

11226
2ej
295

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**"LA ACTITUD PSICOLOGICA DE LA MUJER FRENTE AL EMBARAZO ACTUAL,
COMO UN HECHO REAL Y EVOLUTIVO. ESTUDIO REALIZADO EN EL
H.R. DE Z. CON M.F. DEL I.M.S.S. MORELIA, MICH."**

TESIS

PARA ACREDITAR LA ESPECIALIDAD DE

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DR. JOSE ALFREDO TAPIA ALCANTARA

ASESOR DE TESIS:

DR. GUILLERMO SANDOVAL RAMIREZ

MORELIA, MICH.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ENERO DE 1985.



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E .

	PAG.
1.- ASESORES DE TESIS.....	1.
2.- AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS.....	2.
CAPITULO I.	
3.- RESUMEN.....	5.
CAPITULO II.	
4.- INTRODUCCION.....	6.
CAPITULO III.	
5.- MATERIAL Y METODOS.....	14.
6.- INTERPRETACION.....	24.
CAPITULO IV.	
7.- RESULTADOS OBTENIDOS.....	26.
8.- CUADROS Y FIGURAS.....	29.
CAPITULO V.	
9.- DISCUSION.....	58.
10.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	60.

CAPITULO I. LA ACTITUD PSICOLOGICA DE LA MUJER FRENTE AL EMBARAZO ACTUAL, COMO UN HECHO REAL Y EVOLUTIVO.

R E S U M E N .

Se estudian los aspectos bio-psico-sociales de 42 pacientes embarazadas, a las que se practicó un estudio psicológico - dirigido a conocer la actitud emotiva respecto a su estado grávido actual.

Se encuentra en general que las pacientes en estudio presentaron su primer embarazo antes de los 20 años de edad; el nivel socio-económico es medio bajo, con una escolaridad baja y - con una expectativa de paridad alta.

La Psicología de la mujer ante su embarazo actual se exploró con test psicológicos, obteniendo resultados que se denominaron: Aceptación, miedo, indiferencia y rechazo.

El análisis final nos muestra que hubo aceptación en 9 casos, miedo en 28, indiferencia en 4 y rechazo en uno.

Se concluye que la mujer mexicana tiene una ignorancia importante en el conocimiento del embarazo, parto y posterior maternidad, condicionando un temor prevaeciente tanto por ella - como por el producto del embarazo. Por lo tanto el conocimiento por parte del médico de éstos aspectos del embarazo nos induce a cuestionarnos sobre la información que se brinda a éstas pacientes en el control prenatal.

CAPITULO II.

I N T R O D U C C I O N .

Se ha visto en la práctica médica diaria, tanto en la consulta externa de control prenatal como en la atención del parto y puerperio que hay una ignorancia importante respecto al conocimiento del embarazo y parto. Esto hace que la actitud psicológica sea variada en cada caso en particular, dependiendo de la información previa que tenga la paciente.

Es papel del Médico familiar informar y orientar a cada paciente embarazada, y si es posible al cónyuge en lo que respecta al desarrollo de la gestación, parto, maternidad y planificación familiar.

El hecho de la reproducción humana, desde que el hombre es denominado como tal, no ha cambiado como función, pero sí como concepto. La mujer con buena autoestima y que por razones generalmente religiosas, familiares y/o del cónyuge se embaraza en una forma no deseada, puede llegar a rechazar el embarazo de una forma consciente o inconsciente, manifestando su inconformidad a la represión de que es objeto, no dejandola realizarse como ser biológico consciente de su capacidad sexual y reproductiva, viendo que tiene mejores perspectivas de vida en general y no puede mejorarlas por estar sujeta a hijos no deseados en ese momento.

Desde la Prehistoria a la mujer ya se le atribuía el papel de madre por razones naturales del proceso reproductivo, interpretándose que el embarazo era función propia de la mujer sin la participación masculina.

Los Hebreos se casaban a temprana edad para asegurarse de tener hijos jóvenes. En Grecia la palabra " gine " significa : " portadora o acarreadora de niños ". En la Edad Media se le mantuvo a la mujer encerrada en claustros, conventos, etc. y bajo estrecha vigilancia, ya que el hombre tuvo que partir a las cruzadas.(7).

La actitud hacia la mujer respecto a su sexualidad y capacidad ha ido evolucionando constantemente hasta el momento actual, en que ya se conoce y toman en cuenta los aspectos -- inherentes a la sexualidad femenina y su capacidad reproductiva.(8).

De un tiempo a la fecha ha habido cambios sociales y de actitud hacia la maternidad (4), percibiéndose que el concepto de " enfermedad " ha dado paso al de " estado natural normal transitorio de la mujer adulta ". Toda sociedad ha desarrollado una serie de costumbres, tabúes y sanciones religiosas y civiles en determinados aspectos respecto al embarazo y que desgraciadamente aún persisten en determinados núcleos sociales.(3). El médico debe de adaptarse a éste tipo de actitudes, tomando en cuenta el estado emocional, social, familiar, económico y cultural de la paciente embarazada que acude a -- consulta.(1).

La mujer embarazada solicita que se le preste más aten-

ción como individuo que como mecanismo de tenedora y crianza de niños, o bien como tema de libros de Medicina, y por último como un número más que se identifica en el expediente. Actualmente la mujer se encuentra más ocupada y preocupada por sus aspectos de salud e intereses especiales como mujer que por el embarazo. La autoestima de la mujer ha aumentado y su elección de los estilos de vida disponibles, extendiéndose - ésto actualmente a los aspectos de la sexualidad y la maternidad.(3).

La personalidad del médico es importante para crear un clima de confianza en las pacientes y así poder determinar - más rápidamente si las pacientes consideran sus problemas emocionales como parte de las situaciones que el médico debe ayudarles a resolver. (2,3). El médico es el resultado de la cultura en la cuál se ha desenvuelto, así como lo son sus pacientes embarazadas, solteras o casadas. Si el médico está -prejuiciado, es intolerante, está mal informado, o bien tiene problemas respecto al embarazo como concepción ideológica la paciente lo percibirá y se abstendrá de mencionarle cualquiera de sus problemas emocionales. Si la paciente le menciona este tipo de problemas, el médico mal preparado en éste campo puede provocar más dificultades al tratar de imponer su propio criterio, haciendo que la paciente se sienta a vergonzada y más confusa. Por lo tanto, el médico debe evaluar y entender sus propias actitudes respecto a la maternidad, de manera que pueda tratar con eficacia y comprender -- los problemas psicológicos de sus pacientes. (3).

El médico de primer contacto de la mujer embarazada debe estar familiarizado con las técnicas de tratamiento de la patología emocional del embarazo más frecuente.(1).

La paciente embarazada acude frecuentemente a consulta sin enfermedad alguna, sino sana, buscando consejo y orientación prenatal, lo cuál debe aprovechar el médico para aconsejar a la paciente y detectar algún posible problema del embarazo.(4). El médico tiene la gran ventaja de tener acceso a datos personales y emocionales que le pueden ser de gran ayuda, dependiendo del manejo que le dé. El médico debe de tener continuidad en el seguimiento de la mujer embarazada, de tal forma que se pueda anticipar a los probables problemas emocionales que se pudieran presentar, y por lo tanto, ganarse la confianza de la paciente. (3,4).

La confianza de la paciente debe ser de gran magnitud en el médico familiar, que debe de cubrir las necesidades de la paciente en forma de consejo y de apoyo profesional. Pacientes diferentes tienen necesidades diferentes y las necesidades de cada paciente en particular pueden cambiar con el tiempo, por lo que la relación médico-paciente debe de adecuarse a las circunstancias, tomándose como herramienta terapéutica lista para usarse en el momento oportuno. (1).

El error más frecuente en la consulta externa es la actitud del médico familiar y del médico en general, de hablar y preguntar, en vez de escuchar y de ésta forma saber que preguntas debe de formular. El médico debe estar alerta percibiendo la actitud corporal de la paciente, tomando en cuenta las gesticulaciones, calidad de voz y vocabulario de la paciente en relación a su embarazo, siendo parte importante todo aquello que la paciente omite, o solo menciona de forma por demás superficial. (3).

El inicio de la vida sexual es cada vez más temprano, y

por lo tanto ha aumentado el número de madres solteras (4).- El inicio de la vida sexual, en su extremo inferior es a los 14 años, y a los 22 años de edad, el 95% de las mujeres habrían tenido relaciones sexuales. (9). Al aumentar la frecuencia de madres solteras, es mayor el número de las que requieren ayuda profesional psicológica durante su embarazo y muy frecuentemente una vez que ha concluido éste. Por otro lado ha aumentado también el número de mujeres que se embarazan en etapas tardías de la vida las cuales también tienen alteraciones emocionales importantes. (4).

Una vez que el embarazo se ha diagnosticado, gran parte del enfoque que se le ha dado, concierne al aspecto consciente que frecuentemente sufren las pacientes y que el tratamiento se dirige como si la paciente únicamente necesitara una explicación, haciendo caso omiso de la problemática de la paciente en sí. (1). Hay que tomar en cuenta la actitud del cónyuge y en sí de la pareja ante el embarazo. (4). El hecho de que se disponga de métodos anticonceptivos eficaces significa que la pareja actualmente puede decidir el momento que se considere idóneo para el embarazo. (8). A pesar de esto, ocurren muchos embarazos no planeados adecuadamente y por lo tanto en muchas ocasiones no deseados, dando lugar a múltiples alteraciones emocionales, tanto familiares como personales, siendo causa importante, y si no única de abortos provocados frecuentes. (5).

Algunos aspectos psicológicos aparentemente inducen a la procreación. El médico que entiende estas tendencias emocionales y el significado de lo que es tener un hijo en una

pareja en un tiempo determinado puede ayudar a la pareja a planear los embarazos basándose en buenas razones y así evitar tal vez que algunos sean motivados por malos, erróneos o mal intencionados consejos.(8). Un ejemplo sería de que la necesidad de embarazarse puede ser diferente de la de continuar el embarazo, tener un hijo y contraer las obligaciones que esto conlleva en sí.(3). La pareja que se considera incompleta como hombre o como mujer, quizá necesita concebir para demostrar su capacidad y valor biológico. No obstante, una vez que se ha llevado a cabo la fecundación y se le descubre, se puede perder el interés de tener un hijo y por lo tanto recurrir a la práctica del aborto.(4). Hay el caso de que una mujer necesite o sienta la necesidad de embarazarse para cumplir ciertas fantasías o ilusiones originadas en la soledad, pero que sin embargo es incapaz de enfrentarse a la realidad del embarazo y rechazar la maternidad. Un ejemplo de esto, es aquél de la adolescente que se siente sola y sin amor y que puede desear un hijo con la ilusión de cuidarlo y amarlo, teniendo fantasías de que siendo madre tendrá un compañero para siempre que la amará y la respetará.(3).

Frecuentemente se utiliza la gestación como una defensa contra la problemática familiar y la soledad, sintiéndose así la mujer protegida por el nuevo ser humano.(4)

Para muchas mujeres el hecho de tener hijos y su posterior crianza es un papel satisfactorio, ya que es considerado como la continuación de sus vidas desde su infancia hasta la edad adulta. Por supuesto en la pareja madura, tener y criar un hijo es el resultado de un amor mutuo.(3).

