

01962

2 ej 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



LA DEPRESION PUERPERAL: UN ENFOQUE PSICODINAMICO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA
P R E S E N T A :

RUTH AXELROD PRAES

MEXICO, D. F.

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



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

	Pág.
RESUMEN	1
INTRODUCCION	5
ANTECEDENTES	9
CAPITULO I. <u>EL EMBARAZO</u>	17
I.1. BREVE RESEÑA DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL DE LA MUJER.	19
I.2. LA FISIOLOGIA DE LA MATERNIDAD	21
I.3. PSICOLOGIA DEL EMBARAZO	26
I.3.1. EL EMBARAZO COMO PROMESA Y DESARROLLO	27
I.3.2. EL EMBARAZO COMO ENFERMEDAD	28
I.3.3. EL EMBARAZO COMO DEBER Y PRUEBA	29
I.3.4. EL EMBARAZO COMO CRISIS	30
I.3.5. ASPECTOS PSICOANALITICOS DEL EMBARAZO	33
I.3.6. FASES DEL EMBARAZO	37
I.3.7. EL FUTURO PADRE	39
I.3.8. LA FORMACION DE LA FAMILIA	40
CAPITULO II. <u>LA DEPRESION</u>	43
2.1. DEFINICIONES Y CAUSAS	45
2.2. CLASIFICACIONES	51
2.3. SINTOMATOLOGIA	56
2.4. PUERPERIO Y DEPRESION PUERPERAL	60

2.4.1. CAUSAS DE LA DEPRESION PUERPERAL	64
2.4.2. LA RELACION MADRE HIJO DESPUES DEL PARTO	67
2.5. PRUEBAS PSICOLOGICAS UTILIZADAS PARA MEDIR LA DEPRESION	70
2.5.1. PRUEBA DE ADJETIVOS DE LUBIN	72
CAPITULO III. <u>LA ANSIEDAD</u>	77
3.1. INTRODUCCION	79
3.2. DEFINICION DE LA ANGUSTIA-ANSIEDAD	80
3.3. CLASIFICACION	82
3.4. ASPECTOS NEUROFISIOLOGICOS DE LA ANGUSTIA	85
3.5. MEDICION PSICOLOGICA DE LA ANSIEDAD-ANGUSTIA	87
3.6. EL IDARE	89
CAPITULO IV. <u>LA FEMINEIDAD</u>	93
4.1. INTRODUCCION	95
4.2. DIFERENCIAS ENTRE MASCULINIDAD-FEMINEIDAD	95
4.3. LA MUJER MEXICANA	98
4.4. DESARROLLO PSICOANALITICO DE LA FEMINEIDAD	100
4.5. CONFLICTOS DE LA FEMINEIDAD	104
4.6. INSTRUMENTOS DE MEDICION DE LA FEMINEIDAD.	106
CAPITULO V. <u>MARCO METODOLOGICO</u>	110
5.1. PROBLEMA	111
5.2. DISEÑO	112
5.3. VARIABLES	112
5.4. METODO	115

	Pág.
5.4.1. SUJETOS	115
5.4.2. ESCENARIO	115
5.4.3. INSTRUMENTO	116
5.4.4. PROCEDIMIENTO	118
CAPITULO VI. <u>RESULTADOS</u>	120
CAPITULO VII. <u>DISCUSION</u>	140
BIBLIOGRAFIA	150
ANEXOS	158

R E S U M E N

R E S U M E N

El objetivo de la presente investigación fué demostrar - que la depresión puerperal es un hecho clínico y no un mito, - y que puede tener alguna relación con: la edad de la madre, - la ansiedad-rasgo y la ansiedad estado de la mujer, conflic-- tos con su femineidad y los niveles de depresión pre-partum - que sienta la futura madre durante el embarazo.

Para investigar lo anterior se eligió una muestra de 50- mujeres embarazadas primigestas entre 19 y 32 años de edad, - casadas, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio alto- con una escolaridad mínima de preparatoria o equivalente de - la zona metropolitana de la Ciudad de México, a quienes en -- forma individual y voluntaria, se les aplicó la siguiente ba- tería en la primera fase que se llevó a cabo en el último tri- mestre del embarazo de cada mujer:

- a) El inventario de masculinidad-femineidad de Helmrich y Spence adaptado por Díaz Loving y Col.
- b) I D A R E
- c) La forma "A" de las listas de Adjetivos de la Depre- sión de Lubin.
- d) Un cuestionario demográfico y clínico.

La segunda fase se realizó en el segundo mes de vida del bebé y telefónicamente se les pidió a las madres que respondieran a:

- e) La forma "B" del cuestionario de las listas de Adjetivos de la Depresión de Lubin.
- f) Un cuestionario para investigar aspectos de la interacción madre-hijo.

Una vez analizados los datos, se obtuvieron los siguientes resultados:

Se observó que el 8% de estas mujeres sufrieran de depresión pre-partum en tanto que, el 88% presentaron depresión puerperal.

El 4% restante se mantuvo en niveles constantes.

El valor de la media obtenida en la medición de la depresión puerperal fue de 6.06, y el valor obtenido en la depresión pre-partum fue de 6.92 pero en dirección opuesta, es decir de la salud.

Se encontró que su perfil de femineidad fue sólo 52% parecido a los patrones estereotipados de la mujer, es decir -- que estas mujeres comparten 48% de sus atributos con el rol - masculino.

Por otra parte, la ansiedad-estado presentó una media de

39.62 que fue superior a la media de 35.66 que obtuvieron las 50 mujeres en la ansiedad-rasgo. Esto permitió deducir que fue el embarazo la variable que produjo esta diferencia significativa entre las medias.

Al correlacionar todas las variables antes mencionadas, se encontraron cuatro correlaciones significativas:

- a) A mayor depresión-pre partum, mayor depresión puerperal. Esta correlación obtuvo un valor de .30 a un nivel de significancia de .05.
- b) A menor femineidad, mayor ansiedad estado durante el embarazo; aquí se obtuvo un valor de .29 a un nivel de significancia de .05.
- c) A mayor ansiedad rasgo, mayor ansiedad estado. El valor de la correlación fue de .73 a un nivel de significancia de .05.
- d) A mayor edad, mayor ansiedad rasgo. Se obtuvo un valor de .30 en esta correlación también a un nivel de significancia de .05.

Por último el análisis factorial arrojó tres factores:

1. Ansiedad; con una varianza común de 63.5%.
2. Salud contra depresión con una varianza común de 25.6%.
3. Masculinidad-femineidad con una varianza común de 10.9%.

En conclusión, el estudio mostró que la Depresión Puerperal sí se presentó como un síntoma reactivo al alumbramiento del primer hijo, en el 88% de las mujeres que fueron parte de la presente muestra.

Además se determinó que factores como: altos niveles de Depresión pre-partum, la edad de la mujer, sus conflictos con su femineidad y altos niveles de ansiedad son variables importantes para explicar su aparición.

INTRODUCCION

Llega el momento, en la mayoría de las mujeres en que la maternidad, como un proceso psicobiológico, es un deseo y un compromiso que les permitirá entre muchas otras cosas, la justificación y trascendencia de su propia existencia.

"Transmitir la vida es una de las facultades más excelsas del ser humano. Engendrar seres semejantes a sí mismo y perpetuarse a través de ellos, es una ley impresa en las entrañas mismas de la humanidad. En el animal es instinto, en el hombre es amor". (Gantus, 1979, Pág. 59).

En los nueve meses que generalmente dura el embarazo, la futura madre vivencia muy diversos sentimientos que van siempre acompañados de angustia, especialmente en la madre primípara, pues ignora muchas cosas con respecto a las realidades que se operan en ella y en la criatura que se forma en su interior, así también teme a las nuevas situaciones a las que se tendrá que enfrentar cuando el bebé nazca. Su arribo supone satisfacción y alivio, pero paradójicamente, dolor y depresión, ¿Por qué sucede que la mujer puede vivir la maternidad matizada de tristeza?.

La manera en que la madre haga frente a estas situaciones dependerá en gran medida de sus características.

De aquí se desprenden las siguientes interrogantes:

¿EXISTE REALMENTE EL FENOMENO DENOMINADO DEPRESION PUERPERAL O ES UN MITO? y si esto es así, ¿TIENE ESTE ALGUNA RELACION CON LA ANSIEDAD Y LA DEPRESION QUE SIENTE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO, CON SU RASGO DE ANSIEDAD PERMANENTE, CON SU EDAD O CON SUS ATRIBUTOS DE FEMINEIDAD?.

Para responder a las anteriores preguntas de investigación se propuso estudiar a un grupo de 50 mujeres primigestas de nivel socio-económico medio alto de la zona metropolitana. La investigación se llevó a cabo en dos fases:

I.- La primera fase se realizó en el tercer trimestre del embarazo de cada mujer.

- a) Para conocer sus atributos de personalidad se les aplicó el inventario de femineidad-masculinidad de Díaz Loving y Col.
- b) Al mismo tiempo para detectar sus niveles de ansiedad, tanto de rasgo como de estado, se les aplicó la prueba del IDARE y
- c) La forma "A" de las listas de adjetivos sobre la depresión de B. Lubin con la finalidad de medir los ni

veles de depresión pre-partum que presentaban.

Esta prueba fue anteriormente traducida y adaptada -- culturalmente al español.

La traducción se llevó a cabo con un procedimiento de interjueces y se aplicó un piloto a una muestra aleatoria de 30 sujetos.

- d) Asimismo se les aplicó un cuestionario que permitió -- conocer algunos aspectos, demográficos, de su vida co tidiana y del embarazo.

II.- La segunda parte de la aplicación se realizó en el segundo mes de vida del bebé. En esta ocasión se entrevistó a la madre telefónicamente para conocer algunos aspectos de -- su interacción con el pequeño.

- a) Se le aplicó la forma "B" de la lista de adjetivos so bre la depresión de B. Lubin, también ya traducida y adaptada al español, con la intención de medir los ni veles de depresión que presentaba la madre después -- del alumbramiento.

- b) También se aplicó un cuestionario para saber cómo se sentía la mujer frente a su nuevo rol.

En nuestro país existen muy pocas investigaciones rele-- vantes acerca de la etiología y relaciones que pueden existir

con la depresión puerperal, a pesar de ser éste un síntoma -- muy común que sufre la mujer después de dar a luz, no se le ha dado la suficiente consideración científica.

Los estudios que se han llevado a cabo provienen principalmente de países altamente desarrollados con las características poblacionales propias de esas naciones y aunque existen condiciones que pueden ser semejantes a las nuestras, hay muchos factores que requieren de una investigación propia para conocer la manera en que la mujer mexicana se enfrenta a la depresión puerperal.

Desearía que esta investigación pudiera aportar algo, -- aunque fuese poco, a los conocimientos que hasta ahora se tienen de la psicología del embarazo y del puerperio, y de ser factible, que esto sirviera a los departamentos de educación sexual y maternal de nuestro país para que estos conocimientos funcionaran como elementos preventivos aplicables al sector salud.

El hecho de que México tiene una población joven, en donde el 28% son mujeres entre 15 y 30 años de edad con una tasa global de fecundidad de 4.5 nacimientos por mujer, (IMSS, -- 1979) en sí solo justifica este tipo de estudios.

A N T E C E D E N T E S

ANTECEDENTES

Esta investigación cobra importancia al reflexionar sobre el gran número de mujeres que se encuentran en edad fértil en nuestro país, es decir entre los 15 y 30 años de edad tomando en cuenta que la mayor tasa de fertilidad se encuentra entre los 25 y 29 años.

Según el Consejo Nacional de Población (1980), existen en la República Mexicana alrededor de 80 millones de habitantes de los cuales 40 son mujeres.

Once millones tienen entre 15 y 30 años de edad, cifra que corresponde al 38% de la población total. Estas mujeres presentan una tasa global de fecundidad de 4.5, sin embargo, la tasa de fecundidad para aquellas mujeres que viven en las grandes ciudades donde habitan más de medio millón de gentes así como en México, la tasa de fecundidad se reduce a 3.4 por mujer.

Aunque en México no existen estudios relevantes acerca del porcentaje de mujeres que presentan depresión puerperal, si se cuentan con datos de otros países, acerca de este fenómeno.

En Estados Unidos de Norteamérica, Brown y Shereshefsky en 1963 encontraron que 2 de 1000 desarrollan desórdenes psiquiátricos después del parto. Asimismo Neugebauer en 1983 - reporta que el porcentaje de la presencia de la depresión en el puerperio es de 19.7%, tanto en mujeres primigestas como - de embarazos posteriores.

A pesar de que los estudios son pocos, los términos Depresión Post-Partum y Depresión Puerperal han sido utilizados de manera indiscriminada, no quedando claramente definidas.

Para aclarar esta confusión, el interés del presente estudio está en abordar sólo a la depresión puerperal entendiendo como un fenómeno psicológico reactivo al alumbramiento - que se presenta varias semanas después de éste.

Algunos estudios relacionan a la depresión puerperal con la ansiedad, la depresión pre-partum, la femineidad y muchos otros factores.

Brown y Shereshefsky trabajaron en 1963 con 64 mujeres - primigestas en Washington, D. C. controlando que no tuvieran alteraciones físicas ni psicológicas. Estas mujeres tuvieron un seguimiento hasta el sexto mes después del parto. Cuatro de ellas desarrollaron desórdenes psiquiátricos y tres de éstas fueron hospitalizadas. Por otra parte, otras tres fueron referidas para tratamiento psiquiátrico en los meses que si--

gularon después de dar a luz.

Las edades de las sujetos del estudio fluctuaron entre los 18 y 28 años; casadas y de clase media. Definieron a la depresión puerperal como cualquier distorsión psiquiátrica que ocurriera hasta seis meses después del parto y que necesitara tratamiento.

El procedimiento se basó en la aplicación de una batería de pruebas en el primer trimestre del embarazo que incluía -- WAIS, TAT, y Roscharch. La segunda parte del estudio, consistió en una entrevista dos o tres días después del parto, repitiéndose este procedimiento al mes.

Seis meses después del parto se les reaplicó la batería anterior y se compararon los datos con los anteriores.

Los resultados muestran que las siete mujeres que sufrieron de depresión puerperal caían dentro de estas tres características:

- 1) Bien adaptadas.
- 2) Sintomatología neurótica y problemas de carácter, pero funcionando adecuadamente.
- 3) Caracterología severa con períodos de ansiedad o conducta disfuncional.

Esto nos indica que no se encontró una personalidad característica.

Finalmente concluyen que el nacimiento de un hijo tiene un impacto psicológico muy importante en la madre. Sin embargo, calculan que sólo 2 de 1,000 mujeres desarrollan desórdenes psiquiátricos en la época del post-partum. Un gran número sufre de incapacidad pero en menor grado por lo cual difficilmente se reconoce.

Los efectos potenciales de estos desórdenes en la mujer y en su hijo son un problema importante en la medicina preventiva.

E.D. TOD (1964) estudió en Londres a 700 mujeres primigestas de la población urbana. Encontró que la mayoría vivan niveles altos de ansiedad durante los nueve meses de embarazo, así como una reacción depresiva 3 ó 4 días después -- del parto, pero ambos fenómenos se desvanecieron conforme la mujer se iba enfrentando a su nueva situación, por lo cual -- los clasificó como reacciones normales, sin embargo, se encontraron reacciones serias y permanentes de depresión en un 9% de su población después de unas semanas. Asevera que estas mujeres sufrieron de ansiedad patológica durante el embarazo.

Los factores que considera precipitantes de la depresión puerperal son: personalidad inadecuada, una historia ginecológica anormal, sustrato familiar o circunstancias sociales difficiles, así como antecedentes de parto con un bebé muerto o anormalidades congénitas.

Otros autores (O. Hara W. O., Neunaber J. D. y Zekoski M. E., 1984), estudiaron una muestra de 99 mujeres desde el segundo trimestre de su embarazo hasta el sexto mes después del parto. El diagnóstico de depresión y su severidad fueron manejados en este período.

Encontraron que la depresión decrece gradualmente del segundo trimestre del embarazo hasta la novena semana del puerperio.

Este estudio mostró que el 9% de las mujeres durante el embarazo y 12% de las mujeres en el puerperio fueron diagnosticadas como depresivas en mayor o menor grado. Algunas variables predictivas tales como la depresión pre-partum y alto riesgo obstétrico influyeron en un 50% en la sintomatología depresiva. Muestran que factores como una historia de depresión y eventos de stress en el cuidado de los hijos influyeron en un 30% en el diagnóstico.

Estas investigaciones logran conformar un enfoque general de la etiología y porcentajes en que aparece la depresión puerperal, y es de gran interés comprobar si en nuestro país son válidas estas hipótesis. Otros estudios que se relacionan con la posible etiología de la depresión puerperal son los trabajos realizados por True-Soderstom y Col. (1983). Aclaran que son pocos los estudios que indican la incidencia y seriedad de la depresión puerperal, los factores que han si

do identificados como predictivos son clasificados en cuatro categorías.

- a) Psicosociales.
- b) Historia médica psiquiátrica previa ya sea en la paciente o en algún miembro de su familia.
- c) Factores obstétricos.
- d) Factores fisiológicos.

Consecuentemente, concluyen que no existe una sola variable que sea la responsable de que se dé la depresión puerperal. El stress del prepartum tiene diversos orígenes: embarazo no planeado, descontento marital, una pobre identidad -- con la propia madre y con el propio rol materno o problemas emocionales que pueden ser agravados en la depresión post-partum.

Aquellas mujeres que presenten un perfil que combine estos elementos y factores estresantes serán foco de desarrollo de la crisis aquí mencionada.

Atkinson y Rickel (1984) investigaron el fenómeno de la depresión puerperal partiendo de la hipótesis de que es el resultado de una ruptura de las funciones de los padres por las demandas subsecuentes del cuidado del infante, utilizando la teoría del stress social y con bases conductistas. Estudiaron 78 parejas casadas primíparas pertenecientes a un nivel so-

cio-económico medio, a los que se les aplicó un cuestionario, ocho semanas antes y ocho semanas después del parto, manejando ítems de stress relacionados con el cuidado del niño.

Los resultados indican que: la reducción de reforzamientos positivos es antecedente crítico del estado depresivo.

Por otro lado, la femineidad y su relación con aspectos de la maternidad y la depresión puerperal han sido motivo de estudios pero en su mayoría sólo a nivel teórico o en estudios de casos individuales.

Larraitz (1980) menciona como el concepto de la femineidad es transmitido de madre a hija como una influencia socio-cultural y de como este factor al igual que otro puede determinar la esterilidad femenina.

Langer (1980) también hace hincapié en que la femineidad es un aspecto relevante en el manejo que hace cada mujer de su sexualidad, de su maternidad y de cómo afecta esto en la depresión puerperal.

Finalmente Mailer (1982) hace una revisión sobre los conceptos de femineidad y sexualidad femenina según Freud, Horne, Klein y Lacan. Relaciona la aceptación del embarazo con el concepto que la mujer tiene de su maternidad y de su femineidad.

CAPÍTULO I

EL EMBARAZO

CAPÍTULO I

EL EMBARAZO

I.1. BREVE RESEÑA DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL DE LA MUJER.

I.2. LA FISIOLÓGIA DE LA MATERNIDAD.

I.3. PSICOLOGÍA DEL EMBARAZO.

I.3.1. EL EMBARAZO COMO PROMESA Y DESARROLLO.

I.3.2. EL EMBARAZO COMO ENFERMEDAD.

I.3.3. EL EMBARAZO COMO DEBER Y PRUEBA.

I.3.4. EL EMBARAZO COMO CRISIS.

I.3.5. ASPECTOS PSICODANALÍTICOS DEL EMBARAZO.

I.3.6. FASES DEL EMBARAZO.

I.3.7. EL FUTURO PADRE.

I.3.8. LA FORMACIÓN DE LA FAMILIA.

I.1. BREVE RESEÑA DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL DE LA MUJER

Al hablar del desarrollo y la estructura psicosexual de la mujer, no podemos deslindar lo biológico de lo sociocultural; por lo que aquí se expondrá brevemente y en conjunto, el desarrollo de estos factores.

El sexo está determinado por los cromosomas sexuales que llevan tanto al espermatozoide como el óvulo. El espermatozoide lleva 23 cromosomas, pero unas veces puede llevar X y otras puede llevar Y. La información que lleva el espermatozoide determinará el sexo del embrión, y es el óvulo el que escoge cual de éstos podrá penetrar.

Para el sexo femenino se requiere de información genética de 46 cromosomas XX. Y para que una mujer llegue a ser sexualmente madura se requieren varios factores, como los siguientes:

Que social, fisiológica y genéticamente, el sujeto esté determinado dentro del sexo. Pero eso no es todo, tiene que coordinarse con otros factores que hacen que un individuo funcione sexualmente. Que cuando nace un bebé y simplemente por apariencia externa se le identifique el médico, la enfermera o la partera dice es hombre, o mujer ubicándolo socialmente -

en un sexo. Al estar ubicado en un sexo comienza la educación. (Sauza, S., 1980. pág. 118).

Si se trata de una niña se le viste de color rosa, se le canta y se le trata con mucha dulzura; en cambio, si es varón, se le trata más fuerte, se le hacen juegos pesados y bruscos, y se le viste de azul. Este patrón del individuo queda ubicado o determinado en un sexo que físicamente expresa.

Desde pequeño va a estar orientado psicológicamente. Esto determina que las niñas jueguen a las muñecas, por ser considerado su patrón de conducta, y los niños imposible que lo hagan; o sea, sus patrones de conducta están predeterminados por la sociedad. Para que introyecten, y se identifiquen desde pequeños con personas de su mismo sexo en la mayoría de los casos...

Así, la determinación sexual en la mujer necesaria para que pueda llegar a ser madre, está íntimamente ligada al patrón genético, a que todo su metabolismo interno sea normal y funcione normalmente, es decir, que responda gonadalmente en forma adecuada y a que sea educada socialmente para que se ubique y psicológicamente se considere mujer. Es importante mencionar que sólo una adecuada elección de objeto heterosexual permitirá el proceso.

I.2. FISIOLOGIA DE LA MATERNIDAD

¿Qué es la maternidad fisiológicamente?. A continuación se explica.

Se comenzará por la fecundación. La fecundación del óvulo por el espermatozoide ocurre en la porción media de la - - trompa de Falopio. Un espermatozoide penetra en la zona pelúcida fusionándose las membranas del óvulo y la cabeza del espermatozoide. Luego, el embrión en desarrollo, blastocisto, baja por la trompa y penetra en el útero.

La implantación ocurre en la pared dorsal del útero desarrollándose una placenta; el trofoblasto queda asociado a - - ella.

La primera señal de embarazo es la ausencia de un período menstrual. Otras señales psicósomáticas pueden ser náuseas a veces acompañadas con vómitos. Otros cambios fisiológicos son aumentos de orina, fatiga, pigmentación profunda y crecimientos de los pezones. El cuerpo lúteo del embarazo secreta estrógenos y progesterona pudiendo hacerse cargo de la función del cuerpo lúteo después del tercer mes del embarazo. Tanto el feto como la placenta actúan recíprocamente para formar hormonas esteroideas. Un poco de progesterona entra en la circulación fetal dando el sustrato para la formación de cortisol y cortisona en las glándulas adrenales del feto.

La duración del embarazo es aproximadamente de 270 días, a partir de la fecundación ó 284 días después del primer día del período menstrual que precede a la concepción. Los obstetras lo dividen en tres trimestres, cada uno con sus características: en el primer trimestre la placenta empieza a desarrollarse del tejido fetal y del materno. En el segundo se sienten los latidos del corazón del feto y éste se mueve. Durante este trimestre se pueden detectar defectos hereditarios y bioquímicos del feto; esto se logra por medio del cultivo de células del feto. En el último trimestre el feto crece rápidamente.

En el primer mes de embarazo el corazón del feto palpita; hay bombeo de sangre, formación de vértebras y del canal del cordón espinal. Se forma el sistema digestivo. Hay unos bulbos que son los futuros brazos y piernas. El útero aumenta de tamaño.

En el segundo mes se forma la cara además de los párpados, brazos, codos, antebrazos, manos, muslos, rodillas, piernas, pies. Es clara la formación del cordón umbilical; se desarrollan los huesos largos y los órganos internos.

La formación de los brazos, durante el tercer mes, es completa; también lo es para los dedos, manos, piernas, pies, talones. Se forma la quijada. Los ojos están casi desarrollados. Se oyen los latidos del corazón. Tiene 10 cms. de

largo y pesa alrededor de 45 gramos. Puede rotar de posición. El útero ha aumentado de tamaño.

Al cuarto mes tiene 18 cms. de largo y pesa alrededor de 200 gramos. El latido del corazón es fuerte. Hay buena digestión y los músculos están activos. La piel es rosada y transparente cubierta por pelo. Se marcan la mayoría de los huesos. La cabeza es muy grande. La cara es la típica. Aparecen las cejas.

Al quinto mes mide 25 cms. de largo y pesa 500 gramos. La piel es rojiza; los pulmones no están completos. Aparece más pelo. Es en este mes cuando la madre ya logra percibir el movimiento de su bebé.

En el sexto mes mide aproximadamente 3 cms, pesando un promedio de 1.000 gramos. La piel está arrugada y cubierta por una grasa. Los párpados se separan y se forman las pestañas. Las uñas llegan al final de los dedos.

