



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**Facultad de Psicología**

**REACCIONES EMOCIONALES ANTE EL EMBARAZO  
DE ALTO RIESGO PLANEADO Y NO PLANEADO**

**T E S I S**

*QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:*  
**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

*P R E S E N T A :*

**SOFIA SIERRA GALVAN**

**ASESOR: FRANCISCO MORALES CARMONA**

---

**CIUDAD UNIVERSITARIA ABRIL 1993.**

**TECIS CON  
FALLA LE ORIGEN**



## **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.

## INDICE

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I	
EMBARAZO.....	3
CAPITULO II	
EMBARAZO PLANEADO Y NO PLANEADO.....	12
CAPITULO III	
REACCIONES EMOCIONALES EN EL EMBARAZO.....	21
CAPITULO IV	
METODOLOGIA.....	28
CAPITULO V	
RESULTADOS.....	48
CAPITULO VI	
DISCUSION.....	84
CAPITULO VII	
CONCLUSIONES.....	87
CAPITULO VIII	
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	93
BIBLIOGRAFIA.....	95
ANEXOS.....	98

## INTRODUCCION

La experiencia del embarazo por muchos años se ha considerado a nivel popular como la ocurrencia de un estado fisiológico normal en la vida procreativa de la mujer, suponiendo con ello que en una mujer sana ocurre sin mayores molestias que las habituales, tales como vómitos, náuseas, aumento de peso, fatiga, sueño y algunos otros cambios fisiológicos más.

Sin embargo, en la obstetricia moderna se ha incorporado el concepto de embarazo de alto riesgo para señalar algunos factores que complican el embarazo y hacen que éste represente un riesgo mayor para la madre o el producto.

Para disminuir la frecuencia del embarazo de alto riesgo se han tomado diversas medidas, entre las cuales se encuentra la planificación familiar; contrario a esto, se da el caso del embarazo no planeado.

Desafortunadamente, los términos de "embarazo planeado" y "embarazo no planeado" se han confundido mucho con los términos "embarazo deseado" y "embarazo no deseado", esto se da, ya que no necesariamente un embarazo que tiene lugar mientras se practica la anticoncepción es "no deseado", y un embarazo que se da mientras no se usa un método anticonceptivo no necesariamente es "deseado".

El embarazo constituye un episodio normal en la vida procreativa, pero se ha observado que a pesar de ser un embarazo normal, existen una serie de trastornos, dificultades y angustias que obedecen a una serie de circunstancias como los cambios físicos, psicológicos, sociales, familiares y culturales (Deutsch, 1945). En un embarazo de alto riesgo las reacciones emocionales pueden ser más perjudiciales; éstas son una experiencia o estado psíquico caracterizado por un grado muy fuerte de sentimiento, acompañado casi siempre de una expresión motora, a menudo muy intensa (Warren, 1977) pudiendo ocasionar daños más severos en la madre o en el producto (Macfarlane, 1985).

Al parecer un embarazo planeado no causa tantas complicaciones emocionales ni somatizaciones, como un embarazo no planeado. En esta investigación se buscó conocer la influencia que tiene en el estado emocional de la mujer el planear o no planear un embarazo dentro del grupo de alto riesgo, a través de 4 test psicológicos que son: C.G.S., Zung, Tennessee e IDARE.

## CAPITULO I

### 1.- Embarazo.

#### 1.1 Embarazo de curso normal.

El embarazo da inicio con la fusión del núcleo del espermatozoide con el núcleo del óvulo. Esta fusión significa que cada uno de los 23 cromosomas que contienen tanto el núcleo del óvulo como del espermatozoide, buscarán su pareja en el otro núcleo, obteniéndose finalmente 23 pares, o lo que es lo mismo, 46 cromosomas, que es la dotación cromosomal normal que corresponde a una persona, tanto sea hombre como mujer (Dexeus, 1957).

A partir de este momento, ya no puede ser considerado como un elemento propio de la madre o del padre; es ya un elemento nuevo, un nuevo ser humano con características propias e independientes, si bien ha recibido una carga hereditaria de sus dos progenitores que influirá de modo decisivo en su vida.

Una vez fecundado el óvulo, y convertido en huevo, inicia su viaje hacia el lugar donde recidirá 9 meses: el interior del útero o matriz. Este viaje dura aproximadamente una semana. Al mismo tiempo que se desplaza el óvulo se transforma, es decir, el huevo inicia su división. Primero se escinde en dos células, cada una de ellas se subdivide en otras dos, y así sucesivamente, hasta que el huevo humano se convierte en un agregado de pequeñas células resultantes de las sucesivas divisiones. El aspecto del conjunto recuerda la fruta llamada mora, de ahí que se le denomine mórula. Al llegar a la cavidad uterina la mórula se transforma en blástula. En el interior de la mórula aparecen sucesivamente dos cavidades, formadas en parte por licuación de algunas de las células, y por emigración de otras hacia la periferia. En este momento el huevo, ya en fase de blástula, toma contacto con la superficie de la cavidad uterina la cual ha sido previamente preparada con objeto de recibirlo. Mientras tanto entre las dos cavidades o vesículas de la blástula, a la que se ha aludido antes, se forma el llamado disco embrionario, constituido por tres capas o células (hojas blastodérmicas), de las cuales derivarán todos los tejidos del niño. Así, del

ectodermo se originará el tejido nervioso y los tegumentos, del mesodermo el esqueleto, la musculatura, los aparatos renal y circulatorio, etc., y del endodermo el aparato digestivo y sus anexos (hígado, páncreas, bazo, etc.) y también el aparato respiratorio. En el sector opuesto del disco embrionario aparece una tercera cavidad, de un volumen intermedio entre las dos primeras, que se ha formado al final de la segunda semana. Se trata del saco vitelino o lecitocoele. A medida que pasan los días, la vesícula amniótica, que inicialmente era más pequeña, aumenta de tamaño progresivamente, hasta el punto de que tres semanas más tarde habrá rodeado totalmente el disco embrionario y su saco vitelino, y sus paredes se contactaran con las paredes externas de la blastula (corrión), desapareciendo el blastocoele o celoma.

En la cuarta semana el embrión ya está perfectamente individualizado dentro de la cavidad amniótica que lo rodea por completo, a excepción del lugar ocupado por el puente que lo une a la placenta. Este puente o cordón umbilical, se origina a expensas del lecitocoele o saco vitelino, cuya parte más cercana al embrión pasará a formar parte del mismo (intestino primitivo), mientras la más distante dará lugar a la vesícula umbilical que se adhiere a la zona placentaria.

En el curso de esta semana se aprecia ya una zona cefálica y otra posterior, la primera mucho más desarrollada que la segunda. En la región dorsal se transparentan las primeras vértebras, y lateralmente aparecen los primeros esbozos de los miembros.

Aunque de forma muy rudimentaria, hacia el final de esta semana, el embrión empieza a esbozar un primer sistema nervioso y circulatorio, hasta el momento en que un minúsculo corazón empieza a emitir sus latidos.

Al llegar a la quinta semana, el embrión tiene únicamente una longitud de 6 mm. pero a partir de ahora el nuevo ser crece muy rápidamente y aumenta una longitud igual en una sola semana. (Dexeus, 1965).

Su aspecto es el de un renacuajo. Ello se debe a que el crecimiento está más acelerado en los tejidos del dorso que

en los ventrales, donde se implanta el cordón umbilical.

Los esbozos de los miembros son ahora muy claros, especialmente los correspondientes a los brazos, los primeros en individualizarse. La cabeza, debido al arqueamiento general del embrión, aparece como flexionada sobre el vientre. En este momento aun no es posible identificar ningún rasgo facial. El cuerpo del embrión se transforma rápidamente. En el curso de la sexta semana será posible distinguir en su cabeza el esbozo de los ojos, de los oídos y de las fositas olfatorias. La primitiva endidura bucal, se tabica en dos para constituir la boca propiamente dicha y las fosas nasales, que a su vez quedaran separadas entre si gracias al tabique nasal.

El cerebro aumenta rapidamente de dimensiones exagerando aun mas la diferencia de tamaño entre la cabeza y el resto del cuerpo.

El corazon embrionario bombea con fuerza la sangre, no solo la correspondiente al pequeño territorio circulatorio del embrión, sino también la correspondiente a la complicada vascularización placentaria.

Al inicio de la séptima semana, el embrión mide ya dos centímetros, al finalizar la misma habrá ganado otros 5-6 mm. de longitud, y ya no será un embrión, sino un feto.

En el curso de estos siete dias el embrión completa la formación de todas las estructuras primarias, ya que a partir de la octava semana lo único que hará el feto será crecer y perfeccionarse. (Benson, 1980).

El hígado, órgano muy importante para la vida intrauterina, se desarrolla enormemente y forma la sangre del embrión. Esta sangre, como no puede oxigenarse en los pulmones va a la placenta, en donde adquiere oxígeno y deja anhídrido carbónico y otras sustancias de deshecho. La madre se encargará de purificar esta sangre proveniente de la placenta.

Los brazos y piernas se visualizan perfectamente, distinguiéndose ya sus diversas partes. Así es posible observar los pequeños dedos de los pies y de las manos.



En estos momentos el embrión, envuelto en la vesícula amniótica, ha crecido tanto que prácticamente ocupa toda la cavidad uterina, fundiéndose de modo progresivo la llamada decidua o caduca refleja con la caduca verdadera.

A partir de las ocho semanas de la concepción, al producto ya no se le llama embrión, sino feto. Su aspecto es ya claramente humano. El cerebro del niño se recubre de huesos protectores, formándose el craneo. No obstante, estos huesos no se sueldan entre sí, ya que el cerebro no ha adquirido aun su tamaño definitivo, y el craneo debe ser flexible para poder pasar a través del canal del parto. (Beck, 1977)

Se observan primero los párpados y poco después las cejas. Los ojos se mantienen cerrados, gracias a que los párpados están fusionados entre sí. Sólo se abren al llegar el octavo mes de gestación, cuando los globos oculares están perfectamente formados y en disposición de cumplir sus funciones.

Un vello que recibe el nombre de lanugo empieza a extenderse sobre todo el cuerpo, cubriéndoles casi por entero en el curso del quinto mes. Por estas mismas fechas aparece un unto sebáceo, llamado vernix caseosa, segregado por las glándulas sebáceas de la piel, y que se mezcla con las células epidérmicas descamadas. Este cebo protege la piel del niño, evitando que se arrugue o se deteriore al estar en contacto permanente con el agua. Este unto es el responsable de que el niño, al nacer, presente un aspecto grasiento. (Benson, 1980).

Los miembros, tanto superiores como inferiores, adoptan su posición definitiva, dirigiéndose los codos hacia atrás y las rodillas hacia adelante. Puesto que su musculatura se desarrolla rápidamente a partir de los cuatro meses es perfectamente posible que la madre perciba pequeños movimientos fetales. Las uñas aparecen a los 4-5 meses aproximadamente, momento en el que también es posible identificar las huellas digitales.

El sistema circulatorio fetal es cada vez más perfecto. Las cavidades del corazón están perfectamente delimitadas y éste late con fuerza creciente.

Alrededor de la decimocuarta semana ya es posible detectarlo mediante un aparato basado en el efecto Doppler de los ultrasonidos, que los tocólogos de hoy emplean corrientemente. Se comprueba entonces que la velocidad de su corazón es superior al de la madre: 120-160 latidos por minuto. Entre el quinto y el sexto mes ya será posible escuchar el corazón fetal, con el solo uso del estetoscopio.

El sistema nervioso no es aún muy perfecto, pero a medida que pasa el tiempo aumenta la coordinación de los movimientos, indicio de una progresiva maduración nerviosa. Al principio del segundo semestre brazos y piernas se mueven y agitan sin objeto alguno, pero en el transcurso del quinto mes, un día el feto logrará introducir su pulgar en la boca, iniciándose el paulatino aprendizaje de un acto reflejo, fundamental en su vida extrauterina: la succión. (Dexeus, 1974).

El sexo del feto, determinado cromosomalmente desde el instante mismo de la concepción, se diferencia morfológicamente hacia el final del tercer mes, poco después de finalizada la época embrionaria. Durante esta los genitales externos de ambos sexos son iguales, y sólo después de aquella fecha es factible observar rasgos diferenciales. El sexo del feto no admite dudas al iniciarse el cuarto mes. (Anderson, 1979).

En cuanto a la placenta, ésta actúa para el feto como un órgano nutritivo y respirador, es decir, sustituye durante la vida intrauterina a los aparatos digestivo y respiratorio del feto, los cuales, en tanto que éste permanezca en el vientre materno, no pueden funcionar normalmente.

Placenta y feto están unidos mediante el cordón umbilical, en cuyo interior discurren una vena y dos arterias. Las dos arterias llevan la sangre fetal pobre en oxígeno y cargada de desechos a la placenta, mientras que la vena devuelve al feto una sangre arterializada, rica en oxígeno, en anticuerpos, en electrolitos, en vitaminas y en toda clase de principios nutritivos.

Normalmente, el embarazo dura 40 semanas, o lo que es igual,

280 días, a partir del comienzo del último periodo menstrual normal. Expresando esta cifra en meses, puede decirse que el embarazo dura 10 mese lunares de 28 días, o 9 meses solares (de 30 días) y 10 días (Dexeus, 1974).

### 1.2 Embarazo de alto riesgo.

La obstetricia es la rama de la medicina que trata del parto, sus antecedentes y sus secuelas. Por lo tanto, le concierne sobre todo los fenómenos y el tratamiento del embarazo, el parto y el puerperio, tanto en circunstancias normales como anormales.

El objetivo fundamental de la obstetricia es conseguir que cada embarazo finalice en una madre sana y en un niño sano. La obstetricia lucha por reducir al mínimo el número de mujeres y de niños que mueren o que sufren lesiones a consecuencia del proceso reproductor. Otro de sus objetivos consiste en reducir al mínimo las molestias y peligros del embarazo, del parto y del puerperio, de manera que tanto la madre como su hijo estén en perfecto estado de salud, tanto física como mentalmente, al finalizar esta experiencia. Pertenece también a la obstetricia determinar qué número de hijos conviene tener y a qué intervalos para que el bienestar físico y emocional tanto de la madre como de sus hijos sea óptimo. (Hellman, 1973).

En la obstetricia moderna se ha incorporado el concepto de embarazo de alto riesgo para señalar algunos factores que complican el embarazo y hacen que éste represente un riesgo mayor para la madre o el producto.

Este término deriva del adjetivo "alto" que significa elevado, y "riesgo", cuyo significado es la contingencia o proximidad de un daño. Esta entidad se puede definir como la elevada "contingencia" o proximidad de un daño durante la gestación, o bien, la asociación de embarazo con problema de la gestación y/o del parto, que aumenta los peligros para la salud de la madre o su hijo.

Con base en el concepto anterior de embarazo de alto riesgo la población gestante ha sido clasificada en diversos grupos según el riesgo que ofrezca determinada complicación

inherente o asociada al embarazo, y el riesgo que pudiera representar la atención obstétrica, para de acuerdo con esta clasificación, poder ofrecer a la paciente una atención perinatal más especializada y cuidadosa en los casos que representen un riesgo más elevado.

Entre los factores más importantes para considerar que se trata de un embarazo de alto riesgo se tienen los siguientes:

**A.- Factores maternos generales.**

- a) Edad materna.
  - Menor de 16 años.
  - Mayor de 40 años.
- b) Peso al inicio de la gestación.
  - Menor de 45 kilos.
  - Mayor de 90 kilos.
- c) Condición socioeconómica.
  - Embarazo no deseado.
  - Madre soltera.
  - Medio socioeconómico bajo.
- d) Antecedentes obstétricos.
  - Abortos.
  - Partos prematuros.
  - Muertes fetales.
  - Muertes neonatales.
  - Anomalías congénitas
  - Hijos con daño neurológico.
  - Parto operatorio.
  - Trabajo de parto prolongado.

**B.- Patología materna (previa o actual).**

- a) Hipertensión.
- b) Nefropatías.
- c) Cardiopatías.
- d) Enfermedades endocrinas.
- e) Enfermedades infecciosas.
- f) Embarazos prolongados.
- g) Toxicomanías.

**C.- Factores placentarios.**

- a) Implantación anómala de placenta.

**D.- Factores fetales.**

- a) Incompatibilidad al sistema ABO o al factor Rh.
- b) Embarazo múltiple.

Los factores anteriores no son estáticos sino que pueden modificarse durante la gestación y evolución del parto.

En México se considera que aproximadamente del 20 al 25% de todos los embarazos presentan alguno de los factores de alto riesgo antes mencionados, por lo cual se han tomado diversas medidas para disminuir la frecuencia del embarazo de alto riesgo, como:

- a) Comités de planeación familiar.
- b) Consejo genético.
- c) Control prenatal estricto.
- d) Campañas de salud comunitaria.

En algunos hospitales se emplea una hoja para detectar los factores involucrados en el embarazo de alto riesgo, al ingreso de la paciente a la consulta prenatal. La importancia de los datos recabados en dicha hoja radica en descubrir posibles complicaciones al inicio de la gestación, a fin de corregir o disminuir aquellas en el curso del embarazo durante la atención prenatal. (Mondragón, 1986).

### 1.3 Consideraciones acerca del alto riesgo.

El concepto de alto riesgo ha sido estudiado desde diferentes puntos de vista, lo que ocurre en diversas definiciones es que estarán condicionadas por el aspecto principal que las determine de tal suerte que nos encontramos con dos tipos de definición, una clínica desde el punto de vista médico y otra, que sin dejar de lado el aspecto biológico su determinación es fundamentalmente social.

La definición médica habla de que el "recién nacido de alto riesgo" es el niño que por factores prenatales, del parto o postnatales tiene comprometida su integridad biológica en la vida extrauterina, ameritando cuidados especiales por la elevada posibilidad de fallecer o sobrevivir con secuelas en el área psicomotriz.

La conotación social, la encontramos en las tres definiciones de alto riesgo adaptadas por la U.N.I.C.E.F. y la C.E.P.A.L., propuestas por Teodore Tjossem y Eloisa E. de Lorenzo (Nieto, 1987) y que a continuación se dan a conocer:

Alto riesgo establecido.-Comprende aquellos casos con problemas de tipo biológico claramente identificados, que conlleva necesariamente la presencia de grados variables de retardo en el desarrollo. Entra en esta clasificación una serie de alteraciones, biológicas, genéticas y congénitas que afectan la estructura y desarrollo del sistema nervioso central (síndrome de Down, parálisis cerebral, etc.).

Alto riesgo biológico.- Es la ocurrencia de condiciones prenatales, perinatales y aún previos a la concepción que acarrea alta posibilidad o riesgo de retardo a corto o largo plazo que pueden estar determinadas por condiciones biológicas de la madre o el niño (prematurez, Rh negativo, problemas asociados al metabolismo, etc.).

Alto riesgo ambiental o sociocultural.- Se identifica en las condiciones de pobreza y marginalidad y se encuentran frecuentemente relacionados con el alto riesgo biológico. Este grupo representa la gran mayoría de los casos de retardo (anemia, desnutrición, alcoholismo, drogadicción, etc.).

El surgimiento y adopción de definiciones con una marcada connotación social, se debe a que en los últimos años ha crecido considerablemente la población con requerimientos especiales con problemas generados por la marginación y la privación sociocultural, esto se confirma en las estadísticas médicas que señalan: "en los países subdesarrollados como México el 19.5% de todos los niños nacidos vivos presentan probabilidades de riesgo", en contra partida con el 9% de países como E.U. (Rodríguez, 1977).

## CAPITULO II

### 1.- Embarazo planeado y no planeado.

#### 1.1 Planificación familiar.

En la literatura actual se habla de planificación familiar, de paternidad responsable, de control natal y de varios conceptos similares que aunque se usan muchas veces indistintamente, encierran significados diferentes.

El concepto de paternidad responsable no hace ninguna alusión al planteamiento de los nacimientos, sino que parece referirse exclusivamente a la responsabilidad que deben adquirir los padres frente a sus hijos en cuanto a la educación, cariño, alimentación, etc. (Dyckhoff, 1976).

Por otra parte, el termino de control natal, se refiere al nacimiento de los niños y no a su concepción, lo cual incluye el aborto como método de control.

Cabe aclarar que el control de la natalidad se presenta como objetivo de la nueva política demográfica, más no como procedimiento, ya que esto se logrará por medio de la planificación familiar, dándole a cada pareja la posibilidad de "controlar la concepción".

Como se mencionó anteriormente, la planificación familiar implica el control de la concepción. Para lograr este objetivo existen una serie de métodos que pueden clasificarse de la siguiente manera:

-Mecánicos: preservativo, diafragma, dispositivo intrauterino (DIU).

-Químicos: espuma, jalea, óvulos, cremas, inyecciones, píldoras.

-Quirúrgicos: vasectomía, OTB.

-Físicos: celibato, ritmo, coito interrumpido.

Estos métodos, a excepción de los mencionados como físicos, impiden la concepción permitiendo la relación sexual intergenital completa, por lo que se llaman "métodos anticonceptivos".

El aborto no se menciona debido a que no es un método que evite la concepción, sino que se lleva a cabo después de esta.

A continuación se da una breve descripción de los métodos anticonceptivos que se utilizan en la actualidad con mayor frecuencia.

**-Métodos mecánicos:**

-El condón o preservativo es una funda, por lo general de goma sintética, que se usa ajustada sobre el órgano sexual masculino.

Debido a que el condón impide que los espermatozoides penetren en el cuerpo de la mujer es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces. La única desventaja que presenta es que algunas parejas encuentran que malogra la plena satisfacción de la relación sexual.

-El diafragma vaginal es una especie de taza poco profunda, de caucho natural o goma sintética diseñada para cubrir el cuello del útero e impedir la entrada de los espermatozoides. Siempre se usa una pomada o crema al introducir el diafragma que a la vez que facilita la colocación, es espermaticida. El diafragma tiene que colocarse antes del acto sexual y no retirarse hasta por lo menos 6 horas después. Siempre se corre el riesgo que durante el coito el diafragma se mueva y no cumpla su función.

-El DIU o dispositivo intrauterino es un dispositivo que se inserta en el útero para impedir la concepción según una teoría, ya que otra postula que el DIU promueve movimientos musculares que obligan al óvulo a pasar al útero antes de estar listo para ser implantado, o sea que en alguna forma impide que las paredes del útero reciban al óvulo esté o no fecundado.



Los DIUs pueden ser de formas, medidas y materiales diferentes. Los más conocidos son el espiral, el 7 de cobre y el moño. Tienen la ventaja de que se insertan con facilidad y en poco tiempo, además de que pueden permanecer muchos años en su lugar, pues no parecen tener efectos perniciosos. Las desventajas que presentan generalmente son cólicos en las primeras menstruaciones, llegando a ser tan fuertes algunas veces que es necesario retirar el dispositivo.

**-Métodos químicos:**

-Espumas, jaleas, óvulos y cremas. Estos métodos son preparaciones químicas que actúan matando o inmovilizando a los espermatozoides por contacto y formando una barrera que impide que los espermatozoides sobrevivientes lleguen al óvulo. De estos métodos el más eficaz es la espuma en aerosol.

-La píldora es un producto químico que agrega una pequeña dosis diaria de estrógeno y progesterona sintéticos a las hormonas que produce el cuerpo. El resultado es un equilibrio hormonal que solo ocurriría después de comenzado el embarazo, pues cuando ocurre la preñez se siguen produciendo estas hormonas que impiden la liberación de otro óvulo hasta después del nacimiento del bebé siempre que se ha tomado bajo vigilancia médica, la píldora ha resultado ser uno de los mejores métodos anticonceptivos, que de tener que recordar tomarla durante 21 días consecutivos, no requiere equipo ni perturba la espontaneidad de las relaciones sexuales. Por otra parte están los efectos secundarios que tendrán que ser atendidos por el médico en caso de que aparezcan.

**-Métodos quirúrgicos:**

-La esterilización. En la mujer consiste en el ligamento de las trompas de falopio al cual se le conoce como OTB, y en el hombre en el ligamento de los conductos seminales que se conocen con el nombre de vasectomía. La esterilización requiere de una intervención quirúrgica, la cual es reversible.

**-Metodos fisicos:**

-El ritmo se basa en el hecho de que el óvulo que produce la mujer una vez al mes se mantiene vivo solo durante un periodo no mayor de 24 horas en el cual puede ser fecundado por un espermatozoide tomando en cuenta que este último puede vivir 48 horas. Implica la abstención de las relaciones sexuales en las 72 horas en las que la fecundación es posible. Pero debido a la dificultad de precisar esos días se tiene que dar un margen de 10 a 15 días de abstención, lo cual muchas veces no se cumple. Aun así, el periodo fértil de la mujer no siempre es constante, lo que hace que sus resultados no siempre sean los deseados. Por otra parte su uso implica cierta tensión en la vida de la pareja.

-El receso o coito interrumpido es una manera de impedir que los espermatozoides penetren en la mujer al retirar el órgano sexual masculino justo antes del orgasmo. La eficacia de este método no es muy alta, ya que cualquier gota que entre lleva miles de espermias. Por otra parte al estar pendiente de los primeros signos del orgasmo produce cierta tensión en la relación impidiendo una satisfacción plena (Ruiz, 1978).

**1.2 Embarazo planeado.**

El planear un embarazo es un proceso complejo en virtud del cual las personas, si lo desean, pueden determinar por sí mismas el momento, los intervalos y el número de hijos que quieren tener (McCalister, 1975).

En la literatura moderna no se encuentra el término de "embarazo planeado" como tal, sino que se encuentra más comúnmente el término de "planificación familiar", ya que este último pretende fortalecer la imagen de la familia como base de la sociedad. Por lo tanto, se entiende que la planificación familiar es el derecho y privilegio que tiene la pareja humana para procurar las mejores condiciones de vida para su familia; una de cuyas bases principales es decidir, de común acuerdo y según su propio y libre albedrío, el número de hijos y la frecuencia con que los han de

procrear; y utilizar, al efecto, los medios médicos adecuados para la regulación temporal de la fertilidad, en forma espontánea, libre, ética, amorosa y digna. Para proteger así la salud de la madre y atender, abastecer, educar, amar y mejor a los hijos; logrando la mejor consolidación y aprovechamiento de los recursos económicos del hogar (S.S.A., 1976).

### 1.3 Embarazo no planeado.

Parece haber amplio acuerdo sobre el hecho de que la "concepción no planeada" no significa necesariamente que la concepción sea "indeseada". Mayor peligro puede haber en la confusión de los términos "concepción accidental" y "concepción indeseada". Los demógrafos han usado el término "accidental" para describir una concepción que tiene lugar mientras se practica la anticoncepción. De acuerdo con esta definición, una mujer que definitivamente no desea concebir pero que se embaraza mientras no usaba anticonceptivos, no tiene una concepción "accidental" aunque sí puede ser una "no deseada". Y una mujer que practica la anticoncepción para posponer una concepción que quiere tener después de unos meses, puede tener una "accidental" que muchos dudarian en llamar "indeseada".

En vista de la aplicación de este concepto por los demógrafos, quizás se pueda evitar la confusión no usando el término "accidental" o haciéndolo solo cuando su definición: "concepción que ocurre mientras se practica la anticoncepción" sea clara para todos (Pohlman, 1974).

### 1.4 Embarazo deseado y embarazo no deseado.

La razón principal y más frecuente por la que se desea un embarazo es el deseo de tener un hijo. Sin embargo las razones que se mencionarán a continuación tienen por objeto analizar diferentes factores, muchas veces inconcientes, que intervienen en este deseo.

Pohlman (1974) cita una serie de investigaciones en las que se estudiaron varios factores que intervienen en el deseo de una mujer de embarazarse.

Se ha visto que algunos motivos para desear el embarazo

tienen poco que ver con el deseo de tener un hijo. Hay mujeres que actúan como si quisieran tener un vientre "lleno" todo el tiempo, (Meyer, 1963) y otras parecen sentirse mejor cuando están preñadas.

Algunas de las explicaciones que se dan a este hecho son las siguientes:

-La preñez puede ser un medio para hacerse notar inmediatamente, además de que despierta ternura y amabilidad en las demás personas; de esta manera puede satisfacer los sentimientos de inseguridad y olvido de una mujer.

-Para algunas mujeres el embarazo representa una mejoría en sus relaciones con el esposo, tanto sexuales como matrimoniales, ya que él se preocupa más por ella y la conciente.

-Otra explicación es la pérdida de un objeto de amor que causa depresión en la mujer por lo que ella se embaraza para sustituir ese vacío y eliminar su depresión.

-Otra consiste en que a través del embarazo se demuestra que ya se es mujer y que socialmente se está preparada para el matrimonio y la función de madre.

-Según los psicoanalistas la preñez tiene un gran significado simbólico -la mujer se identifica con el feto, lo ve como el crecimiento de su ego- lo cual puede ser gratificante.

Otras razones que tienen fuerza para algunas mujeres que solamente ven el embarazo como una solución a sus problemas, son:

-Para "pescar" a un hombre u obligarlo a que se case.

-Para retener a un marido que pretende abandonar el hogar.

-Para mostrar hostilidad a los padres, para independizarse de ellos.

-Para conseguir permiso de un matrimonio.

-Por necesidades masoquistas.

Obviamente la presencia de cualquiera de estos factores envuelve con frecuencia una serie de trágicas consecuencias tanto para los padres como para los hijos (Dyckhoff, 1976).

El problema del niño no deseado no es exclusivo de la madre soltera, ocurre muy frecuentemente en las mujeres casadas que tienen ya varios hijos y que sufren problemas económicos, conyugales y sociales.

El niño no deseado es rechazado emocionalmente y no recibe las atenciones necesarias; así, tiene que crecer con la carencia del factor indispensable para su buen desarrollo: el amor. Dicha carencia producirá profundos y dolorosos conflictos emocionales, angustias y desajustes sociales, en la edad adulta (S.S.A., 1976).

#### 1.5 Puntos de vista sobre la planeación familiar.

##### 1.-Punto de vista biológico.

Desde el punto de vista biológico, se puede observar la importancia que adquiere para la salud tanto de la madre como del hijo, ya que al no existir una planeación e información adecuada se corren los riesgos de malformaciones, tanto físicas como mentales para el producto; así como una lesión que impida a la madre volver a procrear, o en caso extremo, provocar la muerte de uno u otro, o de ambos.

Con los grandes adelantos en genética en los últimos años, es cada vez más fácil identificar la carga genética en grupos de población y calcular los riesgos de esta naturaleza en las parejas antes y después de su matrimonio. Por ejemplo, se les puede informar acerca de la magnitud del riesgo para su prole de ciertos trastornos genéticos o devolver la confianza al señalarles que es mínimo, si este es el caso. Cuando se identifican los riesgos, las técnicas de planificación familiar pueden utilizarse para prevenir el nacimiento de niños con posibles defectos.

Aunque la edad de los padres y el orden de nacimiento son factores que generalmente no se consideran dentro del ámbito de la asesoría genética, es muy importante proveer la edad materna en el momento del nacimiento a fin de reducir al

maximo la incidencia de ciertas enfermedades genéticas, como el síndrome de Down, que según se ha demostrado aumenta con la edad. Con un orden de nacimientos más elevado, se plantea un problema genéticamente determinado, por ejemplo, la eritoblastosis debida a la insoinmunización del Rh, la cual aumenta del segundo nacimiento en adelante.

## 2.-Punto de vista cultural.

La sociedad se encuentra dividida de acuerdo a los egresos económicos que se perciben en cada familia, lo que conlleva a que las posibilidades de educación sean diferentes; esto hace que una pareja, con una posición económica y educativa alta tenga más acceso a la información de planeación familiar, y no solo por su posición social, sino que esto mismo hace que derive una aceptación más activa de la mujer en la toma de decisiones. Afortunadamente cada vez se han hecho más campañas de información acerca de la planeación familiar, llegando a los sectores "populares".

Estas campañas tienen por objetivo, aparte del de informar, reducir los índices de natalidad, así como los de mortalidad tanto de la madre como del hijo; crear conciencia para una paternidad responsable y así poder tomar la decisión de en que momento y cuantos hijos tener para poder darles lo mejor.

## 3.-Punto de vista psicologico.

En la actualidad existen muchas parejas con la idea tradicional del matrimonio: la mujer atiende el hogar y a los hijos que se tengan y el hombre trabaja para solventar gastos y tomar las decisiones. En un porcentaje menor existen parejas en donde la mujer trabaja también, pero no por un desarrollo y superación personal, sino por la necesidad de darles a los hijos y a ella misma una seguridad económica que, en la mayoría de los casos, el esposo no alcanza a cubrir.

Por este motivo existen dos tipos de mujeres que desean regular su fecundidad: las que lo hacen como un acto de responsabilidad frente a la irresponsabilidad del marido y las que lo hacen a partir de una decisión conyugal.

Por otra parte, para la mujer, el hecho de poder llevar a cabo un tratamiento anticonceptivo bajo vigilancia médica

significa un gran avance en su seguridad tanto física como psicológica (Estrada, 1974).

En México, la primer clínica que realizó un programa de planificación familiar fue la Asociación Pro-Salud Maternal, institución dependiente de una asociación civil, fundada en 1954 y dedicada principalmente a la planeación familiar, pero también atiende a la población femenina con otro tipo de padecimientos ginecológicos; lleva a cabo también un programa muy complejo de educación sexual, que se proporciona a la pareja y que permite una aceptación consciente de los métodos anticonceptivos. Asisten a esta clínica pacientes de diferentes estratos sociales, a quienes se les hace un estudio social para fijarles una cuota de recuperación.

Conjuntando lo anteriormente dicho, se llega a la conclusión de que aún queda mucho terreno por cubrir en el ámbito perinatal a nivel psicológico, ya que los factores que intervienen para planear un embarazo, no son de tipo psicológico, sino más bien son factores ajustados a la tradición cultural de una sociedad que apenas empieza a conocer y aceptar que para procrear un nuevo ser no sólo se debe tener una base económica y una pareja estable, sino también tener una aceptación a nivel individual, de pareja y cuestionarse lo que implica tener un hijo, partiendo de él porqué y para qué se desea tenerlo, y consecuentemente los cambios (limitaciones o sustituciones) en las actividades que como individuo y pareja tendrán que efectuar, si se desea tener un hijo con buena salud física, psicológica y aun social.

### CAPITULO III

#### 1.- Reacciones emocionales en el embarazo.

Las reacciones emocionales durante el embarazo, pueden ser provocadas por muy diversos factores, como pueden ser los culturales, sociales, económicos, familiares, etc.; durante una experiencia emocional profunda el organismo reacciona de distintas maneras:

- Ocurren cambios en la resistencia eléctrica de la piel. A esto generalmente se le denomina respuesta galvánica cutánea, o simplemente, R.G.C. Se mide por medio de electrodos que son colocados en la palma de las manos.
  - Se eleva la presión arterial y el volumen sanguíneo de varios órganos se altera.
  - Aumenta la frecuencia cardíaca, y en casos excepcionales, el individuo puede experimentar agudos dolores alrededor del corazón.
  - La respiración se hace más rápida.
  - Las pupilas se dilatan de manera que entra más luz a la retina.
  - La secreción salival disminuye, y por lo tanto existe sequedad de la garganta y de la boca.
  - Se presenta respuesta pilomotoria. Esta respuesta es conocida generalmente con el nombre de "carne de gallina".
  - La motilidad del aparato digestivo disminuye o cesa por completo.
  - Los músculos se ponen tensos y tiemblan.
  - La composición de la sangre cambia. El cambio más notable es la elevación del azúcar sanguíneo.
- Además de estas alteraciones fisiológicas, se secreta



adrenalina a la sangre por la médula suprarrenal, que es la parte no endócrina de las glándulas suprarrenales. La adrenalina eleva el azúcar de la sangre, la coagula más rápidamente y aumenta la presión arterial (Whittaker, 1977).

Es probable que casi todas las mujeres experimentan malestares emocionales durante el embarazo, incluida una posible ambivalencia afectiva hacia el embarazo en sí. Aún embarazada, la mujer continúa experimentando las alegrías, tristezas y ocasionales tragedias de la vida diaria, pero la mayoría de los bebés nacen sanos y normales porque sus madres pueden superar estas situaciones emocionales sin prejuicio, ni para ellas ni para el desarrollo del niño que llevan en su vientre (Annis, 1982).

Decir que el estado emocional de la madre puede influir sobre el feto, no significa alentar el primitivo concepto, acerca de que las impresiones que recibe la madre influyen sobre el desarrollo prenatal. Los sistemas sanguíneos de madre e hijo se encuentran separados, pero es incorrecto suponer que no existe relación alguna entre los sistemas nerviosos de ambos (Montagu, 1962); a veces, cuando la madre experimenta intensas emociones de miedo, de ira, o de ansiedad, el sistema nervioso libera ciertas sustancias químicas en la corriente sanguínea, junto con hormonas que secretan las glándulas endócrinas, en tanto que también se modifica el metabolismo de las células corporales. Como consecuencia, cambia la composición de la sangre y se transmiten nuevas sustancias al sistema circulatorio del feto a través de la barrera placentaria, produciéndose un equilibrio hormonal anómalo.

De este modo, no son las experiencias e impresiones maternas las que se transmiten al feto sino modificaciones químicas bastante notorias. El efecto de estas modificaciones químicas sobre el niño depende del período del embarazo en el que ocurren: al inicio de la gestación, la tensión emocional extrema puede producir anomalías físicas. Cuando la madre está perturbada, desde el punto de vista emocional, los movimientos fetales aumentan en un porcentaje muy elevado (Annis, 1982).

En el embarazo humano, las emociones y el comportamiento

pueden cambiar de manera tan acusada como la forma del cuerpo. Las tendencias básicas continúan siendo las mismas, pero, a veces, son de esperar variaciones y exageraciones del comportamiento anterior. Son diversas las razones que contribuyen a ello. En primer lugar, la gestante se halla sometida a la influencia de diversas hormonas reproductoras que no le afectaban antes de quedar en tal estado. Muchas mujeres (y también sus maridos) saben ya por experiencia directa que las variaciones hormonales del ciclo menstrual pueden ejercer un acusado efecto sobre el comportamiento.

Con el embarazo se producen también cambios en el comportamiento diario, y estos cambios pueden originar tensión. La futura madre está aprendiendo a desempeñar su nuevo papel social que implica una notable dependencia. Su papel es ahora por completo distinto del de la soltera o, incluso la casada que se ha ganado la vida en un trabajo al que ha podido dedicar la mayor parte de sus energías. Una mujer en fase avanzada de embarazo o la que tiene que cuidar a un recién nacido no puede ganarse la vida fácilmente sin correr el riesgo de un posible daño para el niño (Martin, 1978).

Las influencias sobre el resultado del embarazo y del parto comienzan en el mismo momento de la concepción de la propia madre. Los genes que ella hereda de sus padres, su propio desarrollo dentro del útero, acompañado de todos sus complicados cambios, los riesgos de su venida al mundo, sus experiencias biológicas y sociales durante la infancia, la niñez y la adolescencia, todo esto forma la base de su salud física y mental en la edad adulta.

También existen muchos otros factores, como el lugar donde habita, la gente con quien convive, su nivel social y económico, todos estos detalles afectan, entre otras cosas, a su experiencia de embarazo, dar a luz y criar a sus propios hijos.

Para los psicoanalistas, así como para muchos hombres y mujeres, el embarazo señala una etapa esencial en el proceso de maduración desde la niñez hasta la plenitud de la vida adulta. Grete Bibring ha descrito el embarazo y el parto como una etapa, en la vida de una mujer, parecida a la de la pubertad y a la de la menopausia. (Citado en Macy y Falkner, 1980).

También el psicoanálisis ha interpretado de dos maneras el papel que un embarazo normal juega en la vida de una mujer. Una interpretación se basa en el concepto del embarazo como crisis, es decir un estado de salud anormal que, sólo tras algún tiempo después del embarazo, recupera la normalidad. El otro punto de vista es que el embarazo y el parto forman parte del desarrollo completo normal de la mujer.

Como apoyo a la primera teoría, una serie de investigadores han presentado pruebas que indican un aumento de tendencia neurótica en las mujeres embarazadas. En un estudio realizado por F. A. Chapple y W. D. Furneaux, citados por Macfarlane (1985) se aplicó un test a unas mujeres en dos momentos del embarazo, sobre una escala de introversión-extroversión y sobre una escala neurótica. Descubrieron que, al avanzar el embarazo, las mujeres introvertidas tendían a volverse más neuroticas, las extrovertidas menos neuroticas, y sacaron la conclusión de que el embarazo actúa en forma de una tensión no determinada, y que la reacción de las mujeres varía de acuerdo con la personalidad de cada una.

La idea de que el nacimiento de un niño es una etapa normal en el desarrollo de la mujer está claramente expuesta por Dana Breen: "Aquellas mujeres que mejor se han adaptado al hecho de estar embarazadas son las que han estado menos esclavizadas en cuanto a la experiencia, cuya valoración de sí mismas y del prójimo esta más diferenciada, es más abierta, no aspiran a ser la madre perfecta y desinteresada, que quizás intuyeron tampoco fué su propia madre, pero que son capaces de evocar una imagen materna con la que ellas se sienten identificadas, y no se ven como pasivas, como el estereotipo cultural de la femineidad" (Macfarlane, 1985).

A través de estudios con mujeres embarazadas se ha señalado que entre las alteraciones emocionales más frecuentes se encuentran las siguientes:

- Ansiedad en relación a su estado, a su esposo y hacia otros miembros de la familia (Hamilton, 1955; Bibring, 1959; Blum, 1980).
- Depresión (Hall y Mohr, 1933; Elliot, 1983; Riffaterre 1965).

- Regresión y dependencia (Benedeck, 1959; Hamilton, 1955; Wenner, 1966).
- Interés corporal (Zuckerber, 1972; Fisher, 1970).
- Resentimiento, sensibilidad y labilidad emocional (Hoock y Marcks, 1962; Caplan, 1960; Benedeck, 1959b; Ayres, 1980).
- Estado de ánimo oscilante (Klein, Porter y Dyck, 1950; Blum, 1980).
- Variación en el deseo sexual (Erikson 1967; Masters y Johnson, 1966).
- Preocupaciones económicas por empleo o por el estado de salud del bebé, por la fecha del parto (Hurt y Strousse, 1938; Landis y Landis, 1958; Proffenber, 1950).
- En general, aumento de cambios emocionales más benignos contra la disminución en las reacciones más severas (Kane, Lippit, Ewing, 1962; Dugh, Jarath, Schmidt y Reed, 1983).

Otros aspectos importantes que se han considerado, es la temporalidad, esto es, que las etapas del embarazo están marcadas por ciertas características. Así, se han identificado tres etapas (trimestres). El primero se caracteriza por los síntomas físicos, como la fatiga, la náusea, vómito, pérdida de apetito, así como posible depresión, dolores de cabeza, disminución de apetito sexual, ansiedad e irritabilidad, suspensión de la menstruación; lo importante de ésta etapa, es que la mujer embarazada intenta adaptarse a estos cambios.

En el segundo trimestre se identifica y adapta, en el mejor de los casos, con su condición (Langer, 1964), inclusive demuestra más entusiasmo por el embarazo (Grimm, 1961); se presentan menos síntomas somáticos, ya que se identifica más consigo misma, debido también a cambios físicos más evidentes.

En el tercer trimestre aparecen nuevamente ansiedades y temores, aumenta la tensión hacia el parto (Grimm, 1961); se enfrenta nuevamente a la fatiga, depresión, ansiedad,

insomnio y desajuste emocional (Hamilton, 1955); empieza a preocuparse por el estado del bebé, sobre posibles mal formaciones (Valderrama, 1988).

En otras investigaciones en relación a los aspectos emocionales en el embarazo, se encontró que, en lo que se refiere a la ansiedad y la depresión ambos resultan factores asociados a complicaciones obstétricas, llegando a provocar partos anormales o quizá un prolongado tiempo de labor de parto; por ejemplo en un estudio en el que se seleccionó láminas del Test de Apercepción Temática (TAT), se encontró un síndrome de alienación entre las mujeres con complicaciones obstétricas y labor de parto, en tanto que el egocentrismo, pesimismo, hostilidad, resentimiento, estuvo acompañado de pesimismo con relación al futuro del niño, (Davis y DeVault, 1960) es decir, que existe una relación directa entre la agostia exteriorizada y oculta, con la duración del parto, entre los dolores físicos durante el embarazo y la ansiedad manifiesta. De manera que las mujeres que durante el embarazo sienten angustia y están más preocupadas acerca del curso de su gestación, son con frecuencia las más propicias para que sus hijos corran riesgos al nacimiento.

Por otra parte, las alteraciones emocionales durante el embarazo han sido asociadas a factores de índole psicosocial, tales como el estrés de la vida, ansiedad y apoyo social, habiendo sido abordados desde este punto de vista los estudios realizados por Davis y DeVault (1962), Davis, DeVault y Talmadge (1962), Gorsuch y Key (1974), Norbeck y Tilder (1980) y Peterson (1983). De manera que la depresión, la ansiedad e inclusive la autoestima son variables del estado emocional patentes en el estado de embarazo, los cuales al exacerbarse afectan la adaptación al mismo, debido a que la seguridad económica, las circunstancias adversas y la incompatibilidad sexual y social con la pareja no se encuentran en un nivel óptimo (Despress, 1987, citado en Calderón, 1989).

Sacks B. y Frank J. (1985), realizaron un estudio con 20 mujeres embarazadas que no tenían una historia de desórdenes psiquiátricos, pertenecientes en su gran mayoría a la raza blanca, donde 5 eran multiparas, 15 primiparas, 3 no casadas y el resto con pareja. Los resultados mostraron que el 60% de

las mujeres representaron ansiedad, tristeza y melancolía durante las 26 primeras semanas del embarazo y en las 6 semanas después del parto.

Por su parte Kumar y Key (1984) realizaron un estudio con 119 primiparas, quienes se encontraban en las 12-14 semanas de embarazo, todas ellas casadas o por lo menos con una relación estable, habiendo sido entrevistadas en varios intervalos de su embarazo, con un seguimiento de 4 años al nacimiento del producto, utilizando una entrevista clínica semi-estructurada usada por Goldberg (1970); tal estudio indicó que el 16%, es decir, 19 casos presentaron depresión, con alta incidencia significativa en el primer trimestre del embarazo.

## CAPITULO IV

### METODOLOGIA

#### 1.-Pregunta de investigación.

- Existen diferentes reacciones emocionales ante el embarazo de alto riesgo planeado y el embarazo de alto riesgo no planeado?

#### 2.-Hipótesis.

- Conceptual: "El embarazo constituye un episodio normal de la vida procreativa, pero se ha observado que a pesar de ser un embarazo normal, existen una serie de trastornos, dificultades y angustias que obedecen a una serie de circunstancias como los cambios físicos, psicológicos, sociales, familiares y culturales" (Deutsch, 1945).
- Trabajo: Habrá diferencias en las reacciones emocionales en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
- Alternativa 1: Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
- Nula 1: No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
- Alternativa 2: Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad-estado en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
- Nula 2: No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad-estado en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
- Alternativa 3: Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad-rasgo en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
- Nula 3: No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad-rasgo en

- mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
- Alternativa 4: Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de alteración mental en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
  - Nula 4: No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de alteración mental en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
  - Alternativa 5: Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles del Yo crítico en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
  - Nula 5: No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles del Yo crítico en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
  - Alternativa 6: Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Falso-Verdadero en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
  - Nula 6: No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Falso-Verdadero en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
  - Alternativa 7: Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Conflicto Neto en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
  - Nula 7: No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Conflicto Neto en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
  - Alternativa 8: Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Conflicto Total en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
  - Nula 8: No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Conflicto Total en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
  - Alternativa 9: Existen diferencias estadísticamente



- significativas en los niveles del Puntaje Total en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
- Nula 9: No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles del Puntaje Total en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
  - Alterna 10: Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Identidad en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
  - Nula 10: No existen diferencias estadísticamente significativa en los niveles de Identidad en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
  - Alterna 11: Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Autosatisfacción en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
  - Nula 11: No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Autosatisfacción en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
  - Alterna 12: Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Comportamiento en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
  - Nula 12: No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Comportamiento en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
  - Alterna 13: Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles del Yo Físico en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
  - Nula 13: No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles del Yo Físico en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
  - Alterna 14: Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles del Yo Ético-moral en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.

- Nula 14: No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles del Yo Ético-moral en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
- Alternativa 15: Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles del Yo Personal en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
- Nula 15: No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles del Yo Personal en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
- Alternativa 16: Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles del Yo Familiar en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
- Nula 16: No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles del Yo Familiar en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
- Alternativa 17: Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles del Yo Social en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.
- Nula 17: No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles del Yo Social en mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.

### 3.-Variables.

- Independientes: a) Embarazo planeado.
- b) Embarazo no planeado.

Definición de embarazo planeado.

a) Conceptual: "Es el complejo proceso en virtud del cual las personas, si lo desean, pueden determinar por sí mismas el momento, los intervalos y el número de hijos que quieren tener" (McCalister, 1975).

b) Operacional: Será cuando el embarazo haya sido deseado y sin haber estado usando un método anticonceptivo.

Definición de embarazo no planeado.

a) Conceptual: "Concepción que ocurre mientras se practica la anticoncepción" (Pohlman, 1974).

b) Operacional: Será cuando se haya estado usando un método anticonceptivo.

-Dependiente: Reacciones emocionales.

Definición de reacciones emocionales.

- a) Conceptual: "Estado de sentimiento complejo acompañado de actividades características motoras y glandulares o también una conducta compleja en la que predomina un componente visceral" (Genovard, 1980).
- b) Operacional: Probabilidad de que se presenten o no reacciones emocionales en ambos grupos de mujeres con embarazo de alto riesgo planeados o no planeados; tal probabilidad será medida a través de 4 tests que son de uso básico en el INPer., los cuales son el Cuestionario General de Salud (alteración mental), IDARE (ansiedad), Zung (depresión) y Tennessee (autoconcepto).

#### 4.-Sujetos.

Los sujetos participantes fueron 100, 50 eran mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado y 50 eran mujeres con embarazo de alto riesgo planeado.

#### 5.-Muestreo.

La selección de los sujetos se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) debido a que es ahí donde se encuentran concentradas el mayor número de mujeres con embarazo de alto riesgo. La selección fue realizada por medio de un muestreo no probabilístico intencional. No probabilístico ya que no todas las sujetas tuvieron la misma probabilidad de ser elegidas; intencional porque las sujetas fueron las únicas que poseían las características requeridas para la investigación.

-Criterios de inclusión:

- a) Mujeres con embarazo de alto riesgo detectado desde antes de embarazarse o en el primer trimestre.
- b) Mujeres que no hayan pensado en abortar.
- c) Que tengan entre 25 y 35 años.
- d) Mujeres que cursen dentro del primero o segundo trimestre de gestación.
- e) Que no hayan tenido pérdidas (aborto, muerte prematura).

#### 6.-Tipo de estudio.

El tipo de estudio fue descriptivo y transversal. Descriptivo porque se describe el fenómeno en cuanto a su frecuencia, aparición y desarrollo; y transversal porque se realizó en un período determinado del embarazo.

#### 7.-Diseño.

El diseño que se utilizó a lo largo de la investigación fue de dos muestras independientes, ya que se trabajó con

dos grupos del INPer y se compararon entre si con respecto a la variable dependiente.

#### 8 .-Instrumentos.

Los instrumentos utilizados fueron:

Escala de Automedición de la Depresión Zung.

#### Antecedentes.

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

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

#### Construcción y características.

El Zung es un instrumento destinado a medir cuantitativamente la depresión, consta de 20 reactivos, declaraciones que se refieren a características específicas y comunes de la depresión, para cada reactivo existen 4 modalidades de respuesta: "Muy pocas veces", "Algunas veces", "La mayor parte del tiempo" y "Continuamente"; pidiendo a la persona marcar en el cuadro más aplicable a su caso en el momento de hacer la prueba. La calificación en cada una de las modalidades recibe una puntuación diferente que va de 1 a

4, donde el 4 corresponde siempre al mayor índice de patología y el 1 a menor; para obtener la medición de la depresión se suma el puntaje y se convierte a un índice basado en 100 y para considerar un nivel significativo de la depresión se espera que la calificación que se obtenga sea de 64 o más dentro del índice promedio de la automedición de la depresión.

#### Confiabilidad y validez.

La EAMD fue aplicada a 56 pacientes quienes fueron admitidos durante un periodo de 5 meses en un hospital de servicio psiquiátrico con un diagnóstico primero de desórdenes depresivos. Los índices de la EAMD para los 56 pacientes quienes tenían un diagnóstico de los llamados desórdenes depresivos va de 0.38 a 0.90. Sin embargo un giro dentro de esta población estuvo un quienes fueron eventualmente tratados y dados de alta con desórdenes depresivos (D-D) y aquellos quienes fueron tratados y dados de alta con otros desórdenes (O-D). La EAMD indica que para el grupo de de los pacientes tratados y dados de alta antes del tratamiento clasificó de 0.63 a 0.90 con un índice de media de 0.74. Asimismo, también indica para el grupo de pacientes eventualmente tratados y dados de alta con otros desórdenes clasificó de 0.38 a 0.71 con un índice de media de 0.53.

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

Por otra parte, recientemente los doctores William W. K. Zung y Robert E. King (1983), evaluaron en una población de la práctica médica general la utilidad de la escala de automedición de la depresión de Zung, como un instrumento propio para detectar la depresión encubierta; encontrando que la EAMD es un instrumento aceptable para medir la depresión en la práctica médica general, en tanto que hubo un 95% de aceptación de tal escala por los pacientes y un 12% promedio de prevalencia de la depresión basada en los resultados de la EAMD y los criterios del DSM-III para desórdenes mayores de la depresión (Zung, 1965) Ver anexo A .

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

GRUPO	N	MEDIA	T-TEST	P
		EAMD	COMPARACION	
		INDEX	GRUPOS	
1.CONTROL	100	0.33	1 - 2	0.001
2.D-D, atx	31	0.74	1 - 3	0.10
3.D-D, ptx	22	0.39	1 - 4	0.01
4.O-D	25	0.53	2 - 4	0.01

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE).

Antecedentes.

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

Construcción y características.

El desarrollo del IDARE, partió de la idea de considerar que los reactivos con una relación demostrado con otras medidas de la ansiedad serían más útiles en un inventario diseñado para medir tanto la ansiedad-estado como la ansiedad-rasgo. De manera, que con un gran número de reactivos cuyo contenido

tenian comprobado relacion con las escalas de ansiedad-rasgo más ampliamente usadas, fueron reestructuradas permitiendo que cada reactivo fuera utilizado como una medida tanto de ansiedad-estado como de ansiedad-rasgo; obteniendo como resultado una sola escala, el IDARE.

Para elaborarlo se tomaron como base tres escalas de ansiedad, el IPAT, Anxiety Scale (Catell y Chaiver, 1963), el Taylor Manifest Anxiety Scale (IMAS, 1963) y el Welsh Anxiety Scale (1956); con lo que se formó un cuestionario con 177 reactivos que se aplicaron a 298 de estudiantes de un curso de Introducción a la Psicología de la Universidad de Vanderbilt, con correlación de 0.25 o más con cada una de las tres escalas de ansiedad. Estos reactivos fueron alterados en su contenido de tal forma que los reactivos pudieran ser utilizados con distintas instrucciones para medir ambos aspectos, ansiedad-estado y ansiedad-rasgo; se hicieron numerosas aplicaciones de los reactivos eliminando y simplificando, a fin de que se quedaran sólo aquellos que mejor llenaran los criterios establecidos para medir ansiedad-rasgo, según Spielberg, quedando al final 20 reactivos para cada escala.

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

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

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

### Confiabilidad y validez.

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

En lo que respecta a la validez del IDARE, se requirió que los reactivos individuales llenaran los criterios de validez prescritos para la ansiedad-estado y para la ansiedad-rasgo, en cada una de las etapas del proceso de construcción del inventario, de tal forma que se pudiera conservar la evaluación y validación; por lo que se obtuvo una validez concurrente a través de las correlaciones de la escala de ansiedad IPAT (Catell y Cheiver, 1963) la Escala de Ansiedad Manifiesta (IMAS) de Taylor (1963) y la lista de adjetivos de Zuckerman (AACL), (1966) (Spielberg, 1975). Ver anexo B.

### CONFIABILIDAD TEST-RETEST DEL IDARE PARA UNIVERSITARIOS NO GRADUADOS.

LAPSO:	T/R 1 HORA		T/R 20 DIAS		T/R 104 DIAS	
	N	r	N	r	N	r
<b>A-RASGO</b>						
VARONES	88	.84	38	.86	25	.73
MUJERES	109	.76	75	.76	22	.77
<b>A-ESTADO</b>						
VARONES	88	.33	38	.54	25	.33
MUJERES	109	.16	75	.27	22	.31



**CORRELACIONES ENTRE LA ESCALA A-RASGO DEL IDARE Y OTRAS MEDIDAS DE LA ANSIEDAD-RASGO.**

ESCALA DE ANSIEDAD	MUJERES UNIVERSITARIAS (N=126)			VARONES UNIVERSITARIOS (N=80)			PACIENTES N (N=66)	
	IDARE	IPAT	TMAS	IDARE	IPAT	TMAS	IDARE	IPAT
IPAT	.75			.76			.77	
TMAS	.80	.85		.79	.73		.83	.84
AACL	.52	.57	.53	.58	.51	.41		

\* N= 112 PARA LA CORRELACION ENTRE EL IDARE Y EL IPAT.

**Cuestionario General de Salud (C.G.S.).**

El Cuestionario General de Salud de Goldberg (1984), es un instrumento autoaplicable, diseñado para la detección o identificación de pacientes que presentan alteración mental y ameritan tratamiento especializado. Por la forma como está estructurado, permite valorar el desorden psiquiátrico en el momento en que se contesta, es decir, proporciona información acerca del estado mental actual del paciente y del grado de severidad de su padecimiento, de manera que la calificación (puntaje) es alta si el cuestionario se contesta durante el periodo de enfermedad, pero es baja si se contesta en un periodo de salud. Por lo tanto, el cuestionario no es una medida de atributos duraderos ni evalúa la posibilidad de recaída en el futuro.

En México se han realizado varios estudios con el propósito de probar su sensibilidad (proporción de casos correctamente identificados por una prueba) y la especificidad (proporción

de casos normales correctamente identificados al mismo tiempo) que posee en distintas poblaciones. La sensibilidad y la especificidad encontradas oscilaron entre el 72% y el 78%. El cuestionario fue eficaz para la detección de dos terceras partes de los pacientes; la tasa de error reportada fue similar a la reportada en otros países, esto es, aceptable para un instrumento autoaplicable que si bien no pretende sustituir al juicio clínico, puede proporcionar información útil en un primer nivel de detección.

En un estudio posterior (Medina-Mora M.E., et al, 1983) se desarrollo una forma breve con escalas del C.G.S.; los datos obtenidos en el hospital privados fueron sometidos a un análisis de factores con rotación varimax. De este análisis pudieron derivarse dos versiones del cuestionario: una con 6 escalas de 5 reactivos cada una, y otra con 4 escalas de 7 reactivos, ambas con niveles de sensibilidad especificidad similares a la versión de 60 reactivos. Las escalas permitieron conceptualizar las principales áreas que intenta medir el cuestionario; estas son: la de síntomas somáticos, que abarca síntomas como dolores de cabeza y sensación de estar enfermo; la de trastornos en el sueño que explora síntomas relacionados con dificultades para dormir, insomnios, pesadillas, etc.; la inadecuación social, que abarca aspectos relacionados con la autopercepción, los sentimientos de devaluación y las relaciones interpersonales; la de ansiedad, que explora temores irracionales hacia el miedo, preocupaciones e inseguridad; y finalmente, el área de depresión con ideas suicidas, que intenta medir síntomas de depresión severa, deseos e ideas de quitarse la vida, etc.

La correlación de las escalas de 30 reactivos en relación con la versión de 60 reactivos, es de .97 y .94 respectivamente. Al analizar la sensibilidad y especificidad como se menciona anteriormente se encontró que no había diferencias significativas.

Tomando en cuenta lo anterior se utilizó para la presente investigación la versión de 30 reactivos por su claridad y rapidez de aplicación en un primer nivel de detección.

Aunque su validez ha sido demostrada (Goldberg, 1972, 1978), existe la necesidad de revalidar y recalibrar el Cuestionario General de Salud cuando se utiliza en lugares diferentes o en

poblaciones con distintas características (Tarnopolsky y cols., 1979) dado que su efectividad como prueba de tamizado puede variar de acuerdo a la población que haya sido identificada, con la forma de presentar las preguntas y con la prevalencia total de trastornos en una población específica como es el caso de mujeres embarazadas.

Validez.

Para obtener la validez se hizo un análisis de los componentes principales y después se realizó una rotación varimax. En este análisis se obtuvieron 8 componentes con un valor Eigen mayor o igual a 1, que explica el 62.3% de la varianza total acumulada.

ANALISIS DE LOS COMPONENTES DEL CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD.

FACTOR	VALOR EIGEN	VARIANZA QUE EXPLICA (%)	VARIANZA ACUMULADA (%)
1	5.57845	18.6	18.6
2	2.68268	8.9	27.5
3	2.59887	8.7	36.2
4	1.98130	6.6	42.8
5	1.80325	6.0	48.8
6	1.50424	5.0	53.8
7	1.35671	4.5	58.4
8	1.18150	3.9	62.3

Después de la rotación los factores pudieron conceptualizarse fácilmente dado que pesaban más reactivos en cada uno de ellos. Tomando los reactivos que obtuvieron mayores pesos en cada factor fué posible constituir 8 escalas (.44).

De acuerdo a los contenidos de los ítems se definieron y conceptualizaron los factores que intenta medir el cuestionario:

FACTOR I: Enfermedad general.-Abarca aspectos relacionados con la sensación o percepción de estar enfermo.

FACTOR II: Transtornos de sueño.- Explora síntomas relacionados con la dificultad para dormir, insomnio, pesadillas, etc.

FACTOR III: Inadecuación social.- Abarca aspectos relacionados con la autopercepción, sentimientos de autodevaluación y relaciones interpersonales.

FACTOR IV: Ansiedad.- Explora temores irracionales hacia el medio, preocupaciones e inseguridad.

FACTOR V: Depresión leve.- Explora elementos relacionados al autoconcepto, fatiga y apatía.

FACTOR VI: Ideación suicida.- Incluye deseos e ideas de quitarse la vida.

FACTOR VII: Síntomas somáticos.- Abarca síntomas como alergia y dolores de cabeza.

FACTOR VIII: Depresión.- Intenta medir síntomas de depresión severa, miedos y angustias.

Confiabilidad.

Para obtener la confiabilidad del Cuestionario General de Salud se aplicó el coeficiente Alpha de Cronbach (1961) el cual permitió obtener la consistencia interna entre los factores (Ezbán, 1984). Ver anexo C

CONSISTENCIA INTERNA DEL C.G.S.

FACTOR	NO. DE REACTIVOS	ALPHA
ENFERMEDAD GENERAL	5	.78
TRANSTORNOS DE SUEÑO	4	.82
INADECUACION SOCIAL	3	.77
ANSIEDAD	3	.62
DEPRESION LEVE	2	.64
IDEACION SUICIDA	2	.66
SINTOMAS SOMATICOS	2	.82
DEPRESION	2	.56

## Escala de Autoconcepto Tennessee

### Antecedentes.

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

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

### Construcción y características.

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

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

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

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

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

1) Identidad: que incluye declaraciones acerca de lo "que yo soy", es decir, una descripción de como la persona se ve a sí misma.

2) Autosatisfacción: puntaje que indica como la persona se describe, refleja el nivel de autoaceptación, es decir, respohde a como se siente acerca de sí misma.

3) Conducta: referida a lo que la persona hace, es decir, la manera en que "yo actúo", mide la percepción del individuo sobre su propia conducta o de la forma en que funciona.

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

A. Físico: donde la persona presenta su punto de vista acerca de su cuerpo, estado de salud, así como su apariencia física, habilidades y sexualidad.

B. Etico-moral: en donde la persona se describe a sí misma desde un punto de vista moral-ético, relacionado a aspectos religiosos y sentimientos de ser una persona "buena" o "mala", en general, satisfacción con la religión o falta de ella.

C. Personal: área que refleja el sentido de valor que la persona tiene o hace de sí misma, es decir, la evaluación de su persona así como de su cuerpo o sus relaciones con los demás.

D. Familiar: área que refleja sentimientos de adecuación, trabajo y valor acerca de los miembros de la familia, es decir, la autopercepción referida a su más cercano e inmediato círculo de relaciones.

E. Social: referida a la autopercepción en relación a los demás, refleja el sentido de adecuación de la persona hacia el trabajo y su interacción social con la demás gente en general.

Puntajes de variabilidad: que proporciona una medida simple de la cantidad de variación o inconsistencia de un área de autopercepción a otra, indicando si la persona es variable en

tal aspecto o si contrariamente puede considerarse como una persona rígida.

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

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

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

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

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

Confiabilidad y validez.

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

MEDIAS, DESVIACION STANDARD Y COEFICIENTES DE CONFIABILIDAD

PUNTAJE	MEDIA	DESV. STANDARD	CONFIABILIDAD
AUTOCRITICA	35.54	5.70	.75
T/F	1.03	.29	.82
CONFLICTO NETO	- 4.91	13.01	.74
CONFLICTO TOTAL	30.10	8.21	.74
POSITIVO TOTAL	345.57	30.70	.92
HILERA 1	127.10	9.96	.91
HILERA 2	103.67	13.79	.98
HILERA 3	115.01	11.22	.88
COLUMNA A	71.78	7.67	.87
COLUMNA B	70.33	8.70	.80
COLUMNA C	64.55	7.67	.85
COLUMNA D	70.83	8.43	.89
COLUMNA E	68.14	7.86	.90
TOTAL VARIAB.	48.53	12.42	.67
V TOTAL COL.	29.03	9.12	.73
V TOTAL HIL.	19.60	5.76	.60
D	120.44	24.19	.89
5	18.11	9.24	.88
4	24.36	7.55	.79
3	18.03	8.89	.77
2	18.85	7.99	.71
1	20.63	9.01	.88

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

MEDIDA	GPO. DE PACIENTES (363)		GPO. NORMATIVO (626)		GPO. PI (75)	
	MEDIA	S.D.	MEDIA	S.D.	MEDIA	S.D.
S.C.	36.0	6.8	35.54	6.70	36.87	5.87
T/F	1.17	.4	1.03	.29	.93	.12
CONF. NET.	3.0	18.2	- 4.91	13.01	-12.13	8.15
CONF. TOT.	35.1	11.3	30.10	8.21	25.00	6.52
TOTAL P	323.0	44.5	347.57	30.70	376.01	25.46
HILERA 1	116.2	15.7	127.10	9.96	132.45	8.52
HILERA 2	99.1	17.7	103.67	13.79	120.53	12.14
HILERA 3	108.0	15.4	115.01	11.22	123.00	8.85
COL. A	67.3	11.1	71.78	7.67	76.63	5.95
COL. B	62.5	11.0	70.33	8.70	75.79	7.60
COL. C	60.9	11.5	64.55	7.41	71.79	6.32



COL. D	64.8	10.8	70.83	8.43	77.43	7.34
COL. E	65.0	10.6	68.14	7.86	74.47	5.91
VAR. TOT.	51.6	14.2	48.53	12.42	37.04	7.30
TO. VA. COL.	28.6	9.8	29.03	9.12	20.60	5.96
TO. VA. HIL.	23.0	7.3	19.60	5.76	16.44	4.28
D	121.4	31.1	120.44	24.19	130.10	20.11
5	20.8	12.3	18.11	9.24	19.07	10.28
4	23.3	10.3	24.36	7.55	23.40	7.60
3	19.4	12.6	18.03	8.89	15.80	7.49
2	17.0	7.4	18.85	7.99	20.73	8.64
1	19.6	10.6	20.63	9.01	24.10	10.30

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

Los coeficientes de confiabilidad están basados en el test-retest de 60 estudiantes de preparatoria en un periodo de dos semanas; existen algunas otras evidencias de la confiabilidad de los puntajes de la escala de autoconcepto, por ejemplo Congdon (1958), en un estudio con pacientes psiquiátricos, usando una versión corta de dicha escala, obtuvo un coeficiente de confiabilidad de .88 para el puntaje positivo total. En general, se demuestra a través de otros estudios que las características distintivas de los perfiles individuales se encuentran presentes para la mayoría de las personas, un año o un tiempo después (Fittz, 1965). Ver anexo D.

#### 9.-Procedimiento.

La captación de pacientes se llevó a cabo en el servicio de consulta externa primera vez del INPer, cuyos encargados derivaron al Departamento de Psicología a las pacientes que reunieron los requisitos de inclusión; se corroboraron dichos criterios y se procedió a informar a

las pacientes el objeto de la investigación pidiéndoles su colaboración. Se les pidió que llenaran una ficha de identificación que les fue entregada.

Los instrumentos se aplicaron a mujeres que cursaban con embarazo de alto riesgo planeado y no planeado dentro del primero o segundo trimestre, formándose, de esta manera, dos grupos.

La aplicación se llevó a cabo en forma individual, o colectiva en las ocasiones que coincidieron dos o más pacientes, dentro de un cubículo del Departamento de Psicología del INPer. Las instrucciones que se dieron para contestar cada instrumento fueron las establecidas en el mismo.

Se hizo la aplicación de los cuatro instrumentos en la misma sesión de manera continua, esto con el fin de evitar la pérdida del sujeto.

## CAPITULO V

### RESULTADOS

Los resultados se obtuvieron a través del paquete estadístico aplicado a las Ciencias Sociales (S.P.S.S.) de Nie, Hull, Streinbrener, Jenkis, (1980), por medio de la computadora. Dentro de este paquete se utilizaron diferentes programas con el objeto de describir los principales resultados de la investigación.

El primer programa aplicado fue el de frecuencias, el cual permitió hacer un estudio descriptivo de la muestra basado en las variables socioeconómicas y en los totales obtenidos en los instrumentos aplicados (Zung, IDARE, C.G.S. y Tennessee) a la población total como por grupo, tanto al de embarazo de alto riesgo planeado como al de embarazo de alto riesgo no planeado. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

#### Descripción de la población total.

Con respecto a la edad el promedio es de 29.780 y la mayor frecuencia fue del 17% del total de la muestra con una edad de 25 años.

En cuanto a la escolaridad la mayor frecuencia fue del 34% del total de la muestra con el nivel de secundaria y con una media de 3.240 que recae en el nivel bachillerato.

En lo referente a la actividad laboral la mayoría no trabajan, esto es el 90% de la población total y el 10% restante si trabaja.

En lo que respecta a la religión, la mayoría del total de la muestra practican la religión católica, esto es el 93%; el 5% practican otra religión y el 2% no practica ninguna religión.

En el nivel socioeconómico el 70% de la población total son mujeres con un nivel socioeconómico medio bajo (clasificación C-D); el 17% pertenece al nivel bajo (clasificación A-B); el 9% pertenece al nivel medio (clasificación E-F); el 3% al nivel alto (clasificación I-J) y el 1% al nivel medio alto (clasificación G-H).

Para las mujeres que viven en forma independientes de sus familias de origen, el 67% viven con su familia nueva y el 33% viven con su familia de origen.

En cuanto a su estado civil el 79% de la población total son casadas, el 13% están en unión libre, el 8% son solteras y el 1% son divorciadas.

En cuanto al número de parejas estables, el 90% de la población total ha tenido una sola pareja; el 7% ha tenido dos parejas; el 1% ha tenido 3; el 1% ha tenido 4 y el 1% no ha tenido ninguna pareja.

Por lo que respecta a la duración de la relación actual en años el promedio es de 5.870 y la mayor frecuencia fue del 24% del total de la muestra con un año de duración.

En gestaciones el 28% del total de la muestra están cursando su segunda gestación y el 1% su octava gestación; el 22% cursan su primera gestación y el 49% restante de la población total cursan de su tercera a séptima gestación.

En lo que respecta a partos se observó que el 64% de la población total son primigestas y el 36% multigestas.

Por otro lado, el 67% de la población total no les han practicado ninguna cesárea, mientras que el 33% restante les han practicado de una a 3 cesáreas.

En cuanto al número de hijos vivos el 47% son mujeres sin hijos; el 31% tienen un hijo; el 19% tienen 2 hijos y el 3% tienen 3 hijos vivos.

Por otro lado, el 41% de la población total usaban algún método anticonceptivo y el 59% no usaban ningún método.

Los métodos anticonceptivos más usados por la población total fue el calendario en un 10% y el DIU en un 8%.

En cuanto a embarazo deseado, el 61% de la población total manifestó que sí fue deseado y el 39% manifestó que no fue deseado.

Por otro lado, el 50% de la población total planeó su embarazo, mientras que el 50% restante no planeó su embarazo.

En lo que respecta al aborto, el 96% manifestó no haber pensado en abortar y el 4% manifestó haber pensado en abortar.

En cuanto a la aceptación actual del embarazo, el total de la población (100%) manifestó aceptar su embarazo.

A continuación se describen los resultados obtenidos a través de las pruebas Zung, IDARE, C.G.S. y Tennessee, en la población total.

El 61% de la población total fueron detectadas por el Zung como "no casos" debido a que obtuvieron un puntaje inferior al punto de corte 44; puntaje estandarizado para mujeres del INPer. El 39% restante de la población, fueron detectadas como posibles "casos" ya que obtuvieron un puntaje que va del 45 a 65 puntos.

En lo que respecta al IDARESXE (ansiedad-estado) el 64% fueron detectadas como "no casos" debido a que obtuvieron un puntaje de 43, inferior al estandarizado por el INPer. El 36% restante de la población fueron detectadas como posibles "casos" ya que obtuvieron un puntaje que va de 44 a 72 puntos.

Y por el lado del IDARESYR (ansiedad-rasgo) el 84% fueron detectadas como "no casos" debido a que obtuvieron un puntaje de 47, inferior al estandarizado por el INPer, solo el 16% de la población obtuvo un puntaje mayor, que va de 48 a 62 puntos, considerándose como posibles "casos".

En lo que respecta al C.G.S. el 60% fueron detectadas como "no casos" debido a que obtuvieron un puntaje inferior al punto de corte 7/8; puntaje estandarizado para mujeres del INPer. El 40% restante de la población total, fueron detectadas como posibles "casos" ya que obtuvieron un puntaje que va de 9 a 25 puntos.

En cuanto a la Escala de Autoconcepto Tennessee se obtuvieron para el total de la población las siguientes medias:

-Para el Yo crítico (SC) se obtuvo una media de 31.080, con una desviación standar de 6.990.

-La proporción Falso-Verdadero (T/F) tuvo una media de 1.369, con una desviación standar de .619.

-En la variable de Conflicto neto (Conflict net) se obtuvo una media de 8.770, con una desviación standar de 22.176.

-En la variable Conflicto total (Conflict total) se obtuvo una media de 42.240, con una desviación standar de 14.606.

-En el puntaje total se obtuvo una media de 340.220, con una desviación standar de 38.376.

-En el Row 1 (Identidad) se obtuvo una media de 119.720, con una desviación standar de 11.874.

-En el Row 2 (Autosatisfacción) se obtuvo una media de 107.460, con una desviación standar de 15.912.

-En el Row 3 (Comportamiento) se obtuvo una media de 113.040, con una desviación standar de 14.624.

-En la Columna A (Yo físico) se obtuvo una media de 64.070, con una desviación standar de 9.789.

-En la Columna B (Yo ético-moral) se obtuvo una media de 70.770, con una desviación standar de 8.890.

-En la Columna C (Yo personal) se obtuvo una media de 68.250, con una desviación standar de 8.823.

-En la Columna D (Yo familiar) se obtuvo una media de 70.640, con una desviación standar de 8.830.

-En la Columna E (Yo social) se obtuvo una media de 66.460, con una desviación standar de 9.091.

Descripción de los resultados por grupos de comparación. (Embarazo de alto riesgo planeado y embarazo de alto riesgo no planeado).

En relacion a la edad, se encontró que la mayoría de la mujeres con embarazo planeado tienen 25 años (20%) a diferencia de la mujeres con embarazo no planeado que tienen 27 años, con un porcentaje del 20%. (Ver tabla V-1)

Tabla V-1. Edad de las poblaciones. Embarazo planeado y no planeado.

EMBARAZO PLANEADO			EMBARAZO NO PLANEADO		
EDAD	SUJETOS	%	EDAD	SUJETOS	%
25	10	20	25	7	14
26	2	4	26	3	6
27	4	8	27	10	20
28	2	4	28	1	2
29	4	8	29	4	8
30	4	8	30	6	12
31	5	10	31	5	10
32	3	6	32	3	6
33	5	10	33	-	-
34	4	8	34	4	8
35	7	14	35	7	14

TOTAL n=50 %=100

TOTAL n=50 %=100

En cuanto a la escolaridad, para el grupo de embarazo planeado, el 28% presenta un nivel de secundaria, al igual que en el grupo de embarazo no planeado, el nivel secundaria fue el más alto, con 40%. (Ver tabla V-2)

Tabla V-2. Escolaridad de las poblaciones.

EMBARAZO PLANEADO			EMBARAZO NO PLANEADO		
ESCOLARIDAD	SUJETOS	%	ESCOLARIDAD	SUJETOS	%
1 Primaria	3	6	1 Primaria	5	10
2 Secundaria	14	28	2 Secundaria	20	40
3 Bachillerato	11	22	3 Bachillerato	10	20
4 Comercio	9	18	4 Comercio	5	10
5 Técnico	4	8	5 Técnico	5	10
6 Profesionista	9	18	6 Profesionista	5	10

TOTAL n= 50 %=100

TOTAL n= 50 %=100

En la actividad laboral, en el grupo de embarazo planeado el 92% no trabaja y el 8% sí trabaja; mientras que en el grupo de embarazo no planeado el 88% no trabaja y el 12% sí trabaja. (Ver tabla V-3).

Tabla V-3. Actividad laboral en las poblaciones.

EMBARAZO PLANEADO			EMBARAZO NO PLANEADO		
ACTIVIDAD LABORAL	SUJETOS	%	ACTIVIDAD LABORAL	SUJETOS	%
1 No trabaja	46	92	1 No trabaja	44	88
2 Si trabaja	4	8	2 Si trabaja	6	12
TOTAL			TOTAL		
n= 50 %=100			n= 50 %=100		

Para la religión, se presentó en ambos grupos un mayor porcentaje de mujeres católicas, siendo de un 92% del grupo de embarazo planeado y un 94% del grupo de embarazo no planeado. (Ver tabla V-4)

Tabla V-4. Religión en las poblaciones.

EMBARAZO PLANEADO			EMBARAZO NO PLANEADO		
RELIGION	SUJETOS	%	RELIGION	SUJETOS	%
0 Ninguna	--	--	0 Ninguna	2	4
1 Católica	46	92	1 Católica	47	94
3 Otra	4	8	3 Otra	1	2
TOTAL			TOTAL		
n= 50 %=100			n= 50 %=100		



En lo que respecta al nivel socioeconómico, en ambos grupos de embarazo (planeado y no planeado) comparten en promedio el nivel medio bajo. (Ver tabla V-5)

Tabla V-5. Nivel socioeconómico en las poblaciones.

EMBARAZO PLANEADO			EMBARAZO NO PLANEADO		
NIVEL	SUJETOS	%	NIVEL	SUJETOS	%
(A-B) BAJO	8	16	(A-B) BAJO	9	18
(C-D) M. BAJO	32	64	(C-D) M. BAJO	30	75
(E-F) MEDIO	7	14	(E-F) MEDIO	2	4
(G-H) M. ALTO	1	2	(G-H) M. ALTO	-	-
(I-J) ALTO	2	4	(I-J) ALTO	1	2
TOTAL	n= 50	%=100	TOTAL	n= 50	%=100

En cuanto a las mujeres que viven en forma independiente de sus familias de origen, en ambos grupos se presentó un mayor porcentaje de mujeres que viven en forma independientes, siendo para el grupo de embarazo planeado un 70% y para el no planeado un 64%. (Ver tabla V-6)

Tabla V-6. Forma de vida en las poblaciones.

EMBARAZO PLANEADO			EMBARAZO NO PLANEADO		
FORMA	SUJETOS	%	FORMA	SUJETOS	%
1 INDEP.	35	70	1 INDEP.	32	64
2 FAM. ORIG.	15	30	2 FAM. ORIG.	18	36
TOTAL	n= 50	%=100	TOTAL	n= 50	%=100

Para el estado civil de ambos grupos, se observó que la mayoría están casadas, con un porcentaje de 84% para el grupo de embarazo planeado y un porcentaje de 72% para el grupo de embarazo no planeado. (Ver tabla V-7)

Tabla V-7. Estado civil de los grupos.

EMBARAZO PLANEADO			EMBARAZO NO PLANEADO		
EDO. CIV.	SUJETOS	%	EDO. CIV.	SUJETOS	%
1 CASADA	42	84	1 CASADA	36	72
2 SOLTERA	1	2	2 SOLTERA	7	14
3 DIVORCIADA	-	-	3 DIVORCIADA	1	2
4 VIUDA	-	-	4 VIUDA	-	-
5 UNION LIBRE	7	14	5 UNION LIBRE	6	12
TOTAL	n= 50	%=100	TOTAL	n= 50	%=100

En lo que respecta al número de parejas estables, el grupo de embarazo planeado presenta un porcentaje del 96% con una sola pareja y el 4% restante con 2 parejas estables; mientras que para el grupo de embarazo no planeado presenta un porcentaje de 84% con una sola pareja estable, el 10% con 2 parejas estables, el 2% sin pareja estable, el 2% con 3 parejas estables y el 2% con 4 parejas estables. (Ver tabla V-8)

Tabla V-8. Parejas estables de los grupos.

EMBARAZO PLANEADO			EMBARAZO NO PLANEADO		
PAREJAS	SUJETOS	%	PAREJAS	SUJETOS	%
0	-	-	0	1	2
1	48	96	1	42	84
2	2	4	2	5	10
3	-	-	3	1	2
4	-	-	4	1	2
TOTAL	n= 50	%=100	TOTAL	n= 50	%=100

En cuanto a la duración de la relación actual en ambos grupos se presenta una mayor frecuencia de un año de relación; siendo para el grupo de embarazo planeado un porcentaje del 28% con una media de 5.280 y para el grupo de embarazo no planeado un porcentaje del 20% con una media de 6.460. (Ver tabla V-9)

Tabla V-9. Duracion de la relacion actual en los grupos.

EMBARAZO PLANEADO			EMBARAZO NO PLANEADO		
AÑOS	SUJETOS	%	AÑOS	SUJETOS	%
1	14	28	1	10	20
2	3	6	2	5	10
3	5	10	3	1	2
4	2	4	4	4	8
5	7	14	5	5	10
6	2	4	6	5	10
7	2	4	7	2	4
8	4	8	8	1	2
9	1	2	9	2	4
10	2	4	10	3	6
11	3	6	11	5	10
12	2	4	12	1	2
13	1	2	13	2	4
14	1	2	14	1	2
15	1	2	15	-	-
16	-	-	16	1	2
17	-	-	17	-	-
18	-	-	18	2	4

TOTAL            n= 50    %=100

TOTAL            n= 50    %=100

En el grupo de embarazo planeado se observa un menor número de gestaciones (6) mientras que en el grupo de embarazo no planeado se presenta un máximo de 8 gestaciones;

encontrándose en mayor porcentaje en el segundo embarazo (40%) para el primer grupo, mientras que en el segundo grupo se presenta un mayor porcentaje en el tercer embarazo (24%). (Ver tabla V-10)

Tabla V-10. Número de gestaciones por grupo.

EMBARAZO PLANEADO.			EMBARAZO NO PLANEADO		
GESTACIONES	SUJETOS	%	GESTACIONES	SUJETOS	%
1	12	24	1	10	20
2	20	40	2	9	16
3	12	24	3	12	24
4	4	8	4	8	16
5	1	2	5	8	16
6	1	2	6	1	2
7	--	-	7	2	4
8	--	-	8	1	2
TOTAL	n= 50	%=100	TOTAL	n= 50	%=100

En lo que respecta a partos, el grupo de embarazo planeado presenta un porcentaje del 70% para las mujeres que no han tenido ningún parto, mientras que para el grupo de embarazo no planeado se presenta un porcentaje del 58%. (Ver tabla V-11).

Tabla V-11. Números de partos por grupos.

EMBARAZO PLANEADO			EMBARAZO NO PLANEADO		
PARTOS	SUJETOS	%	PARTOS	SUJETOS	%
0	35	70	0	29	58
1	12	24	1	11	22
2	2	4	2	7	14
3	--	-	3	2	4
4	1	2	4	1	2
TOTAL	n= 50	%=100	TOTAL	n= 50	%=100

Con respecto a cesáreas, el grupo de embarazo planeado presenta un porcentaje del 72% para las mujeres que no les han practicado ninguna cesárea, mientras que para el otro grupo fue del 62%. (Ver tabla V-12).

Tabla V-12. Números de cesáreas por grupos.

EMBARAZO PLANEADO			EMBARAZO NO PLANEADO		
CESAREAS	SUJETOS	%	CESAREAS	SUJETOS	%
0	36	72	0	31	62
1	8	16	1	10	20
2	6	12	2	7	14
3	--	--	3	2	4
TOTAL	n= 50	%=100	TOTAL	n= 50	%=100

En ambos grupos se presenta un mayor porcentaje para las mujeres que no tienen hijos, siendo para el grupo de embarazo planeado un 56% mientras que para el otro grupo fue de un 38%. (Ver tabla V-13).

Tabla V-13. Número de hijos vivos por grupo.

EMBARAZO PLANEADO			EMBARAZO NO PLANEADO		
HIJOS	SUJETOS	%	HIJOS	SUJETOS	%
0	28	56	0	19	38
1	17	34	1	14	28
2	5	10	2	14	28
3	--	--	3	3	6
TOTAL	n= 50	%=100	TOTAL	n= 50	%=100

En cuanto al uso de algún método anticonceptivo, para el grupo de embarazo planeado el 98% no usaba ninguno, mientras que para el grupo de embarazo no planeado el 80% si usaba algún método. (Ver tabla V-14).

Tabla V-14. Uso de metodo anticonceptivo por grupo.

EMBARAZO PLANEADO			EMBARAZO NO PLANEADO		
USO	SUJETOS	%	USO	SUJETOS	%
1 SI	1	2	1 SI	40	80
2 NO	49	98	2 NO	10	20
TOTAL	n= 50	%=100	TOTAL	n= 50	%=100

Siendo el metodo anticonceptivo mas usado el calendario, con un porcentaje del 18% y el DIU con un porcentaje del 16%, esto dentro del grupo de embarazo no planeado. (Ver tabla V-15).

Tabla V-15. Metodo anticonceptivo usado por grupo.

EMBARAZO PLANEADO			EMBARAZO NO PLANEADO		
METODO	SUJETOS	%	METODO	SUJETOS	%
0 NINGUNO	49	98	0 NINGUNO	10	20
2 COITO INTER.	-	-	2 COITO INTER.	1	2
3 CALENDARIO	1	2	3 CALENDARIO	9	18
5 MOCO CERV.	-	-	4 MOCO CERV.	1	2
6 CONDON	-	-	6 CONDON	6	12
9 ESPERMICIDAS	-	-	9 ESPERMICIDAS	6	12
10 PASTILLAS	-	-	10 PASTILLAS	5	10
11 INYECCION	-	-	11 INYECCION	4	8
12 DIU	-	-	12 DIU	3	16
TOTAL	n= 50	%=100	TOTAL	n= 50	%=100

En cuanto embarazo deseado, el grupo de embarazo planeado el 100% lo deseaba, mientras que en el grupo de embarazo no planeado el 78% no lo deseaban. (Ver tabla V-16).

Tabla V-16. Embarazo deseado por grupos.

EMBARAZO PLANEADO			EMBARAZO NO PLANEADO		
DESEADO	SUJETOS	%	DESEADO	SUJETOS	%
1 SI	50	100	1 SI	11	22
2 NO	--	--	2 NO	39	78
TOTAL	n= 50	%=100	TOTAL	n= 50	%=100

En lo que respecta al aborto, en el grupo de embarazo planeado ninguna pensó en abortar, mientras que en el grupo de embarazo no planeado el 8% pensó en abortar. (Ver tabla V-17).

Tabla V-17. Pensar en la opción de aborto por grupos.

EMBARAZO PLANEADO			EMBARAZO NO PLANEADO		
OPCION	SUJETOS	%	OPCION	SUJETOS	%
1 SI	--	--	1 SI	4	8
2 NO	50	100	2 NO	46	92
TOTAL	n= 50	%=100	TOTAL	n= 50	%=100

En ambos grupos se presenta la aceptación del embarazo en un 100%.

Por otro lado, el 66% del grupo de mujeres con embarazo planeado y el 56% del del grupo de mujeres con embarazo no planeado fueron detectadas por el Zung como "no casos" debido a que obtuvieron un puntaje inferior al punto de corte: 44, puntaje estandarizado para mujeres del INPER.

El 34% de mujeres con embarazo planeado y el 44% de mujeres con embarazo no planeado fueron detectadas como posibles "casos" ya que obtuvieron un puntaje que va de 45 a 65 puntos. (Ver tabla V-18).

Tabla V-18. Puntuaciones del Zung por grupos.

EMBARAZO PLANEADO			EMBARAZO NO PLANEADO		
ZUNG	SUJETOS	%	ZUNG	SUJETOS	%
22	1	2	22	--	--
24	1	2	24	--	--
25	2	4	25	--	--
26	1	2	26	--	--
28	3	6	28	--	--
29	--	--	29	2	4
30	1	2	30	2	4
31	3	6	31	--	--
32	1	2	32	1	2
33	2	4	33	2	4
34	3	6	34	3	6
35	1	2	35	--	--
36	3	6	36	4	8
37	3	6	37	1	2
38	2	4	38	1	2
39	1	2	39	--	--
40	--	--	40	4	8
41	2	4	41	2	4
42	--	--	42	3	6
43	1	2	43	2	4
44	2	4	44	2	4
45	2	4	45	4	8
46	2	4	46	2	4
47	2	4	47	1	2
48	1	2	48	--	--
49	4	8	49	2	4
50	4	8	50	1	2
51	--	--	51	1	2
52	1	2	52	1	2
53	1	2	53	--	--
54	--	--	54	1	2
55	--	--	55	1	2
56	--	--	56	1	2
57	--	--	57	1	2
58	--	--	58	1	2
60	--	--	60	1	2
62	--	--	62	2	4
65	--	--	65	1	2
TOTAL	n= 50	%=100	TOTAL	n= 50	%=100



En lo que respecta al IDARESXE (ansiedad-estado), el 66% de las mujeres con embarazo planeado y el 58 % de las mujeres con embarazo no planeado fueron detectadas como "no casos" debido a que obtuvieron un puntaje de 43, inferior al estandarizado por el INPer.

El 34% de las mujeres con embarazo planeado y el 42% de las mujeres con embarazo no planeado fueron detectadas como posibles "casos" ya que obtuvieron un puntaje que va de 44 a 72 puntos. (Ver tabla V-19).

Tabla V-19. Puntuaciones del IDARESXE por grupos.

EMBARAZO PLANEADO			EMBARAZO NO PLANEADO		
IDARESXE	SUJETOS	%	IDARESXE	SUJETOS	%
22	1	2	22	-	-
23	2	4	23	-	-
25	2	4	25	-	-
26	1	2	26	-	-
27	1	2	27	-	-
28	3	6	28	-	-
29	1	2	29	2	4
30	1	2	30	1	2
31	1	2	31	1	2
32	2	4	32	1	2
33	4	8	33	2	4
34	4	8	34	2	4
35	4	8	35	5	10
36	-	-	36	2	4
37	1	2	37	1	2
38	1	2	38	-	-
39	3	6	39	2	4
40	-	-	40	4	8
41	1	2	41	3	6
42	-	-	42	2	4
44	2	4	44	1	2
45	1	2	45	3	6
46	2	4	46	2	4
47	1	2	47	-	-
48	2	4	48	-	-
49	1	2	49	1	2

50	:	2	50	1	2
51	-	-	51	3	6
52	2	4	52	1	2
53	-	-	53	-	-
54	1	2	54	1	2
55	1	2	55	1	2
57	-	-	57	1	2
59	1	2	59	-	-
60	-	-	60	1	2
61	1	2	61	-	-
64	1	2	64	1	2
72	-	-	72	1	2
TOTAL n= 50 %=100			TOTAL n= 50 %=100		

En lo que respecta al IDARESXR (ansiedad-rasgo), el 90% de las mujeres con embarazo planeado y el 79% de las mujeres con embarazo no planeado fueron detectadas como "no casos", debido a que obtuvieron un puntaje de 47, inferior al estandarizado por el INPer.

El 10% de las mujeres con embarazo planeado y el 22% de las mujeres con embarazo no planeado fueron detectadas como posibles "casos" ya que obtuvieron un puntaje que va de 48 a 62 puntos. (Ver tabla V-20).

Tabla V-20. Puntuación del IDARESXR por grupos.

EMBARAZO PLANEADO			EMBARAZO NO PLANEADO		
IDARESXR	SUJETOS	%	IDARESXR	SUJETOS	
21	1	2	21	--	-
22	1	2	22	--	-
25	2	4	25	1	2
26	-	-	26	1	2
27	1	2	27	1	2
28	3	6	28	3	6
29	3	6	29	1	2
30	4	8	30	1	2
31	2	4	31	1	2
32	2	4	32	1	2

33	2	4	33	2	4
34	-	-	34	2	4
35	-	-	35	5	10
36	6	12	36	2	4
37	4	8	37	1	2
38	3	6	38	-	-
39	2	4	39	2	4
40	-	-	40	4	8
41	2	4	41	3	6
42	1	2	42	2	4
43	3	6	43	-	-
44	-	-	44	1	2
45	-	-	45	3	6
46	1	2	46	2	4
47	2	4	47	-	-
48	1	2	48	-	-
49	-	-	49	1	2
50	-	-	50	1	2
51	1	2	51	1	2
53	1	2	53	2	4
54	1	2	54	-	-
55	1	2	55	3	6
60	-	-	60	1	2
61	-	-	61	1	2
62	-	-	62	1	2
TOTAL	n= 50	%=100	TOTAL	n= 50	%=100

En lo que respecta al Cuestionario General de Salud, el 68% de las mujeres con embarazo planeado y el 52% de las mujeres con embarazo no planeado fueron detectadas como "no casos", debido a que obtuvieron un puntaje inferior al punto de corte 7/8, puntaje estandarizado para mujeres del Instituto Nacional de Perinatología.

Y el 32% de las mujeres con embarazo planeado y el 48% de las mujeres con embarazo no planeado fueron detectadas como posibles "casos", ya que obtuvieron un puntaje que va de 9 a 25 puntos. (Ver tabla V-21).

Tabla V-21. Puntuación del C.G.S. por grupos.

EMBARAZO PLANEADO			EMBARAZO NO PLANEADO		
C.G.S.	SUJETOS	%	C.G.S.	SUJETOS	%
0	5	10	0	5	10
1	6	12	1	3	6
2	5	10	2	1	2
3	2	4	3	3	6
4	2	4	4	2	4
5	5	10	5	3	6
6	3	6	6	3	6
7	4	8	7	3	6
8	2	4	8	3	6
9	1	2	9	3	6
10	2	4	10	1	2
11	1	2	11	1	2
12	1	2	12	-	-
13	3	6	13	3	6
14	3	6	14	3	6
15	2	4	15	1	2
16	1	2	16	2	4
17	2	4	17	-	-
19	-	-	19	2	4
20	-	-	20	1	2
21	-	-	21	2	4
25	-	-	25	1	2
TOTAL	n= 50	%=100	TOTAL	n= 50	%=100

En cuanto a la Escala de Autoconcepto Tennessee se obtuvieron, para el grupo de embarazo planeado y para el grupo de embarazo no planeado, las siguientes medias:

-Para el Yo crítico se obtuvo, para el grupo de embarazo planