

20/11/82

IMPRESA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

PERFIL PSICOLÓGICO DE PACIENTES DEL INPer CON UN EMBARAZO DE CURSO NORMAL

## T E S I S

Que para obtener el título de Licenciado en Psicología presenta

GUADALUPE ASUNCION VALDERRAMA BLANCO

Director de la Facultad de Psicología  
Dr. Juan José Sánchez Sosa

Asesor de tesis  
Mtro. Francisco Morales Carmona



México, D. F.

Febrero de 1988

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **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

	Página
RESUMEN	
INTRODUCCION . . . . .	1
I. MARCO TEORICO	
1. Conceptos básicos del embarazo . . . . .	5
2. Consideraciones generales acerca del embarazo . . . . .	6
3. La mujer y el embarazo . . . . .	10
3.1 Aspecto Fisiológico . . . . .	13
3.2 Aspecto Cultural . . . . .	15
3.3 Aspecto Social . . . . .	21
3.4 Aspecto Psicológico . . . . .	25
4. Alteraciones emocionales en el embarazo . . . . .	36
4.1 Investigaciones en relación a los aspectos emociona les en el embarazo. . . . .	40
II. METODOLOGIA	
1. Justificación del problema . . . . .	52
2. Planteamiento general del problema . . . . .	54
3. Establecimiento de Hipótesis . . . . .	54
3.1 Conceptuales . . . . .	54
3.2 De trabajo . . . . .	55
3.3 Alternas . . . . .	55
3.4 Nulas . . . . .	56
4. Definición de Variables . . . . .	57
5. Muestra . . . . .	60
6. Escenario . . . . .	61
7. Diseño . . . . .	61

8.	Estudio . . . . .	61
9.	Instrumentos utilizados . . . . .	62
9.1	Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo IDARE . . .	62
9.2	Escala de la Automedición de la Depresión de ZUNG	66
9.3	Escala de Autoconcepto de Tennessee . . . . .	69
9.4	Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI .	74
10.	Procedimiento . . . . .	79

### III. RESULTADOS

1.	Análisis de los datos . . . . .	80
----	---------------------------------	----

### IV. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

1.	Discusión . . . . .	119
2.	Conclusiones . . . . .	129
3.	Limitaciones . . . . .	132
4.	Sugerencias . . . . .	134

TABLAS DE RESULTADOS . . . . .	136
--------------------------------	-----

BIBLIOGRAFIA . . . . .	164
------------------------	-----

APENDICE . . . . .	170
--------------------	-----

## R E S U M E N

El presente estudio fué diseñado para determinar si en un embarazo de curso normal se presentan aspectos emocionales significativos, -- para tal efecto se utilizó un grupo de 100 mujeres pacientes obstétricas del INPer y un segundo grupo control de mujeres no embarazadas. El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE), la Escala de Automedición de la Depresión de ZUNG, la Escala de Autoconcepto de Tennessee y el -- Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), fuerón aplicados a -- ambos grupos de mujeres, obteniendo un Perfil Psicológico correspondiente a cada uno de los grupos; los datos obtenidos muestran que el grupo de mujeres con un embarazo de curso normal presentan diferencias significativas en las variables Depresión ( $\bar{X}= 46.19$ ), Escala 1 de Hipocondriasis ( $\bar{X}= 61.06$ ), Escala 2 de Depresión ( $\bar{X}= 46.19$ ), Escala 3 de Histeria ( $\bar{X}= 59.40$ ) y por último el Nivel total de Autoestima ( $\bar{X}= 346.07$ ), -- con puntajes por encima del grupo de mujeres no embarazadas.

Las variables, hileras, columnas de Autoconcepto, escalas restantes del MMPI y la Ansiedad Estado-Rasgo, en ambos grupos se presentaron dentro de un patrón normal; tales resultados son contrarios a los supuestos teóricos respecto al estudio del embarazo en lo que se refiere especialmente a la variable ansiedad. De manera, que en un embarazo de curso normal se presentan aspectos emocionales, tales como labilidad e hipersensibilidad emocional, estado de ánimo cambiante, interés corporal, quejas somáticas y mayor autoestima, mismos que caen en un patrón de normalidad, sin llegar a lo patológico.

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

La experiencia del embarazo por muchos años se ha considerado a nivel popular como la ocurrencia de un estado fisiológico normal en la vida procreativa de la mujer, suponiendo con ello que en una mujer sana ocurre sin mayores molestias que las habituales, tales como vómitos náuseas, aumentos de peso, fátiga, sueño y algunos otros cambios fisiológicos más. De manera, que se concibe tan sólo como un estado temporal de cambios exclusivamente a nivel fisiológico, ligado inevitablemente a molestias y dolores, adquiriendo la homeostásis sólo después del parto.

Sin embargo, en los últimos años la investigación en el ámbito -- Perinatal se ha ido ampliando y extendiendo a otros tópicos que hacen referencia no tan sólo a los aspectos obstétricos, sino también a los de tipo social y psicológico; investigaciones realizadas por Gorsuch y Key (1974), Nuckolls et al (1972), McDonal (1968), Chalmers (1983) y - Peterson (1983), son prueba de ello. Mismos autores que han abordado el estudio del embarazo, aludiendo a éste como uno de los acontecimientos de mayor trascendencia que la mujer llega a experimentar en su vida procreativa, dado que consideran está ligado no sólo a cambios de - tipo fisiológico, sino también a los aspectos dinámicos en la Psicología de la mujer.

Es importante por lo tanto, partir sobre la base de considerar al embarazo, un evento de vida importante para la persona que lo vivencia debido a los cambios conscientes e inconscientes que producen barreras físicas intratables y en donde son muchos los factores que influyen en la respuesta de adaptación al mismo , como es por ejemplo la motivación individual, soporte sociocultural, expectativas, afiliación re

ligiosa y procedimientos médicos entre otros, (Blum, 1980).

Además habrá que tener presente que la maternidad en la mujer de nuestra cultura adquiere especial significado, en tanto que se encuentra matizada de muchos mitos y valores, considerándola en varias ocasiones como un ideal ético-religioso y como una manifestación a través de la cual la mujer expresa su feminidad.

Así pues, el embarazo adquiere un valor insospechable en la vida procreativa de la mujer, ya que como lo señalan varios autores, como Deutsch (1944), Erikson (1960), Breen (1975), MacFarlane (1978), no sólo implica cambios a nivel fisiológico en el organismo femenino sino que requiere realizar adaptaciones psicológicas que están directamente relacionadas a su condición de mujer, es decir, que el embarazo se traduce a un período de crisis, a un punto crítico de desarrollo psicológico en la mujer, en el que se conjugan aspectos fisiológicos pero en el cual además convergen aspectos dinámicos vinculados con el nivel previo de madurez emocional, sentido de feminidad, presencia de conflictos no resueltos, temprana relación madre-hija, tal y como lo señala Bibring (1959).

Ahora bien, concederle importancia a tal período se justifica no sólo porque implique una etapa de crisis, en donde la mujer se enfrenta a serios cambios, sino porque en ello va implícito una etapa de madurez, es decir, se prevee que ante tal experiencia la mujer logre alcanzar un desarrollo psicológico, presentandosele la oportunidad de obtener ajuste en sus relaciones con su pareja, padres, producto y particularmente consigo misma; por ende la tarea del equipo de Salud es precisamente centrar la atención en todos los aspectos relacionados con el embarazo, de tal forma que se contribuya a favorecer un adecuado desarrollo prenatal y a la vez garantizar en la madre un bienestar vinculado a su salud, tanto física como psicológica. Tal -

objetivo se puede lograr contemplando factores que van de lo obstétrico hasta lo psicosocial, es decir, no se puede dejar de lado aspectos tales como el stress de vida, apoyo social, referido a nivel socioeconómico, lugar donde habita, gente con quien convive y el tipo de relación afectiva que mantiene, así como la presencia de una serie de --- ideas preconcebidas heredadas por una cultura acerca del embarazo, -- elementos que ya han sido señalados por Mead (1971), Peterson (1983), Nuckolls (1972).

Por lo tanto, en el ámbito Perinatal, compete en particular al -- Psicólogo incursionar en la investigación referida precisamente a tales aspectos dinámicos implicados en el embarazo, tomando en cuenta - todos aquéllos factores de índole obstétrico, sociocultural, dándole claro está un enfoque psicológico que diriga a la obtención de datos y conocimiento acerca de el estado emocional durante el embarazo, alu diendo quizá al concepto que la mujer tiene de sí misma como madre, ó en general a ideas sobre su feminidad, de tal forma, que dichos estudios se conviertan en una fuente de investigación fértil con enorme - beneficio que provea un medio para obtener métodos, instrumentos, que faciliten y promuevan el adecuado manejo de pacientes embarazadas en la práctica Clínica.

Es así, como en base a supuestos teóricos señalados anteriormente respecto al embarazo, el presente estudio se planteó como objetivo -- investigar acerca de los aspectos emocionales en dicho estado, realizando un Perfil Psicológico de la mujer con un embarazo de curso normal, sobre la base de medición de la ansiedad, depresión, autoconcepto y elevación de las escalas del MMPI, utilizandó un grupo control - de mujeres no embarazadas, pretendiendo con ello, ampliar los objetivos de investigación dentro del ámbito Perinatal referido en particular al campo de los aspectos emocionales durante el embarazo. De ma-



nera que ello, induzca a facilitar y optimizar el nivel de asistencia a dichas pacientes, puesto que se podrá contar con parámetros reales y objetivos, permitiendo desarrollar un nivel eficaz de predicción e intervención en el manejo terapeutico de mujeres embarazadas .

## CAPITULO I

### MARCO TEORICO

#### 1. CONCEPTOS BASICOS DEL EMBARAZO

Abordar el estudio del embarazo implica partir de una breve revisión acerca de lo que se entiende precisamente por embarazo, así como hacer alusión a algunos aspectos referidos al mismo, ya que un conocimiento previo de tal evento, permitirá introducirse al tema central de interés, y lograr entender el porqué el embarazo se llega a considerar un evento de trascendencia en tanto que se ven involucrados factores - de índole biológico, sociocultural y psicológico.

Los conceptos que se han vertido para esquematizar al embarazo y que generalmente se manejan en el ámbito médico, proceden de un orden estrictamente orgánico, mismos que se han difundido precisamente por su carácter netamente científico. No obstante, que los propósitos del presente estudio no poseen un enfoque biológico, se cree conveniente - describir algunas de las definiciones o conceptos vertidos por la literatura obstétrica, de tal forma que puedan ser de utilidad sólo como antecedente; así en términos generales el embarazo ha sido definido :

"Como un tiempo que media entre la concepción y el parto, que tiene lugar cuando el óvulo fecundado se implanta dentro de la cavidad uterina" (Benson, 1980).

"Evento que tiene lugar por medio de la fecundación, en la cual se produce la unión del espermatozoide con un óvulo maduro, unión que habitualmente se da en el tercio externo de la trompa de Falopio" (Beck, 1977).

Así pues, un embarazo, representa una fase crítica en la vida de la mujer, que se inicia con la fecundación, misma que es producto de la eyaculación del semen hacia el útero, la cual tiene lugar a través de la relación de coito entre hombre y mujer, exactamente en un tiempo en que el óvulo se encontraba en la trompa de falopio y los espermatozoides fueron atraídos hacia éste, por una fuerza hormonal, que los arrastra hacia dicho oviducto, produciéndose la unión de los núcleos de ambas células masculina y femenina, formando una célula nueva que contendrá veintitrés pares de cromosomas, la mitad de la madre y la mitad -- del padre.

Sin embargo, por otra parte, para los propósitos del presente estudio se decidió considerar un "embarazo normal" a partir de ciertos criterios de inclusión que debería cumplir la madre, definiéndose como -- tal :

"Aquél evento que no fué precedido de pérdidas, violaciones, producto de incesto, cardiopatías, diabetes, productos con malformaciones tales como amenaza de aborto, parto pretérmino, toxemia, embarazo múltiple y que tuvo lugar en condiciones en que la madre contaba con una pareja estable exenta de perturbaciones graves como es el caso de una psicosis".

## 2. CONSIDERACIONES GENERALES ACERCA DEL EMBARAZO

Es importante señalar que el estudio del embarazo, ha sido abordado de acuerdo a la etapa de gestación, ya que, la actitud, respuesta orgánica y en general el significado que la mujer le da al mismo, será moldeado de acuerdo al tiempo de gestación que se esté llevando a cabo, por lo que generalmente se tiende a dividir en tres etapas.

Primera etapa, que abarca desde el principio de la gestación, esencialmente cuando la mujer se entera de su embarazo aproximadamente a las cuatro semanas, en el momento que se establece el mecanismo hormo-

nal que produce el cese de la menstruación; hasta los tres meses.

Segunda etapa, período central que abarca de los tres a los seis - meses de gestación, calificándose como una etapa en la cual disminuyen las molestias somáticas.

Tercera etapa, la cual representa la última fase del embarazo, misma que abarca de los seis a los nueve meses de gestación; trimestre - en el cual se tiende a aumentar ciertas molestias como insomnio, fátiga, ansiedad y miedos directamente relacionados con el parto, Hanford (1968).

Señalar aisladamente las etapas del embarazo, representa una consideración inconclusa, debido a que la importancia de dividir el período gestacional consiste, en la repercusión y efecto que llegan a tener determinados síntomas sobre el organismo femenino de acuerdo a la etapa de gestación que se esté llevando a efecto, por lo que bien cabe mencionar cuales son tales síntomas, así como los signos a detectar; mismos que la literatura en Obstetricia reporta ; entre los cuales se encuentran :

#### SINTOMAS PRESUNTIVOS

- 1) Amenorrea (cese de la menstruación)
- 2) Náusea y vómito por períodos prolongados en los primeros tres meses, presentándose con mayor frecuencia en las mañanas.
- 3) Dolor y hormigueo en las mamas, congestión de las mamas, ocurriendo en las primeras semanas de embarazo, debido a la acción estrógenica y de la progesterona.
- 4) Poliuria y micción imperativa (aumento del deseo de evacuar la vejiga, debido a la estructura de la pelvis y por la presión originada por el ensanchamiento del útero), sucediendo en los primeros tres o cuatro meses.

- 5) Constipación, como resultado del cambio en los hábitos alimenticios.
- 6) Fátiga
- 7) Aceleración (percepción de los primeros movimientos fetales que -- tienen lugar entre las 14 y 16 semanas de gestación).
- 8) Aumento de peso
- 9) Efectos metabólicos, los cuales se pueden notar desde la sexta semana.
- 10) Elevación de la temperatura.

#### SIGNOS PRESUNTIVOS

- 1) Pigmentación cutánea, melanosis facial, obscurecimiento de la frente, el dorso de la nariz y pómulos,
- 2) Epulis (hipertrofia de las papilas gingivales ocurridas en el primer trimestre de embarazo).
- 3) Leucorrea (aumento de estrógenos y de progesterona que aumentan el moco cervical y producen una marcada descamación de células epiteliales vaginales).
- 4) Cambios en mamas
- 5) Crecimiento abdominal (prominencia del hemabdomen que se reconoce en la 14a. semana).
- 6) Cambios en los órganos pélvicos.

#### SINTOMAS PROBABLES

Se considerarán como tales, a todos aquéllos que fueron clasificados como presuntivos.

### SIGNOS PROBABLES

- 1) Crecimiento uterino (correlación del tamaño uterino con la duración de la amenorrea o la fecha de concepción), adquiriendo significancia -- después de la 6a. a la 28a. semana.
- 2) Soplo uterino (sonido intenso que se puede escuchar bilateralmente sobre el pubis, sincronizando el pulso materno.
- 3) Contracciones uterinas (signo de Braxton-Hicks) los cuales se perciben por exploraciones bimanuales después de la 28a. semana.

### SINTOMAS POSITIVOS O DE CERTEZA

No existen manifestaciones subjetivas que pueden considerarse como diagnósticas del embarazo.

### SIGNOS POSITIVOS O DE CERTEZA

En general lo constituyen todas aquéllas evidencias médicas y legales del embarazo, haciéndose evidentes después del cuarto mes.

- 1) Auscultación del latido cardiaco fetal
- 2) Palpitación del contorno fetal
- 3) Reconocimiento de los movimiento fetales
- 4) Demostración radiológica del esqueleto fetal
- 5) Ultrasonografía
- 6) Electrocardiografía fetal.

Ahora bien, el señalar los signos y síntomas desde un punto de vista obstétrico, permite entender porqué el embarazo implica un caudal de cambios hormonales, los cuales inciden directamente sobre el organismo femenino; mismos que no llegan a presentarse a un mismo tiempo sino que va a depender de la fase de gestación para que se detecten o manifiesten agudamente; provocando en la madre determinadas reacciones, lo cual

puede suponer que no sólo aluda a cambios físicos sino también a otro tipo de efectos, como pueden ser las reacciones emocionales directamente relacionadas con adaptaciones de índole psicológico que se están --- llevando a cabo.

Por lo tanto, después de hacer alusión a ciertos aspectos en relación al embarazo, considerándolos necesarios como elemento antecedente; se cree conveniente pasar a una exposición más detallada sobre tal evento, lo cual permita discutir y esclarecer algunos aspectos aún confusos planteados a través de la investigación y estudio del embarazo.

### 3. LA MUJER Y EL EMBARAZO

El embarazo ha sido considerado un evento de vida importante, un estado crítico de desarrollo en la vida de una mujer de acuerdo con Bibring, Dwyer, Huntgton y Valenstein (1961), Caplan (1960) Taylor (1962) Klaus y Kennell (1978); ya que implica una serie de cambios que no sólo se limitan a los aspectos físicos, sino que lleva implícito adaptaciones de índole psicológico y en donde inclusive interfieren aspectos socioculturales, autores citados por Sherman (1980).

Por lo tanto al embarazo, no se le puede limitar a un tiempo de -- "calma vegetativa" tal y como lo considera Benedeck (1959b) ó a un simple episodio normal de la vida procreativa femenina de acuerdo con Bellack (1965), restandole con ello la trascendencia que llega a representar en el desarrollo psicológico de la mujer. Empero, si se le puede considerar como un estado fisiológico normal, en tanto sea visto como un proceso de gestación que se da bajo ciertas condiciones biológicas y en donde la mujer generalmente posee los atributos fisiológicos para -- que se lleve a cabo de manera normal.

Sin embargo, tal estado fisiológico considerado como "normal" trae consigo cambios, mismos que se traducen primeramente a un nivel físico-

pero también implica tomar en cuenta cómo la mujer vivencia tales cambios y qué tipo de sentimientos y emociones matizan su estado, además del significado que ella como mujer le está dando al hecho de convertirse en madre; acontecimientos que implican raíces más profundas relacionadas directamente con su feminidad, englobando ya no sólo aspectos a nivel físico sino también a nivel sociocultural y psicológico.

Ahora bien, por otra parte el estudio del embarazo, se ha tendido a explicar a partir de varios modelos, entre ellos cabe mencionar por principio al modelo Médico el cual resalta como principal postulado, que los cambios hormonales del embarazo son los que tienden a causar síntomas, incidiendo directamente sobre la fisiología materna, señalando como principal causante de dificultades obstétricas; entre los defensores de tal postura se encuentran Kaij, L. y Nilsson, R. (1972), Grimm (1967), Chalmers (1983). Un segundo modelo es el Sociológico, el cual considera al embarazo como una crisis en la relación del matrimonio, principalmente como un "stress" significativo sobre ambos, mujer y esposo; entre los que se encuentran como seguidores de tal modelo están Lee Master (1959), Dyer (1963), Russell (1974), Cowan (1978), y algunos otros como Mislosevic (1972), Butler (1969); quienes además le asignan un papel interviniente a la ocupación material o posición socioeconómica. Un tercer modelo es el que se refiere al embarazo como un "conflicto intrapsíquico". es decir, parte de elementos psicológicos y cambios somáticos para explicar el resultado de conflictos internos experimentados por las mujeres, la forma en que ellas reaccionan al stress de la reproducción; asumiendo tal postura se encuentra a Oakley (1980), autores citados por Lips (1985).

Cabe señalar, que los teóricos de la corriente psicoanalítica asumen tal modelo, pero explicándolo desde una perspectiva más definida, ya que para ellos, el embarazo trae consigo sentimientos inconscientes,



tales como la necesidad de dependencia y conflictos por identificación con la madre, mismos que se traducen a aspectos en función con la iden tidad femenina; entre los seguidores de tal modelo se encuentran, -- Deutsch (1944), Bibring (1959), Langer (1964).

Sin embargo, se puede considerar que el modelo o punto de vista -- del cual parten las investigaciones al explicar el embarazo, no modifi ca la evidencia de que éste resulta ser un evento que involucra una se rie de cambios en los que está implícita una necesidad de adaptación a tal situación y que difiere no solo fisiológica sino inclusive psicoló gicamente del estado de las mujeres no embarazadas.

La existencia de un gran número de investigaciones en el estudio -- del embarazo, con un enfoque Médico, muestra un carácter biologista -- respecto a tal evento, negando el papel interviniente a otro tipo de -- factores como pueden ser lo social o psicológico. De manera que la im portancia concedida al análisis detallado de dichos factores, parte de estudios realizados por investigadores con tendencias más sociales y -- con enfoque psicológico; estudios a través de los cuales se ha intenta do probar y defender el punto de vista alternativo, que es el de acep tar la interacción entre dichos factores; investigaciones que por lo -- general han sido dirigidas a probar relación entre los cambios físicos y los trastornos emocionales que la mujer puede experimentar durante -- su embarazo.

Es importante resaltar la trascendencia que tiene el hecho de que -- dentro del ámbito Perinatal es necesario se contemple una perspectiva -- global, es decir, que se tome en cuenta la posible interacción entre -- los factores de índole biológico, social y psicológico, ya que ello di rigirá al enriquecimiento del estudio en tal área. De manera que no -- se rechaze de forma definitiva la interacción y si por el contrario se ponga a consideración, discusión y en el mejor de los casos se pueda --

llegar a la aceptación de tal interacción. Por ende para los efectos -- del presente estudio se parte de la consideración de Kennell (1978) --- quien señala que el embarazo "resulta ser un complejo proceso biológico en el cual suceden drásticos cambios fisiológicos ocurriendo en un significativo contexto psicosocial, lo cual implica un tiempo de emociones, adaptaciones y ambivalencias".

### 3.1 ASPECTO FISIOLÓGICO

Es importante señalar que el embarazo, independientemente de la -- condición física, social, económica y psicológica de la mujer, causa -- alteraciones en la fisiología materna, ocurriendo variaciones en el funcionamiento normal de todos los aparatos y sistemas, Bellack (1965).

La literatura en obstetricia reporta, que los mecanismos que dan -- origen a los cambios de tal fisiología materna son desencadenados por -- los mensajes hormonales que el producto de la concepción envía a la madre, produciendo cambios obvios y sutiles que afectan a muchos sistemas orgánicos, entre los cuales se encuentra :

- Sistema Hematopoyético (bazo, médula ósea, ganglios linfáticos).
- Sistema óseo y articular (articulaciones y huesos)
- Sistema cardiovascular
- Sistema Respiratorio
- Sistema Digestivo y glándulas anexas (hígado, vesícula biliar, páncreas).
- Sistema Urinario
- Sistema de las glándulas endócrinas (tiroides, paratiroides, timo, hipófisis, epífisis, cápsulas suprarrenales).
- Sistema Reticuloendotelial (útero, parametrio, ganglios linfáticos, riñones, hipófisis).
- Sistema Nervioso (Central y Periférico, neurovegetativo).

Lo anterior, hace suponer que se suceden en el organismo modificaciones de tanta importancia que parece imposible concebirlas iguales en otro momento de la vida, implicando cambios a nivel de actitudes, nutrición, metabolismo, peso, piel, tejidos, células y músculos, mayormente pronunciados a nivel de aparato reproductor; Vignes (1923), Dauphin (1976), OMS (1975), Benson (1980).

Ahora bien, se hizo anteriormente mención a un movimiento activo de hormonas, es decir, que el patrón hormonal en la circulación cambia súbitamente durante el embarazo, presentándose de manera diferente al patrón que se efectúa durante el ciclo menstrual normal, por lo que se considera conveniente detallar tal activación hormonal, sucedidas en el organismo femenino a partir del estado de embarazo.

El movimiento activo de hormonas se inicia con un aumento de estrógenos, produciéndose en cantidades geniales por los sintiofoblastos de la placenta. El estradiol que es el estrógeno más débil, aumenta 1000 veces desde el inicio del embarazo hasta el término de éste. La estrona, que es metabolizada a partir de la androstenediona, aumenta solo 100 veces con relación a la concentración en la mujer normal, -- Hamilton (1955), Benson (1980).

El aumento de los estrógenos, activan al metabolismo energético, -- promueven el crecimiento del útero, sirven para asegurar la acidez del fluido vaginal y retardan el crecimiento de las bacterias y los hongos, para estimular el aumento de las secreciones de la tiroides y la adrenalina teniendo un efecto anabólico; incrementan el contenido proteínico de los huesos, de la piel y del cuerpo en general, Lloyd y Reathem (1964). Asimismo, se efectúa una variación en la cantidad de prostágenos, por un lado la hidroxiprogesterona desciende a concentraciones muy bajas después de una ligera elevación inicial que ocurre en la 2a. semana, y por otro lado, la progesterona, que es producida por

placenta, aumenta diariamente después del principio del embarazo al doble de su concentración en personas no embarazadas, Hamburg (1966).

Algunas otras hormonas como lo son la luteinizante (LH) y la gonadotropina coriónica (HCG) aumenta rápidamente alrededor de los 10 días de la concepción. Contrariamente a la hormona estimulante del foliculo (FSH) que desciende a concentraciones apenas detectables, aproximadamente 10 días después de la ovulación.

Así pues, la referencia a las alteraciones subjetivas y objetivas-clasificadas de acuerdo a un criterio diagnóstico, que tienen lugar en todo embarazo normal; da evidencia por una parte de la magnitud de cambios que trae consigo a nivel fisiológico, y por otra, de las variaciones en la regulación homeostática, causando efecto directo sobre el organismo femenino.

Sin embargo podrá argumentarse que aún cuando se efectúan variaciones y efectos sobre la fisiología materna, de una u otra forma todas éstas, contribuyen a lograr un equilibrio que puede ir desde un requerimiento metabólico hasta un efecto sobre el endometrio, lo cual se acepta. Empero, cabe cuestionarse hasta qué punto tales cambios presuponen e imponen un ajuste, y en el mejor de los casos una adaptación de parte de la mujer, es decir, que mientras se espera tal equilibrio fisiológico ¿ que pasa con la mujer a otros niveles ? , por ello bien vale tomar en consideración que tan sólo la aparición de tales cambios puede ser fácilmente el substrato de la labilidad o susceptibilidad emocional en la mujer embarazada.

### 3.2 ASPECTO CULTURAL

Desde tiempos remotos, el embarazo ha sido visto como un evento "normal", rodeado generalmente de ideas mágicas, mitos y prejuicios, es decir, culturalmente se le han asignado características un tanto --

idealistas, haciéndolo parecer en la mayoría de los casos como un evento ya no tan sólo natural, sino indispensable en la vida de una mujer; " . . . aún cuando se acepta y se está consciente de que tal estado -- implica cambios a nivel fisiológico que inciden directamente sobre la fisiología materna, causando serios desajustes en la mujer, se tiende a considerar que los trastornos, dificultades tan frecuentes, son un fenómeno casi inevitable", (Langer, 1964).

En épocas pasadas, quizá en la actualidad menos se suponía que la mujer debiera vivir su embarazo sin perturbación emotiva, tranquila, sintiéndose orgullosa, feliz y acariciando el sueño de tener a su hijo en brazos, esperando el evento culminante del parto, lo cual no se descarta suceda. Empero tales mitos biológicos y psicológicos se extienden a tal grado, que se alejan de plantear la realidad, y sí por el -- contrario plasman una idea preconcebida acerca de lo "maravilloso del embarazo". Además se encuentra que tales mitos han jugado un papel de suma importancia en el concepto formado acerca del embarazo, tanto de la mujer misma que lo experimenta como de la gente que le rodea, de -- tal forma que se han ido moldeando muchas de las actitudes que se mantienen, aceptan o rechazan hacia tal evento.

Simone de Beauvoir (1981) define a la maternidad como "la relación de la madre y el hijo como un todo sociológico, fisiológico y afectivo misma que comienza con la concepción y se extiende a través de los ulteriores procesos fisiológicos de la preñez, nacimiento, alimentación y asistencia". Al reflexionar tal definición, tal parece que dicho -- concepto ha venido siendo manejado desde un punto de vista que impone se dé lugar de principio a fin, es decir, que la mujer en nuestra cultura, para sentirse madre deberá experimentar el embarazo ya que sólo en esa forma se resaltan sus valores de feminidad, mismos que se -- encuentran profundamente arraigados en ella, y que a través de los tiempos se han ido estableciendo, encerrando la idea de que la mujer por -

medio de la maternidad cumple con una de sus funciones primordiales,-- lo cual llega a traducirse como un paso de su "realización plena". Sin embargo habrá que tener presente que en ocasiones aún cuando tales factores pueden llegar a juzgarse como elementos que impiden el desarrollo, dichos valores representan la parte esencial que caracterizan y hacen diferente a una cultura de otra.

Por lo tanto, no se puede negar que la cultura es parte esencial en el desarrollo humano y juega un papel trascendente en lo que se refiere a valores implícitos en el rol femenino; valores que a través de -- las épocas y en diferentes culturas han ido adquiriendo varias directrices, resultando válidos y entendibles solamente para la cultura que los maneja y posee. Cabe hacer mención por ejemplo, que para la cultura de los Leptchas del Himalaya, el embarazo propiamente dicho ha sido asociado a un signo de adecuación sexual concebido como un período de susceptibilidad o debilidad aniquilante. Empero, para otras culturas como la tribu Bato-ewe de África Occidental o pueblos de Bulgaria, tal evento se encuentra matizado de mitos, en tanto que para ellos, - el estado del producto depende de la vida llevada por los padres conceptualizando al embarazo como un período exahustivo, crítico, peligroso, vergonzoso e inmoral.

Asimismo, cabe hacer referencia a los estudios realizados por Margaret Mead (1972) con el pueblo primitivo de Nueva Guinea, llamado los Arapesh, quien descubrió que éstos compartían una sociedad patriarcal y no existían diferencias temperamentales o intelectuales entre ambos sexos, siendo el hombre quien asumía las responsabilidades y se dedicaba a las actividades vedadas a las mujeres. En base al conocimiento del estilo de vida de los Arapesh, tal autora presupone que la posición ocupada por la mujer está basada en las funciones procreativas de ésta, es decir, que queda restringida a un mero valor procreativo. Sin embargo, tal parece que dicho estilo de vida sólo puede interpretarse-

como un conglomerado de valores concernientes a tal cultura, mismos - que difieren de otras tantas, por lo que no necesariamente podrán ser entendidas y explicables si se comparán en éste caso con una cultura-occidental como la nuestra, en la cual si puede llegar a ser mal visto por ejemplo, que una mujer se separe de sus hijos o en todo caso,- que el hombre asuma un papel análogo al que tiende a ocupar la mujer.

Un estudio más al que cabe hacer referencia, es el realizado por - Kardiner (1945), quién encontró al estudiar la cultura de las Islas - Marquesas, que los habitantes se distinguen por una desproporción entre ambos sexos, habiéndolo más varones que mujeres, caracterizándose - porque en una comunidad doméstica conviven un jefe de familia con su mujer y otros dos maridos secundarios, y en donde todos los hombres - tienen derecho sexual sobre las mujeres, no existiendo los celos, las mujeres trabajan poco, debido a la distribución de los favores sexuales que brindan y dominan al jefe de familia, es decir, que dentro de tal cultura la posición de la mujer es contraria a la que ocupan las - Arapesh, en tanto que solo amamantan a sus hijos durante cuatro meses, y posteriormente el bebé queda al cuidado de los maridos secundarios,- privando a la mujer de sus derechos maternales. Empero, asegurar que - ésta mujer mantiene una posición igual o mejor a la de los hombres, y - que se ve sometida a renunciar a sus instintos maternos, pueden resultar sólo consideraciones planteadas desde un punto de vista meramente-occidental.

Como consecuencia, los valores, mitos, prejuicios, que rodeen o caracterizen los roles de hombre, mujer; así como el concepto que se ten ga respecto a la maternidad y al embarazo propiamente dicho, serán sim plemente válidos y entendibles dentro de determinado ámbito cultural,- resultando difícil de entender y explicar para otra cultura en cuestión. De manera, que al intentar explicar los valores asumidos por la mujer- en nuestra cultura, se podrán encontrar semejanzas y diferencias res--

pecto a otras culturas más, por ejemplo Langer (1964) ya mencionaba la existencia de cierta analogía entre la conducta procreativa y materna que prevalece en los Arapesh y la conducta que prevalecía en nuestra cultura hasta antes de la revolución industrial, resultando análoga en la actualidad en clases proletarias o en sociedades de tipo rural. Asimismo, las conductas que caracterizan a las mujeres de las Islas Marquesas, puede ser equivalente a la que se observa en la cultura occidental en niveles de clase media y alta o en zonas urbanas.

En el caso de nuestra sociedad mexicana por ejemplo, según relatos de Zurita y Elizabeth del Rio citados por Ramírez (1980), desde los aztecas la maternidad asumía un valor indiscutible, así como todo lo referente a la crianza de los hijos, la función maternal era resaltada por encima de muchas cosas.

No obstante, se tiene que admitir que la dedicación hacia la maternidad en mujeres de épocas pasadas estaba muy arraigada, ya que, se encontraba sometida a varios embarazos, impidiendo dedicarse a otras cosas que no fuera la crianza de los hijos, en tanto que el mercado de trabajo no se encontraba abierto para ella. Sin embargo, la situación en la actualidad ha cambiado, ya que la mujer de nuestros días tiene la opción de no tener todos los hijos que potencialmente podría tener y ello es debido a la difusión de métodos contraceptivos.

Ahora bien, una vez más Cabe tener presente que aún cuando se hayan suscitado cambios sociales, económicos, avance tecnológico; el ámbito cultural transmite y asigna valores a partir de los cuales se dirige la sociedad. De manera que particularmente en la mujer incide en el desempeño de su rol conectado directamente a su función de madre progenitora mantenido a través de los tiempos, y específicamente la mujer mexicana no esta exenta de ello, Ramírez (1980) ya nos -



advierte al respecto " . . . en nuestra cultura mexicana actual, prevalece aún cierto antagonismo entre la satisfacción genital y procreativa, por lo que la mujer poco satisfecha y realizada en su conducta genital compensa vicariantemente la seguridad y apoyo que debiera obtener del compañero a través de una maternidad exuberante y prolífica".

Así pues, tales valores llegan a tener un peso insospechable, que guían y moldean las actitudes de la mujer, ya no hablando precisamente de una maternidad prolífica como sucedía en épocas pasadas, pero -- si adoptando la maternidad como una de las formas de "realización" y como la vía más loable de obtener estima, (Bardwick, 1971), aún en -- aquellas mujeres con preparación profesional que se enfrentan a un -- posible choque de valores, en tanto que por una parte discuten acerca del mito femenino en términos de cuidadora del hogar y responsable de la crianza de los hijos, abogando por una igualdad de derechos, transformándose en una extensa participación en el mercado de trabajo, pero por otra parte se ven ante la disyuntiva de acatar o no el rol tradicional, en el cual va implícito la función maternal.

Por lo tanto, no cabe más que concederle a la cultura la parte correspondiente de influencia respecto al rol asumido por la mujer, directamente vinculado a la función de maternidad; y aceptar al mismo tiempo que tal supuesto no impone necesariamente a la mujer, un papel inferior, colocándola en un plano fatalista a su condición de mujer -- respecto al hombre, haciéndola sentir que su destino es "solo tener -- hijos", es decir, que la maternidad, la vivencia de un embarazo, coloca a la mujer en un plano distinto al hombre. Sin embargo ello no -- tiene porque considerarse inferior o superior, puesto que en general -- representa un evento que implica actitudes, mitos, los cuales dependen de la cultura. De manera que habrá quien lo considere un proceso fisiológico normal, una enfermedad, un acto sexual cubierto, vergonzoso

so, o sencillamente un evento meritorio o cosa natural, pero destacan do sobre todo como un evento muy ligado a "valores" arraigados profundamente en la mujer y los cuales son transmitidos de generaci3n en generaci3n.

### 3.3 ASPECTO SOCIAL

La posici3n que la mujer ocupa en el 3mbito social, resulta de-- trascendencia tomarla en cuenta, en tanto que se hacen evidentes las-- diferencias en comportamiento y desenvolvimiento social que mantenfa-- la mujer de 3pocas pasadas respecto a la mujer actual. Langer (1964) nos hace notar que la "evoluci3n hist3rica ha impulsado a la mujer -- para que ocupe y asuma determinado rol de acuerdo a las exigencias -- que la sociedad le impone". Sin embargo, si bien es cierto que el -- avance tecnol3gico y la modernizaci3n han contribuido para que la mu-- jer ocupe una posici3n equivalente a la que ocupa el hombre, originan-- do cambios bruscos y forma de dirigirse de parte de la mujer, compara-- do con el que mantenfa su madre o abuela en 3pocas pasadas, tambi3n -- es necesario considerar hasta que punto 3sto ha llegado a influir y -- trastornar su actitud hacia el embarazo.

De primera instancia cabe aludir a la libertad que posee la mu-- jer hoy en dfa comparada con la que mantenfa a3os atr3s, libertad que no se puede poner en tela de juicio si resulta "aparente" o "limitada" en correspondencia con la posici3n que ocupa el hombre, tal y como -- llega a se3alar Egg, (1962), al afirmar que actualmente la mujer man-- tiene una "seudoemancipaci3n sexual"; siendo que lo cierto es que se-- ha logrado adquirir mayor libertad en tal terreno, y se ha tendido a-- apoyar la abolic3n de restricciones en lo que a conducta sexual se -- refiere, aceptando claro est3 que quiz3 no se ha llegado a generali-- zar en todas las mujeres de la sociedad, pero bien puede constatarse-- que ya existen mujeres que son capaces de externar sus deseos para su

mayor placer, sin que se le condene o juzgue de "liberada" o "atrevida".

Por otra parte, es necesario tener presente que el avance médico - ha dado como resultado técnicas contraceptivas, que si bien no resultan el 100 % confiables, por lo menos son más seguras que las medidas de control naturales a las que se confiaban las mujeres de otras épocas, de tal forma que ello le proporciona a la mujer la alternativa de elegir embarazarse o no, es decir, que lo que se señalaba como su "destino fisiológico" : la maternidad, la puede dirigir, posponer o quizá evitar. Actualmente en nuestro país se ofrecen los servicios de planificación en mayor proporción, pero no todas las mujeres con vida sexual activa adoptan un sistema de control natal, persistiendo varias razones de índole social para que se esté dando a efecto tal situación. Empero, sean cual fueren las razones tal parece que la mujer encuentra en la maternidad un paliativo que justifica su feminidad, pero sobre todo dirigida primordialmente por cuestiones socioculturales.

Ahora bien, la mujer de hace algunas décadas concebía que su papel era el de casarse, tener hijos y se concretaba a su actividad de ama de casa, debido a que las condiciones sociales la dirigían a que sólo fuera así y ello no le implicaba mayor conflicto; en contraparte, la mujer en la actualidad tiende a buscar otras alternativas sociales como es el estudiar, trabajar o desarrollar una profesión. Empero, curiosamente no renuncia a su función de maternidad aún cuando pudiera pensarse que tal función se convierte para ella en un gran obstáculo para su desarrollo social en tanto que su nivel de actividades se multiplica y que probablemente la pudiera llevar a una desorganización, desequilibrando su estilo de vida puesto que en ocasiones tendrá que darle prioridad a uno u otro nivel de actividades; tal y como lo señala Langer (1964).

Sin embargo, contrariamente a lo que señala dicha autora, tal parece que en la mujer de nuestros días la posibilidad de maternidad -- siempre se contempla, no se rechaza o elimina; más bien se complica y se ve matizada por ambivalencias. De manera que posiblemente la mujer se encuentra en la actualidad como la persona independiente económicamente consciente de sus valores, con mayores libertades y amplia participación en varios campos, y quizá se llega a enfrentar a una -- gran confusión de conceptos que requieren conciliar sus intereses a -- nivel social con su maternidad, Simone de Beauvoir (1981).

Así pues, habrá que reconocer que lo social y cultural ha jugado un papel de trascendencia en el desarrollo psicológico de la mujer, -- quién ha sido capaz de participar activamente en el proceso de trabajo logrando desempeñar varias funciones que antes le estaban vedadas -- por lo que parece ser que su papel está sostenido sólidamente por causas sociales y psicológicas, "vivimos en una cultura que demanda de -- la mujer cualidades, aptitudes cada vez más alejadas de la satisfacción procreativa, lo que trae como consecuencia que la mujer se en---cuentre en un dilema", Ramírez (1980); es decir, se presupone que la sociedad coloca a la mujer ante serias decisiones como es el de ele---gir el camino de combinar su condición materna, con su satisfacción -- personal y desarrollo social ó el de renunciar a su condición mater---na, Langer, (1964).

