



Universidad de Talca
Facultad de Psicología



**Indicadores de salud mental en mujeres primigestas:
el rol del apoyo social percibido y regulación emocional.**

**Memoria
para optar al título de Psicólogo/a en
mención Clínica**

Alumnos:

Daniel Enrique Soto Abarca

Pilar Fernanda Vera Madariaga

Profesor Guía:

Rosario Elena Spencer Contreras

Talca

8 de julio de 2020

CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2022

Agradecimientos

Agradezco en primer lugar a mis padres, Juan y Paulina, quienes, con su sacrificio, son los responsables de que llegara hasta aquí al darme la oportunidad de estudiar y seguir mis intereses. También agradezco a mis amigxs, tanto de mi hogar Tenino como Talquino, que estuvieron para apoyar este proceso, aun cuando no supe expresar que lo necesitaba. Finalmente destaco el reconocimiento a cada mujer gestante que participó en este estudio y que lo hizo posible- Espero que cada disfrute una maternidad plena y satisfactoria.

Pilar Fernanda Vera Madariaga

En el final de este proceso me tomo un espacio para agradecer a mis padres, Rita y Eduardo que hicieron el esfuerzo sobrehumano para darme la oportunidad de poseer un título universitario, que me abre las puertas para salir adelante en la vida realizando la profesión que quiero ejercer. Agradezco también a la familia que nos apoyó a mí y mi núcleo familiar durante el proceso. Por otra parte, le doy gracias a los profesores que tuve por demostrar calidad humana además de disponibilidad y voluntad para ayudarnos a aprender y desarrollarnos en fin de convertirnos en profesionales tanto capaces como humanos especialmente a nuestra profesora guía, Rosario Spencer. Finalmente, le agradezco a mi amiga y compañera de tesis, Pilar por su paciencia y apoyo durante la realización de la tesis y el proceso universitario en general.

Daniel Enrique Soto Abarca

Resumen

La presente tesis de pregrado centra su investigación en los factores que afectan la salud mental de mujeres primigestas. Para ello, fueron evaluados: sintomatología de depresión, estrés y ansiedad; estilo de regulación emocional; afectividad mentalizada y apoyo social percibido. Se propone que las últimas 3 variables logran modificar la presencia de sintomatología en las mujeres primigestas, y son de interés para intervenir desde el área de salud mental desde la prevención.

Para llevar a cabo este proceso se evaluó una muestra de 209 primigestas de la Región del Maule con las escalas DASS-21, ERQ, BMAS y EMAS, para luego con pruebas de contraste, correlaciones y regresiones lineales cumplir los objetivos.

Dentro de los resultados obtenidos se identificó un impacto significativo del apoyo social percibido de las mujeres gestantes en la presencia de sintomatología, observándose menor posibilidad de presentar síntomas al presentar mayor apoyo social percibido. Por otro lado, se observó que la estrategia de reevaluación cognitiva no impacta en la sintomatología evaluada, a diferencia de supresión expresiva, que si demostró ser una estrategia con impacto en la sintomatología. Finalmente, en relación con la afectividad mentalizada se encontró que mujeres que presentan mayor puntaje en identificación poseen menor presencia de síntomas depresivos y ansiosos, pero no de estrés; y que primigestas con mayores puntajes en las habilidades de procesamiento y expresión reportan menor presencia de síntomas.

Finalmente, se concluyó que apoyo social percibido y regulación emocional tienen un rol mediador y modifican la presencia de sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés.

Palabras clave: embarazo, primigestas, apoyo social percibido, depresión, estrés, ansiedad, afectividad mentalizada.

Abstract

This undergraduate thesis focuses her research on the factors that affect the mental health of the first pregnancy. For achieve this, the symptoms of depression, stress and anxiety, emotional regulation style, Mentalized affectivity and perceived social support were evaluated. These last 3 variables are proposed to modify the presence of symptoms in primiparous women and it is of interest to intervene from the mental health area from prevention.

To carry out this process, a sample of 209 primigests from the Maule Region was evaluated with the DASS-21, ERQ, BMAS and EMAS scales and later the results where procesed in SPSS with contrast, correlation and linear regresión tests according to the objectives.

Among the results obtained, a significant impact of the perceived social support of pregnant women in the presence of symptoms was identified, observing less possibility of presenting symptoms when presenting greater perceived social support. On the other hand, it was observed that the cognitive reevaluation strategy does not manage to affect the presence of symptoms in the simple, unlike expressive suppression, which did prove to be related to the presence of symptoms. Finally, about mentalized affectivity, it was found that women who present higher scores in identification scale have less presence of depressive and anxious symptoms, but not of stress, and that primigests with higher scores in processing and expression skills report less presence of symptoms.

Finally, it was concluded that perceived social support and emotional regulation have a mediating role and modify the presence of depressive, anxious and stress symptoms.

Keywords: pregnancy, primiparous women, perceived social support, depression, stress, anxiety, mental emotionality

Índice

1. INTRODUCCIÓN	7
2. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. CONCEPTO DE SALUD MENTAL.....	9
2.2. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN SALUD MENTAL.	10
2.3. REGULACIÓN EMOCIONAL.....	12
2.3.1 <i>Modelo modal de las emociones</i>	15
2.3.2 <i>Afectividad mentalizada</i>	16
2.4. SINTOMATOLOGÍA MENTAL PREVALENTE EN CHILE.....	17
2.5. APOYO SOCIAL PERCIBIDO	20
2.6. EL PROCESO DE EMBARAZO.....	22
2.6.1. <i>Perspectiva biológica</i>	23
2.6.2. <i>Perspectiva neurológica</i>	24
2.6.3. <i>Perspectiva física</i>	25
2.6.4 <i>Perspectiva psicológica y emocional</i>	26
2.6.5. <i>Psicopatología y complicaciones asociadas a gestación</i>	29
2.6.6. <i>La experiencia del aborto</i>	31
2.7. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
3. OBJETIVOS	41
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	41
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
4. HIPÓTESIS.....	42
4.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	42
4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	42
5. MÉTODO.....	43
5.1 PARTICIPANTES.....	43
5.2. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	45
5.3. INSTRUMENTOS Y VARIABLES.....	45
5.3.1. <i>Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS)</i>	45
5.3.2. <i>Escala de Depresión, Ansiedad Y Estrés - 21 (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995)</i>	46
5.3.3. <i>Emotion Regulation Questionnaire (ERQ; Gross & John, 2003)</i>	48
5.3.4. <i>Escala Breve de Afectividad Mentalizada (B-MAS; Greenberg, & Jurist, s/f)</i>	49
5.4. PROCEDIMIENTO	49
5.5. PLAN DE ANÁLISIS.....	51
6. RESULTADOS	54
6.1. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS DE LAS VARIABLES	54
6.1.1. <i>Resultados para variables de Depresión, Ansiedad y Estrés</i>	54
6.1.2. <i>Resultados para la variable de apoyo social percibido</i>	54
6.1.3. <i>Resultados para las variables de reevaluación emocional y supresión expresiva</i>	55
6.1.4. <i>Resultados para variables de identificación, procesamiento y expresión</i>	55
6.2. IMPACTO DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN LA SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA Y ANSIOSA	56

6.3. RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIA DE REGULACIÓN EMOCIONAL Y SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA Y ANSIOSA.	59
6.3.1. <i>Reevaluación cognitiva y sintomatología afectiva y ansiosa.</i>	59
6.3.2. <i>Supresión expresiva y sintomatología afectiva y ansiosa.</i>	60
6.4. IMPACTO DE LA AFECTIVIDAD MENTALIZADA EN LA SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA	61
6.5. IMPACTO EN CONJUNTO DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y REGULACIÓN EMOCIONAL SOBRE SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA.	64
6.5.1. <i>Depresión.</i>	64
6.5.2. <i>Ansiedad.</i>	64
6.5.3. <i>Estrés</i>	65
7. DISCUSIÓN	66
9. REFERENCIAS	66
ANEXOS	90
ANEXO 1. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS PARA LAS ESCALAS UTILIZADAS EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS	90
Anexo 1.1. <i>Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés – 21.</i>	90
Anexo 1.2. <i>Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.</i>	91
Anexo 1.4. <i>Escala Breve de afectividad mentalizada.</i>	92
ANEXO 2. PRUEBAS DE H DE KRUSKAL-WALLIS	93
Anexo 2.1. <i>Apoyo social percibido y sintomatología afectiva y ansiosa.</i>	93
Anexo 2.2. <i>Regulación emocional y sintomatología afectiva y ansiosa.</i>	96
ANEXO 2.3. AFECTIVIDAD MENTALIZADA Y SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA Y ANSIOSA.	102
ANEXO 3. CORRELACIONES DE SPEARMAN	107
Anexo 3.1. <i>Correlación entre apoyo social percibido y sintomatología afectiva.</i>	107
Anexo 3.2. <i>Correlación entre estrategia de regulación emocional y sintomatología afectiva y ansiosa.</i>	107
Anexo 3.3. <i>Correlación entre afectividad mentalizada y sintomatología afectiva y ansiosa.</i>	108
Anexo 3.4. <i>Correlación entre subescalas del DASS-21.</i>	108
Anexo 3.5. <i>Correlación entre subescalas de regulación emocional (ERQ y BMAS).</i>	109
Anexo 3.6. <i>Tabla de interpretación de Rho de Spearman utilizada.</i>	110
ANEXO 4. REGRESIONES LINEALES MÚLTIPLES.	111
4.1 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS Y TABLA DE CORRELACIONES.	111
ANEXO 4.1 DEPRESIÓN	113
Anexo 4.1.1. <i>Regresión 1 - Depresión</i>	113
Anexo 4.1.2. <i>Regresión lineal múltiple 2 - Depresión</i>	116
ANEXO 4.2. ANSIEDAD.	119
Anexo 4.2.2. <i>Regresión paso 2 – Ansiedad.</i>	121
Anexo 4.3. <i>Estrés.</i>	124
Anexo 4.3.1. <i>Regresión 1 – Estrés.</i>	124
ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO.	130
5. ESCALAS UTILIZADAS EN LA INVESTIGACIÓN	132
5.1. <i>Escala de Depresión Estrés y Ansiedad (DASS-21).</i>	132
5.2 <i>Escala de Apoyo Social Percibido (EMAS).</i>	134
5.3. <i>Escala de Regulación Emocional (ERQ).</i>	134
5.4. <i>Escala de Afectividad Mentalizada (BMAS).</i>	136

1. Introducción

Existe amplia investigación acerca del desarrollo humano y del impacto que tienen las distintas etapas del ciclo vital; en especial se ha enfatizado la fuerte significancia que tienen las primeras etapas de vida. Sobre esto, Papalia y Feldman (2012) describieron la compleja transformación y el cambio constante que inician los seres humanos desde la concepción y a través de todas las fases hasta la adultez mayor. Los autores expresan que existen en cada una características y necesidades específicas, las que permitirán adaptar y potenciar las habilidades individuales; asimismo, comentan los patrones de procesos cognitivos, físicos y psicosociales que constituyen la evolución humana, los cuales se van desplegando a lo largo del crecimiento, siendo influenciado por los factores presentes en el contexto y las experiencias que se atraviesen.

Para la presente investigación se focaliza la atención en la etapa de concepción, particularmente el primer embarazo, explorando en su efecto en la salud mental de la mujer gestante. Esto será conceptualizado desde la evaluación de sintomatología de estrés, ansiedad y depresión, contemplando estrategias de regulación emocional y acceso a fuentes de apoyo.

En relación con lo anterior, desde el área de la salud, comprender las fluctuaciones y modificaciones que acompañan el desarrollo humano facilita llevar a cabo estrategias e intervenciones atinentes y preventivas que se adecúen al contexto real en beneficio de la población. Sobre esto, MINSAL (2016) explicita que la red de servicios de salud trabaja con la meta de abarcar de manera integral el ciclo vital, desde la labor multidisciplinaria y buscando aumentar el alcance de su cobertura. A nivel nacional, recientemente se ha implementado el

Modelo de Atención Integral con Enfoque familiar y comunitario en la red de salud, especialmente en la Atención primaria, desde el cual se promueve relaciones cercanas de acompañamiento, cooperación y coordinación del cuidado entre el equipo profesional y su interacción con la comunidad.

Anteriormente, como parte de la guía perinatal de MINSAL (2015) se destacó la fuerte convicción que tienen como institución de que los resultados de tratamientos médicos tienen un notable mejor pronóstico cuando se inician de forma temprana, puesto que permite disminuir la morbilidad de sintomatología y desarrollo de patologías, así como también el gasto social y económico asociado a las múltiples enfermedades en la población; por esto sus acciones buscan fortalecer a la población desde el periodo preconcepcional, comprendiendo el embarazo, parto, puerperio, la primera infancia, y las etapas posteriores a medida que se alcanzan niveles de crecimiento. En concordancia con eso, se hace alusión, a la valoración otorgada por el ministerio sobre los objetivos de desarrollo planteados por la Cumbre del Milenio de Naciones Unidas en el año 2000, para ser tomados en cuenta dentro de la atención en la prenatalidad y perinatalidad.

Entre los objetivos mencionados anteriormente, se encuentran: reducir la mortalidad infantil de menores de 5 años; mejorar la salud materna; además de promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer (Naciones Unidas, 2015). Para fines de este estudio, se destacan los 3 nombrados previamente, puesto que se enfocará en indagar acerca de la salud de la madre, para obtener información sobre las alteraciones atravesadas en la gestación, que puedan posteriormente, influir en la construcción del rol materno y a su vez, en la salud del neonato.

A partir de lo anterior, se busca contribuir a la comprensión de la salud mental materna, y a su vez, a mejorar la calidad de vida de las mujeres gestantes, facilitando el incremento del manejo de herramientas de autocuidado, por medio de la educación y la distribución de información desde los distintos centros de salud (MINSAL, 2016).

2. Marco Teórico

2.1. Concepto de salud mental

Desde una perspectiva general, la salud mental puede comprenderse como un estado de bienestar del individuo, que abarca todos sus niveles, incluyendo físico, psicológico y social. Para alcanzarlo de forma integral, la persona debe ser consciente de sus propias aptitudes, que le permitan contar con una sensación de control del entorno para afrontar las situaciones desafiantes que se le presenten. Además, debe trabajar fructíferamente siendo capaz de aportar algo a su comunidad (OMS, 2013).

Ésta puede ser influenciada por diferentes factores y requiere ser abordada de forma estratégica desde la prevención, promoción, tratamiento, recuperación y seguimiento. Entre dichos factores se encuentran los referentes al contexto tales como: sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales; dentro de ello algunos elementos fundamentales son: el nivel de vida, las condiciones laborales, la protección social y las fuentes de apoyo social a los que tenga acceso la población. Por otra parte, a nivel individual afectarán elementos como: las experiencias tempranas, además de la habilidad de gestionar pensamientos, emociones, conductas, e interacciones con otros (OMS, 2013).

2.2. Factores protectores y de riesgo en salud mental.

Al evaluar la eficacia de intervenciones en salud mental, es necesario dar cuenta de las necesidades y características de la población que pueden simplificar o complejizar los procesos. Es por ello, que cobra relevancia detectar la presencia de factores de riesgo y de protección que mediaran en el posible desarrollo de síntomas y enfermedades (Papalia & Feldman, 2012). Ambos factores en interacción han sido utilizados en la predicción de surgimiento de trastornos mentales. Estos se evalúan a nivel individual y a la vez están relacionados con el entorno familiar, social, económico y ambiental (OMS, 2014).

En primer lugar, los factores protectores son aquellos aspectos de la vida que ayudan a reducir, modificar o alterar las respuestas ante el efecto del estrés, y que sirven como predictor de resultados positivos al disminuir la posibilidad de perjuicios para la salud por sobre activación del eje HPA (hipotálamo-pituitaria-adrenal). Entre los que suelen ser estimados como valiosos a nivel individual están algunas características de una salud mental positiva tales como: la capacidad de resiliencia, la autonomía, la autoestima, la autoeficacia, las destrezas sociales, el pensamiento positivo, la resolución de conflictos y la regulación emocional efectiva. Así también, será significativo contar con un ambiente que brinde apoyo social y oportunidades de participación comunitaria, en que se pueda desarrollar el potencial; aparte de contar con redes y servicios sociales. De forma concordante, se considera como factor protector la baja exposición a factores de riesgo en el ambiente próximo (Papalia & Feldman, 2012).

Por su parte, los factores de riesgo están directamente asociados a una mayor vulnerabilidad neuropsicológica al desarrollo de enfermedades, con mayor gravedad, y mayor duración de los síntomas; estableciéndose que la probabilidad aumenta cuando existe una alta

presencia de factores de riesgo en ausencia de aquellos protectores. Algunos de los más comunes y determinantes tienen que ver con el nivel socioeconómico: donde vivir en condiciones habitacionales deficientes, o en un entorno marcadamente desigual, con limitado acceso a recursos y servicios ha sido vinculado al deterioro de la salud mental; suponiendo un mayor riesgo de sufrir síntomas depresivos, ansiosos u otros, así como también de tener un bajo bienestar subjetivo. A la vez, desarrollarse en ambientes adversos y violentos, ya sea a nivel familiar, comunitario y laboral, agrega mayor peso a la carga individual, perjudicando en la salud (Papalia & Feldman, 2012).

De igual forma, desde el plano individual se expone que la baja escolaridad, las experiencias traumáticas tempranas, el autoconcepto negativo, el descontrol emocional, el aislamiento; así como también vivir embarazos a temprana edad y el consumo de sustancias, interfiere en el alcance de las estrategias de afrontamiento, el manejo de sintomatología y el pronóstico de patologías (OMS, 2014).

En cuanto al contexto de embarazo propiamente, entre factores de protección valiosos se han considerado: apoyo social, compromiso y apoyo paterno, recursos personales adaptativos y vínculo materno-fetal. En cuanto a los de riesgo, se destaca: estatus sociocultural y económico, estrés y ansiedad materna, ausencia o insuficiencia de fuentes de apoyo, conductas de riesgo durante la gestación y alteraciones del funcionamiento psicológico. Se postula que entre ambos influyen en la calidad de vida y salud de la mujer, incidiendo con ello, en el autocuidado gestacional, el desarrollo de parentalidad positiva y la satisfacción personal con la experiencia (Alfonso, 2018).

Para la presente investigación, se destacan primordialmente el apoyo social percibido y la regulación emocional como factores relevantes y potencialmente protectores, que serán

evaluados para indagar respecto a su posible correlación, y su efecto en el surgimiento de sintomatología afectiva y ansiosa dentro de un contexto gestacional. Estos serán explicados en profundidad a continuación.

2.3. Regulación emocional.

En cuanto a la regulación emocional en sí, es necesario comprenderla para dimensionar su importancia en el manejo de experiencias y de síntomas patológicos. Desde el enfoque cognitivo-conductual, ha sido concebida como un proceso interno que posibilita la modulación de la conducta, preparando al organismo para responder emocional y fisiológicamente ante estímulos del entorno, a la vez que controla los estados internos (Ribero-Marulanda & Vargas, 2013). Para ello, será necesaria la implementación de estrategias que se ajusten al contexto y que permitan responder adecuadamente (Vargas & Muñoz, 2013).

Desde el mismo paradigma, ha sido equiparada a la habilidad o inteligencia emocional, aludiendo a que engloba igualmente la destreza e intencionalidad necesaria para captar, percibir y comprender los sentimientos de forma precisa y adecuada, para modificar el propio comportamiento y el de otros de forma voluntaria (Koole, 2009); ejerciendo así una influencia sobre aquello que experimentan, tanto sobre cuándo sucede, cómo es procesado y su expresión, mediando así en la intensidad y duración de los estados afectivos (Vargas & Muñoz, 2013).

Es así, que comprende un grupo de habilidades significativas que favorecen el bienestar percibido y psicológico, y la calidad de vida del sujeto en general; por medio del entendimiento de las respuestas emocionales, que se ajustan a las reglas sociales en la interacción con el entorno, facilitando así el afrontamiento de circunstancias amenazantes,

favoreciendo el funcionamiento social en general (Garner & Stowe, 2010). Por ello, hay que destacar su rol adaptativo, habilidad que variará entre individuos, puesto que las personas pueden diferir en sus herramientas para atender, procesar y actuar de forma acorde a su emocionalidad; del mismo modo esto dependerá del contexto, y de qué se considere adecuado en él (Vargas y Muñoz, 2013).

Desde una perspectiva de autorregulación conductual, se incluyen aquellas modificaciones en el inicio, ajuste, interrupción, alteración, o terminación de un determinado comportamiento, junto a la capacidad para evitar consecuencias directas de actos que puedan ser anticipados (Carver & Scheier, 1996).

En su contraparte, la desregulación emocional ha sido señalada como un elemento central en los problemas psicológicos y la psicopatología, relacionándose directamente con problemas de ansiedad, alimentación, personalidad, entre otros. Ésta se refiere precisamente a las dificultades para mediar en las propias emociones y su expresión. Para el manejo de esto es que cobran relevancia las estrategias que desarrolle la persona para hacer frente a demandas de la vida cotidiana. Dichas estrategias tienen que ver principalmente con dos dimensiones principales: interna y externa. La primera relacionada con la emoción y la segunda con la conducta abierta que se gatilla por la misma. Esta clasificación es comparable a la aplicada en la práctica clínica sobre comportamientos internalizantes y externalizantes, que actúan de acuerdo con el efecto en otros, y el efecto social solitario, referido a la respuesta privada en la interacción con otros, respectivamente (Vargas & Muñoz, 2013). Estos mecanismos descritos están ligados a las dos estrategias cognitivas de regulación emocional que son puestas en evaluación en el presente estudio: supresión expresiva y reevaluación cognitiva, que serán explicadas .

Cabe mencionar que ambas estrategias responden a las dos principales categorías de problemas emocionales: la primera en relación con las dificultades para modular la experiencia emocional y expresión, y la segunda se refiere a la tendencia frecuente o automática de control o supresión de estas (Vargas & Muñoz, 2013).

Así, la reevaluación cognitiva implica la reinterpretación de los estímulos afectivos para poder modular el impacto emocional. La supresión expresiva, por su parte, consiste en la forma activa de inhibir el comportamiento o expresión de la vivencia afectiva individual. En cuanto a temporalidad pueden diferenciarse en que la primera funciona en los procesos anteriores a la respuesta emocional, mientras que la supresión actúa después de alguna manifestación observable cambiando su forma, pero no su naturaleza. Igualmente, respecto a éstas se ha establecido que las estrategias dirigidas a la respuesta son más desadaptativas que las enfocadas en el antecedente de la expresión (Domínguez, 2016).

En relación al párrafo anterior, se puede agregar que, las personas que usan predominantemente la reevaluación cognitiva, suelen mostrar afecto más positivo, autoestima más alto, funcionamiento interpersonal más efectivo y mayor satisfacción con la vida, lo cual afecta de manera totalmente opuesta a quienes priman la supresión expresiva como estrategia; es por ello, que la primera es considerada un factor protector ante el desarrollo de trastornos y tiene un papel relevante en las intervenciones cognitivo conductuales, las que trabajan esta temática a través del aprendizaje de herramientas (Domínguez, 2016). Esto explicado porque al suprimir y prestar menor atención a la experiencia interna, se evita la emoción y, por tanto, se limita la posibilidad de beneficiarse de la información que esta entrega (Vargas & Muñoz, 2013).

La información expuesta es significativa en el embarazo, puesto que ha sido demostrada la relación entre las alteraciones emocionales maternas prenatales, y las alteraciones cognitivas, psicológicas y emocionales del bebé, impactando en la salud y bienestar de ambos (Morocho, Orellana & Ortega, 2015). Las fluctuaciones emocionales de la mujer gestante serán profundizadas en el apartado acerca de cambios psicológicos.

2.3.1 Modelo modal de las emociones.

Particularmente para la presente tesis la regulación emocional se enmarca en el modelo modal de las emociones, que puede ser expresado como una secuencia: Situación - Atención - Evaluación - Respuesta. La situación es una psicológicamente significativa que puede ser tanto real (situación física) como interna (representación mental). La atención difiere entre situaciones y da pie a la evaluación, la cual constituye la valoración personal de la familiaridad, su valor y su valencia. Existe un amplio acuerdo de que esta fase es la que lleva a una respuesta emocional (Gross & Thompson, 2007).

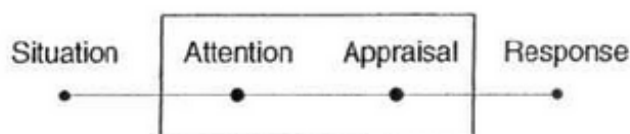


Figura 1. Modelo modal (Gross & Thompson, 2007)

Las estrategias de regulación emocional actúan en los diferentes momentos del proceso. Por ejemplo, como se puede observar en la figura 2, existen estrategias centradas en modificar la situación, modificar el nivel de atención, alterar la cognición, o bien dirigidas a la modulación de la respuesta. (Gross & Thompson, 2007).

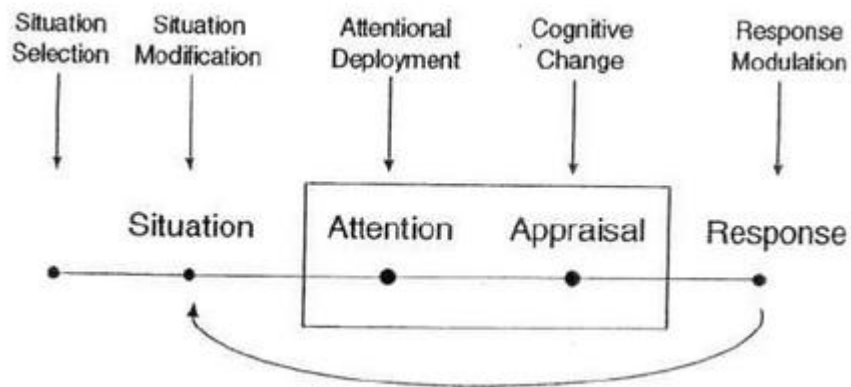


Figura 2. Un modelo del proceso de regulación emocional que resalta 5 tipos familiares de estrategias de regulación emocional (Gross & Thompson, 2007).

2.3.2 *Afectividad mentalizada.*

Al evaluar los procesos que constituyen la regulación emocional es indispensable explicar el concepto de afectividad mentalizada, que logra integrar la afectividad y la cognición. En primer lugar, la mentalización se comprende como la capacidad de entender e imaginar los estados mentales propios y los de otras personas (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Se desarrolla desde las experiencias interpersonales tempranas, principalmente desde las figuras de apego significativas (Lanza, 2009).

Dentro de la mentalización Jurist (2010), propone la afectividad mentalizada, un nuevo y más diferenciado tipo de afecto y autorregulación, el cual no solo supone modular las emociones, sino también una reevaluación de estas. En este proceso influyen las experiencias previas del individuo, tanto reales como imaginadas, incluyendo las representaciones mentales que éste genera. De esta forma este concepto representa una alternativa a otros modelos de emociones que consideran a estas como pasajeras y de acceso directo, al incluir un amplio

rango de emociones conceptualizando la experiencia de las emociones como complejas, fluidas y confusas (Jurist, 2010).

En este modelo se proponen 3 aspectos que son parte concéntrica del proceso de regulación emocional: identificación, que corresponde a la habilidad de etiquetar emociones, entregándoles, en un sentido más complejo, un significado que considera el contexto de la historia personal y la búsqueda de las causas de las emociones. Le sigue el procesamiento, que refiere a un proceso de modulación y regulación de las emociones, modificando aspectos como su intensidad y duración. Finalmente, el proceso posterior es la expresión, momento en que el individuo expresa sus emociones y pensamientos desde adentro hacia afuera. Estos tres aspectos del proceso se ven desarrollados en base a un factor biológico y por la historia previa de la persona desde las experiencias en la infancia, como el apego parental, teoría de mentalización, y esquemas cognitivos y afectivos (Greenberg, Kolasi, Hegsted, Berkowitz & Jurist, 2017).