El embarazo se considera que es un escalón desde el nacimiento hasta la muerte y que ciertas mujeres experimentan como crisis emocional, o del desarrollo del que no hay retorno ya que la vida no será igual en el futuro. La forma en que la mujer embarazada responda a ésta situación dependerá de su desarrollo previo y del contexto social en que ocurre. (3). La madre revivirá su niñez durante el embarazo a fin de liberarse inconscientemente de la problemática que conlleva el crecimiento de la familia humana.(4). Estos hechos dados a nivel inconciente, se reflejaran en períodos de "mal humor" en el transcurso de la gestación, habiendo en ocasiones sentimientos variados, como serían de tristeza o de presión de esfuerzos concomitantes inconcientes de resolver "algo pendiente".(2).

Para ciertas mujeres, las primeras reacciones psicológicas y emocionales respecto al embarazo y sus implicaciones asociadas con él, en vistas a un futuro inmediato, consisten en un intenso resentimiento, indignación y/o miedo, tomando el embarazo como una amenaza personal a su integridad física y emotiva y que, en muchas ocasiones buscan la forma de terminar con el embarazo, olvidandose de los peligros que entraña el aborto.(5).

En un período temprano se identifica al embarazo como una fantasía, que se acepta si place, o bien de rechazarse si disgusta o incomoda, olvidandose de la censura de la conciencia, lo que explica parcialmente la ausencia de sentimientos de culpabilidad después de un aborto.(4). En un gran porcentaje de mujeres, la presencia del embarazo pasa de ser

una fantasía inicial, o duda inicial, a un hecho real y evolutivo, y por lo tanto tener resentimientos, sentimientos de culpa y remordimientos, que persisten durante todo el embarazo y en ocasiones hasta mucho después que ha terminado éste. A pesar de esto, las descompensaciones psicológicas importantes que requieren hospitalización no son frecuentes, - habiendo generalmente buena respuesta a los tratamientos convencionales.(5).

Al evidenciarse el embarazo físicamente, lo cuál ocurre en el segundo trimestre de la gestación, la mujer pasa de tomar el hecho como abstracto y empieza a tomar conciencia de la realidad de que va a tener un hijo, con la percepción de aumento de volumen abdominal, percepción de movimientos fetales y cambios notables en su fisonomía en general.(1). Posteriormente, al acercarse el momento del parto, la mujer va a centrar su atención en el parto y las consecuencias posteriores.(2).

En el último trimestre de la gestación, la actitud psicológica generalmente cambia, siendo la de que las mujeres - que tenían temor y rechazo inicialmente, lo aceptan como un hecho real e inminente, adoptando actitudes positivas. Otras mujeres, en cambio, toman actitudes negativas y hasta de pánico al irse acercando el momento del parto y la inminente maternidad. Este tipo de mujeres son las que en embarazos -- previos y partos han pasado por experiencias dolorosas prolongadas y desagradables, o bien que tienen una nula o errónea información al respecto.(1,3).

En nuestra unidad, únicamente el 41.8% de las mujeres embarazadas reciben atención médica prenatal en alguna ocasión. (8).

CAPITULO III.

M A T E R I A L Y M E T O D O S.

Para llevar a cabo el presente estudio, se seleccionó - aquellas pacientes embarazadas que se encuentran dentro del - módulo de control prenatal, que incluye a 10 consultorios de Medicina Familiar.

Las pacientes seleccionadas fueron aquellas que para la primera entrevista se encontraban con una edad gestacional - cronológica hasta de 28 semanas y que aceptaron colaborar -- con el estudio.

La recolección de datos se llevó a cabo por medio de la aplicación de 3 tests, en un lapso de 3 meses, con un tiempo de aplicación entre uno y otro de 1 mes a cada paciente estudiada. El período para la recolección de datos fué del 10. - de Agosto al 31 de Octubre de 1984.

En el Hospital General de Zona con Medicina Familiar de Morelia, Mich., según el estudio del Diagnóstico de Salud de la Unidad del mes de Julio de 1984 se encontró que mujeres - en vida reproductiva de los 15 a los 44 años de edad era de; 25,008. Por grupos de edad se encontraron:

De 15 a 19 años.....	4345
De 20 a 24 años.....	5623
De 25 a 29 años.....	5678
De 30 a 34 años.....	3797
De 35 a 39 años.....	3062
De 40 a 44 años.....	<u>2503</u>

TOTAL: 25,008

Del total de pacientes en edad reproductiva de la Unidad en un momento dado, se considera que el 10% se encuentra embarazada, lo que nos dá un total de 2,500. De ésta cifra total, la dividiremos en tercios para separarlas por trimestres, lo que nos dá una cifra de 1,666 pacientes que se encuentran en el primero y segundo trimestre de la gestación.

El total de consultorios de Medicina Familiar es de 24 - en el Hospital General Regional de Zona con Medicina Familiar de Morelia, Mich. en el tiempo del presente estudio. Cada consultorio con 2 horarios cada uno, lo que nos da un total de - 48 horarios, por lo tanto el número de embarazadas por consultorio por horario es de 34. Los consultorios-horario dentro - del estudio son 10, lo que nos da un total de 340 pacientes.

Las pacientes incluidas en el presente estudio es de 42 que corresponde al 12.35% del total de gestantes de los consultorios incluidos.(10).

Inicialmente se entrevistaron y aplicaron los test a 45-pacientes, de las cuales se excluyeron a 3: Una paciente se negó a contestar el segundo y tercer test. Otra paciente no se localizó para la aplicación del tercer test. Una más no -- contestó el segundo y tercer test por no acudir a cita a control prenatal.

Los test aplicados se conformaron como sigue:

El primer test con un total de 31 preguntas.

El segundo test con un total de 22 preguntas.

El tercer test con un total de 21 preguntas. Este es igual al primero, eliminandose las primeras 10 preguntas.

Cada uno explora varios parámetros: El estado familiar, - el aspecto del producto del embarazo, el parto, el embarazo - en sí y el aspecto de la planificación familiar.

PRIMER TEST.

Y

TERCER TEST. EN ESTE, SE EXCLUYEN LAS II PRIMERAS PREGUNTAS.

- 1.- NOMBRE: _____
- 2.- DOMICILIO: _____
- 3.- EDAD: _____
- 4.- ¿ ES USTED CASADA AL CIVIL ? : _____
- 5.- ¿ ES USTED CASADA POR LA IGLESIA ? : _____
- 6.- ¿ CUANTOS EMBARAZOS LLEVA INCLUYENDO EL ACTUAL ? : _____
- 7.- ¿ A QUE EDAD TUVO SU PRIMER HIJO ? : _____
- 8.- ¿ DESPUES DE SU PARTO PIENSA PLANIFICAR SU FAMILIA ? : _____
- 9.- ¿ CUANTOS HIJOS PIENSA TENER EN TOTAL ? : _____
- 10.- ¿ A QUE SE DEDICA SU ESPOSO ? (SI UD. TRABAJA ANOTELO -
TAMBIEN) : _____
- 11.- ¿ HASTA QUE AÑO ESTUDIO USTED ? : _____
- 12.- ¿ A SU ESPOSO LE GUSTAN LOS NIÑOS ? :
(F) a) Mucho. A b) Poco. M c) Nada. I d) Los rechaza. R
- 13.- ¿ ES USTED FELIZ O ACEPTABLEMENTE FELIZ EN SU MATRIMONIO ? :
(F) a) Mucho. A b) Regular. M c) Poco. I d) Nada. R
- 14.- ¿ ACEPTA USTED SU EMBARAZO ACTUAL ? :
(E) a) Completamente. A b) Por que no le queda otra. I
c) No por que le da miedo. M d) No definitivamente. R
- 15.- ¿ SU EMBARAZO ACTUAL LE CAUSA MOLESTIAS ? :
(E) a) Muchas. R b) Pocas. M c) Ninguna. I d) Se siente me
jor ahora. A
- 16.- ¿ SU EMBARAZO ACTUAL ES POR UNA FALLA EN LOS METODOS ANTICON
CEPTIVOS ? :
(PF) a) Si. R b) No. A c) Lo ignora. M d) No le interesa. I

17.- ¿ LE GUSTARIA NO ESTAR EMBARAZADA ? :

- (E) a) Sí. R b) Así está bien. A c) No lo había pensado. I
 d) Lo ha pensado mucho. M

18.- ¿ PIENSA UD. QUE SU EMBARAZO PONE EN PELIGRO SU VIDA ? :

- (E) a) Sí. R b) Definitivamente nó. A
 c) No lo había pensado. I d) Lo ha pensado mucho. M

19.- ¿ HA PENSADO EN ABORTAR ? :

- (E) a) Nunca. A b) Rara vez. M c) Frecuentemente. I
 d) Siempre. R

20.- ¿ LOS PARTOS DE SUS HIJOS ANTERIORES HAN SIDO LARGOS Y PRO
 LONGADOS ? :

- (P) a) Ninguno. A b) Solo algunos. I
 c) Todos. R d) Es su primer embarazo. M

21.- ¿ USTED HA PROGRAMADO SUS EMBARAZOS ? :

- (PF) a) Siempre. A b) Casi siempre. M c) Nunca. R
 d) No le interesa programarlos. I

22.- ¿ LE MOLESTA MUCHO EL LLANTO DE UN NIÑO ? :

- (H) a) Siempre. R b) Casi siempre. M c) Nunca. I
 d) Investiga por que llora. A

23.- ¿ TIENE UD. MIEDO AL PARTO ? :

- (P) a) Mucho. M. b) No lo ha pensado. I
 c) Le causa terror. R d) No. A

24.- ¿ HA SENTIDO TEMOR DE QUE SU HIJO FUERA PREMATURO O QUE
 "ESTUVIERA MAL" ? :

- (H) a) Mucho. A b) Poco. M c) No lo había pensado. I
 d) No le interesa. R

25.- ¿ PIENSA DARLE UD. EL PECHO A SU NIÑO ? :

- (H) a) Si. A b) No. R c) No lo ha pensado. I
 d) Está indecisa. M

- 26.- ¿ SU ESPOSO HACE PLANES PARA EL HIJO QUE UD. ESPERA ? :
- (F) a) Casi siempre. A b) Rara vez. M c) Nunca. I
 d) Le ha reclamado que usted se encuentre embarazada. R
- 27.- ¿ HA TEJIDO Y PREPARADO LA ROPITA QUE USARA SU HIJO ? :
- (H) a) Mucha. A b) Poca. M c) Ninguna. I
 d) No le interesa. R
- 28.- ¿ HA PENSADO EN EL NOMBRE QUE LE PONDRA A SU HIJO ? :
- (H) a) Mucho. A b) Poco. M c) No. I d) No le interesa. R
- 29.- ¿ SU EMBARAZO ACTUAL HA CAMBIADO SU VIDA ? :
- (E) a) Favorablemente. A b) Negativamente. R c) No. I
 d) Le produce temor. M
- 30.- SU EMBARAZO :
- (E) a) Lo acepta. A b) Le da miedo. M c) Lo rechaza. R
 d) Le es indiferente. I
- 31.- ¿ LE MOLESTA LAVAR PAÑALES Y EN GENERAL ROPA DE NIÑO ? :
- (H) a) Nunca. A b) Casi nunca. M c) La pone de mal humor. R
 d) No piensa lavar pañales. I

SEGUNDO TEST.

1.- NOMBRE: _____

2.- ¿ CUANTO TIENE DE EMBARAZADA USTED ? : _____

3.- ¿ LE DISGUSTA LAVAR ROPA DE NIÑO ? :

- (H) a) Le pone de mal humor. R b) No piensa lavar ropa de niño. I
 c) Casi nunca. M d) Nunca. A

4.- ¿ SU ACTUAL EMBARAZO ? :

- (E) a) La pone de mal humor. R b) No le interesa. I
 c) Le produce temor. M d) Lo ve favorablemente. A

5.- ¿ SU VIDA DIARIA HA CAMBIADO CON ESTE EMBARAZO ? :

- (E) a) Le produce temor. M b) No. I c) Positivamente. A
 d) Negativamente. R

6.- ¿ YA SABE QUE NOMBRE LE PONDRA A SU HIJO ? :

- (H) a) Si. A b) No. I c) Cualquiera es bueno. R d) Tiene
 duda. M

7.- ¿ HA PREPARADO LA ROPA QUE USARA SU HIJO CUANDO NAZCA ? :

- (H) a) Si. A b) No. I c) Se ocupará de ello después. R
 d) No sabe que hacer. M

8.- ¿ PIENSA SU ESPOSO EN EL FUTURO DE SU HIJO ? :

- (F) a) Casi siempre. A b) Rara vez. M c) Nunca. I
 d) Le ha llegado a reclamar que Ud. se encuentre embarazada. R

9.- ¿ HA PENSADO EN ALIMENTAR A SU HIJO AL SENO. ? :

- (H) a) Está indecisa. M b) No lo había pensado. I
 c) No. R d) Sí. A

10.- ¿ HA SENTIDO TEMOR DE QUE SU HIJO NAZCA ANTES DE TIEMPO
 O DE QUE NO ESTUVIERA BIEN ? :

- (H) a) No le interesa. R b) No lo había pensado. I
 c) Mucho. A d) Poco. M

11.- ¿ EL PARTO LE PRODUCE MIEDO ? :

- (P) a) Sí. M b) No. A c) No lo ha pensado. I
 d) Creí que es un mal necesario. R

12.- ¿ CUANDO LLORA UN NIÑO USTED.....? :

- (H) a) Se pone de mal humor. R b) Lo deja que lllore. I
 c) Se pone nerviosa. M d) Lo consuela. A

13.- ¿ USTED HA PROGRAMADO SUS EMBARAZOS ? :

- (PF) a) No. R b) Todos. A c) Solo algunos. M
d) No sabe que es eso. I

14.- ¿ SUS PARTOS ANTERIORES HAN SIDO LARGOS Y DOLOROSOS ? :

- (P) a) Es su primer embarazo. M b) Todos. R c) Algunos. I
d) Ninguno. A

15.- ¿ HA PENSADO EN EL ABORTO AHORA QUE SE ENCUENTRA EMBARAZADA ? :

- (E) a) Todos los días. R b) Solo al principio del embarazo. M
c) A veces sí y a veces no. I c) Nunca. A

16.- ¿ SIENTE QUE SU VIDA SE VE AMENAZADA POR EL EMBARAZO ? :

- (E) a) No lo había pensado. I b) Definitivamente sí. R
c) Definitivamente no. A d) Sí, pero corre el riesgo. M

17.- ¿ LE GUSTARIA NO ESTAR EMBARAZADA ACTUALMENTE ? :

- (E) a) Lo ha pensado mucho. M b) No lo había pensado. I
c) Se encuentra mejor ahora. A c) Sí. R

18.- ¿ LE FALLARON LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESTE EMBARAZO ? :

- (PF) a) No le interesa saberlo. I b) Lo ignora. M c) No. A
d) Si. R

19.- ¿ TIENE MOLESTIAS CON SU EMBARAZO ? :

- (E) a) Se siente mejor ahora. A b) Ninguna. I c) Pocas. M
d) Muchas. R

20.- ¿ ESTE EMBARAZO UD. LO ACEPTA ? :

- (E) a) No, definitivamente. R b) No, por que le da miedo. M
c) Por que no le queda otra. I d) Completamente. A

21.- ¿ USTED CONSIDERA QUE SU MATRIMONIO ES FELIZ ? :

- (F) a) Nada. R b) Poco. I c) Regular. M d) Mucho. A

22.- ¿ LOS NIÑOS LE AGRADAN A SU ESPOSO ? :

- (F) a) Mucho. A b) Poco. M c) Nada. I d) Los rechaza. R

El primer test se encuentra dividido en 2 partes que son en su primera parte, hasta el cuestionamiento 11, datos generales de la paciente. La segunda parte, desde la pregunta número 12 hasta la 30 explora la Psicología del embarazo.

El segundo test también se encuentra dividido en 2 partes. La primera identificatoria y edad gestacional. La segunda parte, de la pregunta 3 hasta la 22 explora la Psicología del embarazo.

El tercer test se compone por lo tanto de 2 partes. La identificación en la primera pregunta, y el resto explora la Psicología del embarazo.

Todos los test contienen las mismas preguntas de fondo, pero planteadas de diferente manera.

En la segunda sección o parte de cada cuestionario se encuentra compuesta de preguntas de opción múltiple, de 4 -- parámetros cada una. Cada parámetro tendrá un valor dado. De acuerdo a las respuestas se calificará de la siguiente manera a cada parámetro que se identifica con : A, M, I, R., en donde:

- A= Aceptación.....4 puntos.
- M= Miedo.....3 puntos.
- I= Indiferencia.....2 puntos.
- R= Rechazo.....1 punto.

Todas las preguntas de la segunda sección de cada test se encuentran clasificadas en: (F), (E), (PF), (P) y (H). donde:

- (F)= Aspectos familiares respecto al embarazo.
- (E)= Aspectos del embarazo por parte de la paciente.

Cada test consta de 20 preguntas en su segunda parte, - por lo que la puntuación de cada referencia medida e. de.:

ACEPTACION X 20 PREGUNTAS.....	80 puntos
MIEDO X 20 PREGUNTAS.....	60 puntos
INDIFERENCIA X 20 PREGUNTAS.....	40 puntos
RECHAZO X 20 PREGUNTAS.....	20 puntos

Siendo que se aplicaron 3 test, nos da un total de puntuación de:

ACEPTACION X 20 PREGUNTAS X 3 TEST.....	240 puntos
MIEDO X 20 PREGUNTAS X 3 TEST.....	180 puntos
INDIFERENCIA X 20 PREGUNTAS X 3 TEST.....	120 puntos
RECHAZO X 20 PREGUNTAS X 3 TEST.....	60 puntos

INTERPRETACION. Respecto a los parámetros establecidos, se otorgó un margen de puntuación de 10 para cada referencia A, M, I, R.

ACEPTACION.....	De 80 a 70.
MIEDO.....	De 70 a 60.
INDIFERENCIA.....	De 60 a 50.
RECHAZO.....	De 50 a 40.

Respecto a las referencias para la calificación general integral, se otorgó un margen de 30 puntos:

ACEPTACION.....	De 240 a 211 puntos
MIEDO.....	De 210 a 181 puntos
INDIFERENCIA.....	De 180 a 151 puntos
RECHAZO.....	De 150 o menos.

I N T E R P R E T A C I O N .

La función básica de los test psicológicos consiste en medir diferencias entre los individuos o entre las reacciones del mismo individuo en distintas ocasiones. En Psicología diferencial casi todos los problemas requieren la inclusión de test como un medio de reunión de datos, citándose el grado de diferencias individuales en rasgos psicológicos.

En los tests de personalidad se suele referir a las medidas de características como la adaptación emocional, relaciones sociales, motivación, intereses y actitud.

El Self Report Inventory (Inventario autodescriptivo) es la hoja de datos personales (Desarrollada por Woodworth) sirvió para medir la adaptación personal emocional respecto al hogar, la escuela, etc.

Las técnicas proyectivas usadas por médicos en sujetos de estudio, se les encomienda la respuesta a cuestionamientos estructurados, con una amplia libertad para su solución en donde el sujeto proyectará su modo característico de respuesta. Estas tienen su objetivo más o menos encubierto, reduciendo así las probabilidades de que el sujeto pueda -- crear deliberadamente la impresión deseada. Un test psicológico constituye esencialmente una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta. Los test tienen un valor diagnóstico como indicador de un área de la conducta relativamente amplia y significativa. Los elementos de los test no tienen por que parecerse a la conducta que han de predecir. El grado de semejanza entre la muestra del test y la conducta predicha pueden variar ampliamente.

TIPIFICACION: Supone uniformidad de procedimientos en la aplicación y puntuación del test. La tipificación se extiende a los valores empleados, límites de tiempo, instrucciones a los sujetos, demostraciones previas.

Hay que establecer normas. Una norma es la actuación media o normal. En un test de personalidad la norma no es necesariamente la actuación más deseada o ideal. La norma corresponde a la actuación de los individuos del promedio.

La APLICACION, PUNTUACION e INTERPRETACION son objetivos en cuanto son independientes del juicio subjetivo del examinador.

FIABILIDAD: Significa consistencia de las puntuaciones obtenidas por las mismas personas cuando se les aplica el mismo test otra vez, o una forma equivalente de él. Debe informarse el número y naturaleza de los individuos sobre los que se realizó el control de fiabilidad. Los resultados obtenidos pueden variar relativamente cuando las circunstancias de los sujetos en estudio son cambiantes.

VALIDEZ: Es el grado en que aquél mide realmente lo que se pretende medir.

De los resultados obtenidos hay que tabular las puntuaciones en una distribución de frecuencias.

CAPITULO IV.

R E S U L T A D O S O B T E N I D O S .

Se estudiaron a 42 pacientes embarazadas en el Hospital General Regional de Zona con Medicina Familiar T-1, de Morelia, Michoacán, a las que se les aplicaron test psicológicos en un total de 126, 3 test por cada paciente.

En la edad de las pacientes estudiadas se encontró la edad mínima fué de 16 años y la máxima de 35 años. La edad en la que más embarazos se encontraron fué de los 20 a los 30 años, disminuyendo en el grupo de 31 a 35 años.

Respecto al matrimonio se encontró que el 100% se encuentran con el nexo civil, el 83.33% tienen el nexo religioso. El estrato socioeconómico mostró una prevalencia en la clase media baja. La ocupación de las pacientes estudiadas fué en tres cuartas partes exclusivamente el hogar y una cuarta parte con actividad productiva. La ocupación del cónyuge es en un poco más de la mitad, que se desempeñan como empleados y en trabajos diversos, un poco menos de la tercera parte son obreros y con trabajos técnicos, y solamente una quinta parte es profesionista. La escolaridad se encontró que, un poco menos de la tercera parte había terminado la enseñanza secundaria, siguiéndole la Preparatoria o carrera comercial completa. En la primaria, un poco menos del 20% la había concluido y otro tanto la había dejado inconclusa. En profesional, la población fué un poco menos de la veintava parte.

La edad gestacional encontrada fué que en un poco más de la mitad se hallaba en el tercer trimestre de la gestación y el resto en el segundo trimestre. No hubo pacientes que se encontraran en el primer trimestre. El número de embarazos previos, dos quintas partes se clasificaron como primi

gestas, otro tanto como multigestas y solamente una quinta parte como secundigestas. En las primigestas la edad mínima encontrada fué de 16 años y la máxima de 29 años. En el grupo de edad de los 16 a los 20 años fué en donde se encontraron más primigestas y el menor en el grupo de 26 a 29 años. De las multigestas (2 o más embarazos), la edad mínima encontrada fué de 20 años y la máxima de 35 años. Las secundigestas quedaron entre éste rango de edades de las primigestas y las multigestas.

Las expectativas de paridad según el número de embarazos encontrada fué mayor en las multigestas, siguiendo las primigestas y por último las secundigestas. La edad de las pacientes cuando presentaron su primer embarazo, en un poco menos de la mitad se encontró que ocurrió antes de cumplir los 20 años de edad, con una moda de 19 años. Las expectativas de paridad según la clase social, se encontró que es mayor en la clase baja, teniendo el menor índice la clase alta quedando las otras dos clases sociales en un lugar intermedio. Las expectativas de paridad según la escolaridad se encontró que es mayor en las pacientes con estudios primarios-incompletos, siguiendo las pacientes con Profesional incompleta, teniendo el índice más bajo las pacientes con Preparatoria o Carrera Comercial completa. Con la alternativa de seguimiento de un método de planificación familiar, un poco menos del 90% lo tomaran en consideración en el postparto.

En la Psicología del embarazo encontramos que hay una a

ceptación completa por parte de la familia, incluyéndose en éste el cónyuge. Respecto al embarazo en sí, un poco más de las dos terceras partes lo acepta completamente y el resto manifiesta temor. Respecto al parto, dos quintas partes lo aceptan completamente, otras dos quintas partes manifiesta temor y el resto se mantiene indiferente, por el momento a éste parámetro. Por el producto del embarazo, 36 pacientes manifiestan una aceptación total al hijo y únicamente 6 albergan temor por causas diversas. Lo concerniente a la planificación familiar, en 18 pacientes no había habido experiencias desagradables en éste terreno. En 20 pacientes hubo datos que indican experiencias desagradables con su uso. En una paciente hubo una negativa completa. La Psicología respecto a embarazos previos, en 16 pacientes no habían sufrido experiencias desagradables. En 19 pacientes se manifestó temor por causas diversas; 6 pacientes mostraron indiferencia a éste rubro y solamente en una paciente se presentó un rechazo total por experiencias traumáticas.

Los aspectos psicológicos integrales, en el primer test se encontró una aceptación total en 15 pacientes, 22 manifestaron temor, 4 indiferencia y una franco rechazo. En el segundo test se encontró aceptación en 11 pacientes y temor en 25 pacientes. En el renglón de la indiferencia se agregó una paciente. En el tercer test se encontraron 27 pacientes con temor y 9 con una aceptación total. Los otros rubros se mantuvieron sin cambios.

El resultado final fué de aceptación en 9 pacientes, 28 con temor, 4 indiferentes y una con rechazo.

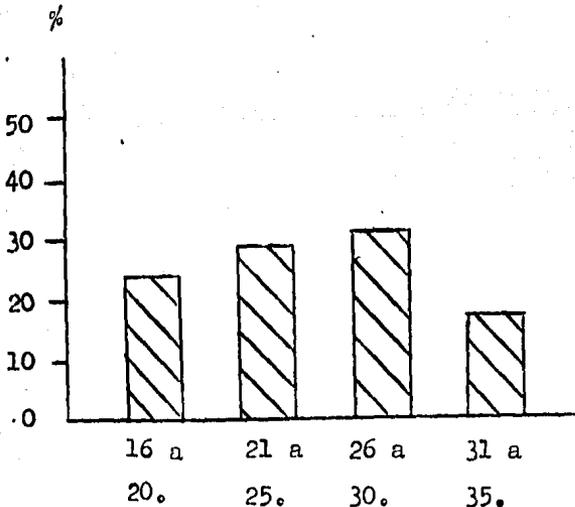
GRUPOS DE EDADES DE PACIENTES EMBARAZADAS.

CUADRO I

GRUPOS DE EDAD.	PACIENTES	PORCENTAJE
De 16 a 20 años.....	10	23.81%
De 21 a 25 años.....	12	28.58%
De 26 a 30 años.....	13	30.95%
De 31 a 35 años.....	7	16.66%
TOTAL =	42	100.00%
RANGO DE 16 a 35 años: 20		PROMEDIO DE EDAD: 24.95

Fuente: Datos de test aplicado

FIGURA I



GRUPOS DE EDAD.

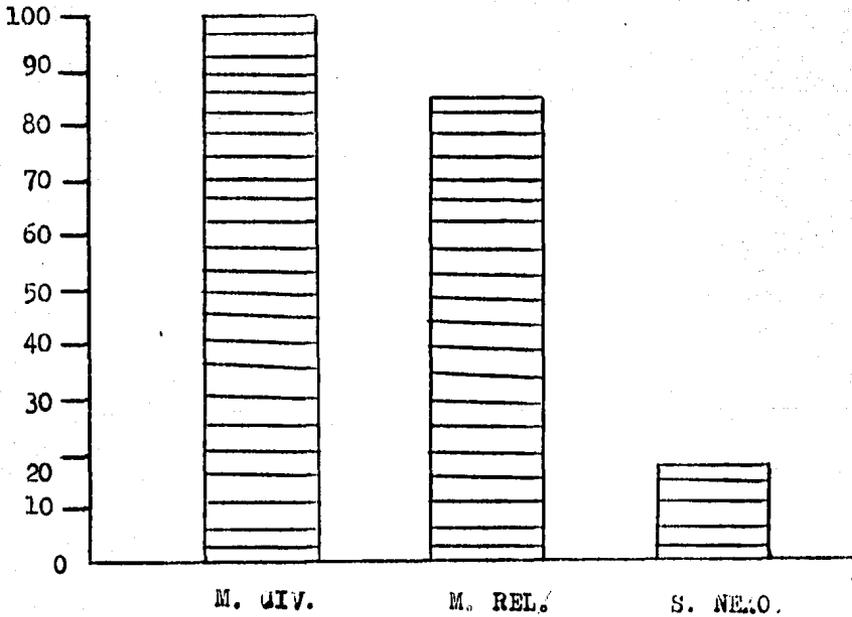
MATRIMONIO CIVIL, RELIGIOSO Y SIN NEXO.

CUADRO II

M. CIVIL.	PORCENTAJE	M. REL.	PORCENTAJE	S. N.	PORCENTAJE
42.....	100.00	35.....	83.33	7.....	16.66

Fuente: Datos de test aplicado

FIGURA II



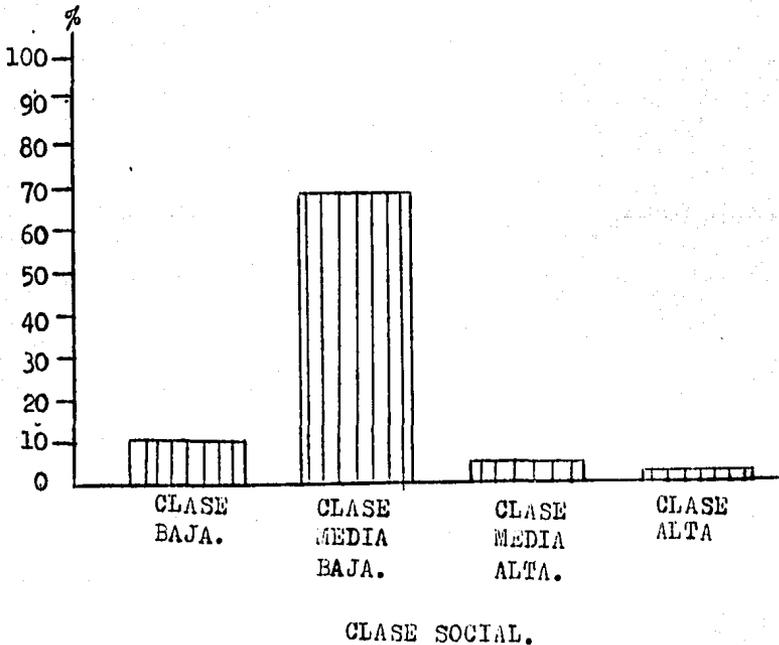
NIVEL SOCIOECONOMICO DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS.

CUADRO III

CLASE SOCIAL.	PACIENTES	PORCENTAJE
Clase baja.....	6	14.60%
Clase media baja.....	30	71.40%
Clase media alta.....	4	9.50%
Clase alta.....	2	4.70%
TOTAL =	42	100.00

Fuente: Datos de test aplicado

FIGURA III



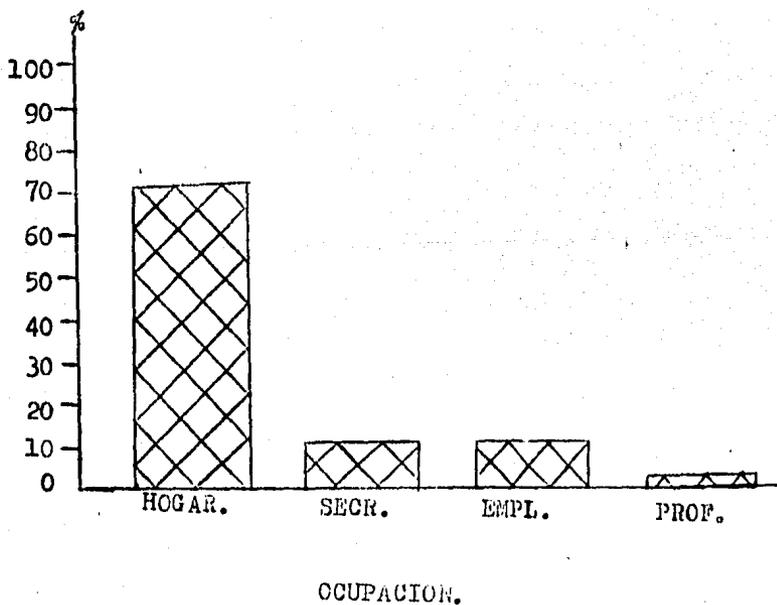
OCUPACION DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS.

CUADRO IV.

OCUPACION.	PACIENTES	PORCENTAJES
Hogar.....	31	73.80 %
Secretaria.....	5	11.91 %
empleada en diversos.....	5	11.91 %
Profesionista.....	1	2.38 %
TOTAL =	42	100.00 %

Fuente: Datos de test aplicado

FIGURA IV



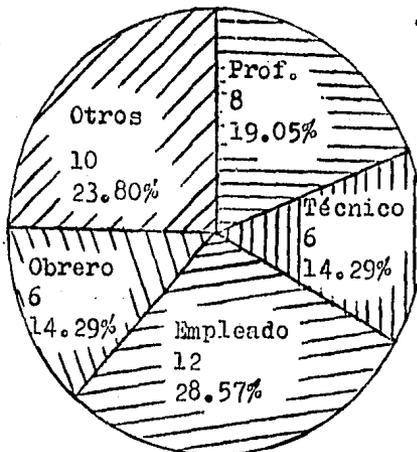
OCUPACION DEL CONYUGE DE LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO

CUADRO V

OCUPACION.	CONYUGE	PORCENTAJE
Profesionista.....	8	19.05%
Técnico.....	6	14.29%
Empleado.....	12	28.57%
Obrero.....	6	14.29%
Otros.....	10	23.80%
TOTAL =	42	100.00%

Fuente: Datos de test aplicado.

FIGURA V



ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS.

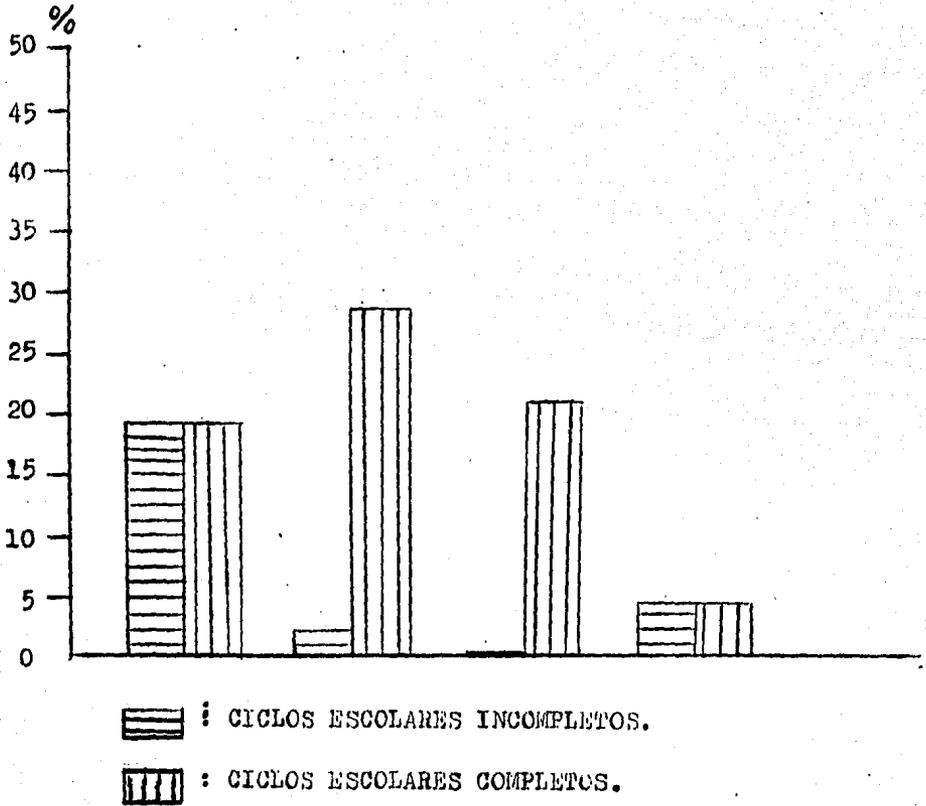
CUADRO VI

ESCOLARIDAD.	PACIENTES.	PORCENTAJE
Prim. Incomp.....	8	19.05%
Prim. comp.....	8	19.05%
Sec. incomp.....	1	2.38%
Sec. comp.....	12	28.57%
Prepa. o C. com. incomp....	0	0.00%
Prepa. o C. com. comp.....	9	21.42%
Prof. incomp.....	2	4.76%
Prof. comp.....	2	4.76%
TOTAL =	42	100.00%

Fuente: Datos de test aplicado.

ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS.

FIGURA VI



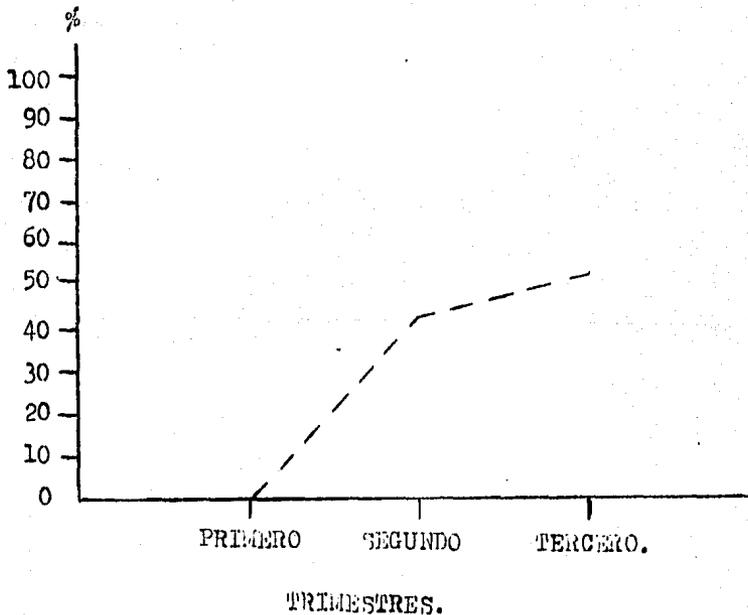
EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES DEL ESTUDIO.

CUADRO VII

TRIMESTRE.	PACIENTES	PORCENTAJE
Primer trimestre.....	0	00.00%
Segundo trimestre.....	19	45.24%
Tercer trimestre.....	23	54.76%
TOTAL =	42	100.00 %
PROMEDIO: 28 semanas.		RANGO de 18 a 26 sem: 18

Fuente: Datos de test aplicado.

FIGURA VII



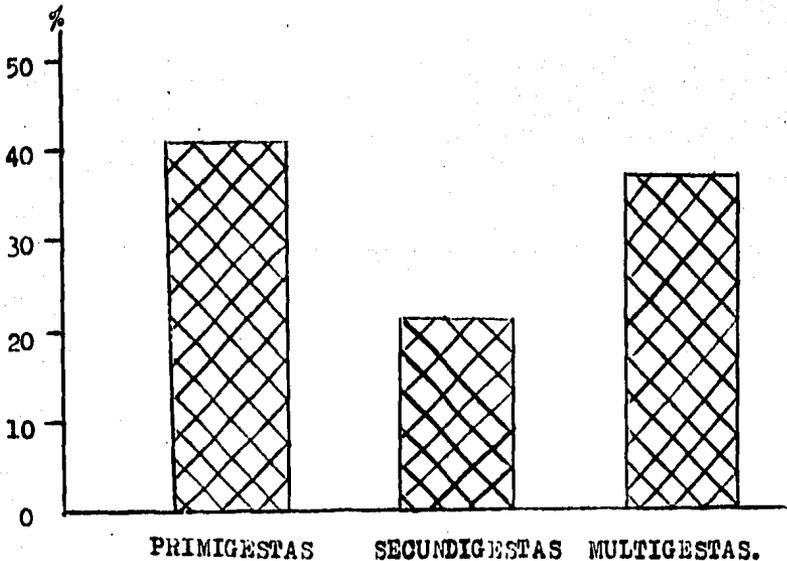
NUMERO DE EMBARAZOS DE LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.

CUADRO VIII

CLASIFICACION	PACIENTES	PORCENTAJES
Primigestas.....	17	40.48 %
Secundigestas.....	9	21.43 %
Multigestas.....	16	38.09 %
TOTAL =	42	100.00 %

Fuente : Datos de test aplicado

FIGURA VIII



NUMERO DE EMBARAZOS

EDAD DE LAS PACIENTES INCLUIDAS DENTRO DEL ESTUDIO SEGUN EL
NUMERO DE EMBARAZOS

CUADRO IX

PRIMIGESTAS.

GPOS. DE EDAD.	PACIENTES.	% DE PRIM.	% DEL TOTAL DE PAC.
16 a 20 años.....	8	47.06	19.06 %
21 a 25 años.....	6	35.29	14.28 %
26 a 29 años.....	3	17.65	7.14 %
TOTAL =	17	100.00	40.48 %
RANGO DE 16 a 29 AÑOS: 13.			

CUADRO X

SECUNDIGESTAS.

GPOS. DE EDAD.	PACIENTES.	% DE SECUN.	% DEL TOTAL DE PAC.
18 a 24 años.....	7	77.77	16.66 %
30 a 33 años.....	2	22.23	4.77 %
TOTAL =	9	100.00	21.43 %
RANGO DE 18 a 33 AÑOS: 15			

FUENTE: Datos de test aplicado

EDAD DE LAS PACIENTES INCLUIDAS DENTRO DEL ESTUDIO SEGUN EL
NUMERO DE EMBARAZOS.

CUADRO XI

MULTIGESTAS.

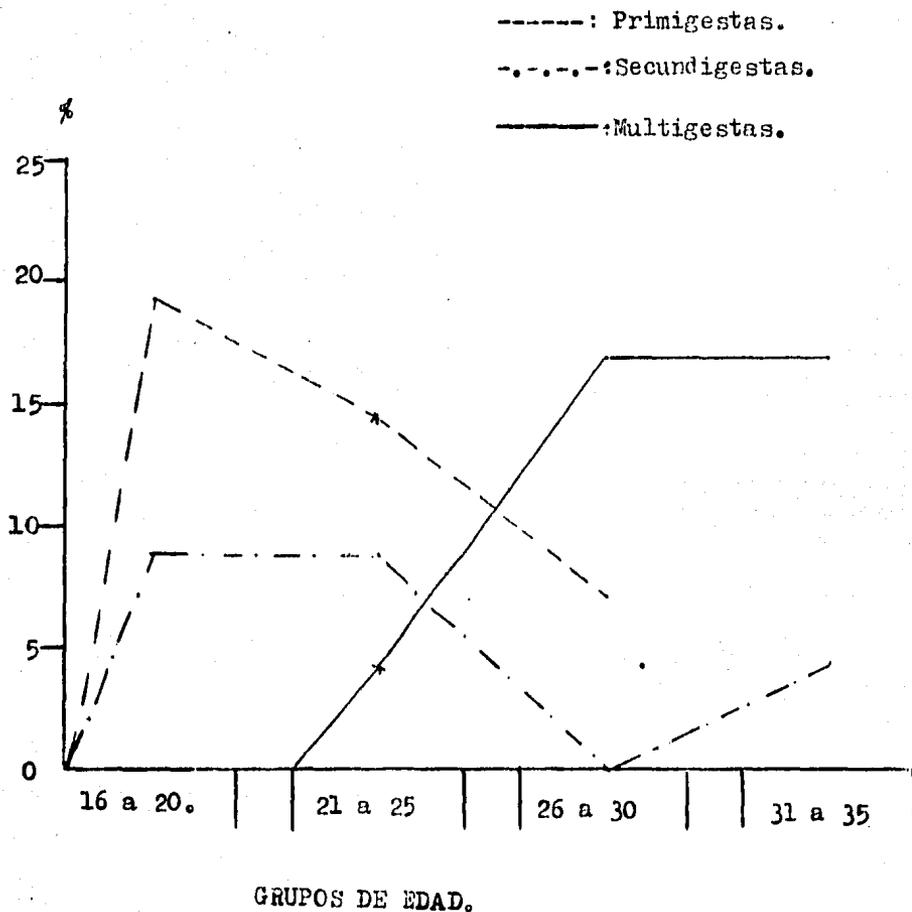
GPOS. DE EDAD.	PACIENTES.	% DE MULTIG.	% DEL TOTAL DE PAC.
20 a 24 años.....	2	12.50	4.77 %
25 a 29 años.....	7	43.75	16.66 %
30 a 35 años.....	7	43.75	16.66 %
TOTAL =	16	100.00	38.09 %
RANGO DE 20 a 35 AÑOS: 15			

Fuente: Datos de test aplicado

CUADROS IX, X y XI. en la figura IX.

EDAD DE LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO SEGUN EL NUMERO DE EMBARAZOS

FIGURA IX



Fuente: Datos de test aplicado.

EXPECTATIVAS DE PARIDAD SEGUN EL NUMERO DE EMBARAZOS DE LAS
PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.

CUADRO XII

CLASIFICACION.	PACIENTES.	EXPECTATIVAS DE P.		PORCENTAJE
Primigestas.....	17	.....	41	..... 31.78%
Secundigestas.....	9	.....	28	..... 21.71%
Multigestas.....	16	.....	60	..... 46.51%
TOTAL =	42		129	100.00%

Fuente: Datos de test aplicado

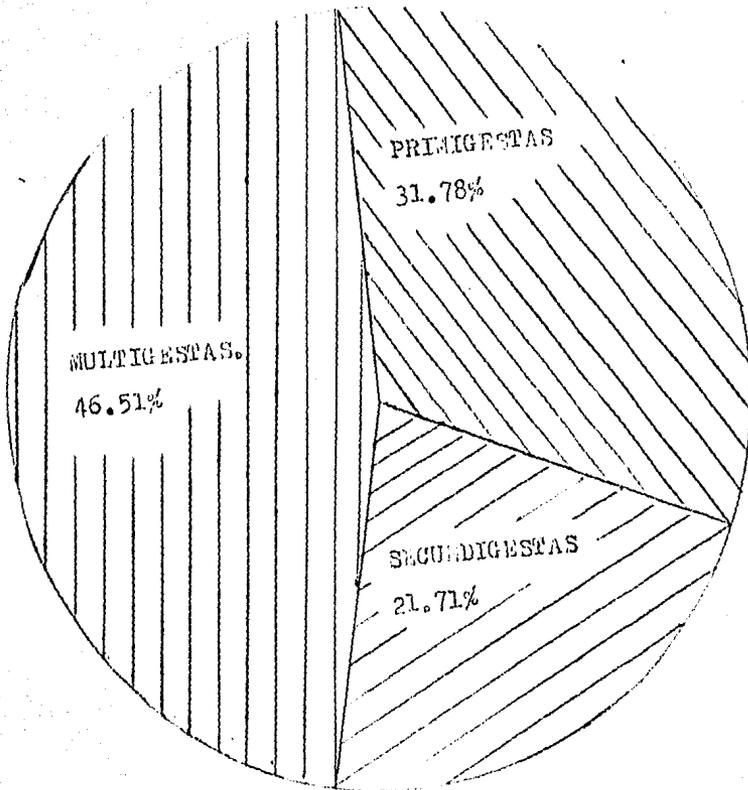
CUADRO XIII

CLASIFICACION.	RANGO DE PARIDAD	PROMEDIO	MODA	FRECUEN.
Primigestas.....	1-4: 3	..... 2.41	..... 3	..... 8
Secundigestas.....	2-5: 3	..... 3.11	..... 2	..... 4
Multigestas.....	3-5: 2	..... 3.75	..... 4	..... 9

Fuente: Datos de test aplicado.

EXPECTATIVAS DE PARIDAD SEGUN EL NUMERO DE EMBARAZOS DE LAS
PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.

FIGURA X



Fuente: Datos de test aplicado.

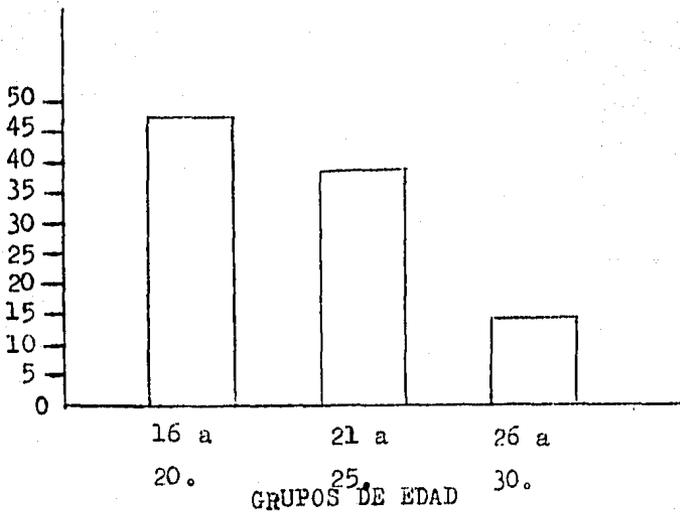
EDAD DE LAS PACIENTES DEL ESTUDIO AL PRIMER EMBARAZO PRESEN
TADO.

CUADRO XIV

GRUPOS DE EDAD.	PACIENTES	PORCENTAJES.
16 a 20 años.....	20	47.63 %
21 a 25 años.....	16	38.09 %
26 a 30 años.....	6	14.28 %
TOTAL =	42	100.00 %
RANGO DE 16 a 30 años: 13		MODA: 19 años.

Fuente: Datos de test aplicado.

FIGURA XI



EXPECTATIVAS DE PARIDAD SEGUN LA CLASE SOCIAL.

CUADRO XV

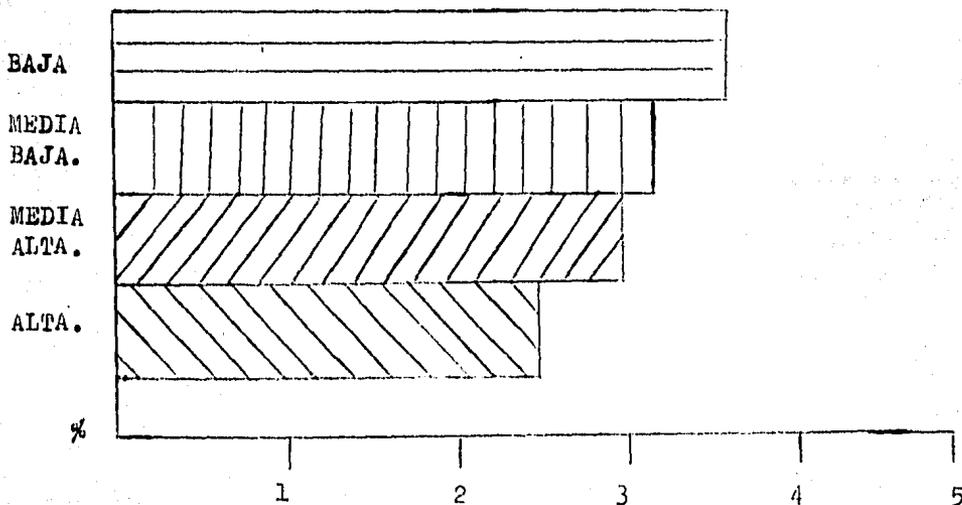
CLASE SOCIAL.	PACIENTES	EXPECTATIVAS.	PROMEDIO.
Clase baja.....	6	23	3.83 %
Clase media baja...	28	89	3.17 %
Clase media alta...	4	12	3.00 %
Clase alta.....	2	5	2.50 %
TOTAL =	40 ^{&}	129	TASA; 3.12

& : Se excluyeron 2 pacientes por no haber contestado ésta pregunta.

Fuente Datos de test aplicado

FIGURA XII

CLASE SOCIAL.



EXPECTATIVAS DE PARIDAD SEGUN LA ESCOLARIDAD.

CUADRO XVI.

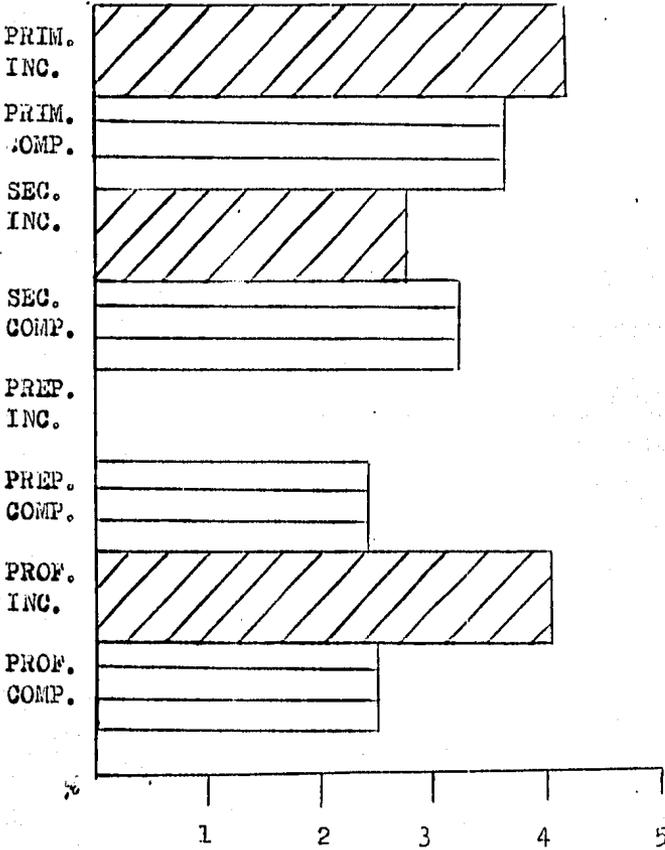
ESCOLARIDAD.	PACIENTES.	EXPECTATIVAS.	PROMEDIOS.
Prim. incomp.....	7	29	4.14%
Prim. comp.....	7	25	3.57%
Sec. incomp.....	4	11	2.75%
Sec. comp.....	10	32	3.20%
Prepa. o G. com.I.	0	00	0.00%
Prepa. o G. com.C.	8	19	2.37%
Prof. incomp.....	2	8	4.00%
Prof. comp.....	2	5	2.50%
TOTAL =	40 ^{&}	129	TASA : 3.21%

& : Se excluyeron a 2 pacientes por no haber contestado este cuestionamiento.

Fuente: Datos de test aplicado

EXPECTATIVAS DE PARIDAD SEGUN LA ESCOLARIDAD.

FIGURA XIII



Fuente: Datos de test aplicado.

ALTERNATIVA DE P.P.F.V. EN EL PUERPERIO.

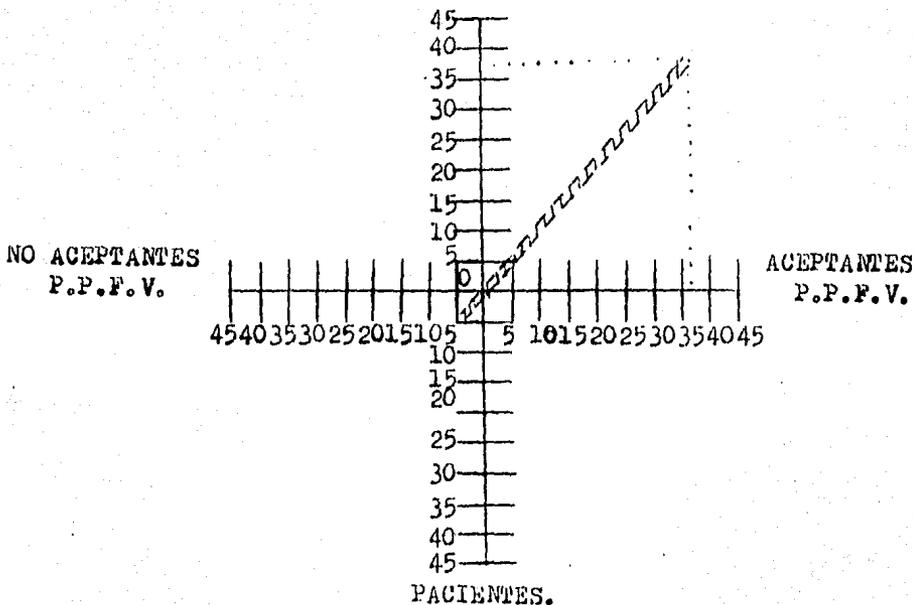
CUADRO XVII

P.P.F.V.	PACIENTES.	PORCENTAJE
Aceptantes.....	37	88.10%
No aceptantes.....	5	11.90%
TOTAL =	42	100.00%

Fuente: Datos de test aplicado.

FIGURA XII

PACIENTES.



ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL EMBARAZO CONCERNIENTES A LA FAMILIA

CUADRO XVIII

PSICOLOGIA DE:	PACIENTES	PORCENTAJE
Aceptación.....	42	100.00
Miedo.....	00	00.00
Indiferencia.....	00	00.00
Rechazo.....	00	00.00
TOTAL =	42	100.00

Fuente: Datos de test aplicado.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL EMBARAZO EN SI.

CUADRO XIX

PSICOLOGIA DE:	PACIENTES	PORCENTAJES
Aceptación.....	31	73.81 %
Miedo.....	11	26.19 %
Indiferencia.....	00	00.00 %
Rechazo.....	00	00.00 %
TOTAL =	42	100.00 %

Fuente: Datos de test aplicado

ASPECTOS PSICOLOGICOS CONCERNIENTES AL PARTO

CUADRO XX

PSICOLOGIA DE:	PACIENTES.	PORCENTAJES
Aceptación.....	25	59.52 %
Miedo.....	16	38.10 %
Indiferencia.....	1	2.38 %
Rechazo.....	0	00.00 %
TOTAL =	42	100.00 %

Fuente: Datos de test aplicado.

ASPECTOS PSICOLOGICOS RESPECTO AL PRODUCTO DEL EMBARAZO (HIJO)

CUADRO XXI

PSICOLOGIA DE:	PACIENTES.	PORCENTAJE
Aceptación.....	36	85.72 %
Miedo.....	6	14.28 %
Indiferencia.....	0	00.00 %
Rechazo.....	0	00.00 %
TOTAL =	42	100.00 %

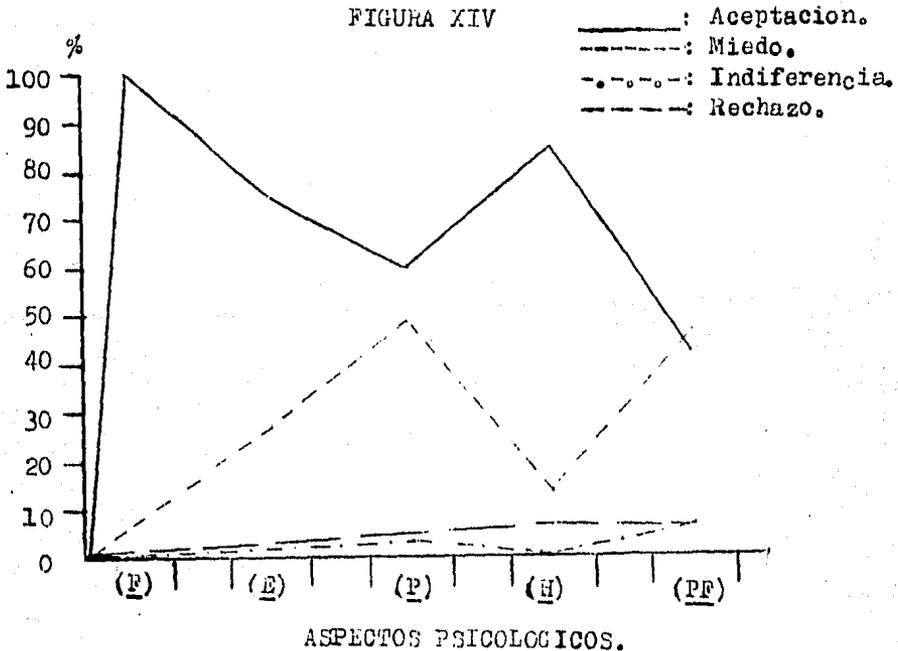
Fuente: Datos de test aplicado

ASPECTOS PSICOLÓGICOS RESPECTO PPFV.

CUADRO XXII

PSICOLOGIA DE	PACIENTES	PORCENTAJES.
Aceptación.....	1	42.85%
Miedo.....	20	47.61 %
Indiferencia.....	2	4.77 %
Rechazo.....	2	4.77 %
TOTAL =	42	100.00 %

Fuente: Datos de test aplicado.



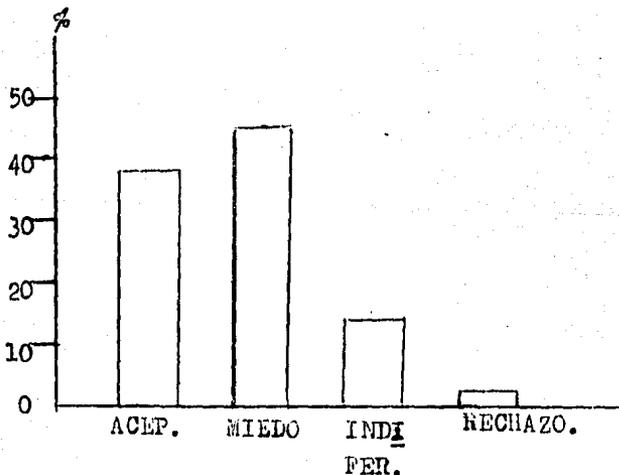
ASPECTOS PSICOLÓGICOS RESPECTO A EVOLUCIÓN DE EMBARAZOS
PREVIOS.

CUADRO XXIII

PSICOLOGÍA DE:	PACIENTES	PORCENTAJES
Aceptación.....	16	38.00 %
Miedo.....	19	45.24 %
Indiferencia.....	6	14.28 %
Rechazo.....	1	2.38 %
TOTAL =	42	100.00 %

Fuente: Datos de test aplicado.

FIGURA XV



ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

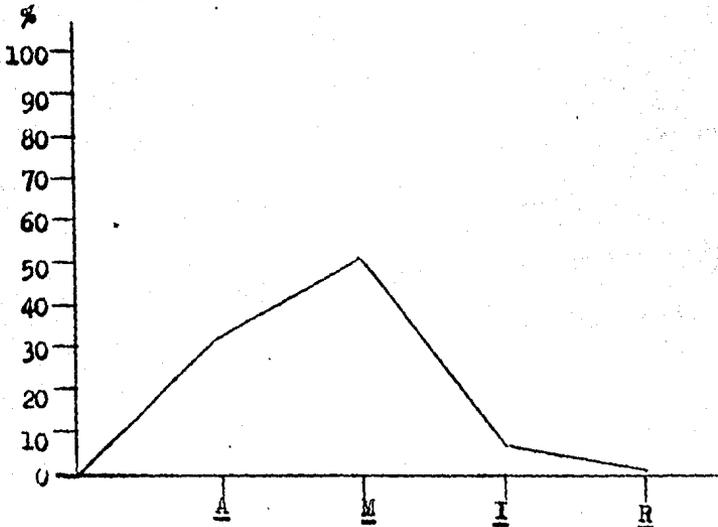
ASPECTOS PSICOLOGICOS INTEGRALES 1er. TEST.

CUADRO XXIV.

PSICOLOGIA DE:	PACIENTES	PORCENTAJE.
Aceptacion.....	15	35.72%
Miedo.....	22	52.38%
Indiferencia.....	4	9.52%
Rechazo.....	1	2.38%
TOTAL =	42	100.00%

Fuente: Datos de test aplicado

FIGURA XV



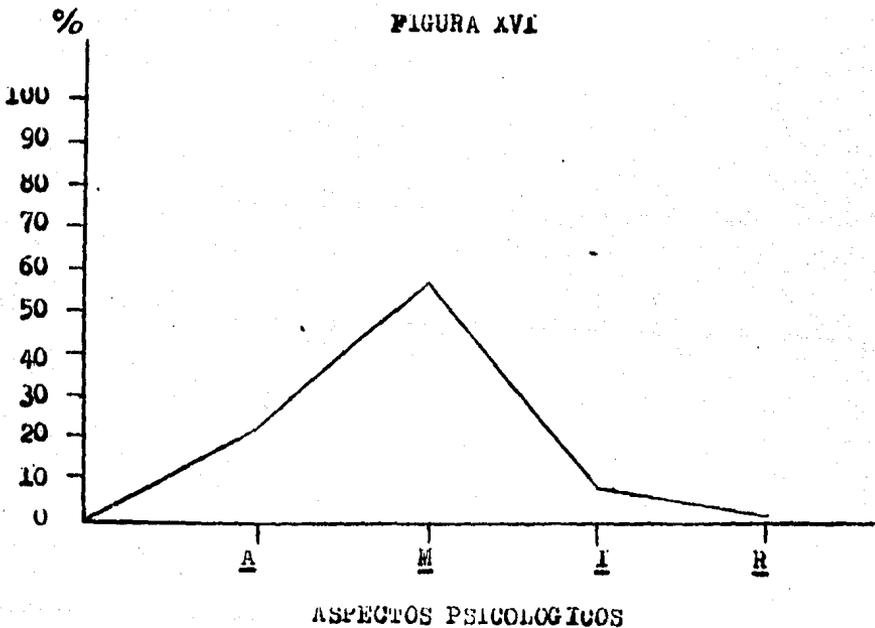
ASPECTOS PSICOLOGICOS.

ASPECTOS PSICOLOGICOS INTEGRALES. 2do. TEST.

CUADRO XXV.

PSICOLOGIA DE	PACIENTES	FORCENTAJES.
Aceptación.....	11	26.19 %
Miedo.....	25	59.52 %
Indiferencia.....	5	11.91 %
Rechazo.....	1	2.38 %
TOTAL =	42	100.00 %

Fuente: Datos de test aplicado.



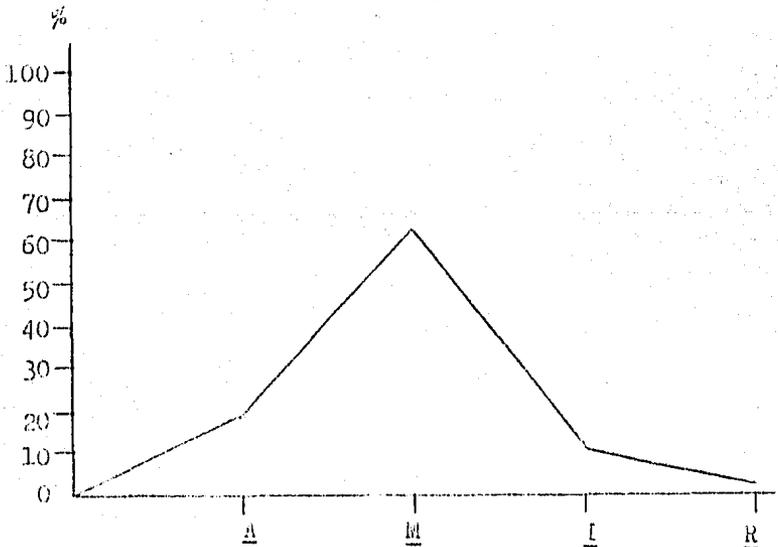
ASPECTOS PSICOLOGICOS INTEGRALES. 3er. TEST

CUADRO XXVI

PSICOLOGIA DE:	PACIENTES.	PORCENTAJE
Aceptacion.....	9	21.42%
Miedo.....	27	64.29%
Indiferencia.....	5	11.91%
Rechazo.....	1	2.38%
TOTAL =	42	100.00%

fuente: Datos de test aplicado

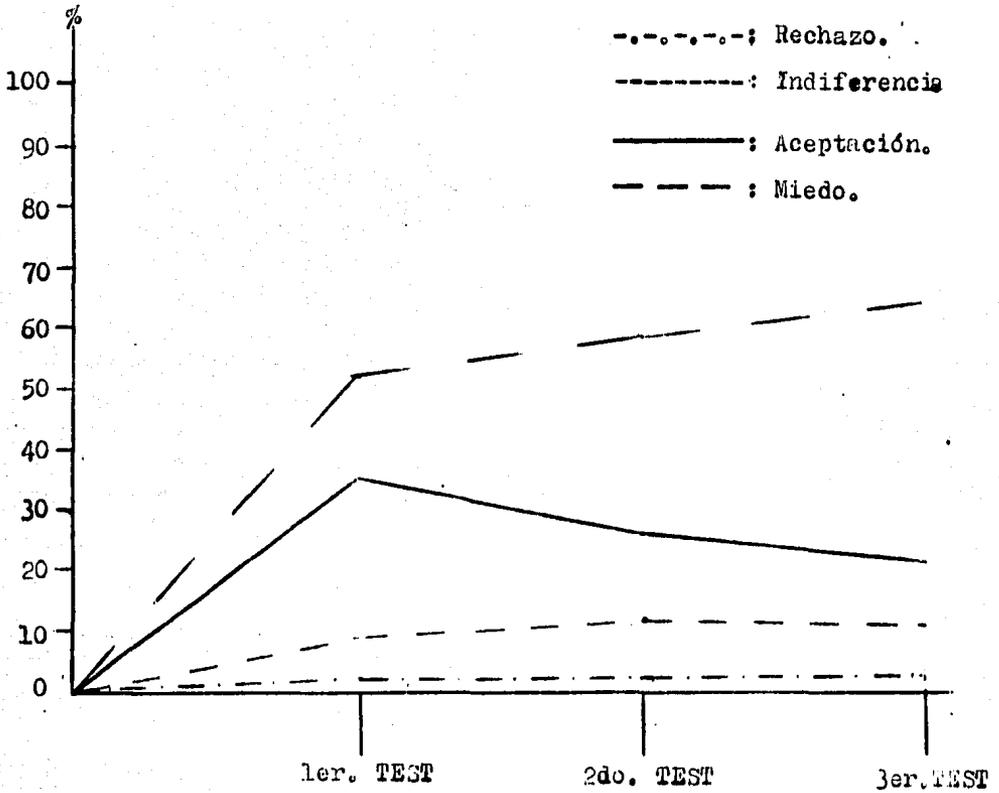
FIGURA XVII



ASPECTOS PSICOLOGICOS

ASPECTOS PSICOLÓGICOS INTEGRALES. 1ro., 2do. y 3er. TEST.

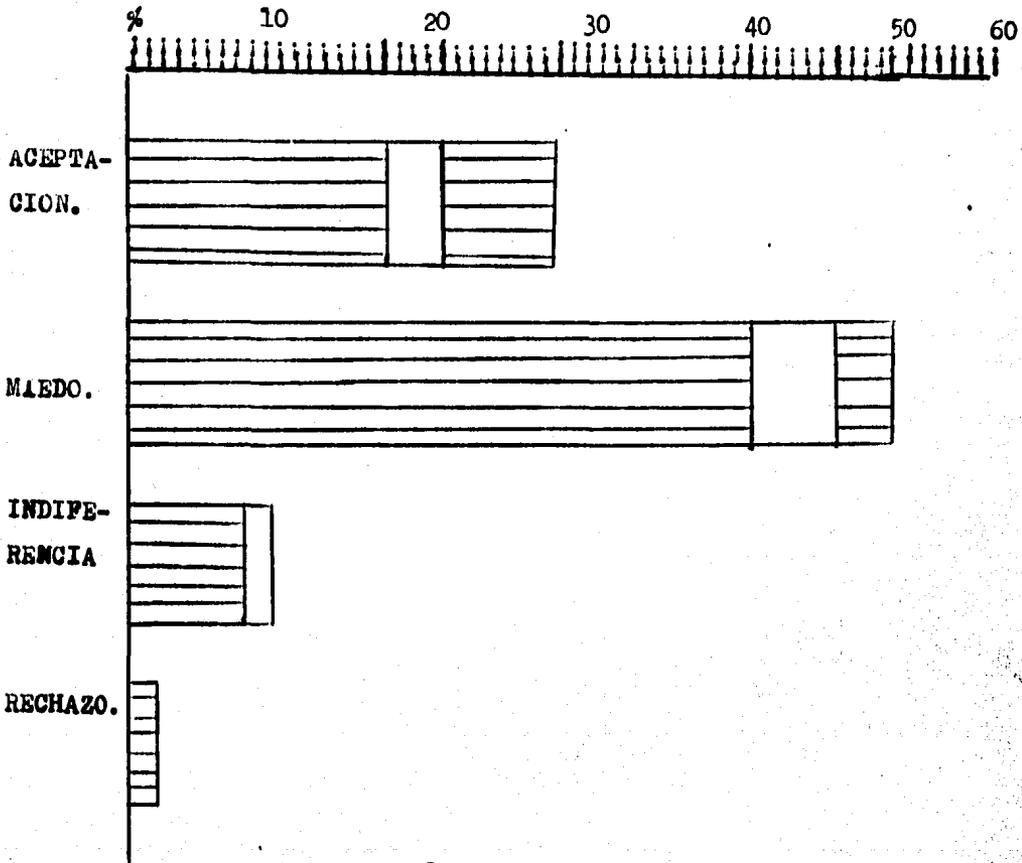
FIGURA XVIII



Fuente: Datos de test aplicado.

ASPECTOS PSICOLOGICOS INTEGRALES. DIFERENCIAS.

FIGURA XIX



1ro., 2do. y 3er. test.

Fuente : Datos de test aplicado.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL EMBARAZO. ANÁLISIS FINAL.

CUADRO XXVII

PSICOLOGIA DE	PACIENTES.	PORCENTAJE
Aceptación.....	9	21.44%
Miedo.....	28	66.66%
Indiferencia.....	4	9.52%
Rechazo.....	1	2.38%
TOTAL =	42	100.00%

Fuente: Datos de test aplicado.

CAPITULO V.

D I S C U S I O N .

Se encuentra que la mujer mexicana se embaraza muy joven cuando aún no es madura ni física ni mentalmente para la maternidad aumentando los riesgos que ésto conlleva. Por otro lado, la mujer ha dado la importancia que merece la legitimización del matrimonio, relegando hasta cierto punto el contrato eclesiástico. El nivel socioeconómico es medio bajo en la población derechohabiente del I.M.S.I.S.. Se corrobora que la mujer mexicana en su gran mayoría se dedica a labores del hogar. La ocupación del cónyuge en su gran mayoría es de mediano a bajo status laboral, con mínimo porcentaje de profesionistas. La escolaridad es baja y mínima la proporción que terminó una carrera. Las expectativas de paridad son elevadas, más significativas en la clase baja, con baja escolaridad y multíparas. La consideración de un método de planificación familiar en el postparto es buena.

En la Psicología de la mujer embarazada, se encontró una aceptación total por parte de la familia, por el parto se halló buena predisposición, pero con cierto temor; por el producto del embarazo hubo una aceptación prácticamente total, con un bajo porcentaje de temor; por experiencias obstétricas previas, hubo que 16 pacientes no habían tenido problemas importantes, teniendo aceptación; en 19 pacientes se encontró un cierto temor, por experiencias traumáticas previas o bien por primigestas mal informadas. En una sola paciente se encontraron datos de un franco rechazo por experiencias dolorosas y prolongadas en partos previos.

La Psicología analizada integralmente, se encuentra que-

en la primera entrevista había una aceptación que al avanzar el estado grávido y aumentar las molestias del embarazo, se transformó en temor, llegando incluso a ser el parámetro predominante franco en lo que al embarazo, parto y posterior maternidad se refiere.

El hecho de haber emprendido el presente estudio fué motivado por encontrarse que en las pláticas otorgadas a pacientes embarazadas, manifestaron un sinnúmero de dudas respecto al embarazo, parto, maternidad, etc., así como ya se presentaban en trabajo de parto un temor importante, lo que fué suficiente para tratar de conocer a esas pacientes que en un momento dado ponen su confianza en el médico en turno.

Vemos que la desinformación y malconcepto cunde en este tipo de pacientes, que al no recibir una orientación profesional, se confían a las consejas populares, que en la mayoría de los casos lo único que logran es crear más temores e incertidumbre en la paciente. Por lo tanto es menester del Médico-Familiar disipar temores, eliminar dudas y establecer criterios acordes con la problemática de éstas pacientes.

Soy consciente de la modestia del presente estudio, así como de las innumerables deficiencias que presenta, pero si logro hacer conciencia a éste respecto en otros médicos habré cumplido mi objetivo.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Mathis D. M. La Psiquiatría y el tocólogo-ginecólogo. Clínicas Médicas de Norteamérica. Nov. 1967. 1375-80.
- 2.- Rosmary T. Preparación Psicológica para el parto. Clínicas obstétricas y ginecológicas. 1/1980. 1-13.
- 3.- Klaus G. Aspectos emocionales del embarazo. Diagnóstico ginecológico y obstétrico. 8va. ed. 1982. 934-52.
- 4.- Williams. Psicología del embarazo. Obstetricia 6ta. ed. 1978. 711-13.
- 5.- Beck. Psicosis del embarazo. Práctica de Obstetricia. 4ta. reimp. 1973. 538-40.
- 6.- Anne Anastasi. Tests psicológicos. 1979.
- 7.- Romero Z. E. Causas etiológicas de inasistencia a la atención prenatal. Tesis de postgrado en Med. Fam. 1984.
- 8.- Ledezma E. Sexualidad a través de la Historia. Curso monográfico de orientación sexual. I.M.S.S., Morelia, Mich. 1984.
- 9.- Briceño. E. J.A.. Dinámica familiar en familias con hijas madres solteras. Tesis de postgrado en Med. Fam. Morelia, Mich. 1984.

10.- Diagnóstico de Salud de la Unidad. Hospital General
Regional de Zona con Medicina Familiar. T-1. I.M.S.S.
Julio de 1984.

DR. JOSE ALFREDO TAPIA ALCANTARA.
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR.

GENERACION: 1983-1985
MORELIA, MICH.