Empero, se tiene que tener presente que aceptar tal supuesto radicalmente se traduce a estar asumiendo una posición de lamentación -- ante la condición femenina en el contexto sociocultural, situando a -- la mujer en desventaja respecto al rol del hombre. No obstante, cabe tomar en cuenta que pueden existir mujeres universitarias, profesio---nistas, trabajadoras que desempeñen actividades de ama de casa, madre esposa y logren conjugar tal nivel de actividades y que si bien esto---les puede o no acarrear un conflicto, lo cierto es que rara vez renun

ciarán a su condición materna.

El papel de la mujer y el rol que ésta asume, si bien es cierto - se contempla puede estar dado por un contexto sociocultural, se des-- carta atribuirle directamente responsabilidad a un sistema de produc-- ción y hallar su explicación en base a teorías de índole marxista, co-- mo es el caso de Vitale (1981), Antous (1981) citados por Martínez, - (1987), puesto que ello sólo limita a discutir si el papel de ama de-- casa por ejemplo, es o no una fuerza de trabajo remunerado, si se tra-- ta de un trabajo productivo, o si está o no aislado de la producción-- social y en esencia si el rol de la mujer en su función de maternidad resulta o no una posición desventajosa; centrar la atención en éste - punto solo induce al alejamiento del punto real de discusión que es - la mujer vista desde un punto de vista psicológico, es decir, el pa-- pel del Psicólogo en particular no puede centrarse a cuestionar ideo-- logías, sino más bien tener claro y presente en qué contexto la mujer se esta desarrollando y en que medida probablemente tal contexto in-- fluye particularmente en cada mujer y no por ello intentar dar por he-- cho que tal o cual papel asumido por la mujer la coloca en una situa-- ción de desventaja respecto al hombre, o a la posición de otras muje-- res, tal y como lo señala Vitale (1981) cuando menciona que el traba-- ja de la mujer en el hogar es una actividad rutinaria que anula la -- creatividad, también Hierro (1977) cuando menciona que la reproduc-- ción promueve inferiorización social de la mujer, ya que es una acti-- vidad que no implica capacidad intelectual, iniciativa o creatividad.

Sólo cabe concluir, que los avances culturales, el desarrollo tec-- nológico y médico, tales como la evolución de teorías psicológicas, - detección de anomalías prenatales, desarrollo de válides y segu-- ras técnicas contraceptivas, la industrialización y el cambio de ro-- les de hombre y mujer han contribuido al avance de una sociedad, don--

de la llegada de embarazos y nacimientos puede involucrar cambios a nivel consciente e inconsciente.

#### 3.4 ASPECTO PSICOLOGICO

Referirse a los aspectos psicológicos del embarazo implica partir de los muchos supuestos que al respecto se han hecho, considerando a éste como un "acontecimiento dramático al que se enfrenta la mujer --- quien lo desea y lo teme, lo siente como un enriquecimiento y una mutilación a la vez" (Beauvoir, 1981). Asimismo, como un evento al que se le confiere un carácter de angustia y conflicto debido a los cambios implicados (Langer, 1967), es decir, que embarazo se presenta como un evento traducido a emociones y ambivalencias, temores y deseos, actividad y pasividad, un "proceso orgánico que es fácilmente utilizado por el aparato psíquico para dar expresión a tensiones emotivas preexistentes" (Deutsch, 1944).

Los anteriores supuestos implican en su gran mayoría el que la -- maternidad destaca sino como una de las finalidades de la vida de una mujer, sí como un acontecimiento que se encuentra matizado de valores culturales y sobre todo psicológicamente ligado a la mujer, inclusive llegando a afirmar que "existe en la mujer un deseo instintivo de -- ser fecundada y concebir un niño" (Langer, 1967), si bien no se puede -- aceptar radicalmente tal supuesto, se hace conveniente reconocer que -- la maternidad, el deseo de tener un hijo se hace patente en muchas de las mujeres a través de las épocas y aún en la mujer de nuestros días, quien aún cuando lucha por desarraigarse lo que se ha estilado en llamar el "eterno femenino" (en función de la mística de la feminidad que se refiere a ella en términos de un mero valor procreativo y cuidadora -- del hogar) no descarta la posibilidad de llegar a ser madre.

Retomando lo anteriormente expuesto, se puede decir, que la mujer actual aún cuando se encuentra en una posición muy distinta a la que ocupaba la mujer de otras épocas, es indudable que sigue asumiendo su papel de progenitora, madre y cuidadora de sus hijos; su panora ma se complica, sus actividades se multiplican y posiblemente surge en ella inquietud, inconformidad, pero lo cierto es que dicha condición quizá se posponga pero no se renuncia a ella.

A continuación, se pretende poner en evidencia ciertos factores que están implicados en tal evento de embarazo, factores que en cierta forma inciden en la mujer y en su estado, y que van más allá de su consciencia. De manera, que dicho estado se caracteriza con cierto matiz emocional, por lo que se hace necesario introducirse en la Psicología de la Mujer para explicar el conglomerado de actitudes y alteraciones emocionales para vislumbrar los elementos intervinientes que suelen señalarse como factores impulsores en la mujer hacia la maternidad; ello conlleva a un punto central de discusión, que parte específicamente de la raíz acerca de la feminidad.

Aceptar que el embarazo representa una crisis en el desarrollo de la mujer, se esta presuponiendo con ello, que tal evento " . . . es un período de stress, donde la capacidad, la identidad y estima de uno provocan más ansiedad" (Bardwick, 1971), y a su vez, el desarrollo de tal identidad traducido a los aspectos de feminidad estará directamente vinculado a la temprana relación madre-hija, de tal forma que el embarazo conceptualizado como crisis entrelaza con las tareas propias del rol de mujer.

Ahora bien, partir de la discusión acerca de la identidad de la mujer, impone hablar de las diferencias entre los sexos, punto que han retomado en primera instancia muchos autores, como Freud (1900), Horney (1927), Langer (1964), Beauvoir (1981); se trata por lo tanto de investigar que ha representado en la mujer su etapa infantil, las

gratificaciones, ya que no es nada casual el que algunas mujeres asuman su rol sin mayor conflicto aparentemente, mientras que otras se ven involucradas en una serie de crisis, cuestionamientos, evidenciándose en un evento de trascendencia como lo es el embarazo.

Aceptar que el embarazo es el destino fisiológico de la mujer en tanto que su cuerpo esta provisto de las condiciones fisiológicas que lo permiten no es nada simple, ya que tal supuesto no se puede tomar aisladamente, debido a que hay que tener presente que existen mujeres que vivencian su embarazo de manera muy diferente a como lo experimentan otras más, quiénes ante tal experiencia se enfrentan a un conflicto, una crisis que en el mejor de los casos llega a resolverse y las dirige al equilibrio y por ende a una madurez psíquica. No obstante, tales mujeres que experimentan y vivencian su embarazo de manera tranquila, sin mayores molestias físicas que las habituales, admiten que ésto las hace sentir emocionalmente satisfechas. Empero, cabe considerar que posiblemente también en ellas se esté llevando a cabo una movilización de mecanismos de reajuste, ambivalencia, sentimientos contradictorios que van de la cólera al llanto, del temor a la ira, o quizá culpa y vergüenza; un caudal de emociones que la llevan a una gran confusión interna y que en la mayoría de veces se expresa como una aceptación externa.

Por lo tanto, desde un punto de vista psicológico habrá que tener en cuenta, en qué grado tales sentimientos y emociones se encuentran en relación directa con la reviviscencia de conflictos pasados, ligados a su condición de mujer y a la temprana relación con su madre en la etapa infantil, puesto que comunmente, se encuentra a mujeres para quienes su futuro hijo representa una promesa para su vida futura, lo cual promueve en ellas la aceptación de posibles dificultades y éste podría ser el caso de una mujer soltera, pero algunas otras por el con



trario no encuentran satisfacción en el niño, pero lo reciben con alegría y orgullo, aún cuando pueden estar temiendo en silencio y estarlo rechazando por medio de obsesiones y recuerdos infantiles, y ello podría ser el caso de una mujer casada, Beauvoir (1961).

Es importante por lo tanto, tener presente que la identidad sexual en la mujer, mantiene estrecha relación con muchos de los procesos que resultan vitales en su desarrollo psicológico, como en éste caso lo es el embarazo, y a su vez, tal identidad tendrá que ligarse a la etapa infantil, misma que ha sido calificada de importancia vital en tanto que en ella se forman las bases de la personalidad y en donde precisamente se originan sentimientos inconscientes hacia las figuras más importantes a esa edad, como lo son el padre y la madre.

Como consecuencia, la discusión acerca del embarazo y su posible relación con la condición femenina, lleva a introducirse al tema de las diferencias entre los sexos, puesto que ambos hombre y mujer se ven sometidos a experiencias, formas de educación diferentes, mismas que por un lado se atribuyen a sistemas impuestos por la sociedad, -- así como debido a desarrollo psicológico diferentes en tanto su condición de hombre y mujer, directamente conectado a las relaciones madre hija, frente al enfoque sobre las relaciones padre-hija, Freud (1933), Langer (1964); relación que matizará las condiciones posteriores en que se den las relaciones con su esposo, hijo y consigo misma.

La discusión e investigación acerca de las diferencias entre los sexos y concretamente los rasgos señalados como femenino y masculino, encuentran apoyo en una gran cantidad de estudios, los cuales sostienen diversas teorías que van desde considerar explicaciones sobre bases genéticas, apoyo en las formas de educación y forma de dirigir a ambos sexos, hasta de considerar procesos de identificación no resueltos en la etapa infantil.

En primer lugar, se puede partir considerando aquéllas teorías-- que sostienen un punto de vista sobre una base genética, es decir, -- las que señalan que las diferencias entre ambos sexos son patentes -- desde el nacimiento, puesto que señalan que existen diferencias a nivel de Sistema Endocrino y posiblemente en Sistema Nervioso Central, -- lo cual ha sido investigado a través del estudio experimental con animales y estudios longitudinales con humanos; por lo que las diferencias se evidencian desde el nacimiento ya que ambos, conservan características anatómicas particulares debido a que poseen células que -- los hacen distintos; Anastase (1958), Tanner (1952), citados por Sherman (1980).

Sin embargo las diferencias a nivel biológico no han sido consideradas como exclusivas, y el motor único que dirige los comportamientos en ambos hombre y mujer, aún cuando se le concede un papel interviniente en el desarrollo psicosexual de la mujer, por Langer (1964), y Beauvoir (1981), cuando señalan que a través de su vida la mujer ha estado y está ligada a procesos biológicos significativos, como es la menstruación, el embarazo y la menopausia, es decir, que su sistema reproductor ya marca evidentes diferencias respecto al hombre convirtiéndose en diferencias psicológicas notables. Asimismo Bardwick --- (1971) también hace referencia al respecto, cuando señala que del concepto que tiene la mujer acerca de su propio cuerpo se desprende el significado que le dá al sexo, presentándosele una gran incapacidad para percibirlo como un compromiso más físico que psicológico, como sucede en el caso del hombre.

Cabe resaltar lo que Freud (1900), expusó al respecto de las diferencias entre los sexos, avocándose concretamente a la relación que ambos mantienen en su infancia con la madre, puesto que para tal autor ambos sexos, niño y niña dirigen sus impulsos libidinales hacia un mismo objeto, la madre, quién representa el elemento de conflicto,

al ser el objeto sexual con el cual tendrán que identificarse ambos.

Para Freud (1900), en el hombre tal relación madre-hijo, implica menor conflicto, ya que tal objeto coincide con el que normalmente le atraerá más adelante, mientras que para la mujer dicha identificación resulta más difícil, puesto que en ella hay una tendencia a manifestar masculinidad, es decir, su sexualidad es masculina en tanto que - su vagina permanece inexplorada y toda su genitalidad se concentra en el clítoris, y en el momento en que se da cuenta de las diferencias - anatómicas, reacciona con un sentimiento de envidia al órgano masculino, lo cual se traduce a una inferioridad orgánica, produciendo inferioridad en el plano psicológico, cultural y moral, resultándole difícil desligarse de la madre para dirigirse al padre y así resolver el conflicto, puesto que se trata de elegir el modelo infantil para su elección heterosexual. De manera que para Freud, la mujer inconscientemente tiene un hijo como resultado de la envidia del pene, y estará caracterizado su estado, de ambivalencia, fantasías orales y sueños - simbólicos, es decir, que el punto central de discusión del desarrollo psicosexual de la mujer se encuentra apoyado sobre la existencia de un complejo de castración en la etapa preedípica, lo cual presupone, establece la dirección de sus posteriores relaciones con la madre, esposo e hijo; Deutsch (1944).

Se podrá estar o no de acuerdo con Freud, cuando plantea la hipótesis al respecto del desarrollo psicosexual, argumentando quizá -- que estaba influenciado por bases culturales y sexuales que prevalecían en esa época ó inclusive afirmando que estaban dirigidas hacia - la psicología de su propio sexo, tal y como lo señalan, Adler (1927), Millet (1969), Horney (1947), Deutsch (1944); ya que consideraron que solo le concedió a la mujer un valor a nivel de clítoris en tanto que concebía la sexualidad de la mujer a nivel masculino antes que nada.

Ahora bien, lo importante que habrá de retomar de tal teoría es la trascendencia concedida a la identificación madre-hija, así como lo mencionan Deustsch (1944) o Beauvoir (1981) al resaltar que tal -- relación trasciende en el momento que la mujer se embaraza, ya que en cierta forma ocupa el lugar de su propia madre por lo que dependerá -- de las condiciones en que se haya logrado tal identificación en la -- etapa infantil para que la condición de feminidad sea aceptada, y no implique conflicto alguno . De manera que habrá mujeres que probable -- mente sientan su feminidad como una gran carga y surga en ellas un -- sentimiento ambivalente, deseando complacer al hijo o quizá manteniendo sentimiento de culpabilidad.

Hasta aquí, se hace evidente que la discusión acerca de la diferencia entre los sexos, es decir, de los rasgos considerados como exclusivamente masculinos y femeninos, ha sido ampliamente retomada y -- vista desde diferentes enfoques, expresándose por medio de un gran -- número de investigaciones hechas al respecto, por lo que habrá quienes crean que los rasgos femeninos y masculinos están determinados -- por diferencias genéticas, Anastasi (1958), Tanner (1952); y algunas -- otras investigaciones que en los últimos años han resaltado, que dichos rasgos femeninos y masculinos se dan en ambos sexos, demostrando el predominio de factores ambientales sobre lo genético y que al parecer podrían no tener validez universal a través de las culturas, Díaz G., Díaz, R.; Helmreich, R. y Spencer, J. (1981).

Muchos de los teóricos han propuesto características propias a cada sexo, por ejemplo Parsons y Bales (1955) citados por Díaz, G. y col. (1981), quienes identificaron diferentes características y en especial un papel instrumental y orientado a metas asignadas al hombre en la mayor parte de las sociedades y un papel expresivo orientado a las relaciones interpersonales asignado a las mujeres. Asimismo Bakan (1966), señala que la diligencia pronunciada entre los hombres re

fleja un sentido de abnegación que se manifiesta con características como preocupación y necesidad de ser uno con los demás, es decir, que en general el tema referido a la diferencia entre los sexos ha estado ligado a constelaciones específicas de acuerdo al sexo, por ejemplo - "hacia afuera", versus "hacia dentro", Erikson (1964), "independencia-versus dependencia", Witkin (1974), y "confrontación activa versus -- confrontación pasiva", Díaz. G. (1967,1973).

Por lo tanto, existen puntos de vista que sostienen que el género, la personalidad y los papeles sexuales del hombre y la mujer son una misma cosa, y hay quien sostiene que los rasgos de masculinidad y feminidad son opuestos, diferentes, Parsons y Bakan (1955); pero también existe quien opina sosteniendo una concepción dualista como la - que señala Spencer y Helmreich (1978), quienes muestran que los rasgos de personalidad y los papeles sexuales no van necesariamente juntos y de acuerdo con Ben (1974), Elock(1973), Carlson (1971), Constan tinopla (1973) señalan que la masculinidad y feminidad forman dimen-- siones separadas resultando esencialmente independientes; tales su-- puestos se han apoyado por medio de investigaciones, en las que utili zarón inventarios de autoreporte de la personalidad como son el PAQ, - desarrollado por Spence, Helmerich y col. (1978) y el inventario de - papeles sexuales de Ben (B.S.R.I.), Ben (1978), mismos que contienen escalas separadas para la masculinidad y feminidad; concepción dualis ta que Díaz, G.; Díaz, R.; Helmreich y Spencer (1981) probarón utili zando varias muestras de estudiantes conformada en total de 594 jóve nes de 16 a 25 años, donde 327 eran hombres y 267 mujeres utilizando la forma mexicana del EPAQ (Cuestionario de Atributos Personales).

Por otra parte, cabe tomar en cuenta que la literatura antropológica da evidencia a través de sus estudios de un valor adaptativo - de labores por sexo entre diferentes culturas; como las reportadas - por Mead, M. (1971), o Barry y Child (1957) citados por Díaz, G. y col.

(1981), quienes señalarón que la magnitud de las diferencias debidas al sexo en las prácticas de socialización, están relacionadas a las demandas económicas y adaptativas de una sociedad y como a su vez tales presiones han influenciado normas culturales y sociales, de tal forma, que prácticas educativas específicas para cada sexo y papeles sexuales diferentes se han desarrollado y persisten mucho después de que las necesidades económicas o adaptativas han desaparecido, mientras que en sociedades industrializadas se dirige al niño hacia el logro y a valerse por sí mismo; en contraparte, a la niña se le presiona para ser obediente, en tal punto Bardwick (1971) también coincide, señalándo que al niño se le confiere desde el principio a una situación de "stress", ya que, se le obliga a abandonar ciertos comportamientos de dependencia que son evidentes en ambos sexos y contrariamente, a la niña se le estimula dicha dependencia, sus respuestas naturales se considerán aceptables y hasta deseables, debido a que a ella no se le somete a tal "stress", como es el de abandonar tales características infantiles dependientes y pasivas; por lo que crecerá y pasará su adolescencia a través de una serie de recompensas pero ligada siempre al afecto de los demás, es decir que por un lado en sus primeros años de infancia se enfrenta a menos crisis como las que pasa el niño. Empero, entre las que tiene que enfrentar, las más importantes están ligadas a ganarse el aprecio de los demás.

De manera, que en la adolescencia al varón se le encuentra con una gran necesidad de definir su masculinidad, la cual es recompensada por sus cualidades varoniles y en caso de presentar ansiedades, éstas estarán ligadas al fracaso de tales cualidades, pero no manteniendo sentimientos negativos respecto a su masculinidad; y en contraposición, en la mujer ésto resulta contrario, es decir, en ella sí surge una crisis, debido a que se enfrenta con la ambivalencia respecto a su condición de mujer, puesto que le esta asignado un rol tradicional

del cual no puede desprenderse, como es el de casarse, tener hijos y cuidar de ellos; podrá colocarse en un punto que logre combinarlo --- pero rara vez renunciará a éste.

Así pues, la mujer y su condición misma la coloca en un plano -- ambivalente, por un lado favorecedor pero también sintiéndolo limitante, puesto que ella puede elegir entre trabajar o no y el hombre no, a él le es impuesto tal actividad, la alternativa le es vedada; a la mujer le resulta difícil renunciar al matrimonio, a su condición materna en tanto que éste le representa una norma femenina, de tal forma que surge un conflicto que no se da a nivel de comportamiento sino a nivel interno y psicológico..

Por lo tanto, un motor que dirige la vida de la mujer es la búsqueda de autoestima, y en ocasiones renunciará a la lucha competitiva por su temor al fracaso o éxito, pero debido a que en cierta forma se esta asegurando de que su propia estima seguirá dependiendo del aprecio de los demás. De manera, que con el matrimonio y en su relación con la pareja está valorando su identidad y feminidad, haciéndolo claro está en función de otra persona; pero, si bien es cierto que con ello está garantizándose la vía para alcanzar estima, también cabe -- considerar que ello dependerá del tipo de pareja que se encuentre y realmente sienta que le está proporcionando el amor y afecto del cual ella busca asegurarse.

Ahora bien, en función del término de autoestima a que se ha hecho referencia cabe traer a colación el concepto que de éste hace Gómez, P. (1981) refiriéndose a Autoestima como "el fenómeno o efecto que se traduce a conceptos, imágenes y juicios de valor referidos al sí mismo y que se entiende como un proceso psicológico cuyos contenidos se encuentran socialmente determinados", representando en ése -- sentido un fenómeno psicológico-social. La autoestima por lo tanto, se resalta en tanto que se encuentra significativamente relacionada -

con la satisfacción y el funcionamiento personal eficiente.

Wilye (1961) citado por Reidl, L.(1981), observó que las personas al buscar ayuda psicológica con frecuencia se quejan o se dan cuenta que sufren sentimientos de inferioridad y desvalorización y según --- Reidl, L. (1981) considerará que los estudios clínicos muestran que los fracasos y otras condiciones que producen la exposición de los defectos personales, son posiblemente la causa principal de la angustia. De manera que la angustia y la autoestima se encuentran muy relacionadas porque si es la amenaza lo que produce la angustia lo que está siendo amenazado es la autoestima de la persona; la investigación en el área de la motivación sugiere que la búsqueda de aprobación y posición social surge en gran medida del deseo de mantener una autoevaluación -- positiva y en el caso de la mujer, tal parece que dicha autoevalua--- ción positiva y la búsqueda de ésta se encuentra muy arraigada en --- ella.

Cabe hacer mención a la definición que Reidl, (1981) hace referencia, misma que engloba un concepto más general que de autoestima -- se refieren varias aproximaciones; acordando que "es el resultado de la internalización de las normas y los valores del grupo social y del adecuado desempeño ante las mismas ( James 1890, Freud 1905, Sheriff-1966), adquirida a través de las relaciones interpersonales (Freud -- 1905, Mead 1945, Horney 1950, Sullivan 1953, Adler 1927, Copersmith - 1967, Rogers 1972, Lindgren 1972, Deuts y Krauss 1974), que refleja -- de alguna manera la actitud que los demás tienen ante el sujeto (Ja-- mes 1890, Mead 1934, Newcomb 1964, Copersmith 1967, Witkin et al 1954) ante el cual, el sujeto mismo presenta una actitud valorativa"(James- 1890, Freud 1905, Mead 1934, Siipola 1935, Sullivan 1953, Sheriff --- 1966 , Copersmith 1967, Lindgren 1972).

Sin embargo el concepto de Sheriff (1966) en donde señala que -- el self constituye un sistema complejo de relaciones que está formado



por varias experiencias y se manifiestan tanto en los objetos externos (el cuerpo) como internos, además de que se basa en diferentes niveles y tipos de capacidades para enfrentarse al medio; resulta propio de --retomar para explicar el efecto que en particular el embarazo representa para la mujer en cuanto estima se refiere; ya que en base a lo que menciona tal autor así como Reidl (1981) "se puede pensar que la autoestima podría reflejar un efecto multidimensional, suponiendo que el individuo se valora más o menos en las diversas y numerosas extensiones que posee, y de acuerdo a los diferentes niveles y tipos de capacidades que el sujeto percibe como propias para enfrentarse al medio". Es decir, que bien puede aceptarse que el embarazo se traduce para la mujer poseer una capacidad reproductora, una cualidad propia y exclusiva y en ese sentido ella adquiere mayor autoestima; además de lo que para ella significa obtener la gratificación emocional de la cual anda en busca, pero cabe hacer notar que a diferencia de sus otras relaciones sostenidas por ejemplo con la de su pareja o con los demás; específicamente con el embarazo, ya no depende de una relación interpersonal propiamente dicha, sino más bien representa una relación objetiva con su hijo y esto es debido a que ello significa una realización cuyo valor no depende de los demás, Bardwick (1971).

#### 4. ALTERACIONES EMOCIONALES EN EL EMBARAZO

Al hacer alusión a los aspectos psicológicos que tienen estrecha relación con el estado de embarazo, se partió sobre la base de considerar a éste un punto crítico e irreversible en la vida de una mujer, --mismo que bajo circunstancias favorables, resulta un paso de maduración específica hacia nuevas funciones, ya que se trata del cambio de no madre a madre, representando una crisis de búsqueda de identidad femenina, lo cual es a la par una prueba de identidad enriquecida que se convierte en una visible manifestación en su modo de relaciones sexua-

les, implicando un nuevo ajuste en las relaciones con su pareja, sus padres y directamente con su producto, de acuerdo con lo expuesto por Bibring (1961).

Los aspectos emocionales han requerido de mayor conocimiento y se ha tendido a extender la investigación dentro de éste campo, promoviendo el análisis de aspectos psicológicos que rodean a dicho período de gestación, de tal forma que se provea de un mejor manejo a las pacientes embarazadas. La gran mayoría de investigaciones sobre tal ámbito se han llevado a cabo en los Estados Unidos e Inglaterra, ofreciendo hipótesis que particularmente hacen énfasis en determinados factores psicosociales, que parecen tener peso en los resultados tanto biológicos como psicológicos; por lo que se dirigen a la búsqueda de relaciones entre las alteraciones emocionales, asociadas primero a complicaciones obstétricas, y posteriormente a factores psicosociales, -- prueba de ello son las investigaciones realizadas por Gorsuch y Key (1974), Nuckolls et al (1972), Chalmers (1983), McDonald (1968).

Muchos de los estudios retoman teorías vertidas desde el principio, acerca del embarazo de parte de Freud (1933), Deutsch (1944), --- Horney (1947), Langer (1964), Bibring (1959); por lo que habrá quienes aborden el tema sobre la base de que éste es un evento que se traduce a una "crisis transicional", un tiempo en el cual las defensas psicológicas son disminuidas, un tiempo en el cual el material inconsciente está apto para emerger, lo cual se explica a partir del esfuerzo por resolver conflictos primarios con la madre. Mientras que habrá otros que aborden su estudio a partir de las características y síntomas expresados de parte de las mujeres como es el caso de las náuseas y vómitos o incremento significativo en las actividades de fantasías o narcisismo primario expresado a través del malestar de su apariencia física.

Sin embargo, sea cual fuere el enfoque del cual parten los estudios acerca del embarazo, éstos representan una fuente fértil de investigación, de importancia potencialmente útil en el manejo de dichas pacientes; estudios que van desde la utilización con grandes muestras poblacionales hasta el intento por crear nuevos instrumentos que se traducen en los medios propicios para ampliar la investigación en el terreno de las alteraciones emocionales, ejemplo de ello es el caso de Kumar y Robson (1983), quienes validaron 60 ítems de un cuestionario para medir ajuste materno y actitudes maternas durante y después del embarazo con una muestra de dos grupos de mujeres correspondiendo un primero a 99 en su tercer trimestre de embarazo y un segundo grupo a 119; teniendo como resultado la validación de 4 de las sub-escalas de los 60 ítems del cuestionario.

Así pues, a través de pequeños y grandes estudios con mujeres embarazadas se ha señalado que entre las alteraciones emocionales más frecuentes se encuentran las siguientes :

- Ansiedad en relación a su estado, a su esposo y hacia otros miembros de la familia, según Hamilton (1955), Bibring (1959), Blum (1980)
- Depresión, según Hall y Mohr (1933), Elliot (1983), Riffaterre -- (1965),
- Regresión y dependencia, Benedeck (1959), Hamilton (1955), Wenner (1966).
- Interés corporal, Zuckerber (1972), Fisher (1970).
- Resentimiento, sensibilidad y labilidad emocional de acuerdo con Hooek y Marcks (1962), Caplan (1960), Benedeck (1959b), Ayres (1980).
- Estado de ánimo oscilante, Klein Potter y Dyck (1950), Blum (1980).
- Variaciones en el deseo sexual, según Erikson (1967), Masters y - Johnson (1966).
- Preocupaciones económicas por empleo ó por el estado de salud del bebé, por la fecha de parto; Hurt y Strousse (1938), Landis y Landis

(1958), Proffenber (1950).

En general un aumento de cambios emocionales más benignos versus disminución en las reacciones más severas, de acuerdo con Kane, Lipton, Ewing (1962), Pugh, Jarath, Schmidt y Reed (1983).

Sin embargo, tales alteraciones emocionales no se presentan aisladamente, sino que al igual que otros síntomas físicos ya señalados al principio del presente trabajo, dependerá de la etapa de gestación que se esté presentando, habiéndose sido dividida en tres periodos, caracterizándose cada etapa por mayor o menor grado de adaptación de parte de la madre respecto a su estado.

El primer trimestre, se identificará como aquél período en el que generalmente la mujer se enfrenta a la aparición de molestos sin tomas físicas como son la fátiga, náusea, vómito, pérdida del apetito; así como a posible depresión, según Bushell (1961), Karacan (1968) Erikson (1967) citados por Sherman (1980); así como dolores de cabeza, disminución del apetito sexual, irritabilidad y ansiedad. A tal período se le da cierta prioridad ya que se requiere de parte de la mujer, mayor adaptación a tales cambios físicos, dicho período da -- inicio con la suspensión de la menstruación, el diagnóstico del médico, requiriendo la asimilación de la idea de que va a ser madre, lo cual resulta aún más difícil, debido a que los cambios no son perceptibles todavía.

No obstante, que la mujer se siente incómoda, confusa ante los cambios emocionales bruscos a los que se enfrenta, la labilidad e -- hipersensibilidad con que se maneja ante los demás y aún cuando está consciente de ellos, no los puede evitar; en lo que respecta al producto, en tal período éste no tiene más que una existencia imaginaria, no se ha identificado con él, es decir, ella empieza a percibir los cambios en su cuerpo e intenta adaptarse al producto, debido a-

ello la ansiedad y la depresión llegan a conjugarse más en ésta primera etapa.

En el segundo trimestre, la madre en el mejor de los casos logra ya una adaptación e identificación con el feto (Langer 1964), incluso se percibe más entusiasmo por el embarazo (Grimm 1961) citado por Sherman (1980), se presentan menos síntomas somáticos, puesto que se identifica más consigo misma como una mujer embarazada y debido también a que los cambios físicos son aún más evidentes.

En el tercer trimestre, tal parece que se reviven nuevamente ansiedades y temores, se da lugar a un aumento de tensión dirigidas hacia la experiencia del parto, Grimm (1961), nuevamente se enfrenta a síntomas tales como fátiga, depresión, irritabilidad, ansiedad, insomnio, desajuste emocional. Hamilton (1955); temores que en general están referidos al estado del bebé, preocupaciones directas por la salud de éste, temiendo inclusive llegue a presentar ciertas deformaciones.

#### 4.1 INVESTIGACIONES EN RELACION A LOS ASPECTOS EMOCIONALES EN EL EMBARAZO.

Como se señaló anteriormente, el estudio del embarazo en relación a las alteraciones emocionales ha sido abordado en base a su asociación con las complicaciones obstétricas, traduciéndose en efectos perceptibles al momento del parto, al nacimiento del bebé, donde generalmente para el médico queda cierta evidencia de que "algo paso" y no se encuentra explicación orgánica, por lo que se ha dirigido la atención a la manera en que diferentes síntomas se llegan a exacerbar como es el caso del vómito y náuseas, los cuales se cree están directamente vinculados con desajustes a nivel psicológico, señalando como una de las causas a cierto grado de aceptación o rechazo del producto en los momentos de gestación, como lo afirman Zemlick y Watson (1953)

Hamilton (1955) y Grimm (1967).

En lo que se refiere a la ansiedad y la depresión, ambos resultan factores asociados a complicaciones obstétricas, llegando a provocar -partos anormales o quizá un prolongado tiempo de labor de parto; por ejemplo en un estudio en el que se seleccionó láminas de TAT (Test de Apercepción Temática), se encontró un síndrome de alienación entre las mujeres con complicaciones obstétricas y labor de parto, en tanto que el egocentrismo, pesimismo, hostilidad, resentimiento, estuvo acompañada de pesimismo con relación al futuro del niño, (Davis y DeVault, 1966) es decir, que existe una relación directa entre la angustia exteriorizada y oculta con la duración del parto; entre los dolores físicos durante el embarazo y la ansiedad manifiesta. De manera que las mujeres que durante el embarazo sienten angustia y están más preocupadas acerca del curso de su gestación, son con frecuencia las más propicias para que sus hijos corran riesgos al nacimiento, tal y como lo reporta Bakow (1973).

Por lo tanto, una vez más se resalta el que el embarazo puede --- constituir una vivencia emocional inmensamente compleja, quizá representar un gran logro y satisfacción pero también a la par convertirse en un acontecimiento que produce o estimula sentimientos conflictivos ya que se introducen fuerzas de cambio que exigen la movilización de -fuerzas de adaptación de índole psicológico, involucrándose una agudización de fantasías tempranas e inconscientes que llegan a provocar de organización, angustia.

La importancia adjudicada a la presencia o ausencia de tales niveles de ansiedad y depresión se justifica, no sólo por fijar la atención al estado emocional de la madre, ya que esto resultaría un punto de vista aislado, sino porque en tales niveles de ansiedad y depresión van implícitas complicaciones obstétricas directamente vinculadas al -

estado del producto, Bee, H. (1976) previene al respecto señalando que "cuando la mujer está embarazada y cursa por una situación angustiosa o alguna clase de choque emocional, éste puede alterar su estado físico y a través de éste al feto", es decir, que el período prenatal, cobra una importancia vital ya que en cierta forma representa la base de todo el desarrollo posterior del producto, porque aún cuando el ambiente de éste es intrauterino y su desarrollo llegue a ser homeostático, estará influido por el estado emocional y físico de la madre.

Asimismo, Newman y Newman (1978), menciona que el período Prenatal es de suma importancia en tanto que en él ocurren cambios complejos y rápidos, y en donde muchas de las capacidades de crecimiento -- del bebé, su temperamento y aspecto físico dependen de los sucesos -- que ocurren en los buenos momentos de fecundación y durante los siguientes nueve meses de vida intrauterina. De manera, que tales niveles de ansiedad y depresión durante tal proceso llegan a influir en el feto mediante los cambios en Sistema Endocrino, puesto que se conoce que tales efectos son producidos por el flujo de la adrenalina, -- misma que pasa a través de la placenta al feto y lo puede excitar, es decir, que la producción de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) de parte de la madre como consecuencia de su estado emocional, llegan a alterar el ambiente fetal, McDonald (1968), Ferreira (1965), Kelly (1962).

Ahora bien, por otra parte las alteraciones emocionales durante el embarazo, han sido asociadas a factores de índole psicosocial, tales como el stress de vida, ansiedad y apoyo social, habiéndose sido -- abordados desde éste punto de vista los estudios realizados por Davis y DeVault (1962), Davis DeVault y Talmadge (1961), Gorsuch y Key (1974) Norbeck y Tilder (1980), Muckolls et al (1982), Peterson (1983). De manera, que la depresión, la ansiedad e inclusive la autoestima son -- variables del estado emocional patentes en el estado de embarazo --

mismos que al exacerbarse afectan la adaptación al mismo, debido a -- que la seguridad económica, las circunstancias adversas y la incompatibilidad sexual y social con la pareja no se encuentran en un nivel--presumiblemente óptimo, Despres (1937) citado por Barnstoff (1985).

El embarazo al concebirse como el proceso de crisis en el que se se producen cambios e implica adaptaciones a nivel físico y psicológi--co, ubica a la mujer en un plano en el que las relaciones con los --- otros miembros de la familia y en especial respecto a su pareja, co--bran importancia vital, puesto que la coloca en un papel más suscepti--ble al tipo de relaciones establecida con éstos miembros, además con--su posición o entorno social y económico.

La mujer tiende a requerir mayor afecto, producto de la suscepti--bilidad, demanda atención y un factor interviniente más, es la situa--ción económica; factores que conjugados y según se obtenga o no grati--ficación, provocarán ansiedades, es decir, se da una interacción en--tre factores económicos, afectivos, por lo que en ocasiones la res---puesta de parte de la mujer a tal situación, es simplemente una repe--tición a su situación infantil, dándose lugar cierta regresión, en --donde ella asume actitudes infantiles demandando atención, las cuales están relacionadas a la interacción con su propia madre durante su in--fancia.

Klein, Potter y Dyck (1950), realizaron un estudio estadístico - durante la última guerra, investigando un ambiente social y económico pobre, las ansiedades provocadas por el embarazo y parto en 27 prim--gestas; parte de las mujeres embarazadas eran solteras otras vivían - separadas de sus maridos porque estaban al frente de guerra, casi nin--guna disponía de hogar propio y de seguridad económica, para ella y - para su hijo, por lo que parece ser que dichas circunstancias influ--yen visiblemente en los trastornos y ansiedades del embarazo, puesto--que en la mayoría de los casos, la situación económica difícil había--



ya trastornado la infancia de tales mujeres y ello influyó respecto a su seguridad afectiva.

Como consecuencia, el apoyo social y el stress de vida señala-- dos por Sarason (1978), refiriéndose el primero a "aquéllos sucesos de la vida ocurridos en el pasado y que son juzgados por la persona en éste caso por la mujer embarazada, como negativos y el segundo -- a todas aquéllas relaciones que proporcionan ayuda emocional, es decir, afecto, confianza establecida, el sentido de la propia capacidad para tener confianza y confiar en otros; resultan ambos, factores -- psicosociales de suma trascendencia en la medida en que la mujer embarazada ha vivido o se enfrenta a ellos y mediarán los niveles de - depresión, ansiedad y en general su estado emocional, es decir, que el embarazo se caracterizará como un evento que afectará a la mujer, pero tomando en cuenta que los eventos del ciclo de vida a los que - se enfrente, puede ser el contexto a partir del cual se expliquen -- ciertas tasas de angustia y depresión, mismos que se traducen a elementos contribuyentes al desequilibrio emocional durante el embarazo.

Por su parte Nuckolls (1972), Chalmers (1983), Helper, Cohen, -- Beiterman y Eaton (1968), llegaron a concederle importante influen-- cia a el stress de vida y apoyo social sobre el desequilibrio emocio-- nal, pero dándole prioridad al apoyo social y no así en lo que a -- stress de vida se refiere. Empero, éste último factor representa -- una de las variables más significativas, ya que debido precisamente a la seguridad afectiva, la mujer se encuentra sumamente ligada, y - en particular en un evento de importancia como lo es el embarazo, el cual se traduce a mayor labilidad y susceptibilidad, con mayor deman-- da de afecto.

Recientes investigaciones sugierén precisamente que el apoyo so-- cial así como el stress de vida son factores determinantes de la angustia emocional, por ejemplo Peterson (1983), investigó a una mues-

tra de mujeres entre los 20 y 39 años de edad, con una historia libre de complicaciones obstétricas, que cursaban el segundo trimestre de gestación, es decir, entre la 12a. y 22a. semanas, tratándose de un embarazo normal, sin problemas mayores de salud y provenientes de varios niveles y paridades étnicas. La edad media en la muestra fué de 26.27 años y el nivel educacional fué de 13.8 años; el 6% completó la educación media y el 61% tuvo alguna educación media superior, el -- 37.38% estaban casadas y el 14.88% no lo estaban, pero vivían con un compañero estable, el 17.73% eran solteras y sin pareja. El 57.40% -- estaban empleadas y la mayoría mantenía ocupaciones de nivel 3, es de cir, semiprofesional y nivel 4 clerical; 53.20% de ellas eran primíparas y el 35.50% habían optado anteriormente por uno o más abortos. Se utilizaron 5 instrumentos 1) el exámen de las experiencias de la vida de Sarason (LES), 2) la parte 2 del cuestionario de Soporte Social de Cohen y Lazarur, 3) la lista de adjetivos de la depresión de Lubin, -- forma C (DACL), 4) el Inventario Estado-Rasgo de Ansiedad de Spiel--- berg (1970) y 5) una hoja de datos demográficos para obtener grado de educación, religión, estado civil y estado conyugal.

Sus resultados mostraron efectos significativos sobre el desequi librio emocional durante el embarazo, encontrándose una correlación -- más aguda entre la ansiedad, depresión y autoestima; pero contraria-- mente a lo reportado por Muckolls (1972), se encontró menor efecto de apoyo social.

Por su parte Sin et al (1979) citado por Peterson (1983), al medir los efectos de los sucesos presionantes de la vida (stress y apoyo social) en los síntomas psiquiátricos de una muestra de 170 chinos americanos, encontró una significante relación positiva entre el stress de vida y la incidencia de síntomas y una significativa relación nega tiva entre el apoyo social y la incidencia de síntomas.

En general se apoya una posible relación entre stress alto y apoyo social bajo y mayor desequilibrio emocional durante el embarazo y -- visceversa, apoyo social alto stress de vida bajo; independientemente de los resultados, lo importante de resaltar es que ambos resultan ser factores psicosociales en los que se prevé exista cierto nivel de --- incidencia sobre las alteraciones emocionales y ello bien vale tomar -- en cuenta, aún cuando puedan estar implicadas conjunta o aisladamente.