Este concepto ha sido útil para desarrollar instrumentos de medición de regulación emocional multidimensional, específicamente la versión breve de la Mentalized Affectivity Scale (BMAS; Greenberg et al, 2017) será utilizada en la presente investigación para indagar respecto al procesamiento de las experiencias afectivas.

2.4. Sintomatología mental prevalente en Chile

Cuando la regulación emocional no resulta del todo eficaz, las personas pueden desarrollar diferente sintomatología que le permita exteriorizar sus vivencias internas. De acuerdo con lo expuesto por la OMS en Saldivia (2016) un 25% de las personas desarrollará en algún punto de su vida una enfermedad mental; dentro de este porcentaje los trastornos más frecuentes son

los depresivos y ansiosos, los cuales, además, suelen coexistir con enfermedades orgánicas crónicas. Al respecto, se extrae que los grupos considerados de mayor riesgo a padecerlos son mujeres con bajo nivel socioeconómico y menor escolaridad, aparte de los pueblos originarios, personas inmigrantes y también los niños, ya que, de acuerdo con MINSAL (2017), entre los 4 y 11 años un 27,8% presenta sintomatología vinculada a algún trastorno.

En particular, cobra interés contemplar el riesgo añadido en quienes atraviesan transiciones de migración. Acerca de esto, Urzúa, Heredia & Caqueo-Úrizar (2016) estudiaron la aculturación y estrés que sobrellevan inmigrantes sudamericanos al ingresar a Chile, mientras intentan adaptarse, lo cual puede desencadenar síntomas ansiosos y depresivos; aparte de sentimientos de marginalidad, aumento de trastornos psicósomáticos y confusión de la propia identidad frente a la de su nuevo macrosistema de interacción. Dicho efecto dependerá en gran medida del recibimiento que tengan en el nuevo territorio, la posibilidad de desarrollar redes de apoyo y el alcance de los servicios sociales presentes.

Retomando a la realidad nacional, de manera más actual, Salinas (2019) describe que un 23% de las enfermedades nacionales corresponde a trastornos neuropsiquiátricos. De forma concordante con el dato anterior, expone que las patologías recurrentes continúan siendo depresión y ansiedad; la primera afecta a un 10% de la población chilena, siendo estimado que para el año 2020, a nivel mundial, ésta ocupará el segundo lugar en la lista de enfermedades que genera discapacidad y muerte prematura, y para el 2030 será la primera.

En cuanto a otros trastornos, si bien existe información limitada respecto a su prevalencia y muchos casos no llegan a ser diagnosticados, se puede reportar desde un estudio realizado en América Latina que incluyó a Santiago de Chile, ejecutado por la OMS y explicado en Saldivia (2016) que allí un 29,5% de los casos en APS (Atención primaria de salud) cumplen

los criterios para depresión, superando por un 19,1% a la media en el resto de los países. Por su parte un 18,7% presentó ansiedad generalizada, que supera también el 7,9% del total de la población evaluada. Aun así, se reporta que las tasas de depresión podrían ser aún mayores, puesto que, al evaluar una muestra en Concepción y Valparaíso, se detectó sintomatología no diagnosticada.

Finalmente se explica que existe una alta comorbilidad entre trastornos depresivos, ansiosos y somatomorfos, además de una sobrecarga crítica en APS, lo cual sirve para aclarar cuán complejo resulta llegar a diagnósticos precisos, produciéndose consecuencias para los pacientes y el sistema, aparte de peores pronósticos (Saldivia, 2016).

Es en base a los datos anteriores, que se decide contemplar el estrés, la ansiedad y la depresión como centrales en esta investigación, representando la manifestación de posibles cuadros patológicos que pueden interferir en el bienestar de las gestantes, que podrían representar una señal de una adaptabilidad insuficiente de las estrategias de regulación emocional.

Desde el enfoque clínico y académico, la depresión y la ansiedad han estado constantemente superpuestas, ya que tienden a aparecer de forma simultánea. Al llevarlo a la investigación, en la elaboración de la escala DASS-21 aquí utilizada, surge la necesidad de incorporar el estrés mencionado, concebido como el estado de activación y tensión persistente, que suele acompañar a esta sintomatología, planteando, a partir de sus correlaciones que existe una continuidad natural entre los 3 constructos, ligada a las causas comunes subyacentes que les unen (Antúnez y Vinet, 2012). A continuación, será descrita brevemente la sintomatología afectiva y ansiosa

En primer lugar, el estrés se define como el conjunto de respuestas que tiene un individuo ante la percepción de una amenaza a su integridad, donde el organismo reacciona intentando recuperar su estado de homeostasis. Este fenómeno tiene un rol adaptativo, pero puede llegar a ser disfuncional cuando sobrepasa los niveles saludables, produciéndose una sobreactivación del sistema ante estímulos insuficientes o inespecíficos, lo cual dificulta un funcionamiento normativo (Daneri, 2012).

En segundo lugar, la ansiedad, de acuerdo con lo descrito por el Consejo de Salubridad General (2010), se refiere a una reacción emocional displacentera que implica cambios somáticos y psíquicos, los que pueden, igual que con el estrés, preparar respuestas adaptativas, o bien ser patológicos, cuando resultan desproporcionados o irracionales de acuerdo con el estímulo. Entre los síntomas que caracterizan los trastornos de esta índole están: aumento de tensión muscular, sudoración, taquicardia, molestias digestivas; aparte de sensación de intranquilidad, preocupación excesiva, ideas catastróficas, etc.

En tercer lugar, en referencia a la sintomatología depresiva, esta es descrita como un trastorno del humor y del estado de ánimo, que se expresa en: cambios bruscos, irritabilidad, pérdida del entusiasmo y el interés por actividades placenteras, junto con dificultades cognitivas y una fuerte tendencia a la autocrítica (MINSAL, 2013).

2.5. Apoyo Social Percibido

Esta variable, que fue mencionada como un factor de protección, se propone que mediará sobre las demás explicadas, tanto sobre la sintomatología, como la regulación afectiva. Puede ser explicada como aquel apoyo que procede de las redes sociales e institucionales, el cual responde a las necesidades individuales y contextuales. Éste está

estrechamente vinculado a la calidad de vida, y también con la autoeficacia en cuanto a la capacidad de afrontar eventos desafiantes, explicado por la percepción de que se puede obtener ayuda para hacer frente a dichos acontecimientos; lo cual, como se dijo, puede tener un papel protector y brindar más seguridad, a la vez que puede aportar a la satisfacción personal (Novoa & Barra, 2015).

De forma similar, se establece que su presencia tiene un efecto en el desempeño de roles sociales (Ruiz, Saiz, Montero & Navarro, 2017). Por lo cual, se sugiere que podría incidir en la construcción del rol materno en el contexto referido en esta investigación.

Es importante, hacer la distinción entre el apoyo percibido y el recibido. El recibido es aquel que surge de transacciones reales de ayuda que se producen con respecto a una persona. En cambio, el percibido, es aquel que nace netamente de la evaluación que realiza el individuo sobre las fuentes de ayuda que tiene disponibles. Aquí cabe explicar, que el hecho de contar con una gran cantidad de personas no significa que se sienta satisfecho con ese apoyo, ya que dependerá de la calidad de esas redes y del estado psicológico con que se disponga de ellas (Casas, 2014).

Algunas fuentes de apoyo social son: la comunidad, tanto en cuanto a recursos en profesionales e instituciones; en las redes sociales como asociaciones, iglesias, o juntas vecinales; y en las personas de confianza. Estas contribuyen a que la persona perciba sentimientos de vinculación, pertenencia y un sentido de compromiso consigo mismo y con otros (Casas, 2014).

Por tanto, se puede sintetizar que en el presente estudio será evaluada la interacción dentro de un modelo relacional constituido por: las estrategias de regulación emocional, la presencia de sintomatología afectiva y ansiosa (estrés, ansiedad y depresión), y el reporte de apoyo

social percibido, en una muestra de mujeres en proceso de gestación; para indagar respecto a la correlación en dichas variables y cómo se influyen una a la otra para afrontar un proceso cambiante como resulta el embarazo. Éste, será descrito en profundidad a continuación.

2.6. El proceso de embarazo

La literatura respalda ampliamente la complejidad de los procesos asociados a la prenatalidad. Este periodo es de una gran sensibilidad, ya que se trata de una experiencia vital, que trae consigo cambios fisiológicos, sociales y psicológicos, además de una gran carga emocional, con el surgimiento de nuevas expectativas y dudas tanto para la mujer como para su entorno (Alcolea & Mohamed, 2011). Esto a su vez, vuelve a la futura madre más dependiente de su entorno y del apoyo que tenga al alcance para obtener seguridad (Maldonado-Durán, 2011).

Es por ello, que tanto en la gestación, parto y postparto, serán necesarias adaptaciones en el funcionamiento de los sistemas metabólico, endocrino, gastrointestinal, inmune y cardiovascular de la mujer, e inclusive en el sistema nervioso. Es a través de estas adaptaciones que las hembras se preparan a nivel morfológico y funcional, con el objetivo de cumplir con requerimientos fisiológicos y comportamentales que permiten la gestación y cuidado de las crías (Barba-Müller, 2017). En específico, puede describirse que el balance global que las mujeres realizan respecto a los recursos sociales y personales con que cuentan, se ve afectado, para hacer frente a este proceso Cabañero, et al. (2004). Aún con lo anterior, se comprende que cada proceso es distinto y los efectos variarán dependiendo de múltiples circunstancias en torno a la experiencia.

En la bibliografía revisada, se encuentra amplia información respecto a cómo afectan las características de esta etapa en el desarrollo de los neonatos en el futuro a nivel físico, cognitivo y neurológico, así como también en el aspecto social y las relaciones que establezca tanto con los cuidadores como con el entorno, aunque no profundizan en su impacto a largo plazo en la vida de la madre (Grimalt & Heresi, 2012).

Por último, cabe mencionar que los hombres que acompañen el proceso de embarazo también pueden sufrir algunas de las alteraciones hormonales que serán detalladas en los siguientes apartados, tales como reducción de testosterona y aumento de prolactina; aun así, estos cambios no serán ni tan radicales, ni tan duraderos, como los que atraviesa la mujer durante el embarazo, parto y postparto (Barra-Müller, 2017).

2.6.1. Perspectiva biológica.

Son diversas las adaptaciones que debe realizar el cuerpo de una mujer que se prepara para la maternidad. En primer lugar, el aumento de peso en el transcurso de los 9 meses será fundamental, además de la calidad de los nutrientes digeridos, ya que influirá en el desarrollo del bebé. Por ello, surgirán algunas necesidades específicas, tales como: aumentar en 10 g la cantidad de proteína a lo recomendado en adultos, lo que permitirá el crecimiento de tejidos fetales y maternos. La proporción de calcio también deberá aumentar, entre 120 a un 160% para proporcionar la producción adecuada del tejido óseo del feto. Igualmente se requerirá agregar ingesta de micronutrientes complementarios como ácido fólico y hierro. Todo esto se vincula al aumento del volumen sanguíneo, que alcanza entre un 15 a un 20% hacia el tercer trimestre en un embarazo regular (Maldonado-Durán, 2011).

En adición a lo anterior, debido a la acelerada proliferación celular para el crecimiento del feto, será mayor la necesidad de incorporar algunas vitaminas: Por ejemplo, se recomienda

aumentar la vitamina A en un 20%; también contribuirá la vitamina C, tiamina, riboflavina niacina, vitamina B6 y B12, que se utilizan en una cantidad variable, siendo las últimas las fundamentales junto al ácido fólico. Por su parte, el requerimiento de vitamina D se ampliará en un 300%; para contribuir a la mineralización que va ocurriendo de los huesos del bebé. Por último, la vitamina E, se recomienda que aumente en un 25% (Maldonado-Durán, 2011).

En este periodo, la mujer experimenta también aumentos y fluctuaciones en la producción de esteroides: al respecto puede mencionarse que la progesterona incrementa de 10 a 15 veces de la producción normal; los niveles de estrógenos pueden superar a la cantidad que produce en toda su vida una adulta no-gestante: y, por último, los niveles de cortisol llegan a compararse a lo que ocurre en el síndrome de Cushing (Barra-Müller, 2017). Estas alteraciones pueden causar modificaciones en los ciclos de alimentación y sueño en la mujer, sobre todo hacia el tercer trimestre (Maldonado-Durán, 2011).

2.6.2. Perspectiva neurológica.

De acuerdo con Barba-Müller (2017) la reproducción humana en sí trae consigo la activación de la plasticidad cerebral que prepara para ejercer la paternidad y maternidad. El embarazo en sí produce múltiples alteraciones endocrinas y neurológicas, afectando principalmente al sistema nervioso central (SNC), el cual es altamente susceptible a los cambios alrededor y cumple el rol de dirigir el interjuego entre los sistemas (Salas, 2015).

Se ha evaluado recientemente cómo este proceso implica una reestructuración cerebral y también de la personalidad, cuyos efectos perduran aproximadamente hasta 2 años después del nacimiento del bebé. En general, se determinó que, para el final del embarazo, se produce un decremento de la sustancia gris en áreas específicas; las cuales resultaron ser aquellas

vinculadas a la cognición social, las mismas que se activan ante la interacción posterior con sus hijos, pero no así con estímulos de neonatos desconocidos, por lo que se considera un índice del apego que se desarrolla entre ambos. Se plantea que estas alteraciones morfológicas tienen que ver con la producción de esteroides, quienes, al ser agentes neurotrópicos, tienen la capacidad de regular la producción de neuronas (Barba-Müller, 2017).

De forma complementaria, en el estudio de Grimalt & Heresi (2012), se describe la importancia del sistema de regulación que se da entre los cuidadores y el infante, a través del apego que se va construyendo entre ambos, a partir de la interacción perinatal, desde el momento en que se descubre la existencia del embarazo; el cual tendrá la función de moldear el procesamiento cognitivo y afectivo de los seres humanos respecto a la parentalidad y la vida en general.

Por último, se logró deducir que los cambios cerebrales que ocurren tienen que ver directamente con los cambios hormonales que preparan a la mujer para su maternidad. También, se puede concluir que el decremento de la sustancia gris mencionado no necesariamente implica un peor funcionamiento, sino que, por el contrario, puede significar una comunicación neuronal más eficiente como sucede a través de la poda sináptica desde la adolescencia (Barba-Müller, 2017).

2.6.3. Perspectiva física.

Son abundantes las alteraciones que se pueden manifestar desde el inicio de la gestación en la mujer, partiendo por la presencia de náuseas y mareos, y continuando con cambios como: pirosis, acidez, estreñimiento, hemorroides, edemas, varices, calambres,

manchas en la piel, además de dolor lumbar, abdominal y pélvico, entre otros síntomas (Alcolea & Mohamed, 2011).

En el transcurso de los 9 meses, el cuerpo de la mujer deberá pasar por múltiples ajustes con el objetivo de adaptarse para albergar el feto. Por ejemplo, en un embarazo regular la madre debe aumentar entre 11 y 16 kg si se nutre adecuadamente, donde 40% responde solo al peso del feto, más el líquido amniótico y la placenta; y el resto corresponde al crecimiento físico en la mujer, tanto en su útero y glándulas mamarias, como también a un mayor volumen sanguíneo, líquido intersticial y un notable aumento de tejido adiposo (Maldonado-Durán, 2011).

A medida que avanzan los meses el feto ocupará un espacio cada vez más grande en la cavidad abdominal, lo que generará nuevas modificaciones, como variaciones en su marcha, y necesidad de comidas más frecuentes y más pequeñas, ya que el útero va presionando a los órganos a su alrededor, por lo que además se irá dificultando la respiración por la elevación del diafragma y el efecto de la progesterona (Maldonado-Durán, 2011).

2.6.4 Perspectiva psicológica y emocional

Son múltiples los desafíos a nivel psicológico y emocional que atraviesa la mujer, en el recorrido para “convertirse en madre”, lo cual puede acentuarse particularmente en el primer embarazo a causa de lo incierto y novedoso de la situación. La noticia del embarazo suele suscitar ambivalencia, aun cuando ha sido planeado; aunque de acuerdo a los datos alrededor de un 30% de los embarazos no lo son (Maldonado-Durán, 2011).

Es interesante comentar que, tradicionalmente ha existido una tendencia a ligar este periodo con emociones positivas y proyecciones respecto a la maternidad. Sin embargo, los

datos muestran que son múltiples los síntomas que pueden surgir a raíz de las problemáticas que acompañan la gestación. En general, de forma repetitiva se reportan sentimientos de ansiedad, estrés y depresión (Strat, Dubertret, & Foll, 2011).

En otra investigación, Aguilar, Vieite, Padilla, Mur, Rizo & Gómez (2012) describieron que, en el curso de los 9 meses se pueden identificar tres periodos correspondientes a los trimestres, con vivencias particulares en cada una; estos son: La percepción del embarazo, los movimientos del feto y finalmente la proximidad del parto.

Sobre esto, desde el principio pueden experimentarse cambios anímicos frecuentes, con oscilaciones entre: irritabilidad, inseguridad, miedo, alegría, ilusión, etc., en relación con la impresión de que se está produciendo una transformación en la vida individual. Ya desde el segundo trimestre es posible alcanzar un mayor grado de tranquilidad, al estar en contacto con los movimientos fetales. Luego, en el tercer trimestre puede surgir nuevamente inseguridad, además de impaciencia y preocupación respecto a la experiencia del parto y las posteriores condiciones del recién nacido. En agregado a ello, incluye alteraciones en las relaciones sociales y familiares de los futuros padres, así como también a nivel de pareja, por lo cual, en este periodo, el apoyo que las figuras del entorno puedan brindar cobra mayor relevancia (Alcolea & Mohamed, 2011). Al respecto, Maldonado-Durán (2011) coincide en que en este punto incrementará la dependencia de la mujer hacia personas significativas, viviendo una especie de regresión por requerir protección y encontrarse en un contexto de vulnerabilidad psicológica; siendo influenciada constantemente por el surgimiento de múltiples fantasías acerca del hijo no nacido, y de sí misma en el rol materno, donde las expectativas pueden resultar una fuente de estrés adicional.

Suele ser común, además, que una de las causas para sentimientos de miedo y ansiedad sea por la posibilidad de muerte del feto o neonato, lo cual regularmente origina pesadillas y trastornos del sueño. De la misma forma, se ha demostrado que hacia el final del embarazo la mujer percibe con mayor intensidad las emociones y se encuentra en un estado de alerta frente a signos faciales de enojo o amenaza en su entorno (Maldonado-Durán, 2011).

En relación al estudio de Barba-Müller (2017), descrito en el apartado neurológico, se puede comentar que las zonas estimuladas asociadas a la cognición social favorecen una mayor sensibilidad a la interacción de la mujer, ayudándole a inferir intenciones, pensamientos y necesidades de otros, lo que se deduce, que es una especialización cognitiva que le alista para cumplir su papel protector en la maternidad, respondiendo a las necesidades del infante. Por tanto, lo que se conoce como “instinto maternal” se trataría de este conjunto de reestructuraciones, las cuales funcionan como un facilitador y no como un determinante en la crianza.

Finalmente, las restricciones y cambios que la mujer debe incorporar a su vida también tendrán un impacto, ya que deberá ajustar sus conductas y evitar actividad física excesiva, descansar frecuentemente, y convivir en general con las diversas sensaciones que le recuerdan que está embarazada (Maldonado-Durán, 2011). Además, dentro del mismo texto, Bydlowski (1997) expuso que este en general resulta un período de transparencia psíquica, en el cual sentimientos, temores, conflictos y experiencias pasados afloran a la superficie, incluyendo aquellas situaciones desagradables que hayan sido vividas en el rol de hija, lo cual agrega angustia ante la idea de que pueda repetir errores en su rol de madre.

2.6.5. Psicopatología y complicaciones asociadas a gestación.

Como se explicó, este es un periodo de cierta vulnerabilidad mental, ya que implica una reestructuración cerebral y de la personalidad, lo cual suele ir acompañado de patologías coexistentes. Se argumenta que la serie de cambios ocurridos a lo largo de los trimestres pueden convertirse en fuente de enfermedades, ya sea, activando enfermedades preexistentes, favoreciendo comorbilidad de trastornos, o desarrollando algunas inherentes al estado (Saez & Fuentes, 2010).

Se plantea que, en las sociedades desarrolladas, los trastornos mentales perinatales suelen ser de las complicaciones más comunes en el embarazo; entre ellos surgen: depresión perinatal, trastornos de ansiedad y psicosis puerperal, los cuales continúan siendo infravalorados y poco detectados. En cambio, en países subdesarrollados se centra la atención mayormente en complicaciones físicas, que son más prevenibles (Barba-Müller, 2017).

Dentro de la investigación de Strat Dubertret, & Foll (2011) se ha evidenciado que entre un 10% y un 16% de las mujeres reciben un diagnóstico de episodio depresivo mayor durante el embarazo o dentro del primer año después del parto. Aunque, en otros estudios como el de Sainz et al. (2013), se alcanzaron cifras mayores, donde, desde una muestra de 103 mujeres gestantes al 50% se le detectaron síntomas depresivos y al 67% síntomas de ansiedad. En Chile, ambos diagnósticos reportan datos de entre un 16 y 35% (MINSAL, 2015). Respecto a la ansiedad, se ha detectado que una presencia excesiva puede ser perjudicial, al generar sufrimiento e inconvenientes psicosociales tanto para la madre y el bebé, como para la familia en general en cuanto a su interacción con la situación y su rol en ella. Cabe mencionar que estos síntomas pueden pasar desapercibidos ante los profesionales de la salud. Esto podría estar relacionado con la gran comorbilidad que tiene con otros trastornos como la depresión

(Maldonado-Durán & Lartigue, 2008), así como también con la estigmatización existente sobre las madres que solicitan ayuda psicológica (Strat, Dubertret, & Foll, 2011)

Por su parte, en cuanto al estrés contemplado para este estudio, su exceso puede detallarse como una desregulación del nivel de concentración circulante de glucocorticoides, lo cual impacta directamente en la actividad del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal (HPA) de los fetos; lo que puede alterar las respuestas de su sistema inmunológico, originando una sobreexcitación que podría ser causante de un sistema de reacciones desmedidas y más prolongadas de lo necesario ante estímulos estresores a medida que crezca el infante (Falcone et.al, 2017). En relación a su prevalencia, se tiene que no hay disponibles cifras exactas, puesto que, en general no se mide su presencia de forma aislada de los demás trastornos, ya que se encuentra altamente correlacionado a ellos y suelen coexistir (Aguirre, Abufhele & Aguirre, 2016).

Por otro lado, a nivel neurológico entre las patologías crónicas que pueden surgir durante el embarazo como consecuencia de complicaciones se tienen: encefalopatía de Wernicke; síndrome de vasoconstricción cerebral reversible; preeclampsia y eclampsia; infecciones del SNC, trombosis venosa cerebral; accidente cerebrovascular isquémico, entre otras (Salas, 2015). Se ha demostrado que del total de pacientes gestantes que ingresan a unidad de cuidados intensivos, al menos el 50% de ellas presenta algún síndrome neurológico (Sáez & Fuentes, 2010).

Finalmente, como fue mencionado previamente, el peso y nutrición durante la gestación también es un tema fundamental, puesto que, a menor peso del feto, mayor será su riesgo de mortalidad. Asimismo, la deficiencia de ácido fólico y hierro suscita riesgo de malformaciones del tubo neural, aparte de causar anemia tanto en la madre como su hijo. En el

otro extremo, una mala alimentación o un sobrepeso a lo largo del embarazo conllevan riesgos importantes, generando mayores riesgos metabólicos y de enfermedad cardiovascular para el neonato, tanto en la infancia como en su vida adulta (Maldonado-Durán, 2011).

En cuanto al apoyo en salud mental que ofrecen a las mujeres durante el embarazo, existe el Plan de salud personalizado (Chile Crece Contigo, s/f), el que está dirigido a evaluar los riesgos psicosociales en el contexto de las gestantes. Esta información la obtiene por medio de la aplicación de la escala de Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA), con el objetivo de realizar intervenciones y derivaciones pertinentes a cada caso. Este análisis se centra en identificar los factores de riesgo psicosocial, y su cantidad presente, que pueden incidir en el desarrollo integral de los niños y niñas. El plan es llevado a cabo por el profesional que realiza el primer control de gestación y se aplica a las mujeres que acceden al control prenatal en un establecimiento público de salud.

2.6.6. La experiencia del aborto.

En primer lugar, es importante definir el aborto como la interrupción del embarazo, cuando el feto aún no es viable fuera del vientre materno, tal como fue descrito por la OMS (1995). De forma más reciente se ha evaluado que puede considerarse viable a partir de la semana 22 o cuando tiene un peso mínimo de 500 gramos. Este puede darse de forma espontánea, o también de forma inducida. En el caso del espontáneo, este puede originarse por múltiples factores tales como: genéticos, infecciosos, endocrinos o enfermedades sistémicas, inmunológicos, o también por causas uterinas o la edad de la mujer gestante (Rebolo, 2017). En el caso del inducido, suele ser provocado de manera farmacológica o quirúrgica, aun cuando la participación de la medicina ha sido limitada y tema de debate desde el punto de

vista legislativo en innumerables ocasiones (Viel, 2012). Por su parte, desde la realidad nacional se puede comentar que se ha trabajado desde 1967 sobre la temática de planificación familiar, en la búsqueda de reducir la gran cantidad de abortos provocados de manera clandestina, la mortalidad materna e infantil, y poder disminuir las complicaciones y gasto asociados; intentando a la vez favorecer un ejercicio responsable de la reproducción y parentalidad, dentro de restricciones de acuerdo a la legalidad vigente asociada a las 3 causales permitidas. Entregando para ello consejería en salud sexual, y facilitando el acceso a mecanismos de anticoncepción. (Decreto 48, 2018).

Las 3 causales mencionadas están delimitadas y reguladas dentro de la ley 21.030, y buscan aumentar el poder de decisión de las mujeres sobre sus embarazos. Estas 3 circunstancias son: cuando el embarazo implica un riesgo vital para la mujer, cuando el embrión o feto padece una enfermedad congénita o genética que lo vuelve inviable; y cuando el embarazo es resultado de una violación, dentro de plazos estipulados dentro de la misma norma (MINSAL, 2018).

En cuanto a la proporción de abortos espontáneos que ocurren en la población, se estima que entre un 15 y un 20% de los embarazos finalizan en uno espontáneo, por lo cual, es una porción considerable como para estimarlo como un tema de salud público que afecta buena parte de la población femenina a lo largo de su vida reproductiva. A lo anterior, se agrega el componente social que tiene esta experiencia, donde aún existe cierta presión por asumir un rol materno y una pérdida puede llegar a juzgarse como una forma de fracaso personal en cuanto a la identidad de una mujer integral (Rebolo, 2017).

De igual forma, cabe reflexionar sobre el impacto psicológico y afectivo de atravesar esta situación, puesto que ésta debe contemplarse como una pérdida de complejidad similar a otras, constituyendo un proceso que implica un duelo, que afecta a nivel fisiológico,

emocional, relacional y social, el que debe abordarse en su totalidad. (Claramunt, Álvarez, Jové & Santos, 2009).

Es en este contexto que cobran relevancia múltiples elementos, tales como: la validación del duelo; el acceso a información; la atención recibida; la empatía y el acompañamiento adecuado, tanto a nivel personal como profesional; el surgimiento del sentimiento de culpa; la posibilidad de infertilidad; la expectativa e incertidumbre de un nuevo embarazo a futuro; la reconfiguración de la identidad en torno al rol de maternidad no concretado, etc. (Claramunt, Álvarez, Jové & Santos, 2009).

