

2ej
94



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FAULTAD DE PSICOLOGIA

**"CONFLICTOS PSICOLOGICOS EN LA PAREJA
ANTE EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO Y
EL EMBARAZO NORMAL"**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
ARACELI HUITRON CALDERON

Asesor: Mayra A. Chávez Martínez



FALLA DE ORIGEN

Mayo, 1989



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.

C O N T E N I D O

	páginas
INTRODUCCION _ _ _ _ _	1
Capítulo 1:	
1.1 EMBARAZO NORMAL _ _ _ _ _	6
1.1.1. Desarrollo cronológico de la Gestación _ _ _ _	10
1.1.2. Crisis psicológicas en el Embarazo Normal _ _ _	13
1.1.2.1. La Decisión de quedar embarazada _ _ _	14
1.1.2.2. ¿Existe este hijo? _ _ _ _ _	15
1.1.2.3. Las últimas seis semanas del embarazo _ _	16
1.1.3. Fases Psicológicas del Embarazo Normal _ _ _	18
1.1.4. Ansiedades Específicas del Embarazo Normal _ _	22
1.1.4.1. Antecedentes _ _ _ _ _	22
1.1.4.2. En el comienzo de la Gestación _ _ _	23
1.1.4.3. Durante la formación de la placenta (2° y 3° mes)_	29
1.1.4.4. Ante la percepción de los movimientos fetales (3 y 1/2 meses) _ _ _ _ _	31
1.1.4.5. Por la instalación franca de los movimientos fetales (5° mes en adelante) _ _ _ _	40
1.1.4.6. Por la versión interna o encajamiento _ _	41
1.1.4.6.1. Hipertensión _ _ _ _ _	42
1.1.4.6.2. Lipotimias _ _ _ _ _	42
1.1.4.6.3. Hiperemesis _ _ _ _ _	43
1.1.4.6.4. Diarreas _ _ _ _ _	43
1.1.4.6.5. Constipación pertinaz o estreñimiento _	43
1.1.4.6.6. Hinchazón y aumento excesivo de peso _	43

	páginas
1.1.4.6.7. Calambres	43
1.1.4.6.8. El temor a no ser capaz de criar bien al hijo	44
1.1.4.7. Al comienzo del noveno mes	45
1.1.4.8. Los últimos días antes del parto	47
1.2. EMBARAZO DE ALTO RIESGO	49
1.2.1. Aborto	50
1.2.1.1. Aborto Espontáneo	51
1.2.1.2. Aborto Habitual	56
1.2.1.3. Aborto Séptico	57
1.2.2. Enfermedad Materna	57
1.2.2.1. Infecciones agudas	57
1.2.2.2. Infecciones crónicas	57
1.2.2.3. Infecciones crónicas consecutivas	57
1.2.2.4. Anomalías de los órganos reproductores	57
1.2.2.5. Causas de Muerte Materna	58
1.2.3. Parto Prematuro	58
1.2.4. Embarazo Ectópico	60
1.2.5. Placenta Previa	60
1.2.6. Desprendimiento prematuro de placenta insertada normalmente	61
1.2.7. Gestosis	61
1.2.7.1. Ptialismo y Sialorrea	61
1.2.7.2. Emesis e Hiperemesis gravídica	62
1.2.7.3. Pre-eclampsia	64
1.2.7.4. Eclampsia	64
1.2.8. Cardiopatías y Embarazo	65
1.2.9. Diabetes y Embarazo	65

	páginas
1.2.10. Gestación Múltiple	66
1.2.11. Presentación funicular y prolapso del cordón umbilical	67
1.3. EL PADRE EMBARAZADO	68
1.3.1 Teorías sobre la Paternidad	69
1.3.2. El embarazo como algo que afecta a toda la familia	71
1.3.3. Apoyo Emocional	75
1.3.4. Embarazos No Planeados	79
1.3.5. Embarazos Planeados	81
1.4. LA PAREJA Y LA PATERNIDAD	84
1.4.1. Las expectativas vinculadas con la Paternidad	86
1.4.2. ¿De verdad es la suerte la que forma matrimonios?	88
1.4.3. Los conflictos maritales	92
1.4.4. Tiempo del Primer Nacimiento	93
1.4.5. Mitos Familiares	95
1.4.6. Ajuste Marital y Satisfacción	95
1.4.7. Involucramiento emocional en la pareja durante el último trimestre del primer embarazo	97
1.4.8. Actitudes hacia el cuerpo embarazado	105
 Capítulo 2:	
METODO	109
 Capítulo 3:	
RESULTADOS	124
 Capítulo 4:	
DISCUSION Y CONCLUSIONES	150
4.1. Sugerencias y Limitaciones	155
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	157
SECCION DE APENDICE	165

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

El embarazo es una etapa de la vida procreativa femenina que se encuentra rodeada de diferentes trastornos tanto físicos como emocionales.

Estos trastornos son tan comunes que se consideran inevitables y normales. Sin embargo, se cree que un examen psicológico más profundo podría revelar que estos trastornos son producto de conflictos psicológicos.

La mayoría de las investigaciones que existen al respecto se refieren hacia todo lo que la mujer experimenta durante este periodo, pero se cree que el papel que desempeña el padre es fundamental, ya que influye directamente -- sobre el desarrollo de sus hijos.

Recientemente se ha reconocido que el padre no sólo es importante por las -- influencias directas que ejerce sobre sus hijos, sino también a través de -- los efectos indirectos sobre las interacciones tempranas del lactante con otras personas.

Dentro del contexto familiar, el padre influye con frecuencia de forma indirecta sobre sus hijos al afectar el comportamiento de la madre. (1)

En un estudio llevado a cabo en 26 parejas, por Johanna Gladieux, se encontró que el apoyo emocional proporcionado por el marido durante la gravidez (embarazo) hace que sea más fácil para la mujer adaptarse al embarazo y -- disfrutarlo. (2)

De igual forma se cree que los cambios producidos en la madre tanto hormonales, como físicos y psicológicos influyen sobre su pareja.

(1) Parke, D.R. (1981) El Papel del Padre. Edit. Morata, Madrid. Vol 14 de la Serie Bruner. p. 20.

(2) Gladieux, J.D. (s.f.) Pregnancy- The transition to Parenthood: Satisfaction with the pregnancy experience as a function of a sex-role conceptions, marital relationships and social network. En Miller, B.W. y --- Newmann, F.L. (Eds.) The First Child and Family Formations. (Chapel Hill N.C.: Carolina Population Center, 1978).

A partir de estos datos, se avocó al estudio de parejas en las cuales las mujeres cursaran un Embarazo, ya que como menciona Benson, R. (s.f.) la pareja más feliz, no se escapa de tener alguna preocupación en relación al embarazo, pues casi siempre existen emociones positivas y negativas. En algunos casos las consecuencias psíquicas son leves y de duración breve; --- otras en cambio son duraderas y graves (3), como el rechazo hacia el embarazo y posterior maltrato al hijo, o el favorecimiento de un cuadro psicopatológico grave como la Esquizofrenia (4), la diversidad de casos como --- estos, destaca la importancia del estudio de este periodo del ciclo vital de la Familia y la inclusión de ambos miembros de la pareja en dicho estudio ya que como se mencionará más detalladamente en una ocasión posterior, ambos miembros influyen de manera diferente pero importante sobre sus hijos. Cabe señalar, en este momento, la definición de un Embarazo de Alto Riesgo para una mejor comprensión de lo expuesto:

Es aquél embarazo donde existe o puede existir alguna complicación que ponga en peligro la vida de la madre, del producto o de ambos, en cualquier momento de la gestación.

Se considera importante el estudio de este tema, ya que a pesar de que en México no existen estadísticas sobre la frecuencia de los Embarazos de Alto Riesgo, se sabe que están determinados por los factores socioeconómicos, de higiene, nutrición, salud y emocionales de la madre. Sin embargo, se calcula que por lo menos el 20% de las mujeres embarazadas de la población urba-

- (3) Benson, R. (s.f.) Manual de Ginecología y Obstetricia. Edit. Manual Moderno, sexta edición, México.
- (4) Lidz, T., Cornelison, R.A., Carlson, T.D y Fleck, S. (1974) El Medio Intrafamiliar del paciente Esquizofrénico: La transmisión de la Irracionalidad. En Bateson, et al. Interacción Familiar. Edit. Tiempo Contemporáneo Argentina.

na, están sujetas a riesgo obligatorio (5) y considerando las condiciones económicas del país y el nivel cultural de la población mayoritaria, probablemente al realizar un estudio profundo, se encontraría una incidencia mayor de los Embarazos de Alto Riesgo, de aquí la importancia de estudiar a esta población.

A partir de lo antes mencionado, surgió el propósito del presente trabajo de Tesis, ya que se intentó conocer si existía mayor frecuencia de conflictos psicológicos entre la población con embarazos de Alto Riesgo, en comparación con la población de Embarazos Normales, donde se esperaba encontrar menor frecuencia de conflictos psicológicos, ya que como algunos autores han afirmado (Salerno,1979; Soifer,1977 y Langer,1983): Se cree que algunas complicaciones del embarazo como náuseas, vómitos, hipertensión, sialorrea (secreción excesiva de saliva), abortos, hinchazón y diarreas, tienen una base psicológica en la mujer, debido a dificultades con su identidad femenina, o por problemas con su propia madre durante las etapas del desarrollo.

Concretamente se pretendía:

Explorar si existían diferencias entre las muestras de Alto Riesgo y la muestra Normal con respecto a sus respuestas de Ansiedad y Depresión.

Conocer si existían diferencias entre los Hombres y las Mujeres con respecto a las respuestas de Ansiedad y Depresión.

Saber si existían diferencias entre ambas muestras (Alto Riesgo y Normal) en las pruebas proyectivas utilizadas (Test de la Pareja, Test de la Pareja en Interacción e Inventario de Conflictos Maritales).

(5) Benson, R. (1983) Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico. Edit. Manual Moderno, tercera edición, México. p.588.

Y finalmente aportar datos y sugerencias para futuras investigaciones en cuanto a los instrumentos utilizados.

En la presente Tesis se desarrollan diferentes temas, la parte inicial la constituye la presente Introducción, en el capítulo 1 apartado 1 se explica el desarrollo cronológico de un embarazo normal y las diferentes fases y ansiedades por las que atraviesa la mujer, en el apartado 2 se exponen brevemente las complicaciones que pueden hacer que un embarazo sea de Alto Riesgo, en el apartado 3 , se habla sobre la experiencia del Padre durante el Embarazo de su esposa, en el apartado 4 se explican algunas de las experiencias por las que pasan las parejas frente a la Paternidad. En el capítulo 2 se expone el Método utilizado para esta investigación, en el capítulo 3 se analizan los resultados y finalmente en el capítulo 5 se lleva a cabo la Discusión y las Conclusiones, dándose sugerencias para investigaciones posteriores y las limitaciones de la presente investigación, se presentan las Referencias Bibliográficas utilizadas y la Sección de Apéndice.

EMBARAZO

NORMAL

"El filósofo es el hombre,
el poeta es el hombre. La mujer
es el saber, "el otro nombre de
DIOS".

Dante

1.1 EMBARAZO NORMAL.

Es el embarazo el periodo de concepción, gestación, crecimiento y nacimiento del producto.

El término ideal de los embarazos es de 40 semanas o 280 días, sin embargo sólo el 5% de todos los embarazos llega a éste término, al hablar de un embarazo "a término" se refiere a la capacidad del producto de poder sobrevivir al nacer con las más altas probabilidades, las cuales varían de la semana 37 a la 41.

Con respecto a la fisiología materna durante el embarazo ocurren los siguientes cambios:

A nivel de la esfera genital:

- a) Utero: Aumenta de peso hasta 20 veces.
- b) Vagina: Hay congestión sanguínea bastante acentuada, color violáceo, engrosamiento de la mucosa, cambios en la acidez.
- c) Cuello Uterino: Hay congestión del cuello, reblandecimiento del mismo y color violáceo.
- d) Ovarios: Supresión de la ovulación.

Cambios a nivel general (somático):

- a) Cambios en la pigmentación corporal dada por cambios en el metabolismo. Se presenta en cara, muslos, glándulas mamarias y el abdomen (línea morena del embarazo).
- b) Cambios en las glándulas mamarias: el pezón aumenta de tamaño, hay aumento del tamaño de la aureola, aumento del tamaño en general.
- c) Cambios en el abdomen: aumenta su volumen, hay ruptura de la epidermis y dermis, pueden aparecer hernias.
- d) Cambios en la posición: se dan debido a cambios en la columna y pelvis

por el aumento de peso.

e) Aumento de peso: aproximadamente es de diez kilogramos en los nueve meses y ocurre de la siguiente manera:

*En los dos primeros meses hay baja.

*En el primer trimestre, al final, un kilogramo.

*En el segundo trimestre cuatro kilogramos.

*En el tercer trimestre cinco kilogramos.

De los cuales están distribuidos de la siguiente manera:

-de 2 a 3 kgs: producto

- 1 kg : placenta

- 500 grs: líquido amniótico

- 1 kg: útero

De la suma de esto el aumento existente, la diferencia es, aumento de peso por parte de la madre por aumento de grasa y retención de agua.

Cambios a nivel de sistemas:

DIGESTIVO: Alteración en su movilidad, náuseas, vómitos, sialorrea (secreción excesiva de saliva), regurgitaciones (dadas por el aumento de hormonas durante el embarazo), estreñimiento, meteorismo (exceso de gases en el intestino).

CARDIACO: Cambios en la posición (tendencia a horizontalizarse), disnea (dificultad para respirar) al final del embarazo.

PULMONAR: Aumento de la caja torácica.

VASCULAR: Hay congestión vascular.

HEPÁTICO: En pacientes con patología previa (litiasis) se presentan muy frecuentemente cólicos vesiculares, hay alteraciones metabólicas.

NERVIOSO: Destaca considerablemente la inestabilidad del sistema neuro-vegetativo, en diversas épocas del embarazo aparece lo que se ha dado en llamar

la "borrasca neuro-vegetativa", sobre todo al principio del embarazo, esto significa que hay una serie de manifestaciones en diversos sistemas, aparatos y órganos que no tienen explicación, más que la inestabilidad del sistema neuro-vegetativo; en ocasiones son de predominio vagal, otras de predominio simpático y estas alternativas pueden ser más o menos frecuentes, o bien puede haber predominio vagal durante los dos o tres primeros meses del embarazo o puede haber un predominio simpático. Es decir, hay una inestabilidad sobre la que no se puede dar ninguna regla. A esta inestabilidad hay que atribuir la sialorrea, vómitos, cólicos intestinales, diarrea, constipación (estreñimiento), taquicardia, etc.

Independientemente de esta acción sobre el sistema neuro-vegetativo, que es predominante al principio del embarazo, puede haber además alteraciones en el psiquismo de la mujer embarazada.

También es frecuente encontrar cambios de carácter, actitudes psicológicas muy especiales de mujeres que apenas ha iniciado su embarazo, e inclusive se tomó durante mucho tiempo estas actitudes como uno de los elementos de presunción diagnóstica del embarazo. El hecho de que la mujer se vuelva irritable, deprimida o bien muy alegre, etc.

Cambios a nivel de los órganos de los sentidos:

En el sentido de la vista parece haber ligeras modificaciones durante el embarazo, desde luego disminuye la tensión ocular ligeramente.

La agudeza auditiva está ligeramente disminuida en las mujeres embarazadas, probablemente es porque sufre procesos de esclerosis temporal del tímpano, quizá condicionada a la retención de Calcio que hay durante la primera mitad del embarazo.

En lo que se refiere al gusto, el umbral de sensibilidad gustativa está aumentada en grados diversos, está generalmente aumentada por todas las --

substancias, nada más que en grados diversos según su sabor. Esto origina, en parte cuando menos, las frecuentes perversiones del gusto (antojos). Con respecto a los "antojos" de las mujeres embarazadas se sabe, que si bien estos antojos están fundamentalmente condicionados a mecanismos de origen neuro-vegetativo y de sistema nervioso en general, en parte hay esta influencia de las modificaciones en el umbral del sabor en el sentido del gusto. Los demás órganos de los sentidos permanecen sensiblemente iguales.

A continuación se describe el desarrollo físico durante el embarazo normal:

1.1.1. **DESARROLLO CRONOLÓGICO DE LA GESTACION:**

La siguiente descripción de los cambios físicos ocurridos durante el embarazo fué dada por Taylor (1973) quien dividió el embarazo en diez meses lunares, ésto significa realizar una suma a partir de un periodo menstrual a otro, comprenden estos meses lunares casi cinco semanas, difieren del mes solar en que éste cuenta con cuatro semanas unicamente. Se presenta parcialmente, sólo lo más significativo de cada mes.

Final del Primer mes lunar: Es la etapa en la que se llega al primer periodo menstrual calculado omitido y la gestación tiene 14 días de edad. Algunas embarazadas presentan como síntomas náuseas y vómitos sobre todo por las mañanas. Estas manifestaciones pueden agravarse durante un mes, después disminuyen y desaparecen progresivamente, al final del tercer mes.

Final del Segundo mes lunar: El huevo tiene 6 semanas de vida. Los síntomas presentados son vómitos matutinos que alcanzan intensidad máxima en ésta etapa y a veces hay hiperactividad de las glándulas salivales, lo que produce sialorrea. Pueden advertirse modificaciones peculiares en los sentidos del gusto y del olfato, algunos olores resultan repugnantes, también el apetito puede modificarse. Puede haber deseo intenso de consumir alimentos que la mujer nunca ha ingerido, con cierta frecuencia hay inestabilidad emocio-

emocional y periodos de depresión y excitabilidad.

Final del Tercer mes lunar: El huevo tiene el volumen de una pelota de tenis, tiene 10 semanas de edad. Las náuseas y los vómitos matutinos han desaparecido al igual que la irritabilidad vesical que pudo haber ocurrido en el segundo mes. Al cesar éstas modificaciones tan molestas, la mujer experimenta bienestar que la hace considerar con optimismo el resto del embarazo.

Final del Cuarto mes lunar: El feto^o tiene 16 cm. de largo y pesa 108 grs. Entre el cuarto y quinto mes son audibles los ruidos cardiacos fetales. En esta etapa se pueden advertir los movimientos del feto, los ruidos cardiacos del feto pueden ser detectados incluso desde la duodécima hasta la decimocuarta semana de la gestación.

Final del Quinto mes lunar: El feto tiene 25 cm. de largo y pesa 316 grs.

Final del Sexto mes lunar: El feto tiene 31 cm. de largo y pesa 630 grs. A menudo se advierte patentemente el contorno del feto.

Final del Séptimo mes lunar: El feto tiene 36 cm. de largo y pesa 1,000 grs.

Final del Octavo mes lunar: El feto tiene 42 cm. de largo y pesa 1,600 grs. a menudo hay síntomas de compresión por el útero que crece rápidamente; consisten en estreñimiento, molestias gástricas y dificultad para el retorno de la sangre desde las extremidades inferiores, si este fenómeno es intenso, puede causar varices en las piernas.

Final del Noveno mes lunar: El feto mide 47 cm. de longitud y pesa 2,500 grs. Se dificulta el descenso del diafragma, lo cuál suele producir respiración difícil o disnea en los últimos meses de la gestación.

Final del Décimo mes lunar: El feto tiene 50 cm. de longitud y pesa 3,200 grs. La parte que se presenta del abdomen se hunde en la pelvis dos semanas antes del final de la gestación, a lo cuál se llama encajamiento ó versión interna. Cuando ocurre se facilita la respiración y la mujer advierte que ha disminuido la circunferencia de su abdomen.

Al mismo tiempo quizá se agraven los problemas provocados por la compresión en las extremidades inferiores. El crecimiento y la evolución del embarazo normal están aunadas a la preocupación por parte de la mujer, durante los nueve meses, sobre la salud del bebé, sin embargo, es muy frecuente que -- piense que dará a luz a un niño sano y normal y desea llegue el trabajo de parto en la fecha calculada o cerca de la misma.

Cada uno de los tres trimestres de la gestación ofrece sus propios y característicos problemas y satisfacciones para la pareja que espera la llegada de su hijo.

Para la mujer los primeros meses son con frecuencia difíciles, como se ha visto anteriormente, tanto física como psicológicamente, como se verá más adelante. Son comunes, como se acaba de mencionar, las náuseas y los vómitos, la fatiga y dolores de cabeza, apareciendo también estados de depresión, irritabilidad y ansiedad, debidos a la ambivalencia entre el deseo del hijo y el temor a la gran responsabilidad que representa.

En un estudio realizado en parejas en las que la mujer estaba embarazada, - llevado a cabo por Pauline Shereshefsky y Leon Yarrow se encontró que "una elevada cantidad de mujeres refieren estar muy propensas a estados de irritación y mal humor a 'tener los nervios de punta', a salirse más fácilmente de sus casillas, a ser más exigentes con sus maridos, a llorar más fácilmente por cualquier motivo; signos en general de mayor vulnerabilidad y una emotividad elevada". (1). Desde luego, el hecho de estar embarazada no es totalmente negativo durante este periodo del primer trimestre.

Muchas mujeres experimentan euforia en estos meses y algunas oscilan entre la euforia y la depresión.

(1) Shereshefsky, M.P. y Yarrow, J.L. (1973) Psychological aspects of a First Pregnancy and Early Postnatal Adaptation. (Nueva York: Raven Press). En Parke, D.R. (1981) El Papel del Padre. Ed. Morata, Madrid.

Durante el segundo trimestre desaparecen muchos de los síntomas más desagradables. Por lo general, los primeros movimientos del feto empiezan a percibirse, como ya se mencionó, al final del cuarto mes y ésto indica el hecho, como una realidad, de que el hijo "está en camino".

En un estudio realizado en parejas en las que la mujer estaba embarazada, la mayoría de los hombres decían que les gustaba sentir los movimientos del feto, mientras que la mitad de las mujeres no se mostraban tan satisfechas. Es evidente que la reacción suscitada por los movimientos fetales varía según la persona. (2)

Finalmente el último trimestre del embarazo resulta con frecuencia difícil. La mujer, como se vió en páginas anteriores, ha aumentado 11 o 13 kgs, de peso y transportar al feto resulta fatigoso y con frecuencia molesto.

La embarazada vuelve a experimentar, como en el primer trimestre, fatiga, insomnio, hinchazón y respiración deficiente. Quizá debido a ésto muchas mujeres se muestran ansiosas e irritables durante este periodo. Por otra parte las preocupaciones por la salud del feto y las relativas al parto se acentúan a medida que se aproxima éste.

1.1.2. CRISIS PSICOLÓGICAS EN EL EMBARAZO NORMAL.

A continuación se expondrá algunas experiencias investigadas en el curso de embarazos normales, la recopilación hecha por Turrini (1980), menciona en primer lugar un término utilizado por Winnicott (1953) el de la "suficientemente buena madre".

La "suficientemente buena madre" es definida como la persona con un Yo estructurado con funciones auto-protectoras. Ella tiene la capacidad para la

- (2) Entwistle, R.D. y Doering, G.S. (s.f.) *The First Birth*. (Baltimore: Johns Hopkins University Press). En Parke, D.R. (1981) El Papel del Padre. Edit. Morata, Madrid.
- (3) Turrini, P. (1980) Psychological crises in Normal Pregnancy. En B. Blum (Ed.) Psychological aspects of Pregnancy, Birthing and Bonding. National Institute for the psychotherapies.
- (4) Winnicott, D.W. Transitional objects and Transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 1953, 34. En Turrini, P. (1980) Psychological crises in Normal Pregnancy.

maternidad psicológica; distinguida ésta de madres quienes sólo cuentan con la capacidad biológica para la maternidad. Blum (1978) destacó esta distinción en el concepto de "el Yo Materno Ideal", el cuál se refiere a una subestructura del Yo Ideal, que reside en el Superyó. Este es el estado ideal de las internalizaciones de la mujer sobre la Maternidad, de cómo ella quisiera ser como madre.

El Yo Ideal contiene resueltos muchos "nacimientos", pero esto organizado principalmente por las experiencias vividas con la propia madre y padre. Esto es una subestructura crucial dentro de la personalidad que organiza el acto de dar protección.

Las siguientes son algunas de un centenar de "crisis" que la "suficientemente buena madre" experimenta en el embarazo normal.

1.1.2.1. La Decisión de quedar embarazada:

La decisión de quedar embarazada puede no ser hecha conscientemente y en el intento de hacer esta decisión puede motivar una crisis.

Las mujeres muchas veces tienen una fuerte conciencia, dirigiendo su fuerza para decidir el embarazo. Los hombres tienden a seguir la iniciativa tomada por la mujer. Ella es más resuelta en su búsqueda de un hijo como resultado de la gran libertad existente en la actualidad sobre la decisión de quedar embarazada, las mujeres jóvenes están confundidas sobre el cómo decidir un embarazo. Generalmente se piensa ¿qué justifica la decisión de traer un hijo a este mundo? ¿cómo justificar el deseo de tener un hijo sólo para la propia felicidad? reconociendo que tener un hijo puede dar mucho placer a la mujer pero no reconocería la existencia de las necesidades del "otro" (el niño y su esposo).

(5) Blum, H. (1978). The Maternal Ego Ideal. Unpublished paper. Nueva York: Marzo, 1978. En Turrini (1980) Psychological crises in Normal Pregnancy. En B. Blum. (Ed.) Psychological aspects of Pregnancy, Birthing and Bonding.

Se puede decir que esta confusión reside en un conflicto normal en el conflicto intrasistémico dentro del Yo Ideal, y un conflicto intersistémico - entre el Elio, Yo y Superyó. Tener un hijo es un factor, basado en el principio del placer y el derecho al placer no es fácil de alcanzar en nuestra cultura. Ser hábil para obtener placer "sin culpa" resulta difícil para personas que no han estado en psicoterapia.

Los placeres inconscientes son obtenidos y satisfechos teniendo un hijo. Freud (1909) y otros postularon acerca de la línea psicosexual madurativa en la que el bebé es equivalente con pecho-excremento-pene, esto se explicará mejor en los aspectos emocionales del Aborto Espontáneo, también el bebé representa un regalo esencial.

Una decisión activa y consciente de tener un hijo, por lo tanto hace surgir determinantes inconscientes, algunas produciendo culpa, Kohut (1971) propuso que esta culpa se manifiesta a veces en un brillo especial de la mujer en sus ojos ante la percepción de sí misma como madre.

1.1.2.2. ¿Existe este hijo?

La segunda crisis que se presentará a continuación se refiere a la generada ante la primera falta menstrual, se ha dicho que la preparación psíquica -- activa para la maternidad inicia en ese momento.

Antes del acelerado aumento de los senos, fatiga, algunos kilos de más y tal vez algún malestar matutino, que son signos de embarazo, algunas mujeres reportan tener conocimiento consciente de la concepción o temprana detección del feto.

Algunas preguntas que surgen en este periodo por los cambios ocurridos en su cuerpo son por ejemplo: ¿qué soy yo y que es el bebé? ¿Estaré embarazada o no? ¿debería estar preparada para la maternidad? ¿deberé anunciar el emba-

(6) Kohut, H. (1971) *The Analysis of the Self*. Nueva York: International Universities press. En Turrini, P. (1980) Psychological crises in Normal Pregnancy.

razo?

La "suficientemente buena madre" frecuentemente sufre por susevero superyó. El desarrollo del conflicto es: deberé pensar sobre quedar embarazada. Cuando se confirma el embarazo en ella el Yo, al estar provisto de funciones de auto-protección e ideas de triunfo en su Yo Ideal Materno, es decir, la idea de que será capaz de ser una buena madre la "suficientemente buena madre" entra en un constante chequeo de su salud y la de su hijo, en constantes visitas al baño, por ejemplo para observar si existen manchas sospechosas, -- busca signos de su seguridad y de la de su bebé.

El evento que proporciona "gran alivio", es la primera respuesta fisiológica del bebé, como son los latidos de su corazón o los primeros movimientos fetales.

1.1.2.3. Las últimas seis semanas del Embarazo:

Si bien, la mayor parte del embarazo ha llegado a término como catástrofe, las últimas seis semanas de un embarazo se pueden considerar como un verdadero desastre. Para ejemplificar este periodo se tomaron descripciones que hacen comunmente las mujeres en el libro "Nuestros propios cuerpos"(1975)(7):

El estómago es empujado hacia arriba por el útero y comprimido. La indigestión es común. Se entrecorta la respiración por la presión ejercida por el útero sobre los pulmones. El diafragma tal vez subido una pulgada. Todo esto dificulta la respiración. El cuerpo es pesado y se camina diferente, debido al exceso de peso, algunas veces inclinando la espalda hacia atrás, compensando el peso frontal. Ocurren molestias en los riñones, hemorroides, constipación o estreñimiento, varices y marcas en el vientre.

El cuerpo se encuentra en total estado de cambio. Inclinarsse es imposible y el crecido abdomen no permite mirarse los pies. Las contracciones de Braxton-Hicks son frecuentes y son a veces dolorosas

(7) Boston Women's Health Collective. (1975) Our Bodies Ourselves. Boston:Simon & Schuster. En Turrini.P. (1980) Psychological crises in Normal Pregnancy.

para algunas mujeres.

El bebé está activo y las patadas pueden causar disturbios en el sueño. Actividades recreativas y sociales son restringidas. Incluso muchas mujeres no pueden acomodarse al movimiento de las llantas del auto en marcha.

La preparación psíquica para el parto se completa antes de las últimas seis semanas del embarazo, y la mujer estará tan lista como lo estará en el momento del parto, al inicio de éste periodo.

La completa preparación psíquica para el parto es definida como la completa aceptación de la realidad de la llegada de un bebé, se establece un vínculo de diferenciación-individuación, esto es la total aceptación del bebé como un ser aparte y diferente a la madre.

El tiempo pasa lentamente. La mujer que trabaja tiene en este periodo permiso en su empleo y esta empezando a sentir aislamiento, aburrimiento y el impacto de todo aquello que significa ser desempleado. Este es el momento que se vislumbra el llamado síndrome de "sentí como si fuera el fin del Mundo". En este periodo reside la atención sobre ver o escuchar cualquier signo que indique que el trabajo de parto se ha iniciado. El saber que no hay manera de influir el trabajo de parto, conduce a un incremento de miedo.

A pesar de que existen sentimientos de júbilo en este momento las evidencias indican que son sentimientos pesimistas, no mencionando los sentimientos particulares generados por conflictos sobre la conducta sexual en este periodo, la cual generalmente está suspendida.

Se ha observado repetidas veces que algunas mujeres experimentan una leve depresión si no saben el día exacto del parto. La prolongación por más tiempo de lo esperado incrementa la depresión.

Los miedos sobre la salud del bebé se incrementan vertiginosamente, la de-

mora parece simbolizar la imagen de un defecto o la sensación de que "algo anda mal".

Los grandes cambios corporales en un corto periodo de tiempo y el desafío de pertenecer a la todavía diferenciación externa debido a la maternidad, son situaciones críticas que la mujer debe enfrentar.

Debe ser considerado por aquellas mujeres con "buena conducta" de las funciones yoicas (la suficientemente buena madre) profundizar sobre el reto que implican estas tareas debido a estas situaciones por las que la mujer embarazada atraviesa se considera que la negación, regresión al servicio del Yo, disposición a estados de depresión, ansiedad, temores inusuales y culpa pueden ser normales en un embarazo normal. Mujeres con poca estructura Yoica y débiles funciones auto-protectivas, particularmente aquellas sin un compañero estable, experimentarán severo stress y necesitarán mayor apoyo y ayuda.

1.1.3. FASES PSICOLÓGICAS DEL EMBARAZO NORMAL:

Con respecto al aspecto psicológico del embarazo a continuación se exponen los hallazgos encontrados por Lester, P.E. y Notman, M., (1986, pp.363-365) quienes se basaron en el material de los análisis de mujeres que iniciaron terapia antes del embarazo, el análisis psicoanalítico consistió en interpretaciones sobre el contenido latente de sus sueños y todas las fantasías que expresaban.

Primera Fase: Comprende desde el primer conocimiento del embarazo hasta aproximadamente el cuarto mes, esta primera fase se caracteriza por una ansiedad difusa, es decir, generalizada, existen dos tipos de esta ansiedad: La primera y más consciente que la segunda, es la relacionada a cambios en el cuerpo y específicamente el temor de llevar dentro un feto creciendo. La segunda fase, más inconsciente que la primera, es el miedo de re-

(8) Lester, P.E. y Notman, M. (1986) Pregnancy, Developmental crisis and Object relations: Psychoanalytic Considerations. International Journal Psycho-analytic, 67, 357-367.

gresión, es decir el retorno a etapas anteriores que resultaron o bien muy pobres.

El saber un niño creciendo dentro, activa en la mujer embarazada fantasías que tuvo en la infancia, como el deseo de penetrar y conocer el cuerpo de su madre. Igualmente activa los primitivos temores de ser tragada e incorporada por la abrumadora madre, en sus fantasías. Los conflictos no resueltos sobre la Separación-individuación, es decir, la aceptación de independencia con respecto a la madre, emergen nuevamente.

Segunda Fase: Comprende desde que el feto empieza a moverse desde los tres o cuatro meses hasta las últimas seis u ocho semanas del embarazo. Se cree que existe un cambio definitivo en el funcionamiento psicológico cuando los movimientos del feto, como inequívocos signos de vida dentro de la madre, hacen de la presencia del niño una realidad tangible.

Se propuso que el inicio de los movimientos del feto provoca cambios intrapsíquicos en la madre, intensificando la propia separación del objeto materno original. Las sorprendentes sensaciones de la mujer embarazada en su cuerpo, es decir, sentir la presencia de otro ser humano creciendo dentro de ella intensifica la unión entre la mujer embarazada y su propia madre.

El desarrollo limitado del nuevo objeto, el bebé, en el interior de su útero así como inducido por el movimiento del feto facilitan la auto-diferenciación, en la mujer gestante. La experiencia de estar "completa" e "íntegra" reportada por muchas mujeres indica la presencia de un desarrollo lineal de individuación y diferenciación del objeto original, esto significa la reafirmación de sí misma como individuo diferente de la madre e independiente.

Se apoya el hecho de que los cambios que se observan después de sentir los primeros movimientos del feto son modificaciones duraderas a nivel intrapsíquico en el área del auto-concepto y en lo que respecta a la formación de uniones objetales, o relaciones interpersonales.

El deseo de ser madre es muy fuerte y busca la realización del Ego Ideal materno, esto se refiere a lo que se espera que haga una "buena madre" (Blum, 1981).

La identificación de la mujer con su propia madre implica su deseo procreativo. En los hombres hay un deseo similar basado en la identificación con el padre. Se considera a la maternidad constituida principalmente por el deseo de nutrir, proteger y cuidar al hijo. Este deseo, si se presenta provoca ansiedad durante la primera fase y favorece la presencia de ansiedad en esta segunda fase.

Los movimientos del hijo inician la separación del hijo, esto se dá porque ella no tiene control sobre los movimientos y empieza a enfrentarse con el hecho de que a pesar de estar dentro de ella su hijo es un ser diferente a ella. La presencia dentro de su cuerpo del hijo, por una parte formandose dentro de su cuerpo y al mismo tiempo separado, favorece las bases de la maternidad.