El feto se coloca en posición de alumbramiento al séptimo mes. En este mes mide 40 cms. y pesa 1.700 gramos. Se ve rojo y arrugado bórRANDOSE esto último con la grasa.

En el octavo mes mide 45 cms. y su peso será de 2.500 -- Kgs. la piel es blanca o rosada con la cubierta grasosa. Las uñas sobrepasan los dedos.

Las contracciones uterinas irregulares se vuelven más --

frecuentes en el noveno mes. El miometrio se torna sensible a la oxitocina; al iniciarse el parto los estímulos que se -- originan en el aparato genital causan la secreción refleja de esta hormona aumentando ésta las contracciones uterinas. Los reflejos espinales y las contracciones voluntarias de los -- músculos abdominales ayudan a expulsar el feto. La relaxina -- hace que los ligamentos que unen los huesos pélvicos se relajen.

Se puede dividir la labor del parto en tres etapas; la -- primera se compone de contracciones, de la dilatación cervi-- cal y de la ruptura de la bolsa de agua o membrana amniótica. La segunda etapa es la expulsión del feto; aquí se practica -- la episiotomía (corte diagonal) para evitar el desgarre de -- los tejidos entre la vagina y el recto. Se efectúa el corte -- del cordón umbilical cuando el bebé ya respira. La tercera -- etapa es la expulsión de la placenta; se sutura la episio-- to-- mía. Si es cesárea, el proceso se modifica un poco.

Pasadas seis semanas del parto en la etapa del puerperio, el útero recupera su peso y tamaño que tenía antes del embara-- zo. El útero virgen tiene la capacidad de 2 a 3 ml; el útero puede contener de 5 a 7 litros en un embarazo a término te-- niendo un peso 30 veces mayor al normal.

Para que el desarrollo mamario sea completo se necesitan muchas hormonas. Los estrógenos son los principales en la --

proliferación de los conductos mamarios; la progesterona es responsable del desarrollo de los lóbulos y de los alvéolos.- La leche materna se compone de agua (87.5%), proteínas (1.4%), grasa (3.7%) y lactosa (7.2%).

La oxitocina es esencial en la eyección de la leche en la mujer. Durante el embarazo los pechos crecen por el alto nivel de estrógenos y de progesterona circulantes. Al quinto mes hay leche en los conductos. La expulsión del feto, de alguna manera, estimula la secreción de leche; en la mujer toma de uno a tres días la aparición de la leche.

Al bajar los niveles de progesterona, las pequeñas cantidades de estrógenos remanentes estimulan la secreción de prolactina. La prolactina produce leche y la oxitocina la hace bajar. El aumento en los glucocorticoides circulantes, asociados al "stress" del parto, ayudan al inicio de la lactación.

Las primeras secreciones no son leche sino calostro, un líquido rico en proteínas; se cree da inmunidad al niño durante los primeros meses de vida. La amenorrea postparto tiende a prolongarse por la lactancia creyéndose que inhibe la concepción. La primera ovulación postparto ocurre antes de la primera menstruación. La mujer que no amamanta al hijo tiene su primer período seis semanas después del parto. El amamantamiento inhibe la secreción de HEF¹ y HL² retardando la ovu-

1. Hormona Estimulante del folículo
2. Hormona luteinizante.

lación. Los ovarios están inactivos, y los estrógenos y progesterona están a niveles bajos. El 50% de las madres que -- dan el pecho no ovulan hasta el destete. El mecanismo que -- inhibe la HEF y HL es desconocido.

1.3. PSICOLOGIA DEL EMBARAZO

Aunados a todos los cambios fisiológicos que sufre la mujer en el embarazo se encuentran una serie de cambios psíquicos que son de gran importancia y que trataré de exponer a -- continuación.

Doltó (1983) menciona que la palabra madre quiere decir no una mujer como criatura pasiva gestante o consciente de -- gestar o de haber dado a luz niños carnales, madre quiere decir, más allá de la historia anecdótica fastuosa o nefasta del -- feto y del lactante, la representación humana de la creatividad, el símbolo mismo de la fertilidad humana.

Para Gavesky (1975) el embarazo es la culminación de la vida sexual de la mujer, íntimamente vinculada a las experiencias psicosexuales de la infancia y la adolescencia, una etapa que procura una maduración de la mujer. El embarazo significa un sobre esfuerzo para todos los órganos e implica también una sobrecarga psicológica. El grado de este esfuerzo -- adicional depende de las circunstancias individuales, sociales, económicas y de la vinculación conyugal.

M. Langer (1983), menciona que según Margaret Mead que se basa en estudios de antropología, muchas de las perturbaciones psicológicas dependen de las distintas sociedades y culturas. Así, en las sociedades que consideran que el embarazo debe acompañarse de náuseas y vómitos y el parto acompañado de sufrimiento, la mayoría de las mujeres sufren esas perturbaciones. En cambio, en otras sociedades que no rodean de ansiedades y peligros a ese estado, la gravidez y el parto transcurren sin incidentes.

Por otra parte la cultura imprime en la mujer una serie de expectativas y prejuicios que le matizan la experiencia del embarazo de manera particular. Algunos de éstos se mencionan a continuación.

1.3.1. EL EMBARAZO COMO PROMESA Y DESARROLLO

Es una fase de la vida de la mujer que le permite lograr una maduración de su condición femenina, siendo ésta una parte de su individualidad.

Para algunas mujeres, la gestación y el dar a luz a un hijo es la razón de su existir. Es el camino que han elegido para sentir su éxito como personas. Es una época de calma y de preparación para dejar atrás las irresponsabilidades de la juventud y asumir las responsabilidades de la madurez.

En nuestra cultura mexicana, la mujer es altamente valorada por ser madre. Casamadrid (1986) expone como la mujer se autovalora en forma muy favorable cuando tiene que describirse como madre y menos favorable cuando se describe únicamente como mujer.

1.3.2. EL EMBARAZO COMO ENFERMEDAD

Macy y Falkner (1980, pág. 21) mencionan que algunas mujeres consideran y experimentan los nueve meses de embarazo como nueve meses de desviación de la norma.

Según este punto de vista, los tobillos y piernas inflamados, los malestares, el eterno cansancio, así como el vientre excesivamente distendido, deben soportarse con fortaleza y luego olvidarse. Según esta opinión es fácil que una mujer esté molesta o se preocupe con facilidad. Probablemente querrá comer toda clase de cosas extrañas -carbón, zanahorias, -una marca determinada de frijoles preparados y no otra, etc.- todos ellos son síntomas de que, por el momento, su estado no es absolutamente normal; se siente diferente e insana.

La información de los libros sobre embarazo, puede a veces ser tomada por ellas para reforzar su idea de que el embarazo es una enfermedad. "El embarazo es acosado frecuentemente por una gran variedad de malestares menores, ... malestares matutinos, ardor en el pecho, hemorroides y constipación, de-

bilidad y mareos, venas varicosas, etc..."

Muchas mujeres muestran un aumento de las tendencias neuróticas durante el embarazo, volviendo a la "normalidad" después del parto. Esto refleja su estado de desequilibrio a medida -- que experimentan cambios psicológicos y su dificultad para aceptar el proceso como una situación normal.

1.3.3. EL EMBARAZO COMO DEBER Y PRUEBA

Como persona, cada uno tiene un deber implícito hacia la sociedad y uno de los deberes más claros de la mujer es la procreación de la especie. Este valor es transmitido a la mujer -- sin darle la oportunidad de reflexionar sobre ello.

¿Es una obligación biológica y social?. En los años veintes después de la Primera Guerra Mundial, en Europa existió el miedo de que la población disminuyera. Contrariamente a esto, -- en nuestro país la explosión demográfica se desató hace un par de décadas, por lo que ahora el deber de la mujer mexicana es tener hijos, pero pocos. (Conapo, 1982).

El embarazo queda así institucionalizado como una situación para todas.

Por lo general, el embarazo y el parto constituyen para la mujer una prueba de su condición femenina.

Hay una fuerte tendencia hacia esto en la subcultura de las mujeres, pues se insiste mucho en el arduo trabajo, los peligros y los dolores del parto.

Olsson (1986) considera que pasar por un periodo de prueba y salir de él, demuestra algo más que la mera capacidad de supervivencia. La prueba se toma como una evidencia de valor, y en efecto, se mantiene para aumentar el valor de la persona que se somete a ella.

La maternidad es entonces un medio de acceso a un grupo especial.

1.3.4. EL EMBARAZO COMO CRISIS

Macy y Falkner (1980) definieron una crisis como una invitación a la acción, la cual se podía provocar ya sea con -- una amaneza o con una promesa. Es el reto que se presenta -- cuando la situación habitual es cambiada o perturbada, o cuando está por serlo -- cuando nuestros viejos patrones de comportamiento dejan de funcionar. La crisis externa produce una crisis interna en la cual los viejos patrones de pensamiento y del modo de vida tienen que ser cuestionados y examinados. -- Caplan (1974) y Puente (1976) denominan esta etapa como estado de "desequilibrio intrapsíquico".

Caplan (1974) describe que esta etapa "es un periodo de alteraciones conductuales, de desequilibrio comparado con el-

estado anterior de la familia, es un periodo de desajuste emocional en la mujer y generalmente también de la pareja y de los otros hijos. Es un periodo en el cual los problemas no pueden ser adecuadamente manejados con los mismos mecanismos de solución acostumbrados. Esto provoca que se incremente la susceptibilidad de los miembros de la familia para entrar en estado de crisis".

Uno de los problemas a los que tiene que enfrentarse es la preparación para aceptar su nuevo rol. Si es su primer bebé, tendrá que pasar de ser esposa a ser madre, si es su segundo bebé tendrá que pasar de ser madre de uno para convertirse en madre de dos.

En este proceso de preparación, se reviven viejas ideas y fantasías acerca de lo que implica el nuevo rol, así como las expectativas y esperanzas que la mujer tuvo de ese mismo rol. Generalmente el modelo que seguirá será el de su propia madre, y si su relación con ésta fué conflictiva, esto vendrá a repercutir y saldrá a la superficie en el momento en que -- tenga que asumir su papel de nueva madre.

Generalmente también hay un incremento en los problemas sociales y económicos. La idea de interrumpir la rutina de trabajo es una cuestión de gran importancia, también el hecho de albergar a otra persona en la misma casa puede ser causa de conflicto.

Por otro lado, cambios gigantes aparecen en el cuerpo y en el metabolismo; desde los cambios hormonales que comienzan con el embarazo y terminan mucho después del parto y que van acompañados de cambios psicológicos.

Uno de estos cambios se refiere a la fuerza de fantasías "irracionales" que provienen de la estructura del ello y que se infiltran y contaminan en la estructura del yo.

Parece que la variabilidad del humor no tiene explicación alguna. La mujer se puede sentir deprimida o jubilosa solamente porque sí. A esto se asocia el incremento de la insensibilidad en muchas de las áreas de funcionamiento incluyendo los sentidos; se siente irritada y enojada con más frecuencia además de que llora con facilidad. La teoría psicoanalítica plantea que es el proceso psicológico de regresión y de retracción libidinal lo que permite explicar estas variabilidades del humor. (Soifer, 1971; Langer, 1980).

Caplan continúa diciendo que aparecen variaciones en el apetito sexual y en todo el funcionamiento del área sexual igual que en el post-partum.

La mujer embarazada se muestra más introvertida y pasiva a medida que su estado avanza. Es un volverse hacia sí misma, como que desearía aislarse incluso de aquellos que ama.

Se observa tanto una indiferencia afectiva, como una indiferencia intelectual.

Para terminar menciona que ya cerca del final del embarazo se observa un incremento en revivir los conflictos y recuerdos de la infancia aunado al incremento de la ansiedad -- flotante.

1.3.5. EL EMBARAZO VISTO PSICOANALITICAMENTE

M. Langer, opina que tanto el embarazo como el parto, -- constituyen un episodio normal de la vida procreativa femenina. Hasta hace poco los trastornos del embarazo, los dolores, las dificultades y angustias del parto, eran considerados fenómenos normales e inevitables. Pero estos trastornos provienen de conflictos psicológicos y de identificaciones con -- otras mujeres ya trastornadas en su femineidad. (1980, pág. -- 180).

La aparición de trastornos del embarazo pueden significar un rechazo del niño, rechazo que puede ser provocado por circunstancias económicas adversas, sociales, por desamor al marido, etc. Durante el embarazo se despiertan conflictos -- que provocan angustias teniendo manifestaciones más inofensivas: de carácter oral - náuseas, vómitos y antojos; de carácter anal - estreñimiento.

Deutsch (1960) menciona que la mujer embarazada en los -- primeros meses actúa frente al feto con ambivalencia oral tratando de expulsarlo con los vómitos y de reincorporarlo con --

los antojos. Los antojos son vistos como una actitud positiva frente al feto por expresar una necesidad de afirmar el embarazo. La existencia del vómito podría ser la expulsión del feto o lo que representa para el inconsciente. El sistema digestivo es el medio de protesta seleccionado por el inconsciente debido a la persistencia de viejas teorías con respecto a la concepción.

Los cambios corporales, tamaño y forma del cuerpo, pueden movilizar sentimientos dependientes de la percepción que tiene la mujer. Algunos de los factores que afectan la vivencia del embarazo son los siguientes: Status psicológico pre-existente al embarazo; la capacidad para manejar la tensión acompañante del embarazo; la situación real en la vida; la relación y status maritales; el número y edades de los niños (si es que los tiene); el significado psicodinámico del embarazo: si hay dependencia, rivalidades con la madre o hermanos, hostilidad hacia el esposo, actitudes inconscientes hacia el yo y hacia funciones femeninas.

La mayoría de los embarazos y partos ocurren sin complicaciones debido a que son eventos fisiológicos normales. Pero, según García Pérez (1979), aún bajo las mejores circunstancias raro es un embarazo predominantemente de buen tiempo, gratificante que sea un suceso bienvenido, en términos de actitudes inconscientes como aceptación conscientes.

H. Deutsch (1960) dice que para la mujer, el ideal del yo se encarna en el hijo, y todas las tendencias a la sublimación que el hombre emplea en sus actividades intelectuales sociales, ella las hace recaer en el bebé que psicológicamente representa para la mujer su producto de sublimación. En consecuencia, la relación madre-hijo durante el embarazo tiene más de un determinante. Puesto que el hijo en el útero pasa a ser una parte del yo y que una corriente importante de libido converge en él, la libido en el yo se acrecenta, el narcisismo aumenta y así se concreta este estado primordial en el que aún no hay distinción entre libido del yo y libido obje-
tal.

La mujer que colabora facilita el parto. El dominar el proceso del parto puede ser un medio para superar más fácilmente el trauma de la separación de su hijo. No se puede negar que el embarazo y el parto están acompañados de malestar, angustia y dolor por factores psicogenéticos. No hay embarazo exento de angustia y conflicto debido al cambio que implica, pero, normalmente, va acompañado por un gran sentimiento de felicidad.

Deutsch(1960), nos dice que el parto es la reviviscencia más exacta del propio trauma del nacimiento. La mujer, identificada con su hijo, vive a través de él todo el temor-

de separarse de su madre. Se identifica con su desamparo sin tiendo no poder continuar protegiéndolo contra la vida. Siente que él pierde a la madre viviendo el parto como pérdida de él. Este temor a la separación es la ansiedad mayor del parto. La angustia del parto es la reviviscencia de la angustia más antigua y arcaica - la de la separación de la madre.

O sea que, "durante el embarazo se repite la relación -- primitiva de la embarazada con la propia madre" (Langer, - - 1983, pág. 182), ya que en esta etapa se intensifica la búsqueda de modelos y la necesidad de dependencia.

A pesar de esto, Macy y Falkner (1980) opinan que no - - siempre es la madre la persona de quien la embarazada general mente elige depender, pues podría ser una relación ambivalente. La madre trataría de mantener a su hija en estado infantil perturbando así esa ambivalencia de dependencia y desarrollo que ayuda a la mujer embarazada a prepararse para su nuevo estado como madre y Jefa de Familia.

La relación madre-hija debe moverse de la total dependencia de la infancia a la relativa independencia de la adultez. Este cambio puede estar acompañado por luchas caóticas de liberarse como por regresiones al papel seguro de la niñez. Un

posible significado del embarazo es que éste sostiene la promesa de ponerla en un nivel equitativo al de la madre y de lograr una relación madura con ella.

1.3.6. FASES DEL EMBARAZO

Para poder entender mejor cuáles son los procesos por los cuales atraviesa una mujer embarazada Pernoud (1974) divide en tres fases al periodo de gestación.

PRIMER TRIMESTRE. Incertidumbre y adaptación. La incertidumbre aparece en el momento en que se espera la aparición de la menstruación y ésta no llega, es un momento de duda hasta que se confirma el diagnóstico clínicamente.

Ya con la confirmación de la fecundación la mujer siente muchos temores a lo desconocido, a como se va a enfrentar a esta nueva situación que implica ser madre.

Sus sentimientos oscilarán entre el temor y la alegría - que generalmente van acompañados de síntomas físicos.

En estos primeros meses difíciles la mujer poco a poco - asimilará la idea de que va a tener un hijo.

SEGUNDO TRIMESTRE. Equilibrio. En esta etapa la madre - logra percibir los primeros movimientos del bebé que lleva en su interior aunado esto al crecimiento de su vientre y senos.

Esto le da la oportunidad de ubicar un poco más concretamente a su bebé, ya que su presencia es evidente.

Generalmente, en esta etapa desaparecen los síntomas físicos, lo cual le da a la futura madre la oportunidad de realizar su vida normalmente pues se siente bien.

TERCER TRIMESTRE. Repliegue sobre sí misma. En esta etapa el futuro bebé es el centro de los pensamientos, intereses y preocupaciones de la madre.

Está atenta a su crecimiento, a su posición, a sus movimientos y a los preparativos para después de su nacimiento. - Está enteramente dedicada a su hijo que va a nacer, se diría que desea aislarse incluso de aquellos que ama. Esta indiferencia afectiva va también acompañada de cierta indiferencia intelectual.

Ya al final de esta etapa el nacimiento ya está muy próximo. El peso del bebé es mayor y esto fatiga con más facilidad a la madre. Se siente intranquila y temerosa del parto y de las que serán sus nuevas responsabilidades ya muy próximas.

Se incrementan las fantasías al respecto del nacimiento del bebé que generalmente son grotescas y que demuestran los temores que tiene la madre.

1.3.7. EL FUTURO PADRE

A lo largo del presente trabajo se ha explicado intensamente todo lo referente a la mujer, a su desarrollo y al embarazo, pero no se ha mencionado nada con respecto a la participación del padre, siendo ésta tan importante como aquella para que la concepción se realice.

Pernound (1979, pág. 224) expone lo siguiente: "El padre responsable de su paternidad se sentirá orgulloso por saberse capaz de transmitir la vida a alguien que llevará su nombre. Al mismo tiempo sentirá temor ante sus nuevas responsabilidades, pero su egoísmo sufrirá pues sentirá que su mujer ya no le pertenece sólo a él y sus exigencias ya no podrán ser totalmente satisfechas.

Se sentirá agradecido y al mismo tiempo celoso, su valor como hombre se habrá reforzado. Se inquietará por la salud de ésta, y por verla tan preocupada por su bebé que para él no tendrá realidad corpórea. Su temor deriva de un sentimiento de culpabilidad por ser el causante de los trastornos de su mujer".

La actitud que él tenga frente al embarazo y frente a su pareja serán de suma importancia para que la mujer acepte o rechace su maternidad. Que se dé o no el fenómeno de la depresión puerperal estará fuertemente influenciado por esta actitud del padre.

1.3.8. LA FORMACION DE LA FAMILIA

El nacimiento del primer hijo es un suceso muy importante en la evolución de una pareja. Tanto el hombre como la mujer que la forman tienen que adaptarse a una nueva responsabilidad y a un nuevo sistema de vida, diferentes al que tenían establecido.

Gluck, (Carter 1980) dice que el embarazo ofrece nueve meses a la madre para organizarse ante el nuevo acontecimiento, pero existe muy poco en la vida previa de esta mujer para prepararse y ser totalmente responsable del infante. De cualquier forma el hecho de convertirse en madre puede ser satisfactorio.

Para Carter (1980, pág. 22) "la llegada del primer hijo establece a la pareja como una familia. El desarrollo de los objetivos en este período incluye la revisión de las transacciones diálicas establecidas entre marido y mujer para hacer lugar al bebé. La pareja debe aprender a ser padres en conjunto y tener cada uno la posibilidad de asumir satisfactoriamente funciones hacia el niño, manteniendo su identidad y transacciones como esposos".

Para Miller (1978), la llegada del primer hijo es un evento extremadamente significativo. Biológica, psicológica y socialmente es una transición que afecta profundamente a los directamente involucrados, además de tener importantes im

plicaciones para el grupo social. Considera que los antecedentes a la concepción del primer hijo, las experiencias en la -- transición para ser padre, las repercusiones de la llegada del primer hijo y las consecuencias de este evento particular agitan el sistema social de los padres y toda su vida, en una forma acumulativa e irreversible, afectando su autoconcepto y autovvaloración.

El período de la formación de la familia tiene elementos que indican que es una época de placer y también un momento de mucha tensión en la relación de la pareja. Las necesidades, actividades y expectativas de ambos cónyuges acerca del acontecimiento se van descubriendo y explorando, y la relación de la pareja sufre distorsiones que pueden llegar a convertirse en serios problemas.

Es una época de crisis y de adaptación a un nuevo status personal y familiar. A consecuencia de este hecho, en conjunto con muchos otros, se puede observar que la frecuencia de la depresión post-partum particularmente después del nacimiento del primer bebé es común. También están involucrados en este hecho sensaciones de pérdida de libertad y la carga de la nueva responsabilidad.

Hay una sensación de perder el contacto con el mundo exterior y esto se acrecenta en aquellas mujeres que tuvieron que dejar su trabajo para atender a su hijo; la nueva madre tendrá

que reorganizar muchas de las relaciones que fueran importantes en el pasado; pues tendrá menos tiempo para su esposo, su familia, sus amigos y para ella misma.

Por lo mismo, el esposo puede resentir el alejamiento de su esposa y que esto altera su vida sexual o que ya no podrán tener el mismo estilo de vida social. Existen madres que reportan que el nacimiento de los hijos subsecuentes es más fácil que el del primero, probablemente porque ellas se sienten más seguras de sus capacidades como madres. Sin embargo, cada hijo adicional multiplica el problema rutinario y la complejidad de las relaciones.

CAPÍTULO 2

LA DEPRESION

CAPÍTULO 2

L A D E P R E S I O N

2.1. DEFINICIONES Y CAUSAS

2.2. CLASIFICACIONES

2.3. SINTOMATOLOGÍA

2.4. PUERPERIO Y DEPRESIÓN PUERPERAL

2.4.1. CAUSAS DE LA DEPRESIÓN PUERPERAL

2.4.2. LA RELACIÓN MADRE HIJO DESPUÉS
DEL PARTO

2.5. PRUEBAS PSICOLÓGICAS UTILIZADAS PARA
MEDIR LA DEPRESIÓN

2.5.1. PRUEBA DE ADJETIVOS DE LUBIN

2.1. DEFINICIONES Y CAUSAS

La palabra depresión ha sido ampliamente utilizada en -- nuestro lenguaje bajo diferentes significados.

La depresión puede ser definida en muchas maneras dependiendo de la corriente que la explique. Así para la psicobiología es la manifestación del comportamiento a partir de un sistema nervioso central genéticamente vulnerable en relación a la carencia de aminas biogénicas. La escuela conductista - la define como una serie de respuestas de comportamiento maladaptado, desencadenados por un estímulo adverso, o bien por un reforzamiento positivo insuficiente (Yates, 1972). Para - los sociólogos es el resultado de una estructura que impide - al individuo desempeñar determinados roles.

Para los psiquiatras como el Dr. Denis Hill (Medoc, 1980 pág. 22) "la depresión se caracteriza por una vulnerabilidad-- excesiva ante circunstancias adversas. Estas personas tien-- den a reaccionar ante circunstancias desafortunadas en forma-- exagerada de tal manera que su conduct. llega a ser excesiva".

Kolb (1973) define a la depresión como un todo afectivo-- de tristeza variando desde un abatimiento ligero hasta una de-- sesperación en grado extremo. El sujeto se desprecia a si --

mismo y experimenta una sensación de falta de ánimo. Son des confiados y se sienten melancólicos.

De los trastornos que se observan dentro de la práctica-clínica, la depresión representa el 60% de los internamientos en Hospitales Psiquiátricos y hasta el 40% de las consultas - de contacto primario en el ámbito médico (Lira Fernández - - 1980).

Es un padecimiento muy común en nuestros días; hasta se ha llamado a nuestro siglo "El Siglo de la Depresión y la Ansiedad".

Supone que tiene sus raíces en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales, tal vez en la ambivalencia inconsciente y en la hostilidad dirigidos hacia personas que son el objeto de una devoción forzada o hacia personas de quien depende la propia seguridad. (Kolb, 1973).

Los impulsos hostiles que originalmente se dirigían contra otras personas llegan a dirigirse contra el propio yo del individuo.

Dentro de la tradición psicoanalítica encontramos que la depresión es la hostilidad internalizada ante la pérdida de un objeto amado ambivalentemente o bien una reacción a la separación de un objeto significativo o de dependencia.

Así Freud (1915, pág. 2091-2100), divide los conceptos -

de duelo y melancolfa.

