice	vii
Índice de cuadros	viii
I. Introducción	1
II. Antecedentes/estado del arte	3
II.1	
III. Fundamentación teórica	7
III.1	
IV. Objetivos	16
IV.1 General	16
IV.2 Específicos	16
V. Hipótesis o supuestos	17
VI. Material y métodos	18
VI.1 Tipo de investigación	18
VI.2 Población o unidad de análisis	18
VI.3 Muestra y tipo de muestra	18
VI. Técnicas e instrumentos	19
VI. Procedimientos	21
VII. Resultados	24
VIII. Discusión	30
IX. Conclusiones	32
X. Propuestas	33
XI. Bibliografía	34
XII. Anexos	36

Índice de cuadros

Contenido	Página
Cuadro VII.1 Descripción de la población de estudio	30
Cuadro VII. 2. Apoyo positivo, negativo y expresado en relación al estado civil.	32
Cuadro VII. 3. Apoyo positivo, negativo y expresado en relación dependiendo de la escolaridad.	33
Cuadro VII.4. Apoyo positivo, negativo y expresado en relación a la ocupación.	34
Cuadro VII.5. Apoyo expresado, negativo y positivo durante el trimestre gestacional	35

I. Introducción

Fundamental el cuidado de la salud física de la madre y del bebé durante la gestación, pero igual de importante es escuchar y guiar a la madre embarazada en sus diferentes vivencias emocionales a lo largo de este proceso, acompañarla y orientarla en sus momentos de alegría, de tristeza, de miedo, de inseguridad, de rechazo, etcétera, su estado emocional es tan importante como la alimentación de la madre durante su embarazo (Barranquero, 2023).

La salud materno-infantil es un objetivo básico de la familia, porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias. Es sabido que el entorno afectivo de la mujer gestante es decisivo para la salud del futuro bebé (NOM-007-SSA2-2016).

Obtener el apoyo del padre del bebé, la familia y los amigos contribuye en el estado anímico de la madre que se ve contenida y cuidada por sus seres queridos, las embarazadas que reciben el cuidado y el acompañamiento de su entorno familiar tendrán una protección contra las hormonas del estrés que contribuyen a la aparición de la depresión postparto (Reyes, 2018)

El modo en el que el bebé se desarrolla en el vientre será determinante para su vida. No solo el alcohol, el tabaco y una mala alimentación inciden negativamente; ahora la ciencia ha ido más allá y ha descubierto que las emociones de la madre durante el embarazo también desempeñan un papel fundamental en el desarrollo del bebe (Lara, 2021).

El embarazo puede conllevar complicaciones de la salud o de otro tipo, que desequilibren emocionalmente a uno o ambos miembros de la pareja. En cualquier caso, con complicaciones, o sin ellas, el embarazo va a suponer un cambio en el ritmo de vida de la pareja debido a las revisiones médicas o a otras posibles necesidades que la mujer deba cubrir y para las que precise el apoyo o

ayuda de su pareja. Ante este hecho, hay personas que se niegan a alterar lo más mínimo el ritmo de sus vidas, por lo que no acompañan a la embarazada al médico (Fernández, 2017).

El presente estudio pretende hacer énfasis en la importancia que requiere una mujer en gestación al necesitar del apoyo familiar, pero sobre todo de la pareja para desarrollar un embarazo sano en todas las esferas. Si ella se encuentra cuidada emocionalmente, eso influirá sin duda en el bienestar del producto. El identificar a estas mujeres de manera oportuna podría cambiar el curso de las posibles complicaciones que pudieran presentarse y hacer uso de los recursos humanos y materiales con los que cuenta la institución de salud a cargo de este grupo de población.

II. Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el embarazo, o gestación, como los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer. Es una etapa que marca la vida de una mujer pasando por diversos cambios fisiológicos y psicológicos (OMS 2018).

Factores predisponentes en relación a su entorno y estado fisiológico suelen influir en el estado emocional de las mujeres embarazadas, predisponiendo de manera poco perceptible para el paciente, la familia e incluso el médico, a patologías de carácter psicológico y emocional de las pacientes, durante y posterior al embarazo (Maset, 2021).

Estudios de Fernández y Ramos (1999) y Fernández et al. (2000), quienes mencionan que aun con una adecuada inteligencia emocional, el embarazo es un periodo vital que exige un ajuste psicológico adaptativo de la madre, lo cual conlleva altos niveles de estrés y reacciones de ansiedad, no sólo la satisfacción y bienestar que representa la gestación planeada y lograda. Aunque este proceso presente altos niveles de afectividad negativa, podría demostrar mayores dificultades de ajuste psicológico cuando exista mayor presencia de pesimismo en las madres, debido a que esta característica predispone en mayor medida a la manifestación emocional negativa, dificultando la creación de estrategias. (Lotelo 2018).

En un estudio realizado en Medellín Colombia en 2017, donde se aplicó la escala de apoyo positivo y negativo en mujeres en el postparto, concluyen que los rasgos emocionales positivos favorecen la salud gestacional disminuyendo la aparición de complicaciones obstétricas y disminuyendo así la posibilidad de presentar riesgo obstétrico. El embarazo exige una alta demanda adaptativa en

componentes comportamentales, cognitivos y afectivos para las madres, lo cual puede llegar a general estrés gestacional y emociones negativas durante este periodo. (Lotero, 2018).

En otro estudio realizado con respecto del apoyo en Montevideo 2013 se encontró que de las mujeres embarazadas el 71% considera que el mismo es “poco satisfactorio”, un 27% percibe que es “satisfactorio” y un 2% “no satisfactorio”. Por tanto, la familia no estaría brindando apoyo a la gestante (Lafaurie, 2020).

La importancia de la igualdad de género y de la participación masculina responsable y comprometida en la sexualidad y la reproducción, así como la responsabilidad de mujeres y hombres en el cuidado de la familia, ha sido claramente expuesta en las conferencias internacionales de El Cairo y Beijín. Este compromiso se retoma en Colombia en la Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. Las evidencias indican que la participación activa de la pareja en la gestación, parto y postparto, disminuye el riesgo materno e incide en el bienestar madre-hijo. Durante el embarazo, parto y puerperio las mujeres desean contar con la participación y el cuidado de su pareja. (Montevideo 2020).

En un estudio cualitativo fenomenológico con hombres entre 19 y 36 años en un programa materno de Cúcuta, que busco comprender sus experiencias de participación en el cuidado de su pareja gestante. Mencionaron que cuidar a su pareja les genera satisfacción por que cumplen con el rol social esperado. Emergen significados del cuidado a su pareja asociado a “responsabilidad” y “deber”, sustentados en el rol de proveedores y protectores de su pareja gestante y del hijo por venir (Laguado-Barrera, 2019).