Una vez más, cabe señalar que muchas de las investigaciones par-- ten del supuesto de considerar a el embarazo sobre la aceptación de -- que representa para la mujer una etapa de cierta negociación, auto-- mía y dependencia hacia su madre, puesto que al embarazarse está en -- vías de convertirse en madre por lo que se presupone se está poniendo-- en el lugar de su propia madre, reviviendo experiencias pasadas, cuestionándose su identidad femenina; Erikson (1959) mencionaba que esen-- cialmente "una característica que se presenta en el embarazo es la de-- revivir conflictos previamente reprimidos pertenecientes a tempranos -- períodos de desarrollo, conflictos que son revividos como cualquier -- punto crítico de la vida humana, teniendo que adquirir una nueva posi-- ción adaptativa hacia su mundo interior y exterior".

Ahora bien, por medio de la revisión de investigaciones se eviden-- cia la existencia de síntomas de desequilibrio emocional durante el -- embarazo, apareciendo la ansiedad, ambivalencia, debilidad, introver-- sión, depresión, disturbios del carácter con elevados niveles, y que -- bien pueden encontrar una explicación de acuerdo a la relación estable-- cida madre-hija en relación directa con la identidad femenina.

Sacks B., Frank, J. (1985), realizaron un estudio con 20 mujeres-- embarazadas que no tenían una historia de desórdenes psiquiátricos, -- pertenecientes en su gran mayoría a la raza blanca, donde 5 erán multí-- paras, 15 primíparas, 3 no casadas y el resto con pareja.

La muestra de mujeres se encontraba en la semana 26 y 36 de embarazo, utilizando el cuestionario de Desórdenes Emocionales después del parto, el Inventario de la Depresión de Beck y la Escala de Diferencias Emocionales. Los resultados mostraron que el 60% de las mujeres presentaron ansiedad, tristeza y melancolía después del parto; correlacionados significativamente con el estado de ansiedad, tristeza que presentaron en la semana 26-36 de embarazo, es decir, que las mujeres tendían esencialmente a reportar los mismos sentimientos en las 26 semanas de embarazo y en las 6 semanas después del parto; similares resultados han encontrado Pitt (1968), Yalom (1968), Elliot (1983), McNeil (1983), Eysenk (1964-1975), Colman y Colman (1973), Glazer (1980), Gardener y Roth (1975), citados por Sacks y Frank (1985).

Por su parte Kumar y Key (1984), realizaron un estudio con 119 primíparas, quienes se encontraban en las 12-14 semanas de embarazo, todas ellas casadas o por lo menos con una relación estable, habiéndose entrevistadas en varios intervalos de su embarazo, con un seguimiento de 4 años al nacimiento del producto, utilizando una entrevista clínica semi-estructurada usada por Golderber et al (1970) y una entrevista directa con un Psicólogo referida a disturbios emocionales, así como el cuestionario de Personalidad de Eysenk (1975), tal estudio indicó que el 16%, es decir, 19 casos presentaron depresión, con una alta incidencia significativa en el primer trimestre de embarazo.

Asimismo, Lips, H. (1985), al realizar un estudio con una muestra de 105 mujeres embarazadas con sus esposos, 95 de ellos y un grupo comparativo de 115 mujeres no embarazadas y 116 de sus esposos, utilizando una lista de síntomas con 55 preguntas (SCL), el Inventario de la Depresión de Beck (BDI), aplicado tres veces durante el embarazo y una cuarta el primer mes después del parto, distinguiendo de los otros grupos a las mujeres embarazadas en cada período por un factor diferente de la lista de síntomas (SCL), en los 3-5 meses por sentimientos de --

enfermedad, en los 6-8 meses por sentimientos de sobrepeso y en los 9 meses por sentimientos de sobrepeso/tensión física y en el postparto por tensión física. Los resultados encontrados indicaron que los puntos específicos en la duración de la experiencia del embarazo se distinguió comunmente por síntomas físicos diversos, es decir, existió una variación individual entre cada una de las mujeres sobre la serie de síntomas, alcanzando las mujeres embarazadas puntajes por encima de los otros grupos que contrariamente tendieron a decrecer, puntualizando mayor significancia sobre el Inventario de la Depresión de Beck y el factor de Estado Emocional Negativo (SCL).

Nelson, Gumlak y Politano (1986), realizaron un estudio para tasar las diferencias de personalidad entre mujeres jóvenes solteras embarazadas, así como de mujeres sexualmente activas pero no embarazadas es decir, se trató de determinar si la pertenencia a un grupo podría ser predicha para jóvenes mujeres primigrávidas y multigrávidas así como para un grupo opuesto de jóvenes mujeres sexualmente activas y nunca embarazadas elegidas como grupo control, sobre la base de validez y escalas clínicas del MMPI. Los resultados indicaron que las escalas de Hipocondriasis (Hs), Psicastenia (Pt) y Esquizofrenia (Es), proporcionaron máxima discriminación entre los dos grupos de embarazadas y las del grupo control sin embarazo, discriminadas en un 100%, las mujeres multigrávidas en 85.7% y las primigrávidas en un 71.4% con una clasificación total de 85.7% a través de todos los tres grupos.

Los resultados mostraron que la escala de Psicastenia (Pt) se presentó con mayor patología particularmente entre los dos grupos de embarazadas, reflejando las escalas de Esquizofrenia (Es) e Hipocondriasis (Hs) una discriminación entre las multigrávidas y primigrávidas más que una distinción total entre las mujeres embarazadas y no embarazadas, apareciendo más reactiva al grupo de las primigrávidas (embaraza-

das por primera vez). De manera, que el grupo de multi y primigrávidas resultó mucho más ansioso y más preocupado que su contraparte de no embarazadas, pero en donde el grupo de las multigrávidas presentan menos interés en lo concerniente a su salud y funcionamiento corporal que aquéllas mujeres embarazadas por primera vez, es decir, que ambos grupos de mujeres embarazadas tienden a sentirse mucho más enajenadas, incomprendidas, aisladas e inferiores cuando se comparaban con mujeres no embarazadas.

En consecuencia, las mujeres embarazadas tienden a experimentar más sentimientos fundamentales de culpabilidad, inferioridad y dificultades para afirmarse, sintiéndose típicamente enajenadas interpersonalmente y pueden ser vistas por los demás como extrañas. Asimismo, otros autores como Malinquist (1967), Malinquist, Kiresuk y Spano (1967), McKay y Richardson (1973) citados por Nelson, Gumlak y Politano (1986), han reportado hallazgos similares, enfatizando especial importancia en las escalas 7 y 8 del MMPI.

Los anteriores estudios señalados, en los cuales se reporta como la ansiedad, depresión y en general el estado emocional se encuentra con una alta incidencia en muestras con mujeres en estado de embarazo, bien pueden encontrar su explicación apoyándose en una interpretación psicoanalítica, aceptando que tal proceso implica en la mujer una repetición a su estado infantil, repitiendo una relación primaria con la madre, representando para ella el logro de una doble identificación, primero con el producto y posteriormente con su madre, "el yo de la mujer embarazada debe encontrar un equilibrio entre su identificación inconsciente con su hijo que se dirige al futuro y su identificación con la propia madre que se dirige al pasado" (Deutsch, 1944).

Por lo tanto, la mujer ante el embarazo tiene que someterse a una adaptación psicológica y física lo cual implica una doble identifica-

ción y a su vez, ello impone establecer una fusión de nuevos sentimientos agresivos y libidinales con los ya establecidos por sus experiencias infantiles y particularmente por su relación con su madre, que se extiende a su pareja y hacia su propio cuerpo, situación que encuentra su explicación en el hecho de que la mujer cuando siente mover a su bebé dentro de ella atraviesa por una fase narcista. Empero, tal sensación dentro del vientre hace que lo introduzca como un objeto nuevo y experimente una polaridad entre su yo y el bebé, ". . . durante la crisis normal del embarazo la mujer atraviesa primero por una fase de fomento de las preocupaciones consigo misma (catexis del yo), hasta que aparecen las primeras señales de una nueva persona (objeto) con el que la mujer establece una relación compleja" (Bibring 1959).

Sin embargo, tal parece que la mujer ante los cambios físicos puede tender primordialmente a conceptualizar a el cuerpo y daño como una parte de su orgullo narcisista tal y como lo refiere Zuckerber (1972), al realizar un estudio con 36 mujeres casadas primigestas a través del análisis clínico de historias acerca de su embarazo por medio de láminas del TAT (Test de Apercepción Temática), encontrando problemas de imagen del cuerpo, dependencia asociada con la asunción del rol materno, evidenciándose una variabilidad en la imagen corporal de acuerdo con Fisher (1970), la identificación con el producto así como la identificación con su madre, permite se efectuó una conciliación con su orgullo narcisista, pero en general mencionan los autores, lograr esto estará vinculado directamente a un significativo núcleo afectivo cognitivo de rol femenino.

Para concluir cabe agregar que hasta aquí se ha planteado las diferentes direcciones hacia las cuales se ha dirigido el estudio del embarazo en relación directa con las alteraciones emocionales, señalando en primer lugar las investigaciones referidas a complicaciones obstétricas, en segundo lugar en relación a variables de índole psicos-

cial, tales como apoyo social y stress de vida, destacando primordialmente los niveles de ansiedad y depresión, partiendo en la mayoría de los casos sobre la temprana relación madre-hija y la identidad femenina pero poniendo especial énfasis en el contexto sociocultural dentro del cual se desarrolla la mujer. Estudios e investigaciones que independientemente de la directriz que tomen, resultan evidencias notables del porqué la importancia asignada al ámbito Perinatal, debido a que el embarazo en general representa modificaciones, cambios, adaptaciones que primordialmente inciden en la mujer, pero al mismo tiempo también se extienden a su producto, pareja y familiares.



CAPITULO II  
M E T O D O L O G I A

1. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Dentro del ámbito Perinatal, la investigación adquiere especial relevancia, puesto que alude a un evento de trascendencia como lo es el "Embarazo", un acontecimiento que ha sido considerado bajo ciertos términos como un proceso fisiológico normal, pero el cual trasciende cuando se tiene presente que todos somos producto de la sexualidad y por ende de un embarazo.

Por tal motivo, el tema de la Reproducción resulta de vital importancia, abarcando su investigación muchos tópicos, por lo que en ocasiones se cree saber mucho al respecto. No obstante, en el caso referido a su acontecer psicológico, fué hasta hace pocos años cuando empezaron a realizarse investigaciones con la población en la práctica Médica, precisamente sobre aspectos psicológicos, habiendo retomado teorías ya vertidas por varios autores como Freud (1900-1933), Deutsch (1944), Horney (1927), Erikson (1960).

Estudios que sin duda alguna representan una fuente fértil de investigación, ya que han dado lugar para plantearse nuevas hipótesis e incursionar en otros campos, aludiendo a factores que en ocasiones se pasan desapercibidos, como puede ser el caso de los aspectos emocionales.

Así pues, en una época como la actual en la que los problemas acerca de la reproducción se han hecho más patentes, y en donde se destacan y admiten problemas psicosomáticos; se tiende a insistir en la importancia que tiene el período gestacional, en tanto que uno de

Los objetivos de la práctica Médica es el de favorecer y promover un óptimo desarrollo Prenatal al mismo tiempo que garantizar a la madre vivir una etapa sin mayores molestias que las habituales, intentando que el embarazo se convierta para ella en un período de tranquilidad sin que incurra en graves ansiedades y presiones, de manera que logre una labor de parto sin mayores complicaciones y por ende un óptimo estado de salud para ella y su producto, además de intentar que tal evento se traduzca en un paso hacia su maduración psicológica.

Por lo tanto, habrá que tener presente que la gestación en la mujer no es simplemente un proceso somático, pues tiene relación con aspectos a nivel psicológico, profundos y decisivos, es decir, no debe descartarse que existan factores psicológicos en aquellas mujeres que sufren en el embarazo de manifestaciones y cambios químicos-graves (Bellack 1965) contemplándose la posibilidad de que en muchas pacientes haya sido o no planeado el embarazo se presentan sentimientos confusos, ambivalentes, de resentimiento, temor, ansiedad y desencadenamiento de regresiones (Hamilton, 1955), (Bibring, 1959), tornándose más sensibles y necesitadas de amor y afecto (Caplan, 1960), cayendo en estados fluctuantes de estado de ánimo, sintiéndose en ocasiones deprimidas (Hall y Mohr, 1933), y en algunas otras demasiado ansiosas (Hurst y Strousse, 1938), (Hamilton, 1955), citados por Sherman, (1980). Contemplándose tal posibilidad, aún en aquellas mujeres que no tienden a manifestarlo externamente, situación que bien puede encontrar su explicación en base a supuestos ideológicos, mismos que se manejan en su contexto sociocultural.

Como consecuencia, en base a los supuestos teóricos respecto al embarazo señalados anteriormente, surgió la inquietud por investigar hasta que punto en realidad el embarazo representa un período de crisis, que promueve o desencadena alteraciones emocionales tales como la ansiedad, depresión; intentando conocer más acerca del sentir de

la mujer ante dicho estado, por medio de la evaluación de su Autoestima, para así determinar con mayor exactitud si en el estado de embarazo de curso normal, llegan a presentarse aspectos emocionales significativos, De manera, que para cumplir tal objetivo, fué necesario tomar como muestra a mujeres pacientes Obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología, teniendo especial cuidado en elegir solo aquellas que presentarán un embarazo de "curso normal", puesto que en esa forma se controla el que los resultados sean adjudicados al embarazo propiamente dicho y no a otras posibles variables como lo podría ser el factor de riesgo.

Sin embargo contar exclusivamente con una muestra de mujeres embarazadas puede resultar limitante, por lo que fué necesario incluir un grupo control, mismo que funcionó como punto de comparación para llegar a conclusiones más certeras, es decir, se eligió a un grupo de mujeres no embarazadas, De manera que se pudierá precisar si el embarazo era el factor que promovía los aspectos emocionales significativos ó estaban interfiriendo otros elementos más.

## 2. PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA

¿ Existen modificaciones en los niveles de ansiedad, depresión, autoconcepto y elevación en las escalas del MMPI, que presentan mujeres de 20 a 35 años de edad, no embarazadas y los que presentan mujeres con un embarazo de curso normal antes de la semana 26 de gestación ?

## 3. ESTABLECIMIENTO DE HIPOTESIS

### 3.1 CONCEPTUAL

"El embarazo es un evento que precipita un desequilibrio de la función del ego, creando a menudo agudos desequilibrios que pueden refle--

jar psicopatología con síntomas de regresión y ansiedad primitiva", - (Bibring, 1959 ) (Caplan, 1961).

"El embarazo constituye un episodio normal de la vida procreativa, pero se ha observado que a pesar de ser un embarazo normal existen una serie de trastornos, dificultades y angustias que obedecen a una serie de circunstancias como los cambios físicos, psicológicos, - sociales, familiares y culturales" (Deutsch, 1945).

"El embarazo es una crisis de desarrollo que vuelve a encender los problemas interpersonales e intrapsíquicos no resueltos y proporciona el potencial para nuevas y más adaptables soluciones a viejos - conflictos" (Benedek, 1956).

"El embarazo es un tiempo de levantamiento, sensibilidad y respuesta psicológicos, emociones ambivalentes y conflictos intrapsíquicos a menudo manifestados en síntomas físicos así como también en vívidos sueños y fantasías" (Blum, 1980).

### 3.2 DE TRABAJO

"Existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad, - depresión, autoconcepto y elevación en las escalas del MMPI, que presentan mujeres de 20 a 35 años de edad no embarazadas y los que presentan mujeres con un embarazo de curso normal antes de la semana 26 de gestación" .

### 3.3 ALTERNAS

H1- "Habrà diferencias en el nivel de ansiedad que presente el grupo de mujeres no embarazadas y el que presente el grupo de mujeres - con un embarazo de curso normal".

H2- "Habrá diferencias en el nivel de la depresión que presente el -- grupo de mujeres no embarazadas y el que presente el grupo de mujeres con un embarazo de curso normal".

H3- "Habrá diferencias en el nivel total de autoestima que presente - el grupo de mujeres no embarazadas y el que presente el grupo de mujeres con un embarazo de curso normal".

H4- "Habrá diferencias en el nivel de autoconcepto de las hileras -- Identidad, Autosatisfacción y Conducta, que presente el grupo de mujeres no embarazadas y el que presente el grupo de mujeres con un embarazo de curso normal".

H5- "Habrá diferencias en el nivel de autoconcepto de las columnas Físico, Ético-Moral, Familiar y Social, que presente el grupo de mujeres no embarazadas y el que presente el grupo de mujeres con un embarazo - de curso normal".

H6- "Habrá diferencias en el nivel de capacidad de autocríticas que - presente el grupo de mujeres no embarazadas y el que presente el grupo de mujeres con un embarazo de curso normal".

H7- "Habrá diferencias en el nivel de elevación de las escalas del -- MMPI, que presente el grupo de mujeres no embarazadas y el que presente el grupo de mujeres con un embarazo de curso normal".

#### 3.4 NULAS

Ho. "No habrá diferencias significativas en el nivel de ansiedad que presente el grupo de mujeres no embarazadas y el que presente el grupo de mujeres con un embarazo de curso normal".

Ho. "No habrá diferencias significativas en el nivel de la depresión que presente el grupo de mujeres no embarazadas y el que presente el - grupo de mujeres con un embarazo de curso normal".

Ho. "No habrá diferencias significativas en el nivel total de autoestima que presente el grupo de mujeres no embarazadas y el que presente el grupo de mujeres con un embarazo de curso normal".

Ho. "No habrá diferencias significativas en el nivel de autoconcepto de las hileras Identidad, Autosatisfacción y Conducta que presente el grupo de mujeres no embarazadas y el que presente el grupo de mujeres con un embarazo de curso normal".

Ho. "No habrá diferencias significativas en el nivel de autoconcepto de las columnas de Físico, Etico-Moral, Familiar y Social, que presente el grupo de mujeres no embarazadas y el que presente el grupo de mujeres con un embarazo de curso normal".

Ho. "No habrá diferencias significativas en el nivel de capacidad de autocrítica que presente el grupo de mujeres no embarazadas y el que presente el grupo de mujeres con un embarazo de curso normal".

Ho. "No habrá diferencias significativas en el nivel de elevación de las escalas del MMPI, que presente el grupo de mujeres no embarazadas y el que presente el grupo de mujeres con un embarazo de curso normal"

#### 4. DEFINICION DE VARIABLES

##### VARIABLE DEPENDIENTE

Perfil Psicológico medido a través de los niveles de ansiedad, -- depresión, autoconcepto y elevación de las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI).

##### VARIABLE INDEPENDIENTE

Presencia de Embarazo y Ausencia de Embarazo.

VARIABLES A CONTROLAR

Edad, escolaridad, y tiempo de gestación que va de 4 a 26 semanas.

VARIABLES OPERACIONALES

ANSIEDAD : "Probabilidad de que se presente o no un nivel de ansiedad en ambos grupos, embarazadas y no embarazadas; tal probabilidad será medida por medio del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE), considerándose un nivel significativo de ansiedad a partir de un puntaje  $t$  de 50".

DEPRESION : "Probabilidad de que se presente o no un nivel de depresión en ambos grupos, embarazadas y no embarazadas; tal probabilidad será medida por medio de la Escala de Automedición de ZUNG, considerándose un nivel significativo de depresión a partir de un puntaje EAMD de 64 con una medida que va de 50 a 78".

AUTOCONCEPTO : "Probabilidad de que se presente o no un nivel de autoconcepto en ambos grupos, embarazadas y no embarazadas; tal probabilidad será medida a través de la Escala de Autoconcepto de Tennessee, dentro de la cual el puntaje más importante es el nivel total de autoestima (total P), considerándose altos aquellos puntajes que se ubiquen en ó por encima de un puntaje  $t$  de 345 percentil 50, y puntajes bajos aquellos que se ubiquen por abajo del puntaje  $t$  345 percentil 50"

MUJER EMBARAZADA : "Persona que se encuentra experimentando un evento de vida importante antes de la semana 26 de gestación en términos de normalidad, es decir, sin que le anteceda ó presente señal de riesgo alguno, mismo que promueve en ella cambios a nivel fisiológico y a la par aspectos dinámicos de su personalidad produciendo en ella ansiedad, depresión pero a su vez dirigiendola hacia una madurez psico-

lógica a través de la cual adquiere mayor autoestima".

MUJER NO EMBARAZADA : "Persona en la cual convergen aspectos dinámicos ligados a su feminidad y conflictos con su rol tradicional ante la maternidad, matizando su estado emocional de rasgos de depresión, ansiedad y baja autoestima".

#### VARIABLES CONCEPTUALES

ANSIEDAD-ESTADO : "Condición o reacción emocional compleja relativamente única, que puede variar en intensidad y fluctuar en tiempo; estado de ansiedad específicamente con sentimientos de tensión y aprensión displacenteros, conscientemente percibidos, asociados con una activación o excitación del Sistema Nervioso" (Spielberg, 1966).

ANSIEDAD-RASGO : "Alude a las diferencias individuales relativamente estables respecto a la propensión de la ansiedad, diferencias en la disposición o tendencia de las personas a percibir una amplia gama de situaciones como amenazantes y responder a éstas situaciones con elevaciones diferentes del estado de ansiedad" (Spielberg, 1966).

DEPRESION : "Estado que se caracteriza en general por una sensación de tristeza, melancolía y desaliento, acompañados de indiferencia, apatía y un decrecimiento de la estima de sí mismo, tal vez con un sentimiento de fracaso y futilidad" (Young, P.T. 1979).

AUTOESTIMA : "Fenómeno o efecto que se traduce a conceptos, imágenes y juicios de valor referidos al sí mismo y que se entiende como un proceso psicológico cuyos contenidos se encuentran socialmente determinados" (Gómez, P.M. 1981).



**MUJER EMBARAZADA:** "Persona que se enfrenta a una fase crítica en la cual los cambios biológicos implican una etapa de su desarrollo y conllevan una necesidad de adaptación a su nueva situación, en la medida en que se produce un ajuste a los cambios hormonales, la fatiga, somnolencia y otras reacciones (mareos y vómitos)" (Diccionario de Psicología, 1984).

**MUJER NO EMBARAZADAS :** "Persona en la que se acentúa constantemente la importancia de la gratificación interpersonal, que tiende a vincular su necesidad de logro con la de la afiliación, empleando sus logros como un medio de asegurarse la aceptación y el amor ajenos" (Bardwick, 1981).

#### 5. MUESTRA

Se eligió una muestra de 200 mujeres entre los 20 y 35 años de edad, correspondiendo un grupo de 100 a pacientes de la consulta externa del Instituto Nacional de Perinatología, mismo que cumplió con los siguientes criterios de inclusión :

1) Tratarse de un embarazo de curso normal que no le antecediera ninguno de los siguientes factores; a) pérdidas, b) violaciones; c) - producto de incesto, d) interurrencias (cardiopatías, diabetes, e) - psicosis , f) producto con malformaciones.

2) Sin complicaciones en el embarazo actual (gemelar, amenaza de aborto, sangrado de otro origen, amenaza de parto pretérmino, toxemia).

3) Tratarse de mujeres casadas ó que contaban con un compañero, (unión libre).

4) Mujeres que mantenían como mínimo un nivel de escolaridad de primaria completa.

El grupo restante de 100 mujeres correspondió en su gran mayoría a madres de familia de dos Centros de Desarrollo Infantil, elegidas -- intencionalmente en tanto cumplieran con los siguientes criterios de inclusión :

- 1) Caer en el rango establecido de 20 a 35 años
- 2) No estar embarazadas
- 3) Contar como mínimo con un nivel de escolaridad de Primaria -- completa.

#### 6. ESCENARIO

El presente estudio se llevó a cabo con pacientes de la Consulta - Externa del Instituto Nacional de Perinatología, ubicado en Montes Ura les No. 800, Lomas de Virreyes; así como con mujeres madres de familia del Centro de Desarrollo Infantil Juan Jacobo Rosseau ubicado en la -- Colonia Agrícola Oriental, y el Centro de Desarrollo Infantil UNAM --- ubicado en circuito exterior Ciudad Universitaria.

#### 7. DISEÑO

El diseño utilizado fué el de dos muestras independientes, tomando un grupo de mujeres embarazadas y otro de mujeres no embarazadas.

#### 8. ESTUDIO

EVALUATIVO DE CAMPO : Evaluativo en tanto que se analiza la variable- embarazo pero sin influir en ella, es decir, no se manipula y de campo porque el estudio se realizó directamente en el lugar donde asistían -

el tipo de pacientes requeridas, como fué el caso de mujeres embarazadas las cuales asisten a recibir servicio en el Instituto Nacional de Perinatología.

## 9. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Los instrumentos utilizados fuerón; El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE) de Spielberg, Ch. (1964) (ver anexo F), la Escala de Automedición de la Depresión de Zung, M.D. (1965) (ver anexo A), la Escala de Autoconcepto de Tennessee de Fittz, W. (1955) (ver anexo G) y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) de Hathaway y Mckinley (1942) (ver anexo B).

A continuación se describen los antecedentes, construcción, características, confiabilidad y validez de cada uno de ellos.

### 9.1 INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (IDARE)

#### ANTECEDENTES

El desarrollo del IDARE fué iniciado por Charles D. Spielberg y R. L. Gorsuch en 1964. Tal inventario ha sido utilizado en un gran número de estudios, mismos que han encontrado hallazgos que proveen evidencia adicional acerca de la validez de locuciones del IDARE, indicando que son varias las áreas de investigación en donde se ha probado que éste resulta ser un instrumento efectivo con adultos y adolescentes normales y con varias poblaciones de pacientes, tal y como lo han probado Hodges y Felling (1970), Edward (1969), Sachs (1969), Lamb, McAdoo Hall y Graham (1969).

#### CONSTRUCCION Y CARACTERISTICAS

El desarrollo del IDARE, partió de la idea de considerar que los --

reactivos con una relación demostrada con otras medidas de la ansiedad serían más útiles en un inventario diseñado para medir tanto la ansiedad-estado como la ansiedad-rasgo. De manera, que con un gran número de reactivos cuyo contenido tenía comprobado relación con las escalas de ansiedad rasgo- más ampliamente usadas, fueron reestructuradas permitiendo que cada reactivo fuera utilizado como una medida tanto de ansiedad-estado como de ansiedad-rasgo; obteniendo como resultado una sola escala, el IDARE.

Para elaborarlo se tomaron como base tres escalas de ansiedad, el IPAT, Anxiety Scale (Catell y Cheiver, 1963), el Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS, 1963) y el Welsh Anxiety Scale (1956); con lo que se formó un cuestionario con 177 reactivos que se aplicaron a 288 estudiantes de un curso de Introducción a la Psicología de la Universidad de Vanderbilt, con correlación de 0.25 ó más con cada una de las tres escalas de ansiedad. Estos reactivos fueron alterados en su contenido de tal forma que los reactivos pudieran ser utilizados con distintas instrucciones para medir ambos aspectos, ansiedad-estado y ansiedad-rasgo; se hicieron numerosas aplicaciones de los reactivos eliminando y simplificando, a fin de que se quedarán sólo aquellos que mejor llenarán los criterios establecidos para medir ansiedad estado-rasgo, según Spielberg, quedando al final 20 reactivos para cada escala.

La traducción del IDARE del inglés al español fue hecha por el Dr. R. Díaz Guerrero (1975), sometiéndolo a una adecuación semántica, sin modificar la validez. El IDARE consta de 2 escalas: la SXE y SXR, cada una consta a su vez de 20 reactivos, cada reactivo se contesta marcando un número que está dispuesto con 1, 2, 3, 4 y responde a los epígrafes "No en lo absoluto" (1), "Un poco" (2), "Bastante" (3), "Mucho" (4), para la escala SXE; y "Casi nunca" (1), "Algunas veces" (2), "Frecuentemente" (3), "Casi siempre" (4), para la escala SXR.

La escala SXR (ansiedad-rasgo) explora el rasgo de ansiedad, se ocupa de las características generales del sujeto. La escala SXE (ansiedad-estado) explora el estado de ansiedad, es decir, el estado que vive el sujeto en ése momento.

El IDARE es un instrumento de autoaplicación y puede aplicarse in individual o colectivamente.

#### CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

En lo que se refiere a la confiabilidad del instrumento, el primer proceso experimental de los autores fué someter a un test-retest a 5 sub-grupos de sujetos universitarios no graduados en situaciones experimentales de breve entrenamiento de relajación, una prueba difícil para medir el cociente intelectual y una película en la cual se presentaron accidentes en los que se produjeron lesiones graves o la muerte de los participantes. La confiabilidad test-retest para la escala A-Rasgo fué alta variando de .73 a .86, pero los coeficientes de estabilidad para la escala A-estado, se refleja la influencia de factores situacionales únicos que se presentan en el momento de realizar la prueba.

En lo que respecta a la validez del IDARE, se requirió que los reactivos individuales llenarían los criterios de validez prescritos para la ansiedad-estado y para la ansiedad-rasgo, en cada una de las etapas del proceso de construcción del inventario, de tal forma que se pudierá conservar la evaluación y validación; por lo que se obtuvo una validez concurrente a través de las correlaciones de la escala de ansiedad IPAT (Cattell and Cheier, 1963) la Escala de Ansiedad Manifiesta (TÍMAS) de Taylor, 1963) y la lista de adjetivos de Zuckerman, (1960), (AACL).

CONFIABILIDAD TEST-RETEST DEL IDARE PARA UNIVERSITARIOS NO GRADUADOS						
Lapso:	T/R 1 hora		T/R 20 días		T/R 104 días	
	N	r	N	r	N	r
A-Rasgo						
Varones	88	.84	38	.86	25	.73
Mujeres	109	.76	75	.76	22	.77
A-Estado						
Varones	88	.33	38	.54	25	.33
Mujeres	109	.16	75	.27	22	.31

CORRELACIONES ENTRE LA ESCALA A-RASGO DEL IDARE Y OTRAS MEDIDAS DE LA ANSIEDAD-RASGO								
Escala de Ansiedad	Mujeres Universitarias (N=126)			Varones Universitarios (N=80)			Pacientes NP (N=66)	
	IDARE	IPAT	TMAS	IDARE	IPAT	TMAS	IDARE	IPAT
IPAT	.75			.76			.77	
TMAS	.80	.85		.79	.73		.83	.84
AACL	.52	.57	.53	.58	.51	.41	- -	- -

\* N= 112 para la correlación entre el IDARE y el IPAT.

## 9.2 ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION DE ZUNG

### ANTECEDENTES

La escala de automedición de la depresión se publicó por primera vez en el año de 1965, en una serie de informes sobre pacientes deprimidos y con otros desórdenes emocionales, por William W.K. ZUNG, y MD. Durham, N.C. A quienes la necesidad de medir la depresión simple y específicamente como un desorden psiquiátrico los llevó a la construcción de dicha escala, en tanto que consideraban que la mayoría de las escalas existentes en aquella época no detectaban fielmente tales síntomas; para tal objetivo realizaron un proyecto de investigación en el que correlacionaban conjuntamente la presencia y severidad de los desórdenes depresivos en pacientes con otros parámetros, así como una respuesta al despertar, durante el sueño y cambios con el tratamiento de tales desórdenes depresivos.

Los autores estaban interesados en tener una escala para medir -- depresión en pacientes quienes fuerón primariamente diagnosticados con desórdenes depresivos; el seguimiento con ello pretendió encontrar : -- como se sentirían todos con respecto a los síntomas de su enfermedad, -- si estos podrían ser cortos o simples, cuantitativo más que cualitativo y sí podría ser tal escala autoadministrada; todo ello bajo la respuesta de los pacientes.

### CONSTRUCCION Y CARACTERISTICAS

El ZUNG, es un instrumento destinado a medir cuantitativamente la depresión, consta de 20 reactivos, declaraciones que se refieren a características específicas y comunes de la depresión, para cada reactivo existen 4 modalidades de respuesta : "Muy pocas veces". "Algunas -- veces", "La mayor parte del tiempo". "Continuamente", pidiendo a la persona marcar en el cuadro más aplicable a su caso en el momento de ha--

cer la prueba. La calificación en cada una de las modalidades recibe una puntuación diferente que va de 1 a 4, donde el 4 corresponde siempre al mayor índice de patología y el 1 a menor; para obtener la medición de la depresión se suma el puntaje y se convierte a un índice basado en 100 y para considerar un nivel significativo de la depresión se espera que la calificación que se obtenga sea de 64 o más dentro -- del índice promedio de la automedición de la depresión.

#### CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

EL EAMD fué aplicado a 56 pacientes quienes fueron admitidos durante un período de 5 meses en un Hospital de Servicio psiquiátrico -- con un diagnóstico primero de desórdenes depresivos . Los índices de -- el EAMD para los 56 pacientes quienes tenían un diagnóstico de los llamados desórdenes depresivos va de 0.38 a 0.90. Sin embargo un giro dentro de ésta población estuvo en quienes fueron eventualmente tratados y dados de alta con desórdenes depresivos (D-D) y aquellos quienes fueron tratados y dados de alta con otros desórdenes (O-D). El EAMD indica que para el grupo de los pacientes tratados y dados de alta antes -- del tratamiento clasifico de 0.63 a 0.90 con un índice de media de -- 0.74. Asimismo, también indica para el grupo de pacientes eventualmente tratados y dados de alta con otros desórdenes clasificó de 0.38 a 0.71 con un índice de media de 0.53.

El EAMD indica para el grupo (D-D) después del tratamiento de su enfermedad una clasificación de 0.38 a 0.50 con un índice de media de 0.39; y para el grupo control (O-D) fué de 0.25 a 0.43 con un índice -- de media de 0.33.

Por otra parte recientemente los doctores William, W.K. Zung y -- Robert E. King (1983), evaluaron en una población de la práctica médica general la utilidad de la escala de automedición de la depresión -- ZUNG, como un instrumento propio para detectar la depresión encubier-



ta; encontrando que el EAMD es un instrumento aceptable para medir la depresión en la práctica médica general, en tanto que hubo un 95% de aceptación de tal escala por los pacientes y un 12% promedio de prevalencia de la depresión basada en los resultados del EAMD con puntajes de 55 ó más y 10% usando los puntajes de el EAMD y los criterios del DSM-III para desórdenes mayores de la depresión.

TABLA DEL ANALISIS ESTADISTICO DE COMPARACION ENTRE LOS INDICES DE LAS MEDIAS DE LA EAMD DE LOS VARIOS GRUPOS ENTREVISTADOS USANDO EL TEST RETEST.

Grupo	N	MEDIA EAMD Index	T-Test Comparación Grupos	P
1. Control	100	0.33	1 - 2	0.01
2. D-D, atx	31	0.74	1 - 3	0.10
3. D-D, ptx	22	0.39		
4. O-D	25	0.53		
			1 - 4	0.01
			2 - 4	0.01

### 9.3 ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

#### ANTECEDENTES

William H. Fittz trabajó en el desarrollo de dicha escala en colaboración con el Departamento de Salud Mental de Tennessee en 1955; su propósito fué el de desarrollar un instrumento que resultará útil para resolver problemas de investigación en Salud Mental. El principio del desarrollo de tal escala se dió con una recopilación de ítems autodescriptivos, mismos que se derivarán de algunos otros instrumentos de medición de Autoconcepto, incluyendo aquéllos desarrollados por Bales-ter (1959), Engel (1956) y Taylor (1953).

Algunos otros ítems fueron derivados de las autodescripciones escritas por pacientes y no pacientes.

#### CONSTRUCCION Y CARACTERISTICAS

La escala de autoconcepto esta dispuesta en dos formas, una de ellas para orientación y otra de investigación clínica; para fines de la presente investigación, se utilizó la primera forma de orientación, que esta integrada por :

Puntaje de autocrítica (SC), referido a declaraciones en las que la persona admite como es realmente ella.

Puntajes Positivos (P), derivados de la clasificación fenomenológica, formándose tres categorías horizontales y 5 verticales.

Puntaje total P, que refleja el nivel total de autoestima, indicando si la persona mantiene sentimientos de satisfacción consigo misma, es decir, si se siente contenta, segura, digna y valiosa ó contrariamente si duda de su propio valer, percibiéndose como indeseable, sintiéndose ansiosa, deprimida o infeliz, mostrando poca fé y confianza en sí misma, es el puntaje más importante en la forma de orientación.

Las tres categorías horizontales a las cuales se hizo referencia anteriormente son :

- 1) Identidad : que incluye declaraciones acerca de lo "que yo soy", es decir, una descripción de como la persona se ve a sí misma.
- 2) Autosatisfacción : puntaje que indica como la persona se describe.- refleja el nivel de autoaceptación, es decir, responde a como se siente acerca de sí misma.
- 3) Conducta : referida a lo que la persona hace, es decir, la manera - en que "yo actuó", mide la percepción del individuo sobre su propia -- conducta o de la forma en que funciona.

En lo que respecta a las categorías verticales, éstas son 5 columnas o áreas :

- A. Físico: donde la persona presenta su punto de vista acerca de su cuerpo, estado de salud así como su apariencia física, habilidades y - sexualidad.
- B. Etico-Moral: en donde la persona se describe a sí misma desde un punto de vista moral-ético, relacionado a aspectos religiosos con Dios y sentimientos de ser una persona "buena" o "mala", en general satisfacción con la religión o falta de ella.
- C. Personal : área que refleja el sentido de valor que la persona tiene o hace de sí misma, es decir, la evaluación de su persona así como de su cuerpo o sus relaciones con los demás.
- D. Familiar : área que refleja sentimientos de adecuación, trabajo y valor acerca de los miembros de la familia, es decir, la autopercepción referida a su más cercano e inmediato círculo de relaciones.
- E. Social : referida a la autopercepción en relación con los demás, -- refleja el sentido de adecuación de la persona hacia el trabajo y su -

interacción social con la demás gente en general.

Puntajes de variabilidad : que proporcionan una medida simple de la cantidad de variación o inconsistencia de un área de autopercepción a otra, indicando si la persona es variable en tal aspecto ó si contrariamente puede considerarse como una persona rígida.

Variabilidad Total : representa el promedio total de variabilidad entre todos los puntajes, indicando la inconsistencia de un área de autopercepción a otra.

Variabilidad de columnas : que indica la variación existente entre las 5 columnas.

Variabilidad total de hileras: indicando la variación entre las hileras.

Puntaje de distribución (D) : el cual representa la suma de puntajes, referidos a la forma en que el individuo distribuyó sus respuestas a través de las 5 opciones a elegir para dar respuesta a los ítems de la escala, indica el nivel de seguridad en lo que dice de sí mismo.

La escala de autoconcepto es autoadministrada y no requiere de más instrucciones que las que se indican en la cubierta interior del folleto.

#### CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

El grupo estandarizado fué una muestra de 626 sujetos, la muestra incluyó gente de varias partes del País (USA), cuyas edades cayerón en un rango de 12 a 68 años de edad, ambos sexos, negros y blancos, representativos de todos los niveles sociales, económicos e intelectual con un nivel de escolaridad desde 6o. grado de primaria hasta Doctorado.

MEDIAS, DESVIACION STANDARD Y COEFICIENTES DE CONFIABILIDAD			
PUNTAJE	MEDIA	DESV. STANDARD	CONFIABILIDAD
Autocrítica	35.54	6.70	.75
T/F	1.03	.29	.82
Conflicto Neto	- 4.91	13.01	.74
Conflicto Total	30.10	8.21	.74
Positivo Total	345.57	30.70	.92
Hilera 1	127.10	9.96	.91
Hilera 2	103.67	13.79	.88
Hilera 3	115.01	11.22	.88
Columna A	71.78	7.67	.87
Columna B	70.33	8.70	.80
Columna C	64.55	7.67	.85
Columna D	70.83	8.43	.89
Columna E	68.14	7.86	.90
Total variab.	48.53	12.42	.67
V total col.	29.03	9.12	.73
V total hil.	19.60	5.76	.60
D	120.44	24.19	.89
5	18.11	9.24	.88
4	24.36	7.55	.79
3	18.03	8.89	.77
2	18.85	7.99	.71
1	20.63	9.01	.88

MEDIAS Y DESVIACIONES STANDARD DE TODOS  
LOS PUNTAJES PARA LOS TRES GRUPOS

MEDIDA	GRUPO DE PACIENTES (363)		GPO. NORMATIVO (626)		GPO. PI (75)	
	MEDIA	S.D.	MEDIA	S.D.	MEDIA	S.D.
Autocrítica	36.0	6.8	35.54	6.70	36.87	5.87
T/F	1.17	.40	1.03	.29	.93	.12
Conflicto Neto	3.0	18.2	- 4.91	13.01	-12.13	8.15
Conflicto Total	35.1	11.3	30.10	8.21	25.00	6.52
Total P	323.0	44.5	347.57	30.70	376.01	25.46
Hilera 1	116.2	15.7	127.10	9.96	132.45	8.52
Hilera 2	99.1	17.7	103.67	13.79	120.53	12.14
Hilera 3	108.0	15.4	115.01	11.22	123.00	8.85
Col. A	67.3	11.1	71.78	7.67	76.63	5.95
Col. B	65.2	11.0	70.33	8.70	75.79	7.60
Col. C	60.9	11.5	64.55	7.41	71.79	6.32
Col. D	64.8	10.8	70.83	8.43	77.43	7.34
Col. E	65.0	10.6	68.14	7.86	74.47	5.91
Variab. Total	51.6	14.2	48.53	12.42	37.04	7.30
Total variab. Columnas	28.6	9.8	29.03	9.12	20.60	5.96
Total variab. Hileras	23.0	7.3	19.60	5.76	16.44	4.28
D	121.4	31.1	120.44	24.19	130.10	20.11
5	20.8	12.3	18.11	9.24	19.07	10.28
4	23.3	10.3	24.36	7.55	23.40	7.60
3	19.4	12.6	18.03	8.89	15.80	7.49
2	17.0	7.4	18.85	7.99	20.73	8.64
1	19.6	10.6	20.63	9.01	24.20	10.30

No se ha tendido a ampliar el grupo normalizado, ya que se ha encontrado que muestras de otras poblaciones no difieren de las normas existentes en forma considerable; asimismo los efectos de variables demográficas como sexo, edad, raza, escolaridad y la inteligencia sobre los puntajes de la escala son insignificantes, lo cual indica que no es necesario establecer normas por separado, es decir, edad, sexo, raza y otras variables. Por lo tanto, el grupo normativo no refleja a la población como un todo en proporción a su composición nacional.