2.7. Justificación de la investigación

Por lo tanto, el contexto central en esta investigación es el primer embarazo, concibiendo este periodo como sensible y una fuente potencial de síntomas estresores, ansiógenos y depresivos, cuya experiencia subjetiva en las mujeres estará mediada por la adaptabilidad de sus estrategias de regulación emocional, y por la presencia de apoyo social percibido en su entorno; elementos que se plantea influyen directamente en la prevalencia de sintomatología afectiva y ansiosa que tiende a surgir dentro de la gestación entre otras complicaciones asociadas.

Para ello, se postula que el apoyo social percibido puede tener una función protectora, y que la estrategia de regulación emocional predominante facilitará la adaptación del individuo, lo cual permitirá aminorar las consecuencias de las alteraciones físicas psicológicas y emocionales que conlleva llevar a término el desarrollo de un feto. Ésta idea está sustentada entre diversos autores por Aguirre, Abufhele & Aguirre (2016), que describieron que una percepción de alto apoyo social de parte de la madre está correlacionada con menores niveles

de ACTH (hormona adrenocorticotrópica) y producción de cortisol, lo cual, estimaron, permite suponer que el apoyo puede amortiguar los perjuicios de la sobre activación del eje HPA, agregando también, que éste periodo resulta una oportunidad para intervenciones psicosociales, por la alta receptividad emocional y la motivación que puede estimularse durante este proceso transitorio.

El planteamiento anterior cobra relevancia al profundizar en el impacto que tiene la regulación emocional en el funcionamiento individual, comprendiendo que estrategias y procesos varían entre cada persona. Para comprenderlo resulta imperativo indagar en la desregulación emocional, que se ha investigado, pueden exhibirse en 4 aspectos: alta intensidad de emociones; comprensión pobre de emociones; reacción negativa a estados emocionales propios; y respuestas de manejo emocional inadecuado (Vargas & Muñoz, 2013).

Precisamente para manejar los desequilibrios mencionados anteriormente, es que cobran relevancia las estrategias aquí abordadas. Sobre ellas, puede comentarse de forma global que investigaciones concuerdan en que caracterizarse por una baja orientación a la resolución de problemas y una mayor supresión de la experiencia, acentúa el riesgo para el desarrollo de ansiedad y depresión. En cambio, la reevaluación cuando resulta positiva es considerada un factor protector ante los mismos (Vargas & Muñoz, 2013).

Por otra parte, la regulación emocional es asociada al apoyo social percibido, a través del impacto social que tiene alcanzar un funcionamiento adaptativo, puesto que ha sido definida también, como el logro de un desenvolvimiento eficaz que posibilite el desarrollo de herramientas de comunicación, relaciones afectivas significativas, las que pueden suponer fuentes de apoyo potenciales en el futuro. Así también, esta habilidad tendrá un impacto en la

ejecución de roles dentro de su entorno (Vargas & Muñoz, 2013). Tomando en cuenta lo anterior, también podría originar algún efecto en el ejercicio del rol materno.

Es así, que cobra interés conocer y comprender la relación entre las múltiples variables que interfieren en la vivencia de las futuras madres, que pueden alterar su salud mental, además de poder repercutir en su posterior maternidad; sobre todo, desde el enfoque de curso de vida que se está trabajando MINSAL (2017), el cual recalca que la salud mental debe ser abordada tomando en cuenta toda la existencia, para poder comprender los efectos transgeneracionales; contemplando así el posible riesgo que presentan los determinantes psicosociales y físicos, precisamente desde el desarrollo prenatal.

Respecto al área de salud mencionada, cobra relevancia también comprender la repercusión de las interacciones que ocurren en contextos hospitalarios y el nivel de apoyo al que tienen acceso las familias durante este proceso, en el contacto con profesionales; ya que los cuidados, contención y cantidad de información que se encuentren al alcance de los usuarios incidirá en el manejo de herramientas que tendrán disponibles para afrontar las dificultades. Sobre esto, una investigación de Guarnizo-Tole, Olmedillas & Vicente-Rodríguez (2018), mostró cómo el soporte y atención otorgado por las enfermeras, tanto durante los periodos de parto, parto y posparto, pueden favorecer una mayor sensación de seguridad lo que contribuye a la recuperación; esto, ya que su servicio contempla no sólo necesidades físicas, sino que también psicosociales. Además, su labor puede fomentar más participación de la familia, adhesión a indicaciones médicas y fortalecimiento de redes de apoyo.

En la misma línea, en el estudio de Vasconcelos-Moura, Fernandes, Santos & De Araújo-Silva, (2014) que examinó también el rol de la asistencia de enfermeros durante el prenatal, concluyeron que la atención a las mujeres embarazadas debe incluir: acogimiento,

escucha, involucramiento y compromiso, aparte de contar con disponibilidad de recursos infraestructurales y tecnológicos. De igual manera desde una visión más global se destaca la relevancia de incorporar estrategias para la prevención y promoción de la salud, para fomentar técnicas de autocuidado que contribuye a complementar los cuidados profesionales o tratamientos que surjan durante la gestación.

En este caso particular, al desarrollarse la investigación en un país como Chile, cuyo sistema de salud presenta deficiencias y limitaciones, en particular en el área de salud mental, hay que analizar los datos desde la perspectiva de un sistema que trabaja con insuficiencias y vacíos; tanto en servicios, cobertura, información como recursos. El que además tiene desafíos como: un acceso inequitativo a la red de servicios, por geografía, ruralidad, y tipo de previsión de la población; aparte de la demora para acceder a especialistas; y, por último, la reciente disminución de la proporción del presupuesto nacional para salud mental (MINSAL, 2014). Además, se llevó a cabo específicamente en la región del Maule, por lo que resulta relevante tener una visión respecto a la cultura que caracteriza al territorio. Ésta en su población alberga un 34% en áreas rurales, lo que supera el promedio nacional; destacando que cuenta con una de las tasas más bajas de sindicalización en sus trabajadores con un 5,9%, presentando también niveles de pobreza en un 22,3% de la población para el 2013 (CNCA, 2015). Por otra parte, a nivel representacional en la región las personas tienen tienden a sentir una fuerte identificación con las prácticas rurales, lo cual influye en el tipo de relaciones sociales, forma de hablar, creencias, costumbres, etc., que por algunos tiene una imagen “campesina”, e incluso considerada” atrasada” (Letelier & Concha, 2016). Lo anterior, a su vez impacta, en el tipo de ambiente familiar en que crecen sus habitantes, llegando a convivir a veces con contextos invalidantes, en cuanto a las normas sobre las prácticas de expresión emocional o de

reconocimiento de las propias emociones, entre otros aspectos, lo cual, de acuerdo a Vargas & Muñoz (2013) genera los cimientos para posibles problemas emocionales futuros.

Aun así, a nivel nacional existen múltiples iniciativas relacionadas con el apoyo que pueden entregar a la comunidad. En específico, centrándose en la temática del embarazo existen múltiples estrategias desde el sistema de salud público, bajo el marco de Chile Crece Contigo, que actúan en el contexto del sistema de Protección infantil. Éstas están orientadas al fortalecimiento de habilidades parentales; la atención personalizada al parto; programas de apoyo al recién nacido; fono infancia y otros talleres especializados (Chile Crece Contigo, s/f).

Es así, que cobra interés, al contemplar la gran cantidad de proyectos que se están desarrollando desde el sistema público a nivel nacional con los objetivos de fortalecer, prevenir, promover y educar a la población; buscando implementarse de la forma más accesible posible para la comunidad a nivel territorial, e intentando asegurar la adherencia en actividades. Sin embargo, se requiere indagar en cuanto al impacto y real efectividad que tienen estos programas como fuentes de apoyo tanto recibido como percibido. Para evaluar sus resultados actualmente se están considerando la eficacia de su implementación, y el impacto logrado a corto plazo en el desarrollo biopsicosocial, apuntando a un monitoreo y retroalimentación constante de sus iniciativas. Desde evaluaciones realizadas de su efectividad se puede entender que estas iniciativas tienen algunas limitaciones, puesto que aún no han sido consolidadas del todo en sus distintos proyectos.; siendo percibido por parte de los profesionales que resulta complejo manejar los vínculos institucionales y trabajo en redes multidisciplinarias. Aun así, es calificado como un complemento significativo (MIDEPLAN, 2011).

Frente a este escenario, se plantea la presente investigación como un aporte a la literatura que respalda la significancia de una adecuada intervención temprana y preventiva desde la concepción. Hay diversas investigaciones que refuerzan la idea, como la publicada por Cáceres, Martínez-Aguayo, Arancibia & Sepúlveda, (2017), quienes evaluaron la asociación entre una gestación de condiciones adversas y una mayor probabilidad de surgimiento de patologías al nacer. En concreto, describen que el factor del estrés prenatal en la madre actúa como un teratógeno en el proceso, ya que las consecuencias de una exposición prolongada pueden ser muy variadas, como provocar prematurez o bajo peso en el neonato. Incluso se ha detectado que puede aumentar la probabilidad de un aborto espontáneo.

Igualmente, algunos investigadores han encontrado evidencias de que las mujeres tienen más probabilidad de manifestar síntomas de depresión durante el embarazo, en relación con el período de posparto; esto muestra que no necesariamente la sintomatología surge a raíz del nacimiento y los primeros cuidados, si no que el foco de atención debiera ampliarse hacia hitos previos del proceso y a cómo es vivido el camino hacia la maternidad (Evans, Heron, Francomb, Oke y Golding, 2001).

Posteriormente, en una revisión teórica realizada por Correia y Linhares (2007), se confirmó que en general las mujeres que son diagnosticadas con problemas de ansiedad en la gestación presentaron mayor probabilidad de tener complicaciones obstétricas graves, tales como: mayor número de anormalidades en el feto y de aceleramiento del ritmo cardíaco, así como también hallaron mayor prevalencia de problemas emocionales posteriores en niños de 4 a 12 años.

Este vínculo entre reacciones afectivas de la madre y su posterior interacción con sus hijos se asocia con el tipo de apego que se pueda generar después, como fue mencionado

anteriormente, esto puede ser fundamental en cuanto al desarrollo emocional y cognitivo que alcancen los niños, además de afectar directamente en su personalidad y en las relaciones cercanas que compartan a lo largo de su vida (Grimalt & Heresi, 2012).

De forma similar, este proyecto trata de ampliar la comprensión del complejo proceso a nivel biológico que representa la gestación, en donde las alteraciones hormonales y cambios físicos resultan ser los componentes principales que gatillan el resto de la sintomatología. Junto con los efectos en los sistemas: digestivo, urinario, respiratorio, y en el músculo esquelético (Alcolea & Mohamed, 2011). Estas circunstancias podrían ayudar a explicar y predecir las desregulaciones que afectan a una porción considerable de las madres.

Asimismo, la literatura apoya que es necesario aumentar la comprensión acerca de los desafíos que implica el oscilar entre los roles de futura madre y paciente, y al tener que combinar los cuidados del embarazo o del bebé con el suyo propio, pudiendo generar conflictos internos, sentimientos de angustia y agotamiento emocional, al sentirse sobrepasadas por el contexto de una identidad materna recién emergente (Mccoyd, Munch & Carrant, 2018).

Aportar en esta temática cobra aún mayor valor al detectar en los datos disponibles que estas problemáticas suelen ser invisibilizadas, y que por demás suelen enfrentar barreras institucionales y estigmas sociales vinculados a solicitar ayuda. En un estudio de Ko, Farr, Dietz & Robbins (2012), se expone que alrededor de un 65% de las mujeres que sufren episodios de depresión durante el embarazo no logran ser diagnosticadas oportunamente. Lo anterior demuestra que la intervención oportuna es significativa para prevenir consecuencias severas a corto, mediano y largo plazo tanto para las mujeres como para el sistema familiar.

Por ello, finalmente se espera colaborar a nivel teórico en relación a los desafíos posibles de la etapa prenatal y a través de ello, poder aportar al área de salud mental, sensibilizando a profesionales de salud respecto a la gran vulnerabilidad que experimenta la mujer gestante, y cuán importante es contribuir para generar un ambiente de apoyo y acogedor tal como explicó Maldonado-Durán (2011). Junto con ayudar a reducir el estigma asociado a tener una enfermedad mental, mostrando la alta presencia que en realidad existe y con ello, intentar disminuir los prejuicios de éste, que, como expuso MINSAL (2017) puede ser la razón de exclusión social, maltrato y falta de oportunidades, en base a estereotipos negativo, lo que limita su posibilidad de participación en vida social y con ello el acceso a tratamientos.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

- Evaluar el impacto del apoyo social percibido y de la regulación emocional en la sintomatología afectiva y ansiosa durante el embarazo, en una muestra de mujeres primigestas en la Región del Maule en Chile.

3.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar la muestra de mujeres primigestas respecto a variables socioeconómicas, regulación emocional, sintomatología afectiva y ansiosa y apoyo social percibido.
- Determinar el impacto del apoyo social percibido en la sintomatología afectiva y ansiosa en una muestra de mujeres primigestas
- Determinar el impacto de las estrategias de regulación emocional en la presencia de sintomatología afectiva y ansiosa en una muestra de mujeres primigestas.
- Determinar el impacto de los procesos de afectividad mentalizada en la sintomatología afectiva y ansiosa.
- Determinar el efecto de las variables de apoyo social percibido y regulación emocional en conjunto sobre la sintomatología afectiva y ansiosa.

4. Hipótesis

4.1. Hipótesis general

- Existe un impacto del apoyo social percibido y la regulación emocional en la presencia de sintomatología afectiva y ansiosa durante el primer embarazo.

4.2. Hipótesis Específicas

- Existe una mayor puntuación de sintomatología afectiva y ansiosa en mujeres primigestas con menor apoyo social percibido y una menor puntuación en mujeres primigestas con alto apoyo social percibido.
- Existe una menor sintomatología afectiva y ansiosa en mujeres primigestas que puntúan mayor en la escala de reevaluación cognitiva.
- Existe una mayor sintomatología en las mujeres primigestas que puntúan mayor en la escala de supresión expresiva.
- Existe una mayor sintomatología en mujeres primigestas que puntúan menor en las escalas de afectividad mentalizada.
- El impacto de las variables apoyo social percibido y regulación emocional en la sintomatología afectiva es mayor cuando actúan en conjunto, que el efecto de cada una de ellas por separado.

5. Método

5.1 Participantes

Se aplicó una escala a 306 mujeres embarazadas, y de acuerdo con el criterio de exclusión de estar cursando el primer embarazo se eliminaron 97 respuestas quedando un total de 209 mujeres gestantes dentro de la Región del Maule. Las edades de las mujeres se encuentran entre los 18 y los 37 años. En la tabla 1 se describen las características de la muestra.

La muestra se conformó utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que se evaluó dentro de una distancia accesible por los investigadores, en un periodo acotado de tiempo, y respondiendo a criterios específicos propuestos en el planteamiento del problema, que en este caso fueron: mujeres en estado gestante, primigestas, mayores de edad, residentes en la región del Maule.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de la muestra

		Porcentaje	Frecuencia
Edad	18-25	55%	115
	26-30	34%	71
	31-35	10%	21
	36-40	1%	2
Trimestre	Primero	13,4%	28
	Segundo	37,8%	79
	Tercero	48,8%	102
Sistema de salud	Público	45%	94
	Privado	45%	94
	Ambos	9,1%	19
	Otro	0,5%	1
	No se atiende	0,5%	1
Nivel socioeconómico	Alto	17,2%	36
	Medio	78,9%	165
	Bajo	3,8%	8
Educación	Básica	3,8%	8
	Media	28,2%	59
	Superior	67,9%	142
Estado civil	Soltera	72,7%	152
	Casada/Pareja	27,3%	57
Nacionalidad	Extranjera	29,7%	62
	Chilena	70,3%	147

5.2. Tipo de estudio y Diseño de investigación

El alcance de este estudio es descriptivo y correlacional, ya que busca describir la muestra, sus características, y la posible relación entre las variables expresadas en las hipótesis de investigación. Es de diseño no experimental ya que no fueron manipuladas las variables, y es cuantitativo dado que se evaluarán variables cuantificables y definidas cuyos datos serán recolectados a través de cuestionarios de escalas tipo Likert que serán posteriormente procesados por métodos estadísticos.

5.3. Instrumentos y Variables

5.3.1. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS).

Esta escala está validada en Chile (Arechabala y Miranda, 2002) y permite evaluar el apoyo social percibido conceptualizado en 3 áreas (apoyo familiar, apoyo de amigos y apoyo de otras personas significativas). Los 12 ítems que la componen se distribuyen de la siguiente manera: apoyo familiar (ítems 3, 4, 8 y 11), apoyo de amigos (ítems 1, 2, 5 y 10) y apoyo de otras personas significativas (ítems 6, 7, 9 y 12), y se responde en formato de escala Likert de 1 a 4 (1 = “casi nunca” y 4 = “siempre o casi siempre”). El instrumento mide que tan de acuerdo se está respecto a cada una de las frases de los ítems, siendo que, una mayor puntuación en una dimensión indica mayor apoyo social percibido en ella, y una puntuación alta en el total del instrumento, comprende un alto apoyo social percibido. Respecto a la confiabilidad del instrumento, este presenta una alfa de Cronbach de 0.86 (Arechabala y Miranda, 2002) aplicado en adultos mayores chilenos.

- Para la evaluación de los resultados se optó por uno de los métodos de puntuación propuestos por los autores del instrumento con mayor validez

(Dahlem, Farley, Zimet y Zimet, 1988): Puntajes entre 1 y 2,9 corresponden a bajo apoyo social percibido; entre 3 y 5 se puntúa como medio apoyo social percibido; y finalmente puntajes entre 5,1 a 7 son considerados como alto apoyo social.

- Con el objetivo de evaluar las correlaciones la escala fue utilizada como variable continua permitiendo un resultado con mayor precisión.
- Finalmente, en la evaluación de las diferencias entre grupos se utilizó una división en 3 grupos iguales como sugieren los autores de la escala en el caso de obtener una cantidad muy baja de participantes en uno de los grupos (6 participantes bajo apoyo social percibido).

5.3.2. Escala de Depresión, Ansiedad Y Estrés - 21 (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995).

Por otra parte, se hizo uso del DASS-21 adaptada y validada en Chile (DASS-21; Vinet, Rohbein, Román y Seiz, 2008; Antúnez y Vinet, 2012) para medir los síntomas depresivos, de ansiedad y de estrés. Este instrumento es de autorreporte y mide en qué medida la persona se sintió o le pasó lo descrito en las frases durante la última semana. Se compone de 21 ítems en escala formato Likert y las respuestas van de 0 a 3 (0 = “No describe nada de lo que me pasó o sentí en la semana”, 3 = “esto me pasó mucho, o casi siempre”). Los ítems se dividen en 3 dimensiones: depresión (ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), ansiedad (ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y estrés (ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Finalmente, la confiabilidad de este instrumento corresponde a un alfa de Cronbach de 0.91 (Antúnez y Vinet, 2012) aplicado en estudiantes universitarios chilenos.

Como se señala, el instrumento se compone de 3 subescalas correspondientes a las variables (depresión, ansiedad y estrés) y cada una se compone de diferentes aspectos de las mismas. Por su parte, la subescala de depresión evalúa: disforia, falta de sentido, autodepreciación, falta de interés y anhedonia, la subescala de ansiedad comprende síntomas miedo, activación autonómica, ansiedad situacional y experiencia subjetiva de afecto ansioso, considerando, por lo tanto, aspectos subjetivos y somáticos. Finalmente, la subescala de estrés mide activación persistente no específica, dificultad para relajarse, irritabilidad e impaciencia (Román, Santibañez, Vinet, 2016).

- En la puntuación y agrupación se utilizaron los puntos de corte propuestos por Román, Santibañez y Vinet (2016): puntajes mayores a 5 en la subescala de depresión indican presencia de sintomatología depresiva; puntajes mayores a 4 en la subescala de ansiedad indican presencia de sintomatología ansiosa; y puntajes mayores a 5 en la subescala de estrés indican presencia de sintomatología de estrés. Se utilizaron estos puntos de corte ya que están adaptados a población chilena y permiten evaluar las hipótesis de investigación.
- Se dividieron las respuestas en 3 grupos iguales evaluados como bajo, moderado y alto apoyo social, para la comparación de rangos medios.
- Para evaluar las correlaciones la variable se utilizó con los puntajes promedio para cada caso con el fin de obtener resultados que expresen con mayor literalidad los resultados.

5.3.3. Emotion Regulation Questionnaire (ERQ; Gross & John, 2003).

Este instrumento se aplicó para medir la variable de regulación emocional, la cual evalúa la tendencia a utilizar una estrategia de afrontamiento de regulación emocional. Esta escala posee 10 ítems que se dividen en 2 subescalas que corresponden a las estrategias de “Reevaluación cognitiva” (ítems 1, 3, 5, 7, 8 y 10) y “Supresión expresiva” (ítems 2, 4, 6 y 9). Los ítems se responden en escala Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). El instrumento mide que tan de acuerdo se está respecto a conductas relacionadas a cada subescala, mientras más alta la puntuación en una de las subescalas, más predominante es la estrategia correspondiente. Finalmente, se establece que el instrumento posee una consistencia interna adecuada (Gross & John, 2003; Melka et al., 2011; Wiltink et al., 2011).

La variable se compone de 2 subescalas referentes a estrategias de afrontamiento, por un lado, la reestructuración cognitiva, proceso que ocurre previo a la formación de la respuesta emocional y suele estar relacionada a respuestas afectivas positivas (Gross & John, 2003). Por su parte, la estrategia de supresión expresiva se centra en la etapa de respuesta y suele estar asociada a síntomas de depresión, ansiedad y estrés (Gross & John, 2003).

- En la evaluación de resultados se utilizaron las variables como continuas siendo lo recomendado por los autores (Gross & John, 2003) utilizando las medias de las puntuaciones de cada subescala por separado.

5.3.4. Escala Breve de Afectividad Mentalizada (B-MAS; Greenberg, & Jurist, s/f).

Este instrumento es una versión reducida de la Escala de Afectividad Mentalizada (MAS; Greenberg et al., 2017) y evalúa 3 factores de la afectividad mentalizada: procesamiento, identificación y expresión. Se compone de 12 ítems evaluados en escala Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo) respecto a las frases de cada ítem. A mayor puntuación en un factor indica una mejor capacidad en ese aspecto de la afectividad mentalizada. El instrumento original (MAS) posee una consistencia interna elevada (Greenberg et al., 2017).

Respecto a esta variable, las dimensiones pueden definirse de la siguiente manera: identificación que corresponde a la habilidad que en su forma más básica etiquetar las emociones y más complejamente darle sentido considerando el contexto, la historia personal y una exploración del significado de ellas. Luego se encuentra el procesamiento, que corresponde a la habilidad de modulación y modificación de las emociones cambiando su intensidad y duración. Finalmente, la dimensión de expresión se define como una tendencia de comunicación tanto interna como externamente de las emociones y pensamientos (Greenberg et al., 2017). Según Greenberg et al. (2017) estas dimensiones están relacionadas con la personalidad, el bienestar, el trauma, el diagnóstico clínico e historiales de tratamientos psicológicos.

- Para la evaluación de los resultados se siguieron las instrucciones de los autores (Greenberg & Jurist, S/f) y se utilizaron las medias de cada subescala por separado como variables continuas.

5.4. Procedimiento

En primera instancia, se delimitó la temática de interés, y se realizó la elección de variables a medir. Luego, fueron planteadas las hipótesis y elegidos instrumentos adecuados para medirlas y, a continuación, se definió la población objetivo y se planearon los medios para acceder a la muestra requerida en la investigación al finalizar este proceso de procedió a entregar una carta al comité de ética de la Universidad de Talca con los detalles pertinentes, para proceder con las etapas de contacto y recolección de datos.

En este proceso, se contactaron distintas instituciones de salud e informantes clave desde distintos medios, para el acceso a las participantes. Dentro de ello se logró conectar con el CESFAM Los Aromos en Curicó y el CESFAM José Dionisio Astaburuaga en Talca, lugares donde se frecuentó para captar a las participantes. Por otro lado, se intentó comunicar del proyecto a múltiples centros de salud en ambas ciudades involucradas, donde, a través de una carta aprobada por el comité de ética, se detalla la propuesta de intervención, instrumentos a utilizar, posibles riesgos, entre otros detalles. Por otra parte, se hizo gran difusión de la invitación a participar por medio de las redes sociales, a mujeres embarazadas dentro de la Región del Maule.

En relación con la etapa de recolección de datos, ésta fue realizada a través del formato digital, con el objetivo de generar un proceso más eficaz, tomando en cuenta la contingencia nacional (desde octubre de 2019 hasta diciembre del mismo año) que interfirió en la comunicación con instituciones y el acceso presencial.

La aplicación de los instrumentos se realizó por medio de Google Forms, presentando el consentimiento informado dentro en la primera página con la opción de aceptar o rechazar la participación. En la página siguiente se presentan las preguntas de contextualización sociodemográfica y finalmente, se presentaron los instrumentos de

evaluación. La presentación de los instrumentos empieza, en cada caso, por las instrucciones correspondientes y se respetó el orden de las preguntas y respuestas y la redacción del formato original. Finalmente, el orden de presentación de los instrumentos fue el siguiente: EMAS, DASS-21, ERQ, BMAS. Durante el proceso de aplicación se hizo resguardo de las normas éticas de privacidad, voluntariedad y resguardo del bienestar del participante según dispone el código de ética del Colegio de Psicólogos de Chile (1999).

En cuarta instancia y final, se realizó un análisis de los datos recolectados detallados en el siguiente apartado.

5.5. Plan de análisis

Para realizar el análisis de los datos recolectados en la aplicación de instrumentos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 25.

Para la descripción de la muestra se ejecutaron análisis descriptivos de frecuencia, en las variables de caracterización (trimestre de embarazo, estado civil, edad, nivel de escolarización, tipo de atención en salud, nacionalidad y nivel socioeconómico).

Posteriormente, se llevaron a cabo los análisis de los resultados de los instrumentos, en el caso del instrumento DASS-21 se utilizaron los puntajes de corte señalados anteriormente, para determinar presencia o ausencia de síntomas; para el EMAS se utilizaron los puntos de corte señalados en la descripción del instrumento; el ERQ fue evaluado utilizando las medias para cada subescala y comparando cuál de ellas puntúa más alto; finalmente, BMAS también fue utilizada con los puntajes brutos de cada subescala, reportando las medias y estadísticos asociados para cada una.

Luego, con el fin de contrastar la primera hipótesis se utilizó la forma alternativa de puntuación para la variable de apoyo social percibido, en la cual la muestra se divide en tres grupos iguales etiquetando los grupos como alto, moderado y bajo apoyo social percibido según corresponde con los puntajes reportados, este proceso se realizó a razón de obtener muy pocas respuestas en uno de los grupos (6 respuestas para bajo apoyo social percibido) con la puntuación normal, por otra parte, este método alterno es recomendado por los autores de la escala (Zimet, 2016) cuando ocurre la situación de tener pocas respuestas en un grupo. Posteriormente, se realizaron pruebas de normalidad para las variables a contrastar y resultaron no tener una distribución normal (ver anexo), por lo tanto, se realizó una prueba de H de Kruskal-Wallis que permite evaluar la existencia de diferencias significativas entre rangos medios en dos o más muestras independientes en una variable continua u ordinal, esta prueba es una alternativa no paramétrica para ANOVA. En el presente estudio se utilizó para evaluar diferencias entre las puntuaciones de las 3 subescalas de sintomatología afectiva y ansiosa en los tres niveles (grupos) de apoyo social percibido. Luego, se realizó la prueba no paramétrica post-hoc de U de Mann Whitney que permite evaluar las diferencias significativas entre dos grupos independientes de los rangos medios en una escala continua u ordinal. En este estudio se realizó con el objetivo de evaluar entre grupos de apoyo social percibido por pares (alto-bajo, alto-medio bajo-medio). Finalmente, se realizó una prueba de correlación de rho de Spearman ya que se incumple el supuesto de normalidad y por la naturaleza ordinal de las variables, para obtener correlaciones que permitan observar la existencia de una relación entre las variables y así complementar las pruebas anteriores.