Cuidar de su pareja gestante significa, sobre todo, protegerla y proveer recursos materiales y financieros, según los resultados de un estudio realizado en

Colombia lo cual hace parte del repertorio social naturalizado en la sociedad para los varones. Se hace igualmente necesario involucrar a los hombres en mayor medida en los espacios reproductivos de atención y conocer sus experiencias y necesidades; se requiere abrir espacios para ellos y empoderarlos para que puedan participar activamente y disfrutar junto con su pareja de la etapa prenatal. (Laguado,2019).

Un estudio realizado en Perú en el periodo comprendido de Junio-Julio 2017, de tipo observacional, analítico de casos y controles, prospectivo y transversal, en el que se contó con dos grupos: 45 gestantes con depresión (grupo caso) y 45 gestantes sin depresión (grupo control), se comprobó que existe asociación significativa entre el apoyo de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo (Reyes, 2018).

En un hospital Público de Acapulco Guerrero, México, en un estudio realizado a 485 pacientes con media de edad de 24.6 años y límites de 14 y 43 años, la prevalencia de depresión posparto fue de 16%, en el modelo final del análisis multivariado los factores asociados con la depresión posparto fueron: complicaciones en el parto (IC95%:1.61-6.54), antecedente de alcoholismo antes del embarazo (IC95%:1.17- 3.30) y recibir apoyo emocional del esposo durante el embarazo (IC95%: 0.17-0.68), (Genchi-Gallardo, et al, 2021)

Desde el primer momento en que la pareja sabe del embarazo, se siente desorientada, aun cuando espere con agrado a su hijo, pues no ubica del todo su papel en esta nueva situación. Significa esto, que independientemente de la existencia de las mejores condiciones el desarrollo de la gestación, y en general, para el advenimiento de los hijos, el nuevo rol de padres afectara significativamente a la pareja, tanto en sus funciones familiares como de familia; de ahí que resulta relevante detectar con detenimiento las posibles adversidades que pudieran afectar la integridad familiar desde la gestación y que esto llegara afectar de manera prevenible la funcionalidad familiar.

Por ello evaluar el apoyo que se recibe de la pareja es una variable que tiene un rol positivo en el ajuste y salud, tanto personal en la embarazada como en la vinculación con su futuro bebé. En este sentido su estudio cobra importancia sobre todo en relación de pareja, por ser esta el pilar de la familia y esta ultima la unidad funcional de la sociedad.

III. Fundamentación teórica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define familia como los miembros del hogar aparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y/o matrimonio, y que es el resultado de una experiencia y de una alianza entre géneros. (OMS 2020)

De acuerdo con los científicos, existen varias versiones que dan cuenta del origen etimológico de la palabra familia, sin que haya verdadera unidad de criterios frente a este aspecto, algunos consideran que la palabra Familia proviene del latín *familiae*, que significa “grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens” En concepto de otros, la palabra se derivada del término *famulus*, que significa “siervo, esclavo”, o incluso del latín *fames* (hambre) “Conjunto de personas que se alimentan juntas en la misma casa y a los que un padre de familias tiene la obligación de alimentar” (Gutiérrez, 2017).

Bajo esta concepción se presumía la inclusión de la esposa y de los hijos del padre de familia, a quien legalmente pertenecían en calidad similar a un objeto de su propiedad, hasta que como concepto integrador (de cognados – vinculados por lazos de sangre- y agnados –con vínculos civiles), acabó siendo subsumido y reemplazado inicialmente por la conceptualización y forma grupal de la gens, que históricamente precedió a otras formas más avanzadas como las familias punalúa, sindiásmica, poligámica, monogámica y la actual o posmoderna; todas ellas con características organizativas distintas pero siempre conceptualizadas de manera similar. (Gutiérrez, 2021).

En la actualidad existen varios conceptos de familia:

- OMS señala que por familia se entiende “a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”. (OMS, 2021)
- Real Academia de la Lengua Española, señala que por familia se debe entender “al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”. (RAE,2020)
- La familia es una organización dinámica que se adapta a los cambios demográficos, sociales, económicos y culturales que, continuamente, se presentan en la sociedad (CNDH, 2023)

La familia es referencia de la vida de cada persona en nuestra sociedad, es una estructura compleja donde se vierten las emociones, se rige y moldea la conducta, se mantienen los lazos afectivos, los valores, los sentimientos, la personalidad del individuo y patrones de conductas (Muñoz, 2020).

La corresponsabilidad de mujeres y hombres en el cuidado de la familia ha sido claramente expuesta en conferencias internacionales. Evidencias indican que la participación activa en la gestación, parto y posparto disminuye el riesgo materno e incide en el bienestar madre-hijo (Valbuena, 2020).

Los seres humanos tenemos necesidades emocionales básicas para constituirnos en adultos plenos, equilibrados, participativos. Las necesidades emocionales como el afecto, el reconocimiento, la pertenencia, la seguridad, viven en la psiquis del ser humano y lo guían para las decisiones que asume cotidianamente, que lo sitúa en un lugar que respeta y protege, que le permite

libremente aportar y ser considerado parte del conjunto coadyuvando con energía y lucidez. (Morey, 2022).

Las relaciones de pareja constituyen un elemento fundamental en el ciclo vital de las personas, y es por ello que se han desarrollado numerosos estudios e investigaciones centrados en la búsqueda de aquellos factores capaces de influir en el desarrollo de este tipo de unión. En la actualidad, una de las taxonomías que mayor difusión tiene socialmente es la distinción entre “relación sana” y “relación insana”. Entendiendo por relación sana aquella que representa una buena comunicación, apoyo entre los componentes, confianza, respeto mutuo y honestidad, así como libertad para disponer de espacio y tiempo individual (Aesthesia Psicologos, 2020).

Existen 3 componentes básicos presentes en las relaciones de pareja, conocido como la *Teoría triangular del amor* de Sternberg en los que podría destacar la intimidad, la cual hace alusión a los sentimientos que promueven la conexión y el vínculo entre la pareja. Este componente se puede observar a partir del grado de comunicación, el respeto, la proximidad, el apoyo emocional y el deseo de bienestar de la otra parte. (Sánchez, 2019).