Los coeficientes de confiabilidad están basados en el test-retest de 60 estudiantes de preparatoria en un período de dos semanas; existen algunas otras evidencias de la confiabilidad de los puntajes de la escala de autoconcepto, por ejemplo Congdon (1958), en un estudio con pacientes psiquiátricos usando una versión corta de dicha escala, obteniendo un coeficiente de confiabilidad de .88 para el puntaje positivo total. En general, se demuestra a través de otros estudios que las características distintivas de los perfiles individuales se encuentran presentes para la mayoría de las personas, un año o un tiempo después.

#### 9.4 INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD (MMPI)

##### ANTECEDENTES

El desarrollo del MMPI dió inció en el año de 1938, cuando los Doctores Hathaway y McKinley empezaron a reunir datos para la elaboración de un prueba objetiva dirigida a evaluar la personalidad tanto en el ámbito de investigación como en la práctica clínica. Fué en el año de 1942 cuando la Universidad de Minnesota lo publicó por primera vez; las escalas que integran dicho inventario se contruyeron en base a las respuestas ofrecidas por pacientes clasificados de acuerdo con la nosología de la época, de tal forma que las frases se basaron en preguntas que se hacen para elaborar historias clínicas de medición general, neu

rológicas y psiquiátricas, así como de escalas que ofrecían informes - sobre orientación vocacional, todo con la finalidad de encontrar datos acerca de la personalidad.

#### CONSTRUCCION Y CARACTERISTICAS

El MMPI se utiliza generalmente para lograr una separación objeti va entre personas que poseen rasgos de personalidad alterados. Es un instrumento diseñado para proveer en una sola prueba los puntajes de - las características más importantes de la personalidad. Se elaboró di videndiéndola en 4 escalas control y validez y 10 escalas clínicas, las - entradas fueron formuladas en oraciones que se encuentran en primera - persona del singular y la mayoría de éstas se expusieron en frases --- afirmativas existiendo otras de tipo negativo, como forma de contestar se eligió un tipo de elección forzada respondiendo a las opciones de - "falso", "cierto".

Las escalas clínicas que se derivaron al comparar los resultados- de la prueba recibieron el nombre del Síndrome de identificación y -- son :

1. Hipocondriasis (Hs)
2. Depresión (D)
3. Histeria (Hi)
4. Desviación Psicopática (Dp)
5. Masculinidad/Feminidad (Mf)
6. Paranoia (Pa)
7. Psicastenia (Pt)
8. Esquizofrenia (Es)
9. Manía (Ma)
0. Sociabilidad, introversión-extroversión (Si)

Las cuatro escalas de validez son :

- ? No puedo decir (frases omitidas)
- L Mentira (ajuste al grupo social)
- F Validez (confusión, reconocimiento de los problemas)
- K Corrección (defensas, actitud de la persona ante la prue- ba y ante sí misma).



En lo que se refiere a las características propias del instrumento, se puede decir que es una prueba de lápiz-papel, la forma de aplicación puede ser individual o en grupo, a personas de 16 años en adelante con un mínimo de 6 años de escolaridad, es decir, primaria terminada, lo esencial es que la persona sepa leer y comprender el sentido de lo que lee.

#### CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

Los datos normativos originales fueron obtenidos con un grupo clínico especificado y un grupo normal de control de 700 personas que representaban un corte transversal de la población del Estado de Minnesota de los Estados Unidos de Norteamérica, todas estas personas eran visitantes de los hospitales de dicha universidad, el muestreo fue adecuado para las edades de 16 a 55 años y de ambos sexos; además de estos grupos de estudiantes preparatorianos y universitarios que representaban a un sector adecuado de los solicitantes de ingreso a la Universidad, también se obtuvieron datos de varios grupos especiales, como de pacientes tuberculosos y epilépticos. Las escalas se obtuvieron contrarrestando los grupos de sujetos normales con los grupos de casos clínicos cuidadosamente estudiados, de los cuales 800 eran pacientes de la división de Neuropsiquiatría de los hospitales de la Universidad cuando la prueba fue publicada.

Hathaway y McInley, utilizando la forma individual con sujetos normales no seleccionados informaron los coeficientes de 6 de las variables clínicas, en donde el tiempo entre la prueba (primera) y la segunda prueba varió de 3 días hasta más de un año. Por su parte Cottle (1950) informó de los coeficientes de prueba y segunda prueba utilizando personas no seleccionadas, quienes fueron examinadas con ambas formas, la individual y la de grupo, con una semana de diferencia y a su vez Holzber y Alessi (1949) encontraron coeficientes para -

la prueba y segunda prueba con pacientes psiquiátricos no seleccionados a quienes se les administró la forma completa y la breve forma individual con una diferencia de 3 días de tiempo.

La confiabilidad para muestras de adultos normales y anormales se extiende desde 0.50 hasta poco más de 0.90. Los intervalos entre retest variaron desde unos pocos días hasta más de un año. Sin embargo, Gilliland y Colgin (1951) en un grupo de estudiantes Universitarios hallaron coeficientes de los retest más bajos, habiendo solo transcurrido una semana entre ambas aplicaciones y donde la media de confiabilidad era de 0.61 y 6 de los 9 coeficientes figuraban por debajo de 0.70 y dos por debajo de 0.40.

En lo que se refiere a la validez, un alto puntaje en una escala - ha favorecido la predicción positiva del diagnóstico final correspondiente por la estimación en más del 60% de nuevas admisiones psiquiátricas. Tal porcentaje es derivado de la diferencia entre varias clases de casos clínicos, que resulta ser mucho más difícil que si se realizará la diferenciación entre grupos normales y enfermos, ya que aún cuando en los casos en que un alto puntaje no fué seguido por el diagnóstico correspondiente, la presencia del rasgo en un grado anómalo en el cuadro sintomático se notará casi siempre, Clark (1948). Los informes preliminares de algunos países indican que si existe validez transcultural en las escalas traducidas, pues parece ser que la información que proveen es útil en la clínica; sin embargo vale la pena tomar en cuenta la advertencia del Dr. Nuñez (1979) al señalar que tal validez del MMPI no se debe sobrevalorar en tanto que no provee una predicción precisa de la conducta y pudieran existir discrepancias en las calificaciones que no ha podido ser estimadas, por lo que tal prueba no podría ser tan válida como se desearía, pero cabe resaltar que sobre la base de muchas de las expresiones numéricas del MMPI que han sido relacionadas repetida y adecuadamente con datos de conducta significativos

el MMPI puede resultar un instrumento útil que parece estar justificado mientras no se desarrolle un instrumento referido a la personalidad que supere los niveles de confiabilidad y validez de éste.

COEFICIENTES DE CONFIABILIDAD DE LA PRUEBA Y SEGUNDA PRUEBA ENCONTRADAS PARA EL MMPI POR LOS TRES AUTORES			
Escala	Hathaway y McKinley	Cottle	Holzberg y Alessi
	Normales (N=40-47)		Pacientes Psiquiat. (N=3-30)
No puedo decir (?)			0.75
Mentira L		0.46	0.85
Validez (F)		0.75	0.93
Corrección (K)		0.76	
Hipocondriasis (Hs)	0.80	0.81	0.67
Depresión (D)	0.77	0.66	0.80
Histeria (Hi)	0.57	0.72	0.87
Desv. Psicp. (Dp)	0.71	0.80	0.52
Masc./Fem. (Mf)		0.91	0.76
Paranoia (Pa)		0.56	0.78
Psicastenia (Pt)	0.74	0.90	0.72
Esquizofrenia (Es)		0.86	0.89
Manía (Ma)	0.83	0.76	0.59

## 10. PROCEDIMIENTO

A las pacientes obstétricas que reunieron los requisitos de inclusión, se les dió cita para la aplicación de las pruebas psicológicas - de la depresión de ZUNG, Ansiedad Estado-Rasgo IDARE, Autoconcepto de TENNESSEE y personalidad del MMPI. Hubó cinco opciones de horario y - día que la paciente pudo escoger, una sola persona manejó la hoja de - citas manteniendo con ello control sobre la variable de información.

La aplicación se llevó a cabo en forma colectiva en las ocasiones en que coincidían dos o más pacientes, dentro de un cubículo del Departamento de Psicología de la Consulta Externa del Instituto Nacional de Perinatología (INPer); las instrucciones fuerón proporcionadas por el personal de Servicio Social previamente entrenado y confiabilizado para tal fin.

En lo que se refiere al grupo de mujeres no embarazadas elegidas - intencionalmente en los dos Centros de Desarrollo Infantil, siempre y cuando reunían los requisitos de inclusión, se les invitó a participar aplicando individual o colectivamente las pruebas antes mencionadas, - proporcionando las instrucciones la interesada de la presente investigación.

La calificación se hizo mediante plantillas correspondientes a -- cada uno de los instrumentos, contando los puntajes escala por escala.

(ver anexo K).

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

### CAPITULO III

#### R E S U L T A D O S

Sobre la base de los datos recolectados de la muestra formada por ambos grupos de mujeres, embarazadas y no embarazadas; se hizo necesario por principio darse una idea de la naturaleza de los mismos, procediendo a organizarlos para conocer características más precisas que definirán a la muestra en su totalidad y por separado respecto a las diferentes variables tomadas en cuenta. Para ello se utilizó el paquete estadístico aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS) (Nie Hull, --- 1980), por medio de la computadora; dentro de éste paquete se utilizaron diferentes programas, el primero de ellos fué el Programa de Frecuencias, mismo que se aplicó debido a que se contaba con datos de tipo ordinal, nominal e intervalar, utilizando distribuciones de frecuencia y métodos propios para comparar tales distribuciones correspondientes a cada tipo de datos, así como medidas de tendencia central como son la media y el modo. De manera que se obtuvieron porcentajes, medidas y puntuaciones que definen a la muestra en general, permitiendo describir de una forma más precisa al grupo de mujeres embarazadas, por un lado y por otro al grupo de mujeres no embarazadas; los resultados fueron los siguientes :

Las mujeres en general tuvieron un rango de edad de 20 a 35 años presentando un promedio de 26.7 años de edad (ver tabla 1), correspondiendo a las mujeres embarazadas un promedio de 26.05 años y a las no embarazadas 27.44 años de edad promedio (ver tablas 2 y 3).

La gran mayoría de las mujeres fueron casadas, perteneciendo 88 al grupo de las embarazadas y 73 al de las no embarazadas (ver tablas 5,6); se encontró que 59% (118) de ellas, se dedicaban al hogar, co---

respondiendo 73 a mujeres embarazadas y 45 a las no embarazadas; --- 16% (32) eran empleadas, 5 de las cuales eran mujeres embarazadas y 27 no embarazadas; 9% (18) eran estudiantes, 6 de ellas correspondía al grupo de embarazadas y 12 al grupo de las no embarazadas; solo un 18% (16) eran profesionistas, 12 de ellas eran mujeres embarazadas y 4 mujeres no embarazadas, (ver tablas 7,8,9).

En lo que respecta al Nivel Socioeconómico, se encontró que las clasificaciones C y B predominaron en primer y segundo lugar respectivamente, entre las mujeres sujeto de estudio, indicando que en las mujeres embarazadas predominó la clasificación B considerada un nivel socioeconómico bajo, mientras que en el grupo de las no embarazadas predominó la clasificación C, considerada un nivel socioeconómico medio bajo (ver tablas 10, 11, 12).

El nivel de Escolaridad que se observó con mayor frecuencia entre la muestra total fué de Secundaria Completa, indicando que el 17% (34) mantenían tal nivel, correspondiendo 16 a mujeres embarazadas y 18 a no embarazadas, resaltando a su vez que el 16.5% (33) tenían Carrera Técnica, perteneciendo 13 al grupo de embarazadas y 20 al grupo de no embarazadas y solo el 10.05% (21) tenían una educación Universitaria de las cuales 15 correspondían a las embarazadas y únicamente 6 a las no embarazadas, (ver tablas 13, 14, 15).

Cabe señalar, que en lo que se refiere a las Semanas de Gestación en el grupo de mujeres embarazadas, se encontró que el promedio de tiempo de embarazo fué de 18.14 semanas de gestación, (ver tabla 16).

Por otra parte, las mujeres en general presentaron un promedio de 44.52 en la escala de la Depresión de ZUNG (ver anexo A), dentro de un rango de 10 a 74 puntos, correspondiendo para el grupo de las embarazadas un promedio de 46.19 y para el grupo de las no embarazadas un promedio de 42.85, puntajes que se traducen a reacciones de ansiedad y de

ajuste a la situación transitoria, dentro de la mencionada escala de ZUNG, (ver tablas 17,18,19).

En lo que respecta a las escalas de validez y clinicas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) (ver anexo B) se observó que para la escala 1 de Hipocondriasis las mujeres en general presentaron un promedio de 58.4 puntaje t promedio (ver anexo C), dentro de un rango que va de 10 a 86, indicando que el grupo de las -- embarazadas obtuvo un promedio de 61.06 (ver anexo D) y el grupo de -- las no embarazadas un promedio de 55.78 (ver anexo E) ambos puntajes -- t dentro de dicha escala, (ver tablas 20,21,22).

Para la escala 2 de la Depresión se observó que el rango de los -- puntajes t en dicha escala que presentaron las mujeres sujeto de estudio en general, cayó entre 29 y 99, manteniendo entre ellas un promedio de 59.9 puntaje t (ver anexo C), resaltando para las mujeres embarazadas un promedio de 61.5 puntaje t (ver anexo D) y para las mujeres no embarazadas un promedio de 58.28 puntaje t (ver anexo E, tablas 23, 24, 25).

Para la escala 3 de Histeria, se encontró que el promedio de puntaje t de las mujeres en total fué de 57.77 dentro de un rango de 18 a 52 (ver anexo C), donde las mujeres embarazadas presentaron un promedio de puntaje t de 59.40 (ver anexo D) y las mujeres no embarazadas -- un promedio de 56.14 (ver anexo E, tablas 26,27,28).

El puntaje t promedio en la escala 4 de la Desviación Psicopática presentado por las mujeres en general fué de 58.1, dentro de un rango de 20 a 88 puntaje t (ver anexo C), destacando para las mujeres embarazadas un promedio de puntaje t de 59.04 (ver anexo D) y para las mujeres no embarazadas un promedio de 57.29 (ver anexo E, tablas 29,30,31).

El rango de puntajes t de 30 a 83 en la escala 5 de Masculinidad/Feminidad produjeron un promedio de puntajes t de 58.61, para la mues-

tra general (ver anexo C), correspondiendo para el grupo de embarazadas un promedio de 59.09 (ver anexo D) y para el grupo de no embarazadas un promedio de 57.00 (ver anexo E) correspondiendo ambos a un nivel de término medio normal en dicha escala, (ver tablas 32, 33, 34).

Para la escala 6 de Paranoia, se encontró que el promedio de puntaje t que la muestra total obtuvo fué de 56.71 en un rango que va -- de 10 a 98 puntaje t (ver anexo C), observando que las mujeres embarazadas presentarón un promedio de 56.37 (ver anexo D) y las no embarazadas un promedio de 57.06 (ver anexo E), correspondiendo ambos a un nivel de término medio normal dentro de dicha escala. (ver tablas 35, 36, 37).

Asimismo, para la escala 7 de Psicastenia se encontró que el rango en el cual fluctuarón los puntajes t en el total de la muestra fué de 19 a 97, donde 53.57 resultó ser el puntaje t promedio (ver anexo C), correspondiendo para el grupo de embarazadas un promedio de 54.32 (ver anexo D) y para el grupo de las no embarazadas un promedio de -- 52.83 (ver anexo E) ambos traducidos a un nivel de término medio normal (ver tablas 38, 39, 40).

En lo que respecta a la escala 8 de Esquizofrenia, se observó un puntaje t promedio de 59.42 para las mujeres en general dentro de un rango que va de 32 a 92 puntaje t (ver anexo C), indicando que para -- el grupo de embarazadas corresponde un promedio de 59.68 (ver anexo D) y para el grupo de las no embarazadas un promedio de 59.17 (ver anexo E), ambos puntaje t y los cuales se ubican en un nivel de término medio normal en tal escala, (ver tablas 41, 41, 43).

Para la escala 9 de Manía, el total de la muestra presentó un -- rango de puntajes t de 32 a 78, obteniendo un promedio de puntaje t -- de 56.22 (ver anexo C), destacando para el grupo de embarazadas un -- promedio de 55.68 (ver anexo D) y para el grupo de no embarazadas un



promedio de 56.76 (ver anexo E), correspondiendo ambos a un nivel de término medio normal dentro de dicha escala. (ver tablas 44,45,46).

En lo que se refiere a la última escala clínica del MMPI, la 0 - de Sociabilidad, se encontró que para la muestra total el promedio de puntaje t fué de 54.02 dentro de un rango que va de 10 a 76 (ver anexo C), en donde las mujeres embarazadas presentaron un promedio de -- 53.40 (ver anexo D) y las no embarazadas un promedio de 54.64 (ver -- anexo E), colocándose en un nivel de término medio normal dentro de - dicha escala. (ver tablas 47,48,49).

Finalmente para las escalas de validez del MMPI, se observó que- en la escala L de Mentira, las mujeres en general presentaron un promedio de 57.53 dentro de un rango de puntaje t de 36 a 83 (ver anexo C), indicando que el grupo de embarazadas presentó un promedio de -- 58.45 (ver anexo D) y el grupo de no embarazadas un promedio de 56.61 (ver anexo E), mismos que caen en un nivel de término medio normal -- dentro de tal escala. (ver tablas 50,51,52).

En lo que se refiere a la escala F de validez o confusión, se -- encontró que las mujeres en general fluctuarón en un rango de punta-- jes t de 44 a 99, obteniendo un promedio de 57.83 (ver anexo C), co-- rrespondiendo para el grupo de embarazadas un promedio de 58.25 (ver-- anexo D) y para el grupo de no embarazadas un promedio de 57.42 (ver-- anexo E), ambos traducidos a un nivel de término medio normal, (ver - tablas 53,54,55).

Por último para la escala K de Corrección, se observó que el pun-- taje t promedio presentado por las mujeres en general fué de 54.44, - dentro de un rango de puntajes t que va de 12 a 75 (ver anexo C), re-- sultando para el grupo de embarazadas un promedio de 55.12 (ver anexo D) y para el grupo de no embarazadas un promedio de 53.77 (ver anexo-- E), mismos que las ubica en un nivel de término medio normal, (ver --

tablas 56, 57, 58).

Por otra parte, en lo que se refiere a la escala de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE) (ver anexo F), cabe resaltar que los resultados muestran que el total de la muestra fluctuó en un rango de puntaje de 28 a 71 en la escala de Ansiedad-Estado, con un puntaje promedio de 48.39 -- correspondiendo para el grupo de embarazadas un promedio de 49.03 y -- para el grupo de no embarazadas un promedio de 47.76, considerados ambos niveles significativos de ansiedad-Estado de acuerdo a la escala -- (ver tablas 59,60,61). Asimismo, en lo que se refiere a la Ansiedad--Rasgo, las mujeres en general obtuvieron un puntaje promedio de 47.46, dentro de un rango de 10 a 71 en dicha escala, en donde el grupo de -- embarazadas presentaron un promedio de 47.67 y las no embarazadas un -- promedio de 47.26, (ver tablas 62,63,64).

En lo que respecta a la escala de Autoconcepto de Tennessee (ver -- anexo G), se puede destacar que los resultados obtenidos muestran que -- la Capacidad de Autocrítica (6C), la muestra total presentó un prome-- -- dio de 31.30 dentro de un rango de 13 a 49, promedio que se traduce a -- un puntaje t de 45 percentil 30 en la escala de Autoconcepto, indican-- -- do que existe un bajo nivel de autocrítica en general (ver anexo H), -- correspondiendo para el grupo de embarazadas un promedio de 30.46 pun-- -- taje t de 43 percentil 25 (ver anexo I) y para el grupo de no embaraza-- -- das un promedio de 32.15 puntaje t de 45 percentil 30 dentro de la es-- -- cala de autoconcepto (ver anexo J, tablas 65,66,67).

Para el nivel total de autoestima (total P), se encontró que el -- rango de puntajes fluctuó de 150 a 432, resultando para la muestra to-- -- tal un promedio de 338.43 puntaje t de 46 percentil 35, indicando que -- las mujeres en general presentan un alto nivel de autoestima (ver ane-- -- xo H), correspondiendo para el grupo de embarazadas un promedio de --- -- 346.07 puntaje t de 49 percentil 47 (ver anexo I), y para el grupo de-

no embarazadas un promedio de 330.80 puntaje t de 44 percentil 28 (ver tablas 68,69,70).

En lo que respecta a las hileras que integran la escala de Autoconcepto de Tennessee, se encontró que para la Identidad, la muestra total presentó un promedio de 121.81 puntaje t de 44 percentil 28, dentro de un rango que va de 85 a 146, mostrando que las mujeres mantienen un bajo nivel de autoconcepto en el área que da respuesta a lo que ellas son, respecto a las otras dos hileras de autosatisfacción y conducta, es decir, que presentaron confusión acerca de lo que ellas considerarán que son (ver anexo H), presentando el grupo de embarazadas un promedio de 119.82 el cual corresponde a un puntaje t de 41 percentil 20 (ver anexo I); y el grupo de las no embarazadas un promedio de 120.74 puntaje t de 42 percentil 20 (ver anexo J), (tablas 71,72,73).

Para la hilera 2 de Autosatisfacción, se observó que las mujeres en general presentaron un rango de 32 a 198 con un promedio de 108.06 el cual corresponde a un puntaje t de 53 percentil 60 en dicha escala, indicando que la muestra mantiene un alto nivel de autosatisfacción, es decir, existe satisfacción personal (ver anexo H), presentando por un lado el grupo de las embarazadas un promedio de 106.36 puntaje t de 51 percentil 55 (ver anexo I), y por otro, el grupo de las no embarazadas un promedio de 109.77 puntaje t de 53 percentil 65 (ver anexo J, tablas 74,75,76).

Para la última hilera 3 de Conducta, se observó un promedio de 114.02 puntaje t de 49 percentil 45 en la muestra total de mujeres en un rango que fué de 54 a 146, indicando que la muestra en general mantiene un nivel medio de conformidad de conducta respecto a las otras dos hileras de identidad y autosatisfacción (ver anexo H), presentando el grupo de embarazadas un promedio de 113.91 puntaje t de 48 percentil 55 (ver anexo I) y el grupo de las no embarazadas un promedio de -

110.40 puntaje t de 49 percentil 49 (ver anexo J, tablas 77,78,79).

En relación a las columnas que integran la escala de Autoconcepto de Tennessee, se encontró que para el área de Físico, la muestra total presentó un promedio de 67.40 correspondiendo a un puntaje t de 43 percentil 25 en dicha escala, observándose un rango de 12 a 90; dicho puntaje promedio indica que las mujeres en general mantienen el nivel más bajo de autoconcepto en dicha área respecto a las demás columnas tales como las de Personal, Social, Familiar y Etico-Moral, es decir, en lo que se refiere a la aceptación y autoestima de cualidades o atributos de apariencia física (ver anexo H), presentando el grupo de las embarazadas un promedio de 66.75 puntaje t de 41 percentil 20 (ver anexo I) y el grupo de las no embarazadas un promedio de 68.05 puntaje t de 44, percentil 28 (ver tablas 80,81,82).

Para el área Etico-Moral, se encontró que la muestra total presentó un promedio de 70.76 dentro de un rango de 28 a 96, puntaje que se traduce a un puntaje t de 55 percentil 51 dentro de la escala de Autoconcepto, lo cual significa que las mujeres en general mantienen un nivel medio de autoconcepto en dicha área respecto a las demás, es decir, un nivel medio en lo que se refiere al autoconcepto de características e ideas mantenidas respecto a la religión y cuestiones relacionadas con la conducta moral, aceptándose que se es bueno o malo, (ver anexo H), destacando para las mujeres embarazadas un promedio de 70.47 puntaje t de 49 percentil 45 (ver anexo I), y para el grupo de las no embarazadas un promedio de 71.05 puntaje t de 51 percentil 50 (ver anexo J, tablas 83,84, 85).

Asimismo, en lo que corresponde al área Personal, se observó que la muestra total fluctuó en un rango de 27 a 96 resultando un promedio de 68.93 el cual equivale a un puntaje t de 54 percentil 65 en la mencionada escala, lo cual es indicador de que las mujeres en general pre

sentaron un positivo sentimiento de adecuación personal (ver anexo H), resáltando para el grupo de embarazadas un promedio de 72.40 puntaje t 60 percentil 80 (ver anexo I), mientras que para el grupo de las no embarazadas un promedio de 68.09 puntaje t 54 percentil 65 dentro de la escala de autoconcepto (ver anexo J, tablas 86,87,88).

Para el área Familiar, se observó un promedio de 69.81 en la muestra total, puntaje equivalente a un puntaje t de 49 percentil 45, lo cual es indicador de que las mujeres en general presentaron un nivel medio de autoconcepto dentro de dicha escala respecto a las otras áreas, es decir, se presentaron sentimientos de adecuación familiar (ver anexo H), mostrando para el grupo de embarazadas un promedio de 69.66 puntaje t de 47 percentil 40 (ver anexo I) y para el grupo de las no embarazadas un promedio de 69.96 puntaje t de 47 percentil 40 (ver anexo J, tablas 89,90,91).

Finalmente, para la última área Social de la misma escala, se encontró un promedio de 66.26 en la muestra total, traducido a un puntaje t de 53 percentil 60, dentro de un rango de 33 a 88, mismo que puede interpretarse como un nivel bajo de autoconcepto en tal área respecto a las demás columnas, es decir, como un nivel bajo en lo que se refiere a su desempeño e interacción social con los demás (ver anexo H), en donde el grupo de embarazadas presentó un promedio de 64.99 puntaje t de 44 percentil 28 (ver anexo I) y el grupo de las no embarazadas un promedio de 69.42 puntaje t de 47 percentil 40 (ver anexo J, tablas 92, 93,94) .

Ahora bien, por otra parte y en relación al análisis de resultados, no bastaba el conocer la naturaleza de los datos de la muestra total y por separado respecto a las variables elegidas; por lo que se intentó conocer con exactitud el punto en donde específicamente ambos grupos de embarazadas y no embarazadas diferían. De manera, que se procedió a determinar si existían o no diferencias significativas en-

tre las medias de ambos grupos respecto a los niveles de ansiedad, depresión, autoconcepto y elevación de las escalas del MMPI, utilizando para ello, el programa de la Prueba t, mismo que indicó si alguno de los grupos era diferente al otro en relación a dichas variables, permitiendo rechazar ó aceptar las hipótesis nulas ( $H_0$ ) formuladas al principio del presente estudio, aceptando una  $p =$  ó menor a .05, ya que en esa forma se garantizó que los resultados no fuerón debido a fluctuaciones en el azar, sino que tales medias muestrales fuerón lo suficientemente grandes como para considerarlas significativas; habiéndose obtenido los siguientes resultados :

Para la escala de Depresión del ZUNG, se obtuvo un valor  $F = 1.49$ , con una  $p = .00$ , que al ser menor a .05 se eligió la t con varianza separada que fué igual a 2.28 con una  $p = .02$ , misma que por ser menor a .05 se aceptó la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y se rechazó la hipótesis nula ( $H_0$ ); encontrando que si existen diferencias significativas en el nivel de la depresión entre el grupo de mujeres embarazadas y el grupo de no embarazadas, observando que el nivel de la depresión fué mayor en el grupo de las embarazadas ( $\bar{X} = 46.19$ ) que en el grupo de las no embarazadas ( $\bar{X} = 42.85$ ), (ver tabla 95).

En lo que se refiere a la escala 1 de Hipocondriasis del MMPI, se encontró un valor  $F = 1.27$  con una  $p = 0.00$ , que al ser menor a .05 se eligió una t con varianza separada igual a 3.31 con una  $p = 0.00$ , misma que por ser menor a .05 permitió aceptar la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y rechazar la hipótesis nula, encontrando que si existen diferencias significativas en el nivel de elevación de la escala 1 de Hipocondriasis entre el grupo de embarazadas y no embarazadas, observando que el nivel en tal escala fué más alto en las embarazadas ( $\bar{X} = 61.06$ ) que en las no embarazadas ( $\bar{X} = 55.78$ ) (ver tabla 95).

Para la escala 2 de la Depresión del MMPI, se obtuvo un valor  $F = 1.08$  con una  $p = 0.00$  que al ser menor a .05 se eligió una t con va-

rianza separada igual a 2.20 con una  $p = 0.02$  misma que al ser menor a .05 implicó aceptar la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ), es decir, si existen diferencias significativas entre el -- grupo de embarazadas y no embarazadas respecto al nivel de elevación -- en dicha escala; encontrando que tal escala se elevó más en el grupo -- de las embarazadas ( $\bar{X} = 61.52$ ) que en el grupo de las no embarazadas -- ( $\bar{X} = 58.28$ ) (ver tabla 95).

En relación a la escala 3 de Histeria del MMPI, se encontró un valor  $F = 1.05$  con una  $p = 0.00$ , que al ser menor a .05 se eligió una  $t$  -- con varianza separada igual a 2.30 con una  $p = 0.02$ , misma que por ser menor a .05, implicó aceptar la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y rechazar la -- hipótesis nula ( $H_0$ ), es decir, que si existen diferencias significati-- vas en el nivel de elevación en la escala 3, entre ambos grupos resul-- tando en el grupo de embarazadas una mayor elevación ( $\bar{X} = 59.40$ ) mien-- tras que para el grupo de las no embarazadas resultó menor nivel de -- elevación ( $\bar{X} = 56.14$ ) (ver tabla 95).

Al referirse a la escala 4 de la Desviación Psicopática del MMPI-- se puede decir, que el valor  $F$  obtenido fué de 1.28 con una  $p = 0.00$  -- que al ser menor a .05 implicó tomar una  $t$  con varianza separada igual a 1.22 con una  $p = 0.22$ , que al ser mayor a .05 provocó rechazar la hi-- pótesis alterna ( $H_1$ ) y aceptar la hipótesis nula ( $H_0$ ), por lo que se -- encontró que no hay diferencias significativas entre ambos grupos res-- pecto al nivel de elevación en dicha escala, observando que tal nivel-- de elevación fué semejante para mujeres embarazadas ( $\bar{X} = 59.04$ ) tanto -- para las no embarazadas ( $\bar{X} = 57.29$ ) (ver tabla 95).

Para la escala 5 de Masculinidad/Feminidad del MMPI, se encontró-- un valor  $F = 1.17$  con una  $p = 0.00$  que al resultar menor a .05 hizo ele-- gir una  $t$  con varianza separada igual a 0.75 con una  $p = 0.42$ , misma -- que por ser mayor a .05 implicó rechazar la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y --

aceptar la hipótesis nula ( $H_0$ ), es decir, no existen diferencias significativas en el nivel de elevación de tal escala entre ambos grupos, ya que dichos niveles de elevación fueron semejantes tanto para mujeres embarazadas ( $\bar{X} = 59.09$ ) como para mujeres no embarazadas ( $\bar{X} = 58.14$ ), (ver tabla 95).

En lo que corresponde a la escala 6 de Paranoia, se observó un valor  $F = 1.16$  con una  $p = 0.00$  menor a  $.05$  por lo que se tomó una  $t$  con varianza separada igual a  $-0.38$  con una  $p = 0.70$  que al ser mayor a  $.05$  implicó rechazar la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y aceptar la hipótesis nula ( $H_0$ ), es decir, no existen diferencias significativas entre ambos grupos respecto al nivel de elevación en tal escala; de manera que los niveles de elevación resultaron semejantes tanto para embarazadas ( $\bar{X} = 56.37$ ) como para las no embarazadas ( $\bar{X} = 57.06$ ), (ver tabla 95).

Para la escala 7 de Psicastenia se obtuvo un valor  $F = 1.50$  con una  $p = 0.00$  que al ser menor a  $.05$  permitió elegir una  $t$  con varianza separada igual a  $1.08$  con una  $p = 0.28$ , misma que por ser mayor a  $.05$  provocó rechazar la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y aceptar la hipótesis nula ( $H_0$ ), es decir, no existen diferencias significativas entre ambos grupos en relación al nivel de elevación de la escala 7; de manera que para ambos grupos el nivel de elevación fue semejante con ( $\bar{X} = 54.32$ ) y ( $\bar{X} = 52.83$ ) respectivamente, (ver tabla 95).

Refiriéndose a la escala 8 de Esquizofrenia del MMPI, se observó un valor  $F = 1.38$  con una  $p = 0.00$  misma que al ser menor a  $.05$  implicó elegir una  $t$  con varianza separada que tuvo un valor de  $0.34$  con una  $p = 0.73$ , que por ser mayor a  $.05$  hizo rechazar la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y aceptar la hipótesis nula ( $H_0$ ), por lo que se puede afirmar que no existen diferencias significativas entre ambos grupos respecto al nivel de elevación dado en tal escala, puesto que para el grupo de embarazadas y el de no embarazadas se obtuvieron valores semejantes con ( $\bar{X} = 59.65$ ) y ( $\bar{X} = 59.17$ ) respectivamente para cada grupo, (ver ta-



bla 95).

En la escala 9 de Manía del MMPI, se obtuvo un valor  $F = 1.00$  con una  $p = 0.00$  que al ser menor a  $.05$  determinó elegir una  $t$  con varianza separada que fué igual a  $-0.79$  con una  $p = 0.43$ , misma que por ser mayor a  $.05$  implicó rechazar la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y aceptar la hipótesis nula ( $H_0$ ), es decir, no existen diferencias significativas entre ambos grupos respecto al nivel de elevación de la escala 9, por lo que tales niveles resultarán semejantes tanto para el grupo de embarazadas ( $\bar{X} = 55.68$ ) como para el de no embarazadas ( $\bar{X} = 56.76$ ), (ver tabla 95).

En relación a la última escala clínica del MMPI, la 0 de Sociabilidad, se encontró un valor  $F = 1.42$  con una  $p = 0.00$  menor a  $.05$  por lo que se tomó una  $t$  con varianza separada igual a  $-0.91$  con una  $p = 0.36$ , que por ser mayor a  $.05$  implicó rechazar la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y aceptar la hipótesis nula ( $H_0$ ), es decir, no existen diferencias significativas entre ambos grupos en relación al nivel de elevación en la escala 0, resultando valores de elevación semejantes para el grupo de embarazadas y no embarazadas con ( $\bar{X} = 53.40$ ) y ( $\bar{X} = 54.64$ ), respectivamente para cada grupo (ver tabla 95).

En lo que respecta a las escalas de validez del MMPI, se encontró que para la escala L de Mentira se dió un valor  $F = 1.41$  con una  $p = 0.0$  misma que al ser menor a  $.05$  se eligió una  $t$  con varianza separada con valor de  $1.38$  con una  $p = 0.12$ , que por ser mayor a  $.05$  implicó rechazar la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y aceptar la hipótesis nula ( $H_0$ ), es decir, no existen diferencias significativas entre ambos grupos respecto al nivel de elevación en tal escala, en tanto que el nivel de elevación fué semejante para las embarazadas ( $\bar{X} = 58.45$ ) como para las no embarazadas ( $\bar{X} = 57.42$ ), (ver tabla 95).

Para la escala F de validez o confusión, se observó un valor  $F$  de

1.41 con una  $p = 0.00$  que resultó menor a .05 por lo que se eligió una  $t$  con varianza separada que fué igual a 0.61 con una  $p = 0.54$  mayor a .05 rechazando la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y aceptando la hipótesis nula ( $H_0$ ), encontrando que no hay diferencias significativas en el nivel de elevación de tal escala entre ambos grupos de mujeres embarazadas y no embarazadas, presentando valores semejantes ( $\bar{X} = 58.25$ ) y ( $\bar{X} = 57.42$ ), respectivamente, (ver tabla 95).

Para la escala  $K$  de corrección, se encontró un valor  $F$  de 1.11 -- con una  $p = 0.00$  menor a .05 por lo que se eligió una  $t$  con varianza separada igual a 1.01 con una  $p = 0.51$  que por ser mayor a .05 implicó -- rechazar la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y aceptar la hipótesis nula ( $H_0$ ), -- es decir, no existen diferencias significativas entre ambos grupos respecto al nivel de elevación en tal escala, puesto que en ambos se dieron valores semejantes, con ( $\bar{X} = 52.12$ ) y ( $\bar{X} = 53.77$ ) respectivamente, -- (ver tabla 95).

En lo que se refiere a la escala de Ansiedad-Estado (IDARE), se -- encontró un valor  $F = 1.16$  con una  $p = 0.00$  menor a .05 por lo que se -- eligió una  $t$  con varianza separada igual a 0.99 con una  $p = 0.32$ , que -- al ser mayor a .05 implicó rechazar la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y aceptar la hipótesis nula ( $H_0$ ), es decir, no existen diferencias significativas entre ambos grupos respecto al nivel de Ansiedad-Estado; de manera que tanto para las embarazadas ( $\bar{X} = 30.46$ ) como para las no embarazadas ( $\bar{X} = 32.15$ ) se presentaron niveles de elevación semejantes, (ver -- tabla 95).

Para la escala de Ansiedad-Rasgo (IDARE), se observó un valor  $F$  -- de 1.23 con una  $p = 0.00$  que al ser menor a .05 permitió elegir una  $t$  -- con varianza separada de 0.30 con una  $p = 0.76$ , misma que por ser mayor a .05 implicó rechazar la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y aceptar la hipótesis nula ( $H_0$ ), es decir, no existen diferencias significativas entre --

ambos grupos respecto al nivel de Ansiedad-Rasgo, ya que dicho nivel -  
fué semejante en el grupo de embarazadas ( $\bar{X}= 47.67$ ) como en el grupo -  
de las no embarazadas ( $\bar{X}= 47.26$ ), (ver tabla 95).

Refiriéndose a la escala de Autoconcepto de Tennessee, y concreta-  
mente a la Capacidad de Autocrítica (SC), se observó un valor  $F= 1.67$ -  
con una  $p= 0.00$  que por ser menor a  $.05$  se eligió una  $t$  con varianza -  
separada igual a  $-1.57$  con una  $p= 0.11$  mayor a  $.05$ , implicando recha--  
zar la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y aceptar la hipótesis nula ( $H_0$ ), por lo  
que se puede decir, no existen diferencias significativas en la Capaci-  
dad de Autocrítica entre ambos grupos, ya que los niveles de tal capa-  
cidad fuerón semejantes tanto en mujeres embarazadas ( $\bar{X}= 30.46$ ) como -  
en mujeres no embarazadas ( $\bar{X}= 32.15$ ), (ver tabla 95).

En cuanto al nivel de Autoestima (total P) de la escala de Auto--  
concepto, se observó un valor  $F= 1.62$  con una  $p= 0.00$  menor a  $.05$ , por  
lo que se eligió una  $t$  con varianza separada igual a  $1.91$  con una  $p= -$   
 $.05$ , resultando ser igual a  $.05$ , por lo que se aceptó la hipótesis al-  
terna ( $H_1$ ) y se rechazó la hipótesis nula ( $H_0$ ), es decir, se encontró-  
que si existen diferencias significativas en el nivel de Autoestima en  
tre ambos grupos, presentando el grupo de las embarazadas un mayor ni-  
vel de autoestima ( $\bar{X}=346.07$ ) por encima del que presentaron el grupo -  
de las no embarazadas ( $\bar{X}= 330.80$ ), (ver tabla 95).