En el caso de la segunda y tercera hipótesis de investigación, para contrastar se realizó una prueba U de Mann Whitney para evaluar diferencias en las puntuaciones de las variables

de reevaluación cognitiva en los grupos de “con sintomatología y “sin sintomatología” para cada una de las variables de depresión, ansiedad y estrés. Posteriormente, se realizó la misma prueba evaluando las diferencias en las puntuaciones de supresión expresiva en relación con los grupos de sintomatología afectiva y ansiosa señalados. Finalmente, utilizando las variables en su naturaleza ordinal, se realizó una prueba de correlación de rho de Spearman entre las dos estrategias de regulación emocional y las tres variables de sintomatología afectiva.

Para contrastar la tercera hipótesis, se realizó una prueba U de Mann Whitney con el objetivo de evaluar diferencias en las puntuaciones de afectividad mentalizada en los grupos “con sintomatología” y “sin sintomatología” de las variables de depresión, ansiedad y estrés. Posteriormente, se realizó una prueba de correlación de rho de Spearman entre las variables de regulación emocional (afectividad mentalizada) y sintomatología afectiva.

Finalmente, para evaluar la cuarta hipótesis se realizó una regresión lineal múltiple método enter (introducir) por bloques, en la cual se ingresaron las variables de depresión, ansiedad y estrés como dependientes; y las variables de apoyo social percibido (bloque 1), reevaluación cognitiva y supresión expresiva (bloque 2) y afectividad mentalizada (bloque 3) como variables predictoras. Posteriormente, se realizó una segunda regresión lineal incluyendo sólo las variables que aportan significativamente al modelo propuesto, siguiendo los pasos anteriores. Se integra la evaluación de los supuestos necesarios para el análisis en el apartado de anexos.

6. Resultados

6.1. Descripción de resultados de las variables

6.1.1. Resultados para variables de Depresión, Ansiedad y Estrés.

En relación con los datos descriptivos de las variables de sintomatología afectiva y ansiosa se observan en la siguiente tabla:

Tabla 2. Estadísticos descriptivos para depresión, estrés y ansiedad

	Depresión	Ansiedad	Estrés
Media	10,02	11,54	15,81
Desv. Desviación	10,33	9,91	10,28
Mínimo	,00	,00	,00
Máximo	42,00	38,00	42,00

Respecto a los resultados en términos de puntuación (ver anexo 1.1.2), se observa una presencia ligeramente mayor de sintomatología depresiva, con un 57,4%; para ansiedad se observa un valor de 67,5% de presencia de sintomatología. Finalmente, para estrés se reporta la mayor prevalencia de sintomatología con un 83,7%.

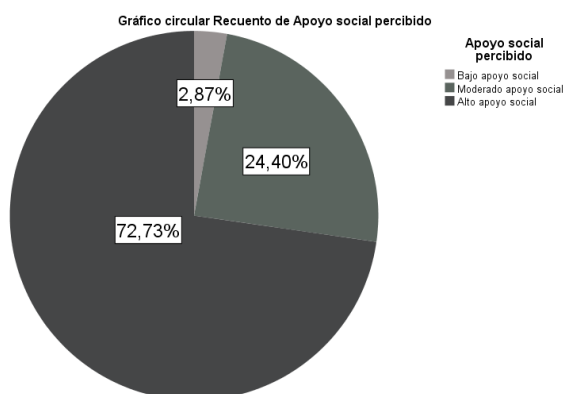
6.1.2. Resultados para la variable de apoyo social percibido.

En la tabla N 3 a continuación, se describen los resultados estadísticos para la variable de apoyo social percibido:

Tabla 3. Estadísticos descriptivos para apoyo social percibido

Media	5,60
Desv. Desviación	1,17
Mínimo	1,50
Máximo	7,00

Respecto a los resultados de puntuación para la variable (ver gráfico 2) y utilizando la puntuación recomendada por los autores, se desprende que: 72,73% de la muestra puntuó alto; un 24,4% moderado; y un 2,87% puntuó bajo en apoyo social percibido.



6.1.3. Resultados para las variables de reevaluación emocional y supresión expresiva.

A continuación, se presentan los estadísticos descriptivos para las variables reevaluación emocional y supresión expresiva:

Tabla 4. Estadísticos descriptivos para reevaluación cognitiva y supresión expresiva

	Reevaluación Cognitiva	Supresión Expresiva
Media	4,94	3,74
Desv. Desviación	1,20	1,42
Mínimo	1,00	1,00
Máximo	7,00	7,00

6.1.4. Resultados para variables de identificación, procesamiento y expresión.

Por su parte, al revisar las variables de afectividad mentalizadas se observan los siguientes estadísticos descriptivos:

Tabla 5. Estadísticos descriptivos para identificación, procesamiento y expresión

	Identificación	Procesamiento	Expresión
Media	5,44	4,89	5,04
Desv. Desviación	,97	1,07	,85
Mínimo	2,75	2,50	3,25
Máximo	7,00	7,00	7,00

6.2. Impacto de apoyo social percibido en la sintomatología afectiva y ansiosa

A continuación, se detallan los resultados para las pruebas estadísticas utilizadas para cumplir el primer objetivo de investigación propuesto y por lo tanto evaluar una posible relación entre apoyo social percibido y sintomatología afectiva y ansiosa.

En primera instancia, se presentan los resultados de la prueba de H de Kruskal-Wallis para evaluar la puntuación de sintomatología depresiva en los diferentes niveles de apoyo social percibido. En los datos se observa una diferencia significativa en el puntaje de depresión en los diferentes niveles de apoyo social percibido ($H = 54.192$, $p = ,000$) con un rango medio en apoyo social percibido alto de 70,42; para moderado de 99,95; y bajo de 145,43 (anexo 2.1.1). Al realizar la prueba post-hoc U de Mann-Whitney con un ajuste de Bonferroni (tabla 6), se observa diferencia significativa en las 3 comparaciones entre casos: apoyo social percibido alto - moderado ($U = 29,531$, $p = ,011$); apoyo social percibido alto - bajo ($U = 45,482$, $p = ,000$); y apoyo social percibido moderado - bajo ($U = 75,014$, $p = ,000$).

Tabla 6. Comparación de U de Mann Whitney por parejas

Muestra 1 – Muestra 2	U de Mann Whitney	Significancia	Significancia ajustada
APS alto – APS moderado	29,531	,004	,011
APS alto - APS bajo	45,482	,000	,000
APS moderado – APS bajo	75,014	,000	,000

ASP = Apoyo Social Percibido
Sig. Ajustada por alfa de Bonferroni

En relación con la variable de ansiedad, se observa una diferencia significativa de los puntajes ($H = 21,446$, $p = ,000$) con rangos medios de: 82,30 para apoyo social alto; 103,25 para apoyo social moderado y 129,89 para apoyo social bajo (anexo 2.1.2). En la prueba post-hoc de U de Mann-Whitney con un ajuste de Bonferroni (tabla 7), no se observan diferencias significativas entre el grupo de apoyo social percibido alto - moderado ($U = 20,953$, $p = ,117$). Sin embargo, entre apoyo social percibido alto - bajo ($U = 47,593$, $p = ,000$); y apoyo social percibido alto - bajo si se encuentran diferencias significativas ($U = 26,640$, $p = ,027$).

Tabla 7. Comparación de U de Mann-Whitney por parejas

Muestra 1 – Muestra 2	U de Mann- Whitney	Significancia	Significancia ajustada
ASP alto - ASP moderado	20,953	,039	,117
ASP alto - ASP bajo	47,593	,000	,000
ASP moderado - ASP bajo	26,640	,009	,027

ASP = Apoyo social percibido
Sig. Ajustada por alfa de Bonferroni

Respecto a la variable estrés, en la prueba de H de Kruskal Wallis (ver anexo 2.1.3) se observan diferencias significativas entre los puntajes de estrés y los niveles de apoyo social

percibido ($H = 38,798$, $p = ,000$) con un rango medio de 72,30 para apoyo social percibido alto; 105,62 para moderado; y 137,01 para bajo. El análisis post-hoc de U de Mann-Whitney con un ajuste de Bonferroni (tabla 8) muestra una diferencia significativa en las 3 comparaciones: apoyo social percibido alto - moderado ($U = 32,828$, $p = ,004$); apoyo social percibido alto - bajo ($U = 64,218$, $p = ,000$); apoyo social percibido moderado - bajo ($U = 31,390$, $p = ,006$).

Tabla 8. Comparación de U de Mann-Whitney por parejas

Muestra 1 – Muestra 2	U de Mann-Whitney	Significancia	Significancia ajustada
ASP alto – ASP moderado	32,828	,039	,004
ASP alto - ASP bajo	64,218	,000	,000
ASP moderado – ASP bajo	31,390	,009	,006

ASP = apoyo social percibido
Sig. Ajustada por alfa de Bonferroni

Respecto al análisis de correlación de rho de Spearman, en la **tabla 9** se puede observar una correlación negativa débil significativa entre ansiedad y apoyo social percibido ($r_s = -,361$; $p < 0,01$). También se observa una correlación negativa débil significativa entre estrés y apoyo social percibido ($r_s = -,455$; $p < 0,01$). Finalmente, se observa una correlación negativa medoderada significativa entre depresión y apoyo social percibido ($r_s = -,542$; $p < 0,01$).

Tabla 9. Correlaciones entre Apoyo social percibido y sintomatología afectiva y ansiosa

			Ansiedad	Estrés	Depresión
Rho de Spearman	Apoyo social percibido	Coefficiente de correlación	-,361**	-,455**	-,542**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000
		N	209	209	209

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

6.3. Relación entre estrategia de regulación emocional y sintomatología afectiva y ansiosa.

6.3.1. Reevaluación cognitiva y sintomatología afectiva y ansiosa.

Para contrastar la tercera hipótesis se describen los resultados de la prueba U de Mann Whitney para cada caso y luego análisis de correlaciones de rho de Spearman entre las variables. En la prueba de U de Mann Whitney observa que el puntaje de reevaluación cognitiva no difiere significativamente ante la presencia o ausencia de sintomatología afectiva y ansiosa (tabla 10).

Tabla 10. Resultados de prueba de U de Mann Whitney

		(Sin sintomatología) Rango medio	(Con sintomatología) Rango medio	U de Mann Whitney	Z	Sig. asintótica
Reevaluación cognitiva	Depresión	108,91 (n = 89)	102,10 (n = 120)	4992,0	-,806	,420
	Ansiedad	115,88 (n = 68)	99,76 (n = 141)	4054,5	-1807	,071
	Estrés	106,66 (n = 34)	104,68 (n = 175)	2918,5	-,175	,861

Por otra parte, el análisis de correlación (tabla 11) indica que no existe correlación significativa entre reevaluación cognitiva y depresión ($r_s = -,103$; $p > 0,05$). Por otro lado, sugiere que existe una correlación negativa significativa leve entre reevaluación cognitiva y ansiedad ($r_s = -,160$; $p < 0,05$); y una correlación negativa significativa leve con estrés ($r_s = -,151$; $p < 0,05$).

Tabla 11. Correlación entre reevaluación cognitiva y sintomatología afectiva.

		Ansiedad	Estrés	Depresión
Reevaluación Cognitiva	Coefficiente de correlación	-,160*	-,151*	-,103
	Sig. (bilateral)	,021	,029	,138
	N	209	209	209

6.3.2. Supresión expresiva y sintomatología afectiva y ansiosa.

Por otro lado, con fin de contrastar la cuarta hipótesis, la prueba de U de Mann Whitney para la variable de supresión expresiva si se observan diferencias significativas en los puntajes entre las participantes que presentan sintomatología y las que no. Reportando, en las 3 subescalas de sintomatología afectiva, puntajes mayores en presencia de síntomas (tabla 12).

Tabla 12. Resultados de prueba de U de Mann Whitney

		(Sin sintomatología) Rango medio	(Con sintomatología) Rango medio	U de Mann Whitney	Z	Sig. asintótica
Supresión expresiva	Depresión	69,39 (n = 89)	131,41 (n = 120)	8509,5	7342	,000
	Ansiedad	81,92 (n = 68)	116,13 (n = 141)	6363,5	3837	,000
	Estrés	62,15 (n = 34)	113,33 (n = 175)	4432,0	4,522	,000

Respecto al análisis de correlación de Spearman (tabla 13) se observa que existe correlación positiva significativa moderada entre supresión expresiva y depresión ($r_s = ,598$; $p < ,01$) y leve significativa con ansiedad ($r_s = ,384$; $p < ,01$) y estrés ($r_s = ,381$; $p < ,01$).

Tabla 13. Correlación entre supresión expresiva y sintomatología afectiva.

			Supresión Expresiva	Depresión	Ansiedad	Estrés
Rho de Spearman	Supresión Expresiva	Coficiente de correlación	1,000	,598**	,384**	,381**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000

6.4. Impacto de la afectividad mentalizada en la sintomatología afectiva

A continuación, se presentan los resultados para contrastar la tercera y última hipótesis.

Respecto a la prueba de U de Mann Whitney realizada se observa (tabla 14) que existe una menor puntuación en las escalas de identificación en las primigestas que presentan síntomas depresivos o ansiosos en comparación a las que no presentan sintomatología. En contraste, para la escala de estrés no se aprecian diferencias significativas.

Tabla 14. Prueba U de Mann Whitney para puntaje de Identificación respecto a sintomatología afectiva y ansiosa.

		(Sin sintomatología) Rango medio	(Con sintomatología) Rango medio	U de Mann Whitney	Z	Sig. asintótica
Identificación	Depresión	115,08 (n = 89)	97,52 (n = 120)	4442,5	-2,084	,037
	Ansiedad	123,23 (n = 68)	96,21 (n = 141)	3554,5	-3,037	,002
	Estrés	112,15 (n = 34)	103,61 (n = 175)	2732,0	-,765	,450

Respecto a la prueba U de Mann Whitney para la escala de procesamiento (tabla 15), se observan puntajes significativamente más bajos en las primigestas que presentan sintomatología afectiva y ansiosa.

Tabla 15. Prueba U de Mann Whitney para procesamiento respecto a presencia de sintomatología.

		(Sin sintomatología)	(Con sintomatología)	U de Mann Whitney	Z	Sig. asintótica
		Rango medio	Rango medio			
Procesamiento	Depresión	134,40 (n = 89)	83,19 (n = 120)	2723,0	-6,073	,000
	Ansiedad	149,54 (n = 68)	83,52 (n = 141)	1765,0	-7,419	,000
	Estrés	162,76 (n = 34)	93,78 (n = 175)	1011,0	-6,106	,000

Finalmente, para la variable de expresión en la prueba de U de Mann Whitney se observan (tabla 16) puntuaciones significativamente menores en presencia de sintomatología afectiva y ansiosa.

Tabla 16. Prueba U de Mann Whitney para expresión respecto a presencia de sintomatología.

		(Sin sintomatología)	(Con sintomatología)	U de Mann Whitney	Z	Sig. asintótica
		Rango medio	Rango medio			
Expresión	Depresión	132,45 (n = 89)	84,64 (n = 120)	2897,0	-5,678	,000
	Ansiedad	124,60 (n = 68)	95,55 (n = 141)	3461,5	-3,269	,001
	Estrés	145,13 (n = 34)	97,20 (n = 175)	1610,5	-4,249	,000

Respecto a los análisis de correlación de Spearman (tabla 17) entre las variables de afectividad mentalizada y sintomatología afectiva y ansiosa se observa que: la variable de identificación presenta una correlación significativa leve y negativa con depresión ($r_s = -,143$; $p < 0,05$) y ansiedad ($r_s = -,174$; $p < 0,05$), y no presenta correlación significativa con estrés ($r_s = -,074$; $p > 0,05$). Por otro lado, la variable de procesamiento presenta correlaciones significativas moderadas negativas con depresión ($r_s = -,529$; $p < 0,01$), ansiedad ($r_s = -,557$; $p < 0,01$) y estrés ($r_s = -,579$; $p < 0,01$). Finalmente, la variable de expresión presenta correlaciones leves y negativas con depresión ($r_s = -,418$; $p < 0,01$), ansiedad ($r_s = -,268$; $p < 0,05$) y estrés ($r_s = -,313$; $p < 0,01$).

Tabla 17. Correlación entre afectividad mentalizada y sintomatología afectiva y ansiosa.

				Depresión	Ansiedad	Estrés
Rho de Spearman	Identificación	Coefficiente de correlación	de	-,143*	-,174*	-,074
		Sig. (bilateral)		,039	,012	,285
		N		209	209	209
Procesamiento		Coefficiente de correlación	de	-,529**	-,557**	-,579**
		Sig. (bilateral)		,000	,000	,000
		N		209	209	209
Expresión		Coefficiente de correlación	de	-,418**	-,268**	-,313**
		Sig. (bilateral)		,000	,000	,000
		N		209	209	209

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

6.5. Impacto en conjunto de apoyo social percibido y regulación emocional sobre sintomatología afectiva

Se presentan a continuación los resultados de las regresiones lineales múltiples por variable dependiente. Los estadísticos de los análisis de supuestos y respectivos gráficos se adjuntan en los anexos (anexo 4).

6.5.1. Depresión.

En la primera regresión lineal múltiple (anexo 4.1.1) se identificó que las variables reevaluación cognitiva (Beta = $-.096$; $t(202) = -1,671$; $p > ,05$), identificación (Beta = $,081$; $t(202) = 1,346$; $p > ,05$), y expresión (Beta = $,071$; $t(202) = ,967$; $p > ,05$), no aportan significativamente al modelo propuesto.

Posteriormente, se realizó una segunda regresión (anexo 4.1.2) utilizando las variables de apoyo social percibido (Beta = $-.204$; $t(205) = 3,355$; $p < ,05$), supresión expresiva (Beta = $,404$; $t(205) = 6,677$; $p < ,05$) y procesamiento (Beta = $-.217$; $t(205) = 3,652$; $p < ,05$) identificando un efecto colectivo significativo ($F(3, 205) = 50,197$; $p < ,001$; $R^2_{\text{Ajustado}} = ,415$) sobre la variable depresión.

6.5.2. Ansiedad.

En una primera prueba (anexo 4.2.1) se identificó que apoyo social percibido (Beta = $-.066$; $t(202) = -1,005$; $p > ,05$), reevaluación cognitiva (Beta = $-.071$; $t(202) = -1,164$; $p > ,05$) e identificación (Beta = $,013$; $t(202) = ,192$; $p > ,05$) no aportan significativamente al modelo predictivo.

Luego, en una segunda prueba (anexo 4.2.2) se identificó que las variables supresión expresiva (Beta = $,328$; $t(205) = 4,767$; $p < ,05$), procesamiento (Beta = $-.483$; $t(205) = -7,111$;

$p < ,05$) y expresión (Beta = ,189; $t(205) = 2,509$; $p < ,05$) tienen un efecto colectivo significativo sobre la variable ansiedad ($F(3, 205) = 33,812$; $p < ,001$; $R^2_{\text{Ajustado}} = ,321$).

6.5.3. Estrés

En el primer análisis realizado (anexo 4.3.1) se observa que las variables reevaluación cognitiva (Beta = -,055; $t(205) = -,934$; $p > ,05$) y expresión (Beta = ,091; $t(205) = 1,207$; $p > ,05$) no aportan significativamente al modelo por lo que se excluyen para el siguiente análisis.

En el segundo análisis de regresión (anexo 4.3.2) se identificó un efecto colectivo significativo de las variables apoyo social percibido (Beta = -,176; $t(205) = -2,798$; $p < ,05$), supresión expresiva (Beta = ,166; $t(205) = 2,652$; $p > ,05$), identificación (Beta = ,157; $t(205) = 2,685$; $p < ,05$) y procesamiento (Beta = -,471; $t(205) = -7,280$; $p < ,05$) sobre la variable estrés ($F(4, 204) = 32,643$, $p < ,001$, $R^2_{\text{Ajustado}} = ,378$).

7. Discusión

La presente investigación evaluó el impacto del apoyo social percibido e indicadores de regulación emocional en la presencia de sintomatología afectiva y ansiosa en mujeres primigestas de la Región del Maule en Chile; abarcando población extranjera y chilena con mayoría de edad. En términos generales, se acepta la hipótesis general, referida al impacto del apoyo social percibido y de la regulación emocional en la prevalencia de sintomatología afectiva y ansiosa de mujeres primigestas, aunque varía según cada síntoma, como será detallado a continuación.

En primer lugar, respecto a la relación entre apoyo social percibido y los síntomas de psicopatología, se observó un efecto entre ambas, existiendo mayor puntuación de sintomatología en las mujeres que puntúan bajo en la escala de apoyo social percibido, y menor puntajes en mujeres que del grupo que reportan alto apoyo social percibido. En la misma línea, los análisis inferenciales dan cuenta de correlaciones significativas negativas entre las variables señaladas, confirmando que existe un grado de influencia entre ellas aceptándose así la primera hipótesis de investigación. Estos resultados confirman los hallazgos previos de Rodríguez, Flores & Gallegos (2017), quienes concluyeron que existe una correlación negativa significativa entre las variables de depresión, estrés y ansiedad y el apoyo social percibido en mujeres embarazadas de Ciudad de México. Del mismo modo, el estudio de Guarino, Scremin & Borrás (2013), que evaluó el rol del apoyo social percibido sobre la salud general durante el embarazo, en población Venezolana, concluye que existen correlaciones positivas entre apoyo social y salud, siendo apoyo social percibido incluso un predictor de la salud. Los autores plantean que un alto Apoyo social percibido está relacionado a menor somatización, menor ansiedad, menor depresión y en general mayor bienestar. De

este modo, el apoyo social percibido representaría un factor protector para las gestantes a nivel físico y mental, lo cual es coherente con lo aquí sostenido.

Además, lo anterior puede ser reforzado por las investigaciones de Maldonado-Durán (2011), y la de Novoa & Barra, (2015), quienes reportaron la contribución de esta variable en la autoeficacia, la sensación de seguridad para gestionar emociones, fortaleciendo a las personas para poder lidiar con las demandas del entorno. Esto se vuelve esencial al tratarse de circunstancias donde se profundiza la necesidad de contención y la dependencia de otros.

Posteriormente, en relación con la segunda hipótesis específica, se pudo desprender que la estrategia de reevaluación cognitiva no afecta significativamente la prevalencia de sintomatología afectiva y ansiosa. Sin embargo, existe una asociación leve entre esta estrategia y la sintomatología de ansiedad y estrés (no así con depresión), dándose una influencia negativa que, al ser leve, dificultad afirmar una diferencia o impacto (Hernández, Baptista y Fernández (2014). Este resultado, puede ser comprendido tomando en consideración que, en la primera prueba realizada se midió prevalencia de síntomas (categorías), y en la segunda se midió la puntuación (constante/ordinal), permitiendo una mayor precisión al medir la relación entre las variables sin ser separadas por una puntuación específica entre grupos. Tomando en consideración los datos obtenidos en el presente estudio, se rechaza la hipótesis de investigación.

Para explicar lo anterior, se puede tomar información de lo expuesto por Vargas & Muñoz (2013), y Domínguez (2016), quienes ahondaron en la complejidad de modular la experiencia cognitiva y afectivamente por medio de la reevaluación, lo cual, si bien, significa una fuente de retroalimentación constante respecto al desenvolvimiento del individuo, no garantiza necesariamente que se tenga un manejo adecuado de la estrategia, ni que se llegue a

evaluaciones que resultan en respuestas adaptativas; lo cual dependerá del contexto y circunstancias individuales en cada caso. Aún con ello, ellos rescatan que puede resultar un elemento favorecedor para un mejor desarrollo intra e interpersonal.

Por otro lado, en relación a la tercera hipótesis, se observa que, a mayores puntajes en la estrategia de supresión expresiva, mayor es el reporte de síntomas afectivos y ansiosos. Además, el análisis de correlación de Spearman confirma una relación positiva significativa entre estas variables. Siendo posible afirmar que se está confirmando la hipótesis de investigación que señala que los puntajes de supresión expresivas son mayores a mayor puntaje de sintomatología.

En cuanto a investigaciones vinculadas a la supresión, hay diversas que describen que ha sido continuamente considerada una estrategia más desadaptativa y vinculada a la psicopatología, como en Domínguez (2016), que conectó esa estrategia con menor autoestima, mayor insatisfacción personal y peor funcionamiento social; esto explicado porque, al ejercer este control inconsciente de la experiencia, no pueden contar con información afectiva desde el entorno, ni de sí mismo, por lo que se interfiere el autoconocimiento y manejo emocional (Vargas & Muñoz, 2013).

Para la cuarta hipótesis de investigación se evaluó la puntuación de cada subescala de afectividad mentalizada frente a la presencia y ausencia de síntomas en la muestra. En base a esto se halló un puntaje menor en la capacidad de identificación de las primigestas que presentaban síntomas de ansiedad y depresión, no así en las que presentaban estrés en cuyo caso no hubo diferencia significativa. En concordancia, el análisis de correlación indica una relación negativa entre la capacidad de identificación y los puntajes de depresión y ansiedad,

confirmando así, ausencia de relación con la variable de estrés. De forma similar, para la habilidad de procesamiento se observan puntajes más bajos en presencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés; y también correlaciones negativas entre esta habilidad y la sintomatología. Finalmente, para expresión se observan también menores puntajes en la presencia de sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés; y correlaciones negativas entre las variables. Como resultado, se acepta la hipótesis propuesta ya que al menos 2 de las variables de afectividad mentalizada afectan significativamente en la sintomatología afectiva y ansiosa.

En particular, procesamiento y expresión mostraron las correlaciones más significativas; detectando la tendencia a obtener puntajes más bajos en procesamiento en presencia de sintomatología afectiva y ansiosa, lo cual es esperable, ya que en los trastornos ansiosos y del ánimo se produce una distorsión en el procesamiento de información, incluyendo los propios pensamientos y emociones (Mennin, Holaway, Fresco, Moore & Heimberg, 2007). Cabe mencionar que en el presente estudio sólo se midieron síntomas y no trastornos mentales.

Finalmente, en relación con la quinta hipótesis de investigación, a partir de los modelos de regresión propuestos para evaluarla, es posible concluir que las variables de apoyo social percibido, supresión expresiva y procesamiento incrementan su potencial predictivo en conjunto, consiguiendo casi un doble de variación explicada al conformar un modelo con las 3 variables incluidas para la variable de depresión. Aún con ello, se desprende de forma consistente con las otras pruebas realizadas, que reevaluación cognitiva, identificación y expresión no parecen tener un efecto significativo sobre la variación de la misma.

Por su parte, respecto al modelo de regresión propuesto para ansiedad se observó, en cambio, que reevaluación cognitiva, identificación y apoyo social percibido no aportan a un

modelo predictivo. Sin embargo, uno compuesto por las variables de supresión expresiva, procesamiento y expresión sin aportan lo suficiente a un modelo predictivo. Respecto a la falta de significancia en el aporte del apoyo social percibido, no corresponde a lo esperado por los investigadores y la teoría respecto al rol que desempeña en aspectos de salud mental (Novoa & Barra, 2015), y podría tener su explicación en las relaciones entre las variables independientes propuestas en el modelo de regresión, como lo son los efectos de moderación y mediación, que no son observables en los análisis realizados.