Por otra parte, la insatisfacción con la relación se relaciona con otros fenómenos, tales como la violencia intrafamiliar, el alcoholismo y divorcios, afectando además otras esferas de la vida como el trabajo, los hijos y los estudios. Myers y Diener señalan que, a mayor cercanía e intimidad con la pareja, mayor satisfacción con la misma; a su vez, la percepción de insatisfacción en relación a la pareja se vincula con áreas de conflicto. (Myers, 1995).

El vínculo que existe entre apoyo y necesidad emocional da la impresión de ser la dinámica que se juega en toda relación de pareja.

El apoyo recibido y percibido, ha sido estudiado en varias ocasiones; cuando se habla de apoyo recibido, se trata de transacciones reales de ayuda, que se producen con respecto a un individuo. En cambio, el apoyo percibido, es la evaluación que el propio individuo hace de la ayuda recibida. Ambos influyen en el bienestar de las personas, pero ha sido demostrado que el tipo de apoyo más relevante será el apoyo percibido. El hecho de tener una gran cantidad de apoyo por parte de muchas personas, no significa que la persona esté satisfecha con dicho apoyo. Por lo que, en cuanto al apoyo lo importante será la calidad y no la cantidad (Barrón1992; Díaz, 2004).

La pareja tiene efectos físicos y psicológicos sumamente positivos, especialmente cuando hay cercanía, debido al bienestar experimentado, toque afectivo, que enriquece la expresión de comprensión y satisfacción con el apoyo de la pareja, pues habrá mayor motivación para realizar comportamientos saludables (Zepeda_Rozzana, 2020).

La cercanía implica sentimientos que producen que la relación se perciba como profunda, estrecha, reciproca, entregada, dependiente y generara que los integrantes de la pareja describan de forma positiva su interacción, fusión y permanencia en la misma y, en consecuencia, pueden estar más satisfechos. (Sánchez- Aragón, 2019)

Aunque el embarazo se considera un periodo de bienestar y felicidad en la vida de la mujer, en ocasiones estas expectativas se ven alteradas por problemas a nivel materno o fetal, generándose situaciones de vulnerabilidad. Las recomendaciones actuales acerca del cuidado y el tratamiento de los problemas de salud mental en las mujeres durante el embarazo y hasta un año después del parto están dirigidas al reconocimiento, evaluación, cuidado y tratamiento, asegurando la continuidad asistencial. (González, 2018).

Las nuevas responsabilidades que implican el cuidado del embarazo y el asumir la maternidad, requieren de apoyo. Por ello se hace fundamental promover que las mismas sean compartidas con las demás personas que rodean a la mujer adolescente, con especial énfasis en las personas más cercanas, sean estas su pareja o su familia. Una red social es el conjunto de vínculos con otras personas que dan soporte afectivo, social y económico a la adolescente embarazada. La existencia de una red social significativa para la adolescente embarazada o madre, permite amortiguar las exigencias que el nuevo estado de gestación y posterior maternidad le plantea a la joven. Esto en la medida en que se constituye en un acompañamiento que la apoya y sostiene frente a las exigencias que el rol materno demanda. Esta red social estará conformada por la pareja, amigos, familiares, vecinos, profesores, personal de salud, grupos comunales y otros (Ferraro).

El embarazo generalmente es un tiempo de emoción, pero, a veces, las mujeres embarazadas y sus parejas pueden sentir como si estuvieran esperando recibir una fuente de ansiedad junto con la pequeña fuente de felicidad que les está por llegar. Tienen que enfrentar los cambios y las cosas desconocidas que acarrean el embarazo y el nacimiento. Cuando ambos miembros de la pareja se apoyan mutuamente, fortalecen su vínculo y su sentido de camaradería. El apoyo de la pareja es especialmente importante para la mamá y el producto durante este tiempo (Cigma, 2023)

Primeramente, la mujer pasa por un cambio vulnerable asociado al desequilibrio y reorganización; el segundo cambio, es la nueva organización de la personalidad; el tercero, es la existencia de la preocupación materna primaria, aquella actitud afectiva que se adquiere al avanzar el embarazo o postparto; por último hay una modificación en el movimiento psíquico que la prepara y le permite dar paso a las conductas materna. (Ebel, 2019). Por ende, se requiere una presencia mucho más activa por parte del hombre hacia la mujer y el futuro hijo, a fin de evitar que la crisis lleve a problemas más graves ha de estar atento a

cambios emocionales para saber cuándo éstos se salen del margen y requieren atención psicológica para evitar o tratar depresión perinatal o postnatal. (Cellis, 2019)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal y en los cuales uno de los objetivos es el de promover la salud de la mujer embarazada y el feto, (OMS,2016).

La atención prenatal implica no solo el número de visitas sino cuando fueron realizadas y su calidad, permitiendo identificar factores de riesgo no modificables; sin embargo, existen factores modificables en los cuales se debe de concentrar la atención para así limitar su impacto como es la salud mental entre otros factores (CENETEC, 2022)

La gestación es un estado fisiológico. La duración media de la gestación es de 280 días, contados desde el primer día de la última regla (FUR). Desde que se inicia el embarazo, la madre experimenta una serie de transformaciones fisiológicas y anatómicas, provocadas y a la vez reguladas por cambios hormonales que abarcan casi sin excepción todos los órganos y sistemas. El diagnóstico del embarazo se basa en una serie de síntomas subjetivos, signos hallados durante la exploración y en pruebas complementarias y de laboratorio. Fatiga y fácil cansancio, alteraciones en el olfato, trastornos del sueño, irritabilidad, cambio del carácter, tristeza, melancolía o euforia, vértigos y lipotimias son parte de los síntomas que una mujer gestante puede experimentar (Mittelmark, 2019).

Una de las etapas más idealizadas en la vida de las mujeres es la maternidad. Es importante considerar que el inicio de la maternidad es un momento complejo que puede provocar reacciones de diversa índole por los

cambios físicos, hormonales y emocionales que se presentan en la mujer, representando una experiencia intensa y de vulnerabilidad, de tal manera que puede repercutir e impactar en su equilibrio psicológico y salud mental y, en consecuencia, en la de su hijo, pareja y familia en conjunto. La salud mental materna se refiere al bienestar emocional y psicológico de las mujeres durante el embarazo y después del parto. (Polo, 2023).

Según la American Pregnancy Association, se estima que entre el 50 y 75 % de las mujeres experimentan síntomas de ansiedad y depresión en los primeros días o semanas después del parto. Los síntomas de la depresión postparto incluyen cambios en el estado de ánimo, llanto, fatiga, irritabilidad, ansiedad, problemas para dormir y pérdida del apetito (American Pregnancy Association, s.f.)

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que alrededor del 10 % de las mujeres embarazadas y el 13% de las mujeres que acaban de dar a luz experimentan un trastorno mental, principalmente ansiedad y depresión. (OMS, 2020)

Las puntuaciones más altas de depresión durante el primer trimestre del embarazo están determinadas físicamente por factores psicosociales, entre los que citan el ser casada en segundas nupcias, problemas con la vivienda o masificación de esta, síntomas fisiológicos, factores obstétricos, perdidas parenterales precoces, falta de atención materna, embarazo no deseado, respuesta negativa por parte de la mujer o su pareja o falta de intimidad con el cónyuge. (Kitamura, 2018).

IV. Objetivos

IV.1 Objetivo general

- Determinar el tipo de apoyo que reciben las embarazadas por parte de su pareja, en una unidad de primer nivel de atención.

IV.2 Objetivos específicos

- Determinar el apoyo positivo que recibe la paciente durante su embarazo por parte de su pareja en una unidad de primer nivel de atención
- Determinar el apoyo negativo que recibe las pacientes durante su embarazo por parte de su pareja en una unidad de primer nivel de atención
- Determinar el apoyo expresado que recibe las pacientes durante su embarazo por parte de su pareja en una unidad de primer nivel de atención

V. Hipótesis

- Ho: El apoyo positivo que perciben las embarazadas por parte de su pareja en una unidad de primer nivel de atención es $\leq 88\%$
- Ha: El apoyo positivo que perciben las embarazadas por parte de su pareja en una unidad de primer nivel de atención es $> 88\%$
- Ho: El apoyo negativo que perciben las embarazadas por parte de su pareja en una unidad de primer nivel de atención es $\leq 34\%$
- Ha: El apoyo negativo que perciben las embarazadas por parte de su pareja en una unidad de primer nivel de atención es $> 34\%$
- Ho: El apoyo expresado que perciben las embarazadas por parte de su pareja en una unidad de primer nivel de atención es $\leq 87\%$
- Ha: El apoyo expresado que perciben las embarazadas por parte de su pareja en una unidad de primer nivel de atención es $> 87\%$

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Observacional, transversal descriptivo.

VI.2 Población o unidad de análisis

Mujeres embarazadas, que acudieron a control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar 16 de Querétaro.

V.3 Muestra y tipo de muestreo

El tamaño de muestra se calculó mediante la fórmula de porcentaje por población infinita, con nivel de confianza del 95% y margen de error del 0.5%. Poder de la prueba de 80%.

Tamaño de la muestra:

$$n = \frac{Z_a^2 p \cdot q}{d^2}$$

Dónde:

Z_a = Nivel de confianza con el cual se trabaja (1.64)

P = Proporción (prevalencia) establecida en la hipótesis (0.88)

q = Corresponde a la no ocurrencia del evento $1-p$ (0.12)

d = Margen de error (0.05)

$$\text{Tamaño de la muestra=} \frac{(1.64)^2(0.88)(0.12)}{(0.0025)} = \frac{0.6035}{0.0025} = 241.4$$

Tamaño de la muestra= 242 embarazadas.

El tamaño de la muestra es de 242 mujeres embarazadas. Se empleó el muestreo no probabilístico, por conveniencia.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron a mujeres embarazadas que aceptaron participar en el estudio, previa firma del consentimiento informado, que tuvieran pareja independientemente del estado civil y etapa de la gestación. Se excluyeron a aquellas gestantes con antecedentes psiquiátrico diagnosticado. Se eliminaron del estudio a mujeres embarazadas con encuestas incompletas.

VI.3.2 Variables estudiadas

Se estudiaron variables sociodemográficas como edad, escolaridad, ocupación, estado civil y trimestre de la gestación; además del tipo de apoyo que recibían las mujeres embarazadas.

VI.4 Técnicas e instrumentos

Para evaluar el tipo de apoyo que recibe la embarazada por parte de su pareja, se utilizó el instrumento “Inventario de apoyo para la pareja” (IAPP) el cual evalúa tres factores con valor Eichen o propio mayor que uno. Para el primer factor, denominado apoyo positivo el valor Eichen es de 22.574 con una alfa de Cronbach de 0.9712; para el segundo, apoyo expresado, fue de 7.618, alfa de Cronbach de 0.9637, y para el tercero, apoyo negativo, fue de 6.400 ,alfa de Cronbach 0.8211, con una varianza acumulada de 56.28 del instrumento utilizado.

El IAPP, consta de 59 reactivos, para obtener la calificación es necesario seleccionar los que pertenecen a cada factor, sumar la calificación de los puntajes que van del 1 al 5, donde 1: se refiere a nunca lo hace, 2: rara vez lo hace, 3: algunas veces lo hace, 4: muchas veces lo hace y 5: siempre lo hace, el puntaje obtenido es la calificación para ese factor, comparar el puntaje con el punto medio o punto de corte donde el punto de corte para apoyo positivo es 108, para negativo es 24 y para expresado es 45, tomando en cuenta también el puntaje máximo que se pueda obtener, así como el mínimo.

Factor 1. Apoyo positivo

Reactivos: 1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,2,13,15,16,17,18,20,21,22,23,24,25,26,28, 29,31 ,32,33,34,36, 37,40,41,42,43,44.

Total: 36 reactivos Todos en positivo

Para calificar se hace la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$36 \times 3 = 108$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 108 puntos indica grado de apoyo positivo. El máximo de puntaje a obtener es de 180 y el mínimo de 36. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área.

Factor 2. Apoyo negativo

Reactivos:

9, 14, 19, 27, 30, 35, 38,39.

Total de reactivos: 8 Todos en negativo

Para calificar se hace la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$8 \times 3 = 24$ (punto de corte o punto medio).

La suma de los puntajes por arriba de 24 puntos indica mayor grado de apoyo negativo, el máximo de puntaje a obtener es de 40 y el mínimo de 8, a mayor puntaje, se califica como disfuncional esta área.

Factor 3. Apoyo expresado Reactivos:

Del 45 al 59

Total de reactivos: 15 Todos en positivo

Para calificar hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$15 \times 3 = 45$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 45 puntos indica el grado de apoyo expresado. El máximo de los puntajes a obtener es de 75 y el mínimo de 15, a mayor puntaje se califica como funcional esta área.