El duelo es entendido como "la reacción o la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente sin la pérdida del amor propio". El examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado no existe ya y demanda que la libido abandone todas sus ligaduras con el mismo a través de un proceso lento y paulatino.

Pero puede surgir la melancolfa en lugar del duelo que se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una sensación de desinterés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad para amar, inhibición en todas las funciones, la disminución del amor propio y un empobrecimiento del yo. Esta última se traduce en reproches y acusaciones de que el sujeto se hace a si mismo y puede llegar a una espera de castigo. El sujeto ha sufrido una pérdida de objeto pero la pérdida ha tenido efecto en su propio yo. "La sombra del objeto cayó así sobre el yo"...

La melancolfa posee un contenido más amplio que el duelo normal:

- a) La pérdida del objeto
- b) La ambivalencia y
- c) La regresión de la libido al yo.

Según el planteamiento antes expuesto, El fenómeno de -

la depresión puerperal podría semejarse a la melancolía por su contenido y explicación.

Dejando al duelo como una reacción normal a la pérdida - que siente toda madre por parir o desprenderse de su bebé y - que es pasajera y necesaria.

Para Bleichmar (1980). La depresión forma parte de la categoría nosológica de los trastornos del humor o de la afectividad.

Define a la tristeza por el abanico de estados en que el dolor psíquico se desencadena, por la significación que una situación determinada tiene para el sujeto. Esto es que el afecto está enlazado a un determinado tipo de ideas, por lo que constituye una estructura cognitiva-afectiva.

A la depresión la define como una reacción a la pérdida de objeto y a la imposibilidad de la realización de un deseo en su esencia.

Distingue diferentes tipos de depresiones agudas:

- 1) Depresión por pérdida simple de objeto
(duelo normal)
- 2) Depresión narcisista
- 3) Depresión culposa
- 4) Depresión mixta.

- La depresión por pérdida de objeto está caracterizada por el duelo normal o sea la muerte de un ser querido. Es penar porque el objeto ya no está.

- La depresión narcisista se genera por el no logro del ideal de la perfección del yo del sujeto.

- La depresión culposa se genera por la agresión del sujeto hacia un objeto, ya sea en lo real o en la fantasía, sin tiéndose el sujeto malo por dañar al objeto.

- La depresión mixta se refiere a una clasificación donde se distinguen dos de las categorías anteriores entremezcladas.

- Las depresiones crónicas son de origen más temprano y más severas y de pronóstico más pobre.

- En este sentido, se puede entender a la depresión como un síntoma y: "El síntoma es a la estructura psicopatológica, lo que el habla es a la lengua", "Es un mensaje en el seno de un código". (Bleichmar, 1980, pág. 139) y el análisis del -- contenido singular de un síntoma abre el camino de su compren sión. Watzlawick (1983), el síntoma es un mensaje no verbal- que puede ser neurótico, psicossomático o psicótico.

Para Mendels (1977), la depresión es una experiencia uni

versal, y las emociones de tristeza y pena constituyen una fa
ceta intrínseca de la condición humana.

No obstante la depresión patológica que es abrumadora y-
desesperante, se distingue de la no patología por su intensi-
dad, duración y evidente irracionalidad y por los afectos en-
la vida de aquél que sufre.

Es una forma de psicopatología-síntoma, síndrome o enfer-
medad.

Como factores de predisposición Mendels (1977), mencio-
na:

1. Factores genéticos
2. Presencia de una personalidad deprimida
3. Carencias infantiles específicas o tensiones afecti-
vas que acaecen en un periodo crucial del desarrollo.
4. El desarrollo de una condición en que la respuesta -
"no soy bueno" se presenta como consecuencia de muy-
diversos estímulos.
5. Factores de precipitación como el stress o angustia.
6. Miedo al éxito y exceso de frustraciones.

Específicamente este estudio enfatizaremos aquella de
presión que se da en la madre como consecuencia del nacimien-
to de su primer hijo.

2.2. INTENTOS PARA CLASIFICAR LA DEPRESION

Se han hecho varios intentos para clasificar a la depresión, algunos de ellos serán mencionados a continuación.

A. REACTIVA-ENDOGENA

La distinción se basó en la presencia o ausencia de eventos precipitantes en la historia del sujeto antes de la aparición del primer brote depresivo e incluye otras características para correlacionarlo con la depresión endógena, tales como la edad, presencia o ausencia de algunos síntomas como serían: pérdida de apetito, despertar en las primeras horas de la mañana, desilusión depresiva, variaciones de ánimo durante el día, pérdida o disminución de la libido, culpa, etc.

La depresión reactiva abarcaría la aparición de la enfermedad anterior a los 40 años, con insomnio asociado a la dificultad de conciliar el sueño, pérdida de autoestima, ausencia de desilusiones y pérdida de peso.

El término endógeno sugiere que la depresión proviene de cambios internos tal vez de origen metabólico, o de algunos otros tipos de cambios fisiológicos en el paciente, (para el concepto psicoanalítico lo interno constituiría la historia del paciente) en oposición con la depresión reactiva que se ve afectada por el resultado de un evento frustrante.

Estas clasificaciones aun cuando todavía prevalece hasta nuestros días, se ha visto que no es del todo útil.

Frecuentemente se ha dicho que el término de "endógeno" es una forma infortunada de nombrar una enfermedad cuya etiología no se ha demostrado.

B. DEPRESION PSICOTICA-NEUROTICA

Otro intento de clasificar la depresión es el que nos -- otorga la Asociación Psiquiátrica Americana, que es la de depresión psicótica versus neurótica. El término depresión psicótica no implica aquí la presencia de una psicosis definida como un defecto en la organización de funciones mentales, es decir, alteración en la percepción de la realidad, pero sí un deterioro grave en el funcionamiento afectivo del individuo. Los individuos con serio deterioro funcional durante la enfermedad depresiva son incluidos en esta categoría en el "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders II". Esto como es lógico suponer, da pie a confusiones como es el caso en el detrimento funcional que sufren los pacientes con arterioesclerosis cerebral. Sin embargo buen número de clínicos incluyen dentro de este padecimiento a los enfermos que presentan mala percepción de la realidad, es decir, ideación psicótica, incluyendo aquellos que dentro de otro padecimiento, como sería la esquizofrenia, tengan síntomas depresivos.

La depresión neurótica es menos severa y más manejable. Se manifiesta por una actitud de concentración en uno mismo - en tanto se pierde interés en las situaciones externas. La persona tiende a la pasividad y al abandono porque percibe la futilidad de sus esfuerzos y su incapacidad para encontrar satisfacciones. Aparece el desaliento, la pérdida de confianza, perturbaciones en el sueño y en el apetito, así como en la capacidad para el trabajo. Es la respuesta a la pérdida de un objeto o relación valiosa para el individuo (De la Fuente, 1983).

C. PRIMARIA-SECUNDARIA

Esta clasificación se hizo con fines de investigación de la depresión desde el punto de vista biológico y se basa en que el estado depresivo es o no precedido por síntomas físicos o neurovegetativos. (Lira, 1980).

La depresión primaria es aquella en que el episodio depresivo ocurre en ausencia de otra enfermedad psiquiátrica, - incluyendo esquizofrenia, sociopatía, neurosis de ansiedad o angustia e histeria. A diferencia de la secundaria en donde la depresión se presenta concomitante a otra enfermedad.

Esta clasificación es un poco inadecuada para un total acercamiento al entendimiento del paciente desde el punto de vista terapéutico, especialmente porque el acercamiento psico

terapéutico es de gran importancia en el plan de tratamiento y porque es demasiado simple para la complejidad que representa la enfermedad depresiva, pero en cambio es una buena estandarización para investigar la correlación de la depresión.

D. UNIPOLAR-BIPOLAR

En ésta, un paciente deprimido con una historia de períodos maníacos o hipomaníacos, se considera que padece depresión bipolar, mientras que la designación de unipolar se da a los pacientes que no tienen una historia de manía.

Los síntomas y signos de la manía incluyen: irritabilidad, incremento de la actividad física o psíquica, habla apresurada, grandiosidad, sueño escaso, en ocasiones delirio y pobreza de juicio, (Kolb, 1973).

Estudios realizados en familiares de los pacientes con depresión, demuestran que hay más parientes con historia de depresión en los bipolares que en los unipolares.

E. Otro intento para clasificar la depresión es el que maneja la Organización Mundial de la Salud en la 9a. Revisión de la clasificación Internacional de enfermedades (ICD-9) que a continuación se expone: (Calderón, N. 1984 pág. 15).

- Psicosis afectivas:

Psicosis maníacodepresiva, de tipo depresivo.

Psicosis manfacodepresiva, de tipo circular, pero generalmente depresiva.

Psicosis manfacodepresiva, de tipo circular, mixta.

Psicosis manfacodepresiva, de tipo circular, con estado general no especificado.

Psicosis manfacodepresiva, otras y no especificadas.

Otras.

No especificadas.

- Otras psicosis no orgánicas:

De tipo depresivo.

- A la depresión neurótica le correspondería el rubro:

Trastornos neuróticos:

Depresión neurótica.

- Dentro del agrupamiento tentativo de la depresión simple, podrían incluirse los cuadros:

- Reacción aguda al estrés:

Con trastorno predominante de las emociones (si son depresivas).

Mixtas (si incluyen depresión).

- Reacciones de ajuste: (incluye a la depresión puerperal)

Reacción depresiva breve.

Reacción depresiva prolongada.

Con trastornos mixtos de las emociones y de la conducta (si hay depresión).

- Trastornos de la conducta no clasificado en otra parte:

Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones -- (si hay depresión).

- Trastornos de las emociones específicos de la infancia y de la adolescencia:

Con pena e infelicidad.

Otros y mixtos.

2.3. SINTOMATOLOGIA

El cuadro clínico de la depresión puede presentar dos aspectos, uno con alteraciones francas de la esfera afectiva que permiten un diagnóstico rápido y seguro, y otro en el cual éstas se encuentran disfrazadas, predominando síntomas somáticos que no son fácilmente identificables por el médico como elementos constituyentes de un cuadro depresivo.

Calderón (1984), pág. 75) divide los síntomas en cuatro grupos:

- a) Trastornos afectivos.
- b) Trastornos intelectuales
- c) Trastornos conductuales
- d) Trastornos somáticos.

TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

SINTOMA	MANIFESTACIONES
INDIFERENCIA AFECTIVA	Disminución o pérdida de intereses vitales.
TRISTEZA	Con o sin tendencia al llanto. Ausente en las depresiones "sonrientes".
INSEGURIDAD	Dificultad para tomar decisiones.
PESIMISMO	Enfoque vital derrotista, da origen a dependencia hacia la familia.
MIEDO	Específico o indiferenciado, en ocasiones absurdo (por ejemplo, miedo a bañarse).
ANSIEDAD	Más intensa en la mañana, puede ser confundida con síntomas depresivos.
IRRITABILIDAD	Con agresividad que da origen a problemas familiares y laborales.

TRASTORNOS DE LA ESFERA INTELECTUAL

SINTOMA	MANIFESTACIONES
SENSOPERCEPCION DISMINUIDA	Mala captación de estímulos
TRASTORNOS DE MEMORIA	Dificultad para la evocación
DISMINUCION DE LA ATENCION	Mala fijación de los hechos de la vida cotidiana
DISMINUCION DE LA COMPRESION	Dificultad de comunicación
IDEAS DE CULPA O DE FRACASO	Autodevaluación Incapacidad de enfrentamiento.
PENSAMIENTO OBSESIVO	Ideas o recuerdos repetitivos mo-- lestos.

22. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

SINTOMA	MANIFESTACIONES
ACTIVIDAD DISMINUIDA	Descuido de sus obligaciones y de su aseo personal.
PRODUCTIVIDAD DISMI- NUIDA	Mal rendimiento en el trabajo.

SINTOMA	MANIFESTACIONES
IMPULSOS SUICIDAS	Ideas o intentos de privarse de la vida.
IMPULSO A LA INGESTION DE ALCOHOL Y OTRAS -- DROGAS.	Tendencia a beber o a utilizar -- drogas como un mecanismo de escape a la ansiedad.

TRASTORNOS SOMATICOS

SINTOMA	MANIFESTACIONES
TRASTORNO EN EL SUEÑO	Insomnio que se presenta al principio o al final del período de descanso. Dormir inquieto. En algunos casos hay hipersomnias.
TRASTORNOS EN EL APETITO	Anorexia que puede originar pérdida importante de peso. En ocasiones hambre compulsiva.
DISMINUCION DE LA LIBIDO	Debilitamiento o desaparición del deseo sexual.
CEFALEA TENSIONAL	Afecta de preferencia a los músculos de la nuca y a los temporales.
TRASTORNOS DIGESTIVOS	Dispepsia, aerofagia, meteorismo, náuseas, etc.

SINTOMA	MANIFESTACIONES
TRASTORNOS CARDIOVASCULARES	Trastornos de la frecuencia o del ritmo cardíaco, disnea suspirosa, etc.
OTROS	Mareos, prurito, alopecia, etc.

2.4. DEPRESION PUERPERAL

Para la finalidad del presente estudio se diferencia lo que es la Depresión Post-Partum de lo que es la depresión puerperal.

La Depresión Post-Partum será aquella causada por los movimientos hormonales en los 5-6 días después del parto. Mee- doc llama a este período "New Bary- Blues" caracterizado por un sentimiento desalentador que puede experimentar la madre en el hospital y que desaparece poco después de llegar a casa.

Sandler (1978) apoya la teoría endócrina. Los cambios más severos se refieren a los estrógenos y a la progesterona.

Las gráficas muestran los cambios que han sufrido ciertas mujeres que presentaron depresión post-partum. Se observa la fuerte caída de estos elementos en los días siguientes después del parto.

Hormones and post-partum depression

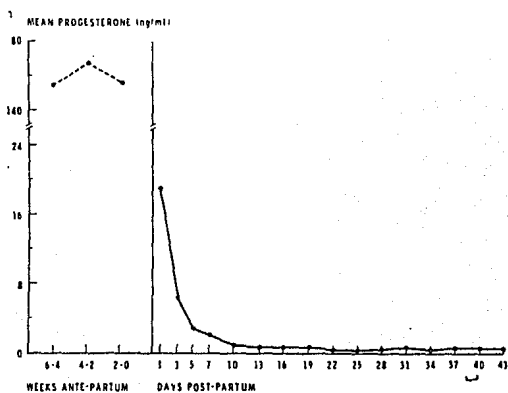


FIG. 7. Changes in plasma progesterone between the last month of pregnancy and the end of the first month post-partum.

Hormones and post-partum depression

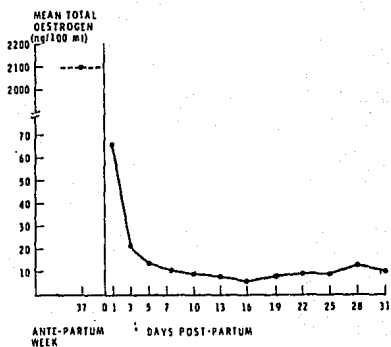


FIG. 6. Changes in mean total oestrogen levels in the plasma between the last month of pregnancy and the end of the first month post-partum.

También hay cambios serios en los corticosteroides y en las hormonas tiroideas.

La depresión puerperal será aquella que perdure más allá después de este acontecimiento.

El término puerperio se aplica a las seis u ocho semanas siguientes al parto que se requieren para la involución del organismo materno, es decir, que el útero y las hormonas vuelvan a su funcionamiento normal. (Beck, 1972. Gantus Meray, -- 1979).

Dice Pernound, (1979) que para el organismo de la madre, embarazo y parto han significado un gran trastorno: numerosos órganos se han desplazado e hipertrofiado; ahora van a ir recuperando poco a poco su tamaño, volviendo a su lugar inicial, deshaciéndose de todo aquello que es ya inútil. En una palabra: se va a restablecer el orden en el organismo.

Inmediatamente después del parto, el útero pesa 1 kilogramo y presenta al exterior un bulto en la región abdominal. En 6 semanas va a recuperar su peso normal de 60 gramos y su tamaño primitivo, el de un pequeño higo fresco de 6 centímetros de altura; posteriormente, se encajará en su lugar correspondiente, situado en la pelvis. Paralelamente, la vagina y la vulva se encogen, con atrofia de sus fibras musculares, ovarios y trompas vuelven a ocupar su lugar habitual.

El período se termina con la reaparición de la regla, -- aproximadamente 6 semanas después del parto. Los ovarios, -- nuevamente, producen un óvulo; el ciclo se reanuda, un nuevo-embarazo puede volver a producirse.

Cuando una mujer está criando, la reaparición de la regla no se suele producir hasta que termina de criar.

La depresión puerperal se presenta con la sensación de -- desaliento y de incapacidad personal; raramente alcanza proporciones psicóticas, (Sandler, 1978), implica reorganizar toda la experiencia pasada y restablecer un equilibrio dinámico, siendo esto un proceso lento y difícil.

Rosenbluth (1969) expone que después de parir y llegar a casa la mayoría de las mujeres pasan por un período de adaptación; deben acostumbrarse a su nuevo papel de madre y adaptarse a los requerimientos y necesidades de su hijo. Este período de bruscos altibajos en el estado de ánimo por el que pasan casi todas las mujeres, se relaciona con los trastornos orgánicos y psicológicos del embarazo y el parto. Pero en gran medida se debe también a la necesidad de reorganizar por completo la propia existencia: ahora la mujer debe hacer frente a la enorme responsabilidad que significa el hecho de tener a su cargo una nueva vida: la de su hijo. Durante esta etapa, -- la mayoría de las mujeres desean, en ciertos momentos, volver a su despreocupado estado anterior, cuando aún no habían asu-

mido esta nueva responsabilidad.

Spock (1971) menciona que es muy probable que una madre-primeriza sufra de depresión puerperal y ésta se manifieste con sentimientos de que todo le sale mal, y de ser incompetente para realizar su labor de madre. Se siente ansiosa por su nueva responsabilidad y tiene que aparecer con un nuevo rol del cual ya no se separará nunca. Implica una renovación y, llevar una nueva vida.

2.4.1. CAUSAS DE LA DEPRESION PUERPERAL

A continuación se mencionará una lista de algunas de las principales condiciones psico-sociales desencadenadoras de la depresión puerperal. Según Bauza (1980), Spock (1971), Horney (1973), Sandler (1978):

- Tensiones existentes durante el embarazo.
- Antecedentes psiquiátricos familiares.
- Predisposición genética individual (Puente, 1976).
- La idea de maternidad que les es transmitida desde niñas se las presentan como un hecho ineludible, destino final de sus cuerpos, razón de existir y es el rechazo que esto puede producir en la mujer.
- El miedo a no desempeñar el papel de madre adecuadamente

te o de lastimar al bebé. Esto es, tendencias agresivas inconscientes contra el bebé.

- La dificultad para reorganizar la nueva forma de vida.
- La información incompleta que reciben la mayoría de las mujeres, que les impide desarrollar intereses y trabajos independientes.
- Problemas económicos.
- El no haber elegido quedar embarazada o no haber logrado interrumpir el embarazo, si así se deseaba.
- El desconocimiento de su cuerpo y sus funciones.
- Quedar con sobrepeso.
- La falta de información en lo que se refiere al cuidado del niño. Dificultad para entender y manejar sus necesidades.
- Que el bebé no cubra las expectativas que se tenían de él.
- Agotamiento físico y nervioso, debido a que no hay división del trabajo, obligando a la madre a enfrentar sola los trabajos de la maternidad.
- El aislamiento en el que se desarrolla el trabajo doméstico que le impide relacionarse con otras personas, en especial con otras mujeres con quienes compartir sus experiencias.

- El tener otro hijo u otros hijos cuyas necesidades deben satisfacer ellas solas.
- Poco apoyo o distancia de sus familiares directos.

Según el Dr. Klerman (en Medoc, 1980) las causas de la de pre si ón pu er pe ra l se dividen en dos categorías:

1. Una es la hipótesis endócrina pues supone que casi toda situación de cambio endócrino rápido en una mujer está asociado con disturbios del estado de ánimo.
2. La otra teoría es la psicodinámica en donde se parte del hecho de que las mujeres propensas a la depresión puerperal están todavía atadas a sus madres y que viven en un mundo infantil en lo que respecta al amor de sus seres queridos. La sola idea de que ellas tienen que rendir servicio a otra persona en lugar de ser las receptoras de estas atenciones, resultan una pesada carga para ellas.

Una mujer en estado de preñez tiene un sentido de satisfacción propia. El nacimiento de su hijo interrumpe este estado de plenitud personal.

Para H. Deutch (en Riviere 1979) el estado mental de la mujer después del parto se caracteriza por el sentimiento de una gran pérdida. Después de una corta fase, en que la sensación de una lucha victoriosa se impone sobre el resto, nace -

un sentimiento de vacío infinito y de decepción análoga al -
sentimiento del paraíso perdido.

2.4.2. LA RELACION MADRE HIJO DESPUES DEL PARTO

Las primeras relaciones de la madre con el recién nacido-
son variables. Algunas mujeres sufren de ese vacío que experi-
mentan en su cuerpo: les parece que le han robado su tesoro. -
Durante el embarazo, la mujer sueña al niño con una imagen, in-
finito; la madre jugaba pensando en su maternidad futura; al -
nacer viene a ser un pequeño individuo. Muchas madres se asus-
tan ante las nuevas responsabilidades.

H. Deutsch opina que este vacío sólo se llena cuando final-
mente se establece la primera relación con el hijo como obje-
to exterior. Podemos suponer que esta relación ya existe du-
rante el parto como lo confirma la observación de Rank. A pro-
pósito de otro asunto, las parturientas anestesiadas tienen un
sentimiento particular de enajenación con respecto a su hijo.-
Estas madres no experimentan las sensaciones de vacío y de de-
cepción, pero su alegría de tener un hijo es menos intensa que
en los casos de parto natural. El hijo es percibido como algo
extraño a ellas. (1960).

García Pérez (1979, pág. 66) expone que para Beauvoir, --
"toda relación es original; la madre encuentra una plenitud --
carnal en el niño y en su dominación sobre éste. El niño pa--

sa de "muñeco-estándar" a ser individuo complicándose la relación madre-hijo: en el parto el niño es un sujeto autónomo, - por tanto, rebelde; es real pero será un adolescente, un adulto; es una riqueza, un tesoro: es también una carga, un tirano. La dificultad y grandeza del amor maternal residen en la no-reciprocidad. Se complace en servir, dar, crear la felicidad. La maternidad es un extraño compromiso de narcisismo, - altruismo, de sueño, de sinceridad, de abnegación, de cinismo. Lo anterior corresponde al deseo de tener un hijo para compensar, a través de él, todas las frustraciones. Otras, para -- compensar el vacío y castigarse por la hostilidad inconfesable".

Horney (1973) expone que la relación de la madre hacia -- sus padres es reflejada en su actitud hacia sus propios hijos siendo conflictos que pasan de generación en generación.

De vital importancia resulta prevenir y conocer el fin de la depresión puerperal pues es posible hacer predicciones sobre la calidad de la relación madre-hijo.

Si una madre sufre de depresión puerperal, afectará desfavorablemente al desarrollo de su hijo causándole dificultades a él y a si misma, como a todas las personas que la rodean.

Winnicott (1979, pág. 149) explica que en el desarrollo emocional individual el precursor del espejo es el rostro de la madre.

Si la madre no puede responder a su bebé por estar deprimida, el niño no recibe de regreso lo que él da. Mira y no se ve a si mismo. De esto surgen consecuencias. Empieza a atrofiarse la capacidad creadora del neonato y de una u otra manera busca en derredor otras formas de conseguir que el ambiente le devuelva algo de sí.

Esto obliga al bebé a esforzarse hasta el límite de su capacidad de previsión de acontecimientos, lo que le provoca -- una amenaza de caos. El niño puede llegar a organizar su retirada, o no mira, salvo para percibir a manera de defensa. - El niño que es así tratado crecerá con desconcierto en lo que respecta a los espejos y a lo que éstos pueden ofrecer.

Spitz (1969) también expone claramente que las perturbaciones de la personalidad maternal se reflejan en perturbaciones del infante.

Supone que las influencias psicológicas dañinas son la -- consecuencia de relaciones insatisfactorias entre la madre y el hijo. Tales relaciones insatisfactorias son patológicas y pueden dividirse en dos categorías:

- a) relaciones madre-hijo incorrectas
- b) relaciones madre-hijo insuficientes

Las relaciones madre-hijo incorrectas se refieren a un -- factor cualitativo donde la personalidad materna actúa como -

agente provocador de la enfermedad, "como una toxina psicológica". los patrones de conducta maternos incorrectos que maneja Spitz son los siguientes:

- 1) Franca repulsa primaria
- 2) Tolerancia excesiva angustiosa primaria
- 3) Hostilidad enmascarada de angustia
- 4) Fluctuaciones entre el mimo y la hostilidad
- 5) Oscilaciones cíclicas del humor de la madre
- 6) Hostilidad conscientemente compensada

Las relaciones madre-hijo insuficientes se refieren a un factor cuantitativo donde privar a un infante, en el primer año de vida de las relaciones de objeto es un factor dañino de importancia que lleva a graves perturbaciones emocionales. Las consecuencias de la deficiencia emocional pueden ser:

- 1) Privación emocional parcial que puede provocar una depresión anaclítica en el bebé.
- 2) Privación emocional completa que puede provocar marasmo y hasta la muerte.