Por otro lado, en el caso de estrés, un modelo predictor que incluye apoyo social percibido, supresión expresiva, identificación y procesamiento, tiene un mayor valor predictivo en conjunto, alcanzando más del doble de la explicación de la varianza en contraste a su efecto por separado. Dentro del mismo, reevaluación cognitiva, al igual que con las variables dependientes previamente evaluadas, no resultó un aporte significativo para el modelo de regresión. Estos resultados concuerdan con los extraídos de las pruebas previamente aplicadas.

Así, se puede concluir que las variables de apoyo social percibido, estrategia de supresión expresiva, y habilidad de procesamiento, en conjunto, sí incrementan de forma significativa la capacidad predictiva de sintomatología depresiva y estrés, lo cual no ocurre en el caso de ansiedad donde no demostraron un efecto significativo mayor que por separado. Esto puede explicarse por efectos de mediación o moderación entre las variables independientes que no fueron considerados para los análisis y fines de este estudio. A la vez concuerda con lo propuesto por Greenberg et al. (2017) respecto a afectividad mentalizada donde infirió que esta es la habilidad que puntúa más bajo ante la presencia de sintomatología asociada a psicopatologías.

De forma coincidente, en el estudio de Guimaraes et.al. (2019), llevado a cabo en población brasileña, destacaron que las redes de apoyo son fundamentales durante el embarazo, para sobrellevar la vulnerabilidad psíquica asociada a dicho proceso aquí investigado; ésta puede complejizarse cuando se tienen sentimientos negativos hacia el estado gestante o se percibe insuficiencia de redes. Aún con esa idea inicial, ellos determinaron que variables como: apoyo familiar, edad, o n° de gestaciones previas no tienen asociaciones estadísticamente significativas con síntomas psicológicos, lo cual es opuesto a lo que se propuso en el presente estudio, donde se dio prioridad a la percepción de apoyo social y a la experiencia del primer embarazo.

Desde una perspectiva más amplia la influencia de las fuentes de apoyo y las herramientas de autorregulación sobre la prevalencia de sintomatología ya había sido previamente argumentada por la OMS (2014), que describió que la desregulación y aislamiento, interfieren en la capacidad de responder ante situaciones difíciles y emociones negativas; así como impacta también en la percepción de satisfacción, como fue recalado por Garner & Stowe (2010). La especial relevancia de esto en el periodo gestacional, también ha sido estudiada y reforzada en múltiples ocasiones, coincidiendo en que, representan un conjunto de factores clave para prevenir el riesgo de enfermedades, comorbilidad y pronósticos desalentadores si no se interviene a tiempo (Alcolea & Mohamed, 2011; Sáez & Fuentes, 2010; Strat, Dubertret & Foll, 2011).

El presente estudio no está exento de limitaciones. Por una parte, existe una limitada información respecto al proceso de respuesta de los instrumentos, por lo que es difícil estimar si existieron interferencias relevantes, o si las instrucciones fueron comprendidas a cabalidad, al no contar con supervisión de los investigadores en esta etapa del estudio. Además, al

tratarse de escalas de autorreporte, éstas pueden presentar algunas deficiencias posibles, como la alteración de las respuestas producto de la deseabilidad social, que impiden una sinceridad absoluta al contestar (Becerra, 2011; Pérez, Labiano & Brusasca, 2010). Adicionalmente, hay que tomar en cuenta la extensión de los cuestionarios en conjunto, puesto que supusieron un tiempo dedicado de 30 minutos aproximadamente, lo cual a nivel cognitivo puede llegar a resultar desafiante para la capacidad atencional limitada con que cuenta el ser humano (Hernández, 2012). En lo que corresponde a la evaluación de los datos, estos no cumplen supuestos necesarios para la normalidad lo cual implicó el uso de pruebas estadísticas con la robustez suficiente para poder trabajar estos datos, limitando la validez de los modelos de regresión planteados. Finalmente, los resultados no pueden ser generalizables a población gestante general, puesto que, como se describió, la selección respondió a criterios específicos, por lo que sólo se puede desprender una caracterización y descripción del grupo evaluado.

A pesar de las limitaciones, consideramos que los resultados son relevantes para la población evaluada en cuando constituyen un aporte a la comprensión de la salud mental de mujeres gestantes. La información ayuda a comprender la complejidad de un embarazo y la importancia de la salud mental materna en ese momento, demostrando una relación de factores internos y externos, con el desarrollo de sintomatología patógena. Dichos datos permiten contribuir a visibilizar la frecuencia con que son reportados síntomas ansiosos y depresivos en esta etapa, lo cual aporta a disminuir el prejuicio e infravaloración que existe hacia síntomas de esta índole, que suelen no ser detectados ni tratados; sobre todo en mujeres gestantes de contextos subdesarrollados donde son reportadas un gran número de complicaciones obstétricas prevenibles y muertes maternas (Apter, Devounche & Gratier, 2011; Barba-Müller, 2017).

La evidencia de este estudio contribuye a la investigación respecto a que la prenatalidad es un periodo crucial para intervenciones preventivas, la que ha sido comprobada como una estrategia beneficiosa para disminuir problemas de salud posteriores. Esto cobra especial valor, al tratarse de un contexto de salud con limitados recursos en que se debe invertir en contextos clave, para facilitar la recuperación de los pacientes (MINSAL, 2014; Vasconcelos-Moura, Fernandes, Santos & de Araújo-Silva, 2014; Cáceres, Martínez-Aguayo, Arancibia & Sepúlveda, 2017).

Por otro lado, los resultados permiten aseverar que la calidad de las fuentes de apoyo disponibles resulta esencial, para mediar en la regulación emocional y ajuste social, por lo que se reafirma la valoración del enfoque comunitario que continúa consolidándose en el sistema de salud, donde el trato del profesional representa un recurso para un adecuado afrontamiento de malestar psicológico.

Respecto a futuras líneas de investigación a partir de esta información, se puede señalar, por ejemplo, que este estudio fue realizado con una única medición durante el embarazo, por lo cual, se sugiere que, en futuras investigaciones se realicen evaluaciones múltiples que abarquen los 3 trimestres, para contar con puntos de contraste, que permitan tal como explicaron Biaggi, Conroy, Pawlby y Carmine (2016), estimar el nivel de variación de sintomatología afectiva y ansiosa que suele darse a lo largo de los meses.

En cuanto al tema de regulación emocional y su método de evaluación, es preciso recalcar que por la complejidad de su conceptualización y la amplitud de los procesos que le constituyen, pueden existir diferentes maneras de recopilar datos al respecto. En el presente estudio se evaluó frente a un contexto estresante, desde el Modelo Modal de la emoción; sin embargo, se sugiere que la información podría enriquecerse utilizando instrumentos que

abarquen otros estilos de afrontamiento y su nivel de estabilidad; o bien que se centren en su papel en la interacción materno-hijo, si se quiere apuntar a un seguimiento sobre las alteraciones ocurridas dentro del embarazo, que permitan profundizar en las áreas interferidas a nivel biológico, cognitivo, social y afectivo. A su vez, esto podría ser complementado con la incorporación de entrevistas, centradas en Metaemoción, como comentaron Kinkead, Garrido & Uribe (2011), para enriquecer el contenido de las respuestas.

Desde una perspectiva neurológica, podría resultar interesante, apuntar a dimensionar cómo se ve reflejado el cambio estructural cerebral, que fue estudiado por Barba-Müller (2017), para explorar, si una vez llegada la interacción postnatal, las respuestas se modifican, en qué medida, y si realmente se ven exacerbadas las manifestaciones afectivas y ansiosas.

Finalmente, se puede recomendar que, para alcanzar una mayor representatividad de la salud mental materna, este estudio debe ser replicado en una población más heterogénea, donde se abarque un territorio más amplio, y a la vez se cuente con un grupo de referencia que esté desligado de la gestación, para poder discernir respecto a cuál sintomatología es propia de ese estado, frente a la que no. En agregado a ello, podría cobrar interés tomar en consideración rangos de edad, para sumar datos respecto a las etapas de desarrollo que pueden resultar más vulnerables ante la gestación, así como hicieron Sainz, et al. (2013), quienes identificaron como puntos críticos la adolescencia y adultez media, para el surgimiento de patologías mentales.

Cabe señalar que, por las características de la tesis de pregrado y sus objetivos, se optó por delimitar el nivel de análisis específicos de los datos y por tanto, se propone implementar en el futuro análisis de mayor complejidad para poder trabajar modelos relacionales alternativos, que incorporen mediación y moderación, para entregar así mayor información y

precisión respecto a las relaciones entre las variables independientes y su efecto sobre las variables dependientes aquí utilizadas.

Finalmente, se puede concluir que es necesario seguir invirtiendo en programas de acompañamiento para embarazadas en el sistema de salud (público y privado); además de ampliarlo para llegar a más personas en territorios remotos, fortaleciendo las intervenciones en salud mental preventiva. Esto, en base a que, en definitiva, los síntomas afectivos y ansiosos pueden dañar significativamente la salud de madre e hijo, la experiencia de maternidad y la posterior relación entre ambos.

Además, podría beneficiar acentuar la atención respecto a características individuales de cada mujer gestante que asiste a consulta de salud; para evaluar las estrategias y habilidad de regulación emocional con que afrontará este proceso en cada caso, pudiendo, a partir de ahí, generar y consolidar redes de apoyo cercanas (familia, amigos y cercanos), con el fin de asegurar un desarrollo saludable del embarazo tanto para el feto como para la mujer. Esto facilitará trabajar en beneficio de la calidad de vida materna, minimizando efectos adversos a corto y largo plazo.

Por ello, es esencial en esta temática, la constante actualización y sensibilización de los profesionales de salud, para que puedan reconocer más fácilmente señales de alerta, y puedan agilizar así, los planes de tratamiento, pudiendo diferenciar entre sintomatología psicológica y manifestaciones propias del embarazo, que suele ser una confusión común, como mencionaron Sainz et al (2013). En dicha labor, será imprescindible el rol del psicólogo, a nivel investigativo y también desde su labor en equipos multidisciplinarios, desde donde puede complementar el conocimiento médico de las demás áreas, así como también, tener un acercamiento más directo para brindar información y recomendaciones a la comunidad.

9. Referencias

- Aguilar, M., Vieite, M., Padilla, C., Mur, N., Rizo, M., & Gómez, C. (2012). La estimulación prenatal: Resultados relevantes en el periparto. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2102-2108. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6019>
- Aguirre, E., Abufhele, M., & Aguirre, R. (2016). Estrés prenatal y sus efectos: Fundamentos para intervención temprana en neuroprotección infantil. *Estudios públicos*, 144, 7-29. Recuperado en 24 abril de 2019, de: https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20170113/asocfile/20170113095631/rev144_eaguirre_otros.pdf
- Alcolea, S., & Mohamed, D. (2011). Guía de cuidados en el embarazo. *Instituto Nacional de gestión sanitaria*. Recuperado de: http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_cuidadosembarazo.pdf
- Alfonso, M. (2018). *Factores de riesgo y de protección psicosociales durante el embarazo. una revisión sistemática*. (Trabajo de fin de grado). Universidad de Granada, Granada. Recuperado de: https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/55422/AFONSO_ALVAREZ_MARI%cc%81A%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Antúñez, Z., & Vinet, E. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 30(3). Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/262588343_Escalas_de_Depresion_A

nsiedad_y_Estres_DASS_21_Validacion_de_la_Version_abreviada_en_Estudi
antes_Universitarios_Chilenos

Apter, G., Devouche, E., y Gratier, M. (2011), Perinatal mental health. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(8), 575-577. Recuperado de: <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318225f2f4>

Arechabala, M., & Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y enfermería*, 8(1), 49-55. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532002000100007>

Barba-Müller, E. (2017). A modo de reseña sobre: “El embarazo conduce a cambios duraderos en la estructura del cerebro humano”. *Temas de psicoanálisis*. 14(20): 287-296. Recuperado de: <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2017/09/ERIKA-BARBA-MULLER.-A-modo-de-resena-sobre-El-embarazo-conduce-a-cambios-duraderos-en-la-estructura-del-cerebro-humano.-Plantilla-PDF.pdf>

Becerra, J. (2011). Descripción y limitaciones de los instrumentos de evaluación de la emoción expresada. *Papeles del psicólogo*. 32(2): 152-158. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77818544004.pdf>

Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Carmine, P. (2016). “Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review”. *Journal of Affective Disorders* 191: 62-77. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/284233780_Identifying_the_women_at_risk_of_antenatal_anxiety_and_depression_A_systematic_review

- Bydlowsky, M. (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. París: Presses Universitaires de France. Recuperado de: <https://www.maman-blues.fr/images/documents/mediatheque-documentation/BYDLOWSKI-Monique.pdf>
- Cabañero, M., Richart, M., Cabrero, J., Orts, M., Reig, A., & Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la vida de Diener, en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, *16*(3), 448-455. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72716318>
- Cáceres, R., Martínez-Aguayo, J., Arancibia, M., & Sepúlveda, E. (2017). Efectos neurobiológicos del estrés prenatal sobre el nuevo ser. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, *55*(2), 103-113. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272017000200005>
- Carver, C., & Scheier, M. (1996). Self-regulation and its failures. *Psychological Inquiry*, *7*: 32- 40.
- Casas, M. (2014). *Red de Apoyo de la mujer en gestación y postparto: diferencias culturales* (Trabajo Fin de grado en enfermería). Universidad de la Rioja, España. Recuperado de: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001053.pdf
- Chile crece contigo (s/f). *Plan de salud personalizado*. Recuperado de: <http://www.crececontigo.gob.cl/beneficios/plan-de-salud-personalizados/>
- Claramunt, M., Álvarez, M., Jové, R., & Santos, E. (2009). *La Cuna Vacía*. Madrid, España: La Esfera de los libros.

- Colegio de Psicólogos de Chile. (1999). Código de ética profesional. Recuperado de:
http://colegiopsicologos.cl/web_cpc/wp-content/uploads/2014/10/CODIGO-DE-ETICA-PROFESIONAL-VIGENTE.pdf
- Consejo de Salubridad General. (2010). Guía de práctica clínica: Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. Recuperado de:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf
- Consejo Nacional de la cultura y las artes. (CNCA). (2015). Región del Maule síntesis general. Recuperado de:
<https://www.cultura.gob.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Maule-final.pdf>
- Correia, L. & Linhares, M. (2007). Ansiedad maternal en el período prenatal y postnatal: revisión de la literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), 677-683. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000400024>
- Dahlem, N., Farley, G., Zimet, S., & Zimet, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment - J PERSONAL ASSESS*. 52. 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2.
- Daneri, F. (2012). Biología del comportamiento- Estrés. Universidad de Buenos Aires. Recuperado de:
https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/el-activas/090_comportamiento/material/tp_estres.pdf
- Domínguez, L. (2016). *La influencia de las estrategias cognitivas de regulación emocional en el desarrollo de los trastornos emocionales en adolescentes: una revisión*. (Trabajo fin de Máster). Universitat Jaume I de Castellón, Castellón de la

- Plana. Recuperado de:
http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/165431/TFM_2016_DominguezPradesLaura.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S. & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 323, 257-260. 10.1136/bmj.323.7307.257
- Falcone, E., Liaudat, A., Alustiza, F., Mayer, N., Bosch, P., Vivas, A., Gauna, H., & Rodríguez, N. (2017). IL-2 is involved in immune response of prenatally stressed rats exposed to postnatally stimulation. *Austral journal of veterinary sciences*, 49(2), 113-118. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0719-81322017000200113>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. Other Press.
- Gargurevich, R., & Matos, L. (2010). Propiedades psicométricas del cuestionario de autorregulación emocional adaptado para el Perú (ERQP). *Revista de Psicología*. 12: 192-215. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_psicologia_cv/v12_2010/pdf/a09.pdf
- Garner, P. & Stowe, T. (2010). Emotional Display Rules and Emotion Self-Regulation: Associations with Bullying and Victimization in Community-Based After School Programs. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 20(6): 480-496. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/casp.1057>

- Greenberg, D. M., Kolasi, J., Hegsted, C. P., Berkowitz, Y. & Jurist E. L. (2017). Mentalized affectivity: A new model and assessment of emotion regulation. Recuperado de: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0185264>
- Greenberg, D. M. & Jurist, E. L. (in preparation). Development and Validation of the Brief 12-item Mentalized Affectivity Scale (B-MAS): A measure of emotion regulation and mentalization.
- Grimalt, L., & Heresi, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista Chilena de pediatría*, 83(3), 239-246. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v83n3/art05.pdf>
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (p. 3–24). The Guilford Press. 10.1177/2167702614536164
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.688.115&rep=rep1&type=pdf>
- Guarino, L., Scremín, F., & Borrás, S. (2013). Nivel de información y apoyo social como predictoras de la salud y calidad de vida durante el embarazo. *Psychologia. Avances de la disciplina*. 7(1): 13-21. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297226904007.pdf>
- Guimaraes, F., Da Silva, F., Bem, A., De Holanda, V., De Sousa, G., & Albuquerque, J. (2019). Enfermedad mental en mujeres embarazadas. *Revista electrónica*

trimestral de Enfermería. 53: 499-510. Recuperado de:
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n53/1695-6141-eg-18-53-499.pdf>

Guarnizo-Tole, M., Olmedillas, H. & Vicente-Rodríguez, Germán. (2018). Evidencia del aporte proporcionado desde el cuidado de enfermería a la salud materna. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(2), 381-397. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000200381&lng=es&tlng=es

Hernández, A. (2012). Procesos cognitivos básicos. *Red Tercer Milenio*. Recuperado de:
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4298/2/TEMA%202_SENSACION,PERCEPCION,ATENCI%C3%93N.pdf

Hernández, R., Baptista, M. & Fernández, C. (2014). Análisis de datos cualitativos. En *Metodología de la investigación* (270-335). Mexico: McGraw-Hill.

Jurist, E. (2010). Mentalizing Minds. *Psychoanalytic Inquiry*, 30(4), 289–300. <https://doi-org.utralca.idm.oclc.org/10.1080/07351690903206496>

Kinkead, A., Garrido, L., & Uribe, N. (2011). Modalidades Evaluativas en la Regulación Emocional: Aproximaciones actuales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. XX(1): 29-39. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921807002.pdf>

Koole, S. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Psychology press*, 23 (1), 4-41. Recuperado de:
<https://core.ac.uk/download/pdf/15456060.pdf>

Ko, J., Farr, S., Dietz, P., & Robbins, C. (2012). Depression and treatment among U.S. pregnant and non-pregnant women of reproductive age, 2005-2009. *Journal of*

Women's Health, 21, 830-836. Recuperado de:
<http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2011>

Letelier, F., & Concha, C. (2016). Nuevas y antiguas identidades regionales: conflicto, exclusión e hibridaje. El caso de la región del Maule. *EURE*, 42(126): 263-286.
Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/eure/v42n126/art12.pdf>

Lanza, G. (2009). Mentalización y expresión de los afectos: un aporte a la propuesta de Peter Fonagy. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, 32,
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3039057>.

Lovibond, S., & Lovibond P. (1995b). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney, Australia: Psychology Foundation of Australia.
[doi/10.1371/journal.pone.0219193.s004](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219193.s004)

Maldonado-Durán, M., & Lartigue, T. (2008). Trastornos de Ansiedad en la etapa perinatal. *Revista Perinatología y reproducción humana*, 22(2), 100-110. Recuperado de:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip082c.pdf>

Maldonado-Durán, J. (2011). Salud mental perinatal. Recuperado de:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Mccoyd, J. L. M., Munch, S., & Curran, L. (2018). ON BEING MOTHER AND PATIENT: DIALECTICAL STRUGGLES DURING MEDICALLY HIGH-RISK PREGNANCY. *Infant Mental Health Journal*, 39(6), 674-686.
[doi:10.1002/imhj.21744](https://doi.org/10.1002/imhj.21744)

Melka, S. E., Lancaster, S. L., Bryant, A. R., & Rodriguez, B. F. (2011). Confirmatory factor and measurement invariance analyses of the Emotion Regulation

Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 1283–1293.

<http://dx.doi.org.utralca.idm.oclc.org/10.1002/jclp.20836>

Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). *Delineating Components of Emotion and its Dysregulation in Anxiety and Mood Psychopathology. Behavior Therapy*, 38(3), 284–302. doi:10.1016/j.beth.2006.09.001

Ministerio de Planificación (MIDEPLAN). (2011). Evaluación y Monitoreo Sistema integral de protección a la infancia Chile Crece Contigo. Recuperado de: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/diseno.pdf>

Ministerio de salud (MINSAL). (2013). Guía Clínica AUGÉ. Depresión en personas de 15 años y más. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>

Ministerio de salud (MINSAL). (2014). Sistema de Salud Mental en Chile. (Segundo Informe). Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf

Ministerio de salud (MINSAL). (2015). Guía Perinatal 2015. Recuperado de: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf

Ministerio de Salud (MINSAL). (2016). PROMOCIÓN DE SALUD. Recuperado de: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/1_PROMOCION-DE-SALUD.pdf

- Ministerio de Salud (MINSAL). (2017). Plan nacional de salud mental 2017-2025. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2018). Norma técnica Nacional: Acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030. Recuperado de: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/NORMA-IVE-ACOMPANAMIENTO_02.pdf
- Ministerio del Trabajo y Previsión Social. (2018). Decreto 48. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Santiago, Chile, 5 de enero de 2018. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1113805>
- Morocho, A., Orellana, G., & Ortega, J. (2015). “*Cambios emocionales en las diferentes etapas del embarazo de las gestantes que acuden a control por consulta externa del área de salud n° Pumapungo perteneciente a la zona 6, Cuenca 2015*”. (Tesis previa a la obtención del grado de licenciado y licenciada en enfermería). Universidad de Cuenca, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23002/1/Tesis%20Pregrado.pdf>
- Naciones Unidas. (2015). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Recuperado de: https://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf
- Novoa, C., & Barra, E. (2015). Influencia del apoyo social percibido y los factores de personalidad en la satisfacción vital de estudiantes universitarios. *TERAPIA PSICOLÓGICA*, 33(3), 239-245.

Organización Mundial de la Salud. (2004). Prevención de los trastornos mentales. Recuperado de:

https://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.

Recuperado de:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=8C249FECA65AD5FB97C9A5688DDD9A97?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (1995). Complicaciones del aborto. Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento. 41-49, 74-79. Recuperado de:

<https://goo.gl/Rym519>

Papalia, D., & Feldman, R. (2012). *Desarrollo Humano*, Distrito Federal, México, McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES.

Pérez, M., Labian, M., & Brusasca, C. (2010). Escala de deseabilidad social: Análisis psicométrico en muestra argentina. *Laboratorio de evaluación Psicológica y Educativa*. 10: 53-67. Recuperado de:

<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/download/458/427>

Rebolo, B (2017). *Experiencias de las mujeres en el aborto espontáneo* (Tesis de fin de grado). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. Recuperado de:

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680632/rebolo_bravo_beatriz_tfg.pdf?se

- Ribero-Marulanda., S. & Vargas, R. (2013). Análisis bibliométrico sobre el concepto de regulación emocional desde la aproximación cognitivo-conductual: Una mirada desde las fuentes y los autores más representativos. *PSICOLOGÍA DESDE EL CARIBE*. 30(3). Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n3/v30n3a04.pdf>
- Rodríguez, P., & Flores Gallegos, R. (2018). *Relación entre apoyo social, estrés, ansiedad y depresión durante el embarazo en una población mexicana. Ansiedad y Estrés*. <https://dx.doi.org/10.1016/j.anyes.2018.03.003>
- Román, F., Santibáñez, P., & Vinet, E. V. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *Acta De Investigación Psicológica*, 6(1), 2325–2336. Universidad de la Frontera, Chile. doi: 10.1016/s2007-4719(16)30053-9
- Ruiz, M., Saiz, J., Montero, M., & Navarro, D. (2017). Adaptación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en población con trastorno mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 37(132), 415-437. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n132/0211-5735-raen-37-132-0415.pdf>
- Saez, D., & Fuentes, P. (2010). Neurología y Embarazo. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*. 48(4), 279-291. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500004

- Sainz, K., Chávez, B., Díaz, M., Sandoval, M., & Robles, M. (2013). Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. *Atención Familiar*. 20(1): 25-27. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300827>
- Salas, V. (2015). Alteraciones neurológicas durante el embarazo. 32(1). Recuperado de: <http://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/download/386/347>
- Saldivia, S. (2016). *Prevalencia y variables asociadas a trastornos mentales comunes en centros de atención primaria de la provincia de Concepción*. (Tesis para optar al grado de magíster en salud pública). Universidad de Chile, Santiago, Chile. Recuperado de: http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/487/Tesis_Sandra%20Saldivia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Salinas, F. (2019, 16 de abril). Chile y su salud mental en crisis. *Radio La Clave*. Recuperado de: <https://radiolaclave.cl/reportajes/chile-y-su-salud-mental-en-crisis/>
- Strat, L., Dubertret, C. & Foll, L. (2011). Prevalence and correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. *Journal of Affective Disorder*, 135, 128-138. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032711004174?via%3Dihub>
- Urzúa, A., Heredia, O., & Caqueo-Urizar, A. (2016). Salud mental y estrés por aculturación de inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Revista médica Chile*. 144: 563-570. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n5/art02.pdf>

- Vargas, M., & Muñoz, A. La Regulación emocional: precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual. *Psicología USP*, 24(2): 225-240. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3051/305128932003.pdf>
- Vasconcelos-Moura M. A., Fernandes e-Silva G., Santos C., & Mendes de Araújo-Silva V. (2014). La calidad de asistencia de enfermería en el periodo prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada. *Aquichan* 2014; 14(2): 196-206. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n2/v14n2a07.pdf>
- Viel, B. (2012). Aborto Inducido. *Revista Anales*, 7(3). Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v81n6/art14.pdf>
- Vinet, E., Rehbein, L., Román F., & Saiz, J. (2008). Escalas abreviadas de depresión, ansiedad y estrés (dass — 21). Versión chilena traducida y adaptada. Documento no publicado. Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
- Wiltink, J., Glaesmer, H., Canterino, M., Wolfling, K., Knebel, A., Kessler, H., Brähler, E. & Buetel, M. E. (2011). Regulation of emotions in the community: Suppression and reappraisal strategies and its psychometric properties. *Psycho-Social Medicine*, 8, 1–12. Recuperado de: <http://dx.doi.org.utralca.idm.oclc.org/10.3205/psm000078>
- Zimet, G. (2016). Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) - Scale Items and Scoring Information. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/311534896_Multidimensional_Scale_of_Perceived_Social_Support_MSPSS_-_Scale_Items_and_Scoring_Information

Anexos

Anexo 1. Estadísticos descriptivos para las escalas utilizadas en la recolección de datos

Anexo 1.1. Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés – 21.

Anexo 1.1.1. Estadísticos descriptivos para DASS-21.

Estadísticos descriptivos

		Ansiedad	Estrés	Depresión
N	Válido	209	209	209
	Perdidos	0	0	0
Media		11,5407	15,8086	10,0191
Desv. Desviación		9,91597	10,27514	10,32545
Mínimo		,00	,00	,00
Máximo		38,00	42,00	42,00

Anexo 1.1.2. Prueba de normalidad.

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Ansiedad	,141	209	,000
Estrés	,104	209	,000
Depresión	,214	209	,000

Anexo 1.1.3. Resultados para la escala DASS-21.

<i>Sintomatología afectiva y ansiosa</i>		Frecuencia	Porcentaje
Prevalencia Depresión	Sin sintomatología	89	42,6%
	Con sintomatología	120	57,4%
Prevalencia Ansiedad	Sin sintomatología	68	32,5%
	Con sintomatología	141	67,5%
Prevalencia Estrés	Sin sintomatología	34	16,3%
	Con sintomatología	175	83,7%

Anexo 1.2. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.

Anexo 1.2.1. Prueba de normalidad.