VI.5 Procedimientos

Posterior a la autorización por el comité local de investigación, se solicitó autorización a la Directora de la Unidad de Medicina no. 16, se identificaron a las mujeres gestantes fueron captadas en el servicio de consulta, donde se explicó los objetivos de la investigación y el instrumento realizado. La participación fue voluntaria, mediante consentimiento informado, garantizando la confidencialidad, autonomía e información sobre la investigación según la normativa vigente, se firmó el consentimiento informado y se procedió a la aplicación del instrumento, el cual se aplicó por el investigador principal con un tiempo promedio de aplicación de aproximadamente 7-10 minutos. Se resguardo los resultados en una base de datos donde el investigador responsable y colaboradores solo tuvieran acceso. La información fue procesada en software estadístico para el análisis estadístico.

VI.5.1 Análisis estadístico

La información fue sistematizada en Excel y los datos se analizaron en programa estadístico SPSS. Se aplicó estadística descriptiva, para las variables

cuantitativas se utilizaron promedios, para las variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes con sus respectivos intervalos de confianza 95%

VI.5.2 Consideraciones éticas

En el presente estudio se contempló la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación local de salud ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación.

En congruencia con la declaración de la 18° Asociación Médica Mundial realizada en Helsinki, Finlandia en 1964, mejor conocida como Declaración de Helsinki; en la cual se establece los principios éticos para la investigación médica en humanos, incluido la investigación de material humano y de información se solicita el Consentimiento Informado de los participantes en el proyecto de investigación.

La Norma Oficial Mexicana NOM 012-SSA3-2012, que establece los criterios normativos de carácter administrativo, ético y metodológico, que en conjunto con la Ley General de Salud y el reglamento en materia de investigación para la salud, son de carácter obligatorio para solicitar autorización de proyectos o protocolos con fines de investigación.

La paciente que acepto la entrevista se le explico en qué consistía su participación, y la importancia de la misma, el objetivo de la investigación, cuantas veces fue necesario, el derecho que tenia de retirarse si así lo deseaba en cualquier momento de la entrevista, el derecho a no contestar algunas preguntas si así lo decidía, que sus datos eran confidenciales, que no afectaría su atención medica si decidía retirarse y que el análisis de la información seria general y no particular.

VII. Resultados

Se evaluó un total de 242 mujeres embarazadas. La edad promedio fue de 28 ± 5,d, 10.6% fueron pacientes de 26 años (IC 95% 28.5-28.7), de las cuales las embarazadas casadas representaron la mayoría con el 64.4% (IC 95% 58.6-70.2), tenían estudio de bachillerato 43.2 % (IC 95% 37.2-49.2), la mayoría tenían como ocupación ser empleadas 37.9% (IC 95% 32-43.8) y 40.9% (IC 95% 35.0-46.8) se encontraban cursando el tercer trimestre de la gestación (Cuadro VI. 1).

Con respecto al tipo de apoyo que recibieron las embarazadas se encontró que la mayoría reciben apoyo positivo en 86.4% (IC 95% 82.3-90.5) y expresado con 90.5% (IC 95% 87.0-94.0) respectivamente, siendo un porcentaje bajo las de apoyo negativo 11.4 % (IC 95% 7.6-15.2). (Cuadro VI. 2).

Con respecto del estado civil se encontró que 64.4% (n=170) embarazadas que estaban casadas, 65.4% (IC 95% 59.7-71.1) manifestaron tener apoyo positivo mientras que las que se encontraron en unión libre, 34.6% (n=94) represento el 34.6% (IC 95% 28.9-40.3); un porcentaje bajo manifestó apoyo negativo 11.4% (n= 30), donde las casadas ocuparon el 70% (IC 95% 64.5-75.5) y las embarazadas en unión libre consideraron tener apoyo negativo el 30% (IC 95% 24.5-35.5). El apoyo expresado 64% (IC 95% 58.2-69.8) a diferencia de las que estaban en unión libre en relación al apoyo negativo que fue menor. (Cuadro VI. 3)

De acuerdo al grado de estudio se pudo observar que el nivel bachillerato fue la variable sociodemográfica con mayor número de participantes y dentro de las cuales las embarazadas manifestaron tener mayor apoyo positivo y expresado 43.0 % / 41.7% (IC 95% 37-49 / 35.9-47.7) respectivamente y el apoyo negativo fue menor con una frecuencia de 14 obteniendo el 46.7 % (IC 95% 40.7-52.7), seguido de las gestantes que contaban con licenciatura donde también el apoyo

positivo y expresado resulto en mayor porcentaje 25 y 24.3 % respectivamente (IC 95 % 19.8-30.2 / 19.1-29.5) (Cuadro VI. 4).

En relación a las variables obstétricas, se encontró que el 40.9% (IC 95% 35-46.8) de las gestantes cursaban el tercer trimestre de la gestación versus las del primer trimestre que alcanzo el 23.9% (IC 95% 18.8-29) (Cuadro VI. 5).

Cuadro VI. 1. Características sociodemográficas

n=242

Caracterización		Frecuencia	%	IC 95%	
				Inferior	Superior
Estado civil		170	64.4	58.6	70.2
Casada		94	35.6	29.8	41.4
Unión libre					
Escolaridad		1	0.4	-0.4	1.2
Ninguna		5	1.9	0.3	3.5
Primaria		76	28.8	23.3	34.3
Secundaria		114	43.2	37.2	49.2
Bachillerato		60	22.7	17.6	27.8
Licenciatura		8	3.0	0.9	5.1
Posgrado					
Ocupación		100	37.9	32	43.8
Empleada		32	12.2	8.2	16
Profesionistas		19	7.2	4.1	10.3
Comerciante		51	19.3	14.5	14.1
Obrera		60	22.7	17.6	27.8
Hogar		2	0.8	-0.3	1.9
Desempleada					
Trimestre gestacional		63	23.9	18.8	29
Primero		96	35.2	29.4	41.0
Segundo		108	40.9	35.0	46.8
Tercero					

Fuente: Mujeres embarazadas de la UMF No 16 OOAD Querétaro.

Cuadro VI. 2. Tipo de apoyo recibido

n= 242

Tipo de apoyo	Frecuencia	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Positivo	228	86.4	82.3	90.5
No apoyo positivo	36	13.6	9.5	17.7
Negativo	30	11.4	7.6	15.2
No apoyo negativo	234	88.6	84.8	92.4
Expresado	239	90.5	87.0	94.0
No apoyo expresado	25	9.5	6.0	13.0

Fuente: Mujeres embarazadas de la UMF No 16 OOAD Querétaro.