2.5. PRUEBAS PSICOLOGICAS UTILIZADAS EN LA MEDICION DE LA DEPRESION

Han sido muchas y variadas las pruebas psicométricas que

se han utilizado para medir la depresión.

Existe un grupo de éstas que fueron construidas especialmente para medir depresión y otro grupo comprende aquellas -- que aun cuando no son exclusivas para medirla, el desempeño -- del individuo en éstas nos muestra la existencia del padeci-- miento.

En este último grupo podemos encontrar el Test de Inteligencia de Weschler. Una persona deprimida mostrará las escalas de ejecución disminuidas en comparación con las escalas -- verbales.

En la Prueba de Roscharch los pacientes deprimidos dan -- pocas respuestas, tiempos de reacción largos, altos números -- de F, alto porcentaje de F+, respuestas populares o simples, -- alto número de D y bajo de W y están pendientes a criticar la producción.

En el test de apercepción temática frecuentemente se observan temas de desesperación, pérdida de afecto o muertes, -- las historias son usualmente cortas y de actitud pesimista -- con finales miserables.

- En el test de asociación de palabras se observan tiempos de reacción largos y también se ha detectado dificultad -- para establecer relaciones concretas o funcionales a los estímulos de la prueba.

- En el inventario multifásico de la personalidad de Minnessota se observan altas las escalas D, la Pt, moderadamente la F y baja la MA. También baja la K. Hay dificultad para entender la prueba.

- Dentro del grupo de las pruebas específicas para medir la depresión están la Escala de Depresión de Hamilton donde una persona con este síntoma presentara índices de insomnio, agitación, somatización, hipocondria y pérdida de peso.

- La prueba de depresión de Zung está dividida en 4 grupos: disturbios psicológicos persistentes, equivalentes de disturbios fisiológicos, equivalentes de disturbios psicomotores. Dependiendo del grado de la depresión del sujeto según los síntomas que presente.

- La prueba de Beck es un listado de síntomas depresivos en la que el paciente marca aquéllos que él padece en la medida en que le están afectando.

- La prueba que se utilizó para el presente estudio fue específica para medir depresión: la prueba de Adjetivos de Lubin.

2.5.1. PRUEBA DE ADJETIVOS DE LUBIN

Es un instrumento de medición exclusivo de la depresión. Se eligió éste y no otro instrumento pues entre las otras - -

pruebas conocidas específicas para medir depresión ésta resultó más adecuada por ser:

fácil de aplicar y de calificar,
se requirió de muy poco tiempo para su aplicación,
apta para la comprensión de la población,
pareció medir aquellos aspectos que se pretendió medir,

Existen siete formas distintas de esta prueba. Cuatro - para mujeres y tres para hombres.

Se eligieron las pruebas "A" que se aplicó en el pretest y la prueba "B" que se aplicó en el posttest, que son parte - del grupo de pruebas para mujeres.

Ambas pruebas están constituidas por 32 reactivos, 22 -- que miden rasgos positivos, es decir buen estado de ánimo y - los que miden rasgos negativos o sea que miden depresión, 10.

El sujeto para contestar debe marcar aquellos adjetivos - que describan su estado de ánimo en el momento de la aplica-- ción.

La calificación de la prueba toma en cuenta tanto aque-- llos adjetivos marcados, como aquéllos que no lo fueron.

Existe una plantilla para calificar, y normas para pasar las calificaciones netas a calificaciones de percentiles pero para este estudio esto último no se tomó en cuenta ya que los

datos no están estandarizados a la población mexicana.

Para poder utilizar las formas A y B que estaban escritas en idioma inglés fue necesario traducirlas y validar lo anterior a través de un procedimiento de interjueces.

Después se realizó un estudio piloto con 30 sujetos para comprobar la adaptación lingüística y cultural de los reactivos.

El procedimiento que utilizó el Dr. B. Lubin para la construcción de las pruebas fue el siguiente.

Trabajo con dos grupos: uno de hombres y otro de mujeres.

Para el grupo masculino se tenían 171 adjetivos originales, se les aplicó un análisis de ítems que fueron administrados a una población de 100 adultos varones normales y a 47 varones enfermos deprimidos.

De los 171, 76 fueron positivos y 32 negativos. Con estos adjetivos se formaron 3 listas: E, F y G, cada una de las cuales consistió de 34 adjetivos, 22 positivos y 12 negativos, intentando de alguna manera que fueran paralelas.

El grupo femenino estuvo constituido por 179 mujeres normales y 48 deprimidas de los 171 adjetivos originales, 128 resultaron sensibles después del análisis de ítems, 88 positi--

vos y 40 negativos. De aquí se formaron 4 listas: A, B, C y D, cada lista contenía 22 adjetivos positivos y 10 negativos.

(Cabe aclarar que para el presente estudio sólo se utilizaron las pruebas A y B, considerando que eran paralelas).

CONFIABILIDAD

La confiabilidad se obtuvo a través de un sistema Split-and Half. Este consistió en la aplicación de 2 listas distintas de adjetivos a un grupo de 156 mujeres. Cada lista contenía 32 adjetivos, 22 positivos y 10 negativos.

Las correlaciones obtuvieron valores entre 80 y 90 lo cual indica que se logró una confiabilidad muy alta con este procedimiento.

Sin embargo cuando la confiabilidad se hizo a través de un proceso de test-retest se disminuyó a un valor de 0.2.

VALIDEZ

Se utilizó un procedimiento de validación cruzada donde la misma lista de adjetivos se aplicó a diferentes sujetos en diferentes lapsos de tiempo.

Se aplicó a 927 sujetos de los dos sexos.

Se encontró que si existieron diferentes significativas-

entre sujetos deprimidos y sujetos no deprimidos. También se encontraron diferencias significativas en la medición de la depresión entre hombres y mujeres.

Para lograr una validación concurrente comparó las listas de adjetivos contra la prueba de depresión de Beck y encontró que las correlaciones, tanto de la lista "A" como de la lista "B", fueron significativas. Comparando con la prueba de depresión de Zung, los adjetivos de la lista a la Lubin no correlacionaron significativamente. Los de la lista "B" - si.

También se logró una validez de construcción o factorial.

Se le pidió a 953 sujetos, de ambos sexos que contestaron una sola de las 7 formas. A los resultados se les aplicó un análisis factorial con un paquete llamado Osiris II.

El análisis indicó dos factores que dieron cuenta del -- 34.7% de la varianza común total.

Un factor se denominó estado de ánimo depresivo y el otro estado de ánimo elevado.

CAPÍTULO 3

LA ANSIEDAD

CAPÍTULO 3

LA ANSIEDAD

1. INTRODUCCIÓN
2. DEFINICIÓN DE LA ANGUSTIA-ANSIEDAD
3. CLASIFICACIÓN
4. ASPECTOS NEUROFISIOLÓGICOS DE LA ANGUSTIA
5. MEDICIÓN PSICOLÓGICA DE LA ANSIEDAD-ANGUSTIA
6. EL IDARE,

3.1. INTRODUCCION

La gestación, el parto y la crianza del primer hijo, aun que constituyen una función normal de la mujer, no es posible ignorar los sentimientos que sufre la futura madre cuando - - atraviesa por estos procesos.

Se ha observado que aparecen sentimientos de depresión, de temor y miedo y muchos otros; sin faltar, la ansiedad. Esta, inherente al embarazo y al ser humano, desempeña un papel importante en la preparación de la mujer para el parto y la - maternidad.

Soifer (1971) menciona que la ansiedad a lo largo del embarazo, implica que la mujer tiene la sensación consciente de que algo está pasando que asusta y desconcierta. Dice que -- las ansiedades específicas del embarazo se relacionan con: la aceptación de éste, la percepción de los movimientos del fe--to, temor a la propia muerte o a la muerte del bebé, temor a dar a luz un hijo con malformaciones, angustia del trauma del nacimiento y la separación; miedo y ansiedad por temor en - - adaptarse a un nuevo rol, entre otros.

3.2. DEFINICION

En la literatura la palabra "ansiedad" es utilizada como sinónimo de angustia. Sin embargo se tratará de definir, si es que es posible, a cada una de ellas por separado.

El diccionario de psicología (1979, pág. 16) define a la ansiedad como una actitud emotiva o sentimental concerniente al futuro y caracterizada por una mezcla o alternativa desagradable de miedo y esperanza, mientras que la angustia (pág. 15) es definida como una combinación de aprensiones, incertidumbre y miedo con especial referencia a manifestaciones corporales. Esto puede ser neurótica o reactiva. En ambos casos se trata de la reacción del ego ante el peligro.

Las dos son traducidas al inglés como "anxiety". Sancristán (1956) no hace distinción entre ansiedad y angustia, utilizándolas indistintamente.

La angustia es una reacción provocada por la amenaza de los impulsos peligrosos reprimidos dentro de la personalidad. Es una respuesta irracional ante situaciones que simbolizan los conflictos inconscientes.

Define a la ansiedad como un malestar dolorosa de la mente, un estado de tensión elevada que se acompaña de temor y aprensión. Puede presentarse en cualquier situación y constituye una amenaza a la personalidad; el material reprimido es-

especialmente apto para producir ansiedad. La ansiedad puede presentarse, por ejemplo, cuando las necesidades propias y la seguridad de la personalidad se ven amenazadas por el hecho - de que la represión de deseos y tendencias prohibidas está en peligro de quebrantarse; también puede aparecer con su aprensión obsesiva en relación con frustraciones o dilemas sobre - problemas capitales en la vida.

Por lo anterior, se puede concluir que angustia y ansiedad son matices de la misma experiencia y para fines del presente estudio se utilizarán ambas palabras como sinónimos.

Mackinnon (1984) entiende a la ansiedad como una respuesta psicológica al peligro y se observa cuando el individuo -- tiene la impresión de que se está perfilando una amenaza contra su bienestar.

Kolb (1973) define a la angustia como una sensación persistente de aprensión y desastre inminente; constituye una -- respuesta a la amenaza que surge de profundos y peligrosos im pulsos reprimidos dentro de la personalidad, o bien a los sen timientos reprimidos que luchan por hacerse conscientes; es - una advertencia de peligro que se origina en la presión que - ejercen las actitudes internas inaceptables. El sujeto ignora la fuente de su angustia.

Según S. Freud (1933), pág. 3146) "la angustia es un estado afectivo, o sea, una unión de determinadas sensaciones -

de la serie placer-displacer con las inervaciones de descarga a ellas correspondientes y su percepción, pero probablemente aunado al residuo de ciertos acontecimientos importantes incorporados por herencia o por vivencia. El suceso que habrá dejado tras de sí tal huella afectiva sería el nacimiento". - Esta sería la angustia primaria.

3.3. CLASIFICACION

Freud menciona que existen dos tipos de angustia: real y neurótica.

En la primera se observa una reacción aparentemente comprensible al peligro. Esto es, un daño temido procedente del exterior y en la segunda, algo enigmático y como inadecuado.- De la disposición a la angustia que crea el nacimiento, se desarrollaría la reacción de angustia, de la cual serían posibles dos desenlaces; o bien el desarrollo de la angustia, la repetición de la antigua vivencia traumática que se limita a una señal y entonces la reacción restante puede adaptarse a la nueva situación de peligro, o bien, predomina lo antiguo y toda la reacción se agota en el desarrollo de angustia, haciéndose entonces paralizante e inadecuado al presente el estado afectivo". (pág. 3147)

La angustia neurótica se observa, según Freud, en tres diversas circunstancias: (pág. 3147)

1) Angustia general, libre y flotante dispuesta a enlazarse pasajeramente a cualquier posibilidad emergente; esto es, como angustia expectante.

2) Angustia fijamente vinculada a determinadas representaciones en las llamadas fobias, en las cuales se puede reconocer todavía una relación con un peligro exterior pero se considera desmesuradamente exagerada la reacción ante el mismo.

3) La angustia propia de la histeria y otras formas de neurosis grave que acompaña a los síntomas o surge independientemente como acceso o como estado más duradero, pero siempre sin fundamento visible en el peligro exterior. De aquí Freud se cuestiona: "¿Qué es lo que se teme en la angustia neurótica?". Su respuesta denota que son los conflictos instintivos internos y la excitación libidinosa, no satisfecha, no utilizada; y en lugar de esta libido desviada surge la angustia o la ansiedad.

Esta clasificación hecha por S. Freud de la angustia es retomada por muchos otros teóricos concluyendo que la angustia puede ser dividida en:

1. Angustia normal o reactiva, que surge ante un peligro real, el cual se aprecia de manera objetiva.
2. Angustia neurótica.- Que surge de las fuentes inaccesibles para el propio individuo.

Es prudente diferenciar al miedo de la ansiedad o la angustia, puesto que para el presente estudio, ambos suponen lo mismo. El miedo es una reacción emocional de peligro específica, causada por la representación viva y persistente de un dolor o de un posible mal.

Entre el miedo y la angustia se puede situar el temor, - en el que el impacto a lo desconocido es más evidente que en el miedo.

Díaz-Guerrero y Spielberg (1975) clasifican los conceptos de ansiedad de la siguiente manera:

a) Ansiedad-estado que es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

b) La ansiedad-rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado.

3.4. ASPECTOS NEUROFISIOLÓGICOS DE LA ANSIEDAD

La ansiedad así como la depresión, son emociones que tienen sustratos neurofisiológicos que las sostienen; son mecanismos complejos que pueden ser localizados, aunque sea inespecíficamente, que engloban al sistema nervioso de la vida de relación, al sistema endócrino y particularmente al sistema nervioso vegetativo.

Entre los años de 1927 y 1929 Walter Cannon (en Rafalín, 1963), pensó que había datos suficientes para considerar que el sustratum anatómico de las emociones estaba constituido -- por el diencefalo y sus conexiones con las vísceras y con la corteza cerebral. Brevemente expuesto su punto de vista es el siguiente: En la emoción, el diencefalo, que recibe estímulo aferente, excita a su vez al músculo esquelético y a las vísceras mediante una "descarga descendente", en tanto que el componente subjetivo, el afecto, está dado por una "descarga ascendente" hacia la corteza cerebral. Cannon estudió la descarga descendente en sus componentes vagales y más minuciosamente aún en sus componentes simpático-adrenales (dilatación pupilar, sudoración, taquicardia, inhibición de los movimientos del intestino, etc.).

Estas hipótesis han sido corroboradas por muchas investigaciones. Cannon sentó las bases para el estudio fisiológico de las emociones e hizo avances importantes en el conocimien-

to de la reacción de las vísceras en situaciones de emergencia. Distinguió así tres componentes en la respuesta emocional:

- 1) Visceral
- 2) Somático
- 3) Endócrino

Redondo Pérez (1979), reconoce que el hipotálamo es la estructura subcortical más importante en el proceso de la emoción, pues tiene la posición de predominancia debido a su relación con el resto del sistema nervioso y con el sistema endócrino, en especial con el neocortex y el sistema límbico.

Neulders y Boisag-Schepens (1981), opinan que es posible describir brevemente cuales son algunos de los cambios que sufre el organismo cuando el sujeto se siente ansioso. Estos pueden ser los siguientes:

1. El sistema cutáneo disminuye su resistencia y su temperatura, así como incrementa la secreción sudorípara de origen simpático.
2. La respiración aumenta en frecuencia y en profundidad.
3. Se produce una hipertonia muscular.
4. En las glándulas endócrinas, aumenta la actividad tiroidea y del metabolismo basal. Aumenta la producción de cortisol por la corteza suprarrenal, así como-

aumenta la secreción de noradrenalina y de adrenalina bajo el efecto de la excitación de la médula suprarrenal.

5. En la sangre hay aumento de glóbulos rojos por contracción del bazo.
6. Se observa taquicardia y aumento de la presión arterial.
7. En el trato digestivo, se puede observar la inhibición o bien la excitación de la motricidad gastrointestinal.

3.5. MEDICION PSICOLOGICA DE LA ANSIEDAD-ANGUSTIA

La investigación sistemática y la medición de la ansiedad, ha comenzado hace unos cinco lustros con Taylor en 1953, sin embargo, hay que distinguir dos vertientes importantes: - 1) Las pruebas proyectivas y los cuestionarios que miden la ansiedad como concomitante de otros factores de personalidad, y 2) Aquellas escalas o cuestionarios que se dirigen tan sólo a la medición de la ansiedad específicamente. Las pruebas proyectivas del primer grupo, RORSCHACH, T.A.T.; HOLTZMANN y otras son pruebas ampliamente utilizadas en la clínica. Tienen la ventaja de que el sujeto ignora que es lo que el psicólogo busca, se encuentra libre de presiones, y el sujeto se involucra fácilmente en las láminas sin poder defenderse o negar su propia expresión.

El inventario M.M.P.I. es otro de los instrumentos mejor estructurados y utilizados que pueden medir la ansiedad de un sujeto. Como su nombre lo indica es un inventario o cuestionario de la serie "cierto o falso" como alternativas de respuesta al estímulo. Consta de 566 preguntas divididas en 10 escalas clínicas y 3 de veracidad para detectar la psicopatología de la personalidad. Una de las escalas clínicas, la 2, mide el grado de depresión y de ansiedad de un sujeto.

El Inventario de Minnesota ofrece grandes ventajas de medición o evaluación, sin embargo la medición y evaluación de la ansiedad no es específico, ni nos dice su intensidad real o su frecuencia de aparición.

La prueba de frases incompletas, mediante complementación de frases, permite, por interpretación de lo que el sujeto manifiesta, detectar si un sujeto está o no ansioso, y descubre sus miedos y temores, pero como sucede con los anteriores instrumentos, dejan entrever la existencia del fenómeno, pero no su especificidad.

Las pruebas psicológicas de medición y evaluación específica de la ansiedad han aparecido a partir de los años 50. Como un signo del entusiasmo y de los éxitos logrados han venido apareciendo un gran número de instrumentos específicos de medición; elaborados en forma diversa, más o menos extensos y con valor estadístico para hacer más válida y confiable

la prueba.

Dentro del grupo de las pruebas específicas que miden ansiedad, que también han sido estandarizadas en nuestro país, está el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

3.6. INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO Y ESTADO (IDARE)

El Idare es un instrumento de medición de ansiedad que mediante dos escalas pretende medir el "estado" y el "rasgo" de ansiedad. La escala de "estado" explora la fenomenología de la ansiedad que surge o se tiene en un momento dado, es decir, su existencia y su grado. La escala de "rasgo" explora la características más o menos estable o permanente, frecuencia con que un fenómeno dado ansioso se produce o que implica que un sujeto se comporte de determinada forma.

El instrumento es autoadministrable, aplicable individualmente o por grupos, y no requiere de un determinado tiempo para contestar.

Cada escala está precedida por unas breves instrucciones que son como sigue:

ANSIEDAD ESTADO:

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el circulo

lo del número que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, - en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No - emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la res-- puesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

ANSIEDAD RASGO:

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el - - círculo del número que indique cómo se siente generalmente. - No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor des-- criba cómo se siente generalmente.

El instrumento IDARE da cuatro alternativas a cada uno - de los 40 ítems que se supone recogen adecuadamente el grado - o frecuencia de la ansiedad en un sujeto. Esta forma permite obtener medidas estadísticas aceptables como efecto del estí-- mulo propuesto.

La calificación se verifica sumando los números marcados por el sujeto, con excepción de las expresiones 1, 2, 5, 8, - 10, 11, 15, 16, 19 y 20 de la escala "estado" en que el valor del número marcado se invierte. Cualquiera de estas expresio-- nes marcadas con un 4 tendrá valor de 1; el 3 equivale a 2 y - el 2 equivale a 3 y el 1 equivale a 4. Para la escala de ras-- gos las expresiones 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39 siguen las mis-- mas normas de calificación que las ya mencionadas para la esca

la Ea. El puntaje total será así el puntaje-crudo total de cada escala.

CONFIABILIDAD:

Se realizó a través de un procedimiento de test-retest, con 5 subgrupos de sujetos estudiantes universitarios, no graduados. Se lograron correlaciones que variaron de .73 a .86 para la escala de rasgo y de .16 a .54 en la escala de estado.

VALIDEZ:

Se realizó una validez concurrente correlacionando al IDARE con la escala de ansiedad IPAT, la escala de ansiedad manifiesta TMAS de Taylor y la lista de adjetivos afectivos de Zuckerman AACL. Los resultados varían entre .41 y .85.

Se correlacionaron las escalas de rasgo y estado, aplicándolas a 4 muestras distintas de estudiantes no graduados del sexo femenino, obteniendo valores entre .44 y .55. En cambio, las correlaciones en las escalas para los varones variaron entre .51 y .67.

ESTANDARIZACION:

La estandarización se llevó a cabo en la Ciudad de México con los siguientes procedimientos por Díaz Guerrero (1985):

a) Los datos normativos del IDARE para universitarios, se basaron en 2 muestras separadas de estudiantes:

- 982 estudiantes: 334 hombres y 648 mujeres
- 484 estudiantes no graduados: 253 hombres y 231 mujeres.

Las puntuaciones T normalizan los valores que se obtienen tomando a 50 y una desviación estandar igual a 10.

b) Los datos normativos para estudiantes de bachillerato se lograron aplicando la prueba a 377 estudiantes; 190 hombres y 187 mujeres, de estos grados. Los resultados se encuentran en el cuadro 1 del manual de la prueba.

CAPÍTULO 4

LA FEMINEIDAD

CAPÍTULO 4

LA FEMINEIDAD

- 4.1. INTRODUCCIÓN
- 4.2. DIFERENCIAS ENTRE MASCULINIDAD-FEMINEIDAD
- 4.3. LA MUJER MEXICANA
- 4.4. DESARROLLO PSICOANALÍTICO DE LA FEMINEIDAD
- 4.5. CONFLICTOS DE LA FEMINEIDAD
- 4.6. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LA FEMINEIDAD

4.1. INTRODUCCION

¿Es posible definir lo que significa la femineidad? ¿Es realmente diferente a lo que comúnmente se entiende por masculinidad?

Es importante hacer notar que estos dos conceptos aquí mencionados han sido y son aplicados en ciertos momentos históricos y que por lo tanto, están determinados por la situación social donde se emplean. Langer (1983) expone que estamos obligados a deducir que la naturaleza humana es maleable y responde con exactitud y de manera contrastante, a condiciones culturales distintas y opuestas.

Basándose en estudios hechos por Margaret Mead llega a la conclusión de que: "Muchos, si no todos los rasgos de la personalidad que llamamos femeninos o masculinos se hallan débilmente unidos al sexo como lo está la vestimenta, las maneras y la forma del peinado que se asignan a cada sexo según la sociedad y la época".

4.2. DIFERENCIAS ENTRE LA MASCULINIDAD Y LA FEMINEIDAD

Díaz Loving y Col. (1981) reportan que la magnitud de la

diferencia debida al sexo, en las prácticas de socialización-- están fuertemente relacionadas a las demandas económicas y -- adaptativas de la sociedad.

Estas presiones han influenciado las normas culturales y sociales de tal manera que prácticas educativas específicas - para cada sexo y papeles sexuales diferenciales se han desa-- rrollado y persisten mucho después de que las necesidades eco-- nómicas han desaparecido. Aún en sociedades exitosamente in-- dustrializadas se ejercen presiones sobre los niños hacia el-- logro y a valerse a sí mismos, mientras que se preña a las niñas para que sean obedientes y desarrollen los talentos ne-- cesarios para la crianza.

Opinan que la existencia de diferencias en el rol sexual y social han sido reconocidas y documentadas, asignando un pa-- pel instrumental orientado a metas para los hombres y un pa-- pel expresivo orientado a las relaciones interpersonales que-- se asigna a las mujeres.

Según sus investigaciones, Díaz Loving y Col. (1981) es-- perarían que las mujeres presenten rasgos de confrontación pa-- siva, de demostrar sus emociones de gentileza, de ser servi-- ciales, amables, comprensivas, afectuosas, dependientes y su-- misas. No competitivas, necesitadas de la aprobación de los-- demás, poco exigentes, poco estables bajo presión, etcétera.

De los hombres se esperaría conductas contrarias a éstas.

Por lo tanto, la mujer ha sido ubicada en el mundo con un papel de: compañera del hombre, madre de sus hijos, servidora fiel de las necesidades humanas. Hasta las actividades que ha desempeñado a través del tiempo han tenido un matiz de cuidado, consuelo, alivio, ayuda en tareas de enfermería, niñera, educadora, etc.

De la misma forma, el varón, desde su infancia, crece rodeado de mitos e ideologías que afirman su superioridad física e intelectual, lo que hace difícil discernir entre la realidad y la mitificación sobre la supuesta inferioridad de la mujer. El mito se hace real en base a la socialización que parte de él mismo y se confirma al crear mujeres "femeninas" y hombres "viriles".

Olsson (1986) expone que:

La identidad sexual masculina y la femenina se han formado desde dos puntos de partida totalmente diferentes. El hombre confirma y prueba su masculinidad, su virilidad, a través de su sexualidad. Esta se convierte en el meollo, en la verdadera esencia en torno a la cual él forma, consciente e inconscientemente la idea que de sí mismo tiene como hombre. La identidad sexual femenina no se ha formado en relación con la sexualidad sino con la necesidad de ser acogida por el hombre. Y a esto se le llama amor. Es allí, en el amor, donde su - -

sexualidad va a ser confirmada y probada. Al ser elegida, la mujer recibe la prueba suficiente de su valor como mujer, no sólo ante sí misma sino también ante los demás.