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Apoyo social percibido	,116	209	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Anexo 1.2.3. Resultados para escala EMAS.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo apoyo social	6	2,9	2,9
Moderado apoyo social	51	24,4	27,3
Alto apoyo social	152	72,7	100,0
Total	209	100,0	

Anexo 1.3. Escala de Regulación Emocional – 10.

Anexo 1.3.1. Estadísticos descriptivos para la escala ERQ-10.

Estadísticos descriptivos

	Moda	Mediana	Media	Desviación estándar	Varianza	Rango	Máximo	Mínimo
Reevaluación Cognitiva	4,50 ^a	5,00	4,94	1,20	1,45	6,00	7,00	1,00
Supresión Expresiva	4,50	3,75	3,75	1,42	2,01	6,00	7,00	1,00

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño

Anexo 1.3.2. Prueba de normalidad.

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Reevaluación Cognitiva	,058	209	,084
Supresión Expresiva	,061	209	,060

a. Corrección de significación de Lilliefors

Anexo 1.4. Escala Breve de afectividad mentalizada.

Anexo 1.4.1. Estadísticos descriptivos para la escala BMAS.

Estadísticos descriptivos

	Moda	Mediana	Media	Desviación estándar	Varianza	Rango	Máximo	Mínimo
Identificación	5,25	5,50	5,44	,97	,93	4,25	7,00	2,75
Procesamiento	5,00	5,00	4,89	1,07	1,15	4,50	7,00	2,50
Expresión	4,50	5,00	5,04	,85	,71	3,75	7,00	3,25

Anexo 1.4.2. Prueba de normalidad.

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Identificación	,088	209	,000
Procesamiento	,071	209	,013
Expresión	,113	209	,000

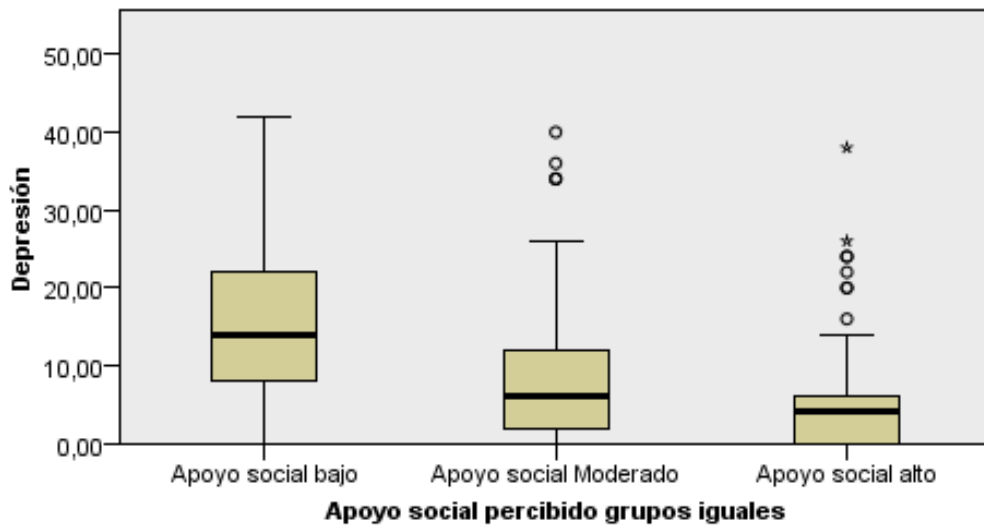
a. Corrección de significación de Lilliefors

Anexo 2. Pruebas de H de Kruskal-Wallis

Anexo 2.1. Apoyo social percibido y sintomatología afectiva y ansiosa.

Anexo 2.1.1. Apoyo social percibido y Depresión.

Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes

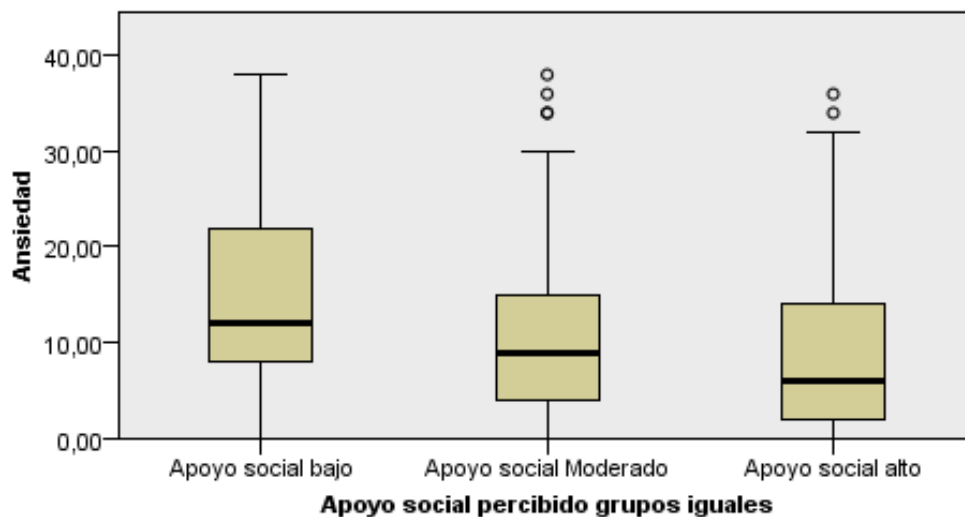


N total	209
Estadístico de contraste	54,193
Grados de libertad	2
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,000

1. Las estadísticas de prueba se ajustan para empates.

Anexo 2.1.2. Apoyo social percibido y ansiedad.

Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes

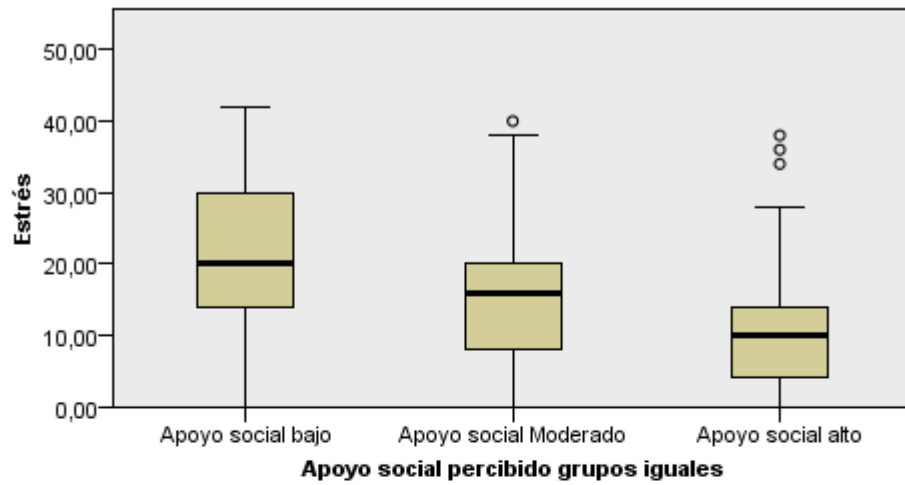


N total	209
Estadístico de contraste	21,446
Grados de libertad	2
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,000

1. Las estadísticas de prueba se ajustan para empates.

Anexo 2.1.3. Apoyo social percibido y Estrés.

Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes



N total	209
Estadístico de contraste	38,798
Grados de libertad	2
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,000

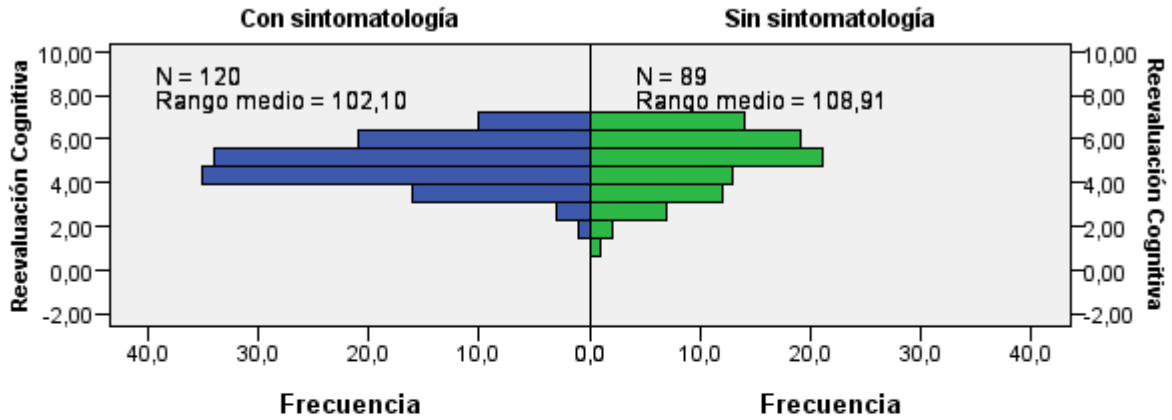
1. Las estadísticas de prueba se ajustan para empates.

Anexo 2.2. Regulación emocional y sintomatología afectiva y ansiosa.

Anexo 2.2.1. Reevaluación cognitiva y depresión.

Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes

Prevalencia Depresión

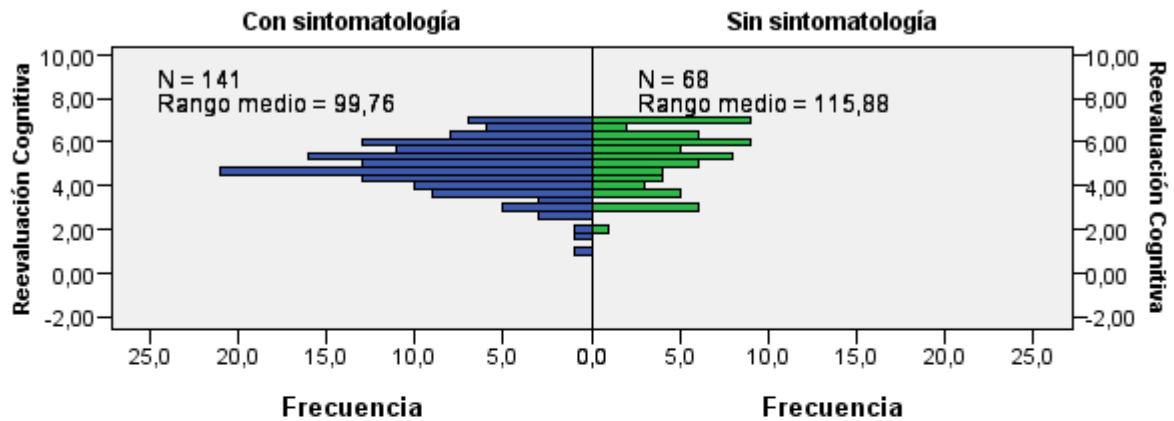


N total	209
U de Mann-Whitney	4.992,000
W de Wilcoxon	12.252,000
Estadístico de contraste	4.992,000
Error estándar	431,867
Estadístico de contraste estandarizado	-,806
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,420

Anexo 2.2.2. Reevaluación cognitiva y ansiedad.

Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes

Prevalencia Ansiedad

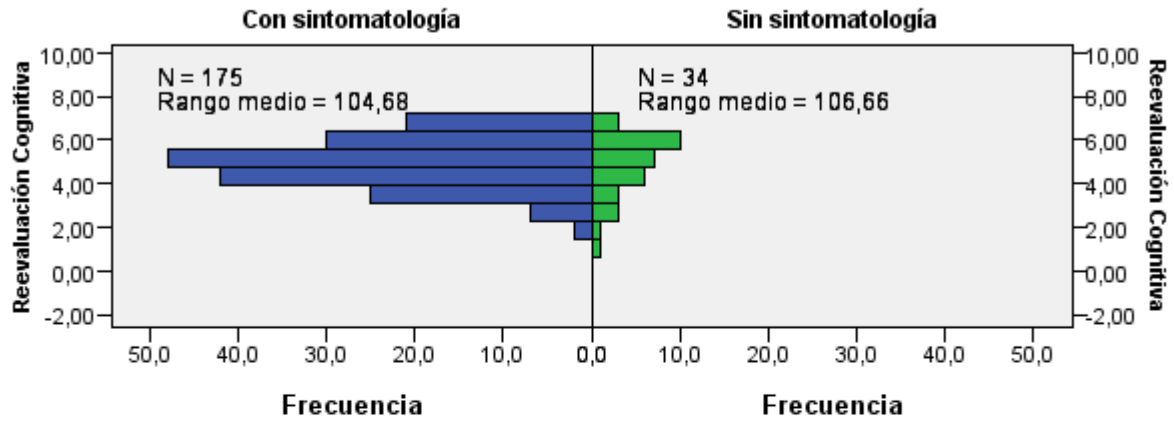


N total	209
U de Mann-Whitney	4.054,500
W de Wilcoxon	14.065,500
Estadístico de contraste	4.054,500
Error estándar	409,193
Estadístico de contraste estandarizado	-1,807
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,071

Anexo 2.2.3. Reevaluación cognitiva y estrés.

Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes

Prevalencia Estrés

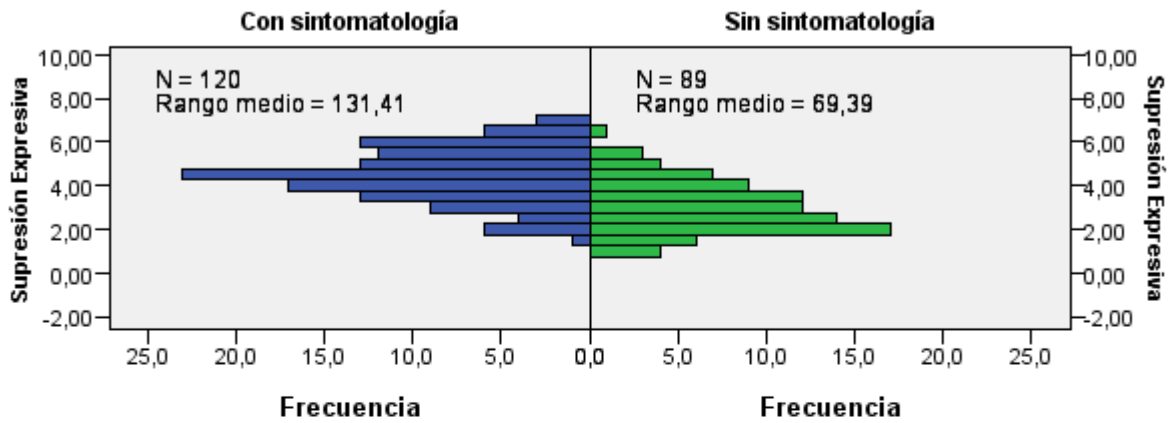


N total	209
U de Mann-Whitney	2.918,500
W de Wilcoxon	18.318,500
Estadístico de contraste	2.918,500
Error estándar	322,346
Estadístico de contraste estandarizado	-,175
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,861

2.2.4. *Supresión expresiva y depresión.*

Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes

Prevalencia Depresión

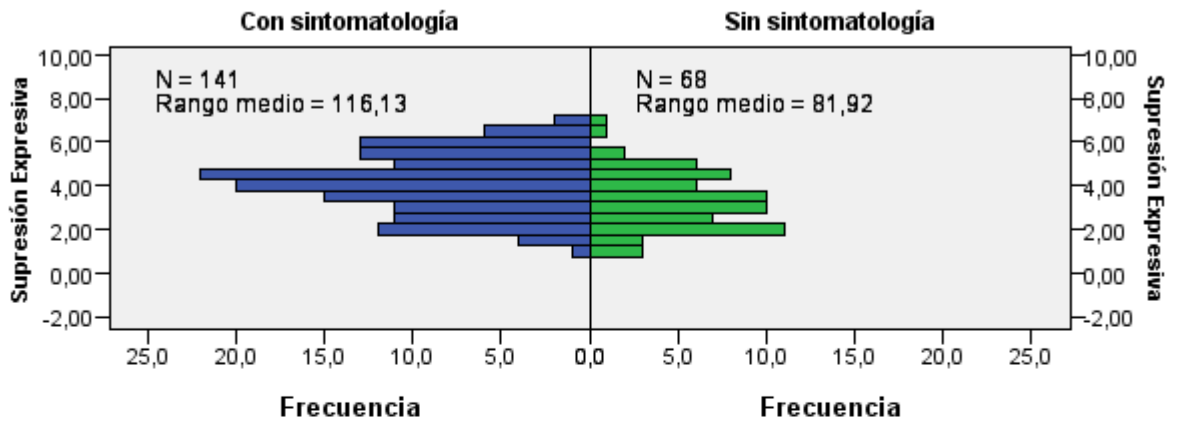


N total	209
U de Mann-Whitney	8.509,500
W de Wilcoxon	15.769,500
Estadístico de contraste	8.509,500
Error estándar	431,690
Estadístico de contraste estandarizado	7,342
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,000

2.2.5. *Supresión expresiva y ansiedad.*

Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes

Prevalencia Ansiedad

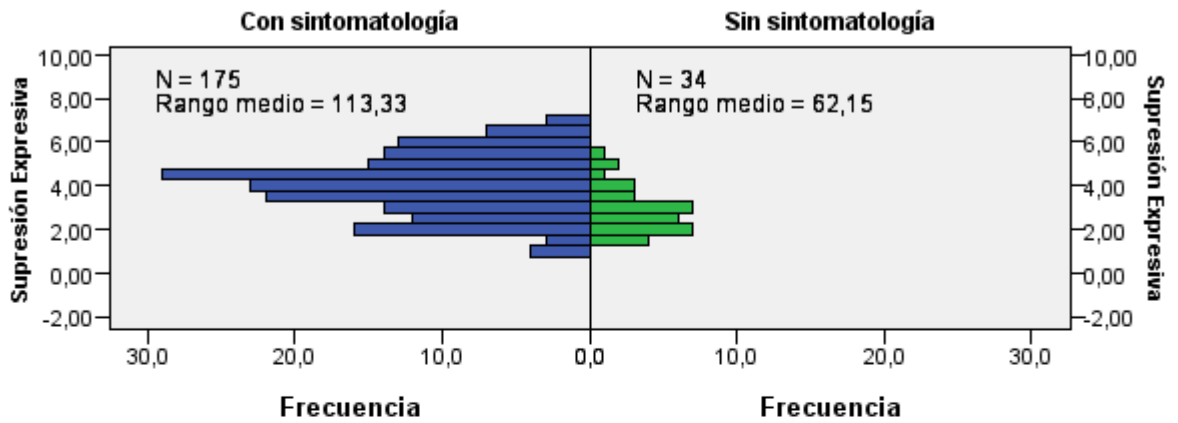


N total	209
U de Mann-Whitney	6.363,500
W de Wilcoxon	16.374,500
Estadístico de contraste	6.363,500
Error estándar	409,026
Estadístico de contraste estandarizado	3,837
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,000

2.2.6. *Supresión expresiva y estrés.*

Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes

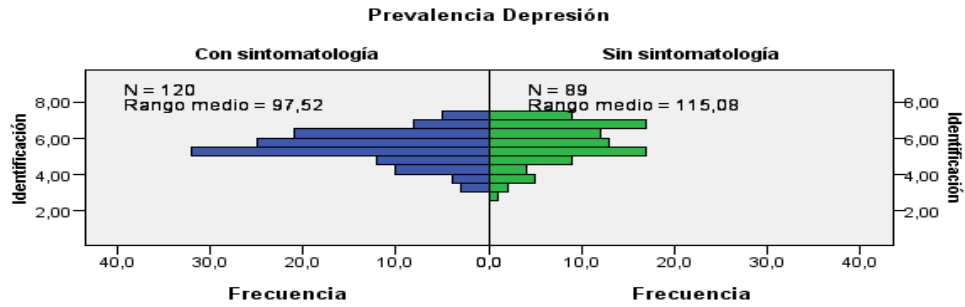
Prevalencia Estrés



N total	209
U de Mann-Whitney	4.432,000
W de Wilcoxon	19.832,000
Estadístico de contraste	4.432,000
Error estándar	322,214
Estadístico de contraste estandarizado	4,522
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,000

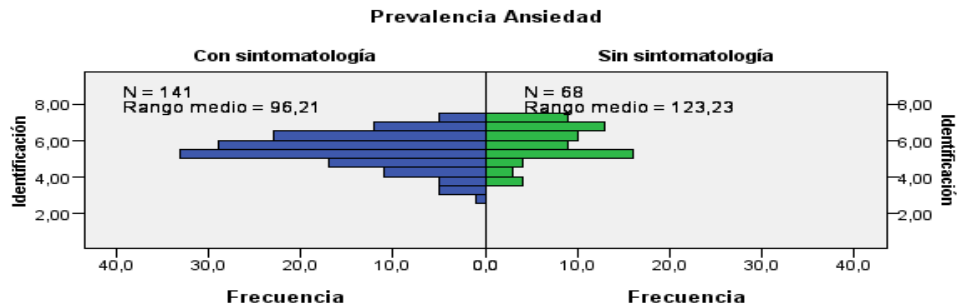
Anexo 2.3. Afectividad mentalizada y sintomatología afectiva y ansiosa.

Anexo 2.3.1 Identificación y Depresión.



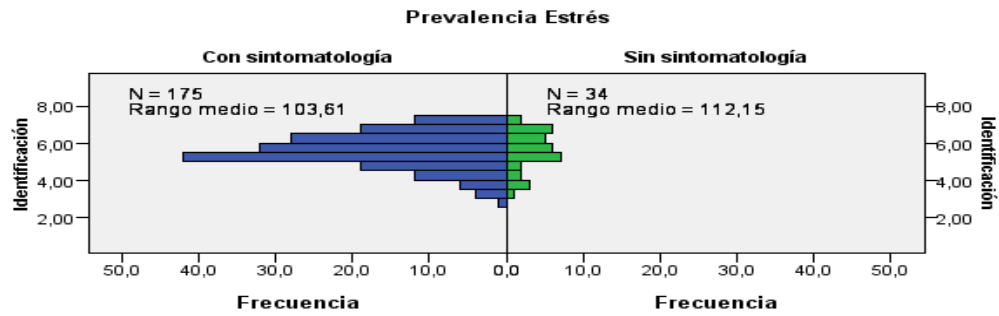
N total	209
U de Mann-Whitney	4.442,500
W de Wilcoxon	11.702,500
Estadístico de contraste	4.442,500
Error estándar	430,724
Estadístico de contraste estandarizado	-2,084
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,037

Anexo 2.3.2. Identificación y prevalencia de ansiedad.



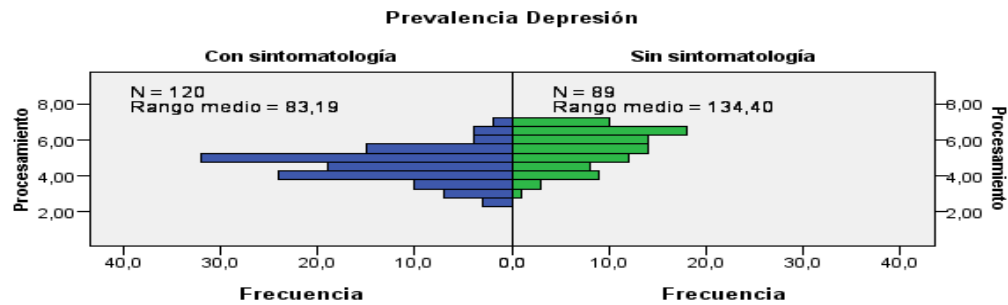
N total	209
U de Mann-Whitney	3.554,500
W de Wilcoxon	13.565,500
Estadístico de contraste	3.554,500
Error estándar	408,110
Estadístico de contraste estandarizado	-3,037
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,002

Anexo 2.3.3. Identificación y prevalencia de estrés.



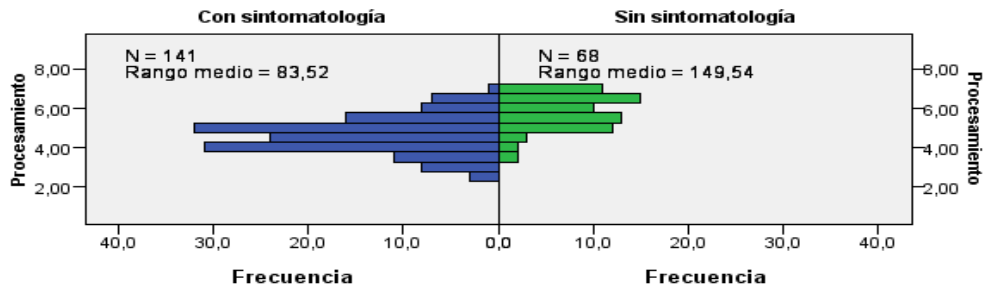
N total	209
U de Mann-Whitney	2.732,000
W de Wilcoxon	18.132,000
Estadístico de contraste	2.732,000
Error estándar	321,493
Estadístico de contraste estandarizado	-,756
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,450

Anexo 2.3.4. Procesamiento y prevalencia de depresión.



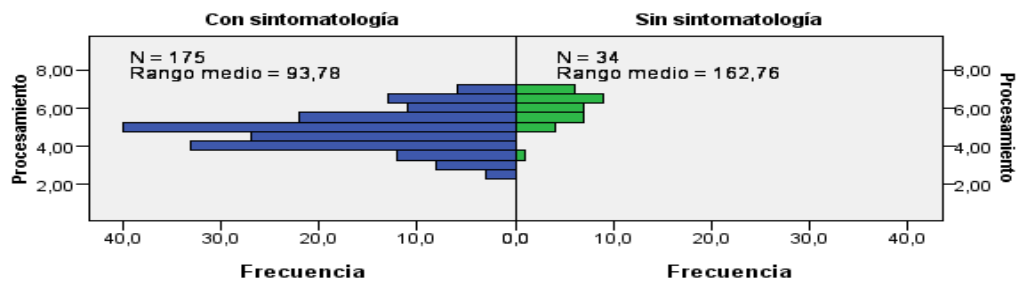
N total	209
U de Mann-Whitney	2.723,000
W de Wilcoxon	9.983,000
Estadístico de contraste	2.723,000
Error estándar	430,927
Estadístico de contraste estandarizado	-6,073
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,000

Anexo 2.3.5. Procesamiento y prevalencia de ansiedad
Prevalencia Ansiedad



N total	209
U de Mann-Whitney	1.765,000
W de Wilcoxon	11.776,000
Estadístico de contraste	1.765,000
Error estándar	408,303
Estadístico de contraste estandarizado	-7,419
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,000

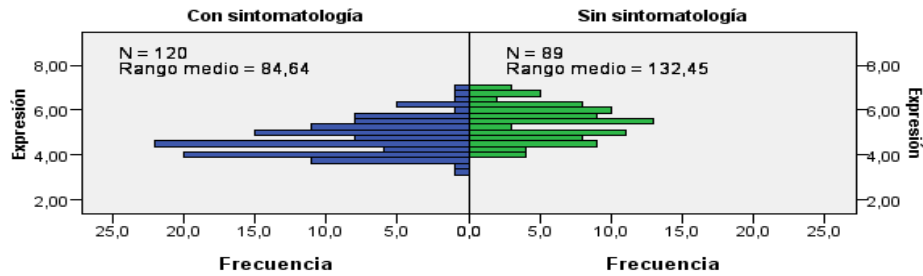
Anexo 2.3.6. Procesamiento y prevalencia de estrés.
Prevalencia Estrés



N total	209
U de Mann-Whitney	1.011,000
W de Wilcoxon	16.411,000
Estadístico de contraste	1.011,000
Error estándar	321,645
Estadístico de contraste estandarizado	-6,106
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,000

Anexo 2.3.7. Expresión y prevalencia de depresión.