Cuadro VI. 3. Tipo de apoyo que recibe la embarazada con relación a su estado civil

n=242

Tipo de apoyo	Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
				Inferior	Superior
Positivo	Casada	149	65.4	59.7	71.1
	Unión libre	79	34.6	28.9	40.3
	Total	228	86.4	86.3	86.5
Negativo	Casada	21	70.0	64.5	75.5
	Unión libre	9	30.0	24.5	35.5
	Total	30	11.4	7.6	15.2
Expresado	Casada	153	64	58.2	69.8
	Unión libre	86	36	81.8	90.2
	Total	239	90.5	87.0	94.0

Fuente: Mujeres embarazadas de la UMF No 16 OOAD Querétaro.

Cuadro VI. 4. Escolaridad de las embarazadas y tipo de apoyo que reciben

n=242

Grado Escolar	Tipo de apoyo	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
				Inferior	Superior
Ninguno	Positivo	0	0.0 %	0.0	0.0
	Negativo	1	3.3 %	1.1	5.5
	Expresado	1	0.4 %	-0.4	1.2
Primaria	Positivo	4	1.8%	0.2	3.4
	Negativo	0	0 %	0	0
	Expresado	5	2.1 %	0.4	3.8
Secundaria	Positivo	63	27.6 %	22.2	33.0
	Negativo	8	26.7 %	21.4	32.0
	Expresado	68	28.5 %	23.1	33.9
Bachillerato	Positivo	98	43.0 %	37	49.0
	Negativo	14	46.7 %	40.7	52.7
	Expresado	100	41.8 %	35.9	47.7
Licenciatura	Positivo	57	25 %	19.8	30.2
	Negativo	5	16.7 %	12.2	21.2
	Expresado	58	24.3 %	19.1	29.5
Posgrado	Positivo	6	2.6 %	0.7	4.5
	Negativo	2	6.7 %	3.7	9.7
	Expresado	7	2.9 %	0.9	4.9

Fuente: Mujeres embarazadas de la UMF No 16 OOAD Querétaro.

Cuadro VI. 5. Trimestre de la gestación

n=242

Trimestre	Frecuencia	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Primero	63	23.9	18.8	29.0
Segundo	93	35.2	29.4	41
Tercero	108	40.9	35.0	46.8

Fuente: Mujeres embarazadas de la UMF No 16 OOAD Querétaro.

VIII. Discusión

Con el paso del tiempo se ha analizado que el recibir apoyo emocional durante el abrazo, por parte de la pareja, puede ser un factor protector para la depresión postparto, como se señala en un estudio realizado en usuarias de un hospital Público de Acapulco, Guerrero en el año 2021, las mujeres que no reciben apoyo emocional tienen más probabilidades de padecerla.

La relevancia del apoyo que una mujer embarazada puede recibir por parte de su pareja, respecto al tipo de apoyo, en el presente estudio se pudo demostrar que el apoyo positivo y expresado fue predominante, con ello se refuerza que aspectos emocionales como el optimismo y la confianza permitirían incrementar la percepción de control de las situaciones que exigen un proceso de adaptación, y también podrían ayudar a la posterior implementación de estrategias de afrontamiento centradas en algún tipo de problema, lo cual podría llevar a aumentar la percepción de bienestar y a la reducción del malestar emocional en el embarazo.

El apoyo negativo se vio reflejado muy poco, donde quizás esto podría influir o ser la desencadenante de reacciones depresivas y ansiosas en la gestante, rasgos emocionales negativos como el miedo, la anticipación y la depresión, podrían estar influidos por la falta de apoyo en las mujeres embarazadas, además de contribuir y desencadenar trabajo de parto prematuro y condicionar crisis familiar dejando cambios psicológicos en los padres los cuales podrían no disfrutar de la paternidad como se había planeado.

En comparación con el último estudio realizado en Montevideo en 2013 se encontró que el apoyo que perciben las mujeres embarazadas por parte de su familia fue del 71% documentado en su estudio y en el presente estudio se pudo demostrar que la participación de la pareja durante esta etapa de vida familiar ha incrementado, considerando de esta manera la disminución de posibles

complicaciones durante la gestación determinadas por estados de ánimo propios de esta etapa y apoyando al mejor apego a manejo obstétrico.

VIII. Conclusiones

Las emociones, juegan un papel por demás importante que podrían favorecer o deteriorar la salud gestacional, el apoyo positivo que pueda recibir la embarazada podría influir de manera benéfica en la prevención de estas posibles complicaciones y le da la seguridad de poder expresar a su pareja lo que siente.

Con base en los valores obtenidos en el presente estudio no se rechaza la hipótesis nula ya que no existe diferencia entre los valores comparados.

IX. Propuestas

Fomentar la participación de la pareja masculina acudiendo en compañía de la gestante a sus consultas de control prenatal con su médico familiar de tal manera que se involucre en estas etapas de embarazo, parto y puerperio, tratando así de fortalecer la autoestima y disminuir temores y ansiedad, durante las visitas con el Médico familiar hacer énfasis de la importancia de la presencia del padre al involucrarse en cada una de las consultas de la gestante en su control prenatal, e involucrarlos en los grupos de trabajo social y en cuya implementación este comprometida la institución; que participe en el proceso, que exista el compromiso de asistencia a los beneficios o programas que ofrece el instituto como el Tour obstétrico.

Fortalecimiento en la sensibilización de los médicos a través de talleres donde el Médico Familiar valore y conozca las estrategias que podrían implementar con respecto de la percepción, manejo de emociones, empatía, reflexión y los planes de acción para motivar al compromiso, solidaridad, cooperación y participación de la pareja así como motivar a la pareja masculina en el acompañamiento del proceso de la gestación, a través de talleres impartidos por el departamento de trabajo social y psicología.

Buscar estrategias de comunicación para las parejas con énfasis en el parto y la importancia del acompañamiento de la familia o pareja durante este periodo, crear grupo exclusivo para los hombres donde se les trate el tema del proceso de la gestación desde su inicio hasta el término, no necesariamente cuando se encuentre embarazada, sino en adolescentes en etapa reproductiva, folletos, videos cortos, pláticas concretas y con enfoque en este tema.

Identificar factores de riesgo de depresión o ansiedad durante la gestación, falta de apoyo o la ausencia de uno de los integrantes de la pareja, así como el historial de depresión/ansiedad que la gestante pudiera tener previo a su

embarazo, utilizando herramientas como el inventario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Autoevaluación de la ansiedad como estado transitorio (ansiedad/estado) y como rasgo latente (Ansiedad-Rasgo) e implementar un servicio de apoyo Psicológico de rutina durante la gestación para detectar trastornos de salud emocional.

X. Bibliografía

Observatorio de nutrición materno infantil (2020) Condiciones biológicas para un embarazo exitoso. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Lafaurie, M.M, Villanueva M.Y. (2020), Enfermeria, Cuidados Humanizados. *La participación de la pareja masculina en el postparto. Percepciones del equipo de salud en Bogotá, enfermería. Montevideo.* Vol.9. No.2. <https://doi.org/10.2235/ech.v9i2.2288>

Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) Familias jurídicas, 18 de Mayo 2023, <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/NinezFamilia/Material/trip-familias-juridicas.pdf>

Morey, S (2022) Necesidades Emocionales y equilibrio humano. Facultad de ciencias de la educación y humanidades de la UNAP.

Aesthesia Psicologos (2020) Tipos de Relaciones de Pareja. Que tipos de relaciones de pareja existen, Madrid.13. feb 2020

Sanchez, E. (2019) El triángulo del amor, según Sternberg. La mente es maravillosa.

<https://lamenteesmaravillosa.com/el-triangulo-del-amos-según-sternberg>

Zepeda, G. Sánchez, R. (2021) *Impacto de la cercanía, toque afectivo y satisfacción de la pareja en los comportamientos saludables.* Psicogente, Vol 24, núm. 45, pp 1-22, 2021, Universidad Simón Bolívar

Sánchez-Aragón, R. (2019, junio) *Apoyo de la pareja: Satisfacción, Capacidad para recibirla y Resiliencia en México.* Revista Costarricense de Psicología, En proceso de evaluación.

Ferraro F. Manual de atención integral del embarazo la maternidad y la paternidad en la adolescencia. *Caja Costarricense de Seguro Social Programa de atención integral a la adolescencia.* P. 5

Giménez, Y. Fatjó, F. Cols. (2019) Nuevos retos en los cuidados: detección de la ansiedad en la gestante de riesgo, *Enfermería Clínica*, Volumen 29, Issue 4,2019, Pages 248-253, ISSN 1130-8621, <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.09.002>.

Cigma (2023). Apoyo de la pareja durante el embarazo. *¿Porque es importante que apoye a su pareja durante el embarazo?* Material educativo de Healthwise.

CENETEC; (2022) Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. Atención y cuidados multidisciplinarios en el embarazo. México, Disponible en: <http://www.cenetecdfusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-028-22/ER.pdf>

NOM-007-SSA2-2016. Norma Oficial Mexicana. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

Artal-Mittermark R. (2019), Fisiología del embarazo., *MD, Saint Louis University School of Medicine. Última modificación del contenido jul. 2019*

Huerta, J. (2005). Medicina Familiar, la familia en el proceso salud enfermedad. Alfil, 14-15.

Carrillo, M.P. García, F.A et al (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de medicina (México)*, 64 (1), 39-38, Epub 06 de Julio de 2021. <https://doi.org/10.22201/mf.24484865e.2021.64.1.07>

Vázquez Lara J. M., Rodríguez Díaz L. et al (2017). *Manual Básico de Ginecología y Obstetricia.*; 99-100.

Lotero, H.D., Villa, I.C., & Torres. E. (2018) Afectividad y apoyo social percibido en mujeres gestantes: un análisis comparativo. *Revista colombiana de Psicología*, 27, 85-101. <https://doi.org/10.15446/rcp.v27n2.65584>.

Reyes, V. (2018) Asociación entre el apoyo de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo. Instituto Nacional Materno Perinatal, junio – julio, 2017. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Universidad del Perú.

Laguado-Barrera, T. Lafaurie-Villamil, MM., & Vargas-Escobar, L.M (2019). Experiencias de participación de los hombres en el cuidado de su pareja gestante. *Duazary*, 16 (1), 79-92 <https://doi.org/10.21676/2389783X.2532>

Organización Mundial de la Salud (2020). Depresión posparto. <https://www-who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/postpartum-depression>.

Polo, A. (2020). *Convertirse en mamá, un mar de emociones y sentimientos que hay que cuidar*. Departamento de psicología, Universidad Iberoamericana, Ciudad de México.

Bernuy, S.M. (2023), *Relación de pareja durante la gestación desde la percepción de mujeres de San Juan de Lurigancho*. Universidad César Vallejo. Lima – Perú. 2023



XI. Anexos

XI. 1 Hoja de recolección de datos

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar No. 16

“Dr. Arturo Guerrero Ortiz”

FOLIO:

Apoyo que reciben las embarazadas por parte de su pareja, en una unidad de primer nivel de atención.

Fecha: _____

El instrumento está constituido por dos apartados, en el primero se ubican los datos sociodemográficos y posteriormente el inventario de Apoyo Para la Pareja (IAPP). Por favor siga las instrucciones de cada apartado.

1. Datos sociodemográficos

Instrucciones: Encierre con un círculo su respuesta.

Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Trimestre de la gestación
_____ años	(1) Casado (2) Unión libre	(1) Ninguna (2) Primaria (3) Secundaria (4) Bachillerato (5) Licenciatura (6) Posgrado	(1) Empleado (2) Profesionista (3) Comerciante (4) Obrero (5) Hogar (6) Pensionado (7) Desempleado	1. Primero 2. Segundo 3. Tercero

XI.2 Instrumentos

Inventario de apoyo para la pareja (IAPP)

Instrucciones: Marque con una X el número que mayor representa la forma como su pareja responde ante una problemática suya. Por favor, sea lo más honesta posible, dé una sola respuesta por pregunta y no deje de contestar ninguna.

- (5) Siempre lo hace
- (4) Muchas veces lo hace
- (3) Algunas veces lo hace
- (2) Rara vez lo hace
- (1) Nunca lo hace

1	Mi pareja, con su amistad, me brinda apoyo	1	2	3	4	5
2	Ante mis problemas, mi pareja se muestra comprensivo (a)	1	2	3	4	5
3	Mi pareja escucha mis problemas	1	2	3	4	5
4	Ante mis problemas personales, mi pareja me orienta	1	2	3	4	5
5	Ante un problema mío, mi pareja me apoya cooperando en lo que está a su alcance	1	2	3	4	5
6	Mi pareja me apoya protegiéndome ante cualquier dificultad	1	2	3	4	5
7	Ante mis conflictos personales, mi pareja me brinda sostén emocional	1	2	3	4	5
8	Mi pareja es solidaria (o) ante cualquier decisión que tome respecto a mis problemas personales	1	2	3	4	5
9	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me evita	1	2	3	4	5
10	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella se preocupa	1	2	3	4	5
11	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me hace ver los pros y los contras de aquellos	1	2	3	4	5

12	Ante mis problemas, mi pareja me dice que está conmigo	1	2	3	4	5
13	Mi pareja me ayuda a solucionar mis problemas	1	2	3	4	5
14	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me condena	1	2	3	4	5
15	Mi pareja me apoya dándome amor	1	2	3	4	5
16	Mi pareja me brinda tranquilidad en momentos difíciles	1	2	3	4	5
17	Ante una dificultad, mi pareja me dice que "yo puedo resolver cualquier problema personal"	1	2	3	4	5
18	Ante un problema, mi pareja me confirma que me quiere	1	2	3	4	5
19	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me juzga	1	2	3	4	5
20	Mi pareja permanece cerca de mi cuando tengo problemas	1	2	3	4	5
21	Ante mis problemas, mi pareja muestra entendimiento	1	2	3	4	5
22	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me aconseja	1	2	3	4	5
23	Ante un problema, mi pareja me orienta en su solución	1	2	3	4	5
24	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me dice qué debo hacer y qué no	1	2	3	4	5
25	Mi pareja me da confianza para resolver cualquier problema	1	2	3	4	5
26	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me cree	1	2	3	4	5
27	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él se comporta hostil conmigo	1	2	3	4	5
28	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me acompaña en mi preocupación	1	2	3	4	5
29	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me dirige en la solución de aquellos	1	2	3	4	5
30	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me critica	1	2	3	4	5
31	Mi pareja me da seguridad para resolver cualquier problema	1	2	3	4	5
32	Ante mis conflictos, mi pareja se une a mis preocupaciones	1	2	3	4	5

33	Mi pareja me ayuda cuando se lo pido	1	2	3	4	5
34	Cuando tengo un problema, mi pareja se une a la tarea de buscar la mejor solución	1	2	3	4	5
35	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él es duro(a) conmigo	1	2	3	4	5
36	Mi pareja me respalda en mis decisiones	1	2	3	4	5
37	Ante un problema, mi pareja me da soporte emocional	1	2	3	4	5
38	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él rechaza mi opción de solución	1	2	3	4	5
39	Ante mis dificultades, mi pareja prefiere que yo me responsabilice de solucionarlas	1	2	3	4	5
40	Cuando tengo un problema, mi pareja me consuela	1	2	3	4	5
41	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él participa en una nueva reformulación de solución al conflicto	1	2	3	4	5
42	Ante mis problemas, mi pareja respeta mis decisiones	1	2	3	4	5
43	Ante una dificultad, mi pareja me guía en su solución	1	2	3	4	5
44	Cuando tengo un problema, mi pareja me ayuda a buscarle una solución responsable	1	2	3	4	5

En esta segunda parte marque con una X el número que mejor representa la forma como usted le comunica a su pareja sus conflictos. Por favor, sea lo más honesta (o) posible, dé una sola respuesta por pregunta y no deje de contestar ninguna.

- | |
|------------------------------------|
| (5) Totalmente de acuerdo |
| (4) De acuerdo |
| (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo |
| (2) En desacuerdo |
| (1) Totalmente en desacuerdo |

45	A mi pareja le expreso mi forma de pensar sobre algún problema mío	1	2	3	4	5
46	A mi pareja le hago saber lo bien que me hacen sus palabras	1	2	3	4	5
47	Comparto mis problemas con mi pareja	1	2	3	4	5
48	Soy capaz de confiarle mis problemas a mi pareja	1	2	3	4	5
49	Cuando tengo un problema, directamente pido a mi pareja su opinión	1	2	3	4	5
50	A mi pareja le expreso mi opinión sobre un conflicto mío	1	2	3	4	5
51	Comunico mis problemas a mi pareja	1	2	3	4	5
52	Confío en mi pareja para contarle cualquier preocupación mía	1	2	3	4	5
53	Me gusta enterar a mi pareja de mis problemas	1	2	3	4	5
54	Ante mis problemas, prefiero que mi pareja se mantenga al margen	1	2	3	4	5
55	A mi pareja le agradezco cuando me escucha	1	2	3	4	5
56	Ante un conflicto personal, busco el consuelo de mi pareja	1	2	3	4	5
57	Prefiero reservarme mis problemas personales que confiárselos a mi pareja	1	2	3	4	5
58	Comparto mis conflictos con mi pareja	1	2	3	4	5
59	Le pido a mi pareja que me ayude a resolver mis conflictos	1	2	3	4	5



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

TIPO DE APOYO QUE RECIBEN LAS EMBARAZADAS POR PARTE DE SU PAREJA EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	
Nombre del estudio:	No aplica
Patrocinador externo (si aplica):	Santiago de Querétaro, UMF Numero 16.
Lugar y fecha:	Determinar el tipo de apoyo que reciben las embarazadas por parte de su pareja, en una unidad de primer nivel de atención y poder determinar si este podría ser un factor de riesgo para desarrollo de complicaciones durante y posterior a la gestación.
Justificación y objetivo del estudio:	Encuestas realizadas en físico a cada una de las mujeres gestante que decidieron participar en el estudio, dichas encuestas se ordenaron con un número de folio para su identificación
Procedimientos:	No terminar la encuesta, limitación del tiempo en el llenado, que la paciente no supiera escribir o no quisiera terminar la encuesta.
Posibles riesgos y molestias:	Si la paciente lo deseaba se podría informar el resultado de su encuesta, solo con fines informativos
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No aplica
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Saber que al participar solo forma parte de un estudio el cual podría ser publicado en alguna revista científica o médica y en caso de no querer continuar con la participación eso no afectaría sus atenciones como derechohabiente del instituto
Participación o retiro:	Los datos proporcionados por la paciente permanecerán en anonimato ya que solo fue requerido su nombre como parte de ficha de identificación de la encuesta.
Privacidad y confidencialidad:	
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):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	En beneficio de todas las mujeres gestantes al poder detectar factores de riesgo que podrían condicionar daños en la salud durante y posterior a la gestación.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	MCE. Luz Dalid Terrazas Rodríguez, Coordinador Clínico de educación e investigación en Salud UMF16 Querétaro, Matricula 11048859, tel. 4421 85 93 86, ext. 51503, correo electrónico: luzdalidterreras@
Colaboradores:	Médico General: Gabriela Orozco Orozco Tel cel. : 44 32 73 09 39
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: coordinación clínica de educación e investigación en salud del Hospital General Regional no.1: Avenida 5 de febrero 102, colonia Centro, CP. 76000, Querétaro, Querétaro. De lunes a viernes de 08 a 16 horas. Teléfono 442 2112337, correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com	
Nombre y firma del padre, madre o cuidador:	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento:
Nombre y firma testigo:	Testigo:
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	