En lo que respecta a las hileras de la escala de Autoconcepto, se  
encontró para la Identidad (lo que ellas son) se dió un valor  $F= 1.16$  -  
con una  $p= 0.00$  menor a  $.05$  por lo que se eligió una  $t$  con varianza --  
separada igual a  $1.25$  con una  $p= 0.21$ , misma que por ser mayor a  $.05$  -  
implicó rechazar la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y aceptar la hipótesis nula  
( $H_0$ ), es decir, no se encontraron diferencias significativas entre am-  
bos grupos ya que se presentaron niveles semejantes de autoconcepto en  
la hilera de Identidad tanto en el grupo de embarazadas ( $\bar{X}= 122.88$ ) co

mo en el grupo de las no embarazadas ( $\bar{X}= 120.74$ ) , (ver tabla 95).

Para la hilera 2 de Autosatisfacción, es decir la que se refiere a como se perciben ellas a sí mismas, dentro de la escala de autoconcepto se encontró un valor  $F= 1.12$  con una  $p= 0.00$  y se eligió una  $t$  con varianza separada igual a  $-1.20$  con una  $p= 0.23$  que por ser mayor a  $.05$ , implicó rechazar la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y aceptar la hipótesis nula ( $H_0$ ), no encontrando diferencias significativas entre ambos grupos respecto a la autosatisfacción, presentando el grupo de embarazadas un valor de ( $\bar{X}= 106.36$ ) y el grupo de las no embarazadas un valor de ( $\bar{X}= 109.77$ ), (ver tabla 95).

Para la última hilera 3 de Conducta de la misma escala, es decir la que se refiere a cómo ellas actúan, se encontró un valor  $F= 1.34$  con una  $p= 0.00$  que al ser menor a  $.05$  se eligió una  $t$  con varianza separada igual a  $-0.11$  con una  $p= 0.91$  mayor a  $.05$  por lo que se rechazó la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y se aceptó la hipótesis nula, es decir, no existen diferencias significativas entre ambos grupos respecto a dicha hilera, encontrándose valores similares en mujeres embarazadas ( $\bar{X}= 113.91$ ) y en mujeres no embarazadas ( $\bar{X}= 114.14$ ), (ver tabla 95).

En lo que corresponde a las columnas o áreas de la escala de Autoconcepto de Tennessee, se encontró para el área de Físico un valor  $F= 1.35$  con una  $p= 0.00$  menor a  $.05$  por lo que se eligió una  $t$  con varianza separada igual a  $-0.11$  con una  $p= 0.41$ , que al ser mayor a  $.05$  implicó rechazar la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y aceptar la hipótesis nula ( $H_0$ ); de manera que no se encontrarán diferencias significativas entre ambos grupos respecto a tal área, presentando las mujeres embarazadas un valor ( $\bar{X}= 66.75$ ) y el grupo de las no embarazadas un valor de ( $\bar{X}= 68.05$ ), (ver tabla 95).

En el área Etico-Moral de la misma escala, se encontró un valor F de 1.39 con una  $p = 0.00$  menor a  $.05$  por lo que se eligió una t con varianza separada igual a  $-0.45$  con una  $p = 0.65$  mayor a  $.05$ ; de manera que se rechazó la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y se aceptó la hipótesis nula ( $H_0$ ), es decir, no se encontraron diferencias significativas en dicha área entre ambos grupos de embarazadas y no embarazadas, presentando las siguientes medias respectivamente ( $\bar{X} = 70.47$ ) y ( $\bar{X} = 71.05$ ), (ver tabla 95).

Para el área Personal, se observó un valor  $F = 1.22$  con una  $p = 0.0$  menor a  $.05$  por lo que se eligió una t con varianza separada de  $1.10$  con una  $p = 0.27$ , que al ser mayor a  $.05$  provocó rechazar la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y aceptar la hipótesis nula ( $H_0$ ), es decir, no existen diferencias significativas en tal área entre ambos grupos; de manera que se obtuvo tanto para las embarazadas ( $\bar{X} = 69.78$ ) como para las no embarazadas ( $\bar{X} = 68.09$ ) valores semejantes, (ver tabla 95).

En el área Familiar, se observó un valor  $F = 1.65$  con una  $p = -0.23$  menor a  $.05$  por lo que se eligió una t con varianza separada igual a  $-8.23$  con una  $p = 0.82$ , misma que por ser mayor a  $.05$  implicó rechazar la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y aceptar la hipótesis nula ( $H_0$ ), es decir, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos respecto a tal área, presentando el grupo de las embarazadas un valor ( $\bar{X} = 69.66$ ) y el grupo de las no embarazadas un valor de ( $\bar{X} = 69.96$ ), (ver tabla 95).

Finalmente en lo que se refiere a la última área o columna de la escala de Autoconcepto, es decir, la Social, se observó un valor F de  $1.02$  con una  $p = 0.00$  menor a  $.05$ , por lo que se eligió una t con varianza separada igual a  $-1.89$  con una  $p = .06$ , misma que por ser mayor a  $.05$  implicó rechazar la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y aceptar la hipótesis nula ( $H_0$ ), es decir, no existen diferencias significativas entre -

ambos grupos respecto a tal área, ya que para ambos se obtuvieron valores semejantes con medias de ( $\bar{X}$ = 67.53) y ( $\bar{X}$ = 64.99), respectivamente.

Posteriormente, al haber determinado las diferencias significativas entre las medias de ambos grupos de embarazadas y no embarazadas -- respecto a los niveles de la Depresión, Ansiedad Estado-Rasgo, Autoconcepto y elevación en las escalas del MMPI, se tomaron en cuenta otras variables tales como la edad, estado civil, ocupación, escolaridad; -- mismas que se consideró podrían resultar elementos útiles para caracterizar a cada uno de los grupos, por lo que se requirió utilizar una -- prueba estadística como el Análisis de Varianza el cual proporcionó -- una variación entre y dentro de los grupos de embarazadas y no embarazadas con respecto a las variables antes mencionadas, determinando así las diferencias significativas que existen sobre las medias muestrales habiendo encontrado los siguientes resultados :

En la escala 1 de Hipocondriasis del MMPI con respecto a la ESCOLARIDAD, se observó un valor  $F = 2.14$  con una significancia de .034, -- menor a .05 indicando que en la muestra total las mujeres que presentan mayor elevación en tal escala fueron aquellas que tenían escolaridad hasta PRIMARIA (28) con ( $\bar{X}$ = 62.89), mientras que las que presentaron menor elevación en la misma escala fueron las que tenían escolaridad de PROFESIONAL INCOMPLETA (21) con ( $\bar{X}$ = 55.90), (ver tabla 96).

Para la escala 8 de Esquizofrenia del MMPI también en relación a la ESCOLARIDAD, se encontró un valor  $F = 2.35$  con una significancia de 0.02 menor a .05, indicando que las mujeres en general que llegaron a presentar un mayor nivel de elevación en tal escala fueron aquellas -- que tenían una escolaridad hasta SECUNDARIA COMPLETA (34) con una media ( $\bar{X}$ = 63.68) así como las que mantenían un nivel de escolaridad hasta PRIMARIA (28) con ( $\bar{X}$ = 63.61), mientras que las que presentaron menor nivel de elevación fueron las de POSGRADO (2) con ( $\bar{X}$ = 52.50) y las

de PROFESIONAL COMPLETA (21) con  $(\bar{X}= 54.48)$ , (ver tabla 96).

Para la escala O de Sociabilidad del MMPI en relación a la ESCOLARIDAD, se encontró un valor  $F= 2.52$  con una significancia de 0.004 misma que resultó ser menor a .05, indicando que las mujeres quienes llegaron a presentar mayor elevación en tal escala fueron las que tenían escolaridad de PRIMARIA (28) con  $(\bar{X}= 59.39)$  además de las de SECUNDARIA COMPLETA (34) con  $(\bar{X}= 56.44)$ , mientras que las que presentaron menor elevación fueron las de PROFESIONAL COMPLETA (21) con  $(\bar{X}= 48.00)$  así como las de POSGRADO (2) con  $(\bar{X}= 50.50)$ , (ver tabla 96)

En lo que se refiere a las escala de validez del MMPI, se encontró para la escala de validez o confusión un valor  $F= 2.39$  con una significancia menor a .05 igual a .01, mostrando que para la muestra total las mujeres que presentaron mayor elevación en dicha escala fueron aquellas que mantenían un nivel de escolaridad hasta PRIMARIA (28) con  $(\bar{X}= 61.89)$  además de las de SECUNDARIA COMPLETA (34) con  $(\bar{X}= 61.03)$ , mientras que las que presentaron menor nivel de elevación fueron las de PROFESIONAL COMPLETA (21) con  $(\bar{X}= 52.00)$  así como las de POSGRADO (2) con  $(\bar{X}= 53.00)$ , (ver tabla 96).

Para la escala K de corrección también en relación a la ESCOLARIDAD, se encontró un valor  $F= 2.38$  con una significancia de .01 menor a .05, encontrando que las mujeres quienes llegaron a presentar mayor nivel de elevación en dicha escala fueron las que tenían escolaridad de PROFESIONAL COMPLETA (21) con  $(\bar{X}= 60.43)$  y en contraparte aquellas que presentaron menor nivel de elevación fueron las que mantenían un nivel de escolaridad hasta PRIMARIA (28) con  $(\bar{X}= 51.18)$ , (ver tabla 96).

En lo que respecta a la Ansiedad-Rasgo (IDARE) en relación a la ESCOLARIDAD, se encontró un valor  $F= 3.28$  con una significancia de 0.002 menor a .05, indicó que en la muestra total las mujeres que-

llegaron a presentar mayor nivel de ansiedad rasgo fuerón las que tenían escolaridad hasta PRIMARIA (28) con ( $\bar{X}$ = 50.38), mientras que las que presentaron menor nivel de ansiedad rasgo fuerón las de nivel de escolaridad de PROFESIONAL COMPLETA (21) con ( $\bar{X}$ = 41.24), (ver tabla 96)

Para la Capacidad de Autocrítica (SC) de la escala de Autoconcepto de Tennessee en relación con la ESCOLARIDAD, se obtuvo un valor  $F$ = 2.18 con una significancia de .03 menor a .05, encontrando que en la muestra total las mujeres que presentaron mayor nivel de capacidad de autocrítica fuerón las de escolaridad de SECUNDARIA COMPLETA (34) con ( $\bar{X}$ =34.76) así como las de PREPARATORIA INCOMPLETA (14) con ( $\bar{X}$ = 32.57), y en contraparte aquéllas que presentaron menor nivel de capacidad de autocrítica fuerón las de PREPARATORIA COMPLETA (28) con ( $\bar{X}$ = 28.00) -- así como las de PROFESIONAL COMPLETA (21) con ( $\bar{X}$ = 29.29), (ver tabla - 96).

Referente a las hileras de la escala de Autoconcepto de Tenne -- ssee, se encontró en la hilera 1 de Identidad con respecto a la ESCOLARIDAD un valor  $F$ = 4.00 con una significancia de 0.000 menor a .05, encontrando que en la muestra total las mujeres que presentaron mayor nivel de autoconcepto en tal hilera fuerón aquéllas que tenían escolaridad de POSGRADO (2) con ( $\bar{X}$ = 135.50) además de las de PROFESIONAL COMPLETA (21) con ( $\bar{X}$ = 128.19), mientras que las de PRIMARIA (28) con --- ( $\bar{X}$ = 113.89) y las de SECUNDARIA COMPLETA (28) con ( $\bar{X}$ = 117.50) presentan menor nivel de autoconcepto en dicha hilera, (ver tabla 96).

Asimismo, para la hilera 2 de Autosatisfacción de la misma escala con respecto a la ESCOLARIDAD, se obtuvo un valor  $F$ = 3.55 con una significancia de 0.001 menor a .05, indicando que las mujeres quienes presentaron mayor nivel de autoconcepto en tal hilera fuerón las que mantenían un nivel de escolaridad de PROFESIONAL COMPLETA (21) con ( $\bar{X}$ = 121.10) mientras que las de SECUNDARIA COMPLETA (34) con ( $\bar{X}$ = 105.35) -



presentarón menor nivel de autoconcepto en la misma hilera, (ver tabla 96).

Para la última hilera 3 de Conducta de la misma escala con respecto a la ESCOLARIDAD, se obtuvo un valor  $F= 2.27$  con una significancia de .02 menor a .05, indicando que en la muestra total las mujeres que llegaron a presentar mayor nivel de elevación en tal hilera fuerón las de escolaridad de PROFESIONAL COMPLETA (21) con ( $\bar{X}= 121.29$ ), y las que presentarón menor nivel de autoconcepto fuerón aquéllas que tenían una escolaridad de PRIMARIA (28) con ( $\bar{X}= 107.14$ ), (ver tabla 96).

Ahora bien, para las columnas o áreas de la escala de Autoconcepto también con respecto a la ESCOLARIDAD, se encontró en el área de -- Físico un valor  $F= 1.92$  con una significancia de 0.05 igual a .05, mostrando que para la muestra total las mujeres que llegaron a presentar mayor nivel de autoconcepto en tal área fuerón las que tenían escolaridad de PROFESIONAL COMPLETA (21) con ( $\bar{X}= 71.86$ ), mientras que las de menor nivel fuerón las de PRIMARIA (28) con ( $\bar{X}= 63.04$ ), (ver tabla 96).

En lo que se refiere a la columna de lo Familiar, se obtuvo un -- valor  $F= 3.19$  con una significancia de 0.002 menor a .05, mostrando -- que las mujeres que presentarón mayor nivel de autoconcepto en tal -- área fuerón las que tenían escolaridad de POSGRADO (2) con ( $\bar{X}= 77.00$ )-- así como las de PROFESIONAL COMPLETA (21) con ( $\bar{X}= 75.24$ ), mientras que las que presentarón menor nivel de autoconcepto fuerón las de SECUNDARIA COMPLETA (34) con ( $\bar{X}= 65.24$ ) y las de PRIMARIA (28) con ( $\bar{X}= 67.36$ ) (ver tabla 96).

Para la última área de la escala de autoconcepto, es decir, la Social se encontró un valor  $F= 4.07$  con una significancia de 0.00 menor a .05, en donde las mujeres que presentarón mayor nivel de autoconcepto en tal área fuerón las que mantenían escolaridad de PROFESIONAL -- INCOMPLETA (29) con ( $\bar{X}= 70.72$ ) y las de POSGRADO (2) con ( $\bar{X}= 70.50$ ), -

mientras que las que contaban con PRIMARIA (28) con ( $\bar{X}$ = 59.61) además de las de PREPARATORIA INCOMPLETA (14) con ( $\bar{X}$ = 62.93) fueron las que presentaron menor nivel de autoconcepto en dicha área, (ver tabla 96).

Por otra parte, en lo que se refiere a la escala de la Depresión-respecto al NIVEL SOCIOECONOMICO ó clasificación, se encontró un valor  $F$ = 2.78 con una significancia de 0.02 menor a .05, indicando que las mujeres dentro de la muestra total que llegaron a presentar el mayor nivel de depresión en la escala de ZUNG, fueron las que corresponden a clasificación A y B consideradas un nivel socioeconómico BAJO (51) con ( $\bar{X}$ = 47.18) así como las que correspondían a una clasificación E, F -- (32) consideradas un nivel socioeconómico MEDIO con ( $\bar{X}$ = 46.06), mientras que las que presentaron menor nivel de depresión fueron aquellas que correspondían a una clasificación I, J, (10) con ( $\bar{X}$ = 36.90) considerado un nivel ALTO. (ver tabla 98)

Refiriéndose a las escalas clínicas del MMPI con respecto al NIVEL SOCIOECONOMICO, se puede destacar que para la escala 4 de la Desviación Psicopática, se obtuvo un valor  $F$ = 3.17 con una significancia de 0.01 menor a .05 lo que dió como resultado para la muestra total el que las mujeres que correspondían a una clasificación A y B (51) con ( $\bar{X}$ = 61.73) considerado un nivel BAJO, así como las de clasificación E y F nivel socioeconómico MEDIO (32) con ( $\bar{X}$ = 59.59) fueron quienes presentaron mayor nivel de elevación en tal escala, mientras que las que correspondían a clasificaciones I, J nivel socioeconómico ALTO -- (10) con ( $\bar{X}$ = 53.30) y las de G, H, nivel socioeconómico MEDIO ALTO --- (5) con ( $\bar{X}$ = 55.00) fueron las que presentaron menor nivel de elevación (ver tabla 98).

Para la escala 7 de Psicastenia, se encontró un valor  $F$ = 2.63 con una significancia de ,036 menor a .05, encontrando que en la muestra total las mujeres que presentaron mayor elevación en tal escala fueron

las que correspondían a clasificaciones C y D nivel socioeconómico - MEDIO BAJO (40) con ( $\bar{X}$ = 56.60) y en contraparte las que presentarón - menor nivel de elevación fuerón las que correspondían a clasificación G, H, nivel socioeconómico MEDIO ALTO (43) con ( $\bar{X}$ = 52.63), (ver tabla 98).

Para la escala O de Sociabilidad, se obtuvo un valor  $F$ = 3.42 con una significancia de 0.01 menor a .05, indicando que las mujeres que presentarón mayor nivel de elevación en tal escala fuerón las que corresponden a clasificaciones A,B nivel socioeconómico BAJO (11) con ( $\bar{X}$ = 61.64) y las de C, D nivel socioeconómico MEDIO BAJO (40) con ( $\bar{X}$ = 57.13), mientras que aquéllas que presentarón menor nivel de elevación fuerón las que correspondían a clasificaciones E,F nivel socioeconómico MEDIO (59) con ( $\bar{X}$ = 53.34) así como las de G,H nivel socioeconómico MEDIO ALTO (43) con ( $\bar{X}$ = 53.05), (ver tabla 98).

Finalmente para el nivel de autoestima (total P) de la escala de Autoconcepto de Tennessee con respecto al NIVEL SOCIOECONOMICO o clasificación, se obtuvo un valor  $F$ = 2.48 con una significancia de 0.04 menor a .05, encontrádo que en la muestra total las mujeres que llegarón a presentar mayor nivel de autoestima fuerón las que correspondían a clasificaciones A,B nivel socioeconómico BAJO (11) con ( $\bar{X}$ = 375.27) y las de E, F nivel socioeconómico MEDIO (59) con ( $\bar{X}$ = 338.92) mientras que aquéllas que presentarón menor nivel de autoestima fuerón las que correspondían a clasificación I,J, nivel socioeconómico - ALTO (28) con ( $\bar{X}$ = 321.61), (ver tabla 98).

Ahora bien, en relación a la escala de la Depresión del ZUNG, -- con respecto a la OCUPACION se encontró un valor  $F$ = 2.27 con una significancia de 0.03, encontrando que en la muestra total las mujeres que presentarón mayor nivel de depresión fuerón las que estaban dedicadas al HOGAR (118) con ( $\bar{X}$ = 46.33) así como las SUBEMPLEADAS (2) con

( $\bar{X}$  = 46.00) y por otra parte las que presentaron menor nivel de depresión fueron las PROFESIONISTAS (16) con ( $\bar{X}$  = 37.06) y las ESTUDIANTES (18) con ( $\bar{X}$  = 43.28), (ver tabla 100).

En relación a las escalas clínicas del MMPI con respecto a la OCUPACION, se encontró para la escala 1 de Hipocondriasis un valor  $F = 2.43$  con una significancia de 0.02 menor a .05, destacando que las mujeres que obtuvieron un mayor nivel de elevación en tal escala fueron las que se dedicaban al HOGAR (118) con ( $\bar{X}$  = 60.48) así como las EMPLEADAS (32) con ( $\bar{X}$  = 57.44), mientras que las COMERCIANTES (5) con ( $\bar{X}$  = 45.40) y las ESTUDIANTES (18) con ( $\bar{X}$  = 54.83) fueron las que presentaron menor nivel de elevación en dicha escala, (ver tabla 100).

Para la escala 7 de Psicastenia, se encontró un valor  $F = 3.20$  con una significancia de 0.005 menor a .05, indicando que las mujeres que estaban dedicadas al HOGAR (118) con ( $\bar{X}$  = 55.81) y las ESTUDIANTES (18) con ( $\bar{X}$  = 51.78) fueron las que presentaron mayor nivel de elevación en tal escala, mientras que aquéllas que presentaron menor nivel de elevación fueron las SUBEMPLEADAS (2) con ( $\bar{X}$  = 46.00), (ver tabla 100).

Para la escala 8 de Esquizofrenia, se encontró un valor  $F = 3.17$  con una significancia de 0.005 menor a .05, dando como resultado que las mujeres quienes presentaron mayor nivel de elevación en tal escala fueron las dedicadas al HOGAR (118) con ( $\bar{X}$  = 61.47) y las de ocupación de TECNICO (9) con ( $\bar{X}$  = 58.67), mientras que las que presentaron menor nivel de elevación fueron las SUBEMPLEADAS (2) con ( $\bar{X}$  = 49.00) y las PROFESIONISTAS (16) con ( $\bar{X}$  = 50.81), (ver tabla 100).

Para la escala 0 de Sociabilidad, se obtuvo un valor  $F = 3.05$  con una significancia de 0.007 menor a .05, indicando que las mujeres que presentaron mayor nivel de elevación en tal escala fueron las SUBEMPLEADAS (2) con ( $\bar{X}$  = 56.60) y las dedicadas al HOGAR (118) con ( $\bar{X}$  =

55.93), mientras que las COMERCIANTES (5) con ( $\bar{X}$ = 48.20) y las PROFESIONISTAS (16) con ( $\bar{X}$ = 47.06), (ver tabla 100).

En lo que se refiere a las hileras de la escala de Autoconcepto de Tennessee respecto a la OCUPACION, se encontró que en la hilera 1 de Identidad (lo que ellas son) se obtuvo un valor  $F= 2.35$  con una significancia de 0.03 menor a .05 donde las mujeres SUBEMPLEADAS (5) ( $\bar{X}$ = 133.50) y las PROFESIONISTAS (16) con ( $\bar{X}$ = 129.38) presentaron mayor nivel de autoconcepto en tal hilera, y a su vez las que presentaron menor nivel de autoconcepto fueron las de ocupación de TECNICO (9) con ( $\bar{X}$ = 117.56) y las dedicadas al HOGAR (118) con ( $\bar{X}$ = 120.95), (ver tabla 100).

Para la hilera 2 de autosatisfacción (como se percibe ella a sí misma), se encontró un valor  $F= 2.48$  con una significancia de 0.02 menor a .05, encontrando que las mujeres SUBEMPLEADAS (2) y las ESTUDIANTES (18) presentaron un mayor nivel de autoconcepto en tal hilera con ( $\bar{X}$ = 127.50) y ( $\bar{X}$ = 117.78) respectivamente, mientras que las que presentaron menor nivel de autoconcepto fueron las de ocupación de TECNICO (9) con ( $\bar{X}$ = 101.11) y las dedicadas al HOGAR (118) con ( $\bar{X}$ = 104.77), (ver tabla 100).

Para la hilera 3 de Conducta de las misma escala de Autoconcepto, se obtuvo un valor  $F= 2.35$  con una significancia de 0.03 menor a .05, en donde se encontró que las mujeres con ocupación de COMERCIANTES (5) y las SUBEMPLEADAS (2) fueron las que presentaron mayor nivel de autoconcepto en tal hilera con ( $\bar{X}$ = 128.00) y ( $\bar{X}$ = 126.00) respectivamente, mientras que las de ocupación de TECNICO (9) así como las dedicadas al HOGAR (118) fueron las que presentaron menor nivel de autoconcepto con los siguientes valores ( $\bar{X}$ = 107.67) y ( $\bar{X}$ = 112.25) respectivamente, (ver tabla 100).

Por último al referirse a las columnas o áreas de la escala de Autoconcepto de Tennessee con respecto a la OCUPACION, se encontró que para el Área Familiar un valor  $F = 2.14$  con una significancia de 0.05 - igual a .05 en donde se encontró que las mujeres PROFESIONISTAS (16) - con ( $\bar{X} = 75.13$ ) y las SUBEMPLEADAS (2) con ( $\bar{X} = 74.70$ ) presentaron mayor nivel de autoestima en tal área, mientras que las de ocupación de TECNICO (9) con ( $\bar{X} = 64.56$ ) así como las dedicadas al HOGAR (118) con --- ( $\bar{X} = 68.96$ ) fueron las que presentaron menor nivel de autoconcepto en tal área, (ver tabla 100).

Para el área de Sociabilidad, se obtuvo un valor  $F = 2.83$  con una significancia de 0.01 menor a .05, encontrando que las mujeres quienes mantenían un mayor nivel de autoconcepto en tal área fueron las PROFESIONISTAS (16) con ( $\bar{X} = 71.88$ ) y las ESTUDIANTES (18) con ( $\bar{X} = 70.28$ ), - mientras que las que presentaron menor nivel de autoconcepto fueron -- aquéllas que tenían ocupación de TECNICO (9) con ( $\bar{X} = 63.11$ ) y las dedi cadas al HOGAR (118) con ( $\bar{X} = 64.42$ ), (ver tabla 100).

Una vez analizadas cada una de las variables por separado (Escola ridad, Nivel Socioeconómico y Ocupación) se procedió a elaborar un --- Análisis Factorial de Varianza a través de la cual se conoció cuáles - eran las interacciones entre las variables independientes. De manera, que se realizarón las interacciones principales con dichas variables - contra el grupo de embarazadas y no embarazadas, obteniendo los si --- guientes resultados :

En la escala 1 de Hipocondriasis, se encontró un valor  $F = 2.43$  - con una significancia de 0.01 menor a .05, indicando que las mujeres - embarazadas quienes tenían escolaridad de PRIMARIA (16) con ( $X = 64.63$ ) presentaron mayor elevación en tal escala y por otra parte las que tenían escolaridad de PROFESIONAL COMPLETA (15) con ( $\bar{X} = 54.93$ ) fueron -- las que presentaron menor nivel de elevación, (ver tabla 97). Asimis-

mo, se encontró que las mujeres no embarazadas que tenían escolaridad de PRIMARIA (12) con ( $\bar{X}$ = 60.58) fueron las que presentaron mayor nivel de elevación, mientras que aquellas que tenían escolaridad de PREPARATORIA INCOMPLETA (7) con ( $\bar{X}$ = 48.86) además de las de CARRERA TECNICA(20) con ( $\bar{X}$ = 53.45) presentaron un menor nivel de elevación, (ver tabla 97).

Para la escala 8 de Esquizofrenia del MMPI, se encontró un valor  $F = 2.37$  con una significancia de 0.001 menor a .05, mostrando que las mujeres embarazadas que tenían escolaridad de PRIMARIA(16) con ( $\bar{X}$ = 65.56) así como las de SECUNDARIA COMPLETA (16) con ( $\bar{X}$ = 64.94) presentaron mayor nivel de elevación en tal escala, mientras que las de escolaridad de PROFESIONAL COMPLETA (15) con ( $\bar{X}$ = 52.67) y las de POSGRADO (2) con ( $\bar{X}$ = 52.50) presentaron menor nivel de elevación. Por otra parte para las mujeres no embarazadas se encontró que las que tenían SECUNDARIA INCOMPLETA (18) con ( $\bar{X}$ = 62.56) y las de PRIMARIA (12) con ( $\bar{X}$ = 61.00) presentaron mayor nivel de elevación en la misma escala y contrariamente menor elevación se encontró en aquellas que tenían -- PREPARATORIA COMPLETA (14) con ( $\bar{X}$ = 56.36) así como las de PROFESIONAL INCOMPLETA (18) con ( $\bar{X}$ = 56.78), (ver tabla 97).

Para la escala 0 de Sociabilidad, se encontró un valor  $F = 2.92$  con una significancia de 0.004 menor a .05, indicando que las mujeres embarazadas que tenían escolaridad de PRIMARIA (16) con ( $\bar{X}$ = 58.81) -- así como las de SECUNDARIA COMPLETA (16) con ( $\bar{X}$ = 59.94), presentaron mayor nivel de elevación en tal escala, mientras que aquellas que tenían escolaridad de PROFESIONAL INCOMPLETA (11) con ( $\bar{X}$ = 49.64) y las de PROFESIONAL COMPLETA (15) con ( $\bar{X}$ = 46.60) fueron las que presentaron menor nivel de elevación, (ver tabla 97). Por otro lado para las mujeres no embarazadas se encontró que aquellas que presentaron mayor nivel de elevación en tal escala fueron las de escolaridad de PRIMARIA (12) con ( $\bar{X}$ = 60.17) así como las de CARRERA TECNICA (20) con ---

( $\bar{X}= 51.50$ ) y las de PROFESIONAL INCOMPLETA (18) con ( $\bar{X}= 56.27$ ), (ver - tabla 97).

En lo que se refiere a las escalas de válidez del MMPI, con res-- pecto a la ESCOLARIDAD se encontró que para la escala F de confusión - se dió un valor  $F= 2.41$  con una significancia de 0.01 menor a .05, --- dando como resultado que las mujeres embarazadas que presentaron mayor nivel de elevación en tal escala fueron las de escolaridad hasta PRIMARIA (16) con ( $\bar{X}= 63.56$ ) y las de SECUNDARIA COMPLETA (16) con ( $\bar{X}=62.31$ ) contrariamente aquéllas que presentaron menor nivel de elevación fue-- rón las que tenían escolaridad de PROFESIONAL COMPLETA (15) con ( $\bar{X}= -- 51.00$ ) así como las de POSGRADO (2) con ( $\bar{X}= 59.89$ ) . Y en lo que se - refiere a las mujeres no embarazadas, se encontró que aquéllas que ten-- ían escolaridad de SECUNDARIA COMPLETA (18) con ( $\bar{X}= 59.89$ ) y las de - PRIMARIA (12) con ( $\bar{X}= 59.67$ ) fueron las que presentaron mayor eleva--- ción en tal escala, mientras que aquéllas que presentaron menor eleva-- ción fueron las de PROFESIONAL COMPLETA (6) con ( $\bar{X}= 54.50$ ) y las de -- PROFESIONAL INCOMPLETA (18) con ( $\bar{X}= 55.56$ ), (ver tabla 97).

Para la escala K de corrección, se encontró un valor  $F= 2.48$  con-- una significancia de 0.01 menor a .05, en donde las mujeres embara-- das que presentaron mayor nivel de elevación en tal escala fueron aque-- llas que tenían escolaridad de PROFESIONAL COMPLETA (15) con ( $\bar{X}=59.80$ ) mientras que las que presentaron menor nivel de elevación fueron las - que mantenían un nivel de escolaridad de PREPARATORIA INCOMPLETA (14)- con ( $\bar{X}= 48.29$ ). Asimismo, para las mujeres no embarazadas, se encon-- tró que las que tenían escolaridad de PROFESIONAL COMPLETA (6) con --- ( $\bar{X}= 62.00$ ) fueron las que presentaron mayor nivel de elevación y en -- contraparte las de menor elevación fueron las de escolaridad hasta PRI-- MARIA (12) con ( $\bar{X}= 48.12$ ), (ver tabla 97).



En relación a la Ansiedad-Rasgo (IDARE) con respecto a la ESCOLARIDAD, se encontró un valor  $F= 3.26$  con una significancia de  $0.002$  menor a  $.05$ , donde las mujeres embarazadas que presentaron mayor nivel de ansiedad-rasgo fueron las que tenían escolaridad de SECUNDARIA COMPLETA (16) con ( $\bar{X}= 52.69$ ), mientras que las de menor nivel de ansiedad rasgo fueron las de escolaridad de PROFESIONAL COMPLETA (15) con ( $\bar{X}= 39.93$ ). Con respecto al grupo de las no embarazadas, se encontró que aquellas que presentaron mayor nivel de ansiedad-rasgo fueron las que tenían escolaridad de PRIMARIA (12) con ( $\bar{X}= 51.58$ ), mientras que las de menor nivel fueron las de PROFESIONAL COMPLETA (6) con ( $\bar{X}=44.50$ ) (ver tabla 97).

Para la Capacidad de Autocrítica de la escala de Autoconcepto de Tennessee (SC) respecto a la ESCOLARIDAD, se encontró un valor  $F= 2.05$  con una significancia de  $0.04$  menor a  $.05$ , indicando que las mujeres embarazadas con escolaridad de POSGRADO (2) con ( $\bar{X}= 33.00$ ) fueron las que presentaron mayor nivel de Autocrítica, mientras que las que mostraron menor nivel fueron las de SECUNDARIA INCOMPLETA (6) con ( $\bar{X}= 25.33$ ). Asimismo, para el grupo de las no embarazadas se encontró que aquellas que tenían escolaridad de PREPARATORIA INCOMPLETA (7) con ( $\bar{X}= 34.71$ ) fueron las que presentaron mayor nivel de autocrítica, mientras que las de menor nivel fueron las de PROFESIONAL COMPLETA (6) con ( $\bar{X}= 27.50$ ), (ver tabla 97).

Para el nivel total de autoestima (total P) en relación directa con la ESCOLARIDAD, se encontró un valor  $F= 1.92$  con una significancia de  $0.059$  igual a  $.05$ , en donde las mujeres embarazadas que presentaron mayor nivel de autoestima fueron las de escolaridad de PROFESIONAL COMPLETA (15) con ( $\bar{X}= 371.00$ ), mientras que las de menor nivel de autoestima fueron las de escolaridad con PRIMARIA (16) ( $\bar{X}= 319.06$ ) así como las de SECUNDARIA COMPLETA (16) con ( $\bar{X}= 322.63$ ). En relación al grupo de las no embarazadas se encontró que las de mayor nivel de autoestima

fuerón las de escolaridad de PROFESIONAL INCOMPLETA (18) con ( $\bar{X}$ =366.00) además de las de PROFESIONAL COMPLETA (6) con ( $\bar{X}$ = 352.83), mientras -- que las de menor nivel de autoestima resultaron ser las de SECUNDARIA-INCOMPLETA (5) con ( $\bar{X}$ = 230.20), (ver tabla 97).

En cuanto a las hileras de la escala de Autoconcepto respecto a -- las ESCOLARIDAD, se encontró para la hilera 1 de Identidad un valor F de 3.86 con una significancia de 0.00 menor a .05, observando que las mujeres embarazadas que presentaron mayor nivel de autoconcepto en tal hilera fuerón las que mantenían un nivel de escolaridad de PROFESIONAL COMPLETA (15) con ( $\bar{X}$ = 129.53) así como las de POSGRADO (2) con ( $\bar{X}$ = - 135.50), mientras que las de menor nivel fuerón las de escolaridad de SECUNDARIA COMPLETA (16) con ( $\bar{X}$ = 117.19), así como las de PRIMARIA --- (16) con ( $\bar{X}$ = 114.19). Y para el grupo de las no embarazadas se encontró que las de mayor nivel de autoconcepto en tal hilera fuerón las de escolaridad de PROFESIONAL COMPLETA (6) con ( $\bar{X}$ = 124.83), mientras que las de menor nivel fuerón las de PRIMARIA (12) con ( $\bar{X}$ = 113.50), (ver -- tabla 97).

Para la hilera 2 de Autosatisfacción, se encontró un valor  $F=3.86$  con una significancia de 0.00 menor a .05, indicando que las mujeres -- con escolaridad de PROFESIONAL COMPLETA (15) con ( $\bar{X}$ = 118.57) fuerón -- las que presentaron mayor nivel de autoconcepto en tal hilera, mien-- tras que las de menor nivel fuerón las de PRIMARIA (12) con ( $\bar{X}$ = 99.15) y las de SECUNDARIA COMPLETA (16) con ( $\bar{X}$ = 98.88). Asimismo, para el -- grupo de las no embarazadas se encontró que aquellas de escolaridad de PROFESIONAL COMPLETA (6) con ( $\bar{X}$ = 127.17) y las de PROFESIONAL INCOMPLETA (18) con ( $\bar{X}$ = 121.22) fuerón las que presentaron mayor nivel de auto concepto y en contraparte aquellas que presentaron menor nivel de auto concepto fuerón las de PRIMARIA (12) con ( $\bar{X}$ = 99.42) así como las de -- SECUNDARIA COMPLETA (18) con ( $\bar{X}$ = 105.44), (ver tabla 97).

Respecto a las columnas o áreas de la Escala de Autoconcepto de Tennessee en relación a la ESCOLARIDAD, se encontró para la columna de Físico un valor  $F = 1.93$  con una significancia de .05 igual a .05 (nivel requerido de significancia), en donde las mujeres que presentaron mayor nivel de autoconcepto en tal área fueron las de escolaridad de PREPARATORIA INCOMPLETA (7) con ( $\bar{X} = 72.29$ ) así como las de PROFESIONAL COMPLETA (15) con ( $\bar{X} = 71.27$ ), mientras que las de SECUNDARIA COMPLETA (16) con ( $\bar{X} = 60.50$ ) y las de PRIMARIA (16) con ( $\bar{X} = 63.25$ ) fueron las que presentaron menor nivel de autoconcepto en tal área. Asimismo, -- para el grupo de las no embarazadas, se encontró que aquellas que mantenían un mayor nivel de autoconcepto en la misma área fueron las de PROFESIONAL COMPLETA (6) con ( $\bar{X} = 73.33$ ) y las de PROFESIONAL INCOMPLETA (18) con ( $\bar{X} = 71.78$ ), mientras que las de menor nivel resultaron ser las de PRIMARIA (12) con ( $\bar{X} = 62.75$ ) así como las de PREPARATORIA INCOMPLETA (14) con ( $\bar{X} = 66.00$ ), (ver tabla 97).

En el área o columna Personal de la misma escala con respecto a la ESCOLARIDAD, se obtuvo un valor  $F = 2.62$  con una significancia de -- 0.01 menor a .05, encontrando que las mujeres embarazadas que presentaron mayor nivel de autoconcepto en tal área fueron las de PROFESIONAL COMPLETA (15) con ( $\bar{X} = 75.13$ ), mientras que las de menor nivel de autoconcepto fueron las de escolaridad de PRIMARIA (16) con ( $\bar{X} = 64.13$ ) así como las de SECUNDARIA COMPLETA (16) con ( $\bar{X} = 64.75$ ). Y para el grupo de las no embarazadas se encontró que las que contaban con escolaridad de PROFESIONAL COMPLETA (6) con ( $\bar{X} = 72.33$ ) y las de PROFESIONAL INCOMPLETA (18) con ( $\bar{X} = 71.89$ ) fueron las que presentaron mayor nivel de -- autoconcepto y aquellas que presentaron menor nivel fueron las de escolaridad de PRIMARIA (12) con ( $\bar{X} = 64.00$ ) y las de SECUNDARIA COMPLETA (18) con ( $\bar{X} = 64.78$ ), (ver tabla 97).

En lo que se refiere al área Social respecto a la ESCOLARIDAD, se encontró un valor  $F = 4.10$  con una significancia de  $0.00$  menor a  $.05$ , en donde las mujeres embarazadas que presentaron mayor nivel de autoconcepto en tal área fueron las que tenían escolaridad de POSGRADO (2) con ( $\bar{X} = 70.50$ ) así como las de PROFESIONAL COMPLETA (15) con ( $\bar{X} = 69.80$ ) mientras que las de menor nivel resultaron ser las de escolaridad de PRIMARIA (16) con ( $\bar{X} = 59.19$ ) y las de SECUNDARIA COMPLETA (16) con ( $\bar{X} = 60.88$ ). Para el grupo de las no embarazadas, se encontró que las que presentaron mayor nivel de autoconcepto fueron las de PROFESIONAL-INCOMPLETA (18) con ( $\bar{X} = 74.22$ ) y las de PROFESIONAL COMPLETA (6) con ( $\bar{X} = 69.67$ ), mientras que las que presentaron menor nivel de autoconcepto en tal área fueron las de PRIMARIA (12) con ( $\bar{X} = 60.17$ ) y las de PREPARATORIA INCOMPLETA (7) con ( $\bar{X} = 61.67$ ), (ver tabla 97).

Ahora bien, al referirse a la escala de la Depresión de ZUNG respecto a la clasificación o NIVEL SOCIOECONÓMICO, se encontró un valor  $F = 3.49$  con una significancia de  $0.009$  menor a  $.05$ , donde el grupo de las embarazadas que presentaron mayor nivel de depresión fueron las que correspondían a clasificaciones E, F nivel socioeconómico MEDIO (15) con ( $\bar{X} = 50.00$ ) y las de A, B, nivel socioeconómico BAJO (32) con ( $\bar{X} = 48.41$ ), mientras que las de menor nivel de depresión fueron las que correspondían a clasificaciones I, J nivel socioeconómico ALTO (10) con ( $\bar{X} = 36.90$ ) así como las de G, H nivel socioeconómico MEDIO ALTO (5) con ( $\bar{X} = 40.40$ ). Por otra parte, en lo que se refiere a el grupo de las no embarazadas se encontró que las que presentaron mayor nivel de depresión fueron las de clasificación A, B nivel socioeconómico BAJO (19) con ( $\bar{X} = 45.11$ ) y las de E, F nivel socioeconómico MEDIO (17) con ( $\bar{X} = 42.59$ ) así como las de clasificación C, D, nivel MEDIO BAJO (64) con ( $\bar{X} = 42.25$ ), es decir, que en los tres niveles socioeconómicos se llegó a elevar la depresión, no observándose ningún puntaje menor a los mencionados, en tanto que ninguna de las mujeres embarazadas de

las clasificaciones G,H,I,J niveles socioeconómicos MEDIO ALTO y ALTO llegaron a presentar puntajes significativos en la escala de la Depresión de ZUNG, (ver tabla 99).