Esta observación parece concordar con la evidencia en la literatura (Chodorow, 1978) en la cuál la habilidad de nutrir y proporcionar la cantidad necesaria de contacto al niño no esta relacionada con el género, hombres o mujeres, ni a la lactancia, mujeres que amamantarán exclusi-

- (9) Blum, H. (1981) *The Maternal Ego-ideas and the regulation of Maternal qualities. The Course of Life.* Vol III Ed. Greenspan y Pollock. Washington D.C.: NIMH 91-114. En Lester y Notman (1986) *Pregnancy Developmental. . . International Journal Psycho-analitic.* 67 357-367.
- (10) Chodorow, N. (1978) *The Reproduction of Mothering. Psychoanalysis and the Sociology of Gender.* En *International Journal Psycho-analitic.* 67 pp. 357-367.

vamente.

Los hombres expuestos a los niños y mujeres no lactantes pudieron desarrollar conductas maternas satisfactorias y promover la unión después de alimentarlo.

Lester, P.E. y Notman, M. (1986) afirman que el inicio de los movimientos del feto favorece tempranamente el contacto con el niño y de esta manera los signos del despertar de la maternidad de la madre, lo que se dá más en el padre, esto es, la paternidad, hasta que interactúa con el hijo lo carga, lo besa, etc.

Tercera Fase: Comprende las últimas cuatro o seis semanas del embarazo al igual que las reacciones de su condición física en el embarazo avanzado y la anticipación del trabajo de parto.

Viejas ansiedades del principio del embarazo son reactivadas y nuevos temores hacen su aparición agregándose a las molestias físicas haciendo desde esta fase un periodo de constante stress o ansiedad.

La extrema desfiguración del cuerpo, al estar tan avanzado el embarazo, favorece el nacimiento de preocupaciones sobre el parto, la salud del bebé, etc.

Fantasías infantiles del nacimiento son reactivadas, éstas están relacionadas a la asociación de un parto como una defecación.

En la última semana o las últimas dos semanas del embarazo todas las mujeres que intervinieron en la investigación que aportó las tres fases que se han descrito, experimentaron un estado de quietud, resignación y posiblemente una ligera sensación de euforia.

Sin embargo, no es fácil decidir si la anticipación del fin o algún -- cambio hormonal o ambas producen las últimas actitudes.

(11) Lester, P.E. y Notman, T.M. Op. cit. p.364.

A continuación se exponen las ansiedades específicas que se presentan en un embarazo normal, se han dividido seis periodos:

1.1.4. ANSIEDADES ESPECÍFICAS DEL EMBARAZO NORMAL:

1.1.4.1. Antecedentes:

El material a continuación expuesto fué tomado de la publicación realizada en Argentina por la Psicoanalista argentina Raquel Soifer (12), la cuál abrevió y transmitió el resultado de 16 años de trabajo en psicoprofilaxis obstétrica y psiquiatría infantil efectuada en Instituciones y en la práctica psicoanalítica desde 1955 hasta 1971, año en el cuál publicó este material.

El trabajo institucional fué llevado a cabo en las siguientes Instituciones:

- * Maternidad Sardá en Buenos Aires, Argentina. Servicio del Dr. Eugenio Koremblić.
- * Hospital "Cruz Azul" en Buenos Aires, Argentina. Servicio de obstetricia del Prof. Roust.
- * II Cátedra de Pediatría, en Buenos Aires, Argentina. Hospital de Niños. Servicio del Dr. Escardó.
- * Centro de Salud Mental de San Isidro, en Buenos Aires, Argentina. Servicio del Dr. Enrique Rosnati.
- * Sanatorio Metropolitano de Buenos Aires, Argentina. Servicio del Dr. Ricardo Gavenky.

Se contó con la colaboración directa de las mujeres embarazadas y la práctica psicoanalítica privada abarcó el tratamiento de hombres y mujeres en trance de ser progenitores y psicoanálisis de niños.

Mediante la observación clínica se pueden observar cambios específicos de incremento de la ansiedad durante el embarazo los cuales quedan clasificados de la siguiente manera:

(12) Soifer, R. (1977). Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio.

Buenos Aires, Argentina. Edit. Kargieman. p.19-57.

- 1.1.4.2. En el comienzo de la Gestación.
- 1.1.4.3. Durante la formación de la placenta (2° y 3° mes).
- 1.1.4.4. Ante la percepción de los movimientos fetales (3° y 1/2 meses).
- 1.1.4.5. Por la instalación franca de los movimientos fetales (5° mes).
- 1.1.4.6. Por la versión interna o encajamiento.
- 1.1.4.7. El comienzo del noveno mes.
- 1.1.4.8. Los últimos días antes del parto.

Cada uno de éstos accesos de ansiedad pueden durar días o semanas y pueden provocar sintomatología física propia e incluso el aborto espontáneo ó parto prematuro, estos periodos se caracterizan por fantasías bien - específicas y determinadas.

Cabe recordar que el embarazo es una situación que involucra fundamentalmente a la mujer pero igualmente importante es su compañero y el medio social inmediato, que la acompañan en su proceso psicológico de regresión.

1.1.4.2. La situación psicológica en el comienzo de la gestación:

La primera sospecha del estado del embarazo recae sobre un síntoma que produce cierta inquietud: la hipersomnia. La mujer requiere de dormir mucho más de lo que habitualmente acostumbra.

El tratamiento psicoanalítico revela que se ha iniciado en esos momentos la regresión, descrita por Marie Langer. Esta necesidad de dormir corresponde desde el punto de vista psicológico a esa regresión, que - asume las características de una identificación fantaseada con el feto. Esta regresión en sí es inducida por la percepción inconsciente de los cambios orgánicos y hormonales y la sensación de incógnita.

Frecuentemente, en los sueños aparecen elementos que, como en su compañero, son: imágenes de interiores de casas ú objetos continentales (vali-

jas, carteras) y de niños o animales pequeños o bien de vehículos grandes. También los maridos perciben el embarazo inconscientemente y traen a análisis sueños típicos en los que se entremezclan elementos persecutorios con respecto al futuro rival. Esta percepción se basa en el estado de retracción de la mujer, debido a la regresión.

Las manifestaciones externas de esta regresión y de la retracción son - cambios casi imperceptibles a la observación ligera: la mujer se halla en un estado de sopor (además de sentir realmente sueño) y un tanto -- aislada de los demás, ésto sucede a la segunda o tercera semana y se -- une a las ansiedades que despierta la verificación de la falta menstrual. Lo señala Marie Langer (13), el mayor o menor grado de aceptación del embarazo por parte del ambiente social inmediato refuerza o no la tendencia de la mujer hacia la maternidad.

Dicha autora sostiene que todo el embarazo produce una situación de mayor o menor conflicto entre la tendencia maternal y otra de rechazo (deseo y contradeseo). El rechazo se basa en evidencias persecutorias debido a la elaboración del conflicto edípico, para comprender mejor este contradeseo existente en la mujer embarazada a continuación se expondrá lo dicho por Freud en "Sobre la Sexualidad Femenina" (1931) (14), donde llama la atención sobre un hecho fundamental: tanto el varón como la niña dirigen sus impulsos libidinosos hacia el mismo objeto: la madre o sustituto de ella, la mujer que los cuida y atiende. Mientras que el hombre ama desde el primer momento a la mujer, la cuál le atraerá toda su vida, no ocurre lo mismo con la niña, la cuál debe sobrellevar tres cambios importantes en su estructura libidinal para cumplir su desarrollo normal.

(13) Langer, M. (1983) Maternidad y Sexo. Edt. Paicós Argentina. 2ª edición.

(14) Freud, S. (1931) Ueber die weibliche Sexualität. (Sobre la Sexualidad Femenina) Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse. Vol XVII (2). 1931 pp. 41 s. En Langer, M. (1983)

Maternidad y Sexo. Edt. Paicós. Barcelona.

Primero, debe abandonar a la madre por su padre, desplazar la mayor parte de la excitabilidad del clítoris hacia la vagina y transformar sus fines sexuales activos en pasivos. Estos cambios se realizan en parte durante la fase fálica y en parte sólo en la pubertad.

Las vivencias de la primera infancia durante las fases pre-edípicas son de suma importancia para alcanzar satisfactoriamente estos cambios. Su primera relación amorosa con la madre es fundamental para su capacidad de identificarse más tarde con ella. Si la madre ha sido buena y la niña logra su identificación, será una buena madre para sus hijos y una buena esposa para su marido. Si la relación con la madre fué conflictiva, existe el peligro de que más tarde repita los mismos conflictos con su marido, sustituyendolo en su inconsciente por la imagen materna. Por otra parte, existe durante las primeras etapas del desarrollo un deseo harto extraño, para nuestra conciencia de adultos: el fecundar a la madre y ser fecundada por ella, el darle un niño o recibirlo de ella. La forma en que este deseo surge, se desarrolla y es finalmente abandonado es importantísima, precisamente para comprender las causas de los diversos trastornos de las funciones procreativas femeninas.

Freud enumera todos los reproches que la niña suele hacerle a su madre y por los cuales su amor primitivo puede haberse transformado en rivalidad y odio inconsciente. La niña interpreta los cuidados físicos que la madre le ha prodigado y que en ella produjeron sensaciones eróticas placenteras como intentos de seducción, y le reprocha haberla despertado sexualmente para despreiciarla después por su masturbación. Le reprocha haberla amamantado poco o haberle quitado el pecho demasiado pronto. Se ha sentido rechazada por la madre a raíz del nacimiento de nuevos hermanos. Es cierto que la niña hace todos estos cargos a su madre,

pero el varón sufre las mismas desilusiones, sin alejarse por eso normalmente de ella. Debe haber, pues, algo específico, que sería un destino sólo de la niña. La conformación de los genitales de la niña la -- lleva a reprochar a su madre la falta de pene. Al principio la niña -- cree, cuando se dá cuenta de la diferenciación sexual, que únicamente a ella le falta el pene y que su madre tiene fallo. La madre amada de -- las primeras épocas sería siempre una "madre fálica". Sólo poco a poco la niña comprueba que a su madre le falta también el órgano tan preciado. Percibe que no existe la posibilidad de una satisfacción física entre ella y la madre. Entonces empieza a despreciarla y a inclinarse hacia el padre, primeramente con la esperanza de que él le dará un pene, y después, que obtendrá un hijo de él.

Si en sus juegos con las muñecas desempeñaba antes los papeles de madre e hija, ahora desempeña los de la mujer del padre, que tiene un hijo de él.

Ruth Mack Brunswick (1944) (15), a partir de su colaboración con Freud, revisa las causas que pueden separar a la niña de la madre y menciona la envidia del pene y el sentimiento de inferioridad causado por su falta, como un factor ya conocido, pero destaca otra situación al respecto, que Freud no había descrito. La niña reprocha a su madre, cuando se da cuenta de la falta de pene de ambas, de haber heredado a ella un genital -- insuficiente, que nunca le servirá para poder conquistarla. Es como si le reprochara falta de amor y de no haberse preocupado de hacer a su hija de tal forma que pudieran formar una pareja feliz. Mientras que frente a su madre no puede aceptar su castración, por significar separación de ella, la acepta frente a su padre, identificándose con la madre castrada pero amada por él. Es decir, si acepta su femineidad, puede recu-

(15) Mack, B.R. (1944) La fase pre-oclíptica del desarrollo de la libido. Revista de Psicoanálisis. 1 (3) pp. 45 s., 52. En Lengua. M. Intelectual y Sexo. Ed. Paidós. Barcelona

perar a su madre a través de la identificación y conseguir al padre como objeto de amor. Renuncia a su deseo de tener un pene, volviendo al deseo anterior y más "legítimo" del hijo.

Después de revisar todo el proceso por el que atraviesa la mujer durante su desarrollo se podrá ahora entender porque, durante el embarazo, - surgen ideas persecutorias debidas a la elaboración del conflicto edípico expuesto anteriormente, han sido revividas fantasías primitivas y - debido a ésto se manifiesta el rechazo inconsciente a esta situación - por medio del mecanismo defensivo de la Negación, la cuál consiste en "negar" la situación por la que se atraviesa. En la investigación en - curso, con el equipo del Sanatorio Metropolitano en Buenos Aires, Argentina (1971), dirigida por el Dr. Gavensky se confirmó la observación de este mecanismo defensivo (negación) como un componente útil y, por lo tanto, normal en el embarazo.

El síntoma de la hipersomnia, al favorecer la negación de los estímulos, resulta provechoso además de constituir una defensa biológica adecuada, la que proporciona al organismo una cuota mayor de reposo, conviene -- alentar a la mujer embarazada incipiente a aceptar su necesidad de dormir durante los dos primeros meses, ya que resuelve con ello varias situaciones a la vez. El insomnio debe ser considerado como la expresión de una situación extrema de ansiedad frente al embarazo.

Desde el segundo mes, suelen presentarse las náuseas y los vómitos, por lo general en la mañana, después de despertar. Se ha comprobado la coincidencia de estos síntomas con la ansiedad determinada por la incertidumbre acerca de la existencia o no del embarazo. Con bastante frecuencia, una vez establecido el diagnóstico preciso, remiten espontáneamente estos síntomas. Otras veces persisten en forma leve hasta la aparición evidente de las modificaciones corporales o bien ante la percepción de

los movimientos fetales. Las náuseas y los vómitos sirven, por lo tanto, para evidenciar el embarazo, a la vez dan salida a la ansiedad por la - incertidumbre.

Esta ansiedad por la incertidumbre expresa el conflicto de ambivalencia, debido a la intensificación de las vivencias persecutorias que existen frente a la maternidad: son producto de sentimientos de culpa infantil, tanto por los ataques fantaseados contra la propia madre, como por los deseos de ocupar su lugar, como ya se explicó anteriormente.

La vivencia persecutoria se refiere a que alguien puede arrebatarse al hijo soñado y demostrarle que se trata de una fantasía y no de un embarazo real: o bien que el embarazo tan deseado implique la pérdida de la propia madre, por haberse concretado la fantasía infantil envidiosa: tener un hijo y que la madre está destruida.

Otro aspecto de la psicopatología de las náuseas y vómitos comunes, es el temor a no ser capaz de dar a luz y criar a un niño (16). Este temor, además de arraigarse en un componente general de la personalidad, que puede tener mayor o menor importancia, se basa por un lado en el temor al hijo en general, a ese desconocido que sólo se verá al final del embarazo, y en forma especial en el desarraigo cultural con respecto a los conocimientos de la crianza.

El otro factor dentro de esa ansiedad es el temor derivado de la situación económica, cuando ésta es realmente precaria o como fantasía pura, por desplazamiento de las ansiedades inconscientes.

(16) Gamma, A. (Argentina, 1969. Comunicación personal.) explica: "En la génesis de los vómitos del embarazo suele ser importante el influjo de fantasías inconscientes en la mujer -existen también en el marido- de que su embrión o feto carece de algún miembro y es, de algún modo incompleto o un monstruo. Proviene dichos fantasías de la proyección en el embrión, del complejo de castración de esa mujer. Ella, inconscientemente, considera que su genitalidad a la vez está incompleta y parcialmente perversa y que está calificada por su superior de monstruosa; lo que también contribuye a provocarle su reacción de vómitos. La mujer teme mucho - que dichos contenidos de genitalidad rechazables se hagan manifiestos ante los demás cuando nazca su bebé presuntamente deforme, que es como ella inconscientemente se considera a sí misma.

1.1.4.3. Ansiedades del 2° y 3° mes, formación de la placenta:

El tratamiento psicoanalítico de pacientes embarazadas permitió detectar a través de sus sueños, la percepción de la instalación de la placenta y las ansiedades concomitantes.

Como es sabido, cuando se establece la circulación a través de las vellosidades coriónicas, cambia el sistema nutritivo del embrión realizándose este proceso a través de la placenta. La nidación por sí misma es un acto agresivo por parte del huevo fecundado hacia la mucosa uterina. Ambos procesos, nidación y absorción de sustancias alimenticias en el torrente circulatorio materno, con los cambios psicológicos que determinan, son percibidos según se ha descubierto de forma persecutoria por el inconsciente de la mujer.

En esta etapa, que va desde el comienzo del 2° mes, la paciente embarazada tiene sueños que resultan típicos, según se ha podido comprobar.

Son sueños en los que aparecen elementos de sangre.

Este periodo, del 2° al 3° mes, es conocido como el periodo de peligro de aborto espontáneo.

El contenido de la vivencia persecutoria, es la sensación terrorífica de ser comida y vaciada por un monstruo (aborto) que simboliza al hijo. Estos terrores asociados, por tanto, a una percepción orgánica, la del proceso de placentación:

PLACENTACION	{	percepción inconsciente del proceso	{	reactivación de las fantasías persecutorias de robo y vaciamiento.
--------------	---	---	---	--

Se considera que si se explica a la embarazada en esa época el proceso, su ansiedad disminuirá a niveles tolerables, constituyendo ello una psicohigiene del aborto.

La experiencia así lo ha demostrado. Para esto, es menester tener en cuenta que los mecanismos para evitar la concepción son múltiples (vaginismo, vagina expulsa, inflamaciones vaginales y uterinas, aumentos en el ph, espasmo e inflamación tubaria, patología ovárica, etc) y que en estos mecanismos orgánicos participa en forma preponderante el psiquismo inconsciente. Por ende, cuando una mujer se embaraza, es porque su tendencia a la maternidad ha superado ampliamente el terror a los hijos. Este terror seguirá existiendo en ella, por supuesto, pero con características atenuadas por el deseo de ser madre.

Por tanto, la mujer que se encuentra en el comienzo de su embarazo merece y debe recibir todo el apoyo necesario para la prosecución del mismo. En esta época, a la sintomatología de las náuseas y vómitos que en algunos casos de incremento de las vivencias persecutorias suelen intensificarse, se añade la diarrea o la constipación (estreñimiento). Ambas disfunciones asustan mucho, dado que la embarazada acostumbra asociarlas conscientemente con el peligro de aborto.

Se puede observar con constancia que estos síntomas son la expresión del rechazo del hijo, ese rechazo involucra tan solo un aspecto de la personalidad, de importancia menor que el otro, el de que anhela ser madre. En otras palabras, si una embarazada que apenas inicia su embarazo, vomita o tiene diarrea o esta estreñida es porque está asustada por la percepción del rechazo y busca dar salida a éste a través de la sintomatología, como lo postulara Freud.

Por lo tanto, vomita o defeca excesivamente como manera de disociar y discriminar lo bueno de lo malo dentro de ella, expulsando lo malo para quedarse con lo bueno, el hijo.

Por otra parte, el rechazo, como ha sido expuesto por diversos autores,

obedece a vivencias terroríficas tanto respecto al hijo en sí mismo, representante de la propia hostilidad hacia los padres, como en relación con los propios padres, que aparecen cargados de amenazas y reproches por la actividad sexual de la paciente.

En tal sentido, las investigaciones realizadas en el Sanatorio Metropolitano en Buenos Aires, Argentina en 1971, tanto en primíparas adolescentes como tardías, (17) demuestra que la posibilidad temprana de poner a prueba estas fantasías favorece no solamente la concepción en sí misma, sino también la marcha del embarazo y el parto, observándose un mayor porcentaje de partos y embarazos normales en la mujer joven.

1.1.4.4. Ante la percepción de los movimientos fetales (3° y 1/2 meses):

La percepción de los movimientos fetales es posible a partir del 4° mes, es decir, a los 3° meses y medio de la gestación.

Esta época corresponde en la evolución fetal a la aparición de la motilidad. Pero no en todos los casos la conciencia registra la situación, siendo bastante frecuente que recién empiecen a sentirse en el quinto mes; un menor porcentaje los advierte en el sexto mes y a veces ello ocurre estando avanzado el séptimo mes.

Se debe atribuir este embotamiento de la percepción a la negación, cuyo exponente de mayor intensidad son los casos de mujeres que confunden - la gestación con amenorrea.

Otra manifestación psíquica que puede presentarse en esta época de la gestación; es la sensación del "bebé que dá patadas", una queja que se escucha con bastante frecuencia, no las deja dormir, o trabajar o caminar, ya que son tan fuertes las "patadas".

En este caso, el mecanismo inconsciente es la proyección con base en el

(17) Gurevsky, Scheinbart, Stupak, y Stark. Consideraciones acerca de los aspectos psicológicos de las primíparas tardías. Presentado en la Sociedad Argentina de Ginecología y Obstetricia el 25 de Agosto de 1971. Citado en Solfer, R. (1977) Embarazo del Embarazo. Parto y Puerperio. Edic. Kaprielian, Argentina.

la cuál desplaza sobre el niño una imagen terrorífica, que es identificada con él, la criatura es sentida, como un ser peligroso, cuyos movimientos bruscos, agresivos y sádicos amenazan con causar un severo daño físico a la madre.

Lo proyectado en esta imagen son los impulsos hostiles hacia la propia madre embarazada (fantaseada o real). Empero, es preciso recordar que existe un mito según el cuál se espera que una mujer grávida hable de las "patadas" de su hijo. Este mito incluye muchas veces supuestas lesiones -hepáticas, renales, vertebrales-, producidas por esa actividad "desmedida" del feto. Por supuesto, la leyenda popular tiene su origen en fantasías inconscientes colectivas de ataque al embarazo materno, a la vez que promueven fantasías sociales sobre el perjuicio que ocasionan los hijos a los padres.

Tales distorsiones de la percepción por negación o proyección, con sus fantasías correlativas, son la expresión de un profundo estado de ansiedad, común a todas las embarazadas. La investigación de esta ansiedad ubica en primer lugar, como lo sostienen distintos autores, el temor al hijo en sí mismo, que, con justa razón, aparece como un desconocido, un ser cuyo sexo, forma, características, etc, son una incógnita. Junto -- con este temor está el miedo a la responsabilidad asumida, responsabilidad que ahora, frente al vientre desarrollado, adquiere características de hecho concreto.

Este sentimiento de responsabilidad se une a la noción de dar vida, lo cuál, si tenemos en cuenta el proceso genético, significa haber cedido parte de la propia vida.

Por lo tanto, en el parto aparece manifiestamente y quizá por primera vez el concepto de la propia muerte o sea, de la vida con límites precisos. Esta ansiedad de estar cediendo la propia vida se condensa con el

miedo a morir en el parto. Otra leyenda popular, "ha muerto el rey, viva el rey", une la idea del nacimiento del niño con la muerte del padre. En la misma línea, es clásica la historia del médico que le pregunta al padre si prefiere que salve a la madre o al hijo, y que fué, antaño, una emergencia real.

Además de la negación y proyección, la embarazada acude, por lo general, a mecanismos maníacos.

La ensoñación, las fantasías de un hijo hermoso o bueno que la colmará de felicidad, son el refugio habitual que permite la prosecución del embarazo y se basan en el instinto material, que en psicoanálisis se adjudica a las tendencias reparatorias de la imagen materna y a la necesidad de recrearla mediante la identificación.

Los mecanismos maníacos pueden ser exagerados, en cuyo caso se encontrará una mujer, que pese a su embarazo, despliega intensa actividad, que dice que "no se dá cuenta de su estado, ni piensa en él", siendo su contraparte, también maníaca, los antojos y la necesidad de tener pendiente, con base en éstos, a toda la familia. Ambas presentan trastornos somáticos: hipertensión o hipotensión, varices dolorosas, insomnio, bulimia, excesivo aumento de peso, etc. Un caso bastante frecuente en tal sentido es la "gordita feliz", con sus 20 kilos de más, que casi no puede moverse, pero que está muy contenta, aunque se acalora y se marea con frecuencia y tiene constipación, calambres, etc. En este caso, los padecimientos físicos producen, a través del masoquismo y de las fantasías de expiación, el alivio buscado ante las intensas vivencias terro-ríficas.

Los mecanismos maníacos exagerados y la expiación masoquista son una defensa frente a la intensificación de un temor natural, que surge de una factibilidad real: el niño deforme.

Como es sabido, la malformación fetal, si bien con una incidencia baja en condiciones normales (descartando las intoxicaciones por uso indebido de drogas o específicos), es una posibilidad. Empero, no existe correlación entre esa baja incidencia y la intensidad de esta ansiedad y su aparición consciente en todos los casos. La investigación psicológica nos permite comprender que además de la probabilidad real, esta fantasía monstruosa y terrorífica tiene que ver, por un lado, con el temor de no ser capaz de criar bien al hijo, cuya consecuencia sería una criatura pérfida y malvada. de esas que son "la pesadilla materna", tal como alguna vez se sintió mala la paciente misma, cuando era niña. Las -- frases populares "el hijo que saca canas verdes", "cría cuervos y te comerán los ojos", conjugan dos situaciones psicológicas; por un lado la noción del curso del tiempo y la mayor proximidad de la edad adulta y la vejez en comparación con la nueva vida, y los conflictos de envidia, celos y odio emergentes de la elaboración edípica (la maldad). Finalmente lo monstruoso en sí mismo, que se traduce en la fantasía popular de que una mujer embarazada no debe mirar cosas feas, constituye una manifestación del horror al incesto, representándole en el monstruo, la vivencia siniestra de esa pulsión edípica, y por ende, el rechazo sexual.

Llegamos así a la ansiedad dominante en todo el embarazo y que irrumpe en forma intensa frente a la percepción de los movimientos fetales. Es la ansiedad culposa por experimentar una unión tan íntima y personal, -- tan "de a dos", tan exclusiva, en la que ningún otro puede interferir. Es ansiedad y es culpa porque reactiva en el inconsciente las fantasías incestuosas con el padre y masturbatorias infantiles.

Por eso la primera vez que se sienten los movimientos, la impresión es de sobresalto y temor, de algo completamente extraño, inclusive en múltiples. El reconocimiento de ese algo insólito y atemorizador y la posterior discriminación de los movimientos del niño, son procesos mentales que se realizan en forma lenta y gradual.

En consecuencia, resulta sumamente importante que su esclarecimiento sea hecho en el momento correspondiente para la prevención de las negaciones, proyecciones o manías extremas y su contrapartida somática o sus ulteriores consecuencias físicas o mentales. Se debe tener en cuenta que los movimientos, en un principio, es decir, a los 3° y medio, son sentidos en forma leve: como una caricia tenue desde adentro, o como burbujas, o un aleteo o un pececito que se desliza. Todas estas imágenes, transcripción de las referencias hechas por las pacientes, tienen contornos bastante indefinidos y nada humanos.

Coinciden con lo indefinido de la percepción pero, además, si se analizan, reflejan contenidos conocidos psicoanalíticamente como vivencias edípicas incestuosas y masturbatorias. Corresponden a las fantasías de suspenso y contacto fugaz, que representan el retorno de lo reprimido. Estas consideraciones permiten comprender que la percepción de los primeros movimientos determina la emergencia de fuertes ansiedades y dependerá de cada personalidad la mayor o menor capacidad de tolerarlas. Por ello también resulta tan frecuente que se niegue esa percepción. El extremo patológico a que puede llevar esta ansiedad es el aborto del 4° o 5° mes. Se resumirá ahora cómo se manifiesta la enorme ansiedad ante la percepción de los movimientos, que se produce al promediar el 4° mes. En este momento el estado de gravidez es evidente: el vientre se ha abombado, los senos están debidamente hinchados, los cambios corporales son

evidentes. La ansiedad aparece conscientemente de varias maneras: como temor al hijo deforme, como miedo a morir en el parto, o como la angustia por verse deforme una misma y quedar así. Este es otro aspecto importante, es el sentimiento de fealdad, base de muchas depresiones y de fantasías celosas con respecto al marido y a su posible apartamiento conyugal en una relación extramarital. Es también el momento en que disminuye la libido sexual, dando asidero a estas fantasías. El sentimiento de fealdad encubre el desplazamiento de las vivencias culposas derivadas del horror al incesto (como la idea del hijo deforme), y se expresa mediante el mecanismo de apaciguamiento del perseguidor: "soy fea, no me quiere a mí, quiere a otra".

Las fantasías inconscientes determinantes de la crisis de ansiedad del 5º mes se relacionan, pues, con el conflicto edípico, las pulsiones incestuosas y masturbatorias infantiles y el temor a la muerte. Los mecanismos de defensa son la negación, la proyección, la idealización y la manía, a los que se suman el masoquismo y la hipocóndria.

La sintomatología orgánica va desde mareos hasta dolores musculares, - los calambres, las pérdidas ocasionales (una pequeña mancha que asusta mucho), las jaquecas, la constipación o la diarrea, la hipertensión o la hipotensión y las lipotimias transitorias y ocasionales.

Dicha sintomatología hace aconsejable el comienzo de las clases de ejercitación muscular (respiración y relajación).

Los calambres, por ejemplo, se producen por la compresión que ejerce el útero en expansión sobre los vasos abdominales y por el cambio postural, a lo cual se agrega la contractura muscular, determinada por el conflicto psíquico y las ansiedades terroríficas que lo acompañan. Representan

la lucha contra el perseguidor, es decir, contra la imagen vengadora de las fantasías incestuosas y de robo. Del mismo modo, los mareos y las lipotimias se originan en la pérdida de tono muscular producida por el conflicto.

En el análisis de mujeres embarazadas, surgen en este periodo los sueños del propio parto. Es el sueño clásico de que ya se produjo el parto, no se sabe cómo, y tienen un hijo al lado y es tan bonito. . . Otro sueño bastante típico es que ya han tenido el hijo, pero se trata de un -- bebé crecido, como de unos seis meses y con una característica que asusta: es un bebé que habla como un chico de 4 ó 5 años. Este sueño indica claramente la vivencia incestuosa y la ansiedad terrorífica concomitante. La visión de un bebé que habla es monstruosa y además el niño de 6 meses, según el consenso popular, es el bebé tan anhelado que ya se sienta, sonríe, come, hace gracias, etc o sea que constituye la imagen idealizada de un ser infinitamente bueno, lleno de amor hacia mamá. Por otra parte si tiene edad no solamente fué alumbrado ya con felicidad, sino que su crianza resultó exitosa y fácil; ya está "del otro lado" y su sobrevivencia se halla asegurada. El hecho de hablar indica la culminación del conflicto edípico y su coincidencia con la adquisición total del lenguaje, o sea que la madre encubre fantasías terroríficas de los 4 ó 5 años de edad, relacionadas con imágenes superyoicas severas y existentes, que prohíben la masturbación, se instala la represión y se determina el pasaje a la latencia.

Desde otro punto de vista, estos sueños del hijo ya nacido corresponden a la necesidad de imaginar al niño, cuyos movimientos ya se perciben y el hecho de verlo ya. Es frecuente que un poco más tarde, en el 5° o 6°, mes, la embarazada exprese su deseo de ver al hijo como a través de un

vidrio, en el interior del vientre. También suele suceder que en esta etapa la mamá mantenga "diálogos" imaginarios con el niño.

El estado de ansiedad puede ser pasajero o prolongarse, a veces, bajo la forma de fobias agudas, hipocóndrias o depresiones. Cuando es pasajero, al remitir cede el lugar a un estadio de euforia y de tendencia a la actividad que, en general, va acompañado por el reconocimiento y -- aceptación de los movimientos.

Cabe resaltar en este espacio lo que acontece en el marido, la comunicación por parte de la esposa de los movimientos y la evidencia del estado de gravidez crean también en el hombre un clima de ansiedad. Esta -- ansiedad puede asumir diversas expresiones conscientes: la sensación de fealdad de la esposa y el consiguiente rechazo; un sentimiento exagerado de necesidad de protección con fantasías internas de temor al daño que la mujer puede sufrir; la tendencia a someterse a ella, a apaciguarla, a darle todos los gustos, o bien a vivirla como despótica y tiránica. Las fantasías inconscientes que corresponden a estas sensaciones se relacionan con el conflicto edípico, en especial con el resentimiento -- hacia el embarazo, real o imaginario, de la propia madre, las sensaciones de exclusión y, básicamente, con la envidia por lo que la mujer tiene y él no.

La envidia del marido hacia el embarazo de su esposa es un sentimiento que ha merecido poca atención en la literatura psicoanalítica, aunque fué ampliamente expuesto en las obras de arte por todas las culturas. Esta envidia puede aparecer en forma consciente, en cuyo caso adquiere las características elaborativas de anticipación del hijo. Es el hombre que pide a su mujer que le explique cómo son los movimientos fetales, que se los haga percibir a través del vientre, etc. Sobre esta base se va ins-

talando y formando el amor paternal, que no es innato, sino adquirido, primero por identificación con el propio padre y luego, en la relación matrimonial.

Cuando no es consciente, la envidia se expresa mediante la hostilidad franca, la indiferencia, el rechazo sexual, las aventuras extraconyugales, o bien con diversos síntomas psicósomáticos: gripe, asma, úlcera, reumatismo, etc. La patología psicósomática que algunos autores describen como "Síndrome de couvade o covada", expresa además el conflicto edípico de exclusión. Sobre este síndrome se encontrará en el capítulo sobre el Padre Embarazado, en el apartado sobre las Teorías de la Paterinidad, una exposición de algunos ejemplos de éste síndrome en distintas culturas. Evidentemente, el embarazo de la compañera reactiva en el hombre la problemática inconsciente en relación con la figura femenina y puede, en los casos en que no fué resuelto adecuadamente, reactualizar viejas situaciones infantiles y de la adolescencia, como la disociación madre-pecho y madre-genital por lo cual la compañera es idealizada como pura y el rol sexual es buscado en otra mujer. También se reviven las fantasías terroríficas de la mujer castradora o madre "Moloch" (que se traga a los hijos).

A continuación se describirá lo mencionado por Freud acerca de la Etapa fálica ó genital, esto con el objeto de una mejor comprensión sobre la exposición que se hará más adelante.

En esta fase se hace más frecuente la masturbación y el niño da suma valoración a su pene. Sus sensaciones placenteras son acompañadas de fantasías sexuales, más o menos conscientes, dirigidas hacia su madre o figuras sustitutas de ella. Por sentirse atraído por ella, se vuelve -- celoso del padre, quisiera sustituirlo o, en el fondo directamente cas-

trarlo, impedirle vida sexual con su madre y eliminarlo. Es la situación triangular típica de toda evolución infantil, que Freud caracterizó con el término de "situación edípica". Para el niño surge un conflicto grave porque quiere también a su padre, depende de él y teme su castigo, esto es, ser castrado por su masturbación y por sus fantasías con la madre (18).

Las imágenes mencionadas en el párrafo anterior sobre la figura femenina en el hombre o las resultantes de la rivalidad con el padre son proyectadas muchas veces en el hijo, determinando el temor, tan común, a las relaciones sexuales bajo la idea consciente de preocupación por dañar al bebé. Esta idea encubre la ansiedad de castración, la cual se acaba de explicar. Por lo tanto, a esta altura del embarazo el marido merece y requiere tanta atención por parte del profesional como la mujer misma, máxime si se tiene en cuenta que en este lapso cobra forma lo que luego será su actitud paternal. Pero además, el conflicto matrimonial resultante de la mala elaboración de estas situaciones puede llevar a la separación de la pareja en un plazo más o menos breve.

1.1.4.5. Por la instalación franca de los movimientos fetales (5° mes):

La instalación franca de los movimientos fetales a partir del sexto mes, va acompañada de una mayor percepción de las contracciones uterinas fisiológicas del embarazo. Las mujeres refieren que el vientre se les pone duro por momentos y después se afloja. Ambas situaciones producen siempre un nuevo acceso de ansiedad, en el que se renuevan las fantasías descritas en el punto anterior.

Por otra parte, entre los mecanismos de defensa, se acentúa la retracción narcisista, si bien el estado de euforia continúa. Por supuesto

(18) Langer, M. Op. cit.

que depende de la elaboración de la crisis que se intensifiquen o no - las diversas reacciones patológicas que se han descrito en las páginas anteriores.

Un cuadro anómalo bastante frecuente es la exageración del tono muscular uterino que, a su vez, provoca más movimientos fetales, es un círculo vicioso: movimientos-contractura-movimientos más bruscos. La respiración y la relajación son técnicas valiosas para aliviar estas situaciones, si se intensifican demasiado pueden poner en peligro la vida del feto.