Spence (1978) define a la femineidad masculinidad como - agrupaciones de atributos socialmente deseables y estereotipados considerados para diferenciar al hombre de la mujer y así poder marcar la esencia de cada uno, siendo excluyentes uno - del otro por estar en escalas bipolares.

Plantean que la diferencia entre estos atributos, puede ser tanto genética como cultural.

4.3. LA MUJER MEXICANA

La actividad de la mujer mexicana, en función de las condiciones culturales en las cuales se ha desarrollado, presenta características de una femineidad devaluada.

Santiago Ramírez (1977) sugiere que la desvalorización - que el padre hace hacia la hija, el rechazo que ésta recibe - del mundo social, el mundo de los hombres, hacen que se refugie y se exprese a través de sus hijos. La única forma de reparar el abandono en el cual se encuentra colocada, es dando amor a sus niños, en esta forma identificada con ellos, recibe el cariño del cual la priva la cultura. Le resulta natural derivar sus tensiones y frustraciones a través de una maternidad exhuberante.

Se comporta sumisa, y mansa, sonriente y masoquista, además de sentir mucho miedo a la sexualidad.

Sin embargo, Rocha (1981) supone que como resultado de la intensificación del desarrollo industrial del país, así como del inusitado crecimiento de los centros urbanos, fenómenos que incidieron a su vez en la estructura productiva, social y cultural de la sociedad mexicana; aparece una modificación del papel social de la mujer urbana.

Es necesaria su incorporación al mercado de trabajo y por lo tanto tiene más fácil acceso a una educación formal -- institucionalizada, a la influencia de los medios masivos de comunicación y en últimos años, la posibilidad de un control más efectivo de la natalidad.

Esta idea también es avalada por Ramírez (1977) quien supone que estos últimos años, la sociedad ha dado a la mujer otras opciones para expresar su femineidad, especialmente en las mujeres pertenecientes a la clase media alta y alta que reciben influencias socio-culturales anglosajonas. Estas opciones son las siguientes:

- a) Expresiones de la realización femenina de tipo genital.
- b) Expresiones de la realización femenina de tipo maternal.

4.4. DESARROLLO PSICOANALITICO DE LA FEMINEIDAD

Hemos intentado definir lo que significa la femineidad - pero esto no sería posible sin analizar el desarrollo psicológico por el que atraviesa cada mujer en el proceso de su crecimiento.

Para Freud (pág. 1223) no existe diferencia psíquica entre niños y niñas en la primera infancia. Ambos aman y necesitan a su madre, siendo su amor activo y pasivo. Activo por que chupan del seno, demandan atención, mimos y cuidados; pasivo en que son seres que no pueden bastarse a sí mismos y -- que requieren de cuidados relativamente constantes. Si tienen hambre, sólo pueden gritar y llorar hasta que llegue la fuente de alimentos hacia ellos.

Freud llama a la actividad "lo masculino" y a la pasividad "lo femenino". Durante las primeras etapas de la niñez -- existe en ambos sexos, aunque de hecho comparten una bisexualidad; es decir, roles activos y pasivos, una tendencia hacia la actividad, o sea hacia lo masculino. Sus impulsos agresivos en las etapas oral y sádico-anal son similares y, como -- Freud mismo reconoce, sería bastante difícil poder calificar y pesar las diferencias entre los sexos en esta edad. (p.3167) Lo mismo se puede decir en la etapa fálica; los dos juegan -- con sus genitales, aunque la niña lo hará con su clítoris y -- no con su vagina.

Sin embargo, algo pasa durante la etapa fálica que separa al niño de la niña, y no sólo eso, también los hace conscientes de esa separación. Es la realización de que hay diferencia entre los sexos y que lo que unos tienen, otros no lo poseen. Freud nos dice que en un principio el niño no acepta más que un órgano genital, el masculino; es decir, que existe para el varón una supremacía del falo.

Para la niña el caso sería diferente ya que ella no tiene pene. Podríamos suponer (y esto no resulta muy claro desde Freud) que la niña también cree en la existencia de un solo órgano, el masculino. Pero cuando ambos, niña y niño, se dan cuenta que existen dos tipos de órganos genitales, pueden pensar la niña que todavía no le crece o que se lo cortaron. Es a partir de este momento, al iniciarse el complejo de castración, que empieza el arduo (y bastante arduo, podríamos -- agregar) camino hacia la femineidad para la niña.

Es necesario para llegar a la femineidad: el cambio de objeto amoroso. La niña tendrá que abandonar afectiva y sexualmente a su madre y transferir su amor, con toda su carga ambivalente, hacia el padre. Este cambio se produce de nuevo durante la etapa fálica dando inicio al complejo de Edipo en la niña.

Es así que la identificación con la madre toma dos niveles. El primero reside en la vinculación amorosa con la ma--

dre en donde la niña la toma como modelo. En el otro la quiere apartar para sustituirla en el deseo del padre. Según -- Freud, "de ambos queda mucho para el futuro, pudiéndose decir que ninguno queda suficientemente superado en el curso de la evolución. Pero la fase de la vinculación amorosa, anterior al complejo de Edipo, es la decisiva para el futuro de la mujer; en ella se prepara la adquisición de aquellas cualidades con las que luego atenderá a su papel en la función sexual y cumplirá sus inestimables funciones sexuales". (p. 3177).

Sin embargo, es plausible que durante la segunda etapa, -- es decir durante el complejo de Edipo, la niña intente adoptar el rol femenino a través de una identificación con su madre, para así adquirir las insignias maternas y poder separar al padre de la madre-rival.

Este sería uno de los tres caminos posibles para la niña; se da cuenta de su castración (y la de la madre) se vuelca hacia el padre deseado, que posteriormente se convierte en el deseo de un hijo deseado del padre para terminar siendo hijo de otro. Asimismo, cambia su atención sexual del clitoris a la vagina adoptando una posición netamente femenina. A esto Freud le llamó la femineidad normal. En el segundo camino, -- la niña rechaza su falta de pene que sólo sirve para recordar le su herida narcisista y posteriormente la sexualidad. Comúnmente se le llama a este estado, frigidez. La tercera y --

última posibilidad abierta a la niña es el llamado "complejo de masculinidad". La niña sabe la diferencia de los sexos pero la niega, actuando como si no existiera y adjudicándose roles masculinos. Se identificará con el padre y con la madre-fática y en algunos casos llegará a la homosexualidad femenina. (pág. 3172).

Habría entonces, varias diferencias importantes en la -- evolución psicosexual de los niños de ambos sexos. Entre éstas se destaca el cambio de objeto amoroso en la niña, situación que no comparte el niño ya que para él la madre seguirá-- siendo su centro de atención amorosa. El otro elemento de diferencia es con respecto al complejo de Edipo. Para el varón el complejo de Edipo se sepultará ante la amenaza de castra-- ción quedando en su lugar el Superyo e instaurándose la mo-- ral y la conciencia institucional. Pero en la niña la supues-- ta castración ya ha tenido lugar y, por ende, no existe ninguna razón para que se destruya el complejo de Edipo, pudiendo-- éste abandonarse paulatinamente o reprimirse. Esta situación tiene como consecuencia que en la mujer el Superyo "nunca lle-- ga a ser tan inexorable, tan impersonal, tan independiente de sus orígenes afectivos" como en el hombre. Para Freud, la mu-- jer también tiene menos sentido de la justicia y "es más rea-- cía a someterse a las grandes necesidades de la vida, siendo-- más propensa a dejarse guiar en sus juicios por los sentimientos de afecto y hostilidad.

Existen autores como Horney que no están completamente de acuerdo con lo que expone Freud, pues siente que es un punto de vista netamente masculino.

Considera, a diferencia de Freud, que la niña no tiene tendencias masculinas sino que desde los dos años exhibe tendencias netamente femeninas. Menciona que así como la niña envidia al padre, el niño envidia los futuros senos de la niña, y su capacidad procreativa. La maternidad es una realización femenina únicamente de la cual carece el hombre.

Señala que el sentido de inferioridad de la niña no es en absoluto primario o biológico. Sin embargo éste proviene del hecho de que las niñas están en desventaja respecto a ciertas posibilidades de gratificación.

De aquí se preguntaría uno: ¿La mujer nace o se hace?

Para Freud una mujer nace con una falta anatómica que tiene que compensar con su maternidad sin que esto sea un deseo innato. Sin embargo Honey considera que la mujer se irá conformando en compensación con el varón, por su deseo de ser madre.

4.5. CONFLICTOS DE LA FEMINEIDAD

¿Pero qué sucede cuando una mujer presenta conflictos con su femineidad? Antes la mujer sabía que la finalidad de

su vida era casarse y tener hijos.

Actualmente, la época en que vivimos exige a la mujer - además de ser madre y cumplir con su función biológica, que - integre su fuerza de trabajo a la producción.

Con esto está obligada a integrar su logro profesional, - con su vida amorosa y su deseo de ser madres.

Según Langer (1983) la mujer para dar valor a su vida -- tiene que buscar nuevos contenidos, pues el ideal de la maternidad se ha sustituido. ¿Entonces la mujer trabaja por obligación, por gusto o por competir con el rol masculino?.

La mujer que está en conflicto consigo misma como tal, -- puede expresar, sin tener consciencia de ello, este conflicto en diferentes terrenos. Puede tener dificultades con sus hijos y con su esposo, puede sufrir de distintos trastornos en su vida procreativa o puede esquivar del todo la maternidad. - De las tres maneras expresa su rechazo de ser madre y por lo tanto, mujer.

El conflicto de la femineidad se expresa con más claridad en el momento del embarazo y de la maternidad, ya que es cuando culmina la función femenina y se marcan las diferencias con el otro sexo.

Puente (1976) menciona que el conflicto de la femineidad es un factor etiológico importante en las manifestaciones psi

quiátricas y psicosomáticas relacionadas con la esfera reproductiva incluyendo la depresión puerperal.

Caplan; (1974) expone que aquellas mujeres que presentan una negación a la condición del embarazo, presentan conflictos con su femineidad.

La mujer tiene que tener la capacidad para renunciar a ciertas actividades y dar lugar a la aceptación de su estado, como algo diferente a cuando no está embarazada (obviamente - sin exagerar), Si esto no sucede, podrá provocar dificultades posteriores para jugar el rol maternal apropiado en el cuidado del infante.

Esto lo lleva a concluir que: La mujer que presenta dificultades para aceptar el embarazo, tendrá también dificultades posteriores en el establecimiento de la relación con su bebé y su rol materno, lo cual aumenta la probabilidad de que sufra una severa depresión puerperal.

4.6. INSTRUMENTO DE MEDICION DE LA FEMINEIDAD

Con la finalidad de poder medir los atributos femeninos de la población del presente estudio, se utilizó el cuestionario de atributos personales de masculinidad-femineidad de -- Helmrich y Spence adaptado por Díaz Loving y Colaboradores -- (1981).

Se utilizó éste y no otro, pues pareció ser el más específico, más amplio y mejor adaptado al español de los cuestionarios exclusivos que existen para estos fines. Entre ellos se encuentran el Inventario de Terman y Milles, el de Strong y el MMPI.

Esta prueba consta de 35 reactivos de opción múltiple, - (escala tipo Likert) es decir, que cada reactivo tenía 5 opciones en un continuo bipolar. Puede ser autoadministrado, - de aplicación colectiva o individual.

Las instrucciones que se leyeron al sujeto antes de contestar la prueba, fueron las siguientes:

Las siguientes preguntas nos permiten comprender mejor el tipo de persona que usted siente ser. Cada pregunta consiste de un par de características, con cinco alternativas posibles (A-E).

Por ejemplo:

Nada artístico A.... B.... C.... D.... E Muy artístico

Cada par describe características contradictorias, es decir, no puede ser usted ambas al mismo tiempo (muy artístico y nada artístico).

Las letras forman una escala entre los dos extremos. Usted debe de escoger la letra que describa mejor su posición -

dentro de la escala. Por ejemplo, si usted cree no poseer -- ninguna habilidad artística, escogería A. Si usted cree ser medianamente hábil, escoja C, y si usted cree que es mejor de lo normal, escoja D. RESPONDA RAPIDAMENTE. SU PRIMERA REACCIÓN ES LA MEJOR.

Una vez que haya usted seleccionado la letra que mejor - lo describe, marque su contestación a la pregunta poniendo un círculo alrededor de la letra correspondiente. Por ejemplo, - si usted escogió la letra B en la primera pregunta y la E en la segunda, sus respuestas se verán como se ilustra abajo:

1. A ... (B) ... C ... D ... E
2. A ... B C ... D ... (E)

Ahora empiece a contestar las preguntas. Deberá contestar todas las preguntas aún cuando no esté seguro de su respuesta.

En México los coeficientes de confiabilidad que presenta esta prueba son valores de entre .37 hasta .75.

Para buscar la validez de constructo que también es llamada factorial, utilizaron la técnica de máxima probabilidad de Jorsekoq con una rotación obliqua de Delta cero. Los pesos factorial fueron desde .35 hasta .75 en las mujeres.

La principal diferencia entre la estructura de la prueba hecha por Díaz Loving y la del presente estudio, radica en el

hecho de que aquí no se definieron los 35 reactivos como clasificatorios de la escala de M o de F. Fueron los resultados obtenidos por la población los que decidieron si el reactivo definía o no la femineidad de estas 50 mujeres.

Para el presente trabajo la calificación se obtuvo agrupando las cinco respuestas en sólo tres. Se sumaron las calificaciones obtenidas en las opciones uno y dos, las respuestas centrales se quedaron así y se sumaron las respuestas dadas en las opciones cuatro y cinco. Después se sacaron sólo aquellas que fueron significativas. Esta significancia calificó la respuesta hacia un polo. A este polo se le dió el valor uno y al polo contrario un valor de cero. Así fue como la muestra misma definió sus características propias de femineidad.

Así, se procedió a recalificar la prueba sumando aquellas respuestas que se inclinaban al polo cargado, dándoles un punto y se sumaron para obtener un valor total, en una escala de 0 a 30 (cinco ítems se eliminaron porque no fueron significativos). Los resultados se observan en el apartado correspondiente.

MARCO METODOLOGICO

II. MARCO METODOLOGICO

1. La depresión puerperal puede presentarse en la mujer como una consecuencia del parto.
2. Este problema ha sido investigado a nivel mundial pero en México no se cuenta con estudios relevantes al respecto.
3. El conocimiento del problema es importante para el desarrollo de estrategias terapéuticas adecuadas, -- así también el acercamiento a este fenómeno permitirá la prevención de problemas mayores, tanto para la madre como para su bebé.

5.1. PROBLEMA

1. Existen características comunes en la mujer mexicana metropolitana primigesta, perteneciente a un nivel socio-económico medio alto que presenta depresión puerperal?.
2. Existe alguna relación significativa entre las siguientes variables:

- a) , Edad
- b) Depresión prepartum
- c) Depresión puerperal
- d) Masculinidad-femineidad
- e) Ansiedad-rasgo
- f) Ansiedad-estado

5.2. DISEÑO

El diseño del presente estudio exploratorio es correlacional ex-post-facto, es decir, "es una búsqueda sistemática-empírica, en la cual el científico no tiene control sobre las variables independientes porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables. Se hace inferencia sobre las relaciones entre ellas, sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables independientes y dependientes" (Kerlinger, 1975, pág. - 268).

5.3. VARIABLES

Las variables aquí mencionadas no fueron manipuladas por la experimentadora sino por la naturaleza.

Algunas fueron controladas para homogenizar la población tales como:

EMBARAZADAS, PRIMIGESTAS

Se refiere a aquellas mujeres en las cuales se llevó a cabo el proceso de fecundación, es decir, la unión de un espermatozoide con un óvulo en forma natural, por primera vez en su vida.

NIVEL SOCIO-ECONOMICO

Las mujeres de este estudio pertenecieron a un nivel socio-económico medio alto clasificado por:

- 1) Su lugar de residencia.
- 2) Su escolaridad.
- 3) Su estilo de vida.

Las siguientes variables dependientes que fueron medidas;

DEPRESION PRE-PARTUM

Se refiere al estado de ánimo depresivo que presentó cada mujer en el último trimestre de su embarazo. Operacionalmente esto fue medido con la lista de adjetivos "A" de Lubin.

DEPRESION PUERPERAL

Es una disposición de un estado de ánimo depresivo que se presenta temporalmente como una situación reactiva al alumbramiento. Se caracteriza por un tono afectivo de tristeza e

infelicidad, vulnerabilidad, desesperanza, amor propio reducido generalmente acompañado de angustia y en ocasiones de síntomas físicos. Operacionalmente, esto se midió con la lista "B" adjetivos de Lubin.

ANSIEDAD ESTADO

Se conceptualiza como una condición o estado emocional - transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo; los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctúan a través del tiempo. Operacionalmente se midió con la prueba del IDARE en el trimestre anterior al parto.

ANSIEDAD RASGO

Se refiere a las diferencias entre las personas en la -- tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado. - Operacionalmente se midió con la prueba del IDARE en el trimestre anterior al parto.

Operacionalmente fueron medidas con la prueba del IDARE.

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DE MASCULINIDAD-FEMINEIDAD

Se refiere al agrupamiento de roles estereotipados so - -

cialmente deseables considerados típicos del hombre y de la -
mujer. Esto se midió con la prueba de atributos personales -
de Díaz Loving.

5.4. METODO

5.4.1. SUJETOS

La muestra estuvo compuesta por 50 mujeres primigestas -
en el último trimestre del embarazo, cuyas edades variaron en
entre 19 y 32 años de edad, pertenecientes a un nivel socio-eco-
nómico medio alto, con un nivel educativo mínimo de preparato-
ria o equivalente y que viviesen en determinadas colonias de-
la zona metropolitana.

Esta fue una muestra probabilística accidental (Kerlin--
ger, 1975).

En el post-test, las mujeres de la muestra fueron las --
mismas pero se les entrevistó en el segundo y tercer mes de -
vida del bebé.

5.4.2. ESCENARIO

La investigación se llevó a cabo telefónicamente, o sea-
que cada sujeto se encontró en su casa para poder responder -
al cuestionario, tanto en el pre como en el post-test.

Esto que parece contrario a lo corriente fue muy adecuado en este caso, pues así permitió que las entrevistadas se manejaran con mayor facilidad, para responder lo que realmente sentían.

5.4.3. INSTRUMENTOS

Se aplicaron en dos fases:

1. El pre-test se aplicó en el último trimestre del embarazo y estuvo constituido por:

a) Un cuestionario demográfico y clínico de planeación-familiar para investigar aspectos tales como:

Nombre, dirección, teléfono, edad, nivel escolar, estado civil, embarazo deseado, antecedentes psiquiátricos, por qué vía deseaba que naciera el bebé, si tomó el curso psicoprofiláctico, si hubo confusión ante el embarazo, presencia de síntomas físicos y cuál era el sexo que la madre deseaba para el bebé, también la fecha probable del parto. (ver anexos).

b) La lista "A" de adjetivos para medir depresión de Lubin compuesta por 32 reactivos. El tipo de respuesta fue de cierto falso. Esta prueba fue traducida y adaptada culturalmente al español por un procedimiento de inter-jueces. Después de esto se reali-

zó un estudio piloto con 30 sujetos con la finalidad de comprobar la adaptación, después de la aplicación y del procedimiento estadístico empleado, sufrió - - transformaciones que se aplicarán en el apartado del tratamiento estadístico. (ver anexos).

- c) Cuestionario de atributos personales para medir masculinidad-femineidad; compuesto por 35 reactivos don de cada uno era un continuo bipolar de cinco opciones. (ver anexos).
- d) IDARE tanto de estado como de rasgo. Esta prueba - consta de 40 reactivos, cada uno con cuatro opciones a escoger. (ver anexos).

2. En la segunda parte de la aplicación, es decir en el post-test se les aplicó.

- a) Un cuestionario para conocer la vía de nacimiento -- del bebé, si sufrió en el parto, sexo del bebé, si - el bebé ha padecido alguna enfermedad, si duerme de noche, si la madre se sentía confundida y por qué, - y si sentía la madre que el bebé interfería en su - desarrollo personal. (ver anexos).
- b) La segunda parte de la prueba de ajetivos de Lubin - que constó de 32 reactivos diferentes a los del pre-test de cierto-falso que es paralela a la prueba del pre-test.

Esta prueba fue traducida y adaptada culturalmente - al español por un procedimiento de inter-jueces. Después se realizó un estudio con 30 sujetos para comprobar la adaptación. (ver anexos).

5.4.4. PROCEDIMIENTO

Se localizaron a 7 mujeres embarazadas por ser conocidas de la autora y se les pidió su colaboración para la presente tesis. Se les habló por teléfono para que respondieran a los cuestionarios del pre-test avisándoles que un par de meses -- después de que naciera su bebé tendrían que volver a cooperar para responder al post-test. A cada una se le pidió que recomendara otras mujeres que estuvieran pasando por la misma experiencia del embarazo por primera vez y que presentaran las características necesarias para ser parte de la muestra. Se les habló a éstas y de igual manera se les pidió que recomendaran a otras. Así como en cadena, se logró una lista de 50-mujeres.

Tomando en cuenta la fecha probable del parto de cada -- una, se dejaron pasar dos meses aproximadamente después de esto y se volvió a establecer con ellas la comunicación telefónica para que respondieran a los cuestionarios del post-test.

En cada caso, lo primero que se hizo fue una presenta- -

ción y explicación de que era necesaria su colaboración pero no se les mencionó al principio la temática de la tesis con la finalidad de no contaminar o predisponer a cada señora. Al final y si ellas preguntaban, si se les contestó lo anterior. Antes de cada prueba se le leyeron las instrucciones de las mismas, y se les preguntaba si éstas les quedaban claras, si esto no sucedía, se les pedía que las escribiesen para evitar confusiones.

En ocasiones, las mujeres sentían deseos de explayarse en cada respuesta, esto dió oportunidad de saber un poco más por lo que estaban pasando.

Se les dió las gracias por su cooperación avisándoseles que sus respuestas quedaban como anónimas.

RESULTADOS

Los resultados se vaciaron en tablas de concentración -- por instrumento y se procedió a su análisis.

1. En primer lugar se realizó un análisis de ítems de las pruebas de adjetivos de depresión de Lubin; tanto de la prueba "A" aplicada en el pre-test como de la prueba "B" aplicada en el post-test.

Se sumaron las veces que fue contestado cada ítem. Se aplicó una χ^2 con la finalidad de observar si fue sensible o no el ítem para la muestra del presente estudio, es decir, que fuera contestado cada reactivo las veces suficientes como para medir alguna característica común en las 50 mujeres.

La fórmula que se utilizó para sacar la χ^2 fue la siguiente:

$$\chi^2 = \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

χ^2 = chi cuadrada

fo = frecuencia observada

fe = frecuencia esperada

Con este procedimiento se obtuvieron 9 ítems significativos para la prueba "A" y también 9 ítems significativos para la prueba "B". El resto de los adjetivos que no demostraron cargarse en algún sentido, es decir, que fueron o no respondidos por las mujeres, se consideraron no sensibles para esta muestra, es decir fueron respondidos al azar. Con estos valores se procedió a recalificar las pruebas.

Los 9 ítems significativos de la prueba "A" resultaron ser positivos, es decir, indicativos de "salud", por lo cual la recalificación consistió en contar cuantos de estos 9 fueron señalados por cada sujeto obteniendo así un puntaje final de las recalificaciones del pre-test. Indicador de no depresión en el que mayor calificación significó mayor alegría o salud.

Los 9 ítems significativos que fueron los siguientes:

1. ítem 2 segura
2. ítem 6 alegre
3. ítem 10 muy bien
4. ítem 16 activa
5. ítem 17 fuerte
6. ítem 24 optimista
8. ítem 30 satisfecha
9. ítem 31 fatigada

Todos estos ítems están cargados hacia el extremo de la-

"salud" más que hacia el extremo de la depresión.

Los resultados aparecen en el anexo. Se encontró una me dia de 6.92 para esta variable.

En la prueba "B" aplicada en el post-test, los resulta-- dos indicaron 9 ítems significativos, tanto positivos es de-- cir, que midieron "salud" como negativos, es decir que midie-- ron "depresión". Por este motivo el código para la recalifi-- cación fue, si el ítem negativo era marcado, tenía un punto a favor de la depresión y si no era marcado, un punto a favor - de la salud. Lo mismo sucedió con los positivos, si el ítem-- era marcado, el sujeto lograba un punto a favor de la salud - y si no era marcado, un punto a favor de la depresión.

Los 9 ítems significativos para la presente población -- fueron los siguientes:

1. ítem 38 animada
2. ítem 42 alerta
3. ítem 43 exhausta
4. ítem 48 irritable
5. ítem 51 complacida
6. ítem 52 serena
7. ítem 56 melancólica
8. ítem 61 accesible
9. ítem 62 esperanzada

El 12% de la muestra presentó depresión pre-partum.

Se dividieron en dos grupos:

Grupo 1. Salud

- . animada
- . complacida
- . serena
- . esperanzada

Grupo 2. Depresión

- . alerta
- . exhausta
- . irritable
- . melancólica

El adjetivo accesible no se clasificó dentro de ninguno de estos dos grupos pues pareció ser neutro. Por lo cual no fue tomado en cuenta para recalificar la prueba.

Con estos 8 adjetivos se organizó un código de recalificación de la siguiente manera:

Se midió depresión esperando que los adjetivos positivos no se les diera una respuesta y que sí se respondiere a los negativos. La máxima calificación sería 8 y se lograría de la siguiente manera:

i t e m	38	42	43	48	51	52	56	62
	+	-	-	-	+	+	-	+
respuestas	0	1	1	1	0	0	1	0

Los datos se pueden observar en el cuadro anexo.

La media obtenida fue de 6.06 a favor de la depresión. - No se aplicó la prueba t de student debido a que en el pre- test se obtuvo una calificación de salud y en el post-test de enfermedad.

Con estas dos columnas finales, se trabajaron las correlaciones y el análisis factorial, el rango de cada prueba fue de cero a nueve.

2. La prueba de masculinidad-femineidad constó de 35 -- ítems. Se obtuvieron en cada sujeto 35 diferentes valores en un rango de 1 y 5 puntos. Se procedió a realizar un análisis de ítems, para verificar la sensibilidad (que midan algo) de los ítems en esta población.

Se redujeron los valores de cada ítem a tres. Se suma-- ron los puntajes uno y dos dando un solo valor. Las respues-- tas dadas al número tres, se quedaron así, y las respuestas da-- das en cuatro y cinco se sumaron en una sola categoría.

Después se aplicó la prueba χ^2 a cada ítem con la finali-- dad de verificar si la distribución de respuestas era o no -- aleatoria.

Cinco ítems no resultaron significativos, es decir la distribución de respuestas indicó que no fueron sensibles - - pues es una distribución aleatoria, es decir, no midieron algunas características propias de los sujetos de esta muestra. Es decir, contestaron indistintamente a uno u otro extremo. - Estos ítems fueron el 2, 20, 21, 22 y 33, los 30 ítems restantes si demostraron una diferencia significativa entre los valores obtenidos en los extremos, lo cual indicó que si presentaron un extremo más cargado que el otro.

Las 30 características fueron las siguientes:

1. ítem 1 - nada agresiva
2. ítem 3 - muy independiente
3. ítem 4 - nada arrogante
4. ítem 5 - muy emocional
5. ítem 6 - muy dominante
6. ítem 7 - muy nerviosa en un problema grave
7. ítem 8 - muy activa
8. ítem 9 - nada egoísta
9. ítem 10 - capaz de darse totalmente a otros
10. ítem 11 - muy firme de carácter con principios
11. ítem 12 - muy gentil-amable
12. ítem 13 - nada quejumbrosa
13. ítem 14 - muy servicial a los demás
14. ítem 15 - muy competitivo

15. ítem 16 - no se subordina nada ante los otros
16. ítem 17 - muy hogareña
17. ítem 18 - nada vorazmente aprovechada
18. ítem 19 - muy amable
19. ítem 23 - muy consciente de los sentimientos de otros
20. ítem 24 - le es fácil tomar decisiones
21. ítem 25 - muy exigente
22. ítem 26 - no se da fácilmente por vencida
23. ítem 27 - muy segura de sí misma
24. ítem 28 - no convenenciera, tiene principios
25. ítem 29 - se siente superior
26. ítem 30 - nada hostil
27. ítem 31 - muy comprensiva
28. ítem 32 - afectuosa en sus relaciones con los demás
29. ítem 34 - nada crédula
30. ítem 35 - es estable bajo presión

En estos resultados se pudo obtener un perfil de femineidad; los 30 ítems restantes ahora conformaron la prueba dándole una nueva estructura, por lo que se procedió a recalificar las pruebas de las 50 sujetos. Se asignó un punto a las respuestas en la dirección de la mayoría, ya que para este grupo de sólo mujeres, se consideró que el polo de la mayoría era el de femineidad. Sólo el 52% de las características de estas mujeres correspondió al rol femenino estereotipado.

Se obtuvo una columna de 50 sujetos cuyos valores podían ser de 0 a 30 como la calificación de femineidad. Se sumaron, se les sacó media y desviaron estandar y, con estos nuevos valores se hicieron las correlaciones y el análisis factorial.

Este procedimiento se realizó porque las normas existentes para calificar esta prueba, no están estandarizadas a la población mexicana, además de que la población de este trabajo es muy específica.

VALIDEZ FACTORIAL DE LA PRUEBA DE M-F:

Se realizó utilizando el sistema de rotación oblicua poniendo los ángulos en .2, .4 y .6 valores del Delta.

De los 35 ítems se obtuvieron 6 factores, cada uno con un Eigen valor de 2.0 ó mayor. La cantidad de varianza común conseguida con el corte en el 2.0 desperdició el 50% de la varianza común.

A medida que el ángulo de rotación oblicua aumentó, los factores tendieron a bipolarizarse. La rotación delta .6 arrojó la mejor estructura y no fué diferente a las otras.

Lo anterior sirvió para:

1. Poner a prueba la hipótesis de masculinidad-femineidad y para saber que componentes o factores psicológicos contribuyeron a formar el continuo de M-F.

2. Comprobar que la M-F es un continuo, pues los factores son bipolares.

3. Para validar factorialmente la prueba dándole una validez factorial o de constructo.

FACTORES OBTENIDOS DE LA PRUEBA DE M-F EN
EL ANALISIS FACTORIAL

FACTORES	I	II	III	IV	V	VI
	21 = -.76	12 = .70	2 = -.62	14 = -.73	32 = -.51	30 = .78
	1 = .61	19 = .63	13 = .60	33 = .63	24 = .50	4 = .57
	6 = .52		20 = .57			21 = -.51
	25 = -.49		7 = .56			23 = .49

Delta = 0.6

A excepción del factor II, todos fueron Bipolares.

Los 6 factores que describieron a la femineidad fueron - los siguientes:

FACTOR I. Se le denominó Dominancia contra Sumisión.

FACTOR II. Estuvo cargado hacia un solo polo, es decir - que no fue un continuo entre dos características, sino se describió por una sola y ésta es la Amabilidad.

FACTOR III. Se denominó Sensibilidad contra Insensibilidad.

FACTOR IV. En un extremo está lo servicial y en el otro, lo servil.

FACTOR V. Impulsividad contra Reflexibilidad.

FACTOR VI. Se le denominó agresión contra no agresión.

3. Los resultados obtenidos en la prueba del IDARE, se trabajaron en dos grupos separados. Uno formado por las calificaciones crudas de los 50 sujetos en ansiedad estado, y -- otro grupo aparte formado por las calificaciones crudas de -- los 50 sujetos en ansiedad-rasgo.

En ansiedad-rasgo, se obtuvo una media de 35.66 y la media de ansiedad-estado fue de 39.62. Se les aplicó una prueba t para comprobar si existían diferencias significativas entre las medias, el resultado fue $t = 1.92$ lo cual indicó que si hubo diferencias significativas, con 45 grados de libertad, probabilidad menor que .05.

La prueba t de student. Aplicada fue la siguiente:

$$t = \bar{X}_1 - \bar{X}_2$$

$$\sqrt{\frac{(N_1 - 1) S_1^2 + (N_2 - 1) S_2^2}{N_1 + N_2 - 2} \cdot \frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}}$$

$$S^2 = \frac{\sum X^2 - \frac{(\sum X)^2}{N}}{N - 1}$$

Se procedió a hacer una correlación de Pearson entre estas dos variables rasgo y estado, obteniendo un puntaje de --.88 con 45 grados de libertad, probabilidad menor que .05, lo que indica que están altamente correlacionadas.

4. Se realizaron 36 correlaciones de Pearson con las siguientes 6 variables:

- 1) Edad
- 2) Depresión Pre-partum
- 3) Depresión Puerperal
- 4) Masculinidad-Femineidad
- 5) Ansiedad-estado
- 6) Ansiedad-rasgo

La fórmula utilizada fue la siguiente:

$$r = \frac{N\sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{N\sum X^2 - (\sum X)^2 \quad N\sum Y^2 - (\sum Y)^2}$$

donde:

r = coeficiente de correlación de Pearson

N = número total de sujetos

X = puntaje de la variable X

Y = puntaje de la variable Y

Para comprobar la significancia de la r de Pearson, se calculó la razón t con los grados de libertad iguales a N-2:

$$t = \frac{r\sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

Se decidió utilizar el coeficiente de correlación de Pearson porque los datos satisfacían los siguientes requisitos:

- 1) una relación lineal
- 2) los datos se encuentran por intervalos
- 3) es un muestreo aleatorio
- 4) la magnitud de la muestra es igual o mayor de 30 (Levin, 1979).

Para este procedimiento se excluyeron 3 de los 50 sujetos que de alguna manera extendían de manera inadecuada la distribución de la muestra, quedando sólo 47.

Se excluyeron a los sujetos 26 y 35 por ser las únicas en tener un estado civil diferente al de las demás, o un embarazo no deseado, y a la sujeto 48 por ser la única que presentó antecedentes psiquiátricos heredo-familiares.

Ya con las 47 sujetos, se obtuvieron los siguientes resultados en las correlaciones:

	Variable 1 Edad	Variable 2 Depresión Pre-partum	Variable 3 Depresión Puerperal
Variable 1 Edad			
Variable 2 Depresión Pre-partum	0.05031		
Variable 3 Depresión Puerperal	0.00132	-0.30122*	
Variable 4 M-F	0.12678	-0.14834	0.06482
Variable 5 Ansiedad rasgo	0.30332*	-0.18742	0.13441
Variable 6 Ansiedad estado	0.20267	-0.11221	-0.21834
	Variable 4 M-F	Variable 5 Ansiedad- riesgo	Variable 6 Ansiedad- estado
Variable 5	-0.18203		
Variable 6	-0.29407*	0.73520*	

* Valor alfa $P < 0.05$ con 45 grados de libertad es 0.28

Las correlaciones que si resultaron significativas fueron las siguientes:

1. La variable dos con la tres en correlación negativa.
2. Variable cuatro con la seis en correlación negativa.

3. La variable cinco con la seis en correlación positiva.
4. La variable cinco con la uno en correlación positiva.

5. El análisis factorial es un método para determinar el número y naturaleza de las variables subyacentes, entre números mayores de medidas. Se trata de un método para determinar las K variables subyacentes (factores) a partir de N conjuntos de medidas, siempre que K sea menor que N. También -- puede decirse que sirve para extraer las varianzas factoriales comunes de conjuntos de medidas. (Kerlinger, 1975).

El análisis factorial aquí utilizado, se hizo con una rotación varimax a estructura simple y arrojó los siguientes resultados:

El factor I. Presentó el 63.5% de la varianza común y se denominó factor de ansiedad.

	<u>Factor I</u>
Variable 1	0.21336
Variable 2	-0.15998
Variable 3	-0.16959
Variable 4	-0.26637
Variable 5	0.82312
Variable 6	0.86510

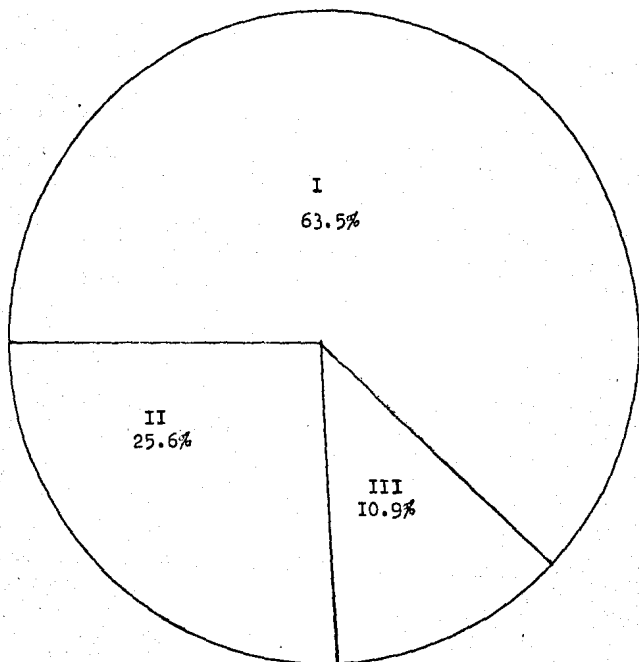
El factor II. Presentó el 25.6% de la varianza común y se denominó Salud contra Depresión Puerperal.

	<u>Factor II</u>
Variable 1	0.00719
Variable 2	-0.54249
Variable 3	0.51503
Variable 4	0.13960
Variable 5	0.014130
Variable 6	-0.08644

El factor III. Presentó el 10% de la varianza común y está conformado por la variable de masculinidad-femineidad.

	<u>Factor III</u>
Variable 1	0.34589
Variable 2	-0.14929
Variable 3	-0.01100
Variable 4	0.43506
Variable 5	0.07451
Variable 6	-0.02691

GRAFICA DE DISTRIBUCION DE LA VARIANZA COMUN DE LOS
TRES FACTORES MEDIDOS EN EL PRESENTE ESTUDIO POR _
EL ANALISIS FACTORIAL



FACTOR I._ ANSIEDAD

FACTOR II._ SALUD VS. DEPRESION

FACTOR III._ MASCULINIDAD VS. FEMINEIDAD

6. Descripción de la muestra.

En lo que al factor de edad se refiere, se encontró que el promedio de edad de las mujeres de la muestra fue de 25.4 - en un rango de 19 a 32.

49 de las 50 mujeres, es decir 98% de la muestra dijo es tar casada, sólo una mujer que representa el 2% reconoció vivir en unión libre con su pareja. El 96% o sea 48 sujetos, - tuvieron un embarazo deseado y el 4% no lo deseó.

En lo que se refiere a la vía de nacimiento:

El 60% deseaba que su hijo naciera por vía vaginal sin - bloqueo.

El 32% deseaba un alumbramiento vaginal con bloqueo.

Y un 8% deseaba que se le practicara una cesárea.

Sólo el 42% de estos 50 mujeres logró que su bebé naciera como ella deseaba.

El 10% nació vaginalmente sin bloque.

El 32% nació vaginalmente con bloque.

Y el 38% restante sufrió una cesárea.

20 de estas 50 mujeres tomaron el curso psicoprofiláctico, es decir 40% de la muestra.

Solamente una mujer presentó antecedentes psiquiátricos - en su familia cercana.

En lo que al sexo del bebé se refiere, 44%, deseaba tener un varón y el 56% deseaba tener una niña.

Sólo el 50% logró lo que deseaba.

Nacieron 18 varones y 32 mujeres.

Finalmente, 34 mujeres marcaron que si se sentían confundidas y 21 sintieron que el bebé interfería en su desarrollo personal.

Se manejaron estos datos agrupándolos de la siguiente manera:

A) Cómo deseaba la madre que naciera su hijo, donde había tres opciones: vaginal sin bloque, vaginal con bloque y cesárea.

B) Si la madre había tomado o no el curso psicoprofiláctico.

C) Cuál fue la vía de nacimiento.

D) Depresión puerperal y

E) Ansiedad estado y rasgo.

Se hicieron 6 grupos:

1. Aquéllas que deseaban que su hijo naciera psicoprofilácticamente y lo lograron, que fueron cinco.
2. Aquéllas que deseaban que su hijo naciera psicoprofilácticamente y nació con bloqueo, que fueron 14.

3. Aquéllas que deseaban que su hijo naciera psicoprofilácticamente y nació por cesárea, que fueron 11.
4. Aquéllas que deseaban bloqueo y lo lograron, que fueron 12.
5. Aquéllas que deseaban bloqueo y tuvieron cesárea, -- que fueron 4.
6. Aquéllas que deseaban cesárea y lo obtuvieron, fueron 4.

Se analizó en cada subgrupo cual fué la ansiedad rasgo -- que presentaron pero no se encontraron diferencias significativas. Las medias de los grupos fueron iguales, es decir, -- que provienen de la misma población.

En cambio, si se observó que la ansiedad-estado fue significativamente mayor que la ansiedad-rasgo en los 6 grupos.--

Tomando en cuenta la vía de nacimiento y sólo haciendo 3 grupos: los valores de la Depresión Puerperal, se observaron más altos en aquellas madres que tuvieron a sus hijos por vía vaginal psicoprofiláctica; es decir, sin anestesia. El valor medio en la depresión puerperal, lo obtuvieron aquellas madres que tuvieron a sus hijos con bloqueo y las madres que -- dieron a luz por cesárea, presentaron menos depresión puerperal.

Aquí un factor que pudo influir, es que las que tuvieron opción a escoger, es decir, las que no estaban obligadas a tener cesárea, no sabían que es lo que les iba a suceder, en -- cambio aquellas madres que si sabían que les harían cesárea, estaban más preparadas que las otras.

DISCUSION

Los resultados obtenidos en la prueba "A" de Lubin, indican que sólo el 12% de las mujeres embarazadas primigestas en el último trimestre de su embarazo presentaron características de depresión, por lo cual no se puede hablar en general de depresión pre-partum sino en su mayoría de salud pre-partum. De esta manera quedó claro porque la correlación Depresión pre-partum vs. Depresión puerperal resultó negativa, es decir; que a mayor salud pre-partum, menor depresión puerperal o viceversa, a menor salud pre-partum, mayor depresión puerperal.

Los resultados obtenidos en la prueba "B" de depresión aplicada en el post-test, es decir, después del alumbramiento, presentaron descripciones que si caracterizaron a la depresión, ¿por qué no se observa Depresión Pre-partum? Una posible explicación sería que estas mujeres están contentas y satisfechas de estar embarazadas pues han logrado, como menciona Ramírez (1977) expresar la realización de su femineidad a través de la maternidad y, al mismo tiempo de su genitalidad. Manteniendo la condición del embarazo como una situación ideal y un tanto fuera de lo real.

No se observó depresión pre-partum sin embargo, si aparece en el 88% la Depresión puerperal, lo cual apoya la hipótesis de la depresión puerperal como un fenómeno clínico reactivo al alumbramiento.

Cabe mencionar aquí que la mayoría de las mujeres expresaron como causas de su Depresión Puerperal cuando se les aplicó el retest:

1. Angustia frente a la nueva responsabilidad.
2. Miedo e inseguridad de no ser buena madre o de hacerle daño al bebé.
3. Ambivalencia frente al hijo y al esposo.
4. El cambio a un mundo nuevo y a situaciones desconocidas.
5. Sentimientos de vacío del vientre.
6. Tener que compartir al bebé con otros.
7. Interferencias en la relación de pareja.
8. Imposibilidad de salir a la calle.
9. Gordura y cansancio.

Los resultados de la prueba de masculinidad-femineidad, señalaron un perfil de femineidad característico de las mujeres que integraron la muestra para el presente estudio y los datos obtenidos son diferentes a los que los autores Díaz-Loving y Col. suponen que deberían obtener las mujeres. Se observa que la mujer mexicana metropolitana casada, embarazada

da por primera vez de nivel socio-económico medio alto, o alto, no presentó las características estereotipadas que la describirían como mujer.

¿Por qué se está produciendo un cambio de valores en la mujer? y ¿qué está pasando con la masculinidad en nuestros días? Estas son preguntas que abren posibilidades para otras investigaciones a futuro.

Estas mujeres describen su femineidad siendo:

1. Nada agresivas
2. Muy independientes
3. Nada arrogantes
4. Muy emocionales
5. Muy dominantes
6. Muy nerviosas en un problema grave
7. Muy activa
8. Nada egoísta
9. Capaz de darse totalmente a otros
10. Muy firme de carácter con principios
11. Muy gentil-amable
12. Nada quejumbrosa
13. Muy servicial a los demás
14. Muy competitiva
15. No se subordina nada ante los otros
16. Muy hogareña

17. Nada vorazmente aprovechada
18. Muy amable
19. Muy consciente de los sentimientos de otros.
20. Le es fácil tomar decisiones
21. Muy exigente
22. No se dá fácilmente por vencida
23. Muy segura de sí misma
24. No convenenciera, tiene principios
25. Se siente superior
26. Nada hostil
27. Muy comprensiva
28. Afectuosa en sus relaciones con los demás
29. Nada crédula
30. Estable bajo presión

Estos 30 atributos fueron clasificados en 6 factores a través del análisis factorial.

1. Dominancia vs. sumisión
2. Amabilidad
3. Sensibilidad vs. insensibilidad
4. Servicial vs. servil
5. Impulsividad vs. reflexibilidad
6. Agresión vs. no agresión

Sólo 16 de estos ítems corresponden a lo establecido socialmente como femineidad. Es decir que estas mujeres sólo -

son 52% parecidas a lo que comúnmente se espera del rol femenino. Estos resultados verifican la hipótesis ya antes planteada por M. Langer (1983) de que: "Muchos si, no todos los rasgos de personalidad que llamamos femeninos o masculinos se hallan débilmente unidos al sexo..." son conceptos dinámicos y dialécticos que van asociados a la historia y los cambios socio-culturales de la sociedad.

Sin embargo, una posible hipótesis es que si estas mujeres sólo son 52% estereotipadamente femeninas, tienen una parte que las hace confundirse con el rol masculino. Podría ser esto una causa aparente de su depresión en el puerperio?.

Los resultados obtenidos en el IDARE mostraron valores de ansiedad-rasgo menores a los obtenidos por las 50 mujeres-embarazadas en la ansiedad-estado. Esto permite suponer que pudo haber sido el embarazo la causa de que estuviera elevada la ansiedad-estado, recordando que esta última es definida como un estado emocional transitorio del organismo humano. ¿Cómo son en otros estudios?.

Las correlaciones significativas fueron las siguientes:

A) A menor salud, mayor depresión puerperal o viceversa.

Entendiendo que si la madre se sentía bien durante su primer embarazo, tendría una alta probabilidad de sentirse bien durante el puerperio, o bien si presentó elementos de de

presión durante el embarazo, tendrá más probabilidades de sufrir una depresión más severa de lo común en el puerperio.

B) A menor femineidad, mayor ansiedad-estado o viceversa.

¿Se refiere esto al conflicto con la femineidad?

Los datos permiten deducir que si una mujer presenta características opuestas al estereotipo de ser mujer, es decir, características tanto de un rol femenino, como de un rol masculino, tendrá más probabilidades de manifestar altos niveles de ansiedad-estado durante su primer embarazo; o viceversa, si una mujer tiene características de un rol meramente femenino, tendrá más probabilidades de sentir poca ansiedad estado durante la gestación de su primer hijo.

C) A mayor ansiedad-rasgo, mayor ansiedad-estado.

Esto sugiere que entre más altos sean los niveles de ansiedad cotidianos que tiene una mujer, más tenderá a elevarse su nivel de la ansiedad-estado, cuando está embarazada.

Estas correlaciones pudieran servir como elementos de -- prevención de la depresión y de la ansiedad que pueden sufrir las mujeres cuando quedan encinta. La correlación positiva -- edad ansiedad-rasgo significativa indica, que a mayor edad -- de la mujer, más probabilidades de que ésta sufra altos niveles de ansiedad rasgo, sin embargo, la correlación entre an--

siedad-estado y edad, no fue significativa.

D) A mayor edad mayor ansiedad rasgo.

Esto se refiere a que la ansiedad de la madre será más elevada, si su edad rebasa un promedio de 26 años, ya sea durante el embarazo o cualquier otra situación.

El analisis factorial demostró que los resultados de este estudio, se agruparon en tres áreas:

1. Ansiedad
2. Depresión pre-partum con depresión puerperal
3. Rasgos de masculinidad-femineidad

Lo que valida a las variables que se querían medir en el presente estudio, además de mostrar a la ansiedad como el factor más obvio en los resultados, seguido por la salud-depresión y en menor grado por la masculinidad-femineidad.

Finalmente se puede concluir que posiblemente la etiología de la depresión puerperal es detectable, desde el momento en que se produce el embarazo y en ocasiones, mucho antes que esto sucede.

Surgen entonces las siguientes preguntas en relación con la depresión puerperal que como rebasan los datos del presente estudio no es posible responderlas, pero que surgieron preguntas a nuevas investigaciones.

Es la depresión puerperal un estado que comparten todas las mujeres después de dar a luz o es una variable de clase? - Es posible prevenir e informar a la futura madre sobre este padecimiento con el fin de que pueda manejarlo?. ¿Qué otras variables pueden formar parte de la lista de eventos etiológicos de la depresión puerperal? ¿Cómo es la estructura de la familia de la madre que presenta este hecho? ¿Le sucederá lo mismo a la madre cuando nazca sus demás hijos? ¿Cuál es el efecto de la reacción de depresión puerperal en la pareja? - ¿No es el esposo una variable que funcione como causa?.

Y así, se podrían seguir elaborando muchas preguntas que abrirán interrogantes para futuras investigaciones.

CONCLUSIONES

El presente trabajo permite concluir que:

1. La depresión puerperal es un síntoma que se presentó en el 88% de las mujeres que formaron parte de la muestra.

2. La depresión pre-partum sólo se presentó en el 12% de estas mujeres.

3. El perfil de femineidad que presentaron estas madres fue sólo 52% similar al estereotipo del rol femenino socialmente esperado.

4. Se encontró a la ansiedad-estado significativamente más elevada que la ansiedad rasgo.

5. Las correlaciones significativas que se encontraron fueron las siguientes:

- a) A mayor salud pre-partum, menor depresión puerperal o viceversa.
- b) A menor femineidad, mayor ansiedad estado o viceversa.
- c) A mayor ansiedad rasgo, mayor ansiedad estado.
- d) A mayor edad, mayor ansiedad rasgo.

6. El análisis factorial demostró que los resultados de este estudio se agruparon en tres áreas:

- a) Ansiedad
- b) Depresión y salud
- c) Masculinidad-femineidad

Así los resultados obtenidos en la presente investigación nos hacen reflexionar sobre las dificultades que sufre la mujer durante la etapa del embarazo, el parto y el puerperio, tomando en cuenta que aunque van acompañadas de alegría y esperanzas, también se matizan de angustia, depresión y mucha incertidumbre; la mujer embarazada primigesta requiere -- así de un trato específico tanto de su familia como de los -- profesionistas del campo de la salud, con los que tenga con-- tacto, para ayudarla a sobreponerse a sus propias dificulta-- des; y así también, sería necesario brindarle la información-- apropiada para que estuviera al tanto de lo que le pudiera su-- ceder.

Esta investigación es sólo una aproximación para intentar conocer un poco más los procesos y las etapas por las cuales atraviesa la mujer mexicana. Sin embargo, porque la muestra es estratificada, los resultados presentan una validez limitada. Por lo que si se quisiera generalizar a otras poblaciones, los resultados aquí mencionados, será necesario llevar a cabo investigaciones similares en otros niveles socioeconómicos, así como realizar estudios comparativos y transculturales.

BIBLIOGRAFIA

- ATKINSON, A.C. y RICKEL, U.A.: Short report postpartum depression in primiparous parents, Journal of Abnormal Psychology, 1984, vol. 93, núm. 1, 115-119.
- BAUZA, S. M.; Aportaciones a la Psicología de la Mujer. Tesis profesional de maestría, UNAM, México, 1980.
- BLEICHMAR, H.: La Depresión, Un Estudio Psicoanalítico, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1980.
- BERNARD, M. y CUISSARD, A.: Temas de Psicoterapia de Grupo, Helguero Editores, Buenos Aires, 1979.
- BROWN, W. A. y SHERESHEFSKY, P.: Seven women; A Prospective study of postpartum psychiatric disorder, Psychiatry, vol. 35, May, 1972.
- CALDERON, N.G.; Depresión, Causas, Manifestaciones y Tratamiento, Editorial Trillas, México, 1984.
- CAMERON, N.; Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad, un Enfoque Dinámico, Editorial Trillas, México, 1982.
- CAPLAN, G.; An Approach to Community Mental Health, Tavistock Publications, Great Britain, 1974.

- CARTER, E. y Mc GOLDRICK, M.: Family Life Cicle, A form work for Family Therapy, Gardner Press, New York, 1980.
- CASAMADRID, P. J.; La Mujer, sus Síntomas y sus Actitudes en la fase del Climaterio, Tesis de maestría, UNAM, México, 1986.
- Consejo Nacional De Población, México Demográfico, Breviario 1980-81, México, 1982.
- DEUTCH, H.: La Psicología de la Mujer, Editorial Losada, - Buenos Aires, 1960.
- DIAZ GUERRERO, R. y SPIELBERG, C.D.; IDARE, Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado, Manual e Instructivo, Editorial Manual Moderno, México, 1975.
- DIAZ LOVING, R., DIAZ GUERRERO, R., HELMREICH, R. L., y SPENCE, J.; Comparación Transcultural y Análisis Psicométrico de una Medida de Rasgos Masculinos y Femeninos, Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social, Vol. I Núm. 7 Enero-Junio 1981, -- págs. 3-38.
- DICCIONARIO DE PSICOLOGIA, Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1979.
- DIEZ, S., LEVY, M. y NAHUM, C.; Depresión Post-parto, Comparación de los Métodos Psicoprofiláctico y Bloqueo - -

Epidural, Tesis de Licenciatura, Universidad Iberoamericana, México, 1982.

DOLTO, F.; Sexualidad Femenina, Libido, Erotismo y Frigidez, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1983.

FADIMAN, J. y FRAGER, R.; Teorías de la Personalidad, Editorial Harla, México, 1979.

FREUD, S.; Duelo y Melancolía, Obras Completas, Tomo II, Editorial Biblioteca Nueva España, 1973.

FREUD, S.; Tres Ensayos para una Teoría Sexual, Obras Completas, Tomo II, Editorial Biblioteca Nueva España, 1973.

FREUD, S.; La Femenidad, Obras Completas, Tomo II, Editorial Biblioteca, Nueva España, 1973.

GANTUS, M.V.; Tu Embarazo, Respuestas a las Preguntas de la Futura Madre, Editorial Diana, México, 1979.

GARCIA, P.E.L.; La Maternidad y la Mujer de Hoy, Una Perspectiva Psicoanalítica, Tesis de Maestría, UNAM, México, 1979.

GARVEY, M.J., TUASON, V.B., LUMRY, A.E., y HOFFMAN, N.; Occurrence of Depression in the Post Partum State, Journal of Affective Disorders, May 1983, Vol. 5.

- GAVENSKY, R.; Parto sin Temor y Parto sin Dolor. Editorial-El Ateneo, Buenos Aires, 1975.
- HILL, D. y HOLLISTER, L.; Depresión, Sistema Educativo Profesional MEDCOM, USA, 1981.
- HORNEY, K.; Femenine Psychology, The Norton Library, USA, - 1973.
- HORNEY, K; El Nuevo Psicoanálisis, Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1979.
- Instituto Mexicano del Seguro Social; Lectura en Materia de Seguridad Social, Planeación Familiar y Cambio Demográfico, México, 1982.
- JONES, K.L., SHAINBERG, W.L. y BYER, O.C.; Matrimonio, Sexo y Reproducción, Editorial Pax Mex, Argentina, 1976.
- KERLINGER, N.F.; Investigación del Comportamiento, Técnicas y Metodología, Editorial Interamericana, México, 1975.
- KOLB, L.C.; Psiquiatría Clínica Moderna, Editorial La Prensa Médica, México, 1973.
- LANGER, M.; Maternidad y Sexo, Estudio Psicoanalítico y Psicosomático, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1980.
- LARRAIZ, I.M.; Parejas Infértiles, Tesis de Doctorado en - Psicología, UNAM, México, 1980.

- LEVIN, J.; Fundamentos de Estadística en la Investigación Social, Editorial Harla, México, 1979.
- LIRA, F.M.A.; Ritmos Circadianos de la Depresión a Través de la Prueba de Luscher, Tesis de Licenciatura, UNAM, México, 1980.
- LUBIN, B.; Manual for the Depression Adjective Check List, -- Educational and Industrial Testing Service, California, 1981.
- MAC KINON, M.; Psiquiatría Clínica Aplicada, Editorial Interamericana México, 1984.
- MACY, C. y FALKNER, F.; Embarazo y Nacimiento, Problemas y Placeres, Editorial Harla, México, 1980.
- MAILER, S.; Algunos Efectos del Aborto en la Mujer, Tesis de maestría en Psicología, UNAM, México, 1982.
- MANDELS, J.; La Depresión, Biblioteca de Psicología, Editorial Herder, Barcelona, 1977.
- MEULDERS, M. y BOISAG-SCHEPENS, N.; Manual de Neuropsicofisiología, Editorial Toray-Masson, España, 1981.
- MILLER, B.W., y NEWMAN, F.L.; The First Child and Family Formation, Carolina Population Center, University of North Carolina, 1978.

- NAVGEBAUER, R.; Rate of Depression in the Puerperium, British Journal of Psychiatry, Vol. 143, 1983.
- OHARA, M., NEUNABER, D., y ZEKOSKI, E.; Prospective Study of Postpartum Depression, Prevalence Course and Predictive Factors, Journal of Abnormal Psychology, Vol. 93 (2), May 1984, págs. 158-171.
- OLSSON, H.; La mujer, El Amor y el Poder, Revista Los Pequeños Poderes, México, 1986, págs. 17-23.
- PECK, E.; El Bebé como Trampa, Editorial Granica, Argentina, 1971.
- PERNOUD, L.; Espero un Hijo, Ediciones Aguilar, Madrid, 1974.
- PUENTE, S.F.; Fertility and Family Planning of Female Psychiatric in Patients, A Case Comparison Study, Thesis for the M.S.C. in Medical Demography, London, 1976.
- RAFALIN, R.A.; La Angustia, Consideraciones Psicológicas, Tesis de Maestría en Psicología, UNAM, México, 1963.
- RAMIREZ, S.; El Mexicano, Psicología de sus Motivaciones, Editorial Grijalbo, México, 1977.
- REDONDO, P.J.; Estudio Transcultural del IDARE en Universita-

- rios Primerizos de UNAM y UNC de México y Colombia, -
Tesis Doctoral en Psicología, UNAM, México, 1979.
- REVIERE, J., JONES, E., DEUTHC, H., LACAN, J., HORNEY, K., -
FREUD, S.,; La Femeidad como Máscara, Editores --
Tusquets, Barcelona, 1979.
- ROCHA, I.M.; Acerca de la Cultura Femenina, un Proyecto de -
la Investigación sobre la Mujer Mexicana, II Foro Uni-
versitario de la Mujer, UNAM, 1985.
- SACRISTAN, L.L.; La Angustia en el Preescolar, Tesis de Maes-
tría en Psicología, UNAM, México, 1956.
- SANDLER, M.; Mental Illness in Pregnancy and the Puerperium, -
Oxford University Press, New York, 1978.
- SANDOVAL, J.; Prevención de los Riesgos del Embarazo, del par-
to y del Puerperio, Anuario de Actualización en Medi-
cina, Vol. 7, Fasc. 23, México, 1976.
- SPENCE, J. y HELMREICH, R.; Masculinity and Fminity, Their-
Psychological Dimensions, Correlates and Antecedentes,
University of Texas Press Austin and London, 1978.
- SPITZ, R.; El primer año de vida del niño, Editorial Fondo-
de Cultura Económica, México, 1969.
- SOIFER, R.; Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio, Edi-
ciones Kargieman, Buenos Aires, 1971.

SPOCK, B.; Baby and Child Care, Meredith Press, New York, --
1971.

STERN, G. y KRUCKMAN, L.; Multi-diciplinary Perspectives on -
post partum Depression, And Anthropological Critique,
Social Science and Medicine, Vol. 17 (15), 1983.

TOD, E.D.; Puerperal Depression, A Prospective Epidemiologi-
cal Study, The Lancet, págs. 1264-1265, London, 1964.

TRUE-SODERSTROM, B.A., BUCKWALTER, K.C. y KERFOOT, K.; Post-
partum Depression, Maternal Child Nursing Journal, -
Vol. 12 (2), USA, 1983.

URBINA, F.M. y MONROY, S.; Educación en Planificación Fami--
liar, La Revolución Demográfica en México, Instituto
Mexicano del Seguro Social, México, 1982.

WATZLAWICK, P., HELMICK, B.J. y DON, D.J.; Teoría de la Comu-
nicación Humana, Editorial Herder, Barcelona, 1983.

WINNICOTT, D.W.; Realidad y Juego, Editorial Gedisa, Barcelo-
na, 1979.

YATES, J.A.; Teoría y Práctica de la Terapia Conductual, Edi-
torial Trillas, México, 1979.

A N E X O S

CUADRO 1

EDAD	ESTADO CIVIL (1-5)	EMPLEADO DESEADO (1-0)	COMO NIGERIA (1-2)	EDAD DE NACIMIENTO (1-2)	CURSO PERCIBIR (1-0)	ANTE. PSITIA. (1-0)	SEXO DESEADO (1-0)	SEXO LOGRADO (1-0)	CONSUMIDOR (1-0)	INTERFERENCIA (1-0)
S.1	22	1	1	3	3	1	0	0	0	1
S.2	27	1	1	1	2	1	0	0	1	0
S.3	26	1	1	1	3	0	0	1	0	0
S.4	20	1	1	1	3	1	0	1	1	0
S.5	25	1	1	1	3	1	0	1	1	0
S.6	23	1	1	1	2	1	0	1	0	0
S.7	26	1	1	1	3	0	0	1	1	1
S.8	27	1	1	1	3	1	0	1	1	1
S.9	26	1	1	1	2	0	0	0	1	1
S.10	25	1	1	1	2	0	0	0	0	1
S.11	27	1	1	1	2	1	0	0	1	1
S.12	22	1	1	2	3	1	0	1	1	0
S.13	19	1	1	1	1	1	0	0	1	0
S.14	22	1	1	2	2	1	0	1	1	0
S.15	25	1	1	1	3	0	0	0	1	1
S.16	25	1	1	1	3	0	0	1	1	1
S.17	27	1	1	2	2	1	0	0	0	0
S.18	20	1	1	2	2	1	0	1	1	0
S.19	28	1	1	1	1	0	0	0	0	0
S.20	25	1	1	2	2	0	0	0	1	1
S.21	26	1	1	1	2	0	0	1	1	1
S.22	27	1	1	1	3	0	0	0	1	0
S.23	29	1	1	1	3	1	0	1	0	0
S.24	26	5	0	2	2	0	0	1	0	1
S.25	27	1	1	1	3	1	0	1	1	0
S.26	26	1	1	2	2	0	0	1	1	1
S.27	26	1	1	3	3	0	0	1	0	0
S.28	22	1	1	1	2	1	0	0	1	1
S.29	24	1	1	1	2	1	0	1	0	0
S.30	28	1	1	1	2	0	0	1	1	0
S.31	25	1	1	1	3	0	0	0	1	0
S.32	27	1	1	1	1	0	0	0	1	0
S.33	20	1	1	2	2	0	0	1	0	1
S.34	25	1	1	1	3	1	0	1	0	1
S.35	22	1	0	1	2	1	0	0	0	0
S.36	22	1	1	1	2	0	0	1	0	0
S.37	27	1	1	1	2	0	0	0	1	1
S.38	23	1	1	2	3	0	0	0	0	1
S.39	25	1	1	2	2	0	0	0	0	1
S.40	31	1	1	1	1	1	0	0	0	0
S.41	32	1	1	1	2	0	0	1	1	0
S.42	23	1	1	2	3	0	0	0	0	0
S.43	32	1	1	2	3	0	0	0	0	0
S.44	28	1	1	2	3	0	0	0	0	0
S.45	31	1	1	3	3	0	0	0	1	0
S.46	30	1	1	2	2	0	0	0	0	0
S.47	23	1	1	3	3	0	0	0	0	1
S.48	25	1	1	1	1	1	0	0	1	0
S.49	28	1	1	2	2	0	0	0	1	1
S.50	25	1	1	2	2	0	0	1	0	0

Cuadro02

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
S.1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
S.2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	
S.3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1		
S.4	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1		
S.5	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		
S.6	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1		
S.7	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1		
S.8	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
S.9	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	
S.10	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	
S.11	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
S.12	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	
S.13	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	
S.14	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	
S.15	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	
S.16	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	
S.17	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	
S.18	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	
S.19	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	
S.20	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1
S.21	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1
S.22	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	
S.23	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	
S.24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
S.25	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
S.26	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	
S.27	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
S.28	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1
S.29	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	
S.30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	
S.31	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1
S.32	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
S.33	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	
S.34	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	
S.35	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	
S.36	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	
S.37	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	
S.38	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	
S.39	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	
S.40	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	
S.41	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	
S.42	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	
S.43	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	
S.44	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	
S.45	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	
S.46	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	
S.47	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	
S.48	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	
S.49	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	
S.50	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	

Cuadro 03

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
S.1	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0
S.2	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!1	!1	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0
S.3	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0
S.4	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!1	!0	!0
S.5	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!1	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0
S.6	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!1	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0
S.7	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!1	!1	!1	!0	!0	!1	!0	!1	!0	!1	!1	!0
S.8	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!1	!1	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!1	!0
S.9	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!1	!1	!1	!1
S.10	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0
S.11	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0
S.12	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!1	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!0
S.13	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0
S.14	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0
S.15	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0
S.16	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0
S.17	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!0
S.18	!0	!0	!0	!1	!1	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0
S.19	!0	!0	!0	!1	!0	!1	!1	!0	!1	!1	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!1	!1	!0
S.20	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!1	!0	!0
S.21	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0
S.22	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!1	!0	!0	!1	!0	!1	!0	!1	!1	!0
S.23	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!1	!1
S.24	!1	!1	!1	!1	!0	!1	!1	!1	!1	!1	!1	!1	!1	!1	!1	!1	!1	!0	!1	!0
S.25	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!1	!1	!0
S.26	!0	!0	!0	!1	!0	!1	!0	!1	!0	!1	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0
S.27	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!1	!0	!1	!1
S.28	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!1	!1	!1	!1	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!1	!0
S.29	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0
S.30	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0
S.31	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0
S.32	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!1	!0	!0
S.33	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!1	!1	!0	!0	!1	!0
S.34	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!1	!0	!0
S.35	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!1	!0	!0
S.36	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!1	!0
S.37	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!1	!0
S.38	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!1	!0	!0
S.39	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!1	!0	!1	!0	!0	!0	!0
S.40	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!1
S.41	!0	!0	!0	!1	!1	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!1	!1	!0
S.42	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!1	!0	!0	!0	!1	!1	!0
S.43	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!1	!1	!1	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!1	!0	!0
S.44	!1	!0	!0	!1	!0	!1	!1	!0	!1	!1	!1	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!1	!1	!0
S.45	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!1	!0
S.46	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!1	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!1	!1	!1
S.47	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0
S.48	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!1	!1	!0	!0	!1	!1	!0	!0	!1	!1	!0
S.49	!0	!0	!0	!1	!1	!0	!1	!0	!1	!1	!1	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!1	!1	!0
S.50	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!0	!1	!0	!0

04 17 37 44 57 67 77 87 97 107 117 127 137 147 157 167 177 187 197 207 217 227 237 247 257 267 277 287 297 307 317 327 337 347 357 367 377 387 397 407

Cuadro04

	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
S.1	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0
S.2	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0
S.3	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0
S.4	:1	:1	:0	:1	:0	:0	:1	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:0
S.5	:0	:1	:1	:0	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0
S.6	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:0	:0	:1	:1	:0
S.7	:0	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:1	:1	:0	:1	:1	:0	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:1
S.8	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:1	:1	:1	:0	:0	:1	:0	:1	:0	:1	:0	:1	:1	:1
S.9	:0	:1	:1	:1	:0	:1	:1	:0	:0	:1	:1	:0	:1	:0	:1	:1	:0	:1	:0	:1
S.10	:0	:1	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:1	:0	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:1
S.11	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0
S.12	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:0	:1	:1	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:1	:0	:1
S.13	:0	:1	:1	:1	:0	:1	:0	:1	:0	:0	:1	:1	:1	:0	:0	:1	:0	:1	:1	:0
S.14	:0	:1	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:1
S.15	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:0	:0	:1	:0	:1
S.16	:0	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:1
S.17	:0	:1	:1	:0	:1	:0	:0	:0	:0	:0	:1	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:0	:0
S.18	:0	:1	:1	:1	:0	:1	:0	:0	:1	:0	:1	:1	:1	:0	:0	:1	:0	:1	:0	:1
S.19	:0	:1	:1	:0	:1	:0	:0	:0	:0	:0	:1	:1	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0
S.20	:1	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:0
S.21	:0	:1	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:0
S.22	:0	:0	:1	:1	:1	:0	:0	:1	:1	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:1	:1	:1	:0	:1
S.23	:0	:1	:0	:1	:0	:1	:0	:0	:1	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:0	:0	:1	:1	:0
S.24	:0	:1	:1	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:1	:0	:1	:1	:1	:0	:1	:1	:0	:1
S.25	:0	:0	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:1	:0	:1	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0
S.26	:0	:1	:1	:0	:0	:1	:0	:1	:1	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0
S.27	:0	:0	:1	:1	:0	:1	:1	:0	:0	:1	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:0	:0	:0
S.28	:1	:0	:1	:0	:0	:0	:0	:1	:1	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:1	:0	:0
S.29	:0	:1	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0	:1	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0
S.30	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:0	:1	:1	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0
S.31	:0	:0	:1	:0	:1	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0	:1	:0	:0	:0
S.32	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:1	:0
S.33	:1	:0	:0	:0	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:1	:0	:1	:1
S.34	:1	:1	:1	:0	:1	:0	:0	:0	:0	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0
S.35	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0
S.36	:0	:1	:1	:0	:1	:0	:0	:0	:0	:1	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0	:1	:0
S.37	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:0	:1	:1	:0	:0	:1	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:0
S.38	:0	:1	:1	:0	:1	:1	:1	:0	:0	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:0
S.39	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0	:1	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:1	:1	:0
S.40	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:1	:1
S.41	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:1	:0
S.42	:0	:1	:1	:0	:1	:1	:0	:0	:1	:0	:1	:1	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:1
S.43	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:0	:1	:1	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0	:0
S.44	:0	:1	:1	:1	:0	:0	:0	:1	:1	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:0	:0	:1	:1	:1
S.45	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:0	:1	:1	:0	:1	:1	:0	:0	:1	:1	:0	:0	:1	:0
S.46	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:1	:1	:0	:1	:1	:0	:0	:1	:0	:1	:0	:1	:1
S.47	:0	:1	:1	:0	:0	:1	:0	:1	:0	:2	:1	:0	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:1
S.48	:0	:0	:1	:0	:1	:1	:0	:1	:1	:0	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0	:0
S.49	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0	:1	:1	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:0
S.50	:0	:0	:1	:0	:0	:0	:0	:1	:1	:0	:1	:1	:0	:0	:0	:1	:0	:0	:1	:0

Cuadro 05

	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
S.1	1	1	0	0	1	3	5	3	5	3	5	5	1	5	3	5	3	4	3	3
S.2	0	1	0	0	2	3	4	1	5	3	5	5	3	3	4	3	5	1	5	4
S.3	0	0	0	0	3	2	5	3	5	4	3	4	3	5	4	5	2	5	3	5
S.4	0	1	0	0	3	5	5	3	5	4	3	5	2	5	5	4	1	4	5	5
S.5	0	1	0	0	1	2	4	1	5	1	4	5	1	3	5	5	3	5	3	5
S.6	1	0	0	0	2	2	4	1	5	3	3	3	1	5	3	2	2	4	4	4
S.7	1	1	0	0	4	1	3	2	5	4	5	4	3	5	4	4	2	5	4	1
S.8	1	1	0	0	4	5	5	3	4	3	2	3	3	4	5	3	2	3	4	3
S.9	1	1	0	0	3	4	4	1	4	4	3	4	2	3	4	4	1	3	4	3
S.10	0	0	0	0	2	3	4	1	5	4	3	4	1	5	4	3	3	4	3	4
S.11	1	0	0	0	3	2	4	3	5	3	3	4	2	5	4	4	2	3	4	4
S.12	1	1	0	0	1	3	3	1	5	2	5	2	1	5	3	4	5	3	1	4
S.13	1	1	0	0	3	2	3	3	2	4	3	3	3	2	3	4	3	3	3	3
S.14	0	1	0	0	4	3	4	3	5	2	4	3	3	5	4	4	4	4	3	3
S.15	1	0	0	0	3	4	4	3	5	4	1	5	3	3	5	4	3	4	4	5
S.16	0	0	0	0	4	5	5	2	4	4	1	5	3	3	5	4	2	1	4	4
S.17	1	1	0	0	1	5	4	1	3	3	1	5	1	5	5	3	1	3	5	3
S.18	1	1	0	0	3	1	3	3	5	3	4	3	1	5	3	3	3	3	4	3
S.19	0	1	0	0	4	2	5	1	5	4	5	5	2	5	5	3	3	3	5	5
S.20	1	1	0	0	2	2	5	1	5	3	3	5	3	5	4	3	1	3	3	3
S.21	1	0	0	0	2	4	4	2	5	5	4	5	2	3	4	4	2	4	5	2
S.22	1	1	0	0	3	1	4	1	5	5	5	3	1	3	4	5	5	3	1	5
S.23	1	1	0	0	1	3	5	1	5	3	5	5	1	5	3	5	2	5	1	5
S.24	0	0	1	1	5	1	3	1	5	5	3	4	5	5	5	2	3	3	3	4
S.25	1	1	0	0	1	3	4	3	3	3	2	3	3	3	3	3	1	3	1	5
S.26	1	1	0	0	3	5	3	3	3	4	3	3	3	5	3	3	3	2	1	5
S.27	1	0	0	0	2	3	5	2	5	2	4	3	1	5	5	5	2	4	4	4
S.28	1	1	1	0	4	5	5	4	4	5	4	5	3	5	4	3	1	4	5	5
S.29	0	0	0	0	3	1	4	1	5	3	5	3	2	5	3	4	4	4	3	4
S.30	1	0	0	0	2	4	4	1	4	3	5	3	3	4	5	4	3	3	4	2
S.31	1	1	0	0	1	3	3	1	3	3	5	4	1	5	4	4	1	4	4	5
S.32	1	1	0	0	2	4	3	4	3	4	4	3	4	5	4	4	4	4	3	3
S.33	1	1	0	0	2	3	2	3	3	3	4	3	3	5	2	2	2	2	1	5
S.34	1	1	0	0	3	3	3	3	5	3	5	4	3	2	2	3	1	5	5	5
S.35	0	1	0	0	1	1	5	1	5	3	3	5	2	5	5	5	1	5	5	3
S.36	1	1	0	0	1	2	3	3	5	3	4	1	1	5	4	5	2	3	3	3
S.37	1	0	0	0	2	3	4	1	5	3	3	5	3	4	3	2	2	2	3	3
S.38	1	1	0	0	3	1	4	1	5	3	4	4	4	5	3	3	3	3	4	3
S.39	1	1	0	1	4	3	4	1	4	3	3	4	1	3	4	4	1	4	4	3
S.40	1	0	0	0	3	1	5	3	5	3	2	5	4	4	5	5	1	4	5	3
S.41	0	0	0	0	5	5	3	1	5	3	1	5	1	5	5	4	1	3	1	3
S.42	1	1	0	0	1	2	3	1	5	4	5	4	1	5	4	3	1	4	1	5
S.43	1	1	0	0	1	3	3	1	5	3	1	3	2	1	5	3	5	1	2	5
S.44	1	1	0	0	4	2	4	1	5	4	1	2	2	5	5	2	3	2	2	2
S.45	0	0	0	0	3	1	4	4	5	4	3	5	2	4	5	3	3	2	3	4
S.46	1	0	0	0	2	1	3	2	5	3	5	2	2	5	3	4	5	4	5	3
S.47	1	0	0	0	3	2	3	1	4	3	2	4	3	3	4	3	4	3	3	3
S.48	1	1	0	0	2	5	5	1	5	5	3	3	3	5	4	1	3	5	5	5
S.49	0	1	0	0	1	4	3	3	1	4	3	4	4	2	4	4	3	3	3	4
S.50	1	0	0	0	2	2	5	1	3	2	4	2	1	4	1	2	2	4	3	2

1.2
1.4
6.1
2.4
1.8
4
2
4.5
5.37
3.4
5.01
2.2
4.2
4.02
3.06
2.44
3.12
3.34
5.74

Cuadro 6

	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	
8.1	1	1	5	5	3	3	4	3	2	4	3	4	1	4	3	5	5	2	3	3	4
8.2	1	5	2	3	5	2	5	3	5	3	5	3	2	3	2	3	4	5	3	2	3
8.3	2	4	5	2	3	1	5	3	2	3	4	1	3	1	5	3	3	4	4	1	3
8.4	4	5	4	1	1	3	2	1	1	5	1	4	1	5	2	1	2	5	3	3	4
8.5	3	5	5	1	3	3	4	3	3	4	5	2	3	3	5	5	3	2	4	1	4
8.6	1	3	5	3	3	3	4	3	3	3	3	2	3	2	5	4	3	3	3	1	2
8.7	1	4	5	5	2	2	5	3	2	4	3	3	4	1	4	5	3	3	4	3	3
8.8	2	3	4	3	3	2	4	1	2	5	5	1	3	4	3	3	3	3	5	1	2
8.9	2	5	4	2	4	1	4	2	2	4	4	2	3	2	4	4	5	3	4	4	4
8.10	3	5	3	2	4	2	5	2	3	4	4	1	3	1	5	5	3	3	3	1	3
8.11	3	2	4	3	4	2	5	2	1	5	4	2	4	3	4	4	3	2	4	1	2
8.12	1	5	3	2	5	4	5	2	5	2	3	1	3	2	3	5	3	3	4	1	2
8.13	4	3	3	2	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3
8.14	3	3	3	3	4	2	4	2	2	4	5	2	4	3	4	4	4	2	3	3	3
8.15	3	4	4	1	3	3	4	2	2	5	5	1	4	3	3	4	3	4	1	3	3
8.16	3	3	1	5	2	1	5	1	1	2	4	2	3	2	3	4	3	2	4	1	3
8.17	1	5	3	1	5	1	4	2	5	5	5	1	3	1	4	5	2	3	4	1	4
8.18	2	5	3	5	3	5	5	1	1	3	3	3	3	1	3	5	1	1	5	1	3
8.19	3	3	5	5	1	5	3	3	1	5	3	1	3	3	3	4	5	3	3	2	2
8.20	3	5	5	1	5	3	4	2	3	5	4	3	3	1	3	4	2	1	3	3	2.0
8.21	1	5	5	3	2	5	5	1	1	5	5	1	3	2	4	4	4	2	2	1	3
8.22	5	2	5	4	5	5	5	1	4	3	5	1	5	1	4	5	5	5	3	4	4
8.23	1	5	5	3	5	2	5	1	5	5	3	1	3	1	3	5	3	1	3	1	2
8.24	2	3	2	5	3	2	5	5	5	5	3	1	3	1	1	1	5	1	1	1	1
8.25	5	5	3	2	5	1	3	1	3	3	4	1	3	1	3	5	3	3	3	3	3.5
8.26	2	3	3	3	2	3	3	1	1	4	4	3	3	3	3	3	5	3	4	1	2
8.27	2	5	5	1	3	2	4	4	3	5	5	1	3	3	5	2	3	2	4	1	3
8.28	4	2	3	1	1	5	5	1	1	5	5	4	3	4	3	5	1	1	4	4	4
8.29	2	3	4	3	3	4	5	4	1	5	5	1	3	2	5	4	3	3	2	1	3A
8.30	3	5	4	3	4	1	3	3	2	5	3	1	3	1	4	4	5	2	3	1	4.0
8.31	1	5	2	3	5	1	5	5	3	5	3	1	3	1	4	5	2	1	5	1	4.1
8.32	3	2	4	3	3	3	4	2	2	4	4	3	3	3	4	4	2	3	3	3	3.1
8.33	5	2	3	1	5	3	3	3	3	5	3	1	3	1	3	3	3	2	5	1	4.5
8.34	3	5	3	3	3	3	3	5	1	5	3	1	3	3	3	3	1	5	3	1	2A
8.35	5	3	5	3	3	4	5	2	1	5	5	1	5	1	5	5	1	3	5	1	3
8.36	1	3	5	1	5	3	5	4	3	5	5	4	3	4	3	5	1	3	3	4	4
8.37	3	3	3	2	1	4	3	1	3	3	3	5	5	4	4	4	3	2	3	1	3
8.38	1	3	4	2	2	5	5	2	2	5	4	1	3	3	4	5	3	3	1	1	1
8.39	1	4	4	3	3	1	5	2	2	5	4	1	4	1	4	4	5	3	3	1	4
8.40	4	3	5	2	2	1	3	5	5	5	5	3	4	3	5	4	3	3	5	1	4
8.41	5	5	5	1	3	1	5	1	1	5	5	1	3	1	5	5	5	5	5	5	3
8.42	1	5	5	1	5	5	4	4	3	5	5	1	4	1	3	3	3	3	3	1	4
8.43	2	5	4	3	3	2	5	1	2	3	3	1	3	3	3	4	5	1	4	1	2
8.44	1	5	5	4	4	4	5	1	1	4	3	1	4	1	5	5	5	1	4	4	4
8.45	2	4	3	1	2	3	5	1	1	5	4	1	4	3	3	4	5	2	5	1	3
8.46	1	5	5	4	4	1	1	5	1	5	3	4	1	3	1	4	3	3	1	2	2
8.47	1	5	3	2	3	2	4	1	1	2	4	4	1	3	1	5	5	3	3	1	2
8.48	1	2	5	3	1	3	5	2	1	4	4	2	5	3	3	3	3	5	4	1	2
8.49	3	2	3	4	4	3	4	4	3	4	3	2	3	2	4	4	4	3	3	3	3
8.50	3	1	5	4	4	2	4	1	4	4	5	1	3	1	5	5	2	3	5	1	4
	248	337	334	246	312	273	422	253	274	411	272	246	325	217	376	411	521	271	352	246	

Cuadro07
101 a1120

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
S.1	13	12	11	14	11	13	12	14	14	14	13	11	11	12	12	13	12	13	12	14	
S.2	12	13	13	11	13	12	14	11	12	11	12	12	12	11	11	13	13	11	12	14	
S.3	13	12	11	13	14	12	14	14	13	12	14	12	12	11	13	13	14	13	13	14	
S.4	13	14	11	11	14	11	14	13	11	14	14	12	11	11	14	14	11	11	14	14	
S.5	14	11	11	14	11	12	14	13	13	13	13	12	11	13	13	14	12	14	14	14	
S.6	12	12	11	13	12	14	11	13	12	12	14	13	13	11	13	13	13	14	14	13	
S.7	13	12	11	14	11	13	12	12	13	14	13	12	11	13	14	12	11	14	14	14	
S.8	14	12	12	12	12	13	12	12	12	14	12	12	12	12	14	12	12	14	12	13	
S.9	14	11	11	14	11	11	13	12	13	14	12	11	11	13	13	12	11	14	14	14	
S.10	14	11	11	14	11	11	13	11	13	14	11	11	11	13	14	11	11	14	14	14	
S.11	13	12	11	14	11	12	12	12	14	14	11	11	11	12	13	12	12	14	14	14	
S.12	12	12	12	13	12	13	12	14	12	14	14	12	11	11	12	14	13	14	14	13	
S.13	13	12	12	13	11	12	13	12	13	13	12	12	12	13	13	12	12	13	13	14	
S.14	13	11	12	14	12	12	12	13	13	14	13	13	14	12	13	12	12	14	13	14	
S.15	14	11	12	14	11	11	12	12	13	14	11	11	11	12	14	11	11	14	14	14	
S.16	13	13	12	11	11	12	14	14	13	13	11	11	11	13	13	12	11	13	13	14	
S.17	14	11	11	14	14	11	13	11	14	14	11	11	11	13	14	14	11	14	14	14	
S.18	14	12	12	14	12	11	12	14	12	14	12	12	12	12	14	11	11	14	14	14	
S.19	12	13	13	13	13	13	11	14	13	12	14	14	13	11	14	14	14	13	13	12	
S.20	13	14	11	14	11	11	11	14	13	13	12	11	11	13	14	12	11	13	13	14	
S.21	14	12	11	14	11	11	12	11	12	14	13	12	14	13	12	12	13	14	14	12	
S.22	14	13	11	14	12	12	11	14	14	14	14	14	14	12	14	14	11	14	12	13	
S.23	12	12	11	13	11	13	11	13	13	13	12	11	11	11	13	13	11	14	14	13	
S.24	14	12	14	12	13	13	11	14	11	11	14	12	13	11	13	13	13	12	13	14	
S.25	13	12	11	13	11	11	12	13	12	13	11	12	11	13	14	11	11	14	14	14	
S.26	14	12	11	14	14	12	12	14	14	14	12	11	11	12	12	12	12	14	14	13	
S.27	13	11	11	13	11	12	12	12	13	13	12	11	11	12	13	12	11	13	13	14	
S.28	14	12	12	14	12	12	12	14	14	14	13	12	13	14	12	11	14	14	14	14	
S.29	12	12	11	12	12	12	14	12	12	14	12	11	11	12	13	12	12	12	12	14	
S.30	14	11	11	13	11	11	14	11	13	13	11	11	11	13	14	11	11	13	13	14	
S.31	14	11	11	13	11	12	14	11	14	14	12	11	11	14	14	12	11	14	14	14	
S.32	13	11	11	14	11	12	12	13	13	13	11	11	11	12	12	11	11	13	13	14	
S.33	14	12	11	14	11	12	13	14	13	12	12	11	11	12	14	12	11	14	14	14	
S.34	12	13	14	14	13	13	11	12	13	12	13	13	12	13	13	13	13	13	13	13	
S.35	14	11	12	13	11	11	13	13	12	13	11	11	13	13	12	11	11	13	14	14	
S.36	14	12	12	14	11	12	12	11	13	14	12	12	11	14	14	12	12	14	14	14	
S.37	13	13	11	13	12	11	11	12	11	13	12	13	12	11	12	11	11	13	13	13	
S.38	14	14	13	13	13	13	11	14	14	14	14	13	11	12	14	13	11	14	14	13	
S.39	13	12	11	13	11	12	11	12	12	13	12	11	11	12	13	12	11	13	13	14	
S.40	14	11	11	14	11	11	12	11	14	13	11	11	11	12	13	11	11	14	14	14	
S.41	14	11	11	14	11	13	11	14	11	14	11	11	11	14	14	11	11	14	14	13	
S.42	14	13	11	13	12	14	14	12	13	13	12	12	11	14	13	12	11	13	14	14	
S.43	11	14	13	11	14	14	11	14	11	14	14	11	11	14	14	11	11	14	13	11	12
S.44	13	14	13	11	11	14	14	11	14	12	11	14	14	11	13	14	11	12	12	14	
S.45	13	11	11	12	12	11	13	14	12	14	12	13	11	12	13	11	11	13	14	13	
S.46	12	12	11	13	12	14	12	13	12	12	13	11	11	12	13	13	11	14	13	13	
S.47	13	11	11	14	11	12	13	14	12	13	12	11	11	13	13	12	11	13	13	14	
S.48	13	12	11	14	11	12	13	12	13	13	11	11	11	13	14	12	11	14	14	14	
S.49	14	11	12	14	11	11	11	14	12	14	12	12	14	11	14	11	12	12	12	12	
S.50	14	11	11	14	11	11	14	13	14	14	11	11	11	13	13	11	11	13	13	14	

100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122

Cuadro 08
121al 139

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	
S.1	2	2	3	3	2	4	2	3	4	4	2	2	1	1	3	1	2	4	1	1
S.2	4	2	1	1	2	1	2	4	4	4	1	4	1	1	4	2	1	4	2	1
S.3	1	1	3	2	3	4	1	1	4	4	2	4	4	2	3	1	4	4	1	1
S.4	4	1	1	1	4	2	1	1	4	1	1	4	1	4	2	4	2	3	4	1
S.5	2	2	1	1	3	3	1	3	4	3	3	4	3	2	4	2	4	3	2	1
S.6	3	1	1	2	2	2	2	3	3	4	2	2	2	2	3	2	2	3	2	1
S.7	4	3	1	1	3	4	1	1	4	1	1	4	1	4	2	4	2	2	4	2
S.8	2	1	1	1	2	4	1	2	4	1	1	4	4	2	4	2	1	4	2	1
S.9	2	2	1	1	4	4	1	2	4	2	1	4	2	4	2	1	4	1	1	1
S.10	3	2	1	1	2	3	1	1	4	2	1	4	3	2	4	2	2	4	1	1
S.11	2	3	2	2	2	3	2	2	4	3	2	3	4	2	4	2	2	2	2	1
S.12	3	3	1	1	1	4	1	3	4	4	2	2	3	2	2	2	1	4	4	1
S.13	3	2	3	2	3	2	2	1	4	2	1	3	2	2	3	2	2	3	3	1
S.14	3	2	2	1	3	3	1	3	4	3	1	3	2	2	3	2	3	4	2	1
S.15	1	1	1	1	1	3	1	2	4	2	1	4	2	2	4	2	2	4	1	1
S.16	2	2	1	1	3	4	1	1	4	2	2	2	4	2	4	2	1	4	1	1
S.17	1	1	1	1	3	4	1	1	4	4	1	4	3	2	4	1	1	4	1	1
S.18	2	2	1	1	4	4	1	2	4	2	2	4	4	4	4	2	1	4	2	1
S.19	3	2	1	1	1	1	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	1	2	4	1
S.20	1	3	1	1	3	3	1	1	3	1	1	3	3	2	3	2	1	3	1	1
S.21	3	2	4	1	3	2	3	2	4	2	3	2	4	4	2	3	4	3	3	1
S.22	3	3	1	3	3	2	2	1	4	3	1	4	4	2	4	3	1	3	1	1
S.23	2	2	1	1	2	2	1	2	4	4	1	3	3	2	4	3	1	3	1	1
S.24	2	4	4	4	3	1	2	1	2	4	4	2	4	4	2	4	4	2	4	1
S.25	3	2	1	1	2	4	1	1	4	2	2	3	3	3	4	1	1	3	1	1
S.26	3	2	2	1	1	3	2	2	4	3	1	4	4	4	4	2	1	2	1	1
S.27	2	2	1	2	2	3	1	1	4	2	2	4	1	2	3	1	1	2	3	2
S.28	2	1	2	1	4	3	1	2	4	3	1	4	4	2	4	1	1	4	1	1
S.29	3	2	2	1	4	4	1	2	4	3	1	4	1	1	4	1	1	4	1	1
S.30	2	1	2	2	2	4	1	1	4	4	2	4	4	1	3	1	1	3	3	1
S.31	2	1	1	2	3	4	1	2	4	2	2	3	3	2	4	2	2	4	2	1
S.32	2	3	2	1	2	3	1	2	4	2	1	4	2	2	3	2	2	4	1	1
S.33	2	1	1	1	3	2	2	3	4	4	2	4	4	2	4	3	1	4	2	1
S.34	2	2	4	2	3	2	2	2	3	3	3	2	3	2	3	1	1	3	2	1
S.35	2	4	1	1	2	4	1	1	4	2	1	4	4	2	2	1	1	4	2	1
S.36	1	1	1	1	4	4	1	1	4	2	1	4	4	2	4	1	1	4	1	1
S.37	2	2	1	2	1	3	2	1	3	3	1	4	3	2	3	2	2	3	3	1
S.38	1	4	1	2	1	1	1	2	4	4	3	4	4	4	4	3	1	2	3	1
S.39	1	2	2	1	3	4	1	2	4	3	1	4	3	1	3	2	1	4	1	1
S.40	3	1	1	1	4	3	1	1	4	1	1	4	2	1	3	1	1	4	1	1
S.41	1	2	1	1	4	2	1	1	4	1	1	4	4	1	4	1	1	2	1	1
S.42	3	2	1	1	3	3	1	1	4	3	1	4	4	2	4	2	1	3	1	1
S.43	4	4	4	1	1	1	1	1	2	4	4	1	4	4	4	1	4	2	1	1
S.44	2	2	1	1	3	2	1	1	3	4	2	2	4	2	2	1	3	4	1	1
S.45	3	3	2	1	3	3	1	2	3	2	1	4	3	2	3	2	2	4	2	1
S.46	3	2	1	2	2	2	1	3	3	3	3	2	2	3	3	3	4	4	3	1
S.47	3	1	1	1	4	2	1	1	4	2	2	3	3	2	3	1	1	3	1	1
S.48	3	1	1	1	3	3	1	2	4	2	1	4	3	2	3	2	1	3	3	1
S.49	2	2	4	2	2	1	4	4	4	4	2	2	2	1	4	4	1	4	2	1
S.50	2	2	2	1	3	4	1	1	4	2	1	4	1	1	4	1	1	4	1	1

231 201 102 138 261 280 134 118 54 222 162 314 304 214 338 124 118 334 174

Pre-Test

	2	6	10	16	17	20	24	30	31	SUMA X	SUMA X ²
S.1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	4	16
S.2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81
S.3	0	1	1	0	1	1	0	0	1	5	25
S.4	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	64
S.5	1	1	1	0	0	0	1	1	1	6	36
S.6	1	0	1	1	1	1	0	1	0	6	36
S.7	1	1	0	0	1	1	1	1	1	7	49
S.8	1	1	0	0	0	1	1	1	1	6	36
S.9	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	81
S.10	1	1	1	0	0	1	1	1	0	6	36
S.11	1	0	0	0	0	1	1	1	0	4	16
S.12	1	1	1	0	0	1	1	1	1	7	49
S.13	0	1	1	0	1	1	1	1	0	6	36
S.14	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	4
S.15	1	1	1	1	0	1	1	1	0	7	49
S.16	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	64
S.17	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	64
S.18	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	64
S.19	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8	64
S.20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81
S.21	1	1	1	0	1	1	0	1	1	7	49
S.22	0	1	1	0	0	1	1	1	1	5	25
S.23	0	1	1	1	1	1	1	1	0	7	49
S.24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81
S.25	1	1	1	0	0	1	1	1	1	7	49
S.26	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	64
S.27	1	1	1	0	1	0	1	0	0	5	25
S.28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81
S.29	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	64
S.30	0	0	1	1	1	1	1	1	0	6	36
S.31	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8	64
S.32	0	1	0	0	0	1	1	0	0	3	9
S.33	1	1	1	0	1	1	1	1	0	7	49
S.34	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	64
S.35	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	64
S.36	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8	64
S.37	0	1	1	1	0	1	1	1	1	7	49
S.38	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	64
S.39	1	1	0	1	1	1	0	0	1	6	36
S.40	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	64
S.41	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	64
S.42	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	64
S.43	0	1	1	0	0	1	1	1	1	6	36
S.44	0	1	0	0	0	1	1	1	1	5	25
S.45	0	1	0	1	1	1	1	0	1	6	36
S.46	0	1	0	0	0	1	1	1	1	5	25
S.47	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7	49
S.48	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81
S.49	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81
S.50	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	64

cuadro12

Fast-test	Vari	Sign	!	28	!	42	!	43	!	48	!	51	!	52	!	56	!	61	!	62	!	SUMA Y	!	SUMA Y*2	!	SUMA X	!	X * Y
S.1	!	0	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	0	!	0	!	1	!	0	!	4	!	16	!	4	!	16
S.2	!	1	!	1	!	1	!	0	!	0	!	0	!	0	!	0	!	0	!	1	!	4	!	16	!	9	!	36
S.3	!	2	!	0	!	1	!	1	!	0	!	0	!	0	!	0	!	0	!	0	!	3	!	9	!	5	!	15
S.4	!	1	!	1	!	0	!	1	!	1	!	0	!	0	!	0	!	0	!	1	!	5	!	25	!	8	!	40
S.5	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	7	!	49	!	6	!	42
S.6	!	0	!	1	!	1	!	1	!	0	!	1	!	0	!	1	!	1	!	0	!	5	!	25	!	6	!	30
S.7	!	1	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	8	!	64	!	7	!	56
S.8	!	1	!	1	!	1	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	8	!	64	!	6	!	48
S.9	!	1	!	1	!	1	!	0	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	7	!	49	!	8	!	56
S.10	!	1	!	1	!	1	!	0	!	0	!	1	!	1	!	0	!	0	!	0	!	5	!	25	!	6	!	30
S.11	!	1	!	1	!	1	!	0	!	0	!	0	!	0	!	0	!	1	!	0	!	4	!	16	!	4	!	16
S.12	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	8	!	64	!	7	!	56
S.13	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	8	!	64	!	6	!	48
S.14	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	0	!	1	!	8	!	64	!	2	!	16
S.15	!	0	!	0	!	1	!	0	!	0	!	0	!	1	!	0	!	1	!	0	!	3	!	9	!	7	!	21
S.16	!	0	!	1	!	1	!	0	!	0	!	1	!	1	!	1	!	0	!	0	!	4	!	16	!	8	!	32
S.17	!	1	!	1	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	8	!	64	!	8	!	64
S.18	!	0	!	1	!	1	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	7	!	49	!	8	!	56
S.19	!	1	!	1	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	0	!	1	!	7	!	49	!	8	!	56
S.20	!	1	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	8	!	64	!	9	!	72
S.21	!	0	!	1	!	1	!	0	!	0	!	0	!	0	!	0	!	1	!	0	!	3	!	9	!	7	!	21
S.22	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	8	!	64	!	6	!	48
S.23	!	1	!	1	!	0	!	0	!	1	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	6	!	36	!	7	!	42
S.24	!	0	!	1	!	1	!	1	!	0	!	0	!	0	!	0	!	0	!	0	!	3	!	9	!	9	!	27
S.25	!	1	!	0	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	7	!	49	!	7	!	49
S.26	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	7	!	49	!	8	!	56
S.27	!	0	!	1	!	0	!	1	!	0	!	1	!	0	!	0	!	1	!	0	!	3	!	9	!	5	!	15
S.28	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	8	!	64	!	9	!	72
S.29	!	0	!	1	!	1	!	0	!	1	!	0	!	0	!	0	!	0	!	0	!	3	!	9	!	8	!	24
S.30	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	0	!	7	!	49	!	6	!	42
S.31	!	1	!	0	!	1	!	0	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	6	!	36	!	8	!	48
S.32	!	1	!	1	!	1	!	1	!	0	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	7	!	49	!	3	!	21
S.33	!	0	!	0	!	0	!	0	!	0	!	0	!	0	!	1	!	1	!	1	!	4	!	16	!	7	!	28
S.34	!	1	!	1	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	8	!	64	!	8	!	64
S.35	!	1	!	0	!	1	!	1	!	0	!	1	!	1	!	0	!	1	!	1	!	6	!	36	!	8	!	48
S.36	!	1	!	1	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	0	!	1	!	1	!	7	!	49	!	8	!	56
S.37	!	1	!	1	!	1	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	0	!	7	!	49	!	7	!	49
S.38	!	1	!	1	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	8	!	64	!	8	!	64
S.39	!	0	!	0	!	1	!	0	!	1	!	0	!	0	!	1	!	1	!	1	!	4	!	16	!	6	!	24
S.40	!	0	!	0	!	1	!	0	!	1	!	0	!	0	!	0	!	1	!	0	!	3	!	9	!	8	!	24
S.41	!	1	!	0	!	1	!	1	!	0	!	1	!	0	!	0	!	0	!	0	!	4	!	16	!	8	!	32
S.42	!	1	!	1	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	8	!	64	!	8	!	64
S.43	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	8	!	64	!	6	!	48
S.44	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	0	!	1	!	1	!	8	!	64	!	5	!	40
S.45	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	0	!	0	!	0	!	7	!	49	!	6	!	42
S.46	!	1	!	0	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	6	!	36	!	5	!	30
S.47	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	0	!	7	!	49	!	7	!	49
S.48	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	7	!	49	!	9	!	63
S.49	!	1	!	0	!	1	!	0	!	1	!	1	!	0	!	0	!	0	!	1	!	5	!	25	!	9	!	45
S.50	!	1	!	0	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	1	!	0	!	7	!	49	!	8	!	56

303 2001 346 2097