Para las escalas clínicas del MMPI en relación a la clasificación 6 NIVEL SOCIOECONOMICO, se encontró en la escala 4 de la Desviación -- Psicopática un valor  $F= 3.39$  con una significancia de 0.01 menor a .05 encontrando que en el grupo de las embarazadas las que correspondían a clasificaciones E,F nivel socioeconómico MEDIO (15) con ( $\bar{X}= 62.93$ ) y las de A,B nivel socioeconómico BAJO (32) con ( $\bar{X}= 61.81$ ) fueron las -- que presentaron mayor nivel de elevación en tal escala, mientras que -- las de menor elevación fueron las que correspondían a clasificaciones -- I,J nivel socioeconómico ALTO (10) con ( $\bar{X}= 53.50$ ) y las de G,H, nivel -- MEDIO ALTO (5) con ( $\bar{X}= 55.00$ ). Y para el grupo de las no embarazadas se encontró que las que presentaron mayor nivel de elevación fueron -- las que correspondían a clasificaciones A,B nivel socioeconómico MEDIO BAJO (64) con ( $\bar{X}= 56.19$ ) así como las de E,F nivel MEDIO (17) con --- ( $\bar{X}= 56.65$ ); cabe señalar que ninguna de las mujeres no embarazadas que correspondían a clasificaciones G,H,I,J niveles socioeconómicos ALTOS, llegaron a presentar puntaje t significativo en tal escala, (ver tabla 99).

En la escala 7 de Psicastenia en relación a la clasificación o NIVEL SOCIOECONOMICO, se observó un valor  $F= 2.39$  con una significancia de 0.05 igual a .05 (nivel requerido de significancia), encontrando -- que las mujeres embarazadas que llegaron a presentar mayor nivel de -- elevación en tal escala fueron las que correspondían a clasificación -- C,D nivel socioeconómico MEDIO BAJO (25) con ( $\bar{X}= 56.48$ ) así como las de A,B nivel BAJO (7) con ( $\bar{X}= 56.00$ ), mientras que las que presentaron -- menor nivel de elevación fueron las de clasificación E,F nivel socioeconómico MEDIO (22) con ( $\bar{X}= 50.36$ ) y las de G,H nivel MEDIO ALTO (16) con ( $\bar{X}= 54.56$ ). Asimismo, para el grupo de las no embarazadas, se ---

encontró que las mujeres que presentaron mayor nivel de elevación fueron las de clasificación C,D nivel socioeconómico MEDIO BAJO (15) con ( $\bar{X}$ = 56.80), mientras que las que presentaron menor nivel de elevación fueron las de clasificación G,H nivel ALTO (27) con ( $\bar{X}$ = 51.48), (ver tabla 99).

En la escala O de Sociabilidad en relación a la clasificación 6 - NIVEL SOCIOECONOMICO, se observó un valor  $F= 3.62$  con una significancia de 0.00 menor a .05, encontrando que las mujeres embarazadas que presentaron mayor nivel de elevación en tal escala fueron las que correspondían a clasificaciones A,B nivel socioeconómico BAJO (7) con ( $\bar{X}$ = 63.86) así como a las de C,D nivel socioeconómico MEDIO BAJO (25) con ( $\bar{X}$ = 57.12), mientras que las de menor nivel fueron las de clasificación G,H nivel socioeconómico MEDIO ALTO (16) con ( $\bar{X}$ = 51.38). Para el grupo de las no embarazadas, se encontró que las que presentaron mayor nivel de elevación fueron las de clasificación A,B nivel socioeconómico BAJO (4) con ( $\bar{X}$ = 57.75) y C,D nivel MEDIO BAJO (15) con ( $\bar{X}$ = 57.12) y por otro lado las de menor nivel de elevación fueron las de E,F nivel MEDIO (37) con ( $\bar{X}$ = 52.97) y las de G,H nivel socioeconómico MEDIO ALTO (27) con ( $\bar{X}$ = 54.04), (ver tabla 99).

Para el nivel de autoestima (total P) de la escala de Autoconcepto de Tennessee, respecto al NIVEL SOCIOECONOMICO, se observó un valor  $F= 2.54$  con una significancia de 0.041 menor a .05, encontrando que las mujeres embarazadas que llegaron a presentar mayor nivel de autoestima fueron las que correspondían a clasificaciones A,B nivel socioeconómico BAJO (7) con ( $\bar{X}$ = 385.14), mientras que las que presentaron menor nivel de elevación fueron las de clasificación I,J nivel socioeconómico ALTO (11) con ( $\bar{X}$ = 341.55). En el grupo de las no embarazadas se encontró que las mujeres que llegaron a presentar mayor nivel de autoestima fueron las de A,B nivel socioeconómico BAJO (4) con ( $\bar{X}$ = 358.00), mientras que las de menor nivel de autoestima fueron las de -

clasificación I,J nivel socioeconómico ALTO (17) con ( $\bar{X}$ = 308.71), -- (ver tabla 99).

En lo que respecta a la escala de la Depresión de ZUNG en relación con la OCUPACION, se encontró un valor  $F= 2.92$  con una significancia de 0.02 menor a .05, en donde las mujeres embarazadas que presentaron mayor nivel de Depresión fueron las SUBEMPLEADAS (7) con --- ( $\bar{X}$ = 51.71) así como las ESTUDIANTES (6) con ( $\bar{X}$ = 49.17), mientras que aquéllas que presentaron menor nivel fueron las PROFESIONISTAS (14) con ( $\bar{X}$ = 39.36) así como las dedicadas al HOGAR (73) con ( $\bar{X}$ = 46.73). Para el grupo de las no embarazadas, se encontró que las mujeres que presentaron mayor nivel de depresión fueron las dedicadas al HOGAR -- (45) con ( $\bar{X}$ = 45.63) así como las de ocupación de TECNICO (9) con --- ( $\bar{X}$ = 42.22), mientras que las de menor nivel fueron las PROFESIONISTAS (7) con ( $\bar{X}$ = 36.43) y las ESTUDIANTES (12) con ( $\bar{X}$ = 40.33), (ver tabla-101).

En la escala 1 de Hipocondriasis del MMPI, se encontró un valor-  $F= 2.49$  con una significancia de 0.04 menor a .05, en donde las mujeres embarazadas que presentaron mayor nivel de elevación fueron las - dedicadas al HOGAR (73) con ( $\bar{X}$ = 62.84) así como las SUBEMPLEADAS (7)- con ( $\bar{X}$ = 61.29), mientras que las que presentaron menor nivel de elevación fueron las PROFESIONISTAS (14) con ( $\bar{X}$ = 52.29). Para el grupo de las no embarazadas se encontró que las mujeres dedicadas al HOGAR (45) con ( $\bar{X}$ = 56.67) y las SUBEMPLEADAS (27) con ( $\bar{X}$ = 56.33) fueron las que presentaron mayor nivel de elevación y a su vez, aquéllas que presentaron un menor nivel fueron las ESTUDIANTES (12) con ( $\bar{X}$ = 52.42), (ver tabla 101).

En la escala 7 de Psicastenia en relación a la OCUPACION, se obtuvo un valor  $F= 3.01$  con una significancia de 0.008 menor a .05, encontrando que en el grupo de las embarazadas las mujeres que presenta

rón mayor nivel de elevación en tal escala fueron las dedicadas al HOGAR (73) con ( $\bar{X}$  56.47) así como las EMPLEADAS (5) con ( $\bar{X}$  54.40), -- mientras que las que presentaron menor nivel de elevación fueron las - COMERCIANTEs (3) con ( $\bar{X}$  55.67) y las SUBEMPLEADAS (2) con ( $\bar{X}$  46.00). En el grupo de las no embarazadas, se encontró que las mujeres dedicadas al HOGAR (45) con ( $\bar{X}$  54.76) así como las COMERCIANTEs (3) con --- ( $\bar{X}$  55.67) fueron las que presentaron mayor nivel de elevación, mientras que las de ocupación de TECNICO (27) con ( $\bar{X}$  48.56) y las EMPLEA-- DAS (27) con ( $\bar{X}$  51.07) fueron las que presentaron menor nivel de elevación, (ver tabla 101).

Para la escala 8 de Esquizofrenia del MMPI, se encontró un valor  $F = 3.17$  con una significancia de 0.005 menor a .05, observando que las mujeres embarazadas que llegaron a presentar un mayor nivel de elevación fueron las dedicadas al HOGAR (73) con ( $\bar{X}$  61.93) así como las -- EMPLEADAS (5) con ( $\bar{X}$  57.80), mientras que las que presentaron menor - nivel de elevación fueron las PROFESIONISTAS (12) con ( $\bar{X}$  48.92) y las ESTUDIANTES (2) con ( $\bar{X}$  49.50). En el grupo de las no embarazadas, se encontró que las ESTUDIANTES (3) con ( $\bar{X}$  61.00) así como las dedicadas al HOGAR (45) con ( $\bar{X}$  60.67) fueron las que presentaron mayor nivel de elevación, mientras que las PROFESIONISTAS (4) con ( $\bar{X}$  56.60) además - de las EMPLEADAS (27) con ( $\bar{X}$  58.52) fueron las de menor elevación en dicha escala, (ver tabla 101).

En la escala 0 de Sociabilidad, se observó un valor  $F = 3.37$  con -- una significancia de 0.004 menor a .05, en donde las mujeres que pre-- sentaron mayor nivel de elevación en tal escala fueron las SUBEMPLEA-- DAS (5) con ( $\bar{X}$  56.60) y las EMPLEADAS (5) con ( $\bar{X}$  56.00), mientras -- que las PROFESIONISTAS (12) con ( $\bar{X}$  47.08) y las COMERCIANTEs (2) con ( $\bar{X}$  48.50) fueron las que presentaron menor nivel de elevación. Y en el grupo de las no embarazadas se encontró que las mujeres que presentaron mayor nivel de elevación fueron las dedicadas al HOGAR (45) con



( $\bar{X}$  = 58.62), mientras que las que presentaron menor nivel de elevación fueron las PROFESIONISTAS (4) con ( $\bar{X}$  = 47.00), (ver tabla 101).

En lo que se refiere a las hileras de la Escala de Autoconcepto de Tennessee con respecto a la OCUPACION, para la hilera 1 de Identidad se encontró un valor  $F = 2.13$  con una significancia de 0.051 menor a .05, en donde las mujeres embarazadas que presentaron mayor nivel de autoconcepto fueron las SUBEMPLEADAS (2) con ( $\bar{X}$  = 133.50) y las COMERCIANTES (2) con ( $\bar{X}$  = 133.00), mientras que las de menor nivel de autoconcepto en tal hilera fueron las ESTUDIANTES (6) con ( $\bar{X}$  = 119.17) y las dedicadas al HOGAR (73) con ( $\bar{X}$  = 121.36). Y en lo que se refiere al grupo de las no embarazadas, se encontró que las mujeres que presentaron mayor nivel de autoconcepto en tal hilera fueron las ESTUDIANTES (12) con ( $\bar{X}$  = 128.58) y las PROFESIONISTAS (4) con ( $\bar{X}$  = 125.50) mientras que las de menor nivel de autoconcepto fueron las de ocupación de TECNICO (9) con ( $\bar{X}$  = 117.56) y las EMPLEADAS (27) con ( $\bar{X}$  = 118.37), (ver tabla 101).

En la hilera 2 de Autosatisfacción, se observó un valor  $F = 2.50$  con una significancia de 0.02 menor a .05, en donde las mujeres SUBEMPLEADAS (2) con ( $\bar{X}$  = 127.50) fueron las que presentaron mayor nivel de autoconcepto en tal hilera, mientras que las de menor nivel fueron las dedicadas al HOGAR (73) con ( $\bar{X}$  = 103.27). Y en el grupo de las no embarazadas las mujeres con mayor nivel de autoconcepto en la misma hilera fueron las PROFESIONISTAS (4) con ( $\bar{X}$  = 122.25), mientras que las de menor nivel fueron las de ocupación de TECNICO (9) con ( $\bar{X}$  = 101.11) así como las ESTUDIANTES (3) con ( $\bar{X}$  = 107.00), (ver tabla 101).

En la hilera 3 de Conducta de la misma escala con respecto a la OCUPACION, se encontró un valor  $F = 2.36$  con una significancia de 0.03 menor a .05, en donde las mujeres embarazadas que presentaron mayor nivel de autoconcepto fueron las COMERCIANTES (2) con ( $\bar{X}$  = 130.00) y -

las SUBEMPLEADAS (2) con ( $\bar{X}$ = 126.00), mientras que las ESTUDIANTES - (6) con ( $\bar{X}$ = 110.17) así como las EMPLEADAS (5) con ( $\bar{X}$ = 115.20) fuerón las que presentarón menor nivel de autoconcepto. Y para el grupo de las no embarazadas encontrando que las mujeres que llegarón a presentar mayor nivel de autoconcepto en tal hilera fuerón las COMERCIANTES (3) con ( $\bar{X}$ = 126.27) así como las ESTUDIANTES (12) con ( $\bar{X}$ = 123.50), -- y aquéllas que presentarón menor nivel fuerón las de ocupación de TECNICO (9) con ( $\bar{X}$ = 107.67) así como las dedicadas al HOGAR (45) con --- ( $\bar{X}$ = 112.16), (ver tabla 101).

Al referirse a las columnas de la escala de Autoconcepto de Tennessee, se encontró para el área Familiar un valor  $F= 2.25$  con una significancia de 0.04 menor a .05; en donde las mujeres que presentarón mayor nivel de autoconcepto en tal área fuerón las PROFESIONISTAS (12) con ( $\bar{X}$ = 76.25) así como las COMERCIANTES (2) con ( $\bar{X}$ = 75.50), mientras que las que presentarón menor nivel fuerón las ESTUDIANTES (6) - con ( $\bar{X}$ = 68.67) y las dedicadas al HOGAR (73) con ( $\bar{X}$ = 68.14) . Para el grupo de las no embarazadas, se encontró que las mujeres con mayor nivel de autoconcepto fuerón las ESTUDIANTES (12) con ( $\bar{X}$ = 75.08) y -- las PROFESIONISTAS (4) con ( $\bar{X}$ = 71.75), mientras que las que presentarón menor nivel de autoconcepto en dicha área fuerón las EMPLEADAS -- (27) con ( $\bar{X}$ = 68.48) así como las de ocupación de TENICO (9) con ( $\bar{X}$ = - 64.56), (ver tabla 101).

En el área de lo Social de la misma escala con respecto a la OCUPACION, se encontró un valor  $F= 2.81$  con una significancia de 0.01 menor a .05, en donde las mujeres embarazadas que presentarón mayor nivel de autoconcepto fuerón las PROFESIONISTAS (12) con ( $\bar{X}$ = 72.08) y -- las COMERCIANTES (2) con ( $\bar{X}$ = 70.50), mientras que las que presentarón menor nivel fuerón las ESTUDIANTES (6) con ( $\bar{X}$ = 62.33) así como las dedicadas al HOGAR (73) con ( $\bar{X}$ = 63.74) . Para el grupo de las no emba-

razadas, se encontró que las mujeres ESTUDIANTES (12) con ( $\bar{X}=74.25$ ) y las PROFESIONISTAS (4) con ( $\bar{X}= 71.25$ ) fueron las que presentaron mayor nivel de autoconcepto en tal área, mientras que las de menor nivel fueron las de ocupación de TÉCNICO (9) con ( $\bar{X}= 63.11$ ) así como -- las dedicadas al HOGAR (45) con ( $\bar{X}= 65.53$ ), (ver tabla 101).

## CAPITULO IV

### CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

#### 1. DISCUSION

El propósito del presente estudio fué determinar si en un embarazo de curso normal convergen aspectos emocionales significativos, por lo cual se trabajó sobre la base de la medición de la Ansiedad, Depresión, Autoconcepto y Escalas del MMPI; utilizando un grupo de mujeres pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) y un grupo de mujeres no embarazadas, mismo que funcionó como grupo control. De manera que al obtener un perfil psicológico correspondiente a cada uno de los grupos, se conocieron los niveles precisos de tales variables que caracterizan al grupo de embarazadas y al grupo de no embarazadas, lo que permitió hacer inferencias más generales atribuibles al estado emocional durante el embarazo de curso normal, mismo que representó el tema central de interés.

El análisis de los datos reveló que el nivel de la Depresión medida a través del ZUNG, el nivel de Autoestima (total P) valorado por medio de la Escala de Autoconcepto de Tennessee, así como las Escalas del MMPI, 1 de Hipocondriasis (Hc), 2 de la Depresión (D) y 3 de Histeria (Hi), fueron diferentes significativamente entre ambos grupos de embarazadas y no embarazadas (ver tabla 95); en donde el grupo de embarazadas presentó mayores niveles de elevación en tales variables, por encima del grupo de las no embarazadas. Asimismo, por medio del análisis de Varianza se encontró la variación entre y dentro de los grupos respecto a la escolaridad, nivel socioeconómico y ocupación.

Los hallazgos mencionados anteriormente permiten el rechazo de algunas de las hipótesis nulas y apoyan por ende algunas otras de las -- hipótesis de investigación planteadas al principio del estudio.

En lo que se refiere particularmente al nivel de la depresión, los resultados evidencian estadísticamente que en un estado de embarazo de curso normal se hace patente mayor depresión ( $\bar{X}= 46.19$ ) que la que se presenta en un estado de no embarazo ( $\bar{X}= 42.85$ ), lo cual apoya la opinión vertida por algunos clínicos acerca de los fenómenos empíricos en relación al estado emocional durante el embarazo, como son (Deutsch -- 1944), (Langer, 1964), (Hall y Mohr, 1933).

Sin embargo, tales resultados tienen que ser interpretados con --- cierta cautela, ya que son menos alarmantes en lo que a su documentación estadística se refiere tal y como se ha presupuesto a partir de -- varios estudios (Sacks, B. Frank, 1985), (Pitt, 1968), (Yalom, 1966), -- (Elliot, 1983), (Kumar y Key, 1984), (Davis y DeVault, 1960); por lo que se puede decir que en efecto en un estado de embarazo de curso normal llega a presentarse cierto nivel de depresión debido a que representa un tiempo de cambios fisiológicos, de molestos síntomas que se presentan generalmente en el primer trimestre de embarazo (Bushell, 1961), -- (Karacan, 1968), (Erikson, 1967), requiriendo adaptación de parte de la mujer que lo vivencia y dirigiendola hacia una labilidad e hipersensibilidad emocional y estado de ánimo fluctuante (Bibring, 1959), (Flum, -- 1980), (Erikson, 1960). Empero, tal nivel de depresión no llega a un -- nivel patológico, y no se puede afirmar que el embarazo puede desencadenar desequilibrio emocional, en tanto que el nivel de depresión detectado dentro de la escala del ZUNG no corresponde a un nivel significativo de depresión con carácter ambulatorio o que requiera hospitalización, sino más bien cae dentro de los controles normales, persistien do ciertas reacciones de ajuste a la situación transitoria.

Por otra parte, no obstante que se puede estar de acuerdo con -- (Deutsch,1944), (Beauvoir,1981), (Langer,1964), en que el embarazo representa una etapa de movilización de fuerzas dinámicas en relación a la identidad femenina y temprana relación madre-hija, es importante -- resaltar que conjugado a tales factores persisten otros más, mismos -- que llegan a provocar labilidad emocional. Tales factores a los que -- se hace referencia son los factores de índole psicosocial, como son el apoyo social y stress de vida, el primero referido a las relaciones -- que proporcionan ayuda emocional, afecto y sentido de la propia capaci-dad para tener confianza y confiar en otros, y el cual ha sido señalado por Peterson (1983), el segundo factor referido a los sucesos de -- vida ocurridos en el pasado y juzgados como negativos por parte de la persona, mismo que ha sido apuntado por Nuckolls (1982); factores en -- los que vale la pena centrar la atención, y a los cuales se les puede adjudicar cierto nivel de intervención directa para moldear el estado-emocional durante el embarazo.

Es decir, que el nivel socioeconómico, la preocupación por el trabajo u ocupación resultan elementos más loables que expliquen el por-- qué la mujer se encuentra hasta cierto punto deprimida durante su estado de embarazo, puesto que se conjuga la preocupación por garantizarle a su hijo un bienestar óptimo en función de lo físico como de lo material (Klein, Potter y Dick,1950); tal supuesto encuentra inclusive apoyo en los hallazgos significativos en el presente estudio respecto al nivel socioeconómico, en donde las mujeres embarazadas que llegaron a presentar mayores niveles de depresión fueron precisamente aquéllas -- que correspondían a clasificaciones A,B,E y F considerados niveles socioeconómicos BAJO y MEDIO (ver tabla 96), así como lo referente a la significancia de la ocupación, en donde las mujeres embarazadas que -- presentaron mayor elevación en tal nivel de depresión fueron precisamente las SUBEMPLEADAS y ESTUDIANTES (ver tabla 100), quienes represent

tan un gran porcentaje de población económicamente inactiva en nuestro país.

Sin embargo, el estado de embarazo de curso normal no se limita exclusivamente a un tipo de preocupaciones a nivel social, puesto que los datos acerca de los niveles de elevación en las escalas clínicas del MMPI 1, 2 y 3 nos confirma que en realidad si existe cierto nivel de depresión ( $\bar{X}= 61.52$ ), preocupación y pesimismo debido a la situación temporal de embarazo que se esta vivenciando, pero en donde además sus preocupaciones se extienden al área corporal en relación a su estado de salud lo cual se prueba a través de la elevación de la escala 1 ( $\bar{X}= 61.06$ ) señalando cierto interés a nivel físico con una gran variedad de quejas somáticas concernientes precisamente a su salud.

Los resultados anteriores acerca de la elevación de la escala 1 del MMPI coincide con lo encontrado por Nelson, Gumlak y Politano (1986) quienes reportaron en tal escala una mayor discriminación entre primigrávida y multigrávidas, más que una distinción total entre las mujeres no embarazadas, en donde tal grupo control aparece caracterizado por un nivel de preocupaciones menos significativas, con una actitud más relajada hacia las responsabilidades y con una adecuada capacidad para vivir las preocupaciones que impone su estilo de vida.

Como consecuencia, la depresión incrementada así como las preocupaciones por la salud expresando quejas somáticas de parte del grupo de embarazadas tanto en el estudio anteriormente mencionado como respecto al presente, resulta lógico, puesto que el embarazo concretamente representa un tiempo de cambios a nivel fisiológico, pero a la vez un evento que se lleva a efecto dentro de un contexto sociocultural; de manera que en la incurrencia significativa de tales aspectos emocionales tiene que tomarse en cuenta la condición o calidad de dicho contexto; cabe traer a mención que entre los resultados encontrados en el

presente estudio, la escala 1 de Hipocondriasis fué significativa precisamente en función de la Ocupación, en donde las mujeres embarazadas que presentaron mayor elevación en tal escala fueron las que se dedican al HOGAR, así como las SUBEMPLEADAS, (ver tabla 100).

Ahora bien, cabe señalar que los hallazgos del presente estudio no coincidieron así en lo encontrado por Nelson, Gumlak y Politano (1983) en relación a la significancia de las escalas 7 y 8 del MMPI, mismas que cabe resaltar resultan sensibles para detectar índice de ansiedad y autoevaluación, sentimientos de tensión y baja autoestima (7) y sentimientos de enajenación; incomprensión, soledad e inferioridad (8); ya que de acuerdo con sus resultados señalan que las mujeres embarazadas tienden a experimentar más sentimientos fundamentales de culpabilidad, inferioridad y dificultades de autoafirmación; sintiéndose típicamente enajenadas interpersonalmente, mucho más ansiosas y más preocupadas. Sin embargo para el presente estudio de acuerdo a los resultados detectados se pueden señalar supuestos contrarios a los anteriormente señalados, es decir, que el embarazo promueve en la mujer una tendencia hacia sentimientos de seguridad, confianza en sí misma, fortaleciendo su propio valer, sintiéndose digna y valiosa, de tal forma que dicho sentimiento logra equilibrar su nivel de autoestima, puesto que en lugar de disminuir aumenta; supuesto que va acorde con el nivel significativo de autoestima detectado en las mujeres embarazadas ( $\bar{X}= 346.07$ ) por encima del grupo de mujeres no embarazadas ( $\bar{X}= 330.80$ ).

La consideración antes mencionada confirma por otra parte el supuesto señalado por Bardwick (1971) en base a que el embarazo promueve mayor autoestima, ya que es producto del desarrollo psicológico de la mujer, debido a que desde pequeña siempre se le enseña a depender de la estima de los demás y no se enfrentó al stress al cual se sometió



al niño, como fué el de renunciar a características de pasividad y dependencia. Por el contrario desde niña, pasando por su adolescencia y llegar a su vida adulta siempre se le recompensó sus conductas de pasividad y dependencia, actitudes que socialmente son aceptadas para el rol de mujer.

Por lo tanto, el embarazo representa para ella la vía por medio de la cual aumenta su estima, estableciendo con su producto una relación interna diferente a las que ha establecido puesto que en éste caso ya no depende de la estima de los demás, además obtiene éxito en el rol tradicional y por ende éxito en su feminidad, obteniendo a la par gratificaciones, motivación y estima, lo cual no descarta por supuesto cierto nivel de depresión matizada de preocupaciones, ligada a responsabilidad emocional en la crianza de su hijo.

Sheriff (1966) y Reidl (1981) al hacer referencia hacia la autoestima, señalan que la persona se valora más o menos en las diversas extensiones que posee de acuerdo a los diferentes niveles y tipos de capacidades que la persona recibe como propias para enfrentarse al medio, y el embarazo precisamente a éste nivel, se traduce a una capacidad reproductora, cualidad propia y exclusiva que en cierta forma hace que se enfrente al medio y aún más que en función de ella se valore.

Como consecuencia, psicológicamente el embarazo representa un evento que entraña crisis de maduración, puesto que significa realización que le remunera aumento de estima (Bibring, 1959) (Bardwick, 1971), pero a la vez también le representa un tiempo de labilidad emocional, en el cual suceden preocupaciones asociadas a su situación social, en suma un tiempo de dualidad y ambivalencias, (Deutsch, 1944).

Por otra parte, no obstante que aún cuando se presentó en las mujeres embarazadas preocupación e interés a nivel corporal en relación a la salud, expresando quejas somáticas de acuerdo con la elevación de las escalas 1 ( $\bar{X}=61.06$ ) y la 3 ( $\bar{X}=59.40$ ); tal interés no se traduce a un rechazo por el cuerpo, es decir, a un rechazo por la imagen de embarazo, lo cual tiene base en los supuestos ideológicos que la cultura ha rodeado a la maternidad suponiendo que es un estado que dignifica y resalta los valores de feminidad en la mujer (Langer, 1964), (Beauvoir, 1981), (Ramírez, 1980), por lo que más que rechazar un abdomen protuberante, la mujer se siente orgullosa de verse próxima a madre, y ello implica no estar respondiendo como Zuckerber (1972) señala cuando menciona que la mujer embarazada responde con preocupación significativa hacia la deformación de su cuerpo, (la cual es evidente), conceptualizándolo como un daño y como parte de su orgullo narcisista; sino que contrariamente debido a los elementos ideológicos implicados, la respuesta de la mujer embarazada en relación a su interés por el cuerpo es debido a una preocupación centrada en su salud con cierta incertidumbre por saber como se resolverá y llegará a término su estado, pero siempre en función de el factor salud y no en función de apariencia física.

En lo que respecta a el área de físico de la escala de autoconcepto, no se encontraron diferencias significativas, lo cual se puede tomar como base para apoyar el supuesto anteriormente expuesto, lo que si resulta importante resaltar, es que de antemano, exista o no embarazo la mujer tiende a presentar menor autoestima a éste nivel ( $\bar{X}=67.40$ ), situación que tiene su explicación en que desde pequeña ha aprendido a subestimar sus atributos positivos, (Nuckolls, 1972).

En lo que se refiere al nivel de ansiedad, los hallazgos del presente estudio, no fueron significativos, ya que ambos grupos resultaron con niveles de elevación semejantes, tanto en ansiedad-estado ( $\bar{X} = 49.03$ ) y ( $\bar{X} = 47.76$ ) como para ansiedad-rasgo ( $\bar{X} = 47.67$ ) y ( $\bar{X} = 47.26$ ) respectivamente para cada uno de los grupos. Tal nivel estimado de ansiedad resultó diferente en magnitud con respecto a lo señalado por varios autores como son (Grim, 1951), (Hamilton, 1955) (Bea, 1976) (Newman, 1978), quienes sostienen que la ansiedad es un elemento de índole emocional patente de manera muy significativa en un estado de embarazo. Empero, los resultados del presente estudio evidencian que tal nivel de ansiedad ya no sólo no es patológico sino inclusive ni siquiera significativo.

Cabe señalar, que la escala 7 como se mencionó anteriormente no resultó significativa encontrándose en ambos grupos niveles semejantes ( $\bar{X} = 54.32$ ) ( $\bar{X} = 54.83$ ) respectivamente, la cual fue elaborada con el propósito de encontrar características de personalidad clasificada como Psicastenia, incluyendo reacciones fóbicas y obsesivo-compulsivas, manifestándose por medio de conductas de ansiedad y angustia, pero lo cual no se traduce a que ésta sea una escala que mida angustia, sino que sólo es sensible a detectar fluctuaciones de estado de ánimo y el IDARE, por el contrario es un instrumento con mayor especificidad para medir ansiedad. Aún cuando en el presente estudio ambas no resultaron significativas e indique que no existe un nivel significativo de ansiedad en un embarazo de curso normal tal y como se ha presupuesto por muchos teóricos, cabe resaltar que en caso de que la escala 7 hubiera resultado significativa, ello no puede ser indicador de que pueda estar persistiendo un nivel significativo de ansiedad durante el embarazo.

De acuerdo con Bardwick (1971) y Beauvoir (1981), existen evidentes diferencias en comportamiento y desenvolvimiento social entre las mujeres de épocas pasadas respecto a la mujer actual; tales autoras -- señalan que el estilo de vida actual impone en la mujer mayores complicaciones, colocándola ante serias decisiones como es el de elegir el camino de su satisfacción personal a través del trabajo, estudio y profesión ó renunciando a su condición materna (Langer, 1964).

Sin embargo, tal supuesto resulta opuesto de acuerdo a los hallazgos del presente estudio, en donde se encontró que la variable escolaridad fué significativa, en tanto que a menor escolaridad mayor elevación en los niveles de depresión y escalas del MMPI, así también con respecto a la variable ocupación en donde las subempleadas y estudiantes además de las dedicadas al hogar fueron las mujeres que presentaron mayores niveles de elevación, mujeres que curiosamente son aquellas que no ejercen una actividad remunerada económicamente; inclusive en lo que se refiere al nivel socioeconómico los niveles más bajos fueron los que alcanzaron mayores niveles de elevación y particularmente en lo que respecta al nivel de autoestima, las mujeres que llegaron a presentar un mayor nivel en tal aspecto fueron precisamente las profesionistas así como las que presentaron ó mantenían una mayor escolaridad en general.

Por lo tanto, bien cabe señalar que para el presente estudio no se encontró evidencia que apoye el supuesto de que la mujer actual al conjugar actividades extras a su hogar junto con la función de maternidad además de la responsabilidad que le implica la crianza de sus hijos, le lleve a situarse en un plano de confusión respecto a su desempeño social y asumpción de rol tradicional, debido a que su nivel de actividades se complica; situación que una vez más cabe señalar tiene explicación sobre bases sociales, es decir, netamente sobre una cuestión ideológica, en donde la mujer no está dispuesta a renunciar a su

capacidad reproductora, y aún cuando su panorama se le complique en -- tanto su nivel de intervención es mayor en otros campos fuera del ho-- gar socialmente responde, desarrollando la función de maternidad.

Por último cabe señalar algunas consideraciones generales apoya-- das por los resultados del presente estudio, mismos que son útiles pa-- ra describir al embarazo como un período de suma trascendencia, puesto que resulta ser un evento en el que están incidiendo aspectos emociona les tales como la depresión, preocupaciones a nivel corporal que deseñ cadenan quejas somáticas debido a los cambios fisiológicos manifesta-- dos, los cuales no llegan a presentarse a un nivel que pudierá califi-- carse de patológico como se podría suponer, sino que más bien caen en-- los patrones de normalidad; aspectos emocionales que pueden estarse -- promoviendo por la incidencia de otros factores sociales que rodean al estado mismo de embarazo y que van desde la calidad del contexto socio cultural hasta las ideas, mitos del que se ha rodeado a la maternidad; pero en donde cabe suponer, que ante la experiencia de el embarazo, la mujer se dirige a la adquisición de madurez psicológica, y por ende a . mayor autoestima.

De manera que se acepta el que se esté efectuando una movilizaa-- ción de aspectos dinámicos, lo cual compete al equipo de salud y en -- particular al Psicólogo tener presente, ya que el embarazo no se puede limitar a una consideración en términos fisiológicos, en donde exclusi vamente el punto de vista que se sostenga sea el de que las funciones- fisiológicas se ven intensificada debido a los cambios hormonales, si-- no también cabe considerar que implica factores de otra índole, exten-- diéndose al plano de los sentimientos y emociones que las mujeres expe rimentan ante tales cambios físicos, removiendo toda una gama de situa-- ciones pasadas experimentadas por la mujer en su infancia y que están-- en relación directa con su identidad femenina (Deutsch, 1944), (Bibring 1959).

Como consecuencia, el objetivo estará en función de establecer -- una homeostásis emocional, dirigiendo al embarazo hacia una madurez -- psicológica y no a un camino de conductas autofrustradas y de constantes fallas, tal y como lo apuntan Sugar (1976) y Polsby (1947), citados por Prieto (1980).

## 2. CONCLUSIONES

En general, las conclusiones que se desprenden de la realización del presente estudio son las siguientes :

El embarazo de curso normal, es un evento de vida de vital importancia para la mujer que lo experimenta, debido a que se traduce a un período de cambios y adaptaciones que van de lo fisiológico hasta lo - psicossocial, por lo que promueve en ella modificaciones en diferentes niveles tales como :

En el nivel de la depresión, caracterizándose por reacciones de - ajuste a la situación transitoria, dentro de los controles de normalidad; más que a un nivel significativo o patológico de la depresión, -- presentando fluctuaciones en el estado de ánimo, mayor labilidad e hipersensibilidad emocional, pesimismo, preocupación e interés significativo acerca de su salud, traducido a una gran variedad de quejas somáticas, es decir, a un interés a nivel físico que tiende a la somatización.

En el nivel de autoestima, en tanto que con el embarazo la mujer - tiende a valorarse en función de su capacidad reproductora, promoviendo en ella sentimientos de seguridad, confianza y en general mayor - autoestima.

Sin embargo, cabe señalar que el embarazo de curso normal no promueve en la mujer modificaciones en el nivel de la ansiedad, ya que -- contrariamente a lo supuesto por varios autores, tal nivel de ansiedad se presenta dentro de un patrón de normalidad, sin llegar a niveles -- significativos.

Asimismo, el embarazo de curso normal, no promueve modificaciones en los niveles de autoconcepto en las hileras de Identidad, Autoconcepto y Conducta, así como en las columnas de Físico, Etico-Moral, Personal, Familiar y Social; en donde cabe resaltar particularmente el que en la mujer no se presenta un rechazo hacia su imagen de mujer embarazada a nivel externo al menos, no descartando se de a nivel interno; - situación que tiene su explicación en los supuestos ideológicos respecto al embarazo, dentro de nuestra cultura. Empero, lo que sí se llega a presentar es una preocupación a nivel físico pero en relación a su estado de salud en general.

El embarazo de curso normal, tampoco promueve modificaciones a nivel de autocrítica, es decir, no existe una distorsión defensiva significativa, ello de acuerdo a la escala de autoconcepto de Tennessee.

La escolaridad, ocupación y el nivel socioeconómico son variables significativas, que llegan a definir en mayor o menor proporción las modificaciones en el nivel de ansiedad, depresión, autoconcepto y escalas del MMPI; de tal forma que las mujeres embarazadas presentan un mayor nivel de elevación en dichas variables cuando corresponden a un nivel socioeconómico bajo (32%) y medio (15%), se dedican al Hogar (73%) son Subempleadas (7%) ó mantienen un nivel de escolaridad hasta Primaria (16%), mientras que contrariamente aquéllas que presentan menor -- nivel de elevación son las que pertenecen a un nivel socioeconómico -- alto (10%), medio alto (5%), son Profesionistas(14%) y/o mantienen un nivel de escolaridad de Profesional (14%) o en todo caso son Estudian-

tes (6%).

Finalmente, cabe mencionar que la importancia resultada a través de los varios estudios acerca de las alteraciones emocionales durante el embarazo tanto en lo que se refiere a complicaciones obstétricas como a factores de índole psicosocial, tal y como lo han señalado Chalmers (1979), Sarason (1978) quizá hayan incurrido en errores metodológicos, mencionando que mantienen mínima varianza en los resultados por lo que no se aporta una contribución substancial para el entendimiento de la relación entre eventos sociales y enfermedad. Sin embargo, tales resultados así como los del presente estudio, se considera adquieren su valor de trabajo fértil puesto que su riqueza va implícita en el esfuerzo por demostrar una relación directa entre variables que usualmente no son consideradas.

Por lo tanto resulta inevitable se susciten y persistan controversias y divergencias en lo que a resultados de las investigaciones se refiere, lo que resulta importante es que los hallazgos dan la pauta para la realización o continuación de algunos otros estudios que posiblemente acepten o rechacen las hipótesis planteadas, pero cualquiera que sea la situación, ello significa un aporte que enriquece el estudio -- sobre el embarazo, imponiendo serias reflexiones acerca de las metas clínicas que deben plantearse al respecto del estado emocional en pacientes embarazadas, ya que tal parece que son pocas las mujeres que reciben atención en lo que se refiere a tal nivel, pese a que tienen repetidos contactos con el equipo de Salud, como son Médicos, Trabajadoras Sociales y Psicólogos, mismos que de acuerdo a un trabajo interdisciplinario pueden lograr la identificación temprana de pacientes obstétricas de tal forma que se logre intervenir y beneficiarlas reduciendo los efectos de stress de vida, apoyo social, llevando a la consciencia los aspectos dinámicos que rodean y matizan su embarazo.



### 3. LIMITACIONES

Por medio del presente estudio se intentó cumplir con el propósito planteado al principio de la investigación en relación a los aspectos emocionales durante un embarazo de curso normal, obteniendo logros que para fines de investigación y práctica clínica resultan útiles.

Sin embargo, se hace necesario hacer referencia a todas aquellas limitaciones a las cuales se vió sometido tal estudio, tanto a las que lograron influir en su desarrollo y resultados, así como las que se refieren el estudio en sí respecto a metas más generales de investigación dentro del ámbito Perinatal, por ende a continuación se hace referencia a ellas :

La captura de la muestra representó una de las limitantes en lo que a factor de tiempo se refiere en general, puesto que dicha captura de pacientes con embarazo de curso normal mismo que debería cumplir -- con todos los requisitos de inclusión, fué de gran dificultad, ya que se tiene que tener presente que la población que asiste al Instituto Nacional de Perinatología son pacientes ginecológicas y obstétricas, - pero en donde éstas últimas generalmente se presentan con un embarazo de alto riesgo, de manera que los criterios de aceptación para embarazos de curso normal de parte de la institución son obviamente más estrictos, por lo que debido a tales circunstancias fué necesario ampliar el tiempo de captura para lograr una muestra representativa.

Por otra parte, en lo que se refiere a la captura de la muestra - de mujeres no embarazadas que cumplirán los requisitos de inclusión - resultó un tanto difícil lograr su cooperación, debido a que se carecía de un compromiso más formal como el que se logró con las -- pacientes obstétricas, mismas que al estar obteniendo un servicio institucional aceptaron cooperar sin mayor excusa.

Una limitante más es la referida al tiempo de aplicación de las pruebas psicológicas, el cual en promedio correspondió a una hora y media, extendiéndose en ocasiones a más tiempo debido a la dificultad de las pacientes para comprender las instrucciones.

Ahora bien, una de las serias limitantes lo representó sin duda alguna la fundamentación teórica, ya que la mayor parte de los supuestos teóricos referentes a los aspectos emocionales durante el embarazo fueron planteados por teóricos en los años 40's y 60's, Deutsch (1944) ó Bibring (1959) es un ejemplo de ello; existiendo escasa o nula información sobre estudios al respecto, en nuestro País, de manera que los pocos estudios realizados al respecto proceden de Norteamérica o Inglaterra.

Como consecuencia, el presente estudio dentro de un marco referido a metas de investigación más amplias o generales dentro del ámbito Perinatal posee limitantes, entre las que se pueden mencionar se encuentran el que :

Los resultados no se extienden para otras poblaciones, ya que por el momento son atribuibles a la población del INPer. Asimismo, dichos resultados hacen inferencia exclusivamente a una muestra de mujeres con un embarazo de curso normal, es decir, no se extiende por el momento a otro tipo de muestra, lo cual podría proporcionar datos enriquecedores como sería el haber tomado en cuenta una muestra de mujeres con embarazo de alto riesgo.

Quizá alguna limitante más que se podría argumentar sería con respecto a la confiabilidad y validez de los instrumentos . Sin embargo, se considera que en lo que concierne en particular a la confiabilidad se han encontrado índices que apoyan su empleo para la investigación, por lo que bien queda justificado la utilización de los mismos en el presente estudio.

#### 4. SUGERENCIAS

Es indudable que cualquier investigación arroja resultados de los cuales se puede partir para mejorar y/o ampliar las metas de investigación, por ende se cree conveniente que así como se señalaron las limitantes que posee el estudio, también se contemple la posibilidad de -- que posteriores investigaciones puedan tomar en cuenta a poblaciones de otra índole, como pueden ser las de alto riesgo tales como toxemias diabéticas gestacionales, etc., de tal forma que se intente probar que un embarazo si llegan a incidir aspectos emocionales altamente significativos, mismos que no sean adjudicados precisamente a la variable embarazo sino al factor riesgo, marcando quizá estrictas diferencias en lo que a estado emocional se refiere y lo cual permita una explicación a la presencia de sentimientos de inseguridad o incertidumbre, puesto que lo que se pone en peligro es el propio estado de salud de la mujer así como el de su producto. Asimismo, también en lo que se refiere a el autoconcepto, se podrían desligar resultados interesantes utilizando una muestra de alto riesgo para aplicarles la escala de Autoconcepto de Tennessee.

Otra posible medida referida a un estudio con una muestra de mujeres con un embarazo de curso normal podría ser el de contemplar otro tiempo de gestación, es decir, si en el presente estudio se procedió a realizarlo antes de la semana 26 de gestación, ulteriores estudios pueden estar dirigidos a un tiempo de gestación posterior a la semana 26 de gestación, a partir de lo cual se podría desprender si el periodo de embarazo marca diferencias significativas en el estado emocional.

Uno de los estudios que también podría contemplarse es aquél dirigido a encontrar diferencias de personalidad entre mujeres embarazadas por primera vez (primigrávidas) y aquellas que han tenido múltiples -- embarazos (multigrávidas) con respecto a las alteraciones emocionales.

Asimismo, para posteriores investigaciones se puede contemplar la posibilidad de utilizar otros instrumentos referidos también al auto-concepto, depresión y ansiedad, mismos que representen un menor tiempo de aplicación, garantizando que no se lleve a efecto desgastes por tensión física o emocional de parte de la población, eliminando así -- posibles variables extrañas como el tedio y aburrimiento que induzca a las pacientes a contestar de manera poco certera; por lo que las pruebas psicológicas elegidas al mismo tiempo que garanticen menor tiempo de aplicación deberán cumplir con los índices de confiabilidad y validez óptimos.

Por último, se sugiere que en ulteriores estudios en los que se incluyan varias pruebas se intente siempre un buen trabajo de rapport con la paciente despejando dudas, ya que al establecer un adecuado nivel de confianza se asegura en cierta forma el que la información proporcionada sea lo más veraz posible.

TABLA 1. EDADES DE LA MUESTRA EN GENERAL

EDAD	%	( F )
20	6.0	(12)
21	5.0	(10)
22	8.5	(17)
23	10.0	(20)
24	7.5	(15)
25	9.0	(18)
26	5.0	(10)
27	7.5	(15)
28	7.0	(14)
29	4.5	( 9 )
30	7.5	(15)
31	5.5	(11)
32	3.5	( 7 )
33	5.0	(10)
34	1.5	( 3 )
35	7.0	(14)

TABLA 2.

EDAD DE MUJERES EMBARAZADAS

EDAD	%	( F )
20	6.0	( 6 )
21	5.0	( 5 )
22	13.0	(13)
23	14.0	(14)
24	7.0	( 7 )
25	10.0	(10)
26	4.0	( 4 )
27	6.0	( 6 )
28	6.0	( 6 )
29	2.0	( 2 )
30	7.0	( 7 )
31	7.0	( 7 )
32	3.0	( 3 )
33	5.0	( 5 )
34	1.0	( 1 )
35	4.0	( 4 )

TABLA 3.

EDAD DE MUJERES NO EMBARAZADAS

EDAD	%	( F )
20	6.0	( 6 )
21	5.0	( 5 )
22	4.0	( 4 )
23	6.0	( 6 )
24	8.0	( 8 )
25	8.0	( 8 )
26	6.0	( 6 )
27	9.0	( 9 )
28	8.0	( 8 )
29	7.0	( 7 )
30	8.0	( 8 )
31	4.0	( 4 )
32	4.0	( 4 )
33	5.0	( 5 )
34	2.0	( 2 )
35	10.0	(10)

TABLA 4. ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	%	( F )
CASADAS	80.5	(161)
UNION LIBRE	19.5	( 39)

TABLA 5.

MUJERES EMBARAZADAS

ESTADO CIVIL	%	( F )
CASADAS	88.0	(88)
UNION LIBRE	12.0	(12)

TABLA 6.

MUJERES NO EMBARAZADAS

ESTADO CIVIL	%	( F )
CASADAS	73.0	(73)
UNION LIBRE	27.0	(27)

TABLA 7. OCUPACION

OCUPACION	%	( F )
HOGAR	59.0	(118)
SUBEMPLEADA	1.0	( 2)
EMPLEADA	16.0	( 32)
TECNICO	4.5	( 9)
PROFESIONISTA	8.0	( 16)
COMERCIANTE	2.5	( 5)
ESTUDIANTE	9.0	( 18)

TABLA 8.

MUJERES EMBARAZADAS

OCUPACION	%	( F )
HOGAR	73.0	(73)
SUBEMPLEADA	2.0	( 2)
EMPLEADA	5.0	( 5)
TECNICO	0.0	( 0)
PROFESIONISTA	12.0	(12)
COMERCIANTE	2.0	( 2)
ESTUDIANTE	6.0	( 6)

TABLA 9.

MUJERES NO EMBARAZADAS

OCUPACION	%	( F )
HOGAR	45.0	(45)
SUBEMPLEADA	0.0	( 0)
EMPLEADA	27.0	(27)
TECNICO	9.0	( 9)
PROFESIONISTA	4.0	( 4)
COMERCIANTE	3.0	( 3)
ESTUDIANTE	12.0	(12)

TABLA 10.

NIVEL SOCIOECONOMICO

CLASIFICACION	%	( F )
NIVEL SOCIOEC.		
A	5.5	(11)
B	BAJO	20.0 (40)
C	MEDIO	29.5 (59)
D	BAJO	21.5 (50)
E	MEDIO	14.0 (28)
F		2.0 ( 4)
G	MEDIO	1.5 ( 3)
H	ALTO	1.0 ( 2)
I	ALTO	4.0 ( 8)
J		1.0 ( 1)

TABLA 11.

MUJERES EMBARAZADAS

CLASIFICACION	%	( F )
NIVEL SOCIOEC.		
A	BAJO	7.0 (7)
B		25.0 (25)
C	MEDIO	22.0 (22)
D	BAJO	16.0 (16)
E	MEDIO	11.0 (11)
F		4.0 ( 4)
G	MEDIO	3.0 ( 3)
H	ALTO	2.0 ( 2)
I	ALTO	8.0 ( 8)
J		2.0 ( 2)

TABLA 12.

MUJERES NO EMBARAZADAS

CLASIFICACION	%	( F )
NIVEL SOCIOEC.		
A	4.0	(4)
B	BAJO	15.0 (15)
C	MEDIO	37.0 (37)
D	BAJO	27.0 (27)
E	MEDIO	17.0 (17)
F		0.0 (0)
G	MEDIO	0.0 (0)
H	ALTO	0.0 (0)
I	ALTO	0.0 (0)
J		0.0 (0)

TABLA 13.

ESCOLARIDAD MUESTRA TOTAL

ESCOLARIDAD	%	( F )
PRIMARIA	14.0	(28)
SECUNDARIA INC.	5.5	(11)
SECUNDARIA COMP.	17.0	(34)
CARRERA TECNICA	16.5	(33)
PREPARATORIA INC.	7.0	(14)
PREPARATORIA COMP.	14.0	(28)
PROFESIONAL INC.	14.5	(29)
PROFESIONAL COM.	10.5	(21)
POSGRADO	1.0	(2)

TABLA 14.

MUJERES EMBARAZADAS

ESCOLARIDAD	%	( F )
PRIMARIA	16.0	(16)
SECUNDARIA INC.	6.0	(6)
SECUNDARIA COM.	16.0	(16)
CARRERA TECNICA	13.0	(13)
PREPA INCOMP.	7.0	(7)
PREPA COMPLETA	14.0	(14)
PROFESIONAL INC.	11.0	(11)
PROFESIONAL COM.	15.0	(15)
POSGRADO	2.0	(2)

TABLA 15.

MUJERES NO EMBARAZADAS

ESCOLARIDAD	%	( F )
PRIMARIA	12.0	(12)
SECUNDARIA INC.	5.0	(5)
SECUNDARIA COMP.	18.0	(18)
CARRERA TECNICA	20.0	(20)
PREPA INCOMP.	7.0	(7)
PREPA COMPLETA	14.0	(14)
PROFESIONAL INC.	18.0	(18)
PROFESIONAL COM.	6.0	(6)
POSGRADO	0.0	(0)



TABLA 16. SEMANAS DE GESTACION

SEMANAS DE GESTACION	%	( F )
	50.0	(100)
6	0.5	( 1 )
9	0.5	( 1 )
10	0.5	( 1 )
11	2.0	( 4 )
12	2.5	( 5 )
13	3.5	( 7 )
14	3.5	( 7 )
15	1.5	( 3 )
16	3.0	( 6 )
17	2.0	( 4 )
18	4.5	( 9 )
19	2.5	( 5 )
20	6.0	(12 )
21	4.0	( 8 )
22	0.5	( 1 )
23	2.5	( 5 )
24	1.0	( 2 )
25	3.0	( 6 )
26	6.5	(13 )

TABLA 17. DEPRESION  
MUESTRA GENERAL

DEPRESION	%	( F )
1 - 10	0.5	( 1 )
11 - 15	0.0	( 0 )
16 - 20	0.5	( 1 )
21 - 25	0.5	( 1 )
26 - 30	5.5	(11)
31 - 35	13.0	(26)
36 - 40	15.5	(31)
41 - 45	21.0	(32)
46 - 50	18.5	(37)
51 - 55	9.0	(18)
56 - 60	9.0	(18)
61 - 65	4.5	( 9 )
66 - 70	1.5	( 3 )
71 - 75	1.0	( 2 )

TABLA 18. DEPRESION  
MUJERES EMBARAZADAS

DEPRESION	%	( F )
1 - 10	1.5	( 1 )
11 - 15	0.0	( 0 )
16 - 20	0.0	( 0 )
21 - 25	1.0	( 1 )
26 - 30	3.0	( 3 )
31 - 35	10.0	(10)
36 - 40	14.0	(14)
41 - 45	21.0	(20)
46 - 50	23.0	(23)
51 - 55	9.0	( 9 )
56 - 60	7.0	( 7 )
61 - 65	7.0	( 7 )
66 - 70	3.0	( 3 )
71 - 75	2.0	( 2 )

TABLA 18. DEPRESION  
MUJERES NO EMBARAZADAS

DEPRESION	%	( F )
1 - 10	0.0	( 0 )
11 - 15	0.0	( 0 )
16 - 20	1.0	( 1 )
21 - 25	0.0	( 0 )
26 - 30	8.0	( 8 )
31 - 35	16.0	(16)
36 - 40	17.0	(17)
41 - 45	22.0	(22)
46 - 50	14.0	(14)
51 - 55	9.0	( 9 )
56 - 60	11.0	( 0 )
61 - 65	2.0	( 2 )
66 - 70	0.0	( 0 )
71 - 75	0.0	( 0 )

TABLA 20. HIPOCONDRIASIS  
MUESTRA GENERAL

ESC. 1 (H <sub>s</sub> )	%	( F )
10 - 19	0.5	( 1 )
20 - 29	1.0	( 2 )
30 - 39	2.5	( 5 )
40 - 49	16.0	(32)
50 - 59	32.5	(65)
60 - 69	29.5	(59)
70 - 79	14.5	(29)
80 - 89	3.5	( 7 )
90 o +	0.0	( 0 )

TABLA 21. HIPOCONDRIASIS  
MUJERES EMBARAZADAS

ESC. 1 (Hs)	%	( F )
10 - 29	2.0	( 2 )
30 - 39	0.0	( 0 )
40 - 49	11.0	(11)
50 - 59	29.0	(29)
60 - 69	33.0	(33)
70 - 79	20.0	(20)
80 - 89	5.0	( 5 )
90 - 99	5.0	( 5 )

TABLA 22. HIPOCONDRIASIS  
MUJERES NO EMBARAZADAS

ESC. 1 (Hs)	%	( F )
10 - 29	1.0	( 1 )
30 - 39	5.0	( 5 )
40 - 49	21.0	(21)
50 - 59	36.0	(36)
60 - 69	26.0	(26)
70 - 79	9.0	( 9 )
80 - 89	2.0	( 2 )
90 - 99	0.0	( 0 )

TABLA 23. DEPRESION  
MUESTRA GENERAL

ESC. 2 (D)	%	( F )
10 - 29	0.5	( 1 )
30 - 39	1.0	( 2 )
40 - 49	15.0	(30)
50 - 59	35.5	(73)
60 - 69	28.5	(57)
70 - 79	16.5	(33)
80 - 89	1.5	( 3 )
90 - 99	0.5	( 1 )

TABLA 24. DEPRESION  
MUJERES EMBARAZADAS

ESC. 2 (D)	%	( F )
10 - 29	0.0	( 0 )
30 - 39	1.0	( 1 )
40 - 49	14.0	(14)
50 - 59	30.0	(30)
60 - 69	33.0	(33)
70 - 79	20.0	(20)
80 - 89	1.0	( 1 )
90 - 99	1.0	( 1 )

TABLA 25. DEPRESION  
MUJERES NO EMBARAZADAS

ESC. 2 (D)	%	( F )
10 - 29	1.0	( 1 )
30 - 39	1.0	( 1 )
40 - 49	16.0	(16)
50 - 59	43.0	(43)
60 - 69	24.0	(24)
70 - 79	13.0	(13)
80 - 89	2.0	( 2 )
90 - 99	0.0	( 0 )

TABLA 26. HISTERIA  
MUESTRA GENERAL

ESC. 3 (Hi)	%	( F )
10 - 29	1.0	( 2 )
30 - 39	3.5	( 7 )
40 - 49	13.0	(26)
50 - 59	44.5	(89)
60 - 69	23.0	(46)
70 - 79	13.0	(26)
80 - 89	2.0	( 4 )
90 - 99	0.0	( 0 )

**TABLA 27. HISTERIA  
MUJERES EMBARAZADAS**

ESC. 3 (Hi)	%	( F )
10 - 29	1.0	( 1 )
30 - 39	2.0	( 2 )
40 - 49	9.0	( 9 )
50 - 59	44.0	(44)
60 - 69	26.0	(26)
70 - 79	15.0	(15)
80 - 89	3.0	( 3 )
90 - 99	0.0	( 0 )

**TABLA 28. HISTERIA  
MUJERES NO EMBARAZADAS**

ESC. 3 (Hi)	%	( F )
10 - 29	1.0	( 1 )
30 - 39	5.0	( 5 )
40 - 49	17.0	(17)
50 - 59	45.0	(45)
60 - 69	20.0	(20)
70 - 79	11.0	(11)
80 - 89	1.0	( 1 )
90 - 99	0.0	( 0 )

**TABLA 29. DESV. PSICOPATICA  
MUESTRA GENERAL**

ESC. 4 (Dp)	%	( F )
10 - 29	0.5	( 1 )
30 - 39	2.0	( 4 )
40 - 49	15.5	(31)
50 - 59	33.5	(67)
60 - 69	38.5	(77)
70 - 79	8.5	(17)
80 - 89	1.5	( 3 )
90 - 99	0.0	( 0 )

**TABLA 30. DESV. PSICOPATICA  
MUJERES EMBARAZADAS**

ESC. 4 (Dp)	%	( F )
10 - 29	0.0	( 0 )
30 - 39	0.0	( 0 )
40 - 49	14.0	(14)
50 - 59	37.0	(37)
60 - 69	37.0	(37)
70 - 79	11.0	(11)
80 - 89	1.0	( 1 )
90 - 99	0.0	( 0 )

**TABLA 31. DESV. PSICOPATICA  
MUJERES NO EMBARAZADAS**

ESC. 4 (Dp)	%	( F )
10 - 29	1.0	( 1 )
30 - 39	4.0	( 4 )
40 - 49	17.0	(17)
50 - 59	30.0	(30)
60 - 69	40.0	(40)
70 - 79	6.0	( 6 )
80 - 89	2.0	( 2 )
90 - 99	0.0	( 0 )

**TABLA 32. MASC/FEM.  
MUESTRA GENERAL**

ESC. 5 (M/F)	%	( F )
20 - 29	0.0	( 0 )
30 - 39	2.5	( 5 )
40 - 49	12.0	(24)
50 - 59	45.0	(90)
60 - 69	29.0	(58)
70 - 79	10.5	(21)
80 - 89	1.0	( 2 )
90 - 99	0.0	( 0 )

TABLA 33. MASC/FEM.  
MUJERES EMBARAZADAS

ESC. 5 (M/F)	%	( F )
10 - 29	0.0	( 0 )
30 - 39	3.0	( 3 )
40 - 49	9.0	( 9 )
50 - 59	50.0	(50)
60 - 69	23.0	(23)
70 - 79	14.0	(14)
80 - 89	1.0	( 1 )
90 - 99	0.0	( 0 )

TABLA 34. MASC/FEM.  
MUJERES NO EMBARAZADAS

ESC. 5 (M/F)	%	( F )
10 - 29	0.0	( 0 )
30 - 39	2.0	( 2 )
40 - 49	15.0	(15)
50 - 59	40.0	(40)
60 - 69	35.0	(35)
70 - 79	7.0	( 7 )
80 - 89	1.0	( 1 )
90 - 99	0.0	( 0 )

TABLA 35. PARANOIA  
MUESTRA GENERAL

ESC. 6 (Pa)	%	( F )
10 - 29	0.5	( 1 )
30 - 39	5.0	(10)
40 - 49	20.0	(40)
50 - 59	41.0	(82)
60 - 69	21.5	(43)
70 - 79	6.5	(13)
80 - 89	1.0	( 2 )
90 - 99	4.5	( 9 )

TABLA 36. PARANOIA  
MUJERES EMBARAZADAS

ESC. 6 (Pa)	%	( F )
10 - 29	1.0	( 1 )
30 - 39	6.0	( 6 )
40 - 49	18.0	(18)
50 - 59	44.0	(44)
60 - 69	19.0	(19)
70 - 79	6.0	( 6 )
80 - 89	2.0	( 2 )
90 - 99	4.0	( 4 )

TABLA 37. PARANOIA  
MUJERES NO EMBARAZADAS

ESC. 6 (Pa)	%	( F )
10 - 29	0.0	( 0 )
30 - 39	4.0	( 4 )
40 - 49	22.0	(22)
50 - 59	38.0	(38)
60 - 69	24.0	(24)
70 - 79	7.0	( 7 )
80 - 89	0.0	( 0 )
90 - 99	5.0	( 5 )

TABLA 38. PSICASTENIA  
MUESTRA GENERAL

ESC. 7 (Pt)	%	( F )
10 - 29	0.5	( 1 )
30 - 39	4.0	( 8 )
40 - 49	26.0	(52)
50 - 59	45.0	(90)
60 - 69	19.5	(39)
70 - 79	4.0	( 8 )
80 - 89	0.5	( 1 )
90 - 99	0.5	( 1 )

TABLA 39. PSICASTENIA  
MUJERES EMBARAZADAS

ESC. 7 (Pt)	%	( F )
10 - 29	1.0	( 1 )
30 - 39	4.0	( 4 )
40 - 49	21.0	(21)
50 - 59	45.0	(45)
60 - 69	22.0	(22)
70 - 79	6.0	( 6 )
80 - 89	0.0	( 0 )
90 - 99	1.0	( 1 )

TABLA 40. PSICASTENIA  
MUJERES NO EMBARAZADAS

ESC. 7 (Pt)	%	( F )
10 - 29	0.0	( 0 )
30 - 39	4.0	( 4 )
40 - 49	31.0	(31)
50 - 59	45.0	(45)
60 - 69	17.0	(17)
70 - 79	2.0	( 2 )
80 - 89	1.0	( 1 )
90 - 99	0.0	( 0 )

TABLA 41. ESQUIZOFRENIA  
MUESTRA GENERAL

ESC. 8 (Es)	%	( F )
10 - 29	0.0	( 0 )
30 - 39	1.5	( 3 )
40 - 49	13.5	(27)
50 - 59	42.5	(85)
60 - 69	26.0	(52)
70 - 79	11.0	(22)
80 - 89	4.5	( 9 )
90 - 99	1.0	( 2 )

TABLA 42. ESQUIZOFRENIA  
MUJERES EMBARAZADAS

ESC. 8 (Es)	%	( F )
10 - 29	0.0	( 0 )
30 - 39	2.0	( 2 )
40 - 49	15.0	(15)
50 - 59	40.0	(40)
60 - 69	25.0	(25)
70 - 79	12.0	(12)
80 - 89	4.0	( 4 )
90 - 99	2.0	( 2 )

TABLA 43. ESQUIZOFRENIA  
MUJERES NO EMBARAZADAS

ESC. 8 (Es)	%	( F )
10 - 29	0.0	( 0 )
30 - 39	1.0	( 1 )
40 - 49	12.0	(12)
50 - 59	45.0	(45)
60 - 69	27.0	(27)
70 - 79	4.0	( 4 )
80 - 89	5.0	( 5 )
90 - 99	0.0	( 0 )

TABLA 44. MANIA  
MUESTRA GENERAL

ESC. 9 (Ma)	%	( F )
10 - 29	0.0	( 0 )
30 - 39	4.5	( 9 )
40 - 49	17.5	(35)
50 - 59	39.0	(78)
60 - 69	29.5	(59)
70 - 79	9.5	(19)
80 - 89	0.0	( 0 )
90 - 99	0.0	( 0 )

TABLA 45. MANIA  
MUJERES EMBARAZADAS

ESC. 9 (Ma)	%	( F )
10 - 29	0.0	( 0 )
30 - 39	4.0	( 4 )
40 - 49	20.0	(20)
50 - 59	41.0	(41)
60 - 69	27.0	(27)
70 - 79	8.0	( 8 )
80 - 89	0.0	( 0 )
90 - 99	0.0	( 0 )

TABLA 46. MANIA  
MUJERES NO EMBARAZADAS

ESC. 9 (Ma)	%	( F )
10 - 29	0.0	( 0 )
30 - 39	5.0	( 5 )
40 - 49	15.0	(15)
50 - 59	37.0	(37)
60 - 69	32.0	(32)
70 - 79	11.0	(11)
80 - 89	0.0	( 0 )
90 - 99	0.0	( 0 )

TABLA 47. SOCIABILIDAD  
MUESTRA GENERAL

ESC. 0 (S)	%	( F )
10 - 29	1.5	( 3 )
30 - 39	2.0	( 4 )
40 - 49	25.5	(51)
50 - 59	39.0	(78)
60 - 69	27.0	(54)
70 - 79	5.0	(10)
80 - 89	0.0	( 0 )
90 - 99	0.0	( 0 )

TABLA 48. SOCIABILIDAD  
MUJERES EMBARAZADAS

ESC. 0 (S)	%	( F )
10 - 29	2.0	( 2 )
30 - 39	2.0	( 2 )
40 - 49	28.0	(28)
50 - 59	38.0	(38)
60 - 69	24.0	(24)
70 - 79	6.0	( 6 )
80 - 89	0.0	( 0 )
90 - 99	0.0	( 0 )

TABLA 49. SOCIABILIDAD  
MUJERES NO EMBARAZADAS

ESC. 0 (S)	%	( F )
10 - 29	1.0	( 1 )
30 - 39	2.0	( 2 )
40 - 49	23.0	(23)
50 - 59	40.0	(40)
60 - 69	30.0	(30)
70 - 79	4.0	( 4 )
80 - 89	0.0	( 0 )
90 - 99	0.0	( 0 )

TABLA 50. ESCALA L MENTIRA  
MUESTRA GENERAL

ESC. 0 (S)	%	( F )
10 - 29	0.0	( 0 )
30 - 39	1.5	( 3 )
40 - 49	15.5	(31)
50 - 59	35.0	(70)
60 - 69	35.5	(71)
70 - 79	10.0	(20)
80 - 89	2.5	( 5 )
90 - 99	0.0	( 0 )

TABLA 51. ESCALA L MENTIRA  
MUJERES EMBARAZADAS

ESC. L	%	( F )
10 - 29	0.0	( 0 )
30 - 39	0.0	( 0 )
40 - 49	12.0	(12)
50 - 59	37.0	(37)
60 - 69	36.0	(36)
70 - 79	14.0	(14)
80 - 89	1.0	( 1 )
90 - 99	0.0	( 0 )

TABLA 52. ESCALA L MENTIRA  
MUJERES NO EMBARAZADAS

ESC. L	%	( F )
10 - 29	0.0	( 0 )
30 - 39	3.0	( 3 )
40 - 49	19.0	(19)
50 - 59	33.0	(33)
60 - 69	35.0	(35)
70 - 79	6.0	( 6 )
80 - 89	4.0	( 4 )
90 - 99	0.0	( 0 )

TABLA 53. ESC. F VALIDEZ  
MUESTRA GENERAL

ESC. F	%	( F )
10 - 29	0.0	( 0 )
30 - 39	0.0	( 0 )
40 - 49	17.5	(35)
50 - 59	44.0	(88)
60 - 69	26.5	(53)
70 - 79	9.0	(18)
80 - 89	2.0	( 4 )
90 - 99	1.0	( 2 )

TABLA 54. ESC. F VALIDEZ  
MUJERES EMBARAZADAS

ESC. F	%	( F )
10 - 29	0.0	( 0 )
30 - 39	0.0	( 0 )
40 - 49	18.0	(18)
50 - 59	43.0	(43)
60 - 69	23.0	(23)
70 - 79	12.0	(12)
80 - 89	3.0	( 3 )
90 - 99	1.0	( 1 )

TABLA 55. ESC. F VALIDEZ  
MUJERES NO EMBARAZADAS

ESC. F	%	( F )
10 - 29	0.0	( 0 )
30 - 39	0.0	( 0 )
40 - 49	17.0	(17)
50 - 59	45.0	(45)
60 - 69	30.0	(30)
70 - 79	6.0	( 6 )
80 - 89	1.0	( 1 )
90 - 99	1.0	( 1 )

TABLA 56. ESC. K CORRECCION  
MUESTRA GENERAL

ESC. F	%	( F )
10 - 29	1.0	( 2 )
30 - 39	4.0	( 8 )
40 - 49	24.5	(49)
50 - 59	41.5	(83)
60 - 69	24.0	(48)
70 - 79	5.0	(10)
80 - 89	0.0	( 0 )
90 - 99	0.0	( 0 )



TABLA 57. ESC. K CORRECCION  
MUJERES EMBARAZADAS

ESC. K	%	( F )
10 - 29	2.0	( 2 )
30 - 39	2.0	( 2 )
40 - 49	20.0	(20)
50 - 59	45.0	(45)
60 - 69	25.0	(25)
70 - 79	6.0	( 6 )
80 - 89	0.0	( 0 )

TABLA 58. ESC. K CORRECCION  
MUJERES NO EMBARAZADAS

ESC. K	%	( F )
10 - 29	0.0	( 0 )
30 - 39	6.0	( 6 )
40 - 49	29.0	(29)
50 - 59	38.0	(38)
60 - 69	23.0	(23)
70 - 79	4.0	( 4 )
80 - 89	0.0	( 0 )

TABLA 59. ANSIEDAD ESTADO  
MUESTRA GENERAL

ANSIEDAD-E	%	( F )
11 - 20	0.0	( 0 )
21 - 30	5.0	(10)
31 - 40	15.5	(31)
41 - 50	37.5	(75)
51 - 60	31.5	(63)
61 - 70	9.5	(19)
71 - 80	1.0	( 2 )

TABLA 60. ANSIEDAD ESTADO  
MUJERES EMBARAZADAS

ANSIEDAD-E	%	( F )
11 - 20	0.0	( 0 )
21 - 30	4.0	( 4 )
31 - 40	13.0	(13)
41 - 50	36.0	(36)
51 - 60	37.0	(37)
61 - 70	9.0	( 9 )
71 - 80	1.0	( 1 )

TABLA 61. ANSIEDAD ESTADO  
MUJERES NO EMBARAZADAS

ANSIEDAD-E	%	( F )
11 - 20	0.0	( 0 )
21 - 30	6.0	( 6 )
31 - 40	18.0	(18)
41 - 50	39.0	(39)
51 - 60	26.0	(26)
61 - 70	10.0	(10)
71 - 80	1.0	( 1 )

TABLA 62. ANSIEDAD RASGO  
MUESTRA GENERAL

ANSIEDAD-R	%	( F )
11 - 20	0.5	( 1 )
21 - 30	3.5	( 7 )
31 - 40	13.0	(26)
41 - 50	49.5	(99)
51 - 60	24.0	(48)
61 - 70	9.0	(18)
71 - 80	0.5	( 1 )

TABLA 63. ANSIEDAD/RASGO  
MUJERES EMBARAZADAS

ANSIEDAD-R	%	( F )
11 - 20	0.0	( 0 )
21 - 30	4.0	( 4 )
31 - 40	11.0	(11)
41 - 50	51.0	(51)
51 - 60	25.0	(25)
61 - 70	9.0	( 9 )
71 - 80	0.0	( 0 )

TABLA 64. ANSIEDAD/RASGO  
MUJERES NO EMBARAZADAS

ANSIEDAD-R	%	( F )
11 - 20	1.0	( 1 )
21 - 30	3.0	( 3 )
31 - 40	15.0	(15)
41 - 50	48.0	(48)
51 - 60	23.0	(23)
61 - 70	9.0	( 9 )
71 - 80	1.0	( 1 )

TABLA 65. S/C TENNESSEE  
MUESTRA GENERAL

CAPACIDAD DE AUTOCRITICA	%	( F )
11 - 15	1.0	( 2 )
16 - 20	4.0	( 8 )
21 - 25	13.5	(27)
26 - 30	27.5	(55)
31 - 35	31.5	(63)
36 - 40	13.0	(26)
41 - 45	7.5	(15)
46 - 50	2.0	( 4 )

TABLA 66. S/C TENNESSEE  
MUJERES EMBARAZADAS

CAPACIDAD DE AUTOCRITICA	%	( F )
11 - 15	2.0	( 2 )
16 - 20	5.0	( 5 )
21 - 25	14.0	(14)
26 - 30	31.0	(31)
31 - 35	31.0	(31)
36 - 40	11.0	(11)
41 - 45	5.0	( 5 )
46 - 50	1.0	( 1 )

TABLA 67. S/C TENNESSEE  
MUJERES NO EMBARAZADAS

CAPACIDAD DE AUTOCRITICA	%	( F )
11 - 15	0.0	( 0 )
16 - 20	3.0	( 3 )
21 - 25	13.0	(13)
26 - 30	24.0	(24)
31 - 35	32.0	(32)
36 - 40	15.0	(15)
41 - 45	10.0	(10)
46 - 50	3.0	( 3 )

TABLA 6B. NIVEL DE AUTOESTIMA  
MUESTRA GENERAL

TOTAL	P	%	( F )
151 - 160		0.5	( 0 )
161 - 170		0.5	( 1 )
171 - 180		0.5	( 1 )
181 - 190		0.0	( 0 )
191 - 200		0.0	( 0 )
201 - 210		0.0	( 0 )
211 - 220		0.0	( 0 )
221 - 230		1.0	( 2 )
231 - 240		0.5	( 1 )
241 - 250		0.0	( 0 )
251 - 260		0.5	( 1 )
261 - 270		1.0	( 2 )
271 - 280		2.5	( 5 )
281 - 290		4.5	( 9 )
291 - 300		6.0	(12)
301 - 310		2.0	( 4 )
311 - 320		9.5	(19)
321 - 330		12.0	(24)
331 - 340		8.5	(17)
341 - 350		10.0	(20)
351 - 360		7.0	(14)
361 - 370		10.0	(20)
371 - 380		6.5	(13)
381 - 390		6.0	(12)
391 - 400		4.5	( 9 )
401 - 410		2.5	( 5 )
411 - 420		1.5	( 3 )
421 - 430		2.0	( 4 )
431 - 440		0.5	( 1 )

TABLA 69. NIVEL DE AUTOESTIMA  
MUJERES EMBARAZADAS

TOTAL P	%	( F )
151 - 160	0.0	( 0 )
161 - 170	0.0	( 0 )
171 - 180	0.0	( 0 )
181 - 190	0.0	( 0 )
191 - 200	0.0	( 0 )
201 - 210	0.0	( 0 )
211 - 220	0.0	( 0 )
221 - 230	2.0	( 2 )
231 - 240	1.0	( 1 )
241 - 250	0.0	( 0 )
251 - 260	0.0	( 0 )
261 - 270	0.0	( 0 )
271 - 280	2.0	( 2 )
281 - 290	2.0	( 2 )
291 - 300	7.0	( 7 )
301 - 310	1.0	( 1 )
311 - 320	10.0	(10)
321 - 330	13.0	(13)
331 - 340	8.0	( 8 )
341 - 350	14.0	(14)
351 - 360	8.0	( 8 )
361 - 370	6.0	( 6 )
371 - 380	5.0	( 5 )
381 - 390	6.0	( 6 )
391 - 400	5.0	( 5 )
401 - 410	2.0	( 2 )
411 - 420	2.0	( 2 )
421 - 430	4.0	( 4 )
431 - 440	1.0	( 1 )

TABLA 70. NIVEL DE AUTOESTIMA  
MUJERES NO EMBARAZADAS

TOTAL P	%	( F )
151 - 160	1.0	( 1 )
161 - 170	1.0	( 1 )
171 - 180	1.0	( 1 )
181 - 190	0.0	( 0 )
191 - 200	0.0	( 0 )
201 - 210	0.0	( 0 )
211 - 220	0.0	( 0 )
221 - 230	0.0	( 0 )
231 - 240	0.0	( 0 )
241 - 250	0.0	( 0 )
251 - 260	1.0	( 1 )
261 - 270	2.0	( 2 )
271 - 280	3.0	( 3 )
281 - 290	7.0	( 7 )
291 - 300	5.0	( 5 )
301 - 310	3.0	( 3 )
311 - 320	9.0	( 9 )
321 - 330	11.0	(11)
331 - 340	9.0	( 9 )
341 - 350	6.0	( 6 )
351 - 360	6.0	( 6 )
361 - 370	14.0	(14)
371 - 380	8.0	( 8 )
381 - 390	6.0	( 6 )
391 - 400	4.0	( 4 )
401 - 410	3.0	( 3 )
411 - 420	1.0	( 1 )
421 - 430	0.0	( 0 )
431 - 440	0.0	( 0 )

TABLA 71. IDENTIDAD  
MUESTRA GENERAL

IDENTIDAD	%	( F )
81 - 90	2.0	( 4 )
91 - 100	4.0	( 8 )
101 - 110	11.0	(23)
111 - 120	23.0	(46)
121 - 130	35.5	(71)
131 - 140	23.0	(46)
141 - 150	1.0	( 1 )

TABLA 72. IDENTIDAD  
MUJERES EMBARAZADAS

IDENTIDAD	%	( F )
81 - 90	0.0	( 0 )
91 - 100	5.0	( 5 )
101 - 110	10.0	(10)
111 - 120	24.0	(24)
121 - 130	36.0	(36)
131 - 140	25.0	(25)
141 - 150	0.0	( 0 )

TABLA 73. IDENTIDAD  
MUJERES NO EMBARAZADAS

IDENTIDAD	%	( F )
81 - 90	4.0	( 4 )
91 - 100	3.0	( 3 )
101 - 110	13.0	(13)
111 - 120	24.0	(24)
121 - 130	35.0	(35)
131 - 140	21.0	(21)
141 - 150	0.0	( 0 )

TABLA 74. AUTOSATISFACCION  
MUESTRA GENERAL

AUTOSATISFACCION	%	( F )
31 - 40	0.5	( 1 )
41 - 50	1.0	( 2 )
51 - 60	0.0	( 0 )
61 - 70	0.5	( 1 )
71 - 80	3.0	( 6 )
81 - 90	9.0	(18)
91 - 100	18.5	(37)
101 - 110	25.0	(50)
111 - 120	17.0	(34)
121 - 130	15.5	(31)
131 - 140	6.0	(12)
141 - 150	3.0	( 6 )
161 - 190	0.5	( 1 )
191 - 200	0.5	( 1 )

TABLA 75. AUTOSATISFACCION  
MUJERES EMBARAZADAS

AUTOSATISFACCION	%	( F )
31 - 40	1.0	( 1 )
41 - 50	1.0	( 1 )
51 - 60	0.0	( 0 )
61 - 70	1.0	( 1 )
71 - 80	3.0	( 3 )
81 - 90	8.0	( 8 )
91 - 100	20.0	( 20 )
101 - 110	19.0	( 19 )
111 - 120	17.0	( 17 )
121 - 130	7.0	( 7 )
131 - 140	5.0	( 5 )
141 - 150	5.0	( 5 )
181 - 190	1.0	( 1 )
191 - 200	0.0	( 0 )

TABLA 76. AUTOSATISFACCION  
MUJERES NO EMBARAZADAS

AUTOSATISFACCION	%	( F )
31 - 40	0.0	( 0 )
41 - 50	1.0	( 1 )
51 - 60	0.0	( 0 )
61 - 70	0.0	( 0 )
71 - 80	3.0	( 3 )
81 - 90	10.0	( 10 )
91 - 100	17.0	( 17 )
101 - 110	19.0	( 19 )
111 - 120	17.0	( 17 )
121 - 130	24.0	( 24 )
131 - 140	7.0	( 7 )
141 - 150	1.0	( 1 )
181 - 190	0.0	( 0 )
191 - 200	1.0	( 1 )

TABLA 77. CONDUCTA  
MUESTRA GENERAL

CONDUCTA	%	( F )
51 - 60	0.5	( 1 )
61 - 70	1.0	( 2 )
71 - 80	0.0	( 0 )
81 - 90	2.5	( 5 )
91 - 100	10.5	( 21 )
101 - 110	28.5	( 57 )
111 - 120	20.5	( 41 )
121 - 130	22.5	( 45 )
131 - 140	11.5	( 23 )
141 - 150	2.5	( 5 )

TABLA 78. CONDUCTA  
MUJERES EMBARAZADAS

CONDUCTA	%	( F )
51 - 60	0.0	( 0 )
61 - 70	2.0	( 2 )
71 - 80	0.0	( 0 )
81 - 90	1.0	( 1 )
91 - 100	10.0	( 20 )
101 - 110	32.0	( 32 )
111 - 120	20.0	( 20 )
121 - 130	14.0	( 14 )
131 - 140	14.0	( 14 )
141 - 150	5.0	( 5 )

TABLA 79. CONDUCTA  
MUJERES NO EMBARAZADAS

CONDUCTA	%	( F )
51 - 60	1.0	( 1 )
61 - 70	0.0	( 0 )
71 - 80	0.0	( 0 )
81 - 90	2.0	( 2 )
91 - 100	11.0	(11)
101 - 110	25.0	(25)
111 - 120	22.0	(22)
121 - 130	30.0	(30)
131 - 140	9.0	( 9 )

TABLA 80. FISICO  
MUESTRA GENERAL

FISICO	%	( F )
11 - 20	1.0	( 2 )
21 - 30	0.5	( 1 )
31 - 40	1.0	( 2 )
41 - 50	1.0	( 2 )
51 - 60	21.0	(42)
61 - 70	34.5	(69)
71 - 80	31.5	(63)
81 - 90	9.5	(19)
91 - 100	0.0	( 0 )

TABLA 81. FISICO  
MUJERES EMBARAZADAS

FISICO	%	( F )
11 - 20	2.0	( 2 )
21 - 30	0.0	( 0 )
31 - 40	1.0	( 1 )
41 - 50	0.0	( 0 )
51 - 60	19.0	(19)
61 - 70	34.0	(34)
71 - 80	32.0	(32)
81 - 90	12.0	(12)

TABLA 82. FISICO  
MUJERES NO EMBARAZADAS

FISICO	%	( F )
11 - 20	1.0	( 1 )
21 - 30	0.0	( 0 )
31 - 40	1.0	( 1 )
41 - 50	2.0	( 2 )
51 - 60	19.0	(19)
61 - 70	35.0	(35)
71 - 80	31.0	(31)
81 - 90	11.0	(11)

TABLA 83. ETICO/MORAL  
MUESTRA GENERAL

ETICO/MORAL	%	( F )
11 - 20	0.5	( 1 )
41 - 50	0.5	( 1 )
51 - 60	13.5	(27)
61 - 70	31.0	(62)
71 - 80	39.0	(78)
81 - 90	15.0	(30)
91 - 100	0.5	( 1 )

TABLA 84. ETICO/MORAL  
MUJERES EMBARAZADAS

ETICO/MORAL	%	( F )
11 - 20	0.0	( 0 )
41 - 50	0.0	( 0 )
51 - 60	14.0	(14)
61 - 70	36.0	(36)
71 - 80	31.0	(31)
81 - 90	17.0	(17)
91 - 100	1.0	( 1 )

TABLA 85. ETICO/MORAL  
MUJERES NO EMBARAZADAS

ETICO-MORAL	%	( F )
41 - 50	1.0	( 1 )
51 - 60	13.0	(13)
61 - 70	26.0	(26)
71 - 80	47.0	(47)
81 - 90	13.0	(13)

TABLA 86. PERSONAL  
MUESTRA GENERAL

PERSONAL	%	( F )
21 - 30	0.5	( 1 )
31 - 40	1.0	( 2 )
41 - 50	1.5	( 3 )
51 - 60	16.0	(32)
61 - 70	35.5	(71)
71 - 80	33.5	(67)
81 - 90	11.5	(23)
91 - 100	0.5	( 1 )

TABLA 87. PERSONAL  
MUJERES EMBARAZADAS

PERSONAL	%	( F )
21 - 30	0.0	( 0 )
31 - 40	2.0	( 2 )
41 - 50	1.0	( 1 )
51 - 60	13.0	(13)
61 - 70	38.0	(38)
71 - 80	31.0	(31)
81 - 90	14.0	(14)
91 - 100	1.0	( 1 )

TABLA 88. PERSONAL  
MUJERES NO EMBARAZADAS

PERSONAL	%	( F )
21 - 30	1.0	( 1 )
31 - 40	0.0	( 0 )
41 - 50	2.0	( 2 )
51 - 60	19.0	(19)
61 - 70	33.0	(33)
71 - 80	36.0	(36)
81 - 90	9.0	( 9 )
91 - 100	0.0	( 0 )

TABLA 89. FAMILIAR  
MUESTRA GENERAL

FAMILIAR	%	( F )
11 - 20	0.5	( 1 )
41 - 50	2.0	( 4 )
51 - 60	12.5	(25)
61 - 70	29.0	(58)
71 - 80	46.5	(93)
81 - 90	9.5	(19)

TABLA 90. FAMILIAR  
MUJERES EMBARAZADAS

FAMILIAR	%	( F )
11 - 20	1.0	( 1 )
41 - 50	3.0	( 3 )
51 - 60	13.0	(13)
61 - 70	29.0	(29)
71 - 80	42.0	(42)
81 - 90	12.0	( 0 )



TABLA 91. FAMILIAR  
MUJERES NO EMBARAZADAS

FAMILIAR	%	( F )
31 - 40	0.0	( 0 )
41 - 50	1.0	( 1 )
51 - 60	12.0	(12)
61 - 70	39.0	(39)
71 - 80	41.0	(41)
81 - 90	7.0	( 7 )

TABLA 92. SOCIAL  
MUESTRA GENERAL

SOCIAL	%	( F )
31 - 40	1.5	( 3 )
41 - 50	2.5	( 5 )
51 - 60	23.5	(43)
61 - 70	39.0	(78)
71 - 80	26.5	(53)
81 - 90	7.0	(14)

TABLA 93. SOCIAL  
MUJERES EMBARAZADAS

SOCIAL	%	( F )
31 - 40	3.0	( 3 )
41 - 50	2.0	( 2 )
51 - 60	26.0	(26)
61 - 70	45.0	(45)
71 - 80	19.0	(19)
81 - 90	5.0	( 5 )

TABLA 94. SOCIAL  
MUJERES NO EMBARAZADAS

SOCIAL	%	( F )
31 - 40	0.0	( 0 )
41 - 50	3.0	( 3 )
51 - 60	21.0	(21)
61 - 70	33.0	(33)
71 - 80	34.0	(34)
81 - 90	9.0	( 9 )

TABLA 95. DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LOS DIFERENTES INSTRUMENTOS APLICADOS AL GRUPO DE EMBARAZADAS Y NO EMBARAZADAS.

VARIABLES	t	P
DEPRESION ZUNG-EAMD	2.28	.02
ESCALA 1 HIPOCONDRIASIS	3.31	.00
ESCALA 2 DEPRESION	2.20	.02
ESCALA 3 HISTERIA	2.30	.02
TOTAL P		
NIVEL AUTOESTIMA	1.91	.05

TABLA 96. DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LOS DIFERENTES INSTRUMENTOS APLICADOS AL GRUPO DE EMBARAZADAS Y NO EMBARAZADAS -- ENTRE CADA UNO DE LOS NIVELES DE ESCOLARIDAD.

VARIABLES	t	P
ESCALA 1 HIPOCONDRIASIS	2.14	.03
ESCALA 8 ESQUIZOFRENIA	2.35	.02
ESC. O SOCIABILIDAD	2.52	.00
ESC. F CONFUSION	2.39	.05
ESC. K CORRECCION	2.38	.01
ANSIEDAD-RASGO (IDARE)	3.28	.00
CAPACIDAD DE AUTOCRITICA (S-C)	2.18	.03
HIL. 1/IDENTIDAD	4.00	.00
HIL. 2/AUTOSATISF.	3.55	.00
HIL. 3/CONDUCTA	2.67	.02
COL. A/FISICO	1.92	.05
COL. C/PERSONAL	2.67	.00
COL. D/FAMILIAR	3.19	.00
COL. E/SOCIAL	4.07	.00

TABLA 97. DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LOS DIFERENTES INSTRUMENTOS APLICADOS -- POR SEPARADO AL GRUPO DE MUJERES EMBARAZADAS Y AL GRUPO DE NO EMBARAZADAS ENTRE CADA UNO DE LOS NIVELES DE ESCOLARIDAD.

VARIABLES	F	P
ESCALA 1 HIPOCONDRIASIS	2.43	.01
ESCALA B ESQUIZOFRENIA	2.37	.01
ESCALA O SOCIABILIDAD	2.92	.00
ESCALA F CONFUSION/VAL.	2.41	.01
ESCALA K CORRECCION	2.48	.01
ANSIEDAD/RASGO (IDARE)	3.26	.00
CAPACIDAD DE AUTOCRITICA (S/C)	2.05	.04
TOTAL P NIVEL AUTOESTIMA	1.92	.05
HIL.1./IDENTIDAD	3.86	.00
HIL.2/AUTOSATISF.	3.79	.00
HIL.3/CONDUCTA	2.28	.02
COL.A/FISICO	1.93	.05
COL.C/PERSONAL	2.62	.01
COL.D/FAMILIAR	3.20	.00
COL.E/SOCIAL	4.10	.00

TABLA 98. DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LOS DIFERENTES INSTRUMENTOS APLICADOS AL GRUPO DE EMBARAZADAS Y NO EMBARAZADAS ENTRE CADA UNO DE LOS NIVELES SOCIOECONOMICOS.

VARIABLES	F	P
DEPRESION ZUNG/EAMD	2.78	.02
ESCALA 4 DES. PSICOP.	3.17	.01
ESCALA 7 PSICASTENIA	2.63	.03
ESCALA 0 SOCIALIDAD	3.42	.01
TOTAL P NIVEL AUTOESTIMA	2.48	.04

TABLA 99. DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LOS DIFERENTES INSTRUMENTOS APLICADOS -- POR SEPARADO PARA LOS GRUPOS DE MUJERES-EMBARAZADAS Y NO EMBARAZADAS ENTRE CADA UNO DE LOS NIVELES SOCIOECONOMICOS.

VARIABLES	F	P
DEPRESION ZUNG/EAMD	3.49	.00
ESCALA 4 DES. PSICOP.	3.13	.01
ESCALA 7 PSICASTENIA	2.39	.05
ESCALA 0 SOCIALIDAD	3.62	.00
TOTAL P NIVEL AUTOESTIMA	2.54	.04

TABLA 100. DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LOS DIFERENTES INSTRUMENTOS APLICADOS AL GRUPO DE EMBARAZADAS Y NO EMBARAZADAS --- ENTRE CADA UNO DE LOS NIVELES DE OCUPACION.

VARIABLES	F	P
DEPRESION ZUNG/EAMD	2.27	.03
ESCALA 1 HIPOCONDRIASIS	2.43	.02
ESCALA 7 PSICASTENIA	3.20	.00
ESCALA 8 ESQUIZOFRENIA	3.17	.00
ESCALA 0 SOCIABILIDAD	3.05	.00
HIL.1/IDENTIDAD	2.35	.03
HIL.2/AUTOSATISF.	2.48	.02
HIL.3/CONDUCTA	2.35	.03
COL.D/FAMILIAR	2.14	.05
COL.E/SOCIAL	2.83	.01

TABLA 101. DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LOS DIFERENTES INSTRUMENTOS APLICADOS POR SEPARADO A LOS GRUPOS DE EMBARAZADAS Y NO EMBARAZADAS ENTRE CADA UNO DE LOS NIVELES DE OCUPACION.

VARIABLES	F	P
DEPRESION ZUNG/EAMD	2.92	.02
ESCALA 1 HIPOCONDRIASIS	2.49	.04
ESCALA 7 PSICASTENIA	3.01	.00
ESCALA 8 ESQUIZOFRENIA	3.17	.00
ESCALA 0 SOCIABILIDAD	3.37	.00
HIL. 1/IDENTIDAD	2.13	.05
HIL. 2/AUTOSATISF.	2.50	.02
HIL. 3/CONDUCTA	2.36	.03
COL. D/FAMILIAR	2.25	.04
COL. E/SOCIAL	2.81	.01

TABLA 102. DESVIACION Y ERROR STANDARD DE LAS DIFERENTES VARIABLES PARA EL -- GRUPO DE EMBARAZADAS.

VARIABLES	ERROR/S	DESV. /S
EDAD	0.42	4.27
ESTADO CIVIL	0.03	0.32
OCUPACION	0.19	1.92
NIVEL SOC.	0.23	2.34
ESCOLARIDAD	0.24	2.45
SEMANAS DE GESTACION	0.75	7.49
DEPRESION(EAMD)	1.13	11.32
ESC. 1/Hs.	1.19	11.91
ESC. 2/Ds.	1.05	10.59
ESC. 3/HI.	1.01	10.13
ESC. 4/Dp.	0.95	9.51
ESC. 5/Hf.	0.93	9.31
ESC. 6/Pa.	1.32	13.20
ESC. 7/Pt.	1.06	10.68
ESC. 8/Ez.	1.14	11.48
ESC. 9/Ha.	0.96	9.67
ESC. 0/So.	1.04	10.41
ESC. L	0.90	9.05
ESC. F	1.04	10.45
ESC. K	0.97	9.69
ANSIEDAD/E	0.86	8.68
ANSIEDAD/R	0.91	9.13
CAPACIDAD DE AUTOCRITICA	0.85	8.53
IDENTIDAD	1.43	11.84
AUTOSATISF.	2.06	20.68
CONDUCTA	1.62	16.20
FISICO	1.99	11.99
ETICO/MORAL	0.99	9.89
PERSONAL	1.17	14.88
FAMILIAR	1.04	10.40
SOCIAL	0.95	9.55

TABLA 103. DESVIACION Y ERROR STANDARD DE LAS DIFERENTES VARIABLES PARA EL -- GRUPO DE LAS NO EMBARAZADAS.

VARIABLE	ERROR/S	DESVIACION/S
EDAD	----	----
ESTADO CIVIL	0.04	0.44
OCUPACION	0.20	2.06
NIVEL SOC.	0.10	1.06
ESCOLARIDAD	0.21	2.11
SEMANAS DE GESTACION	----	----
DEPRESION	0.92	9.27
ESC. 1/Hs.	1.05	10.57
ESC. 2/Ds.	1.02	10.21
ESC. 3/Hi.	0.99	9.89
ESC. 4/Dp.	1.07	10.76
ESC. 5/Mf.	0.86	8.60
ESC. 6/Pa.	1.22	12.24
ESC. 7/Pt.	0.87	8.72
ESC. 8/Ez.	0.97	9.76
ESC. 9/Ma.	0.96	9.67
ESC. 0/So.	0.87	8.72
ESC. L	0.98	9.85
ESC. F	0.88	8.80
ESC. K	0.91	9.19
ANSIEDAD/E	0.93	9.36
ANSIEDAD/R	1.01	10.11
CAPACIDAD DE AUTOCRITICA	0.66	6.60
IDENTIDAD	1.25	12.54
AUTOSATISF.	1.95	19.50
CONDUCTA.	1.74	14.26
FISICO	1.03	10.32
ETICO/MORAL	0.83	8.39
PERSONAL	1.13	11.35
FAMILIAR	0.81	8.10
SOCIAL	0.45	6.06



BIBLIOGRAFIA

- 1.- ARMELLA, S.L. (1984) Ansiedad durante el embarazo en mujeres primigestas. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Iberoamericana.
- 2.- BARDWICK, M. (1971) Psicología de la Mujer. Editorial Alianza, - Madrid. pags. 31-41, 117-179, 240-336.
- 3.- BEAUVOIR, S. (1981) El Segundo Sexo. Ediciones Siglo XX, Buenos Aires. V.I 29-82, V.II 259-306.
- 4.- BECK, A. (1977) Prácticas de Obstetricia. Ediciones Científicas La Presna Médica Mexicana, S.A. México. pags. 518-519.
- 5.- BEE, H. (1975) Desarrollo del Niño. Editorial Horla. pags. 46-52.
- 6.- BELLACK, L. (1965) Psicología de las Enfermedades Orgánicas. Editorial Buenos Aires. pags. 150-152.
- 7.- BENÉDECK, T. (1959b) Sexual function in Women and their disturbances. En Silvano Arieti (Ed.) : American Handbook of Psychiatry, New York. Basic Books. pags. 746-748
- 8.- BENSON, R. (1980) Manual de Ginecología y Obstetricia. Editorial Manual Moderno, México. pags. 34-41
- 9.- BERNSTOFF, R.L. (1985) Actitudes ante el embarazo y el parto. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Iberoamericana.
- 10.- BIBRING, G. (1959) Some considerations of the Psychological Process of pregnancy in the Psychoanalytic Study of the Child. International Universities Press. New York, V.XIV 16, 113-121.
- 11.- BIBRING, G.L. Dwyer, T.F, Huntigton, D.S. y Valenstein, A.F. --- (1961) A Study of the Psychological processes in pregnancy and - of the earliest motherchild relationship. The Psychoanalytic Study of the Child. 16: 9-71.
- 12.- BLUM, L.B. (1980) Psychological aspects of Pregnancy. Editorial-Human Sciences Press Inc, New York. 133-173.
- 13.- BOSTON CHILDREN'S MEDICAL CENTER (1971) Embarazo, Parto y Recien Nacido. Editorial Plaza & Janes, S.A. pags. 89-107.
- 14.- BREEN, D. (1975) The Birth of a First Child. London : Tavistock Pública. pags. 55-59.
- 15.- CHALMERS, B. (1982) Psychological aspects of Pregnancy : Some -- Thoughts for the eighties. Social Sciences Medical. Vol.16 323-331.

- 16.- CHALMERS, B. (1983) Psychosocial factors and obstetrics complications. Psychological Medicine. Great Britain, 13: 333-339.
- 17.- DAUPHIN, A. (1976) Higiene Prenatal. Editorial Planeta, Barcelona. pags. 76.79.
- 18.- DAVIS A. y DeVault, S. (1960) Use of TAT and Human figure drawings in research on personality, pregnancy and perception. Journal of Projective Techniques. 24: 362-365.
- 19.- DEUTSCH, H. (1947) Psicología de la Mujer. Editorial Lozada, -- Buenos Aires. V.I 158-167, V.II 25-59, 125,190, 210-212.
- 20.- DIAZ, G., Díaz, R. Helmreich, R. y Spence, J.T. (1981) Comparación Transcultural y Análisis Psicométrico de una medida de rasgos Masculinos (instrumentales) y femeninos (expresivos). Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social. Vol. I, 3-29.
- 21.- EGG, E. (1962) Opresión y marginalidad de la mujer en el orden social machista. Editorial Humanitas, Buenos Aires. pags.25-34.
- 22.- ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA OCEANO (1984) (Diccionario), Ediciones Oceano, S.A. Barcelona. V.6 pag.100.
- 23.- ERIKSON, E.H. (1959) Identity and the life cycle : selected paper. Psychological Issues. 1:71.
- 24.- ERIKSON, E.H. (1960) En Pohlman E. Unwanted Conceptions Eugenic Quaterly. Vol. 14(2) 143-154.
- 25.- FISHER, S. (1970) Body experiences in fantasy and behavior, New York : Appeltton.
- 26.- FREUD, S. (1900) Teorías Sexuales Infantiles. Obras Completas de S.F. Editorial Biblioteca Nueva. V.2. 1262-1271.
- 27.- FREUD, S. (1933) Sobre la sexualidad femenina. Obras Completas de S.F. Editorial Biblioteca Nueva. V.3 3164-3177.
- 28.- FITZT, W.H. (1965) Tennessee Self Concept Scale. Nashville Tennessee Counselor Recording and Test Manual. Western Psychological Services.
- 29.- GOMEZ, P.M. (1981) Autoestima: Expectativas de éxito o fracaso en la realización de una tarea. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social. Vol. I (1), 135-155.
- 30.- GORSUCH, R.L. y Key, M.K. (1974) Abnormalities of Pregnancy as a function of anxiety and life stress. Psychosomatic Medicine. -- 36(4), 353-362.

- 31.- GRIM, E.R. (1967) Psychological and Social factors in Pregnancy delivery and outcome. In childbearing : Its Social and Psychological Aspects. Edit. S.A. Richardson and A.F. Guttmacher, Williams and Wilkins Baltimore. 1-52
- 32.- HAMILTON, E. (1955) Emotional aspects of pregnancy an intensive study of fourteen normal primipare : Tesis Doctoral.
- 33.- HATHAWAY, S.R. y Mckinley, J.C (1951) Manual del Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-Español. Editorial el Manual - Moderno, S.A, México.
- 34.- HORNEY, K. (1976) Psicología Femenina. Editorial Psique, Buenos Aires. 53-70.
- 35.- KAIJ, L. y Nilsson, A. (1972) Emotional and Psychotic illness -- following childbirth. In Modern Perspectives in Psycho-Obstetrics. Edited by Howells J.G. Oliver & Boyd, London.
- 36.- KAPLAN, B.J. (1983) Causes and Atributions of Depression during-Pregnancy. Women & Health. Vol. 8(4) : 23-33.
- 37.- KARDINER, A. (1945) El individuo y su Sociedad. Editorial Fondo de Cultura Económica, México.
- 38.- KERLINGER, T. (1975) Investigación del Comportamiento, técnicas y metodología. Editorial Interamericana. pags. 19-30.
- 39.- KLAUSS, H.M. y Kennell, J.H. (1978) La relación madre-hijo: impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires. pags. 50-53.
- 40.- KLEIN, Potter y Dick (1950) Anxiety in Pregnancy and Childbirth. New York, 186-206.
- 41.- KUMAR, R. Robson, K.M. y Smith, A.MR. (1983) Development of self-administered Questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. Journal of Psychosomatic Research. Vol. 26(1) : 43.51.
- 42.- KUMAR, R. y Key, M.R. (1984) A Prospective Study of Emotional Disorders in Childbearing Women. British Journal Psychiatry. --- 144: 33-47.
- 43.- LANGER, M. (1964) Maternidad y Sexo. Editorial Paidós, Buenos Aires. 29-56, 180-211 .
- 44.- LEVIN, J. (1979) Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. Editorial Horla, México.

- 45.- LEWIS, M. (1976) Desarrollo Psicológico del Niño. Editorial Interamericana, México.
- 46.- LIN, N., Ensel, W., Simeone, R. y Kuo, W. (1979) Social Support - Stressfull life events, and illness: A Model and Empirical Test. Journal of Health and Social Behavior. 20(2) : 108-119.
- 47.- LIPS, H.M. (1985) A longitudinal Study of the Reporting as Emotional and Somatic Syntoms during and after Pregnancy. Social -- Science Medical. Vol. 21(6) : 631-640.
- 48.- LLOYD, A. y Reathem, L. (1964) Psychology of the Female Reproductive. Human Reproduction and Sexual Behavior, Filadelfia. Lea & Febiger.
- 49.- MACFARLANE, A. (1973) Psicología del Nacimiento. Ediciones Morata, S.A., México. pags. 20-35.
- 50.- MACY, C. y Fkner, F. (1980) Embarazo y Nacimiento. Editorial -- Karqueman, Buenos Aires.
- 51.- MARTINES, T. (1987) El Rol Sexual y la Autoestima en las Mujeres Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología UNAM.
- 52.- MASTERS, W.H. y Johnson, V.E. (1967) Respuesta Sexual Humana, -- Editorial Inter-Médica, Buenos Aires.
- 53.- MCDONALD, R.L. y Parham, K.J. (1964) Relation of Emotional Changes during Pregnancy obstetrics Complications in Unmarried Primigravidas. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 90: 195 201.
- 54.- MCDONALD, R.L. (1968) The Role of Emotional factor in Obstetric Complications "A review". Psychosomatic Medicine. 30: 222-237.
- 55.- MCGUIGAN, F.J. (1971) Psicología Experimental. Editorial Tri---
- 56.- MEAD, M. (1973) Adolescencia y Cultura en Samoa, Buenos Aires -- Editorial Abril.
- 57.- MEAD, M. (1961) Sexo y Temperamento. Editorial Abril, Buenos -- Aires.
- 58.- NELSON, W.M., Gumlak, J., Politano, P.M. (1986) MMPI differences in various Populations of the unwed Mother. Journal of Clinical Psychology. Vol. 42(1) : 226-237.
- 59.- NEWMAN, B. (1983) Desarrollo del Niño. Editorial Limusa. pags. 82-85..

- 60.- NUCKOLLS, ET AL (1972) Psychosocial Assets, Life, Crisis and the Prognosis of Pregnancy. American Journal of Epidemiology. 95: -- 431-444.
- 61.- NUÑEZ, R. (1979) Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI a la Psicopatología. Editorial El Manual Moderno,-- México.
- 62.- ODERBERG, F.L. (1969) Motivaciones Psicológicas en el Embarazo, - Parto y Recien Nacido. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Filosofía y Letras UNAM.
- 63.- PEREZ, M.L. (1961) Tratado de Obstetricia. 6a. Edición Buenos Aires, pags. 120-128.
- 64.- PETERSON, V. (1983) The relation of Life Stress and Social Support of Emotional Disequilibrium during Pregnancy. Research in Nursing and Health. 6: 167.174.
- 65.- PETERSON, V. T. y Norbeck, J.S. (1983) Life Stress, Social Support and Emotional Disequilibrium in Complications of Pregnancy : A -- Prospective, Multivariate Study. Journal of Health and Social Behavior, Vol. 24(3) : 30-46.
- 66.- PRIETO, D.B. y Márquez, G.G. (1980) Embarazo en Adolescentes solteras, aspectos sociales y psicológicos. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Iberoamericana.
- 67.- RAMIREZ, S. (1979) Bases Emocionales de los Trastornos Procreativos en la vida de la mujer. Ginecología y obstetricia, México, -- Vol. IX.
- 68.- REIDL, L. (1981) Estructura Factorial de la Autoestima de Mujeres del Sur del Distrito Federal. Revista Latinoamericana de Psicología Social, Vol. 1 (2) : 273-288.
- 69.- SACKS, B.F.(1985) Depressed Mood during Pregnancy and the Puerperium : Clinical Recognition and Implications for Clinical Practice. American Journal Psychiatry. 146(6) : 720-730.
- 70.- SCHWALM, H. y Dordelein, G. (1966) Clínica Obstétrica Ginecológica. Editorial Alhambra, Madrid. Tomo I, 488-489.
- 71.- SCHWARCS, R. (1966) Obstetricia. Editorial El Ateneo, México. -- 174.-175.
- 72.- SHERMAN, J.A. (1978) Psicología de la Mujer. Editorial Marova,-- 205-232.

- 73.- SPIELBERG, G.D. y Díaz, G.R. (IDARE) (1975) Inventario de Ansiedad y Rasgo. Manual e Instructivo. Editorial El Manual Moderno, S.A., México.
- 74.- U.N.A.M. Facultad de Psicología, Coordinación de Laboratorios -- (1982) Curso de Prácticas de tercer nivel.
- 75.- URRUTIA, E. (1979) Imágen y Realidad de la Mujer. Patrones Culturales en la vida Genital y Procreativa de la Mujer, particularmente en México. /Santiago Ramírez/. Editorial Secretaría de Educación Pública, México, 127-138.
- 76.- VIGNES, E. (1923) Fisiología, Obstetricia y Patología. Editorial
- 77.- VILLARREAL, M.L. (1971) Análisis Psicológico de algunos Estados-Emotivos del Embarazo. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM.
- 78.- YOUNG, PT. (1979) Cómo entender nuestros sentimientos y emociones. Editorial El Manual Moderno, S. A. pag. 39.
- 79.- ZEMLICK, H. y Watson, R.I. (1953) Maternal Attitudes of Acceptance and Reflection during and after Pregnancy. American Journal of Orthopsychiatric 23: 570-584.
- 80.- ZUCKERBERG, J. (1972) An exploration into Feminine Role Conflict and Body Symptomatology in Pregnancy. Un published Doctoral Dissertation.
- 81.- ZUNG, W.K. (1965) A Self-Rating Depression Scale. Archives of General Psychiatry. 12(1) : 63-70.
- 82.- ZUNG, W.W.K. y King, R.E. (1983) Identification and Treatment of Masked Depression in General Medical Practice. Journal Clinical Psychiatry. 44(10) : 365-368.

## A P E N D I C E

ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION DE ZUNG.

	Muy pocas veces.	Algunas veces.	La mayor parte del tiempo.	Continuamente.
1. Me siento abalido y melancólico.				
2. En la mañana me siento mejor.				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4. Me cuesta trabajo dormir en la noche.				
5. Como igual que antes solía hacerlo.				
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales.				
7. No lo que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo molestias de constipación.				
9. Le otorgo más leche matutina que de acostumbre.				
10. Me cuesta un hacer nada.				
11. Tengo la mente tan clara como antes.				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo usual.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Mi vida tiene bastante interés.				
19. Creo que les haría un favor a los demás muriendo.				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas.				





# INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Stake R. Hathaway y J. Charney McKinley

## PERFIL Y SUMARIO



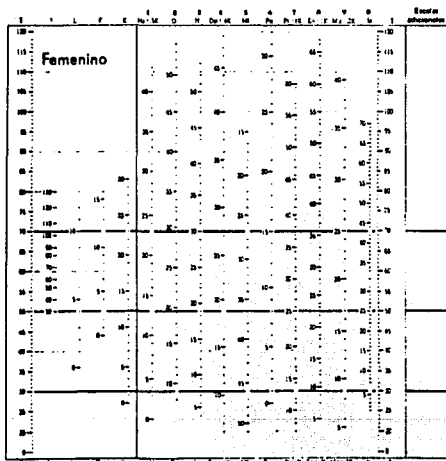
Nombre \_\_\_\_\_ (letra de modo)

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios completos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Escala				
1	2	3	4	5
30	15	12	6	
28	15	12	6	
29	16	11	5	
27	16	11	5	
26	17	10	5	
25	17	10	5	
24	18	10	5	
23	18	10	5	
22	19	9	4	
21	19	9	4	
20	19	9	4	
19	19	9	4	
18	19	9	4	
17	19	9	4	
16	19	9	4	
15	19	9	4	
14	19	9	4	
13	19	9	4	
12	19	9	4	
11	19	9	4	
10	19	9	4	
9	19	9	4	
8	19	9	4	
7	19	9	4	
6	19	9	4	
5	19	9	4	
4	19	9	4	
3	19	9	4	
2	19	9	4	
1	19	9	4	

### NOTAS

Percepción natural \_\_\_\_\_  
 Agrupa factor K \_\_\_\_\_  
 Percepción corrupta \_\_\_\_\_



Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

ANEXO B

MMPI  
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA  
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chanley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F  
Femenino

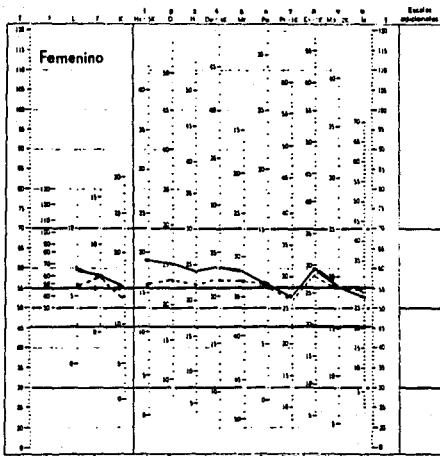
Nombre \_\_\_\_\_ (letra de madre)

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación \_\_\_\_\_

Alas escaleras o estadios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Retenido por \_\_\_\_\_



Cl	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
20	15	12	6																		
25	15	12	6																		
30	14	11	6																		
35	16	11	5																		
40	13	10	5																		
45	13	10	5																		
50	11	8	4																		
55	11	8	4																		
60	10	8	4																		
65	10	8	4																		
70	9	7	4																		
75	9	7	4																		
80	9	7	3																		
85	8	6	3																		
90	8	6	3																		
95	8	6	3																		
100	5	4	2																		
105	5	4	2																		
110	4	2	1																		
115	3	2	1																		
120	3	2	1																		
125	2	1	1																		
130	1	1	1																		
135	1	1	1																		
140	1	1	1																		
145	1	1	1																		
150	1	1	1																		

NOTAS

PERFIL DE LA MUESTRA GENERAL

- MUJERES EMBARAZADAS
- - MUJERES NO EMBARAZADAS

ANEXO C

Puntuación natural \_\_\_\_\_  
 Agrupa Factor II \_\_\_\_\_  
 Puntuación corregida \_\_\_\_\_



Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

MMPI  
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA  
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Stark R. Hathaway y J. Charney McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F  
Femenino

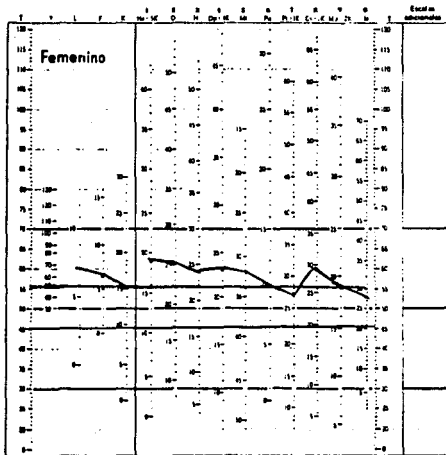
Nombre \_\_\_\_\_ (letra de nombre)

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referida por \_\_\_\_\_



Pruebas sumariadas

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30	15	12	6						
29	15	12	6						
28	10	11	6						
17	14	11	5						
26	13	10	5						
35	13	10	5						
34	12	10	5						
23	11	9	4						
21	11	8	4						
30	10	8	4						
15	10	7	4						
17	9	7	3						
16	8	6	3						
15	6	4	3						
14	7	4	3						
13	7	4	3						
12	6	3	2						
11	5	4	2						
10	5	4	2						
9	4	3	2						
7	4	3	1						
6	3	3	1						
5	3	2	1						
4	3	1	1						
3	2	1	1						
2	1	1	0						
1	1	1	0						

NOTAS

PERFIL DEL GRUPO DE MUJERES  
EMBARAZADAS.

ANEXO D

Permisión otorgada 7 6 15 25 24 32 10 11 28 ---  
 Agrupar factor K 28 23 32 29 18 ---  
 Permisión otorgada



Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

MMPI  
2-4

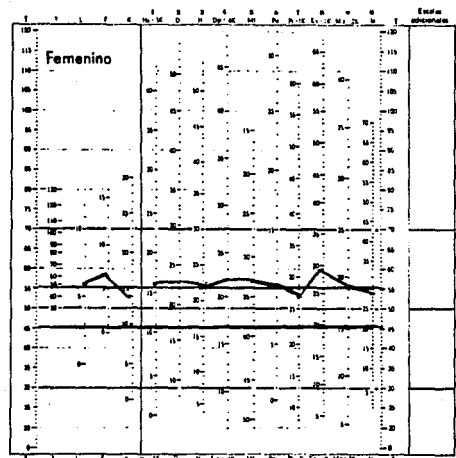
**INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español**

Starke R. Hathaway y J. Chanley McKinley

**PERFIL Y SUMARIO**

**F**  
Femenino

Nombre \_\_\_\_\_  
 (letra de molde)  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación \_\_\_\_\_  
 Años escolares o estudios completos \_\_\_\_\_  
 Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Motivo por \_\_\_\_\_



Fracciones K

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
100	115	122	95						
105	110	120	90						
110	105	115	85						
115	100	110	80						
120	95	105	75						
125	90	100	70						
130	85	95	65						
135	80	90	60						
140	75	85	55						
145	70	80	50						
150	65	75	45						
155	60	70	40						
160	55	65	35						
165	50	60	30						
170	45	55	25						
175	40	50	20						
180	35	45	15						
185	30	40	10						
190	25	35	5						
195	20	30	0						
200	15	25	-5						
205	10	20	-10						
210	5	15	-15						
215	0	10	-20						
220	-5	5	-25						
225	-10	0	-30						
230	-15	-5	-35						
235	-20	-10	-40						
240	-25	-15	-45						
245	-30	-20	-50						
250	-35	-25	-55						
255	-40	-30	-60						
260	-45	-35	-65						
265	-50	-40	-70						
270	-55	-45	-75						
275	-60	-50	-80						
280	-65	-55	-85						
285	-70	-60	-90						
290	-75	-65	-95						
295	-80	-70	-100						
300	-85	-75	-105						
305	-90	-80	-110						
310	-95	-85	-115						
315	-100	-90	-120						
320	-105	-95	-125						
325	-110	-100	-130						
330	-115	-105	-135						
335	-120	-110	-140						
340	-125	-115	-145						
345	-130	-120	-150						
350	-135	-125	-155						
355	-140	-130	-160						
360	-145	-135	-165						
365	-150	-140	-170						
370	-155	-145	-175						
375	-160	-150	-180						
380	-165	-155	-185						
385	-170	-160	-190						
390	-175	-165	-195						
395	-180	-170	-200						
400	-185	-175	-205						
405	-190	-180	-210						
410	-195	-185	-215						
415	-200	-190	-220						
420	-205	-195	-225						
425	-210	-200	-230						
430	-215	-205	-235						
435	-220	-210	-240						
440	-225	-215	-245						
445	-230	-220	-250						
450	-235	-225	-255						
455	-240	-230	-260						
460	-245	-235	-265						
465	-250	-240	-270						
470	-255	-245	-275						
475	-260	-250	-280						
480	-265	-255	-285						
485	-270	-260	-290						
490	-275	-265	-295						
495	-280	-270	-300						
500	-285	-275	-305						

**NOTAS**

PERFIL DEL GRUPO DE MUJERES  
NO EMBARAZADAS.

Puntaje natural: 6, 6, 14, 23, 23, 33, 40, 40, 40, 40, 29

Agregar factor K: 23, 23, 33, 40, 40, 40, 29

Puntaje corregido: 26, 23, 23, 29, 19



ANEXO E

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

ANEXO F  
**IDARE**

Inventario de Autoevaluación  
por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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 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 respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estoy tenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy contrariado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estoy a gusto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento alienado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me siento ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me siento cómodo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento con confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me siento "a punto de explotar"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Me siento reposado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Estoy preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me siento muy excitado y aturldido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Me siento alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## IDARE

SXR

## Inventario de Autoevaluación

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

	CASI SIEMPRE FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
21. Me siento bien	1	2	3
22. Me canso rápidamente	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	1	2	3
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	1	2	3
26. Me siento descansado	1	2	3
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	1	2	3
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3
30. Soy feliz	1	2	3
31. Tomo las cosas muy a pecho	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3
33. Me siento seguro	1	2	3
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	1	2	3
35. Me siento melancólico	1	2	3
36. Me siento satisfecho	1	2	3
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3
39. Soy una persona estable	1	2	3
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3



**SCORE SHEET**

Child and Research Form  
Lancaster Self-Cancer Scale

NAME: \_\_\_\_\_ SEX: \_\_\_\_\_ AGE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

**HOW THE INDIVIDUAL PERCEIVES HIMSELF**

IN TERMS OF:	COLUMN A PHYSICAL SELF	COLUMN B MORAL-ETHICAL SELF	COLUMN C PERSONAL SELF	COLUMN D FAMILY SELF	COLUMN E SOCIAL SELF	SELF CRITICISM	ROW TOTALS		
ROW 1	P-1 P-2 P-3 N-4 N-5 N-6 5 5 5 1 1 1	P-16P-20P-21 N-22N-23N-24 5 5 5 1 1 1	P-37P-38P-39 N-40N-41N-42 5 5 5 1 1 1	P-55P-57N-60N-62N-65 5 5 5 1 1 1	P-73P-74P-75 N-76N-77N-78 5 5 5 1 1 1	81 82 83 84 5 5 5 5	ROW TOT P + N	CONTRAST NET TOTAL Algebra (27 - 14) = 13	SCALE RATIO Net Algebra (13 / 10) = 1.3
IDENTITY WHAT HE IS	4 4 4 2 2 2 5 5 5 3 3 3 3 3 2 2 4 4 1 1 1 3 3 3	4 4 4 2 2 2 5 5 5 3 3 3 3 3 2 2 4 4 1 1 1 3 3 3	4 4 4 2 2 2 5 5 5 3 3 3 3 3 2 2 4 4 1 1 1 3 3 3	4 4 4 2 2 2 5 5 5 3 3 3 3 3 2 2 4 4 1 1 1 3 3 3	4 4 4 2 2 2 5 5 5 3 3 3 3 3 2 2 4 4 1 1 1 3 3 3	4 4 4 2 2 2 5 5 5 3 3 3 3 3 2 2 4 4 1 1 1 3 3 3	95 96 97 98 5 5 5 5		
SELF SATIS- FACTION HOW HE ACCEPTS HIMSELF	P - N P + N P - N	P - N P + N P - N	P - N P + N P - N	P - N P + N P - N	P - N P + N P - N	P - N P + N P - N			
ROW 2	P-7 P-8 P-9 N-10 N-11 N-12 5 5 5 1 1 1	P-32P-33P-34 N-35N-36N-37 5 5 5 1 1 1	P-49P-49P-51 N-52N-53N-54 5 5 5 1 1 1	P-67P-67P-69 N-70N-71N-72 5 5 5 1 1 1	P-85P-85P-87 N-88N-89N-90 5 5 5 1 1 1	99 99 99 5 5 5 5			
BEHAVIOR HOW HE ACTS	4 4 4 2 2 2 5 5 5 3 3 3 3 3 2 2 4 4 1 1 1 3 3 3	4 4 4 2 2 2 5 5 5 3 3 3 3 3 2 2 4 4 1 1 1 3 3 3	4 4 4 2 2 2 5 5 5 3 3 3 3 3 2 2 4 4 1 1 1 3 3 3	4 4 4 2 2 2 5 5 5 3 3 3 3 3 2 2 4 4 1 1 1 3 3 3	4 4 4 2 2 2 5 5 5 3 3 3 3 3 2 2 4 4 1 1 1 3 3 3	4 4 4 2 2 2 5 5 5 3 3 3 3 3 2 2 4 4 1 1 1 3 3 3	100 5 5 5 5		
	P - N P + N P - N	P - N P + N P - N	P - N P + N P - N	P - N P + N P - N	P - N P + N P - N	P - N P + N P - N			
COLUMN TOTALS	Net Algebra (13 / 10) = 1.3	Net Algebra (13 / 10) = 1.3	Net Algebra (13 / 10) = 1.3	Net Algebra (13 / 10) = 1.3	Net Algebra (13 / 10) = 1.3	Net Algebra (13 / 10) = 1.3	Total Positive (87 + 99) = 186	Total Net Conflict (17 - 9) = 8	Total Conflict (17 - 9) = 8

ANNEX G (2)

**DISTRIBUTION OF RESPONSES**

Number of  $\frac{10 \times 10}{100}$  P =  $\frac{10 \times 10}{100}$  = 90 T/F = \_\_\_\_\_

Self-Confidence \_\_\_\_\_ = 10

TOTALS "T" "F" "T" "F" = 100

D = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

**EMPIRICAL SCALES**

DP = \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

GM = \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

PSY = (100 + \_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

PD = \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

N = \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

PI = \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

PUBLISHED BY  
COUNCIL ON RESEARCH AND TEST  
804 NEW SCHEM BLDG  
NASHVILLE, TENN. 37203