1.1.4.6. Por la versión interna o encajamiento:

Desde la mitad del 7º mes en adelante puede producirse el encajamiento o versión, que lleva al niño a ubicarse cabeza abajo a la entrada del canal del parto. La percepción de estos movimientos uterinos y fetales provoca una intensa crisis de ansiedad, totalmente inconsciente, que se traduce en diversas manifestaciones psíquicas y somáticas.

El trabajo directo con embarazadas y la observación clínica ha demostrado que la gran mayoría de las versiones patológicas (presentación de -nalgas, lateral, de hombro, etc) se deben a la contractura de los músculos pélvicos que se oponen de esa manera al encajamiento o versión. Esta contractura es producto de la intensa crisis de ansiedad que corresponde a fantasías de vaciamiento. La comunicación fluida entre el obstetra y su equipo permite determinar en el 8º mes si ya se ha completado o no la versión y acentúa las explicaciones y enseñanzas de relajación necesarias para favorecer este proceso. Por supuesto la psicoterapia concomitante contribuye a la resolución del caso.

En esta crisis de ansiedad, la sensación consciente más clara es de que algo raro está pasando que asusta y desconcierta: las mujeres embarazadas suelen describirla como una sensación semejante a la que experimen-

ta uno en un ascensor de marcha rápida.

A veces las sensaciones conscientes no existen, en cuyo caso hubo negación de la percepción, ese mecanismo tan útil para la embarazada, o bien, ante la percepción, la crisis de ansiedad inconsciente determina ciertos procesos somáticos: crisis de hipertensión, lipotimias (mareos), gripes agudas, hiperemesis, diarreas, constipación pertinaz, aparición franca de hinchazón, un brusco y excesivo aumento de peso, intensificación dolorosa de calambres, etc. La emergencia más grave de este periodo es el parto prematuro, entendiéndose por tal, el que se produce entre los 6° y los 8° meses cumplidos.

1.1.4.6.1. Hipertensión:

Se considera una reacción defensiva frente a la disminución fisiológica de la presión sanguínea, propia del estado. Se pudo comprobar que esta reacción corresponde a la fantasía inconsciente de muerte, en la que el niño, identificado con primitivas figuras terroríficas persecutorias, en el sentido kleiniano del término, aparece como el exterminador, la hipertensión configura, entonces, la tendencia maternal en pugna contra esta fantasía, o sea que es un síntoma transaccional, si bien puede llegar, en estado más paranoides, a presentar características graves.

1.1.4.6.2. Lipotimias:

Su base orgánica reside en la hipotensión; desde el punto de vista psíquico se origina en fantasías de vaciamiento y aniquilación.

Es como si el encajamiento significara que alguien se ha introducido dentro de la mujer para despojarla del niño, de todo su interior y de la misma vida. Corresponde a la confusión entre encajamiento y parto.

Su aparición suele ser más frecuente en las personalidades esquizoides con vínculos simbióticos inconscientes muy intensos.

1.1.4.6.3 **Hiperemesis:**

Su contenido psíquico es similar al de la hipertensión, el mecanismo - psíquico es la expulsión del perseguidor.

1.1.4.6.4. **Diarreas:**

Tienen el mismo significado inconsciente, que la hiperemesis el mecanismo elige en este caso la vía intestinal. Ambas tienden a desaparecer - una vez que se ha completado el proceso de encajamiento y que el cuerpo de la mujer se ha adaptado al cambio (en los órganos internos y posturales).

1.1.4.6.5. **Constipación pertinaz o estreñimiento:**

Es la defensa contra la sensación de vaciamiento: el método utilizado, es la contactura, actúa en este caso sobre la porción terminal del intestino, su finalidad inconsciente es la fantasía de retención del feto.

1.1.4.6.6. **Hinchazón y aumento excesivo de peso:**

Por lo general, van asociados y pueden combinarse con la constipación. Es otra defensa, en este caso incorporativa y retentiva, contra la ansiedad de vaciamiento. Se ha comprobado que aparece principalmente en - personalidades con fuertes estructuras narcisistas, de tipo infantil - inmaduro e intensa fijación y dependencia de la propia madre. Con frecuencia, son personas que han pasado por dramas reales en la infancia, en la que a menudo, han perdido tempranamente a la madre.

1.1.4.6.7. **Calambres:**

Para esta época del embarazo suelen instalarse en forma muy dolorosa - los calambres. A los mecanismos fisiológicos conocidos: hipoxia (disminución del oxígeno) y estasis venosa (várices) se deben agregar los cambios posturales obligados por la modificación en la posición del vientre que, de abombado y curvo, pasa a puntiagudo. En lo psíquico traduce

cen fantasías inconscientes terroríficas de ser atacadas físicamente. Representan tanto el temor al hijo, como al parto doloroso o traumático (fórceps; cesárea). Su aparición es común en aquellos ambientes en que se tienden a negar los temores y en donde está prácticamente prohibido hablar de ellos.

En última instancia, todos estos síntomas, de los cuales los mejores exponentes son el calambre y la lipotimia, por ser los más dramáticos y súbitos, traducen básicamente, además del conflicto, un pedido de ayuda y protección, al sentirse incapaces de tolerar y elaborar la crisis de ansiedad. Dependen entonces también del ambiente y del grado de receptividad o ansiedad de éste, la mejoría o empeoramiento de los mismos.

Las ansiedades y fantasías que se han descrito como determinantes de la crisis de ansiedad por la percepción del encajamiento son reactivadas por una situación intrínseca que es la futura maternidad.

1.1.4.6.8. El temor a no ser capaz de criar bien al hijo:

En nuestra época, por lo general, las mujeres tienen escasa o ninguna oportunidad de aprender el quehacer maternal en forma directa, a través del ambiente. Ya no es como en otros tiempos, cuando las familias numerosas brindaban continuamente esa experiencia a través de numerosos hermanitos menores, primitos, sobrinitos, etc, que se criaban junto con la niña o la adolescente, a quienes a veces ella misma criaba. Las mu-
cas actuales, son perfectas pero no ayudan a instalar el instinto maternal, y no permiten esa experimentación real y mucho menos el aprendizaje de las virtudes de otras mujeres en su maternidad.

1.1.4.7. Ansiedades al comienzo del noveno mes:

Con la llegada del noveno mes, surgen varias modificaciones fisiológicas: el feto tiende a desarrollarse más rápidamente, ganando peso y volumen; las contracciones fisiológicas se acentúan, el cuerpo debe nuevamente cambiar sus mecanismos posturales para la bipedestación. A todo esto se suma la prohibición de la actividad sexual, que aún subsiste.

Estas modificaciones intensifican las ansiedades que además, van estaciándose por la noción de la proximidad del parto. La incertidumbre en cuanto a la fecha resume y sintetiza todas las otras incertidumbres y se transforma en uno de los temores obligados. A través del "cuando - será" el parto se expresan las incógnitas de cómo será el parto, cómo será la criatura, cuál será su sexo, cómo resultará su crianza, etc. El temor a la muerte en parto sobre características intensas, por lo general inconscientes.

En esta ansiedad derivada de la incertidumbre, juega un papel preponderante el narcisismo infantil, que es la defensa habitual contra estos estados. El narcisismo infantil dispone del pensamiento mágico y de la omnipotencia de las ideas. Pero ambos no logran satisfacer totalmente el requerimiento, ya que el embarazo sigue transcurriendo a pesar de todo.

Otras veces, la defensa resulta victoriosa en cierto sentido y es la responsable del parto prematuro (a los 8° meses cumplidos), como manera de huir y resolver el estado de espera e incertidumbre. El mecanismo a que se recurre es la evacuación, desplazada hacia el proceso de parto. Con respecto al marido, nuevamente se resaltarán los conflictos que le acontecen, ya que se encuentra tironeando entre su propia ansiedad, sus sentimientos de responsabilidad, su terror a que la esposa fallezca en

el parto (expresión de la fantasía inconsciente envidiosa) y la ansiedad de ésta y del ambiente.

Cuando la ansiedad se torna intolerable, vuelven a aparecer los trastornos psicósomáticos o, en su lugar, la evasión matrimonial en la búsqueda de relaciones extraconyugales o en la dedicación excesiva al trabajo.

Retomando el tema de las relaciones sexuales, la clínica ha demostrado que no solamente no ocasionan daño alguno sino que en este momento del embarazo son altamente benéficas, por muchos motivos.

Los motivos por los cuales resultan benéficas en el noveno mes (y a todo lo largo del embarazo, ya que no deberían ser interrumpidas en ningún momento del embarazo, salvo en casos extremos como amenaza de aborto y placenta previa) son: en primer lugar, el mantenimiento de la armonía conyugal, al disminuir los celos en ambos -en el marido hacia el hijo, en la esposa hacia las posibles relaciones irregulares de él-, conservan la capacidad libidinosa y orgásmica de la mujer, permitiéndole la momentánea tranquilización de sus ansiedades; y finalmente contribuyen a la elasticidad y flexibilidad de los músculos perineales, tan exigidos en este momento y que deberán distenderse al máximo en el parto.

La crisis de ansiedad se puede expresar: 1) con el parto prematuro (casi a término ya); 2) con distintas somatizaciones: gripes, anginas, cólicos, calambres, dolores de espalda, hinchazón, palpitaciones, insomnio hiperactividad, mayor nerviosismo (reacción paranoica por el temor al parto). Sin olvidar que los dolores de espalda y las palpitaciones pueden ser provocadas por el exceso de peso en el embarazo, más que una somatización de ansiedad.

Las fantasías se centran en torno al temor a la muerte, al dolor, al -vaciamiento, a la castración, etc.

Superada esta crisis que por lo general no dura más de una semana reaparece el deseo de dormir (hipersomnia) en la mayoría de los casos brindando la posibilidad de retracción y negación necesaria para tolerar las intensas ansiedades del este momento.

1.1.4.8. Ansiedades de los días previos al parto:

En medio de la incertidumbre que es la ansiedad consciente dominante - reaparecen crisis intensas de duración variable, en las que se expresa, por lo general conscientemente, el temor a la muerte en el parto, al dolor, al parto traumático por fórceps o cesárea, al hijo deforme y a la muerte del hijo.

Por lo general estas crisis van marcando el progreso del proceso de embornamiento o preparación del cuello uterino y el avance progresivo en la instalación del reflejo de parto y en el descenso de la cabeza del bebé, en busca del primer plano.

Con bastante frecuencia, en medio de la crisis se experimenta la sensación de haber dejado de percibir los movimientos fetales durante todo el día. La vivencia en estos casos es extremadamente angustiante, ya que esa falta de percepción es asociada con la muerte del bebé. Desde el punto de vista orgánico, tal estado puede producirse porque la criatura se mueve menos en esa época del embarazo, dado que el crecimiento ha rebasado la capacidad de distensión del útero, con lo cual el espacio le resulta reducido y porque ya hay cierto encajamiento. Desde el punto de vista psíquico, la intensidad de la ansiedad produce el embotamiento de la percepción, lo cual se une muchas veces a un estado de contractura de los músculos del suelo pélvico, que inmoviliza al bebé. Si se analiza psicológicamente la situación junto con la mujer, ésta llega a reconocer las causas, a veces extremas, que reactivaron su ansiedad, con lo cual se tranquiliza y vuelve a sentir los movimientos.

Otras veces la negación de estas ansiedades o su intensa represión ocasiona severos síntomas de los cuales la gestosis (toxemias) es el más frecuente. La comprensión de estos accesos de angustia permite entender al obstetra que cuando una mujer lo llama es porque ya no tolera más la ansiedad y, por lo tanto, necesita y merece ser atendida.

Otra forma de resolver una de estas crisis es la así llamada "falsa alarma", ese cuadro en que la embarazada siente contracciones, que tan solo traducen la acentuación de las contracciones fisiológicas, pero que son percibidas como frecuentes y dolorosas.

La frecuencia y el dolor se deben al estado de ansiedad y a la contractura muscular. Por lo general, la "falsa alarma" además de permitir la abreación de la ansiedad, constituye un ensayo que esa mujer necesita acerca del cómo deberá comportarse en el momento de ir a la clínica.

Nuevamente dependerá de la comprensión del obstetra para que se llegue a la tranquilización requerida y se logre cabalmente el aprendizaje -
cesado.

EMBARAZO
DE ALTO
RIESGO

"El hecho de que una mujer posea la capacidad biológica para engendrar un hijo, no significa siempre que lo desee, o esté dispuesta psicológicamente para concebirlo".

Salerno.

1.2. EMBARAZO DE ALTO RIESGO:

Se considera al embarazo de Alto Riesgo como el embarazo en el cuál existen o pueden darse complicaciones que pongan en peligro la vida de la madre, del producto o de ambos, en cualquier momento de la gestación.

1.2.1. ABORTO:

Aborto designa la expulsión de los productos de la concepción antes de que el feto sea viable (capaz de sobrevivir). Toda interrupción del embarazo antes de la vigésimo octava semana se llama aborto.

Algunos autores limitan el uso de este término a las primeras doce semanas, dan el nombre de "mal parto" a la terminación prematura del embarazo después de haberse formado la placenta.

En estudios realizados se ha encontrado que de los productos de la concepción expulsados en 1,000 abortos espontáneos reveló defectos o anomalías del huevo en 61.7% y causas maternas en 38.3%.

Si el producto no se desarrolla adecuadamente y muere, actúa como cuerpo extraño dentro del útero y estimula las contracciones de la matriz en cuanto desaparece la regulación hormonal.

Otras causas de aborto son las siguientes:

- * amputación del cuello uterino y desgarros cervicales profundos poco después de la semana 18.
- * útero con desarrollo anormal congénito.
- * insuficiencia del orificio interno.
- * hipotiroidismo.
- * enfermedades agudas.
- * diabetes.
- * choque mental grave.
- * nefritis crónica.
- * mionas uterinos (tumores).
- * infecciones crónicas.

1.2.1.1. Aborto Espontáneo:

Se considera que alcanza el 10% de todos los embarazos. Son muchos los factores que afectan tanto al medio intrauterino como al embrión. Algunos de ellos tales como radiaciones, virus y factores químicos, son bien conocidos.

Dado que estos factores pueden producir también malformaciones congénitas se les llama "teratógenos", si estos factores ejercen su acción en un momento determinado y a una concentración particulares es posible - que provoquen el aborto, ya sea por acción directa sobre el embrión, - ya porque se altera su constitución cromosómica. A esto se debe que sea difícil, a menudo, atribuir la causa del aborto solo a factores hereditarios o ambientales.

Componentes emocionales en el Aborto Espontáneo (1): El embarazo pone a prueba el equilibrio intrapsíquico de la mujer. Desear conscientemente engendrar un hijo, no implica desearlo también inconscientemente. Cuesta mucho aceptar esta contradicción, sin embargo, la realidad psicológica demuestra que es así. Representa una de las grandes paradojas con que la medicina se enfrenta a diario; mientras no se admita y comprenda el intrincado mecanismo anímico que la origina, no se logrará entender los resultados contradictorios obtenidos tantas veces con la terapia hormonal y medicamentosa, de la amenaza de aborto y aborto habitual. Para tener mayor comprensión de este aspecto psicológico en el aborto espontáneo, a continuación se explicará brevemente lo afirmado por Freud sobre el desarrollo psicosexual específicamente de la Etapa Oral y Anal.(2) Freud postuló diferentes etapas del desarrollo psicosexual, aquí se expondrán, por convenir a esta explicación, sólo la fase Oral y Anal.

(1) Salerno, E. (1979) Ginecología Psicosomática. E. Paicós, Argentina. p. 100-106.

(2) Langner, M. (1982) Metamorfosis y Sexo. Eit. Paicós, Barcelona.

La primera fase Oral es la relacionada con la succión. La segunda fase Oral es la llamada "caníbal", en ésta se sigue buscando el placer por medio de la boca, pero ahora mordiendo y masticando. La zona erógena - que llega a sustituir en el desarrollo a la zona oral es la Fase Anal. Desde pequeño el niño ha tenido sensaciones placenteras en esta zona, que acompañaron sus deposiciones o fueron estimuladas por los cuidados higiénicos de su madre o por intervenciones médicas, principalmente hinchazón y supositorios. Pero solo al principio del 3° año, su placer erótico principal se concentra alrededor de esta zona. Puede subdividirse en dos etapas. Psicológicamente, durante la primera fase anal predomina el placer de expulsión, y el excremento expulsado es equiparado por el inconsciente a un objeto querido. Existe una situación ambivalente frente a este objeto ya que el niño quiere retenerlo, porque lo estima, - y expulsarlo, con intenciones destructivas por odiarlo y temerlo.

En el aborto espontáneo, la mujer revive sus tendencias de expulsión - hostil frente al bebé, que para su inconsciente tiene un significado de excremento despreciado, mientras que algunos tipos de dificultad de parto el niño es tratado, inconscientemente, como un contenido intestinal valioso, del cuál la mujer no quiere separarse. Esta equiparación es - común durante la infancia.

Los niños crean una serie de teorías típicas sobre la vida sexual del adulto e imaginan que la fecundación tiene lugar por haberse comido algo o por haberse besado en la boca, creencias que a veces persistían - hasya la adolescencia y edad adulta en décadas pasadas.

Se calcula que por año en E.U.A. se producen alrededor de 200,000 abortos espontáneos; si a ello se le suma el número supuesto de abortos pro-

vocados intencionalmente, se tendrá una idea aproximada del problema conflictual femenino con la gestación. Estar en armonía con el embarazo significa para la mujer haber alcanzado normalmente la maduración psicosexual y la capacidad psicológica para ejercer su femineidad. De lo contrario, su inmadurez la conduce a una situación ambivalente, dudosa, que la hace querer y no querer al hijo, el cuál representa para su mente conmocionada: incesto, culpa, peligro; otras veces interviene su inseguridad en las aptitudes maternas, originada en el temor a la propia agresividad. Motivos menos profundos también dan lugar a que se establezca cierta contrariedad con el feto: caso de matrimonio mal avenido, presencia del hijo como rival ante las relaciones con el esposo, situación económica dudosa, número de hijos que ya se tienen, así como las limitaciones sociales y profesionales que impone el embarazo.

A algunas mujeres les causa intensa culpabilidad el saber que usan o van a usar al futuro hijo como instrumento de agresión contra la familia, el esposo o el ambiente, utilizándolo como medio para lograr determinados propósitos o ventajas materiales en la vida.

Algunas veces se descubre este mecanismo como un chantaje en la soltera embarazada; es ésta, dadas las circunstancias que se le crean por lo general, se engendra gran angustia, vergüenza o serio compromiso social, que la conducen a desear o hacer practicar el aborto.

Son infinitos los ejemplos de incompetencia psíquica, racional o latente, en el vasto mundo de los complejos psicológicos.

Ellos hacen comprender el porqué y cómo ejercen su derecho a erigirse en único juez que decide el destino del ser engendrado.

El factor decisivo de esta lucha, es el monto de agresividad instintiva acumulada en torno a él. La agresión emocional, mediante el mecanismo de conversión somática, hace de agente ejecutor del deseo inconsciente,

desencadenando por vía psico-neuro-endócrina el aborto espontáneo. A veces, éste se produce por repercusión anímica de un problema moral exterior, como una escena terrorífica del parto, peligro de vida, injuria y agresión reprimida.

Cuando la mujer ha resuelto deshacer el engendro con justificativos reales o por imperativo inconsciente, y no habiendo logrado el propósito en forma espontánea o por autointervención, medicamentosa o instrumental, recurre a un cómplice que alivie en parte su sentimiento de culpa. En tal caso, hace ejecutar por otro el aborto, por un agente exterior que será depositario de su propia agresión: médico o partera. Así se le hace más llevadera la situación; inconscientemente tiene a quien echarle la culpa, consigue cierta tranquilidad ante la acción criminal realizada, pero ello, sin embargo, no la exime totalmente del resentimiento interior que se descubre toda vez que es explorada su intimidad espiritual mediante el psicoanálisis.

Los medios de que se vale el organismo femenino para interrumpir la evolución del huevo y provocar la eliminación del mismo, son de índole hormonal, neurógena, vascular y química.

Los estímulos psíquicos llegan al útero por el sistema neurovegetativo, hasta el plexo hipogástrico. La capa muscular circular interna de aquí se halla inervada por el simpático y la longitudinal por el parasimpático. La angustia y el miedo estimulan y excitan las fibras simpáticas, en forma exagerada, cuando el umbral de sensibilidad emocional se halla descendiendo. El "stress" brusco, o la ansiedad crónica pueden producir espasmos intensos, seguidos por isquemia y hemorragia en los vasos placentarios. Este accidente disminuye la producción de progesterona por parte de la placenta.

El tenor de progesterona ovárica debe mantenerse a cierto nivel para que

el embarazo se conserve. Toda depresión hipotalámica altera el equilibrio luteínico.

Estudios experimentales demuestran que la excitación del hipotálamo determina la contracción del útero y su estudio radiológico en las mujeres con aborto habitual, demuestra el fenómeno de "útero irritable", sin causa orgánica que lo justifique. El electrohisterograma, de reciente adquisición en la clínica, ha de confirmar la hiperexcitabilidad uterina en dichas pacientes.

Un estímulo de índole psicológica, que provoque "stress" puede determinar una reacción química-vascular y producir acumulación de sangre que actúa como una espina irritativa que inicia contracciones uterinas provocando el aborto. Cualquiera que sea la vía elegida por el psiquismo, ya sea, hormonal, vascular, química o neurógena, para iniciar la eliminación de la gesta, se ha de recordar que siempre será la expresión del fenómeno de conversión somática a nivel del útero, con grave perjuicio para el feto. Puede establecerse una premisa, que la disconformidad latente o manifiesta que soporta una mujer ante el fruto de su concepción se refleja en forma directa en la intensidad de los fenómenos de gestosis (toxemias) que acusa en los comienzos de su embarazo, como náuseas, vómitos, etc. La contraprueba es que generalmente ellos disminuyen o desaparecen inmediatamente después de decidir, en una manera u otra, la cesación de la misma. Muchas veces se recurre a la provocación inconsciente de síntomas gestósicos (tóxicos) alarmantes con el deliberado propósito de inocular al médico y a los familiares a que decidan un aborto terapéutico. A manera de conclusión sepuede decir que la mujer emocionalmente equilibrada desea tener un hijo para felicidad propia y de su esposo y como imperativo natural de su femineidad definida.

Pero toda vez que estos requisitos no se cumplen, pone en marcha, voluntaria o involuntariamente, poderes irreductibles que resuelven en forma destructiva su compromiso con la maternidad.

Es conveniente saber que cuando una mujer ha decidido inconscientemente eliminar a su gesta y ha iniciado por tal motivo el mecanismo abortivo, difícilmente terapéutica alguna podrá detener a éste, salvo que se logre resolver el conflicto existente mediante una psicoterapia profunda, muy bien dirigida.

1.2.1.2. **Aborto Habitual:**

La definición más aceptada es la que se refiere a tres ó más abortos - espontáneos consecutivos.

Los factores etiológicos pueden clasificarse en dos grupos principales:

1) Células germinales anormales y 2) Medio maternodefectuoso.

1) Células germinales anormales: por lo general los espermatozoides o los óvulos son tan anormales que, cada fecundación origina un huevo patológico, el cual es abortado.

2) Medio materno defectuoso: algunas de las causas posibles de estos defectos maternos son los siguientes:

- 1.- Disfunción tiroidea.
- 2.- Otras alteraciones hormonales.
- 3.- Factores nutricionales.
- 4.- Alteraciones uterinas anatómicas.
- 5.- Cérvix incompetente (con defectos anatómicos).
- 6.- Sífilis.
- 7.- Enfermedad vascular hipertensiva.
- 8.- Incompatibilidad de grupos sanguíneos.
- 9.- Enfermedades psiquiátricas.

1.2.1.3. Aborto Séptico:

Los accidentes más graves por infección se encuentran en los casos de aborto provocado. El aborto séptico es habitualmente incompleto, no es frecuente que un aborto completo se infecte posteriormente, pero si es frecuente tener abortos incompletos infectados.

1.2.2. ENFERMEDAD MATERNA:

1.2.2.1. **Infecciones agudas:** Las infecciones agudas graves, en especial la neumonía, la fiebre tifoidea y la pleuritis (inflamación de la capa que reviste los pulmones, la pleura), a veces dan lugar a abortos, si bien con más frecuencia tienden a provocar partos prematuros. Los estados tóxicos maternos pueden hacer que comience el parto, aunque el feto parezca no afectado, sobre todo en casos de enfermedades como neumonía, fiebre tifoidea y pleuritis grave, que se mencionaron arriba.

La anemia es un factor de mucha importancia en los países del Tercer Mundo, como México, donde la hemoglobinemia es, a veces, extremadamente baja. La intoxicación por metales pesados o por gas de la ciudad (contaminación) en ocasiones origina también abortos.

1.2.2.2. **Infecciones Crónicas:** son muchas las enfermedades infecciosas crónicas de las que se ha sospechado ocasionan aborto. En especial ha sido implicada la "Brucella abortus", la cuál es bien conocida como causante de aborto en el ganado.

1.2.2.3. **Infecciones crónicas consecutivas:** en la fase precoz del embarazo, enfermedades tales como la tuberculosis o la caricomatosis (malignización en alguna parte del tejido), rara vez producen abortos, la mujer muere sin haber caído a luz.

1.2.2.4. **Anomalías de los órganos reproductores:** las lesiones del aparato reproductor que resultan importantes como causa de aborto son, el cuello corto congénito y el que ha sido acortado mediante intervención

quirúrgica. Los desgarros cervicales largos tratados inadecuadamente en ocasión del parto, o que curan mal pueden causar aborto en el siguiente embarazo.

1.2.2.5. Causas de Muerte Materna:

INFECCION _____	25 x 100
Durante gestación, parto y puerperio_____	10.5 x 100
Aborto séptico_____	14.5 x 100
HEMORRAGIA _____	22.5 x 100
Durante gestación, parto y puerperio_____	17 x 100
Por aborto_____	5.5 x 100
TOXEMIA _____	18 x 100
GESTACION ECTOPICA _____	5.5 x 100
CAUSAS DIVERSAS:	
Cardiopatías _____	4.0 x 100
Anestesia _____	8.0 x 100
Hemorragia Cerebral, Cáncer y Accidentes _____	29 x 100

1.2.3. PARTO PREMATURO:

Es la causa más frecuente de mortalidad y morbilidad neonatal, ya que se debe a él la mitad de todas las muertes neonatales y un porcentaje alto de trastornos neurológicos, intelectuales y emocionales.

Se ha encontrado (Williams, 1973) que las enfermedades maternas que con mayor frecuencia inician la instauración del parto prematuro son la enfermedad vascular hipertensiva crónica, el desprendimiento prematuro de la placenta y la placenta previa.

De las pocas referencias sobre los aspectos psicológicos de las anomalías del embarazo se encuentra la mencionada por la psicoanalista Raquel Soifer

(3) con respecto al Parto Prematuro, la cual se expone a continuación:

Se ha encontrado una relación muy estrecha en casos de parto prematuro entre la percepción del encajamiento y la crisis de ansiedad que desen-

(3) Soifer, R. (1977) Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio. Edit. Kargieman, Buenos Aires, Argentina. (pp.40-43; 55-57).

cadena el parto anticipado.

La dinámica psíquica que desencadena los partos prematuros y el interjuego de las ansiedades de la mujer con las de su esposo, están relacionadas a su vez con las familias de origen y con el medio socio-económico. En algunos casos, las situaciones no aparecen tan claramente vinculadas con la problemática económica y más bien el acento recae sobre el terror al hijo, identificado con lo siniestro y la locura. Resulta comprensible que una mujer que ha tolerado hasta ese momento las ansiedades de los primeros meses de gestación, que logró adaptarse a la percepción de los movimientos fetales y superar la culpa por las vivencias incestuosas y narcisistas de unión exclusiva, además de aceptar y elaborar los ataques celosos y envidiosos del medio, sienta temor de percibir súbitamente la aparición de movimientos extraños.

Por lo general, esos movimientos despiertan la sensación de pérdida y la fantasías del parto prematuro a nivel consciente. Es bastante frecuente que las embarazadas comenten este terror a partir del 6° mes. Por otra parte, la leyenda popular, en este caso desproporcionada en relación con el número real de partos prematuros, es insistente al respecto, siendo su expresión más corriente que a partir de esa época la mujer "debe estar lista para que el parto se produzca en cualquier momento y tener terminado ya el ajuar".

En consecuencia, lapsico-higiene del parto prematuro debe abarcar no solamente a la mujer y los conflictos inconscientes, que tienen mucho peso por cierto, sino también investigar en la relación matrimonial, familiar y socioeconómica, procurando brindar el apoyo y la ayuda necesarios. Del mismo modo, una vez producido el advenimiento precoz, esa familia debe ser adecuadamente amparada, ya que el hecho en sí muestra que está en crisis y que se trata de una crisis entre la tendencia productiva y otra

que lleva a la inercia como única defensa. La protección debe incluir - la posibilidad de que ambos progenitores permanezcan realmente vinculados a su hijo en forma directa y no solamente a través de un vidrio, para que ese hijo pueda ser de verdad el fruto concreto y la traducción de la tendencia activa y victoriosa. El concepto médico en general es terminante con respecto al aislamiento del prematuro, basándose para ello en la seguridad de la asepsia (limpieza). Se pondría esta premisa en cuestionamiento, cuya corrección científica es parcial, dado que el hijo no puede ni debe ser arrancado de los padres, ni por él mismo (bebé) ni por ellos (padres) y, en última instancia, por ignorantes que sean éstos, siempre tendrán la capacidad de asimilar los métodos de asepsia y convertirse en eficaces colaboradores de los especialistas intervinientes. Lo contrario puede desencadenar situaciones realmente perjudiciales, pudiendo desembocar en la disolución del matrimonio y, por ende, de la familia.

1.2.4. EMBARAZO ECTÓPICO:

En un embarazo intrauterino normal el blastocisto se implanta en el endometrio que reviste la cavidad uterina. La implantación identificada en cualquier otra parte se designa con el nombre de Embarazo Ectópico.

Algunos embarazos ectópicos son: embarazo abdominal, ovárico y cervical.

1.2.5. PLACENTA PREVIA:

Se llama también inserción baja de placenta y consiste en que el huevo se anidó en las porciones más bajas de la pared uterina y la placenta - queda implantada en las proximidades o al nivel del orificio interno del cuello uterino. La inserción baja de la placenta, ocurre desde que el huevo se anidó, pero sin embargo se trata como padecimiento del último trimestre del embarazo, porque hasta entonces es cuando se manifiesta. Se considera que todo aquello que perturba los mecanismos de nidación del huevo en el fondo uterino, es causa de una placenta previa.

1.2.6. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA INSERTADA NORMALMENTE:

También llamado "Abrupto Placentae", consiste en que en un embarazo en el cuál la placenta está insertada en el fondo uterino, cerca de alguno de los cuernos, un poco en cara anterior o en cara posterior, la placenta se despega del útero. La frecuencia con la que ocurre esto es, - aproximadamente, de un caso de 1,000 embarazos ó un caso por cada 1,500. Las causas que pueden determinar el que la placenta normalmente insertada se desprege pueden ser diversas pero entre ellas destaca por su importancia y frecuencia la Toxemia Grávidica Hipertensiva (preeclampsia y eclampsia).

1.2.7. GESTOSIS:

Este término fué creado por Seitz (s.f.) para designar a un conjunto de padecimientos que complican el embarazo y que derivan del mismo embarazo, pero finalmente desaparecen con él. Estos padecimientos son bien conocidos desde el punto de vista de su expresión clínica, pero su etiología permanece ignorada, y esta ignorancia ha dado lugar a que aparezcan muy numerosas teorías sobre su origen.

De las teorías que existen se mencionan la Teoría Metabólica, Teoría - Microbiana, Teoría Mamaria, el Concepto de Autointoxicación con déficit funcional del Hígado, etc. Todas estas hipótesis cuentan en la actualidad con muy pocos o ningún adepto.

De las diversas definiciones que se han dado sobre las Gestosis se propone la propuesta por el Dr. Torre Blanco, que dice así: gestosis son - las enfermedades específicas de la gestación cuya causa reside en el embarazo mismo, que acusan un marcado carácter de reversibilidad clínica y cuya sintomatología es predominantemente extragenital.

1.2.7.1. **Ptialismo y Sialorrea:** la hipersecreción de las glándulas salivales durante el embarazo es a lo que se llama Sialorrea, aún cuando algunos autores distinguen entre una hipersecreción moderada a la que llaman Ptialismo y una hipersecreción exagerada a la que llaman Sialorrea. Esta alteración se presenta en los primeros meses del embarazo, empieza

a las cuatro o cinco semanas de que el embarazo se ha iniciado y se quita espontáneamente al mes y medio o a los dos meses.

Se han descrito casos raros en los cuales, la sialorrea ha persistido durante todo el embarazo.

La sialorrea puede tener grados diversos; puede ser simplemente un exceso de secreción salival que apenas llama la atención de la mujer y que es fácilmente soportada, o bien un aumento notable de saliva que puede llegar hasta uno o dos litros diarios. Lo frecuente es que sea un trastorno poco acentuado y que sea consecuentemente bien tolerado. Habitualmente se acompaña de náuseas y vómito, y sigue la intensidad que éstos presenten. La secreción generalmente disminuye durante el sueño. Ocasionalmente la sialorrea puede ser tan intensa y prolongada que llegue a crear un problema nutricional serio a la mujer.

Desde luego, los componentes de la saliva son iguales a los de la saliva normal, a excepción de la Ptiolina que está disminuida.

1.2.7.2. Emesis e Hiperemesis Gravídica: Aproximadamente el 50% de las mujeres embarazadas presentan en el 2° o 3° mes del embarazo, náuseas y vómitos, que se presentan habitualmente por la mañana en ayunas, y que en el resto del día desaparecen. Ocasionalmente las náuseas siguen presentándose a diversas horas del día, pero sin llegar a producir vómito frecuente, este tipo de mujeres vomita cada dos ó tres días, solo muy ocasionalmente en forma diaria.

Este estado nauseoso y estos vómitos matutinos, que con tan elevada incidencia se presentan en la mujer embarazada, no llegan a trascender sobre el estado de salud de la mujer, permiten una nutrición adecuada y le permiten llevar una vida absolutamente normal. A este cuadro se llama vómitos leves del embarazo, o se le llama también Emesis Gravídica.

La Emesis Gravídica aparece con más ó menos precocidad a las dos o cuatro

semanas del embarazo, y se retira espontáneamente a los dos ó tres meses. La frecuencia con la que los vómitos leves se presentan en la mujer podría hacer pensar que se trata de un fenómeno normal del embarazo, lo cual es un error. La Emesis Grávida debe ser considerada como una gestosis leve.