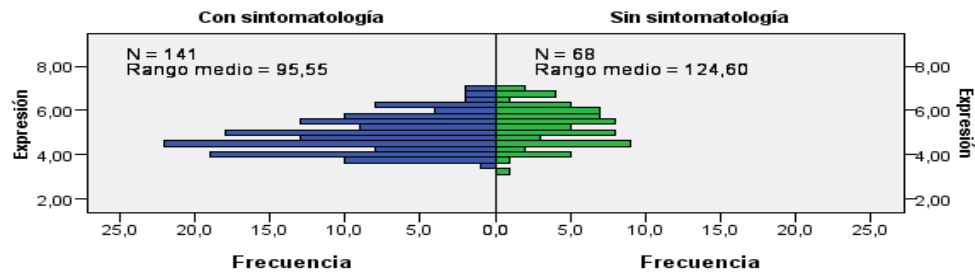
Prevalencia Depresión



N total	209
U de Mann-Whitney	2.897,000
W de Wilcoxon	10.157,000
Estadístico de contraste	2.897,000
Error estándar	430,227
Estadístico de contraste estandarizado	-5,678
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,000

Anexo 2.3.8. Expresión y prevalencia de ansiedad.

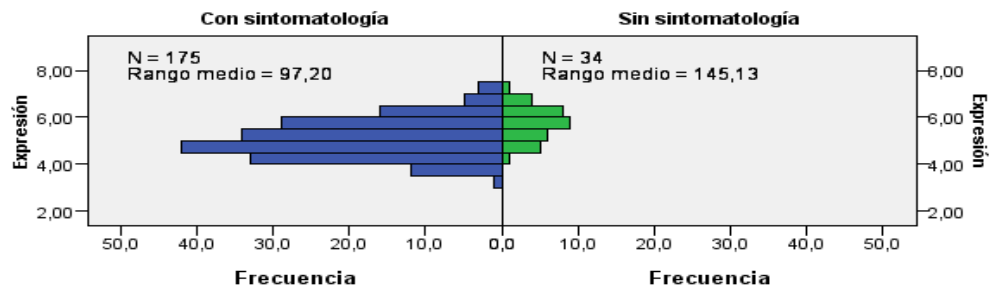
Prevalencia Ansiedad



N total	209
U de Mann-Whitney	3.461,500
W de Wilcoxon	13.472,500
Estadístico de contraste	3.461,500
Error estándar	407,639
Estadístico de contraste estandarizado	-3,269
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,001

Anexo 2.3.9. Expresión y prevalencia de estrés.

Prevalencia Estrés



N total	209
U de Mann-Whitney	1.610,500
W de Wilcoxon	17.010,500
Estadístico de contraste	1.610,500
Error estándar	321,122
Estadístico de contraste estandarizado	-4,249
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,000

Anexo 3. Correlaciones de Spearman

Anexo 3.1. Correlación entre apoyo social percibido y sintomatología afectiva.

Correlación

			Apoyo social percibido	Ansiedad	Estrés	Depresión
Rho de Spearman	Apoyo social percibido	Coefficiente de correlación	1,000	-,361**	-,455**	-,542**
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000
		N	209	209	209	209
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.
		N	209	209	209	209

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Anexo 3.2. Correlación entre estrategia de regulación emocional y sintomatología afectiva y ansiosa.

			Supresión Expresiva	Depresión	Ansiedad	Estrés
Rho de Spearman	Supresión Expresiva	Coefficiente de correlación	1,000	,598**	,384**	,381**
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000
		N	209	209	209	209

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Anexo 3.3. Correlación entre afectividad mentalizada y sintomatología afectiva y ansiosa.

		Depresión	Ansiedad	Estrés	
Rho de Spearman	Identificación	Coefficiente de correlación	-,143*	-,174*	-,074
		Sig. (bilateral)	,039	,012	,285
		N	209	209	209
	Procesamiento	Coefficiente de correlación	-,529**	-,557**	-,579**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000
		N	209	209	209
	Expresión	Coefficiente de correlación	-,418**	-,268**	-,313**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000
		N	209	209	209

Anexo 3.4. Correlación entre subescalas del DASS-21.

Correlaciones

		Depresión	Ansiedad	Estrés	
Rho de Spearman	Depresión	Coefficiente de correlación	1,000	,688**	,765**
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000
		N	209	209	209
	Ansiedad	Coefficiente de correlación	,688**	1,000	,806**
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000
		N	209	209	209
	Estrés	Coefficiente de correlación	,765**	,806**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.
		N	209	209	209

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Anexo 3.5. Correlación entre subescalas de regulación emocional (ERQ y BMAS).

Correlaciones

		Reevaluación Cognitiva	Supresión Expresiva	Identificación	Procesamiento	Expresión	
Rho de Spearman	Reevaluación	Coeficiente de correlación	1,000	,091	,279**	,264**	,122
	Cognitiva	Sig. (bilateral)	.	,189	,000	,000	,079
		N	209	209	209	209	209
	Supresión Expresiva	Coeficiente de correlación	,091	1,000	-,070	-,357**	-,523**
		Sig. (bilateral)	,189	.	,314	,000	,000
		N	209	209	209	209	209
	Identificación	Coeficiente de correlación	,279**	-,070	1,000	,349**	,387**
		Sig. (bilateral)	,000	,314	.	,000	,000
		N	209	209	209	209	209
	Procesamiento	Coeficiente de correlación	,264**	-,357**	,349**	1,000	,541**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.	,000
		N	209	209	209	209	209
	Expresión	Coeficiente de correlación	,122	-,523**	,387**	,541**	1,000
		Sig. (bilateral)	,079	,000	,000	,000	.
		N	209	209	209	209	209

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Anexo 3.6. Tabla de interpretación de Rho de Spearman utilizada.

-1.00	Correlación negativa perfecta
-0.90	Correlación negativa muy fuerte
-0.75	Correlación negativa considerable
-0.50	Correlación negativa media
-0.25	Correlación negativa débil
-0.10	Correlación negativa muy débil
0.00	No existe correlación alguna entre las variables
+0.10	Correlación positiva muy débil
+0.25	Correlación positiva débil
+0.50	Correlación positiva media
+0.75	Correlación positiva considerable
+0.90	Correlación positiva muy fuerte
+1.00	Correlación positiva perfecta

Fuente: Hernández, Baptista y Fernández (2014).

Anexo 4. Regresiones lineales múltiples.

4.1 Estadísticos descriptivos y tabla de correlaciones.

Estadísticos descriptivos

	Ansiedad	Estrés	Depresión	Reevaluación Cognitiva	Supresión Expresiva	Identificación	Procesamiento	Expresión	Apoyo social percibido
N Válido	209	209	209	209	209	209	209	209	209
Media	11,5407	15,8086	10,0191	4,9410	3,7464	5,4378	4,8864	5,0431	5,6013
Desv. Desviación	9,91597	10,27514	10,32545	1,20251	1,41644	,96593	1,07415	,84527	1,16949
Varianza	98,326	105,579	106,615	1,446	2,006	,933	1,154	,714	1,368

Correlaciones de pearson

		Apoyo social percibido	Ansiedad	Estrés	Depresión	Reevaluación Cognitiva	Supresión Expresiva	Identificación	Procesamiento	Expresión
Apoyo social percibido	Correlación de Pearson	1	-,312**	-,403**	-,461**	,071	-,424**	,178**	,391**	,359**
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,306	,000	,010	,000	,000
	N	209	209	209	209	209	209	209	209	209
Ansiedad	Correlación de Pearson	-,312**	1	,837**	,740**	-,130	,406**	-,116	-,506**	-,248**
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,000	,061	,000	,094	,000	,000
	N	209	209	209	209	209	209	209	209	209
Estrés	Correlación de Pearson	-,403**	,837**	1	,779**	-,119	,409**	-,045	-,549**	-,298**
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	,085	,000	,515	,000	,000
	N	209	209	209	209	209	209	209	209	209
Depresión	Correlación de Pearson	-,461**	,740**	,779**	1	-,093	,573**	-,062	-,450**	-,356**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000		,181	,000	,372	,000	,000
	N	209	209	209	209	209	209	209	209	209
Reevaluación Cognitiva	Correlación de Pearson	,071	-,130	-,119	-,093	1	,113	,236**	,245**	,086

	Sig. (bilateral)	,306	,061	,085	,181		,104	,001	,000	,217
	N	209	209	209	209	209	209	209	209	209
Supresión Expresiva	Correlación de Pearson	-,424**	,406**	,409**	,573**	,113	1	-,061	-,376**	-,548**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,104		,384	,000	,000
	N	209	209	209	209	209	209	209	209	209
Identificación	Correlación de Pearson	,178**	-,116	-,045	-,062	,236**	-,061	1	,342**	,376**
	Sig. (bilateral)	,010	,094	,515	,372	,001	,384		,000	,000
	N	209	209	209	209	209	209	209	209	209
Procesamiento	Correlación de Pearson	,391**	-,506**	-,549**	-,450**	,245**	-,376**	,342**	1	,532**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	209	209	209	209	209	209	209	209	209
Expresión	Correlación de Pearson	,359**	-,248**	-,298**	-,356**	,086	-,548**	,376**	,532**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,217	,000	,000	,000	
	N	209	209	209	209	209	209	209	209	209

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Anexo 4.1 Depresión

Anexo 4.1.1. Regresión 1 - Depresión

Resumen del modelo^d

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticos de cambio					
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F	Durbin-Watson
1	,461 ^a	,212	,209	9,18525	,212	55,845	1	207	,000	
2	,634 ^b	,402	,394	8,04082	,190	32,559	2	205	,000	
3	,663 ^c	,440	,423	7,84125	,038	4,523	3	202	,004	1,726

a. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido

b. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido, Reevaluación Cognitiva, Supresión Expresiva

c. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido, Reevaluación Cognitiva, Supresión Expresiva, Identificación, Procesamiento, Expresión

d. Variable dependiente: Depresión

ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	4711,586	1	4711,586	55,845	,000 ^b
	Residuo	17464,337	207	84,369		
	Total	22175,923	208			
2	Regresión	8921,708	3	2973,903	45,997	,000 ^c
	Residuo	13254,216	205	64,655		
	Total	22175,923	208			
3	Regresión	9755,916	6	1625,986	26,445	,000 ^d
	Residuo	12420,007	202	61,485		
	Total	22175,923	208			

a. Variable dependiente: Depresión

b. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido

c. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido, Reevaluación Cognitiva, Supresión Expresiva

d. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido, Reevaluación Cognitiva, Supresión Expresiva, Identificación, Procesamiento, Expresión

Coefficientes^a

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			Estadísticas de colinealidad	
	B	Desv. Error	Beta	t	Sig.	Tolerancia	VIF
1 (Constante)	32,814	3,116		10,532	,000		
Apoyo social percibido	-4,070	,545	-,461	-7,473	,000	1,000	1,000
2 (Constante)	14,551	4,305		3,380	,001		
Apoyo social percibido	-2,179	,531	-,247	-4,103	,000	,806	1,241
Supresión Expresiva	3,518	,440	,483	7,992	,000	,799	1,251
Reevaluación Cognitiva	-1,114	,471	-,130	-2,367	,019	,970	1,031
3 (Constante)	14,483	5,925		2,444	,015		
Apoyo social percibido	-1,853	,537	-,210	-3,454	,001	,751	1,332
Supresión Expresiva	3,260	,503	,447	6,481	,000	,582	1,717
Reevaluación Cognitiva	-,811	,485	-,094	-1,671	,096	,869	1,151
Procesamiento	-2,318	,646	-,241	-3,587	,000	,614	1,630
Identificación	,862	,640	,081	1,346	,180	,773	1,294
Expresión	,862	,892	,071	,967	,335	,520	1,924

a. Variable dependiente: Depresión

Diagnósticos de colinealidad^a

Modelo	Dimensión	Autovvalor	Índice de condición	(Constante)	Proporciones de varianza					
					Apoyo social percibido	Supresión expresiva	Reevaluación cognitiva	Procesamiento	Identificación	Expresión
1	1	1,979	1,000	,01	,01					
	2	,021	9,705	,99	,99					
2	1	3,823	1,000	,00	,00	,01	,00			
	2	,123	5,575	,00	,07	,56	,01			
	3	,042	9,545	,02	,18	,07	,91			
	4	,012	18,144	,98	,75	,37	,08			
3	1	6,727	1,000	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	2	,157	6,542	,00	,02	,35	,00	,01	,00	,01
	3	,043	12,487	,01	,07	,06	,90	,00	,01	,01
	4	,028	15,398	,00	,66	,00	,06	,10	,16	,03
	5	,022	17,384	,00	,00	,09	,02	,78	,33	,02
	6	,016	20,734	,07	,11	,00	,01	,10	,50	,38
	7	,006	32,896	,92	,14	,49	,01	,01	,00	,55

a. Variable dependiente: Depresión

Anexo 4.1.2. Regresión lineal múltiple 2 - Depresión

Resumen del modelo^d

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticos de cambio					
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F	Durbin-Watson
1	,461 ^a	,212	,209	9,18525	,212	55,845	1	207	,000	
2	,621 ^b	,386	,380	8,13016	,174	58,213	1	206	,000	
3	,651 ^c	,423	,415	7,89707	,038	13,340	1	205	,000	1,642

a. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido

b. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido, Supresión Expresiva

c. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido, Supresión Expresiva, Procesamiento

d. Variable dependiente: Depresión

ANOVA^a

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1 Regresión	4711,586	1	4711,586	55,845	,000 ^b
Residuo	17464,337	207	84,369		
Total	22175,923	208			
2 Regresión	8559,421	2	4279,711	64,746	,000 ^c
Residuo	13616,502	206	66,100		
Total	22175,923	208			
3 Regresión	9391,352	3	3130,451	50,197	,000 ^d
Residuo	12784,571	205	62,364		
Total	22175,923	208			

a. Variable dependiente: Depresión

b. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido

c. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido, Supresión Expresiva

d. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido, Supresión Expresiva, Procesamiento

Coefficientes^a

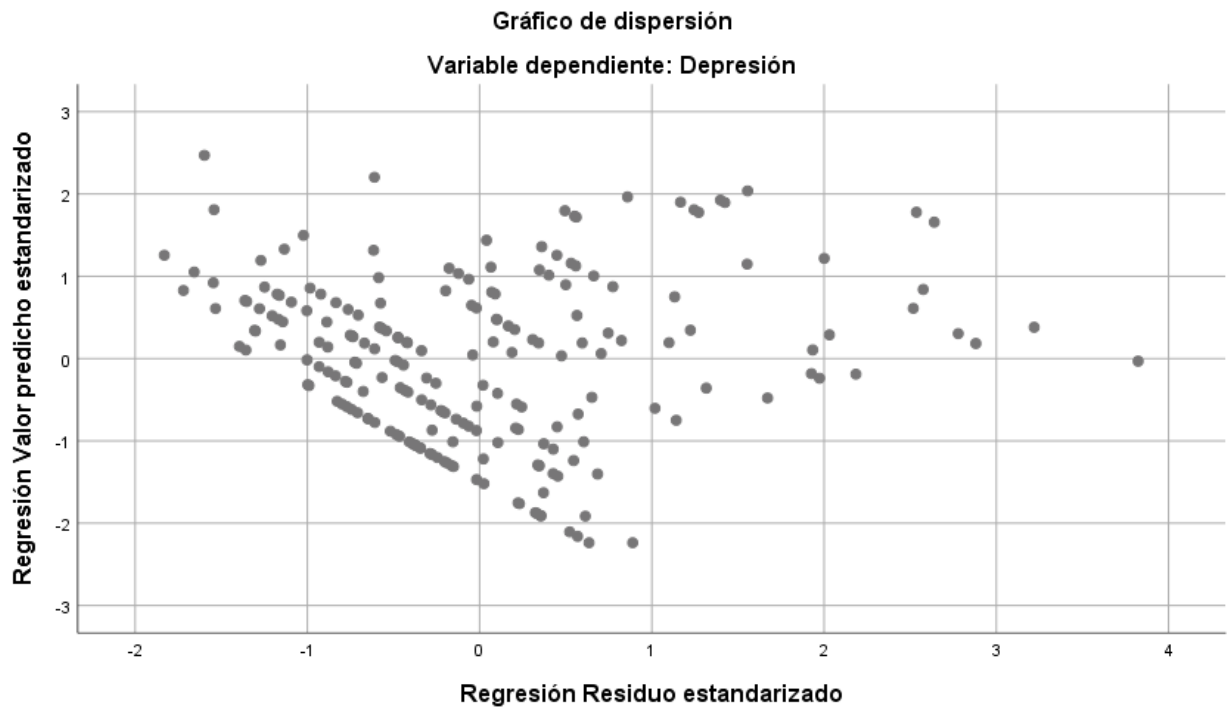
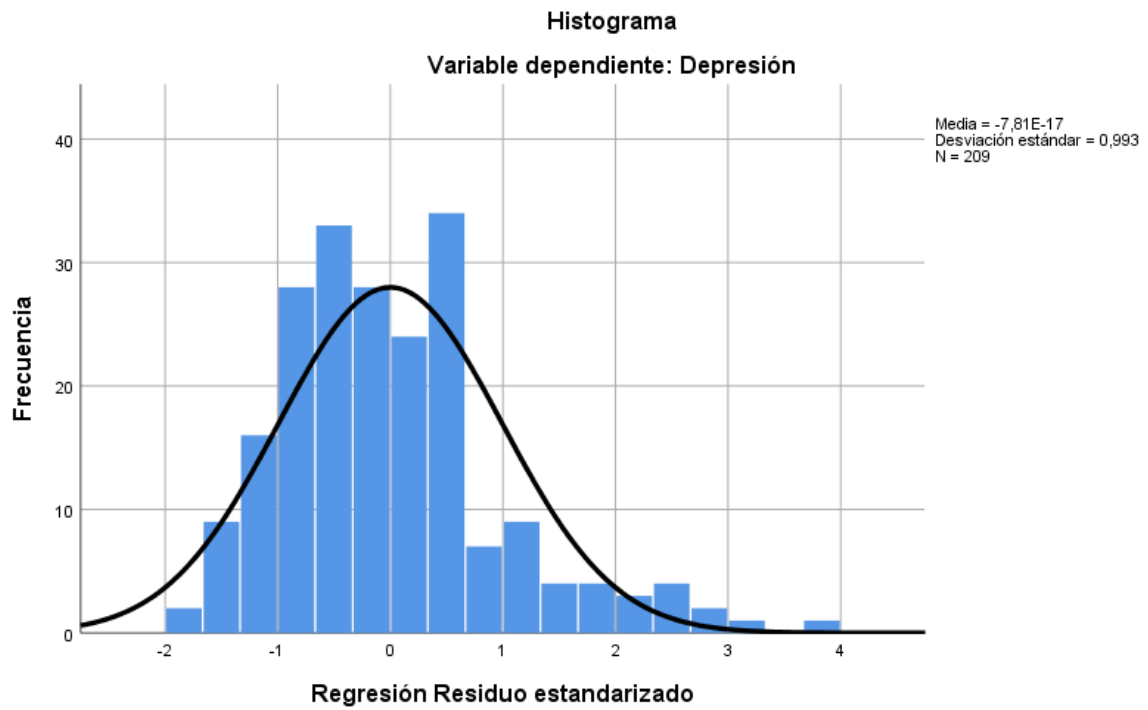
Modelo	Coefficients no estandarizados		Coefficients estandarizados			Estadísticas de colinealidad	
	B	Desv. Error	Beta	t	Sig.	Tolerancia	VIF
1 (Constante)	32,814	3,116		10,532	,000		
Apoyo social percibido	-4,070	,545	-,461	-7,473	,000	1,000	1,000
2 (Constante)	10,594	4,011		2,641	,009		
Apoyo social percibido	-2,346	,532	-,266	-4,406	,000	,820	1,220
Supresión Expresiva	3,354	,440	,460	7,630	,000	,820	1,220
3 (Constante)	19,305	4,568		4,226	,000		
Apoyo social percibido	-1,805	,538	-,204	-3,355	,001	,758	1,320
Supresión Expresiva	2,946	,441	,404	6,677	,000	,768	1,303
Procesamiento	-2,091	,572	-,217	-3,652	,000	,793	1,261

a. Variable dependiente: Depresión

Diagnósticos de colinealidad^a

Modelo	Dimensión	Autovalor	Índice de condición	Proporciones de varianza			
				(Constante)	Apoyo social percibido	Supresión Expresiva	Procesamiento
1	1	1,979	1,000	,01	,01		
	2	,021	9,705	,99	,99		
2	1	2,867	1,000	,00	,00	,01	
	2	,120	4,879	,01	,10	,53	
	3	,012	15,272	,99	,90	,46	
3	1	3,819	1,000	,00	,00	,01	,00
	2	,144	5,157	,00	,03	,47	,04
	3	,027	11,943	,00	,54	,00	,73
	4	,011	19,051	1,00	,43	,52	,23

a. Variable dependiente: Depresión



Anexo 4.2. Ansiedad.

Anexo 4.2.1 Regresión Paso 1 – Ansiedad.

Resumen del modelo^d

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de estimación	Estadísticos de cambio					
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F	Durbin-Watson
1	,312 ^a	,098	,093	9,44208	,098	22,403	1	207	,000	
2	,462 ^b	,214	,202	8,85580	,116	15,158	2	205	,000	
3	,582 ^c	,339	,319	8,18029	,125	12,751	3	202	,000	1,886

a. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido

b. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido, Reevaluación Cognitiva, Supresión Expresiva

c. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido, Reevaluación Cognitiva, Supresión Expresiva, Identificación, Procesamiento, Expresión

d. Variable dependiente: Ansiedad

ANOVA^a

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1 Regresión	1997,251	1	1997,251	22,403	,000 ^b
Residuo	18454,654	207	89,153		
Total	20451,904	208			
2 Regresión	4374,751	3	1458,250	18,594	,000 ^c
Residuo	16077,153	205	78,425		
Total	20451,904	208			
3 Regresión	6934,627	6	1155,771	17,272	,000 ^d
Residuo	13517,277	202	66,917		
Total	20451,904	208			

a. Variable dependiente: Ansiedad

b. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido

c. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido, Reevaluación Cognitiva, Supresión Expresiva

d. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido, Reevaluación Cognitiva, Supresión Expresiva, Identificación, Procesamiento, Expresión

Coefficientes^a

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			Estadísticas de colinealidad	
	B	Desv. Error	Beta	t	Sig.	Tolerancia	VIF
1 (Constante)	26,382	3,203		8,237	,000		
Apoyo social percibido	-2,650	,560	-,312	4,733	-,000	1,000	1,000
2 (Constante)	15,583	4,741		3,287	,001		
Apoyo social percibido	-1,251	,585	-,148	2,139	-,034	,806	1,241
Supresión Expresiva	2,533	,485	,362	5,223	,000	,799	1,251
Reevaluación Cognitiva	-1,320	,518	-,160	2,546	-,012	,970	1,031
3 (Constante)	17,159	6,181		2,776	,006		
Apoyo social percibido	-,563	,560	-,066	1,005	-,316	,751	1,332
Supresión Expresiva	2,271	,525	,324	4,328	,000	,582	1,717
Reevaluación Cognitiva	-,589	,506	-,071	1,164	-,246	,869	1,151
Procesamiento	-4,132	,674	-,448	6,129	-,000	,614	1,630
Identificación	,129	,668	,013	,192	,848	,773	1,294
Expresión	2,266	,931	,193	2,435	,016	,520	1,924

a. Variable dependiente: Ansiedad

Diagnósticos de colinealidad^a

Modelo	Dimensión	Autovvalor	Índice de condición	Proporciones de varianza						
				(Constante)	Apoyo social percibido	Supresión Expresiva	Reevaluación Cognitiva	Procesamiento	Identificación	Expresión
1	1	1,979	1,000	,01	,01					
	2	,021	9,705	,99	,99					

2	1	3,823	1,000	,00	,00	,01	,00			
	2	,123	5,575	,00	,07	,56	,01			
	3	,042	9,545	,02	,18	,07	,91			
	4	,012	18,144	,98	,75	,37	,08			
3	1	6,727	1,000	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	2	,157	6,542	,00	,02	,35	,00	,01	,00	,01
	3	,043	12,487	,01	,07	,06	,90	,00	,01	,01
	4	,028	15,398	,00	,66	,00	,06	,10	,16	,03
	5	,022	17,384	,00	,00	,09	,02	,78	,33	,02
	6	,016	20,734	,07	,11	,00	,01	,10	,50	,38
	7	,006	32,896	,92	,14	,49	,01	,01	,00	,55

a. Variable dependiente: Ansiedad

Anexo 4.2.2. Regresión paso 2 – Ansiedad.

Resumen del modelo^c

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticos de cambio					
					Cambio en R	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F	Durbin-Watson
1	,406 ^a	,165	,161	9,08221	,165	40,942	1	207	,000	
2	,575 ^b	,331	,321	8,16953	,166	25,417	2	205	,000	1,916

a. Predictores: (Constante), Supresión Expresiva

b. Predictores: (Constante), Supresión Expresiva, Procesamiento, Expresión

c. Variable dependiente: Ansiedad

ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	3377,199	1	3377,199	40,942	,000 ^b
	Residuo	17074,706	207	82,487		
	Total	20451,904	208			
2	Regresión	6769,945	3	2256,648	33,812	,000 ^c
	Residuo	13681,959	205	66,741		
	Total	20451,904	208			

a. Variable dependiente: Ansiedad

b. Predictores: (Constante), Supresión Expresiva

c. Predictores: (Constante), Supresión Expresiva, Procesamiento, Expresión

Coefficientes^a

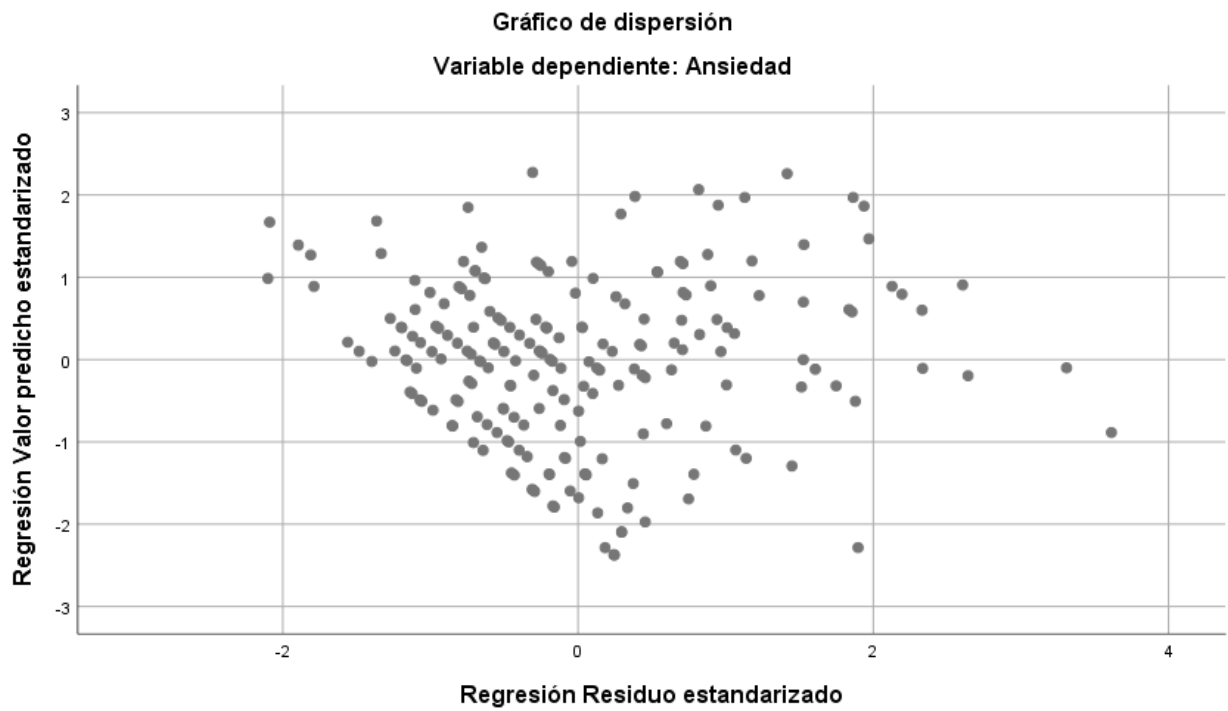
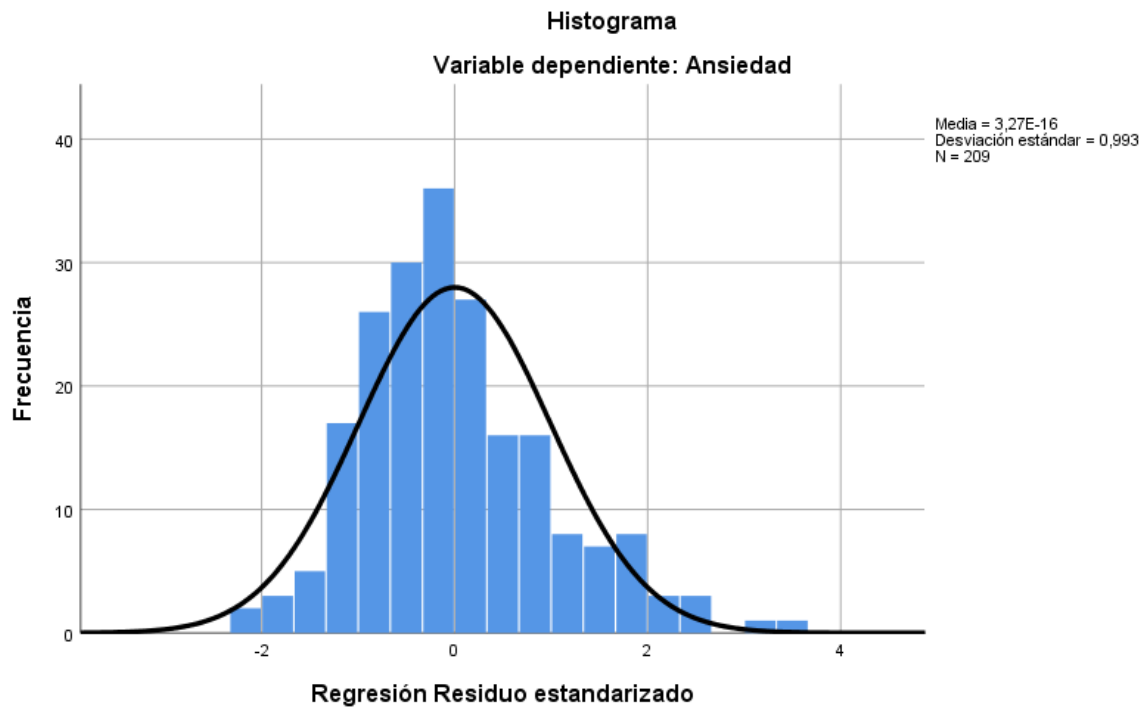
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Estadísticas de colinealidad		
	B	Desv. Error	Beta	t	Sig.	Tolerancia	VIF
1 (Constante)	,883	1,780		,496	,620		
Supresión Expresiva	2,845	,445	,406	6,399	,000	1,000	1,000
2 (Constante)	13,560	5,457		2,485	,014		
Supresión Expresiva	2,296	,482	,328	4,767	,000	,690	1,450
Procesamiento	-4,460	,627	-,483	-7,111	,000	,707	1,414
Expresión	2,215	,883	,189	2,509	,013	,576	1,735

a. Variable dependiente: Ansiedad

Diagnósticos de colinealidad^a

Modelo	Dimensión	Autovalor	Índice de condición	Proporciones de varianza			
				(Constante)	Supresión Expresiva	Procesamiento	Expresión
1	1	1,936	1,000	,03	,03		
	2	,064	5,485	,97	,97		
2	1	3,830	1,000	,00	,01	,00	,00
	2	,143	5,175	,00	,43	,04	,01
	3	,020	13,854	,07	,06	,96	,21
	4	,007	23,332	,93	,51	,00	,77

a. Variable dependiente: Ansiedad



Anexo 4.3. Estrés.

Anexo 4.3.1. Regresión 1 – Estrés.

Resumen del modelo^d

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticos de cambio					
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F	Durbin-Watson
1	,403 ^a	,162	,158	9,42710	,162	40,106	1	207	,000	
2	,499 ^b	,249	,238	8,96736	,087	11,885	2	205	,000	
3	,630 ^c	,397	,379	8,09541	,148	16,513	3	202	,000	1,977

a. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido

b. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido, Reevaluación Cognitiva, Supresión Expresiva

c. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido, Reevaluación Cognitiva, Supresión Expresiva, Identificación, Procesamiento, Expresión

d. Variable dependiente: Estrés

ANOVA^a

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1 Regresión	3564,193	1	3564,193	40,106	,000 ^b
Residuo	18396,152	207	88,870		
Total	21960,344	208			
2 Regresión	5475,558	3	1825,186	22,697	,000 ^c
Residuo	16484,787	205	80,414		
Total	21960,344	208			
3 Regresión	8722,152	6	1453,692	22,182	,000 ^d
Residuo	13238,193	202	65,536		
Total	21960,344	208			

a. Variable dependiente: Estrés

b. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido

c. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido, Reevaluación Cognitiva, Supresión Expresiva

d. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido, Reevaluación Cognitiva, Supresión Expresiva, Identificación, Procesamiento, Expresión

Coefficientes^a

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			Estadísticas de colinealidad	
	B	Desv. Error	Beta	t	Sig.	Tolerancia	VIF
1 (Constante)	35,635	3,198		11,143	,000		
Apoyo social percibido	-3,540	,559	-,403	-6,333	,000	1,000	1,000
2 (Constante)	25,820	4,801		5,378	,000		
Apoyo social percibido	-2,284	,592	-,260	-3,855	,000	,806	1,241
Reevaluación Cognitiva	-1,164	,525	-,136	-2,217	,028	,970	1,031
Supresión Expresiva	2,277	,491	,314	4,638	,000	,799	1,251
3 (Constante)	29,563	6,117		4,833	,000		
Apoyo social percibido	-1,552	,554	-,177	-2,802	,006	,751	1,332
Reevaluación Cognitiva	-,468	,501	-,055	-,934	,352	,869	1,151
Supresión Expresiva	1,578	,519	,217	3,038	,003	,582	1,717
Identificación	1,517	,661	,143	2,295	,023	,773	1,294
Procesamiento	-4,608	,667	-,482	-6,907	,000	,614	1,630
Expresión	1,111	,921	,091	1,207	,229	,520	1,924

a. Variable dependiente: Estrés

Diagnósticos de colinealidad^a

Modelo	Dimensión	Autovvalor	Índice de condición	Proporciones de varianza						
				(Constante)	Apoyo social percibido	Reevaluación Cognitiva	Supresión Expresiva	Identificación	Procesamiento	Expresión
1	1	1,979	1,000	,01	,01					
	2	,021	9,705	,99	,99					

2	1	3,823	1,000	,00	,00	,00	,01			
	2	,123	5,575	,00	,07	,01	,56			
	3	,042	9,545	,02	,18	,91	,07			
	4	,012	18,144	,98	,75	,08	,37			
3	1	6,727	1,000	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	2	,157	6,542	,00	,02	,00	,35	,00	,01	,01
	3	,043	12,487	,01	,07	,90	,06	,01	,00	,01
	4	,028	15,398	,00	,66	,06	,00	,16	,10	,03
	5	,022	17,384	,00	,00	,02	,09	,33	,78	,02
	6	,016	20,734	,07	,11	,01	,00	,50	,10	,38
	7	,006	32,896	,92	,14	,01	,49	,00	,01	,55

a. Variable dependiente: Estrés

4.3.2. Regresión lineal 2 – Estrés.

Resumen del modelo^d

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticos de cambio					
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F	Durbin-Watson
1	,403 ^a	,162	,158	9,42710	,162	40,106	1	207	,000	
2	,481 ^b	,231	,224	9,05216	,069	18,503	1	206	,000	
3	,625 ^c	,390	,378	8,10169	,159	26,585	2	204	,000	1,956

a. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido

b. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido, Supresión Expresiva

c. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido, Supresión Expresiva, Identificación, Procesamiento

d. Variable dependiente: Estrés

ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	3564,193	1	3564,193	40,106	,000 ^b
	Residuo	18396,152	207	88,870		
	Total	21960,344	208			

2	Regresión	5080,376	2	2540,188	31,000	,000 ^c
	Residuo	16879,969	206	81,942		
	Total	21960,344	208			
3	Regresión	8570,309	4	2142,577	32,643	,000 ^d
	Residuo	13390,035	204	65,637		
	Total	21960,344	208			

a. Variable dependiente: Estrés

b. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido

c. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido, Supresión Expresiva

d. Predictores: (Constante), Apoyo social percibido, Supresión Expresiva, Identificación, Procesamiento

Coefficientes^a

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			Estadísticas de colinealidad	
	B	Desv. Error	Beta	t	Sig.	Tolerancia	VIF
1 (Constante)	35,635	3,198		11,143	,000		
Apoyo social percibido	-3,540	,559	-,403	-6,333	,000	1,000	1,000
2 (Constante)	21,687	4,466		4,856	,000		
Apoyo social percibido	-2,457	,593	-,280	-4,146	,000	,820	1,220
Supresión Expresiva	2,105	,489	,290	4,302	,000	,820	1,220
3 (Constante)	32,881	5,099		6,449	,000		
Apoyo social percibido	-1,549	,554	-,176	-2,798	,006	,753	1,329
Supresión Expresiva	1,206	,455	,166	2,652	,009	,760	1,316
Identificación	1,672	,623	,157	2,685	,008	,872	1,147
Procesamiento	-4,504	,619	-,471	-7,280	,000	,714	1,400

a. Variable dependiente: Estrés

Diagnósticos de colinealidad^a

Modelo	Dimensión	Autovalor	Índice de condición	Proporciones de varianza				
				(Constante)	Apoyo social percibido	Supresión expresiva	Identificación	Procesamiento
1	1	1,979	1,000	,01	,01			
	2	,021	9,705	,99	,99			
2	1	2,867	1,000	,00	,00	,01		
	2	,120	4,879	,01	,10	,53		
	3	,012	15,272	,99	,90	,46		
3	1	4,795	1,000	,00	,00	,00	,00	,00
	2	,146	5,740	,00	,03	,48	,00	,03
	3	,028	13,031	,00	,64	,01	,16	,28
	4	,022	14,783	,00	,00	,12	,67	,62
	5	,009	22,481	,99	,33	,38	,17	,07

a. Variable dependiente: Estrés

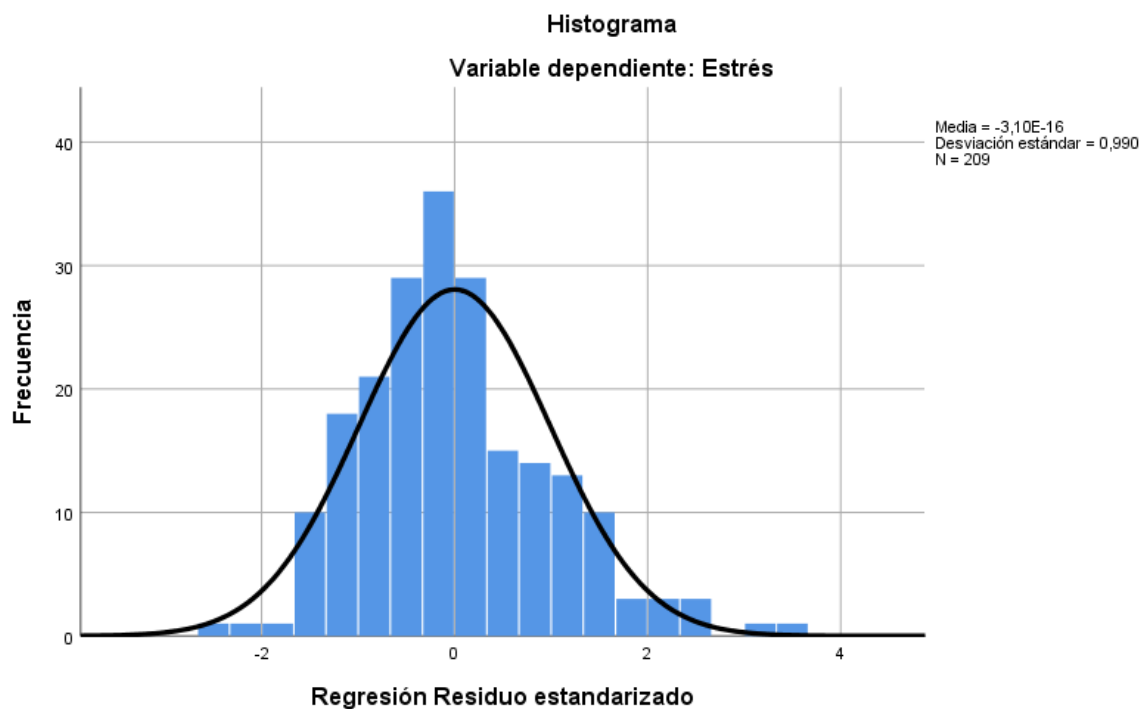
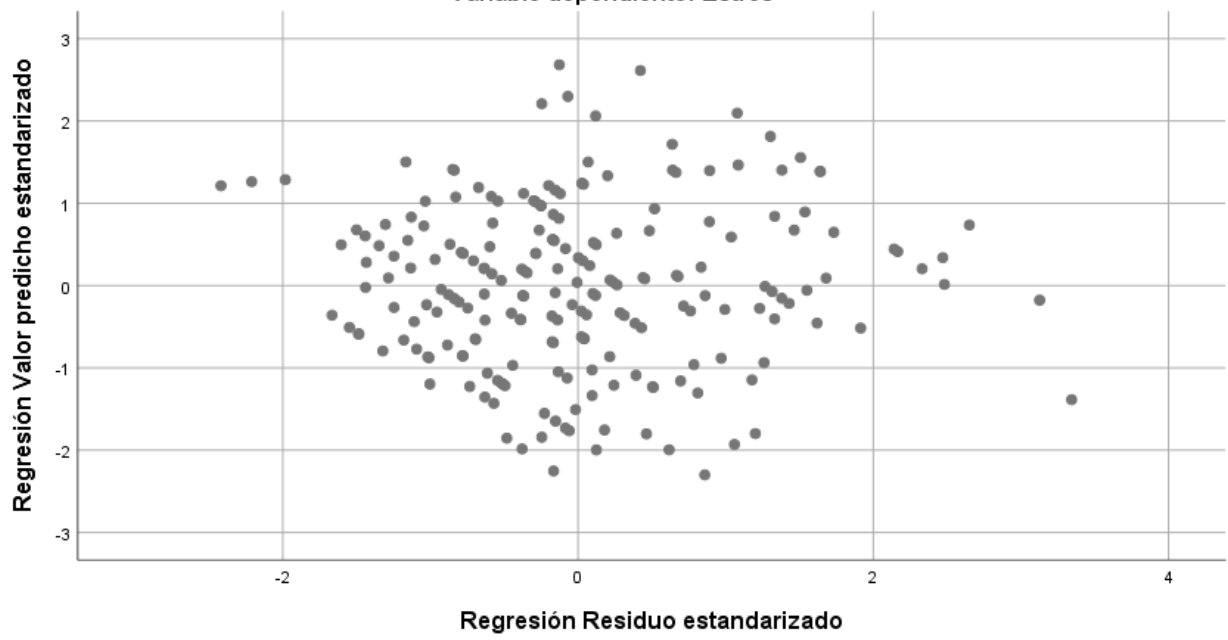


Gráfico de dispersión
Variable dependiente: Estrés



Anexo 5. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución Patrocinante: Universidad de Talca, Facultad de Psicología.

Título del Estudio: “Estabilidad y cambio en indicadores de salud mental y regulación emocional en mujeres embarazadas: el rol del apoyo social percibido”.

Introducción: Usted ha sido invitada a participar en una investigación en el área de psicología. Por favor, lea cuidadosamente este documento y haga las preguntas que le surjan para esclarecer cualquier aspecto de su participación que no comprenda. El propósito de este documento es entregarle toda la información necesaria para que usted pueda decidir libremente si desea participar en la investigación que se le explicará verbalmente y que a continuación se describe de forma resumida.

¿Quién está realizando esta investigación?

Las personas a cargo de esta investigación son Daniel Soto y Pilar Vera, estudiantes de 5to año de la carrera de psicología; bajo la guía de la Dra. Rosario Spencer Contreras, docente de la Facultad de Psicología de la Universidad de Talca.

¿Cuál es el propósito de esta investigación?

El propósito de este estudio es evaluar el impacto que tiene el embarazo en la salud mental de las mujeres. Específicamente, nos interesa conocer cómo el embarazo afecta el bienestar subjetivo y la regulación emocional de las mujeres, y cómo esto podría variar según el apoyo social que la mujer percibe tener.

¿Quiénes participarán en esta investigación?

Para esta investigación se espera reclutar aproximadamente a 300 mujeres embarazadas de la región del Maule. Los individuos convocados se reclutan desde instituciones de salud de carácter público y privado que estén recibiendo atención actualmente, además de personas invitadas a través de redes sociales y de forma particular. Para ello, se presenta el proyecto por medio de una carta y el presente consentimiento debidamente detallados, solicitando el acceso a las consultantes. Una vez obtenido el permiso institucional e individual, se explicará a las mujeres que su decisión de participación es de carácter voluntario, en conocimiento del proyecto y con acceso a una copia del consentimiento informado. Los horarios de aplicación se adecúan a la disponibilidad de los centros y de las participantes en proceso de gestación.

¿Cuáles son las condiciones para ser parte de la investigación?

- Tener una edad igual o superior a 18 años.
- Cursar el primer embarazo.

¿Qué se le pedirá realizar en esta investigación y cuánto tiempo se requiere?

Se le solicitará completar un set de cuestionarios de selección múltiple, de forma online o escrita, los cuales requerirán de un tiempo estimado de respuesta no superior a 30 minutos en total.

¿Hay algún riesgo al participar de esta investigación?

Ninguno de los procedimientos tiene riesgo para la integridad de las personas. Un riesgo potencial es un cansancio leve y temporal como resultado de llevar a cabo la tarea de lectura y relleno de las respuestas. Durante la realización del experimento se pueden utilizar libremente pausas para descansar.

¿Hay algún costo al participar en esta investigación?

No, su participación no tiene costo económico para usted.

¿Hay algún beneficio al ser parte de esta investigación?

No hay beneficios económicos para usted; sin embargo, tiene usted la oportunidad de contribuir a la investigación respecto a la salud mental materna, de forma que puedan fortalecerse estrategias de prevención y promoción de salud para las madres y sus hijos.

Además, los investigadores se comprometen a informarle a través de su correo electrónico, en caso de que sus respuestas indiquen que su salud mental se encuentra en riesgo, de forma que usted pueda consultar en su centro de salud para obtener atención de ser necesario.

¿Tiene opciones acerca de la participación en esta investigación?

Si no desea formar parte de esta investigación puede rechazarla libremente. Esto no implicará ninguna sanción para usted, ni afectará la atención de salud que recibe. Si usted empieza a responder los cuestionarios y luego quiere interrumpir la aplicación, puede hacerlo sin ninguna consecuencia para usted, sólo debe notificarlo a la persona que lo está encuestando.

¿Cómo será resguardada la información confidencial de su participación?

Su información y los datos obtenidos serán resguardados de forma confidencial por el equipo de investigación en concordancia con lo establecido en el código de ética profesional del Colegio de Psicólogo de Chile. Su nombre nunca será asociado con los datos que recolectemos. Esta información se mantendrá separada de la información disponible en el consentimiento informado. Los datos estarán disponibles en una base de datos para investigaciones futuras asociadas a la temática; sin embargo, toda información de carácter personal se protegerá y quedará fuera de dicha base. Personal autorizado por el Comité de Ética de la Universidad de Talca, pueden someter a inspección los registros de esta investigación con el propósito de auditar y asegurar la calidad del estudio y los derechos de los participantes.

¿Están en riesgo sus derechos al participar en esta investigación?

Nada en este consentimiento informado implica renunciar a los derechos que tiene usted como persona. A su vez, este consentimiento no libera a los investigadores, la Universidad de Talca o a su personal asociado de las responsabilidades derivadas de conductas negligentes.

¿Qué pasa si usted tiene preguntas sobre esta investigación?

Si usted tiene preguntas relacionadas a esta investigación puede contactar a la Dra. Rosario Spencer al teléfono 712201567 o al correo electrónico: rspencer@utalca.cl. Si usted tiene dudas acerca de sus derechos como participante o quejas acerca de esta investigación, puede contactar al Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de Talca, a través de su director, Dr. Andrés Jiménez, email: anjimenez@utalca.cl, o directamente en la Facultad de Psicología de la Universidad, en Av. Lircay s/n.

En consideración a lo anterior declaro haber leído la información descrita y que mis preguntas acerca del proyecto han sido respondidas satisfactoriamente. Al firmar este documento, indico que he sido informado/a de la investigación y que consiento voluntariamente en participar.

Nombres y Apellidos del participante:

Rut participante: _____ Teléfono de contacto:

Correo electrónico participante:

Acepto participar voluntariamente: Sí ____ No ____

Firma Participante

Rosario Spencer Contreras
Firma Investigador Responsable

Fecha ___/___/___, Región del Maule, Chile.

5. Escalas utilizadas en la investigación

5.1. Escala de Depresión Estrés y Ansiedad (DASS-21).

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)

Por favor lea cada frase y marque el número 0, 1, 2 o 3 para indicar en qué medida esa frase describe lo

que le pasó o sintió durante la última semana. No hay respuestas buenas o malas. Marque según su primera impresión, no se detenga demasiado en cada frase.

Las opciones de respuesta son:

0 - No describe nada de lo que me pasó o sentí en la semana.

1 - Sí, esto me pasó o lo sentí en alguna medida o en algún momento.

2 - Sí, esto me pasó bastante o lo sentí muchas veces.

3 - Sí, esto me pasó mucho o casi siempre.

1. Me costó mucho calmarme.	0	1	2	3
2. Me di cuenta de que tenía la boca seca.	0	1	2	3
3. No podía sentir nada positivo.	0	1	2	3
4. Tuve problemas para respirar. (ej. respirar muy rápido, o perder el aliento sin haber hecho un esfuerzo físico)	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil motivarme para hacer cosas.	0	1	2	3
6. Me descontrolé en ciertas situaciones.	0	1	2	3
7. Me sentí tembloroso/a (ej. manos temblorosas)	0	1	2	3
8. Sentí que estaba muy nervioso/a.	0	1	2	3
9. Estuve preocupado/a por situaciones en las cuales podría sentir pánico y hacer el ridículo.	0	1	2	3
10. Sentí que no tenía nada por que vivir.	0	1	2	3
11. Noté que me estaba poniendo intranquilo/a.	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme.	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido/a	0	1	2	3
14. No soporté que algo me apartara de lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
15. Estuve a punto de tener un ataque de pánico.	0	1	2	3
16. Fui incapaz de entusiasarme con algo.	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona.	0	1	2	3
18. Sentí que estaba muy irritable.	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar que no había hecho ningún esfuerzo físico.	0	1	2	3
20. Sentí miedo sin saber por qué.	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

5.2 Escala de Apoyo Social Percibido (EMAS).

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS)						
Por favor lea cada frase y marque el número según qué tan de acuerdo se encuentra con cada una de ellas. No hay respuestas buenas o malas. Marque según su primera impresión, no se detenga demasiado en cada frase.						
1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Más Bien en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil.				1 2 3 4 5 6 7		
2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías.				1 2 3 4 5 6 7		
3. Mi familia realmente intenta ayudarme				1 2 3 4 5 6 7		
4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito.				1 2 3 4 5 6 7		
5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí.				1 2 3 4 5 6 7		
6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme				1 2 3 4 5 6 7		
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal				1 2 3 4 5 6 7		
8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia				1 2 3 4 5 6 7		
9. Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías				1 2 3 4 5 6 7		
10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos				1 2 3 4 5 6 7		
11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones				1 2 3 4 5 6 7		
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.				1 2 3 4 5 6 7		

5.3. Escala de Regulación Emocional (ERQ).

Escala de regulación emocional (ERQ)

Por favor lea cada frase y marque el número según qué tan de acuerdo se encuentra con cada una de ellas. No hay respuestas buenas o malas. Marque según su primera impresión, no se detenga demasiado en cada frase.

Las opciones de respuesta son:

- 1 – Totalmente en desacuerdo.
- 2 – En desacuerdo.
- 3 – Ligeramente en desacuerdo.
- 4 – Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 5 – Ligeramente de acuerdo.
- 6 – De acuerdo.
- 7 – Totalmente de acuerdo.

1. Cuando quiero incrementar mis emociones positivas (p.ej. alegría, diversión), cambio el tema sobre el que estoy pensando.	1 2 3 4 5 6 7
2. Guardo mis emociones para mí mismo.	1 2 3 4 5 6 7
3. Cuando quiero reducir mis emociones negativas (p.ej. tristeza, enfado), cambio el tema sobre el que estoy pensando.	1 2 3 4 5 6 7
4. Cuando estoy sintiendo emociones positivas, tengo cuidado de no expresarlas.	1 2 3 4 5 6 7
5. Cuando me enfrento a una situación estresante, intento pensar en ella de un modo que me ayude a mantener la calma.	1 2 3 4 5 6 7
6. Controlo mis emociones no expresándolas.	1 2 3 4 5 6 7
7. Cuando quiero incrementar mis emociones positivas, cambio mi manera de pensar sobre la situación.	1 2 3 4 5 6 7
8. Controlo mis emociones cambiando mi forma de pensar sobre la situación en la que me encuentro.	1 2 3 4 5 6 7
9. Cuando estoy sintiendo emociones negativas, me aseguro de no expresarlas.	1 2 3 4 5 6 7
10. Cuando quiero reducir mis emociones negativa, cambio mi manera de pensar sobre la situación.	1 2 3 4 5 6 7

5.4. Escala de Afectividad Mentalizada (BMAS).

Escala Breve de Afectividad Mentalizada (BMAS)

Por favor lea cada frase y marque el número según qué tan de acuerdo se encuentra con cada una de ellas. No hay respuestas buenas o malas. Marque según su primera impresión, no se detenga demasiado en cada frase.

Las opciones de respuesta son:

- 1 – Totalmente en desacuerdo.
- 2 – En desacuerdo.
- 3 – Ligeramente en desacuerdo.
- 4 – Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 5 – Ligeramente de acuerdo.
- 6 – De acuerdo.
- 7 – Totalmente de acuerdo.

- | | |
|---|---------------|
| 1. Intento esforzarme en identificar mis emociones. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Cuando estoy lleno de una emoción negativa, sé cómo manejarla. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. La gente me dice que soy bueno expresando mis emociones. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. A menudo miro hacia atrás en mi historia de vida para ayudarme a comprender mi estado emocional actual y mi situación. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Es difícil para mí manejar mis emociones. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Si siento algo, prefiero no discutirlo con otros. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. Intento entender la complejidad de mis emociones. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. Soy bueno controlando mis emociones. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. Si siento algo, lo transmitiré a los demás. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. Raramente pienso en las razones detrás de por qué me siento de cierta manera. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 11. Soy bueno para distinguir entre las diferentes emociones que siento. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 12. A menudo mantengo mis emociones adentro. | 1 2 3 4 5 6 7 |