Pero hay ocasiones en que se presentan los llamados vómitos graves del embarazo, llamados también Hiperemesis Grávida ó vómitos perniciosos ó vómitos incoercibles o incorregibles del embarazo. Con todos estos nombres se le conoce. El término más propio es el de Hiperemesis Grávida. Una mujer que había empezado con vómitos leves del embarazo, poco a poco va penetrando al cuadro de vómitos graves. Este cuadro comprende tres períodos clínicos:

- 1.- La paciente vomita todo lo que ingiere y presenta anorexia y náuseas constantes. Los motivos más fútiles despiertan el vómito (olores, presencia del esposo (!), cambios de postura, etc) que se presentan durante el día y la noche. La falta de alimentos y líquidos produce una pérdida de peso notable y manifestaciones de deshidratación.
- 2.- La enferma no solamente vomita lo que ingiere sino vomita constantemente aunque no ingiera nada. El vómito es mucoso con algo de bilis y sangre, por la irritación de las mucosas gástrica, esofágica y bucofaríngea. La paciente ha perdido rápidamente mucho peso y está extremadamente débil. El psiquismo resiente la intensidad del cuadro: hay períodos de excitación nerviosa intensa.
- 3.- Está caracterizada por la aparición de fenómenos nerviosos. Hay delirio, dolor de cabeza y aberraciones mentales. La mujer deja de vomitar, hay gran excitación nerviosa o bien hay un estado de supor, de somnolencia, de absoluta indiferencia, aún pérdida transitoria de la conciencia y si ese estado progresa se instala el estado de coma, con pérdida com-

pleta de la conciencia, conservando las funciones vegetativas, por último la mujer muere.

1.2.7.3. Pre-eclampsia: Se mencionan como dos entidades diferentes la pre-eclampsia y la eclampsia, en realidad constituyen etapas del mismo padecimiento, la eclampsia es la etapa final en la que culmina una pre-eclampsia progresiva, y se diferencia de ésta por la aparición de convulsiones y estado de coma.

La pre-eclampsia se presenta en el último trimestre y cuando se presenta en un embarazo no necesariamente tiene que presentarse en todos los embarazos en una misma mujer; es poco frecuente que la toxemia pura repita en dos embarazos sucesivos.

Por otra parte, estas toxemias son más frecuentes en las primigestas - (primer embarazo) que en las multigestas (más de un embarazo) y cuando se presentan con mayor frecuencia es en las mujeres jóvenes, sin embargo, cuando se presenta pre-eclampsia o eclampsia a una primípara y ésta es vieja, es decir, una primípara añosa, entonces es de mayor gravedad.

Las manifestaciones clínicas de la pre-eclampsia son: hinchazón, hipertensión y albuminuria. La hinchazón o Edema es una manifestación bastante precoz, es de tipo renal (riñón), que aparece en el curso de las horas del día, que abarca los miembros inferiores, los miembros superiores, - cara y va precedido siempre por retención de líquidos que es subclínica. La hipertensión arterial es una de las manifestaciones más precoces de la pre-eclampsia. La albuminuria (nivel de albuminas en orina), para ser considerada patológica debe rebasar la cifra de 1 gr. x 1,000 c.c. de orina, es una manifestación que va progresando también de acuerdo a la severidad del padecimiento.

1.2.7.4. Eclampsia: Es la culminación de la pre-eclampsia, cuando se deja desenvolverse, es el grado más severo de toxemia gravídica; está

caracterizada por la aparición de crisis convulsivas y estado de coma. La Eclampsia se presenta con incidencias variables, según diversas estadísticas: es de un caso por 400 ó 600 embarazos.

Las crisis convulsivas aparecen con más frecuencia en el curso del trabajo de parto, pero también pueden aparecer también antes del trabajo de parto o después que ha terminado el mismo, esto último es llamado - Eclampsia de Puerperio, que aunque rara, es conveniente tener en cuenta porque es la de pronóstico más grave.

Como causas predisponentes se mencionan algunos factores meteorológicos, en algún tiempo estuvieron discutidos pero en la actualidad parecen universalmente aceptados. Influyen en la aparición de las convulsiones, -- los cambios bruscos de temperatura, y debido a ésto es más frecuente en el cambio de estaciones y de clima.

También ha sido llamada la "Enfermedad de las Teorías" porque se han invocado para tratar de explicar su aparición una enorme cantidad de hipótesis. Un autor llamado Stander las clasifica en tres grupos:

- 1.- Causas externas a la madre.
- 2.- Causas dependientes del organismo materno.
- 3.- Causas dependientes del huevo.

1.2.8. **CARDIOPATÍAS Y EMBARAZO:**

La incidencia con la que se encuentra una cardiopatía asociada a un embarazo, fluctúa entre el 1 y 2.6%. La cardiopatía es de origen reumático en la inmensa mayoría (92 %), el 3% son cardiopatías congénitas y el 5 % restante corresponde a otro tipo de orígenes en la cardiopatía (arteriosclerosis, hipertensión, etc).

1.2.9. **DIABETES Y EMBARAZO:**

La Diabetes Mellitus se encuentra asociada al embarazo más ó menos en una proporción de 1 x 500 al 1 x 1,000 embarazos. Es más frecuente esta

asociación en embarazadas afeadas y esto en virtud de que la diabetes es más frecuente cuanto mayor es la edad de la mujer.

Algunas de las consecuencias de la asociación Diabetes-Embarazo son:

- 1.- Es más frecuente el aborto y parto prematuro.
- 2.- La diabetes determina un crecimiento exagerado del producto, con mucha frecuencia llegan a pesar de 4 a 5 kilos.
- 3.- En las diabéticas embarazadas son más frecuentes malformaciones congénitas del feto.
- 4.- Esta definitivamente elevada la incidencia de toxemias gravídicas; si la incidencia global de las toxemias es aproximadamente entre el 3 y el 8% de las mujeres embarazadas, tratándose de las embarazadas diabéticas, la toxemia se presenta con una incidencia del 25 al 35 %.

1.2.10. **GESTACION MULTIPLE:**

El parto doble, triple, cuádruple o quíntuple en la especie humana siempre despierta gran interés en los padres, el médico y la comunidad. El contenido humano es grande y también la preocupación obstétrica en cuanto al resultado del embarazo. El nacimiento de dos ó más productos entraña peligro fetal y neonatal importante.

La mortalidad materna en el embarazo múltiple no aumenta de manera importante, pero la mujer necesita asistencia y consideraciones especiales. La proporción entre parto doble y único es de 1 en 89 y la de parto triple ; único es de 1 en 16,666 nacimientos, la frecuencia de parto cuádruple es de 1 en 718,000 nacimientos.

De los factores predisponentes se mencionan la edad de la madre. Para mujeres menores de 20 años de edad la frecuencia es de 6.4 gemelos por 1,000 nacidos vivos y cuando la edad materna excede de 35 años de edad, se eleva a 16.8 por 1,000 nacimientos.

La frecuencia del embarazo múltiple también aumenta según la paridad (nú-

mero de partos) de la mujer. Entre primíparas la frecuencia es de 9.8 gemelos por 1,000 nacidos vivos y aumenta casi al doble para mujeres - que han tenido por lo menos 7 hijos.

1.2.11. PRESENTACION FUNICULAR Y PROLAPSO DEL CORDON UMBILICAL:

El cordón umbilical está situado a lo largo de la parte que se presenta del vientre o por abajo de la misma. Si las membranas están íntegras la anomalía se llama presentación funicular o de cordón umbilical. El cordón umbilical puede estar al lado de la parte que se presenta, o experimenta prolapso en la vagina (salida del cordón através de la vagina), incluso sobresale por el orificio vulvo-vaginal. La parte que se presenta lo comprime la presentación funicular y el cordón umbilical prolapsado a menudo causan muerte fetal.

La frecuencia aproximada es de 0.4 %, o de 1 en cada 250 partos.

Si la parte que se presenta no se adapta de manera ajustada a la pelvis al romperse las membranas hay una vía posible para el prolapso del cordón umbilical. Precisamente, además lamentablemente, los siguientes factores: cordón umbilical excesivamente largo, implantación baja de la placenta o aumento del volumen del líquido amniótico y de la fuerza con la cuál escapa.

EL PADRE

EMBARAZADO

"La mujer quiere hablar
el hombre quiere alumbrar".

Lemoine-Luccioni.

1.3. EL PADRE EMBARAZADO:

Durante este capítulo se expondrán en primer lugar algunas teorías sobre la paternidad, sobre la influencia que ejerce el padre sobre la madre y sobre el hijo, la reacción del padre ante el embarazo de su compañera, el apoyo emocional que brinda a su familia y estudios que se han realizado.

1.3.1. TEORIAS SOBRE LA PATERNIDAD:

La psicología ha ignorado al padre durante mucho tiempo.

Una de las principales razones para ello reside en las teorías psicológicas acerca de la paternidad.

Durante el desarrollo histórico de éstas teorías existen dos teóricos que han desempeñado papeles de particular importancia: Sigmund Freud y John Bowlby.

Freud otorgó un papel de primer orden a la madre en el desarrollo infantil, creía que la relación del lactante con la madre configuraba significativamente su ulterior personalidad y sus relaciones sociales. El padre era casi ignorado. Freud no le concedía influencia al padre sobre el hijo lactante. El padre ocupa un lugar en la teoría freudiana del desarrollo sólo en un ulterior periodo de la infancia.

El punto de vista de Bowlby acerca del desarrollo en las primeras etapas de la vida, difería del de Freud pero el resultado final era el mismo: las madres constituían las figuras más importantes durante la época de la lactancia.

Bowlby destacó que la madre es el primer y más importante objeto de vinculación, con el lactante. (1). La madre está preparada biológicamente pa-

(1) Bowlby, *Maternal Care and Mental Health* (Geneva, Organización Mundial de la Salud, 1951)
 J. Bowlby, *Attachment and Loss, I. Attachment* (Nueva York: Basic Books, 1969). En París D.R. (1981) El Papel del Padre, B. Minota, México.

ra responder a los comportamientos de éste, al igual que el niño se halla previamente dispuesto para responder a la visión, los sonidos y el alimento proporcionado por la persona que lo cuida. Bowlby creía que debido a estos sistemas biológicamente programados, madre e hijo lactante desarrollan una vinculación mutua. El padre sería meramente secundario y desempeñaría, a lo sumo, un papel de auxiliar con respecto a la madre. El mito de la preparación biológica para el comportamiento parental es precisamente eso: un mito.

Evidentemente no puede ser utilizado para justificar el limitado papel que el padre ha desempeñado tradicionalmente en los cuidados impartidos a lactantes y niños pequeños. Es decir: no existe una teoría aceptable acerca de la paternidad que lo relegue forzosamente a un papel secundario en el cuidado del niño. Ni existe razón alguna para que un progenitor de uno u otro sexo halla de ejercer mayor influencia sobre el desarrollo del niño, sin embargo hay motivos para sospechar que los progenitores ejercen distintas clases de influencia sobre sus hijos. (2).

Sobre investigaciones llevadas a cabo para obtener más información sobre la influencia del padre se puede mencionar lo siguiente:

Se ha empezado a admitir, en fechas recientes, que el padre no sólo es importante por las influencias directas que ejerce sobre su hijo, sino también a través de efectos indirectos sobre las interacciones tempranas del lactante con otras personas. Dentro del contexto familiar el padre influye con frecuencia de forma indirecta sobre sus hijos al afectar el comportamiento de la madre.

Así por ejemplo Frank Pedersen y sus colaboradores han demostrado re--

(2) Parke, D.R. (1981) El Papel del Padre. Ed. Morata, Madrid.

cientemente que la calidad de la relación marido-mujer se halla vinculada en la relación madre-hijo lactante (3).

Pedersen ha observado a madres que alimentaban a sus hijos de cuatro semanas de edad, evaluando la aptitud de cada madre en la alimentación de su hijo. Las madres que eran muy competentes en este sentido "eran capaces de proporcionar el alimento a su debido ritmo, distribuyendo la toma de alimento y los descansos sin molestar al bebé y se mostraban más sensibles a la necesidad de mamar por parte del bebé".

Sirviéndose de entrevistas, Pedersen se informó sobre las relaciones -- marido-mujer. Sus hallazgos son dignos de mencionarse:

"Cuanto mejor era la relación del padre con la madre, tanto más eficiente se mostraba ésta en alimentar al hijo . . . y lo contrario sucedía cuando reinaba la discordia en la pareja.

Las tensiones y conflictos dentro del matrimonio iban asociados a una mayor ineptitud por parte de la madre en la alimentación de su hijo".(4)

1.3.2. EL EMBARAZO COMO ALGO QUE AFECTA A TODA LA FAMILIA:

El padre junto con su esposa experimenta cambios durante el embarazo. El comportamiento del padre puede comprenderse mejor si se le considera en relación con el adoptado por la madre durante el embarazo tanto normal como ya se revisó en el capítulo específico, como en el embarazo de alto riesgo, que también se acaba de mencionar en el capítulo correspondiente.

¿Cómo reacciona el futuro padre durante el embarazo de su mujer?

Las formas en que los hombres experimentan el embarazo y el parto va-

(3) Pedersen, A.F. Anderson, J.B. y Cain, L.R. (1977) An approach to understanding linkages between the Parent-Infant and Spouse relationships. (trabajo presentado en el Society for the Research in Child Development, Nueva Orleans). En Parke, D.R. (1981) El Papel del Padre. Edit. Morata, Madrid.

(4) Ibid.

rían considerablemente según las culturas.

Algunos pueblos primitivos señalan con ceremonias especiales la transición a la paternidad.

Un peculiar fenómeno es el designado con el nombre de "Covada" término derivado del vocablo francés "Couver" (incubar, empollar) y que fué utilizado por el antropólogo inglés Sir Edward Taylor en 1865.

en algunas sociedades primitivas y hacia la fecha aproximada en la que sus mujeres van a dar a luz, los hombres se acuestan de un modo ritual característico, simulando los dolores del parto y el alumbramiento.

Este ritual sirve por lo menos para dos propósitos vitales: establece frente a la comunidad quién es el padre y atrae también, engañándoles a todos los espíritus malos a la cabaña del padre, donde pueden descargar su furia sobre la "madre" fingida, dejando que la auténtica madre dé a luz en paz a su hijo a una distancia segura. (5).

En algunas culturas la "covada" asume un aspecto más teatral. He aquí un ejemplo procedente de los "eric'talavandu", una tribu que habitan en la India Meridional:

En cuanto la mujer siente los dolores del parto, informa de ello a su marido, quien se pone inmediatamente la ropa de su esposa, se pinta en la frente la marca que las mujeres llevan habitualmente, se retira a un cuarto oscuro en el que hay sólo una pequeña lámpara y se acuesta en el lecho, cubriéndose con un largo paño.

Cuando ha nacido el niño éste es lavado y se le acuesta en un catre, al lado del padre. (6).

- (5) Bittman, J.S. y Zalk, R.S. (1978) Expectant Fathers. (Nueva York: Hawthorn Books). En Parke, D.R. (1981) El Papel del Padre. Edit. Morata, Madrid.
 (6) Cain, J. (1984) The Couvade or 'hatching'. The Indian Antiquary (3) 151.
 En Warner, H.J. An Experimental approach to the attitudes, feelings and behaviors of expectant fathers. (Ph D. Diss, North Western University, 1975).

Una versión occidental de la "covada" es la que el psiquiatra británico Trethowan, T.W. denominó "el Síndrome de Covada", se trata de una serie de síntomas físicos que son experimentados por un futuro padre y que desaparecen casi inmediatamente después de que su mujer ha dado a luz, probablemente surja la duda sobre: ¿qué tan extendido está el síndrome de covada? Los cálculos varían considerablemente, pero por lo general afectan a un 10-15 % de los padres con esposas embarazadas.

Son mucho más los padres que experimentan cambios físicos y psicológicos, pero no tienen una magnitud suficiente como para ajustarse a la definición estricta del síndrome de covada.

En un estudio sobre este síndrome, Trethowan ha encontrado que el futuro padre sufre síntomas tales como pérdida de apetito, dolores dentales, náuseas, vómitos. Los síntomas eran más frecuentes en el tercer mes del embarazo y luego iban disminuyendo hasta el último mes, en que volvían a acentuarse. Trethowan observó también que éstos síntomas físicos iban acompañados con frecuencia por alteraciones psíquicas tales como depresión, tensión, insomnio, irritabilidad e incluso tartamudez.

Beatrice Leibenberg ha informado que el 65 % de los hombres estudiados por ella, que iban a ser padres por primera vez, experimentaron "síntomas de embarazo", tales como fatiga, náuseas, dolor de cabeza, vómitos e incluso úlcera gastrocúelical. (7).

Si bien algunos autores psicoanalíticos opinan que el embarazo debe considerarse como una crisis, para la mayoría de los futuros padres, no constituye forzosamente una experiencia negativa. No todos los cambios que tienen lugar en el hombre, y que se hallan asociados al embarazo de la

(7) Trethowan, H.W. y Conolon, F.M. (1965) The Covada Syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 111 57-66. En Leibenberg, Expectant Fathers, *American Journal of Orthopsychiatry*, 1967, 37 358-359.

mujer, son tan dramáticos y perturbadores. De hecho, algunos resultan divertidos. Así por ejemplo, de acuerdo con Bittman y Zalk (8), muchos hombres varían su aspecto durante el embarazo de su compañera: se dejan crecer barba y bigote o engordan. No se sabe con seguridad si estos cambios tienen lugar debido a compasión, empatía o rivalidad con las mujeres. Los síntomas físicos constituyen tan solo una pequeña parte de los cambios que experimentan los futuros padres.

Como una anticipación de su paternidad los hombres muestran, durante el embarazo de sus compañeras, un mayor interés por los bebés. Algunos intentan aprender a ser padres leyendo libros sobre temas infantiles.

Muchos hombres mencionan a la futura carga económica que les supondrá la paternidad, incrementando su actividad laboral, realizando trabajos suplementarios, sobre todo durante los últimos meses del embarazo. Si bien este aumento de actividad laboral y de tiempo transcurrido fuera del hogar es sencillamente un modo de hacer frente a los gastos ocasionados por el aumento de familia, algunos autores, sobre todo los de orientación psicoanalítica, lo interpretan como un signo de ansiedad y preocupación.

Si algunos estudios, los esposos experimentan aumento de preocupaciones durante el embarazo. Recientemente se ha podido observar que, en este período, los maridos muestran más ansiedad que las mujeres. Incluso se preocupan más que ellas por las molestias y dolores que éstas experimentan (9).

La principal preocupación de los padres, según reportan algunos autores, es la económica: la de poder hacer frente a los gastos ocasionados por

(8) Bittman, J.S. y Zalk, R.S. Op. cit.

(9) Entwistle, R.D. y Doering, G.S. (s.f.) The First Birth. (Baltimore: Johns Hopkins University press). En Parke, D.R. (1981) El Papel del Padre. Edic, Morata, Madrid.

el parto y por la crianza del niño, los cuales son bastante lógicos ya que actualmente en los Estados Unidos los gastos de asistencia del parto y la estancia en la Maternidad cuestan alrededor de 1,500 dólares - (3,450,000 pesos).

Se calcula que criar a un hijo hasta la edad de 18 años cuesta en E.U.A. alrededor de 85,000 a 200,000 dólares (de 195,500,000 a 460,000,000 de pesos).

Las pautas del comportamiento sexual cambian también durante el embarazo. Según Bittman y Zalk, algunos hombres experimentan un aumento de atracción sexual hacia sus mujeres embarazadas; otros en cambio, manifiestan menos interés. En cambio, los deseos sexuales de la mujer pueden variar durante el curso del embarazo. Durante los tres primeros meses, cuando son frecuentes intensas náuseas e irritabilidad, la mujer puede no estar interesada por las relaciones sexuales.

Sin embargo, durante el segundo trimestre, su apetito sexual se restablece por lo general. El interés sexual disminuye a veces de nuevo en el último trimestre, debido a las molestias y a la fatiga que la mujer grávida experimenta.

Si bien la actividad sexual no ofrece generalmente riesgo alguno durante los últimos estadios del embarazo, hay muchos tocólogos que se muestran contrarios a la misma.

Según William Masters y Virginia Johnson, un 77 % de las mujeres, entrevistadas por ellos, habían sido aconsejadas por sus médicos en contra de las relaciones sexuales durante el último trimestre. (10). En general, durante el embarazo existe una disminución de las relaciones sexuales.

1.3.3. APOTO EMOCIONAL:

Los futuros padres no se limitan a manifestar su preocupación por sus

(10) Masters, W. y Johnson, V. (1966) *Human Sexual Response*. (Boston: Little Brown). En Parke, D.R. (1981) El Papel del Padre. Edit. Morata, Madrid.

mujeres embarazadas padeciendo dolores de espalda. Tienden a reaccionar positivamente ante el aumento de la necesidad de apoyo emocional por parte de sus mujeres.

Harold Raush y colaboradores han observado que los esposos se mostraban más comprensivos y conciliadores durante el embarazo. (11)

Dichos autores planteaban a las parejas un conflicto que debían dirimir, tal como la elección de un programa de televisión. Los medios utilizados por la pareja para resolverlo eran observados y analizados. Los maridos cuyas mujeres estaban embarazadas eran más tolerantes y conciliadores que los de mujeres no embarazadas y más de lo que habían sido antes del embarazo. Sin embargo, la gravidez no es una panacea para los matrimonios mal avenidos: el apoyo emocional proporcionado por el marido retornaba a su nivel previo al embarazo, hacia el cuarto mes después del parto. El apoyo suplementario que el marido proporciona durante la gravidez reviste gran importancia.

En un reciente estudio llevado a cabo en 26 parejas, en California, -- Johanna Gladieux ha encontrado que el apoyo emocional proporcionado por el marido durante la gravidez hace que sea más fácil para la mujer adaptarse al embarazo y disfrutarlo. (12).

Los esposos, con figuras que prestan apoyo, son particularmente importantes en el primer estadio del embarazo, antes de que éste se haga públicamente patente.

(11) Raush, W.D., Barry, W.A., Hertel, A. y Swain, M.A. (1974) Communication, conflict and marriage. (San Francisco: Jossey Bass). En Parke, D.R. (1981) El Papel del Padre. Edit. Morata, Madrid.

(12) Gladieux, J.D. (1978) Pregnancy -the transition to Parenthood: satisfaction with the pregnancy experience as a function of sex-role conceptions, marital relationship and social network. En Miller, W.B. y -- Newmann, L.F. (Eds.) The First child and family formation (Chapel Hill, N.C.: Carolina Population Center).

Durante el segundo trimestre, cuando la gravidez es de pública evidencia, los amigos y parientes se convierten en determinantes de satisfacción para la futura madre, más incluso que la relación con el marido.

Los padres, al igual que las amigas, revisten ahora más importancia que en el primer trimestre: Bittman y Zalk han encontrado que el 40% de las mujeres incluidas en su estudio mantenían más contacto con sus padres durante este periodo.

Al igual que la futura madre busca ayuda, información y seguridad más allá de su esposo, el padre tiende a buscar apoyo en los amigos que han sido padres. Además, incrementa el contacto con sus propios padres durante el embarazo de su mujer, y sobre todo con su propia madre. "Un hombre puede sentir más necesidad de apoyo y cariño maternos para sí mismo durante este periodo de sobrecarga, lo cual constituye un suplemento de ternura durante un periodo en el que se puede sentir presionado para mantenerse constantemente firme, responsable y 'adulto'. . . los futuros padres telefonan y escriben cartas a sus familias con más frecuencia durante el embarazo de sus mujeres que antes del mismo. (13).

Otros datos correspondientes a la importancia del padre como la figura que proporciona apoyo durante el embarazo proceden de estudios que muestran una clara correlación entre el estado emocional de la madre y el desarrollo durante las primeras etapas de la vida.

En un reciente estudio llevado a cabo en Boston, se ha observado que los lactantes eran menos irritables durante los tres primeros días consecutivos al parto si la madre había permanecido tranquila y relajada durante el embarazo. Además, cuanto más positivamente valorasen los padres su matrimonio (y, seguramente, cuanto mayor apoyo hubiese dado el marido, durante embarazo), tanto mejor era el estado fisiológico del lactante

(13) Bittman y Zalk. Op. cit. p.166.

a la edad de 2 meses, evaluado con respecto a su irritabilidad y a su capacidad para tranquilizarse después de haber sido molestado. (14).

El hecho de que el marido revele mucho interés por su mujer durante el embarazo tiene también consecuencias para su paternidad posterior. Se ha observado que el interés de un futuro padre por el embarazo de su esposa se halla positivamente correlacionado con la frecuencia con que coge al hijo en brazos durante las primeras seis semanas de vida y también con su asiduidad en atenderle cuando llora. La actitud del marido influye también sobre el grado de placer que experimenta la madre con su maternidad: cuanto más feliz se sienta a causa del embarazo de su esposa, tanto más disfrutará ella las seis primeras semanas de vida del niño, (15); de aquí la importancia de promover en el padre su participación activa, para, de esta manera, asegurar mayor calidad de vida dentro del núcleo familiar.

Finalmente se presentará una investigación realizada sobre las experiencias paternas durante embarazos planeados y no planeados.

En una investigación realizada por Adler y Barry, (1987) (16) donde exploraron las experiencias paternas durante embarazos planeados y no planeados (no abortos), usando la tradicional división trimestral del embarazo, dieron un perfil general de las reacciones psicológicas y psicósomáticas normales del padre esperando y a continuación se expondrán: Muchos padres esperando reportan experiencias de sentirse frustrados, - desilusionados, excluidos o desplazados durante el periodo prenatal. En un tiempo donde la historia social sobre los roles sexuales han sido fre-

(14) Grossman, K.F. y cols. (1980) *Pregnancy, birth and parenthood*. (San Francisco: Jossey Bass). En Parke, D.R. (1981) *El Papel del Padre*. Edit. Morata, Madrid.

(15) Entwistle y Doering. Op. cit.

(16) Adler, S.P. y Barry, H. (1987) *The Pregnant Father*. En B. Blum. (Ed.) *Psychological aspects of Pregnancy, Birthing and Bonding*. (pp.220-226).

National Institute for the Psychotherapies.

cuentemente discutidos es de gran y oportuna importancia, como se ha mencionado ya en varias ocasiones a lo largo del presente trabajo de Tesis, el profundizar en la experiencia paterna durante el embarazo, ya que simplemente sin el padre no sería posible la gestación y también encontrar maneras de promover el vínculo paterno con el bebé, la madre y la unidad familiar.

Las observaciones que se presentarán se basaron en una muestra con las siguientes características: blancos de clase media (60%), judíos ortodoxos de clase media (25%), negros de clase baja (10%), e hispanos (5%), la población acudió a clases sobre Educación para el Nacimiento que son impartidas en Brooklyn, Nueva York.

1.3.4. EMBARAZOS NO PLANEADOS:

Durante el primer trimestre, el futuro padre se siente dependiente, en parte sobre si la pareja es o no es casada y el embarazo es planeado o no. En general, es más fácil para parejas casadas, quienes tienen mayor estructura legal-familiar, el trabajar sobre la aceptación de embarazos no planeados, que sobre parejas no casadas.

Las parejas no casadas tienen conflictos adicionales para encarar si aceptan el embarazo: ¿deberán casarse o permanecer solteros?, ¿es el niño legítimo ó ilegítimo?, ¿qué apellido le pondrán al bebé?, etc.

La responsabilidad inicial del padre en casos no planeados de embarazo es usualmente un shock seguido por incredulidad. El padre esperando tal vez rechace que el hijo es de él.

Surgen sentimientos de hostilidad hacia la mujer que pudo haber dado prioridad al embarazo sobre él, pueden llegar a aumentar y contribuir a sus expresiones de hostilidad. Entonces, el padre puede ver a su futuro hijo como un rival en potencia.

Como el embarazo continúa, los sentimientos negativos crecen y la auto-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

compasión puede resultar en expresiones incrementadas de hostilidad sobre la madre y el futuro hijo. Si el padre con sentimientos iniciales negativos no los procesa adecuadamente, un ciclo nocivo es establecido, conduciendo a la madre a sentimientos hostiles y rechazo hacia ambos, el padre y el bebé.

Como el ciclo continúa, el padre puede terminar abandonando a la madre y al bebé. Con propósito de prevenir el abandono de la relación por parte del padre, de una forma adecuada este círculo debe ser interrumpido. Si el padre es auxiliado en la exploración de sus sentimientos y actitudes, manifiestos o no manifiestos es posible que quizá logre dejar la relación destructiva y haga de ésta una más constructiva.

Si el padre puede ser informado y ayudado a comprender y aceptar esas cambiantes respuestas y sentimientos, puede llegar a ser el apoyo emocional más significativo para la mujer. La sensibilización del hombre en este momento es fundamental.

La presencia del padre en las visitas ginecológicas, es una declaración simbólica de que es parte del proceso de gestación, parto y trabajo de parto. Además su presencia establece simbólicamente el deseo de asumir su rol paterno. Es imperativo que se reconozca que al involucrar al padre prenatalmente se está logrando una importante contribución a la facilitación o inhibición de la comunicación del padre en la interacción diada-triada, además de las otras influencias que se ha descubierto tiene el padre dentro del núcleo familiar.

Varios estudios psicológicos (e.g. Deutscher, 1969) (17) han descubierto que el ambiente constructivo durante el embarazo incrementa las oportu-

(17) Deutscher, M. (1969) Brief family therapy in the course of the first pregnancy: a clinical note. *Contemporary Psychoanalysis*, 7, 21-35. En Adler, S.P. y Barry, H. (1987) The Pregnant Father.

nidades en el bebé para un desarrollo sano en sus primeros años y un pronóstico para la pareja a favor de una mejor calidad de vida dentro de la vida familiar.

1.3.5. EMBARAZOS PLANEADOS:

En la mayoría de las experiencias con embarazos planeados, los sentimientos de los padres que esperan un hijo, toman cursos algo diferentes en comparación con los padres ante embarazos no planeados. Si bien existe ambivalencia, ansiedad o culpa, éstas emociones son frecuentemente manifestadas, los padres generalmente sienten su masculinidad reforzada y más seguros en su auto-imagen, más responsables, amantes y protectores hacia su compañera. (+).

El embarazo llega a despertar dudas sobre su habilidad profesional y su éxito financiero. Está más veces optimista, de buen humor y anticipado sobre el nacimiento de su hijo. Muchas veces es la primera vez que él llega a saber sobre su salud y cómo proveerá financieramente a su familia para que ésta sobreviva.

Como se mencionó en otra ocasión, a veces sólo la paternidad hace que un hombre reivindique actitudes negativas pasadas.

Esos sentimientos están estimulados por sus interacciones con la mujer embarazada. Si ella está resentida al planear el embarazo, y/o si su embarazo resulta un deseo de castigar al padre, la culpa puede ser el sentimiento predominante.

Al inicio del segundo trimestre (4°, 5° y 6° mes) muchas parejas han hecho los ajustes apropiados y la aceptación de las obligaciones que éste implica. Los deseos sexuales aumentan su intensidad durante este periodo.

Muchas veces este trimestre ofrece una fase idílica de "luna de miel".

Esto es corto como algunos cambios en el estilo de vida. La mujer embarazada frecuentemente se siente físicamente bien. El futuro padre, puede (+) Basado en un estudio de 1500 padres, conducido por Barry, H. desde 1975 hasta 1979.

llegar a estar más unido física y psicológicamente a la mujer y al bebé, y puede tener también síntomas de embarazo, como ya se mencionó en páginas anteriores, como: trastornos gastrointestinales, incremento en el apetito, aumento de peso y extremo cansancio. El segundo trimestre suele ofrecer un segundo cambio dando la oportunidad para mejorar la relación de pareja.

El futuro padre centra de pronto sus sentimientos en los cambios visibles corporales que ocurren en la mujer, de esto se hablará más extensamente al tratar las actitudes hacia el cuerpo embarazado.

Las condiciones socioculturales e ideas equivocadas (por ejemplo, las relaciones sexuales dañarán al feto) pueden interferir con la vida sexual de la pareja. Estas ideas equivocadas tienden a perder su credibilidad cuando son explicadas a la pareja. Además de saber que el papel del padre es el apoyo más significativo para la mujer, también se ha descubierto que los sentimientos de culpa y ansiedades asociadas al embarazo pueden ser recanalizadas dentro de la conducta más productiva, transformándose en sentimientos de sensibilidad y ternura hacia la mujer.

El tercer trimestre, es una época de intensos cambios de ánimo para muchas mujeres, así como la reducción de "estamina" (influenciada por cambios hormonales por la estación del año y profesión).

El futuro padre es emocional y psicológicamente reservado. Está inquieto por el bienestar de la madre y en esta época se torna más protector. Realiza muchas veces las tareas físicas del hogar, como lavar, planchar, etc. El padre llega a ser el mayor apoyo físico y psicológico para la mujer. Sin embargo, si la mujer embarazada transfiere sus necesidades al médico, el padre puede sentirse menos importante e incapaz para ayudar, de este modo se introduce un nuevo conflicto a la situación.

La hostilidad del padre y su resentimiento puede crecer si se le hace -

sentir poco válido. Si es excluido de las visitas mensuales y revisiones, lo cual es muy frecuente, se producen sentimientos de alienación y distanciamiento de la madre.

El manejo prenatal durante el tercer trimestre muchas veces prescribe abstinencia sexual de la pareja. Es importante que se le ofrezcan alternativas a la pareja que ayuden a reducir la tensión sexual y la mutua satisfacción. Bittman y Zalk (1978) (18) mencionan algunas alternativas sexuales.

Algunas de las preocupaciones que ocurren en este período son: el padre aprensivo estará nervioso, por no estar seguro sobre calcular el tiempo adecuado para salir al Hospital; piensa y teme que pudiera ser él quien atendiera el parto.

Es extremadamente importante que el padre sea tratado con dignidad, respeto y que inteligentemente reciba explicaciones detalladas de lo que está ocurriendo.

El no debe tener su imagen de padre, esposo y hombre debilitada a sus propios ojos y a los de su esposa. Su autoestima debe ser mantenida -- positivamente para mejorar las relaciones a largo plazo con su hijo y familia.

(18) Bittman, S. y Zalk, S. Op. cit.

**LA PAREJA Y LA
PATERNIDAD**

"Y creó Dios al hombre a su imagen; Varón y Varona los creó. Y los bendijo Dios y -- les dijo: fructificad y multiplicaos llenad la tierra, y sojuzgadla y señoread en los peces del mar, en las aves de los cielos, y en todas las bestias que se mueven sobre la Tierra".

Génesis 1:27-28.

1.4. LA PAREJA Y LA PATERNIDAD:

Al comienzo del matrimonio, una joven pareja debe enfrentar un cierto número de tareas. Los esposos deben acomodarse mutuamente en un gran número de pequeñas rutinas.

Por ejemplo, deben desarrollar rutinas para acostarse y levantarse aproximadamente a la misma hora. Debe existir un momento para estar desnudos y tener relaciones sexuales, para compartir el baño y para leer el diario del domingo, para mirar la televisión y elegir los programas y para salir a lugares que son del gusto de ambos.

En este proceso de mutua acomodación, la pareja desarrolla una serie de transacciones, formas en que cada esposo estimula y controla la conducta del otro y, a su vez, es influido por la secuencia de conducta anterior. Estas pautas transicionales constituyen una trama invisible de demandas complementarias que regulan muchas situaciones de la familia.

La familia también enfrenta la tarea de separarse de cada familia de origen y de negociar una relación diferente con los padres, hermanos y parientes políticos. Las prioridades deben modificarse ya que los deberes fundamentales de los nuevos esposos conciernen a su matrimonio. Las familias de origen deben aceptar y apoyar esta ruptura.

Del mismo modo, los encuentros con los elementos extrafamiliares-trabajo, deberes y diversiones- deben reorganizarse y regularse de un nuevo modo. Se deben adoptar decisiones en lo que respecta al modo en que permitirán que las demandas del mundo exterior interfieran con la vida de la nueva familia.

El nacimiento de un niño señala un cambio radical en la organización de la familia. Las funciones de los cónyuges deben diferenciarse para enfrentar a los requerimientos del niño, de atención y alimento y para encarar las restricciones así impuestas al tiempo de los padres. Por lo general, el compromiso físico y emocional con el niño requiere un cambio

en las pautas transaccionales de los cónyuges. En la organización de la familia aparece un nuevo grupo de subsistemas, en el que los niños y los padres tienen diferentes funciones.

A medida que se desarrolla una familia con la llegada de los hijos, su educación, la adolescencia, etc, la familia enfrenta cambios tanto internos como externos y debe mantener, al mismo tiempo, su continuidad y debe apoyar y estimular el crecimiento de sus miembros mientras se adapta a la sociedad en transición. Estas tareas no son fáciles de encarar.(1).

1.4.1. LAS EXPECTATIVAS VINCULADAS CON LA PATERNIDAD:

La condición óptima de la parentalidad es un matrimonio basado en una unión compatible, capaz de reducir a un mínimo tolerable las frustraciones, angustias y discordias de la vida cotidiana, y de proveer, al mismo tiempo, una reciprocidad creadora y espontánea solidaridad.

La parentalidad voluntaria constituye un ideal que se ve amenazado, pero no necesariamente transgredido, cuando en la decisión de buscar el embarazo entran en juego obscuras e inmaduras motivaciones. Incluso el embarazo accidental o no deseado puede dar lugar, en algunas circunstancias, a una reacción que conduzca a una parentalidad madura y responsable.

Durante el embarazo la pareja prevé el surgimiento de conflictos entre sus ambiciones personales y sus deberes de padres.

En el caso del hombre cuya masculinidad se basa en excesivas pugnas competitivas dentro de su esfera laboral o en conquistas eróticas extraconyugales, los conflictos que emergen durante el embarazo pueden ser muy intensos y revelar una profunda insuficiencia en el futuro padre.

Sin embargo, es sorprendente comprobar con cuanta frecuencia los hombres enmiendan, corrigen y mejoran sus ideas juveniles sobre la masculinidad durante el embarazo de la mujer o cuando se enfrenta al hijo recién nacido.

(1) Minuchin, S. (1986) Familias y Terapia Familiar. Edit. Gedisa Mexicana S.A. p.40

La pareja entraña unidad y síntesis, una coexistencia en la que la corresponsabilidad es claramente visible, pero también encara antítesis y oposición internas. Con el conocimiento de que las dos personas se convertirán en tres, los cónyuges cobran aguda conciencia de la naturaleza cambiante de su grupo familiar. La incorporación de una tercera persona producirá un profundo reordenamiento. La expectativa que despierta la llegada del primer hijo establece una auténtica unidad familiar supra-individual y modifica también la reciprocidad directa e inmediata entre marido y mujer. Tener un hijo implica aceptar un nuevo compromiso para con la familia y el matrimonio, y reconocer que el recién nacido convierte la relación bipersonal entre los cónyuges en una relación triangular. Se presume de antemano que el ingreso de una tercera persona significa transición, conciliación y renunciamiento tanto a la reciprocidad inmediata como a la oposición directa. La llegada del primer hijo puede dar lugar al desarrollo de tres nuevas estructuras en la dinámica familiar:

- 1) La mediación de un tercero en las disputas entre los otros dos miembros,
- 2) La autopromoción de un miembro no comprometido, a expensas de los otros dos;
- 3) el juego despliega un tercero para asegurarse el ejercicio del poder sobre los otros dos, mediante la aplicación del principio "divide et impera" (divide y vencerás).

Durante el embarazo, la pareja va adquiriendo creciente conocimiento de la existencia de todas esas nuevas posibilidades, y algunas de estas configuraciones triádicas aparecen aún antes del nacimiento del hijo. El feto puede convertirse en un mediador que evite la destrucción de la unidad de pareja o un enfrentamiento ongobernable.

La visión anticipada de las posibilidades de tomar partido, de que la pareja se divida o de que él resulte excluido o tiranizado puede perturbar al futuro progenitor.

El embarazo es una experiencia de apertura y un comienzo que estimula poderosamente las potencialidades para la intimidad, el cuidado y la ternura mutuos. Muchas parejas que esperan un hijo revisan sus recuerdos de infancia y descubren en la propia experiencia de llegar a ser padres un nuevo tipo de reconciliación con sus progenitores.

La preocupación común por el bebé, totalmente indefenso y dependiente, fomenta la unión integradora de los futuros padres; y esta solidaridad - no sólo permite soportar con más fuerza y entereza angustias y frustraciones, sino que estimula la dedicación al hijo y a su porvenir. (2).

1.4.2. ¿DE VERDAD ES LA SUERTE LA QUE FORMA MATRIMONIOS?:

Hay razones para creer -a pesar de la falta de datos científicos- que la elección del compañero implica una combinación de muchos motivos: - sentimientos amorosos y necesidad sexual dirigida generalmente a miembros de clase social igual o semejante; una imagen de sí mismo relacionada con una imagen de la familia; valores correspondientes, esfuerzos por lograr seguridad, estabilidad y prestigio.

Especialmente importante es la motivación oculta de buscar un compañero que pueda calmar o contrarrestar la propia ansiedad. En este sentido se ha considerado al matrimonio algunas veces como un posible remedio para algunas dolencias psíquicas que uno puede tener.(3)

En otro orden de ideas, a continuación se expondrán algunas investigaciones que se han realizado para conocer la influencia que tienen los hijos sobre el matrimonio:

En un artículo titulado: "Depresión y Ajuste Marital durante el embarazo y después del parto" (4) se estudiaron 51 parejas con un promedio de

(2) Anthony, J.E. y Benedek, T. (Compiladores) (1983) Parentalidad. ASAFFIA Asociación Psicoanalítica Argentina. pp.243-246.

(3) Adelman (1974) Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Ediciones Hormé S.A.E.Argentina pp. 192-4; 199.

(4) Chera, M. (1985) Depression and Marital Adjustment during the pregnancy and after delivery. American Journal of Family Therapy. 13 (4) pp. 49-55.

edad de 26 años, quienes completaron el Inventario de Depresión de Beck, y la Escala de Ajuste Diádico, durante el segundo, tercer trimestre y las seis semanas posteriores al parto. Esta investigación arrojó los siguientes datos: se obtuvo una correlación significativa entre esposos y esposas conyugalmente satisfechos. Se encontró que los síntomas depresivos investigados individualmente disminuyeron durante el embarazo y el período posterior al parto en ambos, hombres y mujeres.

Belsky, Spanier y Rovine (1983) determinaron en matrimonios los cambios como respuestas al nacimiento del primer al último hijo. 72 parejas voluntarias fueron estudiadas longitudinalmente desde el tercer trimestre del embarazo hasta los nueve meses después del parto.

Se realizaron entrevistas a cada pareja, se aplicaron cuestionarios individuales y observaciones de conductas naturales, en casa el análisis de los resultados reveló cambios altamente confiables en el ajuste marital (medido por la Escala de Ajuste Diádico), y el funcionamiento marital (actividades recreativas comunes, percepción de la relación como un romance, amistad y camaradería) y finalmente la Interacción marital (resolución de problemas).

Un análisis correlacional de "tiempo cruzado" reveló que en parejas que inicialmente tuvieron puntajes altos en varias medidas, éstas tendieron a hacerse transversales durante el período estudiado.

El análisis de estos datos mostró cambios en algunos aspectos, lo que reflejó que la llegada del primer o del último hijo tuvo un impacto negativo en las relaciones conyugales mientras que en otros aspectos (por ejemplo: diferencias individuales) tuvo un impacto relativamente pequeño. (5).

Belsky e Isabella (1985) han explorado las relaciones entre las experiencias reportadas por

(5) Belsky, J., Spanier, G. y Rovine, M. (1983) Stability and change in marriage across the transition to Parenthood. Journal of Marriage and the Family. 45 (3) 567-577.

las parejas sobre sus familias de origen y los cambios en el matrimonio seguidos del nacimiento y posterior crianza del nuevo bebé, los datos forman parte de un estudio longitudinal y muy extenso sobre el desarrollo infantil y de la familia.

El análisis de "Múltiple regresión" reveló que los recuerdos de la infancia sobre la forma en que los padres los criaron y el cómo los padres adquirieron sus roles de esposo y esposa en la familia de origen de los miembros de la pareja predijeron cambios confiables en el matrimonio, desde el último trimestre del embarazo hasta que el bebé tenía nueve -- meses de edad. Los más significativos resultados indicaron que diferencias marido-mujer en evaluaciones del ajuste marital se incrementaron cuando individualmente recordaron haber sido criados en un ambiente frío y rechazante en lugar de un ambiente cálido y que brindara apoyo, especialmente cuando recordaron individualmente que sus propios padres no tenían armonía en su relación marital. Estos hallazgos se han discutido en términos de la potencial influencia que las experiencias vividas en la propia familia de origen pueden tener sobre la manera en la cuál las parejas se ajustan al nacimiento y deciden criar a sus hijos. (6)

Teachman y Polonko (1985) perfilaron un marco conceptual para analizar el período del primer nacimiento y examinaron los determinantes potenciales donde la paternidad podría tener efectos, usando una metodología multivariante, esto es, con algunas variables y datos desde 1973 del "National Survey of Family Growth". Más específicamente, se sometieron a prueba tres dimensiones sobre el período del nacimiento para investigar el impacto producido por él (nacimiento) y los tres aspectos fueron: 1) El tiempo pasado, 2) La edad de los sujetos o el tiempo de constituida la pareja y 3) Antecedentes socioeconómicos característicos.

(6) Belsky, J. e Isabella, R.A. (1985) Marital and Parent-Child relationships in Family of Origin and Marital change following the birth of a baby: a retrospective analysis. *Child Development*. 56 342-349.

Utilizando una aproximación a intervalos del nacimiento, los hallazgos más significativos fueron: un fuerte impacto de la paternidad sobre la edad de los individuos en todos los casos, un significativo impacto de la paternidad sobre el tiempo pasado para los sujetos blancos que fueron 3,358 , pero no así para los sujetos negros que eran 774, finalmente se encontró un gran impacto de los antecedentes socioeconómicos, es decir, el nivel económico de su familia de origen sobre las mujeres pero no así sobre sus maridos. (7)

Waldron y Routh (1981) estudiaron un grupo de 46 parejas entre 20 y 35 años de edad, que esperaban el nacimiento de su primer hijo, los sujetos completaron la Escala de ajuste marital de Locke-Wallace y el Inventario de Roles Sexuales de Bem, durante el último trimestre del embarazo de las mujeres y nuevamente después del nacimiento del bebé. En parciales repeticiones de investigaciones anteriores, han encontrado que los puntajes en el ajuste marital de las esposas fué significativamente menor después del nacimiento, esto significa que decreció, lo que también fué encontrado en la investigación realizada en 1981. A partir del análisis de los reactivos se demostró que los puntajes totales de las esposas respecto a la clasificación de Felicidad-Dominancia en los desacuerdos fueron los reactivos más importantes en la contabilidad para ese decremento. En los esposos la diferencia no fué significativa. Ninguna relación fué encontrada entre características paternas de los roles sexuales y decremento en la satisfacción marital. (8).

(7) Teachman, D.J. y Polonko, A.K. (1985) Timing of the Transition to Parenthood: a multidimensional birth-interval approach. Journal of Marriage and the Family. 47 (4) 867-879.

(8) Waldron, H. y Routh, K.D. (1981) The Effect of the first child on the Marital relationship. Journal of Marriage and the Family. 43 (4) 785-788.

1.4.3. LOS CONFLICTOS MARITALES:

Los conflictos maritales muchas veces son considerados como enteramente destructivos para una relación. Se cree que el conflicto, cuando existe respeto por el "oponente" (como cuando se juega tenis o fútbol), puede contribuir al crecimiento de la relación. No hay dos personas exactamente iguales, y es muy difícil que dos personas estén de acuerdo en todo, a no ser que una persona sumerja su identidad y necesidades para que emerja la satisfacción de la otra persona o habrá conflicto.

Se han distinguido dos tipos de orientaciones hacia el conflicto. La primera es la Acción Orientada al conflicto, ésta se usa cuando dos personas al diferir sobre algún aspecto y emplear una lucha en la cuál una persona gane y la otra pierda; la Personalidad Orientada al conflicto se presenta cuando la parte que pierde toma represalia contra el ganador a través de insultos e ironía. La Acción Orientada al conflicto puede producir soluciones positivas, la Personalidad Orientada al conflicto siempre lleva a la destructividad. (9).

Se ha hecho otra distinción entre los conflictos y ésta es de Conflictos Básicos y Conflictos No- Básicos (10); los conflictos básicos involucran cambios básicos en las reglas del juego: un miembro de una pareja monogámica, por ejemplo puede decidir que ambos deberían ser libres para tener relaciones sexuales con otras personas. Si los valores básicos de la otra parte son desafiados por este cambio en las reglas resulta en un conflicto básico.

O si el esposo en un matrimonio tradicional decide que no procreará más a la familia el resultado es un conflicto básico. Para muchas parejas la decisión de las esposas para estudiar una carrera profesional junto con su familia resulta en un conflicto básico.

(9) Sarason, J. (1972) *Sexual bargaining: power politics in the American Marriage*. Englewood Cliffs

N.J.: Prentice-Hall, Rn Shurt y Shurt (1976) *Emotions*. (New York: Macmillan Publishing Co. Inc.)

(10) Sarason, J. *Op. cit.*

Los conflictos no-básicos toman un lugar dentro de una porción o parte de los valores o estructuras. Un esposo puede estar de acuerdo en los derechos de la mujer para tener un trabajo, pero objetará que trabaje hasta tarde porque ésto le impedirá que coman juntos.

Los conflictos básicos representan un desafío más serio para las relaciones en comparación con los conflictos no-básicos sin embargo "tramandas pequeñecitas" de un conflicto no-básico pueden ser extremadamente irritantes si no son resueltas.

Ambos tipos de conflicto pueden ser positivos a una relación, si son conducidos dentro de la apertura y concertación con el nivel de la acción orientada antes del nivel de personalidad orientada al conflicto, esto significa hablar claro en lugar de ofender a la otra persona, ya que de esta manera solo crecerá el rencor en ambos y el conflicto crecerá. (11).

En los trastornos matrimoniales, el conflicto puede estar manifiesto o latente, puede ser real o imaginario, consciente o inconsciente, en variadas combinaciones.

Además, el conflicto entre los cónyuges tiene una relación especial con la estructura del conflicto intrapsíquico de cada uno de ellos. El conflicto matrimonial puede agravar o servir para disimular la verdadera naturaleza de estos conflictos internalizados. Tales trastornos pueden tener dos direcciones, pueden estar en el centro de los trastornos en las relaciones matrimoniales, o pueden ocupar una posición periférica, esto es alrededor del conflicto marital. (12).

1.4.4. TIEMPO DEL PRIMER NACIMIENTO:

Se ha descubierto que parejas quienes conciben a su primer hijo antes

(11) Smart, S.M. y Smart, S.L. (1976) *Families*. Nueva York: Macmillan Publishing, Co. Inc.

(12) Adelman. *Op. cit.*, p. 199.

del matrimonio presentan un alto índice de divorcio en comparación con aquellos que no cursan un embarazo al momento de casarse. (13)

Además, aquellos quienes esperaron para casarse algunos meses después del embarazo se encontró que tienen altos índices de divorcio en comparación con aquellos quienes se casaron tan pronto como el embarazo fué confirmado. (14). Las parejas quienes conciben inmediatamente después de casarse tienen índices altos de divorcio en comparación con las parejas que esperan algunos meses o años.

En general, se observó que a mayor intervalo entre el matrimonio y el nacimiento del primer hijo es menor la probabilidad de divorcio. (15).

El índice de divorcios en nuestra sociedad es alto, a "grosso modo" un divorcio por cada tres o cuatro casamientos. En última instancia el conflicto matrimonial no es tan importante solo por sí mismo, sino como representante y núcleo de tendencias de desintegración en la vida familiar y como precursor de perturbaciones en el desarrollo emocional de los hijos. Al mismo tiempo, se sabe que por cada casamiento que termina en divorcio hay muchos matrimonios en los que los cónyuges permanecen juntos, pero están emocionalmente separados el uno del otro. Siguen juntos no por razones de amor, sino por necesidades económicas, deber hacia los hijos, dependencia personal, temor a la soledad o simplemente, porque no hay otra parte donde ir. La familia permanece físicamente unida, pero hay en realidad una separación emocional entre los padres. Estas

(13) Christensen, H.T. y Hanna, M.M. (1953) Studies in Child spacing: III. Premarital pregnancy as a factor in divorce. *American Sociological Review*. 28 641-644. En Smart y Smart (1976) Families. Nueva York: Macmillan Publishing Co. Inc.

(14) Christensen, H.T. (1966) Scandinavian and American sex norms: some comparison, with sociological implications. *Journal of Social Issues*. 22 60-75. En Smart y Smart (1976) Families. Nueva York: Macmillan Publishing Co. Inc.

(15) Christensen, H.T. y Hanna, M.M. Op. cit.

Son las situaciones que reclaman el estudio más cuidadoso en lo que respecta a sus consecuencias sobre el desarrollo de la personalidad de los hijos y su futuro en relación a la enfermedad o la salud. (16).

1.4.5. MITOS FAMILIARES:

El concepto de mito familiar (17) se refiere a un número de creencias bien sistematizadas y compartidas por todos los miembros de la familia respecto a sus roles mutuos y de la naturaleza de su relación. Algunos de estos mitos están tan integrados con la vida del contexto perceptual con que los miembros de la familia diseñan su vida en común.

El origen de la mayoría de los mitos familiares se suele perder en el comienzo de la relación. Algunos mitos parecen haber sido transferidos de generación en generación; es posible que la asignación de un rol implicado en el mito familiar juegue algún papel en la elección y aceptación de la pareja. Poco a poco se constituye como un aspecto integral de la relación, donde funciona como fuerza ordenadora, como un amortiguador frente a cambios o alteraciones súbitas. En este sentido, el mito es para la familia lo que las defensas son para los individuos; ya que con su función de "defensa grupal" el mito promueve la homeostasis y la estabilidad de la relación.

1.4.6. AJUSTE MARITAL Y SATISFACCION:

Muchos factores contribuyen a la forma en que cada persona se ajusta a estar casada y a su pareja y cómo se satisface cada esposo con su relación. El apoyo social a la relación afecta no solo la estabilidad, sino también el ajuste y satisfacción. El ajuste y satisfacción son muy personales y usualmente no se puede definir efectivamente para un individuo o pareja por un observador externo.

(16) Ackerman. *Op. cit.* p.192

(17) Ferreira, A. (1963) Family myth and homeostasis. *Arch. Gen. Psychiatry*, 9 457-463.

En Bateson, G. et al. (1974) *Interacción Familiar*. Bilit. Tiempo Contemporáneo, Argentina p. 154.

La satisfacción personal en otros aspectos de la vida es también afectada por la satisfacción y ajuste en el matrimonio, sin embargo la relación no es siempre totalmente aparte.

Se esperaría que una persona quien es feliz en su trabajo y con sus hijos pudiera estar más satisfecha con su matrimonio, pero lo contrario puede ser verdad en algunos casos:

La satisfacción marital no es estática, puede lograrse dentro de un corto periodo de tiempo, desde algunas semanas hasta algunos meses.

Estudios sobre satisfacción marital han sido enfocados a diferencias en satisfacción por etapas, por ejemplo, en el periodo del matrimonio o de la interacción padre-hijo.

Muchas parejas, de esta forma, experimentan menos fluctuaciones en la cantidad de satisfacción que ellos sienten en su relación marital. Solo algunos sujetos fluctúan más en sentimientos de satisfacción de sus vidas, tanto como algunas parejas cambian más en su satisfacción dentro de la relación marital que otras parejas.

Se ha observado que los bajos ingresos están asociados a baja satisfacción marital. Los hijos pueden ser fuentes de desacuerdo y fuentes de placer en el matrimonio, casi al mismo tiempo.

El ajuste sexual está asociado al ajuste marital, pero no puede ser todavía aclarado qué causa qué. Lo que si se sabe es que el ajuste sexual y el marital interactúan. Salud y satisfacción marital han sido encontradas muy unidas. La ausencia de hostilidad está asociada con satisfacción marital vivida como compañerismo.

El rol conflictivo en el matrimonio, tanto como la división de los quehaceres domésticos, es muy común que sean fuentes de conflicto hasta en los matrimonios "felices". La relación de poder con satisfacción marital es altamente compleja y no se ha determinado aún adecuadamente como ocurre.

En resumen. muchos factores complejos interrelacionados contribuyen al ajuste de un matrimonio y a la felicidad o satisfacción sentidas por los padres como resultado de su matrimonio. (18).

1.4.7. INVOLUCRAMIENTO EMOCIONAL EN LA PAREJA DURANTE EL ÚLTIMO

TRIMESTRE DEL PRIMER EMBARAZO:

Un considerable grupo de investigadores ha demostrado, en general, que los esposos norteamericanos son mucho menos envueltos emocionalmente en la relación marital que sus esposas (Barry,1970; Bernard,1973; Donelson y Gullahorn,1977; Glenn,1975; Hawkins, Weisberg y Ray,1980; Laws,1971; -- Ready, Birren y Schale,1981; Wills, Weiss y Patterson,1974) y que éstos constituyen el surgimiento de stress psicológico e insatisfacción marital para las esposas durante diferentes periodos del ciclo vital de la familia (Bernard,1973; Hawkins et al.,1980; Komarovsky,1964; Ryder,1973; Wills et al.,1974).

El acercamiento interpersonal en situaciones estresantes a menudo contribuye considerablemente a un ajuste sucesivo de algunas situaciones (Bowlby,1969,1973; Janis,1958,1971; Schachter,1959; Shils y Janowitz,1948). Entonces debe asumirse que los esposos, al carecer relativamente de participación, probablemente ejercen un efecto negativo sobre el ajuste psicológico de sus esposas y sobre la satisfacción marital durante el difícil periodo de los tres meses antes del nacimiento del primer hijo. Una investigación de Leifer (1977) ; Shereshefsky y Yarrow (1973) demostraron que, aunque muchas mujeres no experimentaron tensión extrema durante el último trimestre del primer embarazo, muchas sintieron un considerable grado de aprehensión, ansiedad e irritabilidad.

Una de las pocas publicaciones sobre estudios realizados con parejas en el tercer trimestre del primer embarazo es la llevada a cabo por Avi Assor Jefe del Departamento de Educación de Ben-Gurion University of the Negev, (18) Smart y Smart. Op. cit.

Israel y por Tirtza Asso del Beer-Sheva Mental Health Center, Israel, publicado en "The Journal of Psychology" Vol 119 (3), 243-252, y debido a la relevancia considerada para la presente investigación se cita parte de éste. El propósito del estudio fué dar evidencias con respecto al nivel de participación emocional en la pareja, se tomaron parejas en el último trimestre del primer embarazo. Leifer (1977) descubrió que muchas mujeres en los últimos meses del primer embarazo experimentaron un incremento en su necesidad de recibir y dar afecto, atención y apoyo.

Leibenberg (1973) reportó que durante el primer embarazo muchos esposos también experimentaron un incremento en su necesidad de afecto. Raush, Barry, Hertel, Richard y Swain (1976) encontraron que los padres esperando, demostraron un incremento en su tendencia a responder a sus esposas de una manera tierna y de apoyo.

Esto es claramente un incremento que abarca desde algunas necesidades e inclinaciones de ambos, esposo y esposa, durante el período del embarazo y el lógico pensar que el mayor énfasis en la relación de afectividad y apoyo puede causar en el esposo el llegar a estar más involucrado emocionalmente que su esposa. Pero éste resultado no ha sido probado directamente. Parejas casadas involucradas emocionalmente parecen ser una de las variables psicológicas importantes que aluden a la definición teórica exacta, pero es, no obstante, reflejado en un número de disposiciones conductuales obvias (c.f. Loevinger, 1966). Para indicar un alto estado de involucramiento emocional en el matrimonio se utilizaron 4 disposiciones conductuales.

La primera disposición fué hacer lo posible para gratificar necesidades interpersonales primarias a través de la relación conyugal. Para la gente que obtuvo puntuaciones altas en esta disposición, la satisfacción marital y satisfacciones generales de necesidades interpersonales están muy cercanamente vinculadas. Se examinaron las necesidades interpersona-

les de socorrer, nutrir, dominancia y autonomía; estas necesidades particulares fueron seleccionadas porque representan la mayor dimensión de interacción interpersonal (Bales,1970; Leary,1957; Schutz,1958).

A través de la primera disposición se exploró la dominancia con la cuál los esposos tratan de gratificar sus necesidades interpersonales, la segunda disposición se refirió a la cantidad de gratificación que la gente busca en sus esposos, es decir, en la segunda disposición se indica un estado de alto involucramiento emocional al hacer lo posible para recibir también mucho afecto, atención y apoyo, Murray (1938) utilizó el término de "necesidad de ser socorrido" para describir el deseo de recibir - afecto, atención y apoyo, y el término de "necesidad de proveer o dar" para describir el deseo de dar afecto, atención y apoyo. Individuos quienes poseen la segunda disposición esperan, de sus relaciones maritales, recibir gratificación a esas necesidades (afecto, atención y apoyo), la satisfacción es dependiente de un relativo grado en el cuál ellos perciben que sus esposos están actuando de una manera que satisficará esas necesidades, por ejemplo, si la esposa percibe a su esposo interesado en dar a otros, ella probablemente siente que se comportará de una manera que le ayudará a ella a satisfacer sus necesidades de dar. De esta forma, la satisfacción marital estuvo positivamente relacionada con percibir a la pareja necesitando recibir afecto, dando gratificación al mismo tiempo a sus necesidades; en quienes tuvieron un alto porcentaje en la segunda disposición. Debido a que la necesidad excesiva puede fastidiar y agotar, según se cree, se afirma que la relación entre la percepción de las necesidades y su satisfacción puede ser curvilínea, así como la satisfacción marital podría ser asociada con percepciones de moderación, bastante bajas o altas, nivelando sus necesidades.

Una relación -tanto lineal o curvilínea- fué vista como indicador de alto involucramiento emocional en el matrimonio.

La tercera disposición fué concerniente al deseo de satisfacer mutuamente las necesidades de socorrimento y de dar.

Un estado de mutua satisfacción se dá cuando uno de los esposos, en el proceso de satisfacer a la otra parte sus necesidades de socorrimento, también satisface sus propias necesidades de dar. Esto es, ser capaz de recibir afecto y darlo al mismo tiempo. Consecuentemente ambos esposos satisfacen sus necesidades complementarias simultáneamente, no restando satisfacción.

Esta probabilidad de que los esposos obtengan un alto grado de reciprocidad fué determinado por la medición del grado en el cuál sus necesidades y deseos se complementan con otros. Las necesidades son complementadas adecuadamente cuando el deseo de una parte de recibir afecto, atención y apoyo, es similar al deseo de la otra parte para dar afecto, atención y apoyo. Si esta condición de dar y recibir está bien balanceada, la probabilidad de que se incrementen esas necesidades es mayor, pero serán mutuamente gratificadas. Las parejas que están muy vinculadas con la realización de la mutua satisfacción de sus necesidades probablemente desarrollarán sentimientos de insatisfacción cuando dejen de satisfacer de manera recíproca dentro del matrimonio.

La cuarta disposición fué la tendencia a ser irritable, agresivo y hostil cuando el matrimonio tuvo insatisfacciones. Para personas que tuvieron puntajes altos en ésta, la insatisfacción marital y disposición irritable y hostil estuvo muy asociada.

En resumen, el grado en el cuál esposos y esposas manifestaron las cuatro disposiciones indicó un estado de alto involucramiento emocional en el matrimonio, fué determinado por el análisis de las correlaciones entre parejas maritalmente satisfechas y esas cuatro variables. Se pensó que si durante el último trimestre del primer embarazo los esposos permanecían menos involucrados emocionalmente en el matrimonio que sus esposas,

todas las correlaciones podrían ser bajas para ambos.

Para medir los niveles de involucramiento emocional en el matrimonio en las esposas y en los esposos, con respecto al primer indicador, la correlación entre la satisfacción marital y la Medida de Nivel General de Satisfacción de las Necesidades Interpersonales (G.L.S.I.N.) fué examinado por separado en esposos y esposas. En general, las correlaciones entre satisfacción marital y el G.L.S.I.N. fué mucho más alta para esposas que para los esposos; esto significa que las esposas fueron claramente más inclinadas que los esposos a buscar gratificación de sus necesidades primarias interpersonales (afecto, atención y apoyo) dentro del matrimonio. Para valorar los niveles en esposos y esposas de involucramiento emocional en el matrimonio de acuerdo al segundo indicador, las relaciones entre satisfacción marital de las parejas y las percepciones en la necesidad de dar y recibir apoyo, atención y afecto, de sus cónyuges fué examinado por separado. La tendencia a percibir a uno de los esposos como "aportador" estuvo significativamente asociado al incremento en la satisfacción marital entre las esposas, pero no así entre los esposos.

Estos descubrimientos indicaron que las esposas son más inclinadas que los esposos a buscar afecto de sus cónyuges y que es más importante para ellas recibir protección y apoyo de sus esposos, que darlo.

La global complementariedad entre las necesidades de recibir y dar de los esposos fué significativamente afin a satisfacción marital para esposas, pero no para esposos.

La valoración de los niveles en esposos y esposas de involucramiento emocional en el matrimonio de acuerdo a la Escala de Agresión de la Forma de Investigación de la Personalidad (P.R.F.) de Jackson (1967), aportó los siguientes datos:

La satisfacción marital fué significativamente afin a una hostilidad y disposición a irritabilidad para esposas, pero no así para esposos.

La disposición de hostilidad e irritabilidad en las esposas pareció ser más un efecto que una causa de la satisfacción marital.

Estos resultados muestran claramente que los esposos en este caso estuvieron menos involucrados emocionalmente en sus matrimonios que sus esposas, las cuales mostraron:

- a) Mayor inclinación a buscar gratificación, para sus necesidades primarias interpersonales, a través de su relación marital.
- b) Buscar cariño, atención y apoyo en sus esposos.
- c) Afanarse en satisfacer sus necesidades de apoyo y protección de una manera que fuera mutuamente satisfactoria para ambos esposos.
- d) Tornarse irritable y hostil cuando hubo insatisfacción en su matrimonio.

Contrariamente a lo esperado, estos resultados sugieren que durante el primer embarazo la necesidad de dar por parte de los esposos se incrementa (Leibenberg, 1973) (19) y se incrementa la tendencia a responder a sus esposas de una manera conciliatoria (Raush, et al., 1976) (20). Esto pudo no ser acompañado por un incremento en sus niveles de involucramiento emocional en el matrimonio. Una explicación de la aparente inconsistencia de estos resultados con los reportados por Leibenberg, podría encontrarse en algún error metodológico de ésta última investigación citada.

Las conclusiones de Raush, et al., pueden indicar que los esposos de mujeres embarazadas demuestran un incremento de las respuestas de dar porque desean ajustarse a las normas sociales prevalecientes y no porque desean estar más involucrados emocionalmente en sus matrimonios.

Los resultados de la investigación presentada son consistentes con la -

(19) Leibenberg, B. (1973) Expectant Fathers. En Shereshefsky, M.P. y Yarrow, J.L. (Eds.) Psychological aspects of the first pregnancy and early post-natal adaptation. Nueva York: Raven press.

(20) Raush, H.D., Barry, W., Hertel, A., Richard, K. y Sain, M.A. (1976) Communication, conflict and marriage. San Francisco: Jossey-Bass. En Assor y Assor. (1985) Emotional involvement in marriage during the last trimester of the first pregnancy: a comparison of husbands and wives. The Journal of Psychology 119 (3) 243-252.

sugerencia de Laws (1971) (21) sobre el modelo de los esposos sobre "lo que debe ser" en el matrimonio, en general este modelo indica ser rígido y no respondiente a cambios y stress en la vida familiar. De este modo, a pesar de los sentimientos y pensamientos evocados por la cercanía de la paternidad, se puede presentar rencor hacia las esposas, por su condición tan especial (cuidados, mimos, etc) y sus necesidades de apoyo; los hombres en este estudio presentado, mostraron niveles bajos de involucramiento emocional en el matrimonio, lo cual también caracterizó a los esposos durante períodos menos "estresantes" del ciclo de la vida familiar. Los resultados obtenidos de las esposas indicaron que ellas están mucho más interesadas en recibir afecto de sus esposos que brindarles a ellos apoyo y atención, lo que se traduciría en un incremento de sus demandas en este período. De esta forma, la satisfacción marital de las esposas estuvo definitivamente relacionada con la percepción de las necesidades de dar, de sus esposos, pero no se relacionó con la percepción de la necesidad de sus esposos para recibir de ellas. La satisfacción marital de las esposas se correlacionó significativamente con el nivel general de satisfacción de su necesidad de cariño, considerando la correlación entre su satisfacción marital y el nivel general de satisfacción de su necesidad de dar, demostró solamente una tendencia hacia la significancia estadística. Estos resultados modifican la conclusión de Leifer (1977) (22) en cuanto a las necesidades de dar de la mujer embarazada. En su estudio de la mujer durante el primer embarazo, ella encontró que muchas mujeres jugaban ambos roles de dependencia y protección en las relaciones con sus esposos

(21) Laws, J.L. (1971) A feminist review of marital adjustment literature: the rape of the Locke. *Journal of Marriage and the Family*. 33 483-516. En Assor y Assor (1985). Emotional involvement in marriage during the last trimester of the first pregnancy: a comparison of husbands and wives. *The Journal of Psychology*. 119 (3) 243-252.

(22) Leifer, M. (1977) Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Psychological Monographs*, 95 55-96. En Assor y Assor (1985) Emotional involvement in marriage during the last trimester of the first pregnancy: a comparison of husbands and wives. *The Journal of Psychology*. 119 (3) 243-252.

y que el periodo de embarazo pareció proveer a muchas mujeres la oportunidad de alterar esos roles. Los resultados del estudio citado sugieren que si bien muchas mujeres en el último trimestre de su primer embarazo pudieron haber buscado alternativas a esos roles, ellas prefirieron permanecer mucho más tiempo en el rol dependiente (receptivo) que en el portador (activo). Esto no es sorprendente ya que las esposas estuvieron más interesadas en recibir cariño y apoyo de sus esposos que en darlo.

Durante el último trimestre de su primer embarazo las mujeres a menudo encaran stress tanto físico como emocional, al igual que muchos cambios reales e imaginarios. Como resultado de esto ellas sienten una fuerte necesidad de recibir amor y apoyo de sus esposos y no pueden lograr un nivel alto de estabilidad emocional y bienestar, de acuerdo a muchos autores (Erikson, 1963 y Maslow, 1970), eso permite y conduce a la gente a sentir una fuerte necesidad de dar y de recibir.

Uno de los interesantes resultados fué la completa ausencia de correlación entre percepciones de los esposos y la disposición hostil de los esposos. En varios estudios, se ha demostrado consistentemente que las mujeres norteamericanas han creído ser menos hostiles y agresivas que los hombres norteamericanos (Block, Von Der Lippe y Block, 1973; Donelson y Gullahorn, 1977), y que las mujeres se creen menos agresivas que los hombres (Macoby y Jacklin, 1974; Tuddenham, Brooks y Milkovich, 1974).

A la luz de estos descubrimientos parecería razonable asumir, que las inclinaciones hostiles de las esposas podrían ser percibidas por sus esposos como inaceptables, ilegítimas y problemáticas y hará, por lo tanto, que se incremente la insatisfacción en los esposos dentro de su matrimonio. Sin embargo, los resultados de las percepciones de los esposos sobre la disposición hostil de sus esposas no ejerció impacto sobre la satisfacción marital de los esposos, quizá explicado esto como el pro-

ducto de el bajo nivel de involucramiento emocional de los esposos en el matrimonio. Esto significa que no afectó la posible hostilidad de sus esposas para que ellos se sintieran más o menos satisfechos maritalmente. Durante el periodo del embarazo, no obstante, en contraste con otros periodos, los esposos pueden haber percibido la conducta de sus esposas - como esperada, legítima pero transitoria, por consiguiente ellos no sintieron insatisfacción con sus matrimonios cuando alguna conducta hostil o irritable ocurrió. Esto probablemente porque se espera que una mujer embarazada este irritable, o agresiva y sólo en esas circunstancias se le "permite" expresar su irritabilidad o agresividad. algo que es mal visto en otras etapas del ciclo vital de la familia.

1.4.8. ACTITUDES HACIA EL CUERPO EMBARAZADO;

La propia satisfacción con su cuerpo es importante para que una mujer acepte y disfrute plenamente de su embarazo. Muchos factores, incluidas las normas sociales y culturales, la edad de esa mujer, si el embarazo fué planeado o no las actitudes previas al embarazo sobre su cuerpo, afectan su ajuste y actitudes.

La imagen corporal se desarrolla y está influenciada por el ambiente social y físico. Históricamente las actitudes hacia el cuerpo embarazado no han sido favorables (Tanzer, 1972) (23).

En el antiguo Egipto, las comadronas eran consideradas seres sucios y sujetos a purificación y aislamiento. los Griegos prohibieron los nacimientos en sus templos (Cafrani, 1960) (24), y cualquier mujer que no hacia público su embarazo era castigada. En algunas culturas, intentaron

(23) Tanzer, D. (1969) *Why natural childbirth*. Nueva York: Doubleday. En Barry, R.H. (1987) *Attitudes toward the pregnant body*.

(24) Cafrani, T. (1960) *A short history of obstetrics and gynecology*. Springfield, III: Charles C. Thomas. En Barry, R.H. (1987) *Attitudes toward the pregnant body*.

hacer que fueran ocultos sus cuerpos gestantes por prendas hechas en casa, o las mujeres embarazadas permanecían en casa debido a su "condición" que era obvia.

En los Estados Unidos, el embarazo y el nacimiento consiguió tener el "status de enfermedad". Durante el parto, por ejemplo, las mujeres son frecuentemente restringidas a la cama y movidas a una tabla de partos en un cuarto, el cuál sirve de quirófano. Durante el trabajo de parto y la expulsión, les son dadas drogas o anestesia, las cuales pueden conducir a sentir que su cuerpo no funciona normal o adecuadamente. Esto no solamente tiene efectos físicos, sino psicológicamente también hay efectos sobre la auto-estima que puede dañarse.

Las fantasías sobre los efectos que el embarazo causará al cuerpo de la mujer, como son el que los senos se aflojan, la aparición de estrías, obesidad, aflojamiento de la vagina, o que el deseo sexual decrecerá durante y después del embarazo, pueden afectar las reacciones de mujeres y hombres hacia los cuerpos embarazados. Temores con respecto a que las relaciones sexuales dañarán al feto, pueden resultar en abstinencia sexual o suprimir cualquier contacto físico, lo que, como ya se analizó anteriormente, tiene una explicación psicológica diferente, relacionada con la ansiedad de castración.

Si estas fantasías y actitudes no son discutidas y aclaradas adecuadamente tendrán efectos negativos en la imagen corporal de la mujer y su auto-estima, sobre la pareja sexual y la relación marital.

La edad también puede afectar la forma como responde la mujer a su cuerpo embarazado. Una adolescente puede encontrar estos cambios del embarazo mezclados por los enormes cambios normales del cuerpo en la pubertad y serán contundentes. Las mujeres añosas, quizá preocupadas sobre la capacidad de sus cuerpos para manejar el stress. Estas y todas las mujeres

aprovechan la información concreta sobre el cuerpo no embarazado y el funcionamiento de éste durante el embarazo, el proceso funcional, necesidades y signos.

También se sabe que un embarazo planeado o no, afecta la respuesta de la mujer y su pareja hacia los cambios que experimenta el cuerpo. En efecto, una de las grandes diferencias en embarazos planeados y no planeados es el grado de amenaza a la imagen corporal y a la auto-esima. Se han comparado mujeres con embarazos planeados y no planeados, y las mujeres con embarazos no planeados o embarazos ambivalentes son más dadas a experimentar síntomas físicos como vómitos y vértigos durante el primer trimestre, además, comer inadecuadamente durante el segundo trimestre. Muchas mujeres sin planeación, con embarazos ambivalentes, pueden intentar ocultar el embarazo y mantenerse delgadas o alargar el mayor tiempo posible la imagen de su cuerpo sin embarazo, usando ropa entallada o fajas. También puede interpretar comentarios en cuanto a su apariencia dando significado de que ya no son tan hermosas y adorables como antes.

Mujeres con embarazos planeados, quienes han tenido una imagen corporal negativa previa al embarazo, pueden comprar y usar ropa de maternidad precozmente para dar a conocer a otros que los nuevos cambios en su cuerpo reflejan un embarazo.

Mujeres con imágenes corporales negativas previas al embarazo pueden experimentar dificultades en el ajuste a sus nuevos cuerpos. Para favorecer el comportamiento de una relación positiva entre mente y cuerpo, éstas mujeres embarazadas, deben ser encausadas para asistir a clases en que se ejercite su cuerpo antes del parto. El segundo trimestre se presenta para ser el momento más propicio para involucrar a las mujeres en ejercicios adecuados o programas de terapia corporal (Kitzinger, 1970) (25).

(25) Kitzinger, S. (1970) *The experience of Childbirth*. Nueva York: Penguin. En Barry, R.H. (1987) *Attitudes toward the pregnant body*.

La producción hormonal permite a la mujer, semanas antes del parto, lograr flexibilidad en el ejercicio de su cuerpo.

La mujer que tiene una imagen positiva durante el embarazo y en el trabajo de parto es más probable que tenga una experiencia positiva en el nacimiento y la transición a la maternidad. Después del parto, su imagen corporal reflejará las actitudes, sensaciones e imágenes que experimentó durante el embarazo. Si procedió adecuadamente, sus reacciones hacia su cuerpo previamente y durante el embarazo, pueden contribuir significativamente a desarrollar una auto-estima positiva la cuál puede afectar positivamente su habilidad y deseos de ser madre. Radicando en este punto la salud mental de la Familia en proceso de constitución.

Es muy importante recordar que desde el segundo trimestre del embarazo se hacen más evidentes los cambios en el cuerpo de la mujer y es conveniente, por medio de ayuda profesional, explicar al padre cada uno de los cambios que están sucediendo en el cuerpo de su compañera para que comprenda, ya que estos cambios pueden producir culpa, shock o cualquier disgusto, en torno a él; puede conducir esta situación a impotencia sexual en el segundo o tercer trimestre, tanto como efectos a largo plazo.

"Es hora, de dejar de pensar en la Familia, por un lado la madre con el hijo y por el otro el padre; hora es de pensarla como un sistema cuyos elementos están en una relación dinámica permanente y en el que las influencias se dan en todas direcciones".

Fragmento del prólogo a la edición española de Jesús Palacios, para el libro: El papel del Padre. de Parke, D.R. (1981).

M E T O D O

CAPITULO 2:

M E T O D O

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Ocurrirá con mayor frecuencia conflictos psicológicos en la pareja que experimenta un Embarazo de Alto Riesgo en comparación con la pareja ante un Embarazo Normal?

HIPOTESIS DE TRABAJO:

No habrá diferencias en lo que midan los test entre las parejas Normal y de riesgo. Si las hubiera se deberán al azar.

VARIABLES:

Variables Clasificadoras:

- 1) EMBARAZO: Alto Riesgo y Normal
- 2) SEXO: Masculino y femenino

Variables Dependientes:

- 1) Conflicto Psicológico tal como lo mide el Test de la Pareja, Test de la Pareja en Interacción e Inventario de Conflictos Maritales.
- 2) Ansiedad tal como la mide la Escala de Ansiedad M.A.S. (Manifest Anxiety Scale).
- 3) Depresión tal como la mide la Escala de Automedición de la Depresión (E.A.M.D.) Zung.

PARAMETROS DE LA MUESTRA:

- 1) Cursar el tercer trimestre del embarazo.
- 2) Escolaridad mínima de Primaria concluida.
- 3) Mujeres que cursen un embarazo de Alto Riesgo. (multigestas)
- 4) Mujeres que cursen un embarazo Normal. (primigestas)

- 5) Parejas que tengan como máximo un hijo vivo.
- 6) Que desconozcan que van a ser observados sus conflictos psicológicos.

SUJETOS:

Se trabajó con dos grupos de parejas embarazadas, un grupo de embarazo Normal, constituido por 15 parejas en las cuales transcurrirá el último trimestre del primer embarazo, y el otro grupo constituido por 15 parejas diagnosticadas con un embarazo de Alto Riesgo en las cuales transcurrirá el tercer trimestre del embarazo, se incluirán también a este grupo mujeres multigestas, debido a que el hecho de que una mujer tenga antecedentes de aborto espontáneo o aborto habitual conforman junto con la patología asociada, un embarazo de alto riesgo. Estas mujeres tendrán como máximo un hijo vivo.

TIPO DE ESTUDIO:

Exploratorio y Comparativo; exploratorio porque existen pocas investigaciones sobre embarazo de alto riesgo; y comparativo porque se compararon dos muestras que diferían entre sí: los de alto riesgo en el número de hijo vivos (uno) y cursar un embarazo de alto riesgo, los de la muestra normal en la ausencia de hijos y cursar un embarazo sin complicaciones.

DISEÑO:

Post-facto: porque no se tiene control sobre las variables independientes ya que éstas ya han acontecido sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables.

TIPO DE MUESTRA:

No aleatoria.

ESCENARIO:

La investigación se llevó a cabo con pacientes de los Servicios de Medicina Interna, Endocrinología, Cardiología y Perinatología; en el Hospital De Gineco-Obstetricia # 4 "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social, localizado en San Jerónimo.

Se encuestó a las parejas en el cubículo de Psicología que contó con las siguientes características:

- * Superficie aproximada 5 mts por 3 mts y una altura de 2,5 mts; bien iluminada con luz artificial de neón, ventilación artificial (solo contaba con una pequeña ventana).
- * Dentro del cubículo había una mesa rectangular de aproximadamente -- 3 mts. de largo por 1.5 mts. de ancho y cuatro sillas de cada lado de la mesa.
- * Se encontraba aislado del ruido ya que estaba dentro de otra oficina que permanecía con pocos ruidos.

INSTUMENTOS:**ESTUDIO PSICOLOGICO PRENATAL:**

Se utilizó en primer término un cuestionario de opción múltiple, llamado "Estudio Psicológico Prenatal", elaborado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.) y el Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

Consta de 18 ítemes, (Ver Apéndice #1); este cuestionario no cuenta con un formato de calificación, su objetivo es proporcionar datos generales, como nombre, edad, etc; datos obstétricos y la situación de la pareja ante el embarazo.

M.A.S. (Manifest Anxiety Scale):

Fué aplicada la Escala de Ansiedad de J.T. Spence, publicada en 1953, traducida y adaptada por Gustavo Fernández. Esta escala consta de 50 reactivos, cuyas respuestas son dicotómicas (FALSO-VERDADERO), los cuales según la autora permiten identificar respuestas de Ansiedad. (Ver Apéndice # 2).

Se calificó otorgando 2 puntos a las respuestas que indican según la autora Ansiedad y 0 a las que no.

ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION (ZUNG):

Se aplicó también la Escala de Automedición de la Depresión, publicada por primera vez en 1965, elaborada por el Dr. William K. Zung y cuyo principal objetivo es medir cuantitativamente la intensidad de la depresión, consta de 20 reactivos con un formato de respuestas tipo --- Lickert. (Ver Apéndice # 3).

Su calificación se realizó por medio de una plantilla que contiene los puntos que le corresponden a cada respuesta según las divergas opciones:

(1) Muy pocas veces, (2) Algunas veces, (3) La Mayor parte del tiempo y (4) Continuamente. El puntaje va de 1 a 4 puntos según el número del reactivo.

La Escala E.A.M.D. no permite distinguir si la depresión, aparentemente manifiesta se debe a un síntoma pasajero o a un estado crónico, ya que únicamente detecta trastornos en el sueño, en el apetito, en la actividad sexual, etc; y estos síntomas son característicos de los sujetos - deprimidos.

TEST DE LA PAREJA:

Posteriormente fué aplicado el Test de la Pareja de J. Bernstein (1), que es una técnica proyectiva gráfico-verbal, modificación de la de Karen (1) Bernstein, J. (1958) Test de la Pareja. En J. Bell Técnicas Proyectivas. Edt. Paidós, Buenos Aires, 1964.

Machover, y fué presentado en el año de 1958. Se aplicó con el objeto de conocer el tipo de persona quien aparentemente un sujeto necesita relacionarse.

Es una técnica proyectiva individual donde existen referencias al "otro" a nivel simbólico, principalmente la expresión del "otro interno".

En lo que respecta a la validez, la interpretación de los dibujos proyectivos de la figura humana, no tiene suficiente validación "experimental", sin embargo la utilización de los dibujos proyectivos de la figura humana puede constituir una fuente de información y comprensión de la personalidad tan fructífera, económica y profunda que año tras año aumenta el entusiasmo y satisfacción por los resultados que con ellos se obtienen (2).

Sin embargo Bellak (1979) afirma que: las respuestas de un individuo ante un estímulo pueden considerarse interpretables porque son psicológicamente significativas. Sugiere llamar a esta clase de validez la validez interna de la prueba.

El Test de la pareja se califica a partir del análisis de los aspectos descriptivos y los aspectos dinámicos que a continuación se exponen:

ASPECTOS DESCRIPTIVOS:

1. Composición de la pareja: edad y sexo de los miembros.

- * ¿pareja homosexual o heterosexual?
- * ¿adulto, infantil o mixta?
- * ¿adecuada a la edad del examinado, o regresiva o precoz?
- * (Cuando es una pareja heterosexual) ¿hay buena o mala diferenciación sexual?

(2) Levy, S. (s.f.) Dibujo de la figura humana. En Hammer, F.E. (1985) Test proyectivos gráficos. Edit. Paidós. Buenos Aires. p. 65

2. Naturaleza del vínculo.

* ¿sexual, materno-filial, paterno-filial, fraterno, educacional, profesional, camaradería?

3. Nivel de realidad:

* ¿pareja real o fantaseada?, ¿relaciones al nivel verbal, premotor o motor?

4. Situación de la pareja:

* ¿paseo, trabajo, conversación, lucha?

ASPECTOS DINAMICOS:

5. Imagen de sí y del otro. Distribución de roles.

* Vista la pareja como una proyección de la imagen de sí y del otro generalizado: ¿cuál y cómo es el rol de la figura de identificación y cuál y cómo es el rol atribuido al otro.

* Vista la pareja como una proyección de las parejas internas del examinado (yo-yo ideal; parte femenina-parte masculina; parte sana- parte enferma; parte agresora-parte agredida, etc) ¿cómo son éstas partes?

6. Contacto y Comunicación: distancia interpersonal ¿comunicación o disociación? ¿la comunicación se da en dos direcciones o en una sola? ¿superficial, profunda, cargada?

7. Afectos:

* Tema afectivo: ¿integración, conflicto, frustración, venganza?, ¿aceptación, rechazo, indiferencia?, ¿erotismo, ternura, agresividad, competencia, envidia?

* Tono: serio, humorístico, caricaturesco, sátiro, etc.

(Ver Apéndice # 4).

TEST DE LA PAREJA EN INTERACCION:

Después se aplicó el Test de la Pareja en Interacción (3) con el objeto de conocer qué tipo de interacción promueve con su pareja; fué creado en 1964 en la Ciudad de Rosario, Argentina, por J.L.Juri; como todas - las técnicas proyectivas grupales proporciona una visión de las relaciones interpersonales del sujeto, de las relaciones que establece con el otro real y no sólo al nivel de fantasía como en el caso de las técnicas proyectivas individuales. Es un estímulo interaccional, una situación que provoca y registra la interacción entre los integrantes de la pareja.

Su calificación se lleva a cabo a partir de la siguiente guía de análisis:

I. Guía de análisis del material gráfico:

1. Posiciones respectivas en la hoja.
2. Tamaño relacional de los dibujos.
3. Posturas relacionales de los dibujos.
4. Vestimenta y expresión facial.
5. Sexo de los dibujos.
6. Nombre de los dibujos.

II. Guía de análisis del material verbal:

1. Tema latente común:
 - a) tema manifiesto del relato.
 - b) tema latente común.
2. Distribución de los roles:

Para cada miembro: a) rol que asume.

b) rol que induce.

c) tipo de vínculo.

(3) Juri, J.L. (1979) Test de la Pareja en Interacción. (técnicas proyectivas grupales). Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina.

3. Secuencia de la interacción:

- a) pasos en la secuencia.
- b) pautas repetitivas en la interacción.
- c) "puntos de conflicto" en la secuencia.

4. Final Alternativo.

III. Correlación entre el registro gráfico y la historia.

INVENTARIO DE CONFLICTOS MARITALES (I.M.C.):

Finalmente se aplicó el Inventario de Conflictos Maritales (I.M.C.)(4); es una técnica de interacción la cuál provee datos sobre la interacción en el proceso de tomar decisiones en pareja resolviendo conflictos. Consiste en 18 viñetas, las cuales presentan diferentes tipos de conflictos maritales que son generalmente comunes en las parejas.

El contenido de las viñetas en el I.M.C. es:

- 1.- Visita de los amigos del esposo.
- 2.- Satisfacción durante las relaciones sexuales.
- 3.- El esposo deja ropa por toda la casa.
- 4.- La esposa se compra unos zapatos.
- 5.- La decisión de tener un hijo.
- 6.- Conflicto en cuanto a la conducta festiva del marido.
- 7.- Buscando ayuda para problemas maritales.
- 8.- Torpeza de la esposa para los quehaceres domésticos.
- 9.- La esposa se retrasa para tener lista la cena.
- 10.- El auto es reparado por la esposa.
- 11.- La esposa conversa con su madre.
- 12.- El esposo olvida sacar la basura.

(4) Olson, H.D. y Ryder, G.R. (1970) Inventory of marital conflicts (I.M.C.): an experimental interaction procedure. Journal of marriage and the family. Agosto, 1970 32 443-448.

- 13.- La esposa conversa con otros hombres en las fiestas.
- 14.- Divirtiéndose por la tarde.
- 15.- El esposo pasa demasiado tiempo en la oficina.
- 16.- La esposa tiene el hábito de fumar.
- 17.- El marido ve los juegos de fútbol en la televisión.
- 18.- Tomar vacaciones en época de vacaciones.

Se evalúa primero a la pareja individualmente y después es reunida para que tomen una decisión conjunta sobre la mejor manera de resolver el conflicto.

Individualmente le son hechas las siguientes preguntas:

- a) ¿Quién es el principal responsable de este problema?
- b) ¿El responsable acepta o rechaza el conflicto?
- c) ¿Tiene ud. un problema similar?
- d) ¿Conoce parejas que tengan problemas similares?

La pareja debe decidir al ser reunida:

- a) ¿Quién es el principal responsable? ¿el esposo o la esposa?
- b) ¿Cuál es la mejor manera de resolver el conflicto?

Se califica obteniendo puntajes "ganadores". El triunfo, es dado al -- cónyuge, cuya decisión individual imperó sobre el otro cónyuge, al reunirlos para decidir cuál es la mejor manera de resolver el conflicto.

Se pensó sin embargo, que también era relevante observar la forma en que resolvían sus conflictos, por ésto, para analizar los resultados se formaron 7 categorías a partir de las formas de resolver el conflicto que -- sodieron los sujetos. Se explica más detalladamente este proceso en -- los resultados.

PROCEDIMIENTO:

Inicialmente se pensó utilizar tres sesiones de una hora cada una, para realizar la valoración de cada pareja, ésto con la finalidad de no cansar a los sujetos, especialmente a las mujeres, por encontrarse con un embarazo en el tercer trimestre, pero ésto no fué posible debido a la limitación por parte de los esposos para pedir permisos de forma continua en sus lugares de trabajo.

El primer paso fué revisar los expedientes de todas las pacientes que tenían cita ese día en los consultorios de Medicina Interna, Endocrinología, Cardiología y Perinatología.

Después de seleccionar a las pacientes que cubrían los requisitos de esta investigación se pidió a la recepcionista del control correspondiente de los consultorios antes mencionados, que fueran enviadas a la sección de Epidemiología donde se ubica el cubículo de Psicología.

Después de una breve entrevista inicial con la mujer y en otros casos con la pareja, se concertaba una cita. En esta entrevista se les explicaba que habían sido enviados al Area de Psicología porque se buscaba dar una mejor atención a su embarazo, se les explicaba que todo consistía en hacer unos dibujos y contestar algunos cuestionarios.

El objetivo de no mencionar la intención real fué para que no se sintieran "invadidos" en su intimidad marital.

De manera conjunta se aplicó a la pareja el Estudio Psicológico Prenatal, el experimentador formulaba las preguntas del cuestionario y la pareja respondía a cada uno de los ítemes, el experimentador anotaba las respuestas.

El objeto de aplicar este cuestionario fué obtener datos obstétricos de la mujer, e información general de la pareja.

Se aplicó después la Escala de Ansiedad Manifiesta (M.A.S.) que pretenden medir Ansiedad, se le dieron a los sujetos las siguientes instrucciones:

"A continuación encontrarán una serie de preguntas. Encierren en un -- círculo la F, cuando lo que dice la pregunta sea FALSO para ustedes o la V cuando sea VERDADERO. Háganlo de forma individual, no consulten -- entre ustedes. Si tienen alguna duda me pueden preguntar a mí. Por favor contesten con la mayor sinceridad posible, Gracias".

Al terminar de responder el M.A.S., se les dió la Escala de Depresión (Zung) que pretende detectar síntomas de depresión. Se dieron las siguientes instrucciones:

"Muy bien, ahora van a encontrar en este cuestionario 20 afirmaciones, al lado de cada una aparecen cuatro columnas cuyos encabezados son: MUY POCAS VECES, ALGUNAS VECES, LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO y CONTINUAMENTE, pongan una marca (x) en el cuadro que describa mejor cómo se siente -- ahora, tampoco pueden consultar entre ustedes sus respuestas. Si tienen alguna duda me pueden preguntar a mí. Háganlo con la mayor sinceridad posible, Gracias". Estas aplicaciones se hicieron con la pareja en el mismo cubículo y al mismo tiempo para agilizar el trámite.

Posteriormente se separó a la pareja para que realizara cada uno el Test de la Pareja y la parte individual del Inventario de Conflictos Maritales y las instrucciones para cada prueba fueron las siguientes:

Para el Test de la Pareja se les dijo lo siguiente:

- 1) Dibuje dos personas de cualquier edad y sexo.
- 2) Ahora póngales debajo de cada una los nombres que usted quiera.
- 3) Ahora, invente una historia que relate qué les ocurre, piensan y -- sienten esos personajes.
- 4) Bueno, ahora debe darle un título a esa historia.

Para el I.M.C. se les dijo lo siguiente:

"A continuación le voy a mostrar una serie de láminas que muestran situaciones cotidianas en un matrimonio y quiero que por favor usted me diga

si en éstas surge un problema:

- a) ¿Quién es el principal responsable de este problema?
- b) ¿El responsable acepta o rechaza el conflicto?
- c) ¿Tiene ud. un problema similar?
- d) ¿Conoce parejas que tengan problemas similares?"

Una vez finalizado esto con cada miembro de la pareja, eran reunidos y se les explicaba lo siguiente:

"Cada uno de ustedes me ha dado sus respuestas y la forma que ustedes creen adecuada para la resolución de un conflicto, ahora quiero que en las respuestas que dijeron distintas formas de resolver el conflicto se pongan de acuerdo y me den una respuesta de pareja, quiero que me digan cuál creen ambos que es la mejor manera de resolver ese conflicto".

Por último realizaron el Test de la Pareja en Interacción donde le fueron dadas las siguientes instrucciones:

- 1) Cada uno deberá dibujar una persona de cualquier edad y sexo, lo harán por turno, uno lo hará primero y el otro después, puede comenzar cualquiera.
- 2) Bien ahora, cada uno, deberá colocarle un nombre cualquiera a su dibujo.
- 3) Entre los dos deben inventar una historia que tenga como personajes a . . . y . . . (los nombres de sus dibujos) lo hará actuar dentro de la historia.

Cada uno irá participando cuando crea que le toca intervenir a su personaje. Es importante que la historia tenga principio, desarrollo y fin.

- 4) Ahora deberán ponerle un título a la historia.
- 5) Imaginen otro final.

La valoración requirió aproximadamente tres horas por cada pareja.

Las aplicaciones requirieron aproximadamente dos meses de trabajo en la Clínica, debido a que algunas de las parejas que eran citadas no llegaban a la cita y había que buscar nuevamente en los expedientes a las -

pacientes que cubrían las características requeridas para esta investigación. Sobre las pruebas utilizadas se hicieron dos análisis; a continuación se explica en que consistieron éstos.

Se han considerado dentro de la Psicología Proyectiva dos tipos de análisis (5) el primero es el análisis formal, que es un procedimiento basado fundamentalmente en el deseo de expresar en términos matemáticos los distintos factores de clasificación en el protocolo, de forma tal que resulten evidentes las relaciones cuantitativas entre ellos. La decisión de cuantificar los factores de clasificación, e incluso de establecer en primer lugar factores susceptibles de cuantificación, se funda en - última instancia en el supuesto de que las observaciones hechas sobre el individuo al que se le suministre el test posee mayor precisión si están expresadas en términos matemáticos.

Es posible atribuir a las contribuciones de la Psicología Experimental, el desarrollo y el afinamiento de los test proyectivos, la responsabilidad del tratamiento formal de los determinantes de la clasificación proyectiva.

El segundo tipo es el análisis del contenido del registro de un test proyectivo. Por otro lado, está inspirado en gran medida en el supuesto analítico de que los datos proyectivos se prestan a un tipo de interpretación simbólica que es esencialmente distinta de una consideración del protocolo en términos de sus características estructurales, y a menudo mucho más útil.

Para esta investigación se aplicaron ambos tipos de análisis sobre las pruebas proyectivas.

Es evidente que no hay nada fundamentalmente contradictorio en las dos -

(5) Abt.L.E. y Bellak,L.(1987) Psicología Proyectiva . Edit. Paidós. Buenos Aires. p.40

maneras de tratar los datos proyectivos, y que, básicamente, cada uno de estos métodos analíticos tiende a complementar al otro. Pero es un hecho que el desarrollo y el empleo de procedimientos analíticos relativos al contenido de los datos proyectivos han demostrado un considerable atraso con respecto al desarrollo y la aceptación de métodos analíticos formales.

La prueba estadística utilizada fue la Chi Cuadrada, por ser la más adecuada para probar la existencia de una diferencia significativa entre un número "observado" de objetos o respuestas de cada categoría y un número "esperado" basado en la hipótesis de nulidad. Se aplicó sobre todos los datos que permitieron su utilización.

RESULTADOS

CAPITULO 3:

R E S U L T A D O S

I. A continuación se describen los resultados obtenidos en la Escala de Ansiedad Manifiesta (M.A.S.).

La Escala está constituida por 50 ítemes que pretenden medir ansiedad, los cuales fueron sometidos a un análisis de ítemes con el objetivo de observar si discriminó la prueba sobre la muestra, se tomó como criterio de discriminación la obtención de 80 % ó más de una de las respuestas dicotomas: FALSO o VERDADERO.

También se sometió a prueba la discriminación entre sexos y entre grupos, tomando como criterio el resultado significativo de la prueba estadística Chi Cuadrada, a partir de este análisis se encontraron tres ítemes que no fueron discriminativos entre la muestra total, quedando descartados, por lo que se trabajó únicamente con los 47 ítemes restantes. Este análisis se realizó sobre el grupo total.

Los ítemes que obtuvieron 80% ó más de una de las respuestas dicotomas: FALSO o VERDADERO fueron:

El ítem 12, tuvo 3 respuestas de Verdadero (5%) y 57 respuestas de Falso (95%), su contenido es: "Jamás me pongo colorado".

El ítem 18, tuvo 8 respuestas de Verdadero (13.3%) y 52 respuestas de Falso (86.7%), su contenido es: "Nunca he sentido mi corazón y rara -- vez me falta el aliento".

El ítem 35, tuvo 49 respuestas de Falso (81.7%) y 11 respuestas de -- Verdadero (18.3%), su contenido es: "A veces estoy tan excitado que se me dificulta acostarme a dormir".

El objetivo al aplicar esta Escala fué: descubrir si existían diferencias entre ambas muestras, Embarazo de Alto Riesgo y Embarazo Normal

y las frecuencias de las respuestas que indican ansiedad.

Se elaboró la siguiente Hipótesis estadística:

"Hay independencia entre la forma de respuesta y los grupos de Embarazo de Alto Riesgo y Embarazo Normal.

Para aceptar o rechazar la H_0 se aplicó la prueba estadística Chi Cuadrada del Ajuste Proporcional sobre los datos grupales y en ambos miembros de la pareja que arrojó los siguientes datos: (Tabla #1)

La Tabla # 1 muestra los ítemes en donde los resultados mostraron dependencia entre el grupo de Embarazo de Alto Riesgo y el grupo de Embarazo Normal.

La Tabla # 1 muestra los ítemes con dependencia significativa entre la forma de respuesta y el grupo.

En la primera columna están localizados los ítemes donde hubo diferencias. En la segunda columna se menciona el contenido de cada ítem, esto es, la pregunta que debían contestar los sujetos.

En la tercera columna se encuentran los valores obtenidos de la Chi -- Cuadrada a través del análisis de ítemes.

En la cuarta columna se especifican a qué grupo de embarazo corresponden las frecuencias que se muestran en las últimas columnas.

Finalmente en la columna que encabeza el número 0, está la cantidad de sujetos y el porcentaje que le corresponde; considerando un total de 30 Ss como el 100%. Esta columna está constituida por las respuestas que no indican ansiedad.

En la columna que encabeza el número 2, de igual forma se muestran el número de sujetos y el porcentaje que le corresponde, considerando un total de 30 Ss como el 100%. Esta columna la forman las respuestas que sí indican ansiedad.

En la Tabla # 1 se puede observar que 5 ítemes mostraron dependencia -

T A B L A # 1

Items con dependencia significativa entre forma de respuesta y grupo: Embarazo de Alto Riesgo (N=30) y Embarazo Normal (N=30)

# de Items	Contenido	Valor de χ^2		0	2
21	Tengo muchos problemas estomacales.	4.444	Embarazo Normal	22 73.3%	8 26.7%
			Embarazo Alto Riesgo	14 46.7%	16 53.3%
28	Quisiera ser tan feliz como los demás parecen serlo.	4.266	Embarazo Normal	19 63.3%	11 36.7%
			Embarazo Alto Riesgo	11 36.7%	19 63.3%
32	Casi siempre estoy feliz.	6.78	Embarazo Normal	18 60%	12 40%
			Embarazo Alto Riesgo	8 26.7%	22 73.3%
40	A ratos me siento inútil.	6.23	Embarazo Normal	14 46.7%	16 53.3%
			Embarazo Alto Riesgo	5 16.7%	25 83.3%
46	A ratos pienso que no sirvo para nada.	4.44	Embarazo Normal	16 53.3%	14 46.7%
			Embarazo Alto Riesgo	8 26.7%	22 73.3%

significativa, ocurriendo en el grupo de Alto Riesgo, la mayor frecuencia de respuestas que indican ansiedad, de lo que podemos concluir:

Si existe dependencia significativa entre ambas muestras, Embarazo de Alto Riesgo y Embarazo Normal con respecto a 5 de las respuestas de ansiedad. Las parejas de embarazo de Alto Riesgo al parecer estaban más ansiosas que las parejas de Embarazo Normal.

Tiene un significado especial observar cómo es que los ítemes donde se encontraron diferencias significativas fueron, en primer término, el ítem que se refiere a problemas estomacales.

Los dos ítemes siguientes se refieren a la vivencia de ser feliz, y los dos últimos a la sensación de ser útil. Llama la atención observar como el hecho de sentirse feliz y sentirse útil fueron afectados de manera importante cuando se vivió un embarazo de alto riesgo en comparación a la experiencia de un embarazo normal. Es importante subrayar que la afectación en la vivencia de ser feliz y la sensación de ser útil parecen ser mayores indicadores de depresión que de ansiedad.

Después de realizar el análisis de ítemes se procedió a calificar los ítemes que si fueron discriminativos; de acuerdo a la autora de la escala.

La forma de calificar la escala fué la siguiente:

Se dieron dos puntos a cada respuesta que indicó ansiedad, siendo la puntuación máxima por sujeto de 94 puntos y la mínima de 0 puntos. Los ítemes que indican ansiedad al responder FALSO son: 01, 03, 04, 09, 15, 20, 29, 32, 38 y 50.

Los ítemes que indican ansiedad al responder VERDADERO son: 02, 05, 06, 07, 08, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 33, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48 y 49.

Se contaron las frecuencias de ansiedad y no ansiedad resultando la -

siguiente suma del puntaje total de la muestra de Embarazo de Alto Riesgo:

MUJERES: 788

HOMERES: 778

Al contar las frecuencias de ansiedad y no ansiedad resultó la siguiente suma del puntaje total de la muestra de Embarazo Normal:

MUJERES: 722

HOMERES: 612

En la Tabla # 2 se pueden observar las frecuencias de las respuestas que indican ansiedad contra las que no indican ansiedad. En los diferentes grupos y algunas combinaciones de ellos.

En la primera columna están localizados los subgrupos de la muestra tal como son, primero la muestra de Embarazo de Alto Riesgo, la muestra de Embarazo Normal, el grupo de las mujeres, el grupo de los hombres y - finalmente los subgrupos de mujeres y hombres de Alto Riesgo y mujeres y hombres del Embarazo Normal.

En la segunda columna se encuentran las frecuencias de las respuestas que indican ansiedad y en la última columna se muestran las frecuencias de las respuestas que no indican ansiedad.

A continuación se presentan las hipótesis y los análisis estadísticos que se usaron para contrastarlas y que emplearon la χ^2 .

I.a. H_{01} : Hay independencia entre el Embarazo de Alto Riesgo y el - Embarazo Normal, con respecto a las respuestas que indican Ansiedad y las que No indican Ansiedad.

	ANSIEDAD	NO ANSIEDAD	TOTAL
Embarazo Alto Riesgo	779	631	1410
Embarazo Normal	655	755	1410
TOTAL:	1434	1386	2820

$\chi^2 = 21.8$ con 1 gl $p < .001$

T A B L A # 2

Frecuencias de respuestas de Ansiedad por grupos:

Grupo	ANSIEDAD	NO ANSIEDAD
Embarazo de Alto Riesgo ($\bar{Q} + \sigma = 30$ Ss 15 parejas).	779	631
Embarazo Normal ($\bar{Q} + \sigma = 30$ Ss 15 parejas).	655	755
Mujeres (riesgo + no riesgo= 30 Ss).	748	562
Hombres (riesgo + no riesgo= 30 Ss).	686	724
Mujeres de Embarazo de Alto Riesgo (15 Ss).	390	315
Hombres de Embarazo de Alto Riesgo (15 Ss).	389	316
Mujeres de Embarazo Normal (15 Ss).	358	347
Hombres de Embarazo Normal (15 Ss).	297	408

La H_0 se rechaza y por lo tanto decimos que: existe dependencia entre el Embarazo de Alto Riesgo y el Embarazo Normal, con respecto a las respuestas que indican ansiedad y las que no indican ansiedad. Estos resultados se obtuvieron debido a que las parejas de Embarazo de Alto Riesgo produjeron un mayor número de respuestas de ansiedad que las parejas -

con Embarazo Normal.

I.b. H_{02} : Hay independencia entre el sexo y las respuestas de Ansiedad.

	ANSIEDAD	NO ANSIEDAD	TOTAL
Mujeres	748	662	1410
Hombres	686	724	1410
TOTAL:	1434	1386	2820

$$\chi^2 = 5.44 \text{ con } 1 \text{ gl. } p < .02$$

La H_0 se rechaza y por lo tanto decimos que: existe dependencia entre el sexo y las respuestas de ansiedad. La mayor frecuencia de respuestas de ansiedad se presentó en el grupo de mujeres.

I.c. H_{03} : Hay independencia entre el sexo en la muestra de Embarazo de Alto Riesgo y las respuestas de ansiedad.

	ANSIEDAD	NO ANSIEDAD	TOTAL
Mujeres de Embarazo de Alto Riesgo	390	315	705
Hombres de Embarazo de Alto Riesgo	389	316	705
TOTAL:	779	631	1410

$$\chi^2 = 0.00$$

La H_0 se acepta y por lo tanto decimos que: existe independencia entre el sexo en la muestra de Embarazo de Alto Riesgo y las respuestas de ansiedad. Esto significa que están igualmente ansiosos los hombres y las mujeres de esta muestra. El resultado anterior que indicaba la dependencia entre el sexo y la ansiedad no se mantiene cuando se trata de parejas con Embarazo de Alto Riesgo.

I.d. H_{04} : Hay independencia entre el sexo en la muestra de Embarazo Normal con respecto a las respuestas de ansiedad.

	ANSIEDAD	NO ANSIEDAD	TOTAL
Mujeres de Embarazo Normal	358	347	705
Hombres de Embarazo Normal	297	408	705
TOTAL:	655	755	1410

$$\chi^2 = 10.6 \text{ con 1 gl } p < .01$$

La H_0 se rechaza y por lo tanto decimos que: existe dependencia entre el sexo y la ansiedad en la muestra de Embarazo Normal. Esto significa que los hombres de este grupo son menos ansiosos, en comparación con sus esposas.

II. A continuación se describen los resultados obtenidos en la Escala de Auto-medicación de la Depresión de Zung.

A esta escala no fué necesario aplicar un análisis de ítemes ya que -- Camacho y Hernández (1987) estudiaron su validez, confirmándola.

La forma de calificar fué otorgando puntos, del (1) al (4) a cada respuesta, de acuerdo a la plantilla que contiene las calificaciones que corresponden a cada columna y cuadro.

Se sumaron las frecuencias obtenidas en cada una de las 4 categorías, obteniéndose para cada sujeto la suma de respuestas a cada categoría.

El objetivo al aplicar esta Escala fué: descubrir si existían diferencias entre las muestras de Embarazo de Alto Riesgo y de Embarazo Normal con respecto a la depresión.

Se elaboró la siguiente hipótesis estadística:

"Hay independencia entre la muestra de Embarazo de Alto Riesgo y la muestra de Embarazo Normal con respecto a las respuestas que indican depresión."

A continuación se presentan las frecuencias obtenidas en los distintos grupos y subgrupos de las respuestas que indican diversos grados de -- depresión, a saber: (4) Continuamente, (3) La mayor parte del tiempo, (2) Algunas veces y (1) Muy pocas veces. (Ver Tabla # 3).

Para aceptar o rechazar la H_0 se aplicó la prueba estadística Chi Cuadrada del Ajuste Proporcional sobre los resultados grupales y en ambos miembros de la pareja, el análisis estadístico proporcionó los siguientes datos:

II.a. H_{01} : Hay independencia entre los dos grupos con respecto a sus -- respuestas que indican depresión superior a la normal.

	NIVELES DE DEPRESION				TOTAL
	4	3	2	1	
Embarazo Normal	78	85	185	252	600
Embarazo de Alto Riesgo	100	69	173	258	600
TOTAL:	178	154	358	510	1200

$$\chi^2 = 5,13 \text{ con } 3 \text{ gl } p > .05$$

La H_0 se acepta y por lo tanto decimos que: existe independencia entre los dos grupos: Embarazo de Alto Riesgo y Embarazo Normal, con respecto a sus respuestas que indican depresión superior a la normal. Esto significa que ambos grupos muestran grados similares de depresión dentro de los límites normales.

II.b. H_{02} : Hay independencia entre la variable sexo y las respuestas -- de depresión.

	NIVELES DE DEPRESION				TOTAL
	4	3	2	1	
Mujeres	92	91	193	224	600
Hombres	86	63	165	286	600
TOTAL:	178	154	358	510	1200

$$\chi^2 = 11,314 \text{ con } 3 \text{ gl } p < .02$$

T A B L A # 3

Frecuencias de las respuestas de depresión por grupos:

Grupo	Más Depresión		Ausencia de Depresión	
	4	3	2	1
Embarazo de Alto Riesgo ($\bar{X} + \sigma = 30$ Ss 15 parejas)	100	69	173	258
Embarazo Normal ($\bar{X} + \sigma = 30$ Ss 15 parejas)	78	85	185	252
Mujeres (riesgo + no riesgo = 30 Ss)	92	91	193	224
Hombres (riesgo + no riesgo = 30 Ss)	86	63	165	286
Mujeres de Embarazo de Alto Riesgo (15 Ss)	52	39	91	118
Hombres de Embarazo de Alto Riesgo (15 Ss)	48	30	82	140
Mujeres de Embarazo Normal (15 Ss)	40	52	102	106
Hombres de Embarazo Normal (15 Ss)	38	33	83	146

La H_0 se rechaza y por lo tanto decimos que: existe dependencia entre las variables sexo, sin importar el grupo de pertenencia y las respuestas de depresión. Esto significa que al parecer las mujeres estaban más deprimidas que los hombres.

II.c. H_{03} : Hay independencia entre el sexo en la muestra de Embarazo de Alto Riesgo con respecto a las respuestas de depresión.

NIVELES DE DEPRESION

	4	3	2	1	TOTAL
Mujeres de Embarazo de Alto Riesgo	52	39	91	118	300
Hombres de Embarazo de Alto Riesgo	48	30	82	140	300
TOTAL:	100	69	173	258	600

$$\chi^2 = 3.52 \text{ con } 3 \text{ gl } p > .05$$

La H_0 se acepta y por lo tanto decimos que: existe independencia entre el sexo en la muestra de Embarazo de Alto Riesgo. Esto significa que - ambos integrantes de la pareja muestran grados similares de depresión en sus respuestas, que se consideran límites normales, es decir, la depresión no entorpece la vida cotidiana de los sujetos.

II.d. H_{04} : Hay independencia entre el sexo en la muestra de Embarazo - Normal con respecto a las respuestas de depresión.

NIVELES DE DEPRESION

	(1+2)	(3+4)		TOTAL:
Mujeres de Embarazo Normal	208	92		300
Hombres de Embarazo Normal	146	83	(3+4)	300
TOTAL:	354	175	71	600

$$\chi^2 = 168.57 \text{ con } 3 \text{ gl } p < .01$$

La H_0 se rechaza y por lo tanto decimos que: existe dependencia entre el sexo en la muestra de Embarazo Normal con respecto a las respuestas de depresión. Esto significa que las mujeres al parecer estaban más deprimidas que sus esposos en el Embarazo Normal.

Cabe señalar que la escala utilizada (Zung) parece ser una prueba exclusiva cuando la patología de depresión es clara, las diferencias encontradas

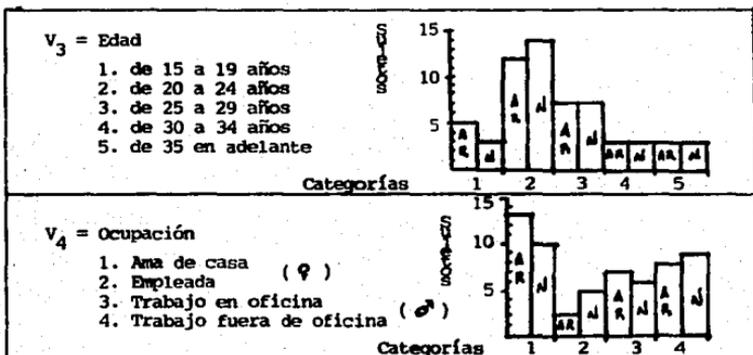
en estos resultados sugieren una depresión muy leve en algunos sujetos en comparación con los sujetos que no manifiestan depresión, más que - indicación de mayor o menor depresión.

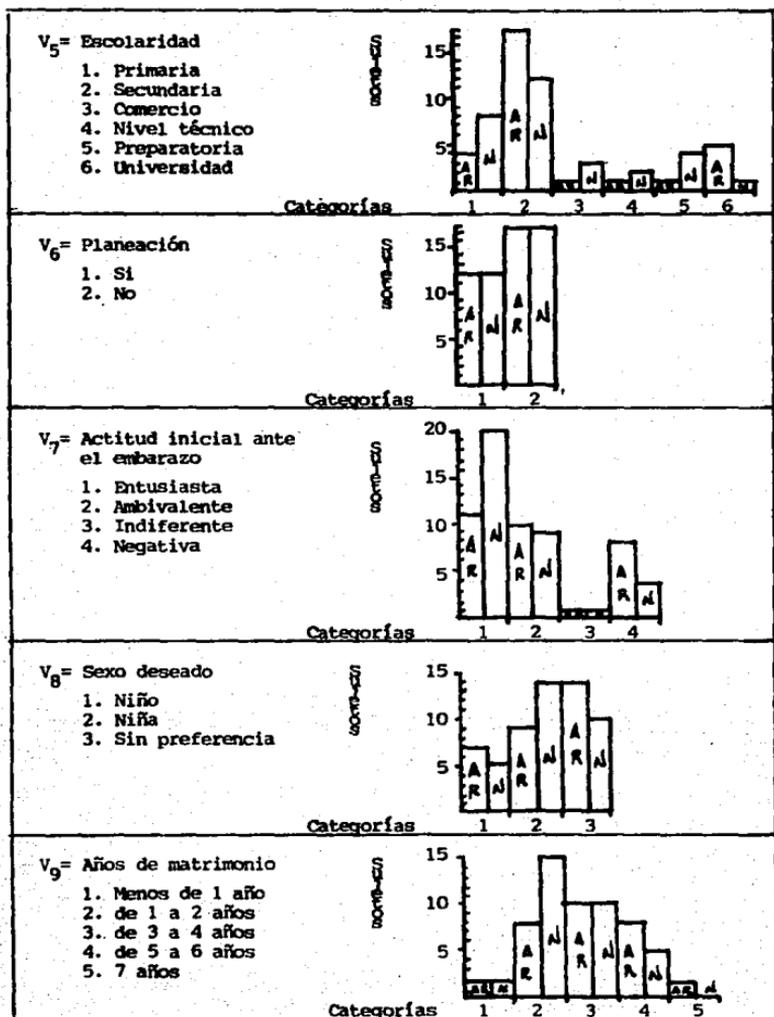
III. A continuación se describen los resultados encontrados en el Estudio Psicológico Prenatal:

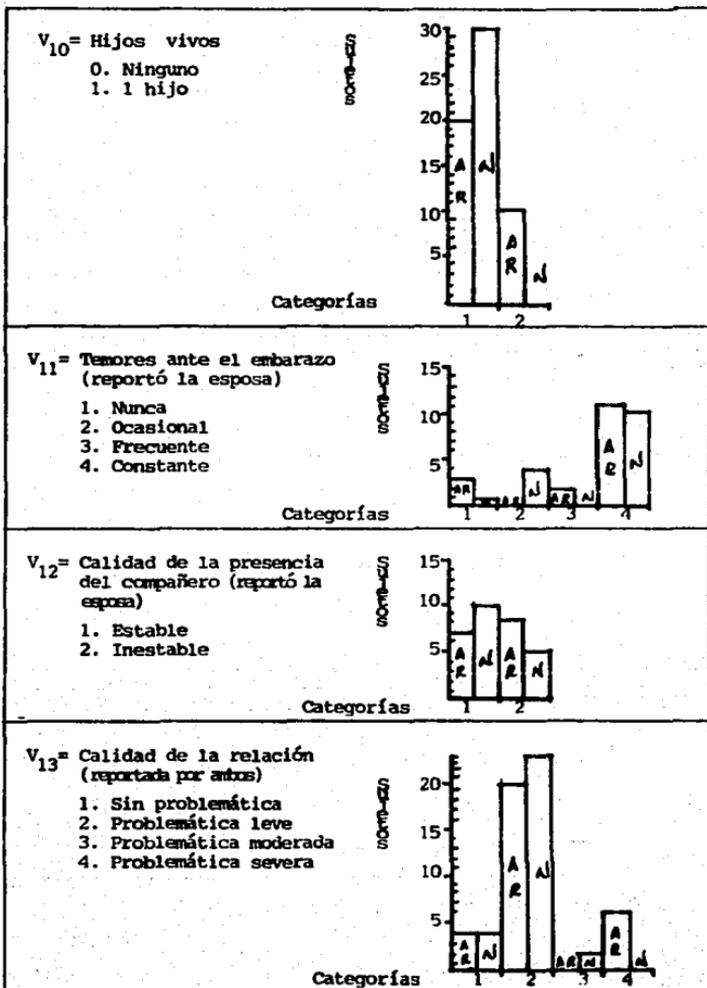
Se aplicó con el objetivo de obtener datos obstétricos de la mujer e - información general de la pareja y su situación frente al embarazo.

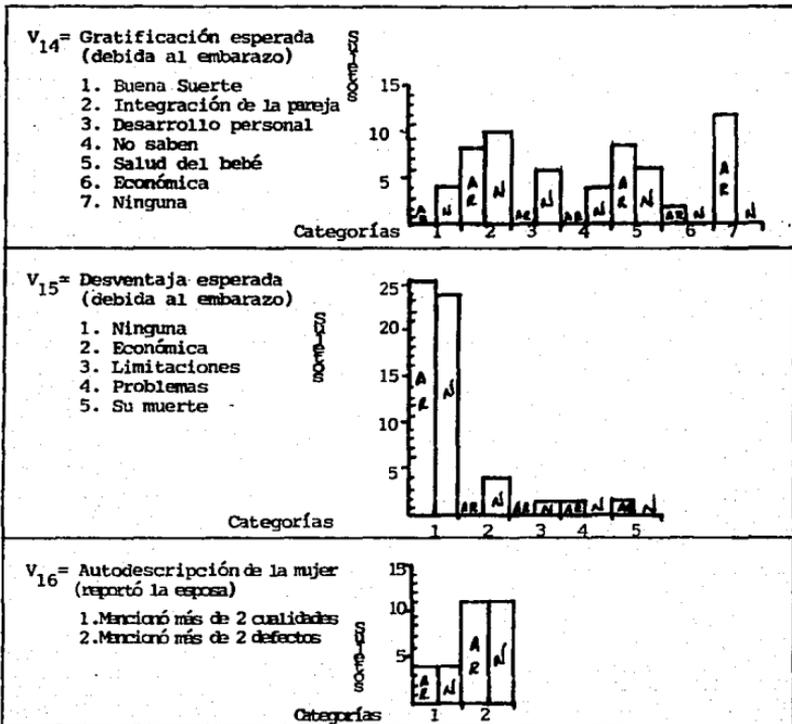
En primer término se seleccionaron las variables donde se observó que podrían haber diferencias entre ambas muestras, Embarazo de Alto Riesgo y Embarazo Normal y por sexos sin importar el grupo de pertenencia.

Se eligieron finalmente 16 variables que a continuación se exponen, las gráficas presentadas muestran, las frecuencias obtenidas de la muestra de Alto Riesgo (A.R.) y de la muestra Normal (N), en la línea vertical se observa el número de Sujetos y en la línea horizontal los números indican las categorías de cada Variable:









Se intentó someter todas las variables a un análisis estadístico por medio de la prueba Chi Cuadrada, para determinar la significancia de las diferencias entre los grupos de Embarazo de Alto Riesgo y Embarazo Normal, también entre los sexos sin importar el grupo de pertenencia.

Sin embargo sólo fué posible aplicar la Chi Cuadrada sobre la Variable # 10 que se refiere al número de hijos vivos, y que obtuvo una $\chi^2 = 12$ con 1 gl y una $p < .001$; lo cuál era de esperarse ya que esta diferencia

encontrada fué intencionalmente elegida dentro de los parámetros de la muestra.

Sobre el resto de las variables no fué posible aplicar la X^2 , ya que presentaron alguna de las dos características, en cuya presencia no debe usarse esta prueba y éstas son:

- 1) Cuando más del 20% de las celdillas tienen frecuencias esperadas menores de 5.
- 2) Cuando se tienen frecuencias esperadas menores a 1.

Estos resultados muestran la similitud que hubo entre ambas muestras -- (Alto Riesgo y Normal), en otras palabras, fueron muestras homogéneas, lo que tiene gran importancia ya que asegura que los resultados encontrados no fueron influidos porque en una muestra los sujetos fueran más viejos, o tuvieran mayor o menor escolaridad, o tuvieran más años de casados, esto pretende señalar que efectivamente el hecho de vivir un embarazo de Alto Riesgo o vivir un embarazo Normal fué lo que influyó para las diferencias encontradas en las pruebas de Ansiedad (M.A.S.) - y Depresión (Zung).

Al observar los histogramas cabe señalar que se debe tener atención a las frecuencias entre la muestra de Alto Riesgo (A.R.) y la muestra Normal (N) dentro de cada categoría, más que la comparación entre barras de una categoría con otra, porque esta observación a primera vista hará pensar, que si existen diferencias entre ambas muestras, ya que en algunos casos como en la Variable # 5 se presentan barras muy altas (categoría 2) y barras muy pequeñas (categorías 3, 4, 5 y 6).

IV. A continuación se describen los resultados encontrados en el Test de la Pareja de J. Bernstein (1958).

El objetivo al aplicar esta prueba fué conocer el tipo de persona con quien un sujeto necesita relacionarse aparentemente.

A partir del formato de calificación elaborado por el autor de la prueba (Ver Instrumentos), se determinaron 12 variables, que se pensó podrían arrojar diferencias estadísticamente significativas entre las muestras: tipo de embarazo y sexo.

Las variables elegidas para el análisis estadístico fueron:

V_1 = Edad de los dibujos (menores al examinado, mayores o iguales).

V_2 = Sexo de los dibujos (parejas homosexuales o heterosexuales).

V_3 = Tipo de vínculo (inexistente, paterno-filial, sexual, fraterno, amistoso).

V_4 = Tamaño de las figuras (uno respecto al otro).

V_5 = Distancia entre ellos (0 a 2 cm, 2.5 a 4 cm, 4.5 a 6cm, más).

V_6 = Tipo de línea (tenues, medias y muy marcadas).

V_7 = Borraduras (si, no).

V_8 = Posición de las figuras (de frente, frente-perfil, perfil-perfil).

V_9 = Omisiones en los dibujos (manos, brazos, pies, no hay).

V_{10} = Posición en la hoja de las figuras (ambos a la misma altura, el hombre sobre la mujer, la mujer sobre el hombre).

V_{11} = Posición de la hoja (horizontal, vertical).

V_{12} = Localización en la hoja (parte superior, central, inferior).

Se sometieron todas las variables a un análisis estadístico por medio de la prueba X^2 , para determinar la existencia de diferencias significativas entre los grupos de embarazo de Alto Riesgo y Normal y el sexo.

Solo la variable # 2 que se refiere al sexo de los dibujos obtuvo resultados significativos. En la comparación entre sexos, sin considerar el grupo de pertenencia, se obtuvieron los resultados siguientes:

H_0 = No existen diferencias entre el tipo de pareja en el dibujo y el sexo de los sujetos sin importar el grupo de pertenencia (Alto Riesgo y Normal).

$$\chi^2 = 9.27 \text{ con } 2 \text{ gl } p < .01$$

Este resultado permite rechazar la H_0 por lo que podemos decir: existe diferencia entre el tipo de pareja en el dibujo y el sexo de los sujetos sin importar el grupo de pertenencia (Alto Riesgo y Normal).

Estos resultados se debieron a que las mujeres produjeron la mayor frecuencia en la categoría de dibujos con parejas heterosexuales, una posible explicación a este hecho sería, si nos basamos en la escuela de Melanie Klein, que la mujer al encontrarse embarazada tiene la fantasía de que su bebé es un varón, por lo cuál tiene presente a cada momento el vínculo heterosexual; pero cómo explicará Melanie Klein el hecho de que una mujer desee una hija? esta afirmación no parece ser muy adecuada; otra explicación podría ser el hecho de que, a pesar de las transformaciones sociales que han ocurrido en las últimas décadas, aún se conserva la tradición en la mayor parte de la población de educar a las hijas dirigiéndolas hacia la idea del matrimonio como el objetivo más importante, por lo cuál la mujer tendría muy presente el vínculo heterosexual, además podría explicarse este resultado con el hecho de que muchas mujeres necesitan la protección social, física y económica de su esposo. En cuanto al hombre, que en esta investigación produjo la mayor frecuen-

cia de respuestas en la categoría que indica parejas homosexuales, (Ver Apéndice # 4), se explicaría tentativamente este resultado debido a su deseo de compensar la envidia sentida por el embarazo y las situaciones adyacentes a él, (Melanie Klein, Envidia y Gratitude, 1955) compensa los sentimientos removidos por el embarazo debido a sus fantasías inconscientes relacionadas con el conflicto edípico, en especial con el resentimiento hacia el embarazo, real o imaginario, de la propia madre, las sensaciones de exclusión y, básicamente con la envidia por lo que la mujer tiene y él no. Evidentemente el embarazo de la compañera reactiva en el hombre la problemática inconsciente en relación con la figura femenina y puede, en los casos en que no fué resuelto adecuadamente el conflicto, reactualizar viejas situaciones infantiles y de la adolescencia (Raquel Soifer, Psicología del Embarazo, parto y puerperio, 1977), debido a esto compensa reasegurando su masculinidad dibujando dos hombres y omitiendo a la mujer. Probablemente también elimina a la mujer de sus dibujos para vengarse por la abstinencia sexual en la que lo ha tenido el embarazo. El resto de las variables obtuvo, una χ^2 no significativa, o no fué posible obtener el valor de la Chi Cuadrada porque la característica de los datos no lo permitió.

Debido a que, a los test proyectivos se les ha exigido que toda explicación sea inevitablemente un experimento; como experimento, el test proyectivo quedó sujeto naturalmente a los mismos requisitos de control rígido que el resto de la experimentación psicológica. Sin embargo, no ha soportado esta situación, los resultados obtenidos a través del análisis estadístico de ésta investigación demuestran este hecho, a pesar de ésto se debe reconocer que a tenido resultados importantes y de lar-

go alcance en el desarrollo de la Psicología Proyectiva (1).

Se observó, dentro de los aspectos dinámicos, que sí existía correlación entre el registro gráfico y la historia, a continuación se justifica la razón de este procedimiento.

Los registros gráficos parecen proporcionar una visión de los niveles más profundos del conflicto. Una observación realizada por distintos operadores de técnicas proyectivas menciona que en los test proyectivos verbales se favorece la acción de las defensas, en tanto que los test gráficos suelen ofrecer material de estratos más profundos. Como expresa E. Hammer, "Los músculos de las personas son más honestos".

Watzlawick, Beavin y Jackson (1967) realizan una distinción entre comunicación analógica (comunicación no verbal) y digital (comunicación verbal).

Los dibujos del T.P.I. corresponderían a una comunicación analógica y más cercana al proceso primario, de ahí que suelen ser tan reveladores de la situación interna y conflictiva de los examinados.

Se debe dejar sentado, sin embargo, que en los gráficos se encuentra también la presencia y la acción de las defensas; lo que importa destacar es que los gráficos parecen favorecer menos la utilización de defensas que en el caso del lenguaje verbal, y que por lo tanto existe en ellos una mayor penetración en lo profundo. A su vez, es cierto que carecen de la variedad expresiva y dinámica que caracteriza al lenguaje hablado. El mayor aprovechamiento del T.P.I. proviene de una correlación entre los registros gráficos y los verbales. El autor del T.P.I. después de más de 20 años de utilizarlo propone la siguiente hipótesis:

(1) Abt, L.E. y Bellak, L. (1987) Psicología Proyectiva. Edit. Paidós. p.40

Una excesiva distancia entre el relato y los gráficos es índice de una mayor patología en la pareja, a causa de la disociación existente y del predominio de la realización de deseos por sobre la consideración de la realidad es decir, el conflicto. (2)

Los resultados obtenidos al analizar las correlaciones fueron los siguientes:

H_0 = Existe independencia entre la correlación del registro gráfico con el verbal y el tipo de muestra: Alto Riesgo y Normal.

	CORRELACION	NO CORRELACION	TOTAL
Embarazo Normal	5	10	15
Embarazo de Alto Riesgo	11	4	15
TOTAL:	16	14	30

$$\chi^2 = 4.8 \text{ con 1 gl } p < .05$$

La H_0 se rechaza y por lo tanto decimos que: existe dependencia entre la correlación del registro gráfico con el verbal y el tipo de muestra: Alto Riesgo y Normal.

Esto significa que en la muestra de Alto Riesgo se produjo la mayor -- frecuencia de correlaciones entre los dibujos y las historias relatadas, de acuerdo a la hipótesis postulada por Juri (1979) surgida del trabajo de más de 20 años con esta prueba, se puede sugerir que, al parecer, las parejas de Alto Riesgo mostraron menor patología al expresar más libremente sus conflictos, esto indica que al estar en un nivel más consciente es más fácil su manejo y solución.

Sin embargo, cabe señalar, que ésto no pretende afirmar la inexistencia de conflictos entre las parejas de Alto Riesgo, lo que si se puede suge-

(2) Juri, L. (1979) Test de la Pareja en Interacción. Edit. Nueva Visión. Buenos Aires.

rir es que el factor de riesgo en el embarazo, que ha amenazado la vida de la mujer ó del hijo, probablemente ha determinado mayor valoración de su vida como pareja, esto explicaría tentativamente el resultado encontrado en esta prueba. Así como el hecho de que las parejas duren más unidas (Ver Histogramas).

Este resultado es consistente con los hallazgos encontrados en la prueba de Ansiedad, donde las parejas de Alto Riesgo estuvieron, al parecer, - más ansiosas que las parejas de embarazos Normales.

De igual forma parecen ir en la misma dirección de los resultados obtenidos en la prueba de Depresión, donde ambos miembros de la pareja con un embarazo de riesgo mostraron grados similares de Depresión dentro de los límites normales.

VI. Finalmente se exponen los resultados encontrados en el Inventario de Conflictos Maritales (I.M.C.):

El objetivo al aplicarlo fué conocer si existía mayor frecuencia de conflictos en las parejas de embarazos de Alto Riesgo en comparación con las parejas de embarazos Normales.

En primer término se ordenaron todos los datos obtenidos de la aplicación individual y de la aplicación por parejas, posteriormente se obtuvieron las frecuencias en cada muestra, de las tres opciones a respuesta que tenían los esposos al ser enfrentados para decidir de quién era la mejor forma de resolver el conflicto, a saber: Esposa, Esposo o Ambos. Los resultados se muestran a continuación:

H_0 = Existe independencia entre los dos grupos (Alto Riesgo y Normal) y el tipo de respuesta (Esposo, Esposa o Ambos).

	ESPOSA	ESPOSO	AMBOS	TOTAL
Embarazo Normal	87	119	64	270
Embarazo de Alto Riesgo	55	153	62	270
TOTAL:	142	272	126	540

$$\chi^2 = 11.46 \text{ con } 2 \text{ gl } p < .01$$

La H_0 se rechaza y por lo tanto decimos que: existe dependencia entre los dos grupos (Alto Riesgo y Normal) y el tipo de respuesta (Esposa, Esposo o Ambos).

Esto significa que las mujeres con embarazos Normales produjeron la mayor frecuencia frente a las mujeres con embarazos de Alto Riesgo y los hombres de la muestra de Alto Riesgo produjeron la mayor frecuencia frente a los hombres de la muestra Normal.

Este resultado al parecer podría sugerir que las mujeres de esta muestra con embarazos Normales asumieron más un rol activo frente a su pareja que las mujeres con embarazos de Alto Riesgo, quienes al parecer fueron más pasivas.

También podría sugerir este resultado que los hombres de esta muestra con esposas embarazadas en riesgo, asumen un papel más activo que los hombres cuyas esposas cursan un embarazo normal.

Este hallazgo parece ir en la dirección de lo dicho por Barry, 1970; -- Bernard, 1973; Donelson y Gullahorn, 1977; Glenn, 1975; Hawkins, Weisberg y Ray, 1980; Laws, 1971; Reedy, Birren y Schale, 1981; Wills, Weiss y -- Patterson, 1974; sobre que los esposos norteamericanos son mucho menos envueltos emocionalmente que sus esposas, esto podría resultar cierto cuando se vive un embarazo normal, pero no así cuando se cursa un embarazo de alto riesgo.

Este resultado también es consistente con lo encontrado en la prueba de Ansiedad y la de Depresión.

Para el segundo análisis una vez ordenadas y clasificadas todas las respuestas se procedió a separar las respuestas de embarazo de Alto Riesgo y la muestra de embarazo Normal.

Se hicieron dos subgrupos de las respuestas de esposos y esposas por cada muestra (Alto Riesgo y Normal).

En un intento de hacer las respuestas comparables se formó una clasificación con 7 categorías, a saber:

- 1) HUIDA: Cuando una respuesta pretendió alejarse o no enfrentar el -- problema.
- 2) SUMISION: Cuando una persona solo considera las necesidades de la - otra persona olvidándose o menospreciando su propia satisfacción.
- 3) DEMANDA: Cuando una persona sólo quiere que sean satisfechas sus necesidades y exige, olvidando u omitiendo las necesidades del otro.
- 4) QUEJA: Cuando hay expresión de inconformidad sin demanda de satisfacción.
- 5) ENFRENTAMIENTO: La persona, de una forma madura enfrenta la situación tomando en cuenta a ambos miembros de la pareja.
- 6) CULPA: Si existe en la respuesta la necesidad de reparación de un - daño hecho o imaginado hacia el cónyuge.
- 7) AUTORITARISMO: La persona exige la sumisión del otro sin importar sus sentimientos o necesidades.

El experimentador otorgó a cada una de las respuestas de los 18 ítems, una categoría, para conocer la validez de esta clasificación fueron some-

tidas todas las respuestas al procedimiento de Validación por Jueces, colaboraron en la investigación 10 Jueces.

Al analizar cada respuesta se obtuvieron los porcentajes de "acuerdo" entre los jueces.

Sin embargo, de este instrumento no se obtuvieron resultados significativos ya que se requería un mínimo de 80% de concordancia entre los -- jueces, que muy pocos ítems obtuvieron, y en casos donde era muy obvia la categoría; de este modo no se pudo seguir el análisis que pretendía observar si existían diferencias al respecto en ambas muestras (Alto - Riesgo y Normal) y entre los sexos.

Durante el proceso que se siguió para dar validez a la clasificación -- establecida previamente, surgieron muchas dudas entre los jueces que -- hacían pensar al experimentador si realmente todo el trabajo que se estaba realizando fructificaría.

Por lo tanto, se puede concluir que: no hubo confiabilidad en esta forma de calificar el Inventario.

DISCUSION Y

CONCLUSIONES

CAPITULO 4:

DISCUSION Y CONCLUSIONES

En esta investigación se han reportado algunos datos sobre las parejas que viven un Embarazo de Alto Riesgo, contrastandolas con parejas equivalentes con Embarazo Normal, ésto ha sido clínicamente importante porque hay muy poca literatura enfocada a las mujeres o parejas con embarazos complicados.

Se utilizó una serie de instrumentos para esta investigación; de dos tipos: proyectivos y de rasgos de la personalidad con formato de respuesta objetiva.

Al saber a través del estudio de esta pequeña muestra que las parejas con embarazos de alto riesgo estaban igualmente ansiosas y deprimidas se podría sugerir, sin ser ésto una afirmación categórica, que ambos -- miembros de la pareja al parecer se encuentran involucrados durante el tercer trimestre, entendiendo por involucración el hecho de que ambos están ansiosos y deprimidos y al parecer no afectó lo mismo a los hombres y a las mujeres un embarazo normal, lo que a su vez podría sugerir que estos últimos al parecer están menos involucrados en este periodo. Este aparente no involucramiento por parte de los esposos de la muestra de embarazo normal concuerda con lo encontrado por un grupo de investigadores que han demostrado que en general los esposos Norteamericanos son mucho menos envueltos emocionalmente en la relación marital que sus esposas (Barry,1970; Bernard,1973; Donelson y Gullahorn,1977; Glenn,1975; Hawkins,Weisberg y Ray,1980; Laws,1971; Reedy, Birren y Schale,1981; - Wills, Weiss y Patterson,1974) y que estos constituyen el surgimiento de stress psicológico e insatisfacción marital para las esposas durante

diferentes periodos del ciclo vital de la familia (Bernard,1974; Hawkins et al,1980; Komarovsky,1964; Ryder,1973; Wills et al,1974), como lo es un embarazo.

A diferencia de lo encontrado por Entwistle y Doering (1981) con respecto a que los esposos experimentan aumento de preocupaciones durante el -- embarazo, lo cuál no sucedió en la presente investigación, o por lo -- menos los hombres de la muestra de embarazo normal no mostraron ni ansiedad ni depresión, teniendo las mujeres en ambas muestras mayores frecuencias en sus respuestas de Ansiedad y Depresión en comparación con sus esposos, solo los hombres de la muestra de Alto Riesgo se mostraron ansiosos y deprimidos.

Se pudo observar una casi absoluta ausencia de los esposos a las consultas de las mujeres con embarazos normales, en contraste con las parejas con embarazos de alto riesgo, donde los esposos casi en su totalidad asistían con sus esposas cada cita al Hospital, además a través de las entrevistas que cabe señalar no fueron utilizadas como instrumentos, unicamente para establecer "rapport" con todas las parejas y explicarles el proceso que se seguiría de aceptar ellos a participar, se pudo observar también cómo eran mejor atendidas y cuidadas las mujeres con embarazos de alto riesgo, lo que no siempre ocurría en las parejas con embarazos normales. A pesar de que no pudo ser medido directamente, estos resultados parecen estar en la misma dirección que lo dicho por Assor,A. y Assor,T. en 1984 sobre que: "debe asumirse que los esposos, al carecer relativamente de involucramiento, probablemente ejercen un efecto negativo sobre el ajuste psicológico de sus esposas y sobre la satisfacción marital durante el difícil periodo de los tres meses antes del nacimiento del primer hijo". Ojalá que en investigaciones posteriores se pudiera medir ésto y se --

podiera demostrar si realmente las parejas donde uno de los dos miembros se encuentra menos involucrado, son parejas donde existe mayor frecuencia de conflictos maritales y, por el contrario, parejas donde ambos miembros se encuentran involucrados, a pesar de que sea por una situación que ha puesto en riesgo la vida de su mujer o de su hijo, los haga mantenerse más unidos y solidarios dentro del matrimonio.

En esta investigación se observó a través del análisis de los dibujos que en ambas muestras se activó el mecanismo defensivo de la Negación, lo que varios autores psicoanalistas consideran normal por la responsabilidad que representa un hijo, excepto dos parejas de las 30 parejas estudiadas, manejaron el embarazo con sus dibujos.

También es importante destacar que la diferencia encontrada en los dibujos de la pareja donde los hombres omitieron en su gran mayoría, podría reflejar el mal manejo que se tiene en la sociedad del conflicto edípico, el cuál ante el embarazo de la esposa es reactivado y determina la actitud frente a su pareja omitiéndola en sus dibujos.

Podemos concluir que un embarazo afecta de manera diferente a los miembros de la pareja y también afecta a la pareja el tipo de embarazo que se viva. Con respecto a los resultados encontrados cabe resaltar los siguientes: Las parejas de embarazos de Alto Riesgo produjeron un mayor número de respuestas de Ansiedad, aquí ambos miembros estuvieron igualmente ansiosos y deprimidos.

En las parejas Normales se observó menos ansiedad y las pocas respuestas de ansiedad fueron producidas por las mujeres.

En lo referente a Depresión, ambas muestras, Alto Riesgo y Normal, mostraron grados similares de Depresión que se consideran como normales, quienes hicieron que éste resultado fuera semejante en ambas muestras.

fueron las mujeres de Embarazos Normales, ya que produjeron un mayor número de respuestas de Depresión en comparación con sus esposos.

En lo referente a Sexos, en ambas muestras las mujeres estuvieron más ansiosas y deprimidas que sus esposos.

Con respecto al Test de la Pareja el hallazgo encontrado fué la diferencia entre ambos sexos, sin importar el grupo de pertenencia, ésto parece sugerir que no afecta lo mismo el embarazo a los miembros de una pareja, esto podría deberse entre otros factores al contexto tan diferente en el que se desarrollan los hombres y las mujeres, desde que son pequeños son determinados a tomar actitudes muy diferentes ante situaciones similares, por ejemplo, al hombre se le adiestra para no mostrar sus emociones, mientras que la mujer es reforzada cuando las muestra, a la mujer se le adiestra para las labores del hogar, como cocinar, limpiar, lavar, planchar, etc; al hombre se le enseña a no inmiscuirse en ellas y cuando llega a practicarlos se pone en tela de juicio su masculinidad. Tal vez cuando en nuestra sociedad existan roles más flexibles entre lo que "debe" hacer el hombre y lo que "debe" hacer la mujer, estas diferencias entre sexos no sean tan significativas.

Del T.P.I. podemos concluir que; parece afectar el vivir un embarazo de Alto Riesgo el manejo que se tiene de los conflictos previos al embarazo. En cuanto al I.M.C. es importante resaltar el hecho de que al parecer fué necesario que existiera un factor de riesgo para que se diera en los hombres una mayor participación dentro del matrimonio, tomando decisiones para la solución de problemas.

4.1. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Se concluye este capítulo con una serie de sugerencias para estudios - posteriores basadas en las experiencias obtenidas:

1. Ampliar la muestra.
2. Disminuir el número de variables extrañas como:
 - * el número de hijos, es decir, elegir parejas que no tengan hijos.
 - * controlar los años de matrimonio poniendo un límite máximo.

Estas sugerencias se proponen para tener mayor similitud entre ambas muestras y que se asegure que un menor o mayor tiempo de casados no influya en los resultados.

3. Emplear para un estudio posterior parejas con embarazos planeados y a partir de ésto obtener las muestras de Alto Riesgo y Normal.

Una limitación para reducir el número de variables extrañas fué el tiempo, ya que es más difícil encontrar mujeres primíparas (primer embarazo) con embarazo de Alto Riesgo ya que precisamente el hecho de que posteriormente hallan tenido un embarazo que terminara en aborto predispone y alerta al médico para darle un cuidado especial y la categorización de "Alto Riesgo", se considera importante también la imposibilidad para detectar primero parejas que no tengan conflictos y esperar hasta que decidan un embarazo, sólo de esta manera podría eliminarse esta variable extraña.

Algo que no debe olvidarse cuando se trabaja con personas dentro de un ambiente social es la inconveniencia de utilizar registros observacionales, ya que el experimentador es una variable extraña que definitivamente - influencia la conducta que pretende registrar, por lo que en ésta investigación se evitó ese tipo de registro, y se analizaron estadísticamente

los resultados que fueron factibles de este tipo de análisis unicamente. Una posible objeción que podría hacerse a esta investigación es el número de sujetos utilizados para la misma y que no tiene validez como representativa de la población, lo cual no se pretendía, pero si se considera que existen dos tipos de Validez: la Interna y la Externa, y que para lograr que una muestra sea representativa de la población se debe incluir un número considerablemente alto de sujetos que la representen y cabe señalar que antes de lograr la Validez Externa, es decir, la representatividad de la población, debe existir la Validez Interna - primero, la cuál existe en las pruebas de rasgos de la personalidad con formato de respuesta objetiva como son la Escala de Ansiedad Manifiesta (M.A.S.) y la Escala de Depresión (Zung).

Una alternativa para evitar la limitación presentada aquí será el logro de la Validez Externa por medio de la Replicación Sistemática, es decir, realizar un estudio similar en otro grupo de parejas embarazadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- * Ackerman.(1974) Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Ediciones Hormé S.A.E. Argentina pp.192-194 y 199.
- * Adler,P.S.' y Barry,R.H. '' (1987) The Pregnant Father. en B,Blum (Ed.) Psychological aspects of Pregnancy, Birthing and Bonding. (pp. 227-231). National Institute for the Psychotherapies.
- 'Adler,P.S: Ph.D. Psicoanalista y coordinador interno para el - National Psychological Association for Psychoanalysis, también es - profesor del "Center for Expressive Analysis" y es asesor del - "Wholistic Childbirth Preparation and Family Center" de Nueva York.
- '' Barry,R.H.: Titulada como educadora para el Nacimiento y profesora titulada en la "Técnica Alexander". Realiza su práctica privada y para el personal del "Brookdale Medical Center" en Nueva York, es profesora en "The Life Institute", de Nueva York. Es co-fundadora del ""Wholistic Childbirth Preparation and Family Center" de - Nueva York.
- * Assor,A. y Assor,T. (1985) Emotional involvement in Marriage during the Last Trimester of the First Pregnancy: a comparison between husbands and wives. The Journal of Psychology. 119 (3) pp.243-252.
- * Anthony,J.E. y Benedek,K.T.(1983) (Compiladores) Parentalidad. ASSAPIA Amorrortu Editores, Argentina pp.243-246.
- * Baena, G.(1988) Instrumentos de Investigación. Editores Mexicanos Unidos, A.S. México.
- * Barry,R.H.(1980) Attitudes toward the pregnant body. En B,Blum (Ed.) Psychological aspects of Pregnancy, Birthing and Bonding. (pp. 227-231). National Institute for the Psychotherapies.

- * Belsky, J., Spanier, G. y Rovine, M. (1983) Stability and change in marriage across the transition to Parenthood. Journal of Marriage and the Family. 45 (3) 567-577.
- * Belsky, J. e Isabella, A.R. (1985) Marital and Parent-child relationships in Family of Origin and Marital change following the birth of a baby: A retrospective analysis. Child Development. 36 342-349.
- * Benson, R. (s.f.) Manual de Ginecología y Obstetricia. Edit. Manual Moderno, sexta edición. México.
- * Benson, R. (1983) Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico. Edit. Manual Moderno, tercera edición. México. p.588
- * Bernstein, J. (1958) Test de la Pareja. En Bell, J. (1964) Técnicas proyectivas. Edit. Paidós, Buenos Aires.
- * Bittman, S. y Zalk, R.S. (1978) Expectant fathers. (Nueva York: Hawthorn Books). En Parke, D.R. (1981) El Papel del Padre. Edit. Morata, Madrid.
- * Blum, H. (1981) The Maternal Ego-ideas and the regulation of the Maternal qualities. The Course of Life. Vol III Ed. Greenspan y Pollock. Washington, D.C.: NIMH pp. 91-114. En Lester, P.E. y Notman, T.M. (1986) Pregnancy, developmental crisis and object relations: Psychoanalytic considerations. International Journal Psycho-analitic. 67 357-365.
- * Blum, B. (1987) (Ed.) Psychological aspects of Procnancy, Birthing and Bonding. National Institute for the Psychotherapies.
Blum, B.: Ph.D. Editora, es coordinadora de conferencias en el "National Institute for the Psychotherapies", y es profesora del Depto. de Psicología en "Herbert H. Lehman College" Ciudad Universitaria de -- Nueva York. Realiza su práctica privada en la Ciudad de Nueva York, conduce psicoterapia conjunta con adolescentes y adultos.

- * The Boston Children's Medical Center. (1978) Embarazo, Parto y Recién Nacido. Edit. Plaza & Janes S.A. España p.190.
- * Bowlby, J. (1951) Maternal care and Mental Health (Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1951; Bowlby, J. Attachment and Loss. I. Attachment (Nueva York: Basic Books, 1969). En Parke, D.R. (1981) El Papel del Padre. Edit. Morata, Madrid.
- * Brainsky, L.S., Lozano, G.J., y Olivares, M.A. (1987) Some emotional aspects of patients considered to have high risk pregnancy. Revista Colombiana de Psiquiatría. 7 (1) 32-47.
- * Camacho, C.D. y Hernández, S.S. (1987) Depresión en una muestra de Alto Riesgo. Revisión de la E.A.M.D. Tesis para obtener el Título de Licenciado en Psicología. México U.N.A.M.
- * Campbell, T.D. y Stanley, C.J. (1970) Diseños Experimentales y Cuasi Experimentales en la investigación social. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- * Castelazo, A. (1976) Obstetricia. (versión taquigráfica de las conferencias sustentadas en su cátedra de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina U.N.A.M.) Editor: Francisco Méndez Oteo. México p.94-122
- * Chodorow, N. (1978) The reproduction of Mothering. Psychoanalysis and the Sociology of Gender Berkeley: University Press. En Lester, P.E. y Notman, T.M. (1986) Pregnancy developmental crisis and object relations: Psychoanalytic considerations. International Journal Psychoanalytic. 67 p.357-365.
- * Christensen, H.T. y Hanna, M.M. (s.f.) Studies in Child Spacing: III. Pre-marital pregnancy as a factor in divorce. American Sociological Review, 1953 28 p.641-644. En Smart y Smart (1976) Families. Nueva York: Macmillan publishing, Co. Inc.

- * Christensen, H.T. (1966) Scandinavian and American sex norms: some comparison with sociological implications. Journal of Social Issues. 22 p.60-75. En Smart y Smart (1976) Families. Nueva York: Macmillan publishing, Co., Inc.
- * Deutscher, M. (1969) Brief Family therapy in the course of the first pregnancy: a clinical note. Contemporary Psychoanalysis. 7 21-35.
- * Entwistle, R.D. y Doering, G.S. (s.f.) The first birth (Baltimore: Johns Hopkins University Press). En Parke, D.R. (1981) El Papel del padre. Edit. Morata. Madrid.
- * Ferreira, A. (s.f.) Family myth and Homeostasis. Arch. Gen. Psychiatry 9 457-463. En Bateson, G. et al. (1974) Interacción Familiar. Edit. Tiempo Contemporáneo. p.154.
- * Freud, S. (1931) Ueber die Weibliche Sexualität (Sobre la Sexualidad Femenina) Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse. 17 (3) 41s. En Langer, M. (1983) Maternidad y Sexo. Edit. Paidós. Barcelona.
- * Gavensky, R.V., Schteingart, A., Schupack, H. y Slapak, M. (Agosto, 1970) Consideraciones acerca de los aspectos psicológicos de las primiparas tardías. Presentado de la Sociedad Argentina de Psicoprofilaxis Obstétrica. Buenos Aires, Argentina.
- * Grossman, K.F. y cols. (1980) Pregnancy Birth and Parenthood. (San Francisco: Jossey Bass). En Parke, D.R. (1981) El Papel del Padre. Edit. Morata. Madrid.
- * Juri, J.L. (1979) Test de la Pareja en Interacción. (técnicas proyectivas grupales). Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina.
- * Kerlinger, F. (1975) Investigación del Comportamiento, técnicas y metodología. Edit. Interamerican, México.

- * Laws, J.L. (1971) A feminist review of marital adjustment literature: the rape of the Locke. Journal of Marriage and the Family. 33 483-516. En Assor y Assor, (1985) Emotional involvement in Marriage during the last trimester of the First Pregnancy: a comparison of husbands and wives. The Journal of Psychology. 119 (3) 243-252.
- * Leifer, M. (1977) Psychological changes accompanying pregnancy and Motherhood. Psychological Monographs. 95 55-96. En Assor y Assor (1985) Emotional involvement in Marriage during the Last Trimester of the First Pregnancy: a comparison of husbands and wives. The Journal of Psychology. 119 (3) 243-252.
- * Lester, P.E. y Notman, T.M. (1986) Pregnancy developmental crisis and object relations: Psychoanalytic considerations. International Journal of Psychoanalysis. 67 357-365.
- * Levy, S. (1964) Técnicas proyectivas grupales. Test Proyectivos Gráficos. Edit. Paidós. Buenos Aires.
- * Lidz, T., Cornelison, R.A., Carlson, T.D. y Fleck, S. (1974) El Medio Intrafamiliar del paciente esquizofrénico : La Transmisión de la Irracionalidad. En Bateson, et al. (1974) Interacción Familiar. Edit. Tiempo Contemporáneo, Argentina.
- * Macfarlane, A. (1987) Psicología del Nacimiento. Edit. Morata, Madrid.
- * Mack, B.R. (1944) La fase pre-edípica del desarrollo de la Libido. Revista de Psicoanálisis 1 (3) 43s, 52. En Langer, M. (1983) Maternidad y Sexo. Edit. Paidós Barcelona.
- * Miller, B.W., y Newmann, F.L. (Eds.) (1978) The First Child in family formations. (Chapel Hill, N.C.: Carolina Population Center). En Parke, D.R. (1981) El Papel del Padre. Edit, Morata. Madrid.

- * Minuchin, S. (1986) Familias y Terapia Familiar. Edit. Gedisa Mexicana S.A. p. 40.
- * Ohara, M. (1958) Depression and Marital Adjustment during the Pregnancy and after delivery. American Journal of Family Therapy. 13 (4) 49-55.
- * Olson, H.D. y Ryder, G.R. (1970) Inventory of Marital Conflicts (I.M.C.): An experimental interaction procedure. Journal of Marriage and the Family. 32 443-448.
- * Parke, D.R. (1981) El Papel del Padre. Edit. Morata. Madrid.
- * Pedersen, A.F., Anderson, J.B. y Cain, L.R. (1977) An approach to understanding linkages between the parent-infant and spouse relationships. (Trabajo presentado en la Society for research in Child Development, Nueva Orleans, Marzo, 1977). En Parke, D.R. (1981) El Papel del Padre. Edit. Morata, Madrid.
- * Rausch, H.D. Barry, W., Hertel, A., Richard, K. y Swain, M.A. (1976) Communication, conflict and marriage. San Francisco: Jossey Bass. En Assor y Assor (1985) Emotional involvement in marriage during the last Trimester of the First Pregnancy: a comparison of husbands and wives. The Journal of Psychology. 119 (3) 243-252.
- * Salerno, E. (1979) Ginecología psicósomática. Edit. Paidós. Buenos Aires p.100-106.
- * Scanzoni, J. (s.f.) Sexual bargaining: power politics in the American Marriage. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1972. En Smart y Smart (1976) Families. Nueva York: Macmillan Publishing, Co., Inc.
- * Segal, H. (1985) Introducción a la obra de Melanie Klein. Edit. Paidós. Buenos Aires.

- * Shereshefsky, M.P. y Yarrow, J.L. (1973) Psychological aspects of a first pregnancy and early post-natal adaptation. (Nueva York: Raven press). En Parke, D.R. (1981) El Papel del Padre. Edit. Morata Madrid.
- * Sidman, M. (1978) Tácticas de investigación científica. Edit. Fontanella S.A. Barcelona. p.79-139.
- * Smart, S.M. y Smart, S.L. (1976) Families. (developing relationships) Nueva York: Macmillan Publishing, Co., Inc.
- * Soifer, R. (1977) Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio. Edit. Kargieman, Buenos Aires. p.19-57.
- * Taylor, S. (1973) Gstetricia de Beck. Edit. Interamericana. México.
- * Teachman, D.J. y Polonko, A.K. (1985) Timing of the transition to -- Parenthood: a multidimensional birth-interval approach. Journal of Marriage and Family. 47 (4) 867-879.
- * Trujano, G.M. (1970) Estudio Psicológico de un grupo de mujeres embarazadas. Tesis para obtener el Título de licenciado en Psicología México. U.N.A.M.
- * Turrini, P. (1980) Psychological crises in Normal Pregnancy. En B. Blum (Ed.) Psychological aspects of Pregnancy, Birthing and Bonding. (pp.135-148) National Institute for the Psychotherapies.
- * Villareal, M.L. (1971) Análisis psicológico de algunos estados emotivos del embarazo. Tesis para obtener el Título de Licenciado en Psicología. México. U.N.A.M.
- * Waldron, H. y Routh, K.D. (1981) The Effect of the First Child on the Marital relationships. Journal of Marriage and the Family. 43 (4) pp.785-788.

- * Wapner, H.J. (1975) An empirical approach to the attitudes, feelings and behaviors of expectant fathers. (Ph.D. diss. North Western University). En Parke, D.R. (1981) El Papel del Padre. Edit. Morata Madrid.
- * Williams, S. (1975) Obstetricia. Salvat editores, México. p.430-435.

S E C C I O N D E

A P E N D I C E

A P E N D I C E # 1

ESTUDIO PSICOLOGICO PRE-NATAL



MINISTERIO NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCION DE SERVICIOS MEDICOS
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

1. FECHA: _____
AÑO MES DÍA

2. MOTIVO DE CONSULTA (REFERIDO POR LA MUJER):

2.1. CLASIFICACION DEL MOTIVO DE CONSULTA:

(1) COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	1
(2) FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO ACTUAL	2
(3) COMPLICACIONES PERINATALES PREVIAS	3
(4) ATENCION DEL EMBARAZO y/A PARTO (NORMAL)	4
(5) DIAGNOSTICO DE EMBARAZO	5
(6) CALIDAD DE LOS SERVICIOS	6
(7) INTERES EN UN SERVICIO ESPECIFICO	7
(8) OTRO	8

3. TIEMPO DE EMBARAZO (REFERIDO POR LA MUJER): _____ SEMANAS

4. PLANEACION:

(1) PLANEACION EFECTIVA	1
(2) FALTA DE ANTICONCEPTIVOS	2
(3) SIN PLANEACION ALGUNA	3
(4) VIOLACION	4
(5) OTRO	5

5. ACTITUD INICIAL ANTE EL EMBARAZO:

(1) POSITIVA-ENTUSIASTA	1
(2) ACEPTACION PASIVA	2
(3) INDIFFERENTE	3
(4) AMBIVALENTE	4
(5) PRINCIPALMENTE NEGATIVA	5
(6) COMPLETAMENTE NEGATIVA	6
(7) NO SABE	7
(8) NO APLICABLE	8

6. ACTITUD ACTUAL ANTE EL EMBARAZO:

(1) POSITIVA-ENTUSIASTA	1	2
(2) ACEPTACION PASIVA	2	2
(3) INDIFFERENTE	3	3
(4) AMBIVALENTE	4	4
(5) PRINCIPALMENTE NEGATIVA	5	5
(6) COMPLETAMENTE NEGATIVA	6	6
(7) NO SABE	7	7
(8) NO APLICABLE	8	8

7. TEMORES ACTUALES ANTE EL EMBARAZO

PREOCUPACION:	EN RELACION: 7.1 AL FETO	7.2 A ELLA
(1) NUNCA	1	1
(2) OCASIONAL	2	2
(3) FRECUENTE	3	3
(4) CONSTANTE	4	4

SEVERIDAD:	EN RELACION: 7.1 AL FETO	7.2 A ELLA
(1) PERIODOS SIN CAUSAR DESORGANIZACION CONDUCTUAL	1	1
(2) PERIODOS CON DESORGANIZACION CONDUCTUAL MODERADA	2	2
(3) PERIODOS CON DESORGANIZACION CONDUCTUAL SEVERA	3	3
(4) NO APLICABLE	4	4

EN RELACION AL FETO

EN RELACION A ELLA

8. PREOCUPACIONES POR CIRCUNSTANCIAS ACTUALES

FRECUENCIA:	81. SITUACION SOCIO-ECONOMICA	82. RELACIONES INTERPERSONALES	83. PROBLEMAS DE SALUD
(1) NUNCA	1	1	1
(2) OCASIONAL	2	2	2
(3) FRECUENTE	3	3	3
(4) CONSTANTE	4	4	4

SEVERIDAD:	81. SITUACION SOCIO-ECONOMICA	82. RELACIONES INTERPERSONALES	83. PROBLEMAS DE SALUD
(1) EXISTENTE, SIN CAUSAR DESORGANIZACION CONDUCTUAL	1	1	1
(2) EXISTENTE, CON DESORGANIZACION CONDUCTUAL MODERADA	2	2	2
(3) EXISTENTE, CON DESORGANIZACION CONDUCTUAL SEVERA	3	3	3
(4) NO APLICABLE	4	4	4

SITUACION SOCIO-ECONOMICA RELACIONES INTERPERSONALES PROBLEMAS DE SALUD

9. RELACION PERSONALES

9.1. CON COMPAÑERO

9.1.1. PRESENCIA DEL COMPAÑERO:

(1) ESTABLE	1
(2) INESTABLE	2
(3) AUSENTE	3

9.1.2. APOYO EMOCIONAL:

(1) TOTAL	1
(2) PARCIAL	2
(3) NULO	3
(4) NO APLICABLE	4

9.1.3. CALIDAD DE LA RELACION:

(1) SIN PROBLEMATICA	1
(2) PROBLEMATICA LEVE	2
(3) PROBLEMATICA MODERADA	3
(4) PROBLEMATICA SEVERA	4
(5) NO APLICABLE	5

9.2. FIGURAS DE APOYO:

CUANTAS:

9.2.1. FAMILIARES	1
9.2.2. NO FAMILIARES	1

10. ANTECEDENTES PERINATALES:

10.1. NUMERO DE EMBARAZOS PREVIOS: _____

PARTO/CEZAREA

REACCION EMOCIONAL

(INICIANDO CON EL MAS RECIENTE)

1. _____	1 2 3 4	1 2 3 4
2. _____	1 2 3 4	1 2 3 4
3. _____	1 2 3 4	1 2 3 4
4. _____	1 2 3 4	1 2 3 4
5. _____	1 2 3 4	1 2 3 4
6. _____	1 2 3 4	1 2 3 4
7. _____	1 2 3 4	1 2 3 4
8. _____	1 2 3 4	1 2 3 4



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCION DE SERVICIOS MEDICOS
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

	PERIDAS	REACCION EMOCIONAL	REPERCUSSION ACTUAL
1. INICIANDO CON EL MAS RECIENTE	1. 1 0 9 9 4 9 9 7	1. 1 0 9 4 9 9 7	1. 1 0 9 4
2.	2. 1 0 9 9 4 9 9 7	2. 1 0 9 4 9 9 7	2. 1 0 9 4
3.	3. 1 0 9 9 4 9 9 7	3. 1 0 9 4 9 9 7	3. 1 0 9 4
4.	4. 1 0 9 9 4 9 9 7	4. 1 0 9 4 9 9 7	4. 1 0 9 4
5.	5. 1 0 9 9 4 9 9 7	5. 1 0 9 4 9 9 7	5. 1 0 9 4
6.	6. 1 0 9 9 4 9 9 7	6. 1 0 9 4 9 9 7	6. 1 0 9 4
7.	7. 1 0 9 9 4 9 9 7	7. 1 0 9 4 9 9 7	7. 1 0 9 4
8.	8. 1 0 9 9 4 9 9 7	8. 1 0 9 4 9 9 7	8. 1 0 9 4

(INICIANDO CON EL MAS RECIENTE)

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
 6. _____
 7. _____
 8. _____

10.2. PROBLEMATICA PSICOLOGICA PUERPERAL

(1) NO	1
(2) SI	2
(3) NO APLICABLE	3

10.3. OTRA INFORMACION RELEVANTE

11. EXPECTATIVAS EN RELACION AL FUTURO RECEN NACIDO

11.1. SEXO DESEADO:

11.1.1. PREFERENCIA

(1) NIÑA	1
(2) NIÑO	2
(3) SIN PREFERENCIA	3
(4) NO APLICABLE	4

11.1.2. GRADO DE PREFERENCIA:

(1) LEVE	1
(2) MODERADO	2
(3) INTENSO	3
(4) NO APLICABLE	4

11.1.3. CRITIFICANTES ESPERADAS:

(1) NINGUNA	1
(2) SATISFACCION EGOCENTRICA	2
(3) ACEPTACION SOCIAL	3
(4) INTEGRACION DE PAREJA	4
(5) DESARROLLO DE OTRO(S) NIÑO(S)	5
(6) INCLINACION HACIA LOS NIÑOS	6
(7) DESARROLLO PERSONAL	7
(8) OTRO _____	8
(9) NO SABE	9

11.2. DESVENTAJAS ESPERADAS:

(1) NINGUNA	1
(2) PROBLEMA CON EL COMPAÑERO	2
(3) LIMITACION EN VIDA PERSONAL	3
(4) PROBLEMAS ECONOMICOS	4
(5) RECHAZO SOCIAL	5
(6) PROBLEMAS CON OTRO(S) NIÑO(S)	6
(7) PROBLEMAS EN LA GRANJA	7
(8) OTRO _____	8
(9) NO SABE	9

12. PERSONALIDAD

12.1. ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS/PSICOLOGICOS

12.1.1. INTENTOS DE SUICIDIO:

(1) NINGUNO	1
(2) IDEAS SUICIDAS	2
(3) UN INTENTO	3
(4) MAS DE UN INTENTO	4

QUE TAN RECIENTE FUE EL ULTIMO:

(1) DURANTE EL EMBARAZO	1
(2) EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS ANTES DEL EMBARAZO	2
(3) MAS DE DOS AÑOS	3
(4) NO APLICABLE	4

12.1.2. HOSPITALIZACION PERINATICA:

(1) NO	1
(2) SI	2

QUE TAN RECIENTE FUE LA ULTIMA:

(1) DURANTE EL EMBARAZO	1
(2) EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS ANTES DEL EMBARAZO	2
(3) MAS DE DOS AÑOS	3
(4) NO APLICABLE	4

12.1.3. TERAPIA CON ESPECIALISTA POR PROBLEMAS PSICOLOGICOS o PSIQUIATRICOS:

(1) NO	1
(2) SI	2

QUE TAN RECIENTE FUE LA ULTIMA:

(1) DURANTE EL EMBARAZO	1
(2) EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS ANTES DEL EMBARAZO	2
(3) MAS DE DOS AÑOS	3
(4) NO APLICABLE	4

12.2. RASGOS DE PERSONALIDAD (PREVIOS AL EMBARAZO)

12.2.1. AUTO-DESCRIPCION:

12.2.2. RASGOS CLINICOS DETECTADOS:

ANSIEDAD MANIFIESTA	1	2
IRRITABILIDAD	1	2
DEPRESION	1	2
AUTO-DEVALUACION	1	2
AGRESIVIDAD	1	2
PAJIVIDAD	1	2
OTROS	1	2

12.2.3. ESTADO ANIMICO PREVALENTE DURANTE LA ENTREVISTA:

(1) TRANQUILA	1
(2) EUFORICA	2
(3) PREOCUPADA	3
(4) APATICA	4
(5) DEPRIMIDA	5
(6) IRRITABLE	6
(7) AGRESIVA	7
(8) OTRO	8

12.3. IMPRESION GLOBAL POR LA PSICOLOGA:

(1) SIN PROBLEMAS	1
(2) CON PROBLEMATICA LEVE	2
(3) CON PROBLEMATICA MODERADA	3
(4) CON PROBLEMATICA SEVERA	4
(5) NO SE PUEDE PRECISAR	5

13. OBSERVACIONES:

A P E N D I C E # 2

ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA

(M.A.S.)

NOMBRE
EDAD

- Encierre en un círculo la F, cuando lo dice la pregunta FALSO, para ud. o la V, cuando sea VAERDADERO.
- | | | |
|--|---|---|
| 01.- Terdo en cansarme | V | F |
| 02.- Siento ataques de náusea que me molestan. | V | F |
| 03.- Me crea ser más nervioso que la mayoría. | V | F |
| 04.- Rara vez se duele la cabeza. | V | F |
| 05.- Trabajo sometido a mucha presión. | V | F |
| 06.- No puedo mantener mi mente concentrada en algo. | V | F |
| 07.- Me preocupan el dinero y los asuntos económicos. | V | F |
| 08.- A menudo me tiemblan las manos cuando trato de hacer algo. | V | F |
| 09.- Me ruborizo igual que todos. | V | F |
| 10.- Tengo diarrea por lo menos una vez al mes. | V | F |
| 11.- Me preocupan las desgracias que puedan sucederme. | V | F |
| 12.- Nunca me pongo colorado. | V | F |
| 13.- Me dá miedo cuando siento que me voy a ruborizar. | V | F |
| 14.- Tengo pesadillas a cada rato. | V | F |
| 15.- Por lo general mis manos y mis pies están calientes. | V | F |
| 16.- Sudo muy fácilmente aún en días fríos. | V | F |
| 17.- A veces, cuando me siento en una situación embarazosa, sudo de una manera muy molesta. | V | F |
| 18.- Nunca he sentido mi corazón y rara vez me falta el aliento. | V | F |
| 19.- A cada rato tengo hambre. | V | F |
| 20.- Muy pocas veces estoy estroñado. | V | F |
| 21.- Tengo muchos problemas estomacales. | V | F |
| 22.- A veces las preocupaciones me impiden dormir. | V | F |
| 23.- Duermo con dificultad e intranquila. | V | F |
| 24.- Frecuentemente sueño con cosas íntimas. | V | F |
| 25.- Con frecuencia y con facilidad me siento incómodo. | V | F |
| 26.- Soy más sensible que la mayoría de la gente. | V | F |
| 27.- A menudo me sorprende preocupandome por alguna cosa. | V | F |
| 28.- Quisiera ser tan feliz como los demás parecen serlo. | V | F |
| 29.- Casi siempre estoy calmado y no me violento fácilmente. | V | F |
| 30.- Lloro con frecuencia. | V | F |
| 31.- Estoy angustiado por algo o alguien casi todo el tiempo. | V | F |
| 32.- Casi siempre estoy feliz. | V | F |
| 33.- No pone nervioso tener que esperar. | V | F |
| 34.- Tengo períodos de tal intranquilidad que no me puedo relaj jar al sentarme en un sillón. | V | F |
| 35.- A veces estoy tan excitado que me es difícil acostarme a dormir. | V | F |
| 36.- En ocasiones se me cargan tanto las dificultades que creo que no voy a poder superarlas. | V | F |
| 37.- Admito que a veces me he preocupado irrazonablemente por cosas que a fin de cuentas, no eran importantes. | V | F |
| 38.- Comparado con mis amigos tengo muy pocos temores. | V | F |
| 39.- Le he tenido miedo a personas o cosas que sabía que no podían lastimarme. | V | F |
| 40.- A ratos me siento inútil. | V | F |
| 41.- Me cuesta trabajo concentrarme en una tarea o trabajo. | V | F |
| 42.- Generalmente estoy muy consciente de lo que hago. | V | F |
| 43.- Tengo la tendencia a tomar las cosas a pecho. | V | F |
| 44.- Soy muy energético. | V | F |
| 45.- La vida me resulta muy difícil la mayor parte del tiempo. | V | F |
| 46.- A ratos pienso que no sirvo para nada. | V | F |
| 47.- Estoy de acuerdo en que me falta confianza en mí mismo. | V | F |
| 48.- A veces siento que no puedo más que me voy a desahogar. | V | F |
| 49.- Me atemorizo frente a las crisis o dificultades. | V | F |
| 50.- Me siento plenamente seguro de mí mismo. | V | F |

A P E N D I C E * 3

ESCALA DE AUTO-MEDICION DE LA DEPRESION
(ZUNG)

NOBRE _____

FECHA _____

Abajo va a encontrar veinte afirmaciones, al lado de cada una aparecen cuatro columnas cuyos encabezados son: MUY POCAS VECES, ALGUNAS VECES, LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y CONTINUAMENTE, ponga una marca (x) en el cuadro que describe mejor cómo se siente ahora.

	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continuamente
1. Me siento abatido 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 con muchachos de otro sexo.				
7. Moto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo molestias intestinales.				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10. Me canso sin hacer nada.				
11. Tengo la mente tan clara como antes.				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.				
13. Me siento tranquilo 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 muriéndome.				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas.				

A P E N D I C E # 4

TEST DE LA PAREJA

"Test de la Paraja"
CASO



19 AÑOS
TOÑO



25 AÑOS
Jose
"Toño el Hijo Inocente"

TOÑO UN JOVEN MUY INOCENTE QUERE IRSE DE VIAJE
SU PAPA JOSE UN SEÑOR MUY TRABAJOYO LE LE DA
ENCANTO TOÑO MIRE SU CARA EN EL MOMENTO DE
VIASJE
UN DIA TOÑO SALE DE SU CASA RUMBO A LA ESCUELA
PLEO DE PRONTO SE ALLA A SUS AMIGOS Y LE DICEN NO
VALLAS A LA ESCUELA QUE AHORITA VAMOS A IRSE
DE Y TOÑO LES DICE TIENEN RAZON TAMPO
MIENTRAS TANTO SUPADO JOSE VA A LA ESTACION DE
AUTOBUSES A COMPRARLE SU BOLETO Y VICE LE VOY
ADAR LA SORPRESA A MI HIJO ANOTA QUE SALGA
DE SUS CLASES LO VOY A ESPERAR A LA HORA DE LA
SALIDA

EL SEÑOR VE QUE SU HIJO NO SALE DE LA ESCUELA
EL SEÑOR ALGA A SU CASA LE PRESUNTA A SU HIJO
AQUE HORAS SALISTE TOÑO ALAS 2 DE LA TARDE
POR QUE PAPA POR QUE TE FUI A BUSCAR Y NO ESTABAS
LE DICE EL PAPA TOÑO TU MIENTES Y POR LO TANTO
NO HAY VINCULOS

AMOR ESTUDIANTIL.



VERÓNICA.
15

"Test de la Pareja"
ESPOSA

VERÓNICA ES UNA ESTUDIANTE DE PREPARATORIA MUY ALEGRE Y SIEMPRE TRATA DE AYUDAR A SUS COMPAÑEROS EN LO QUE ESTA A SU ALCANCE. TIENE UN HERMANO QUE SE LLAMA ALEJANDRO Y LOS DOS TRATAN DE AYUDARSE MUTUAMENTE EN LOS PROBLEMAS QUE SE LES PRESENTAN. PLANEAR SIEMPRE ESTAR JUNTOS Y EN UN FUTURO CASARSE Y SER MUY FELICES.



ALEJANDRO
18

ALEJANDRO ES UN MUCHACHO MUY AMABLE QUE ESTUDIA Y TRABAJA. Y TRATA DE SER UN BUEN HIJO PARA SU MADRE QUE ES LO QUE MAS QUIERE POR QUE DEBE VERLO EN SU CASA SE APOYA Y AMOR POR SU MADRE. SU UNICO HIJO QUIERE LLEGAR A TITULARSE DE ABOGADO PARA ASI PODER AYUDAR A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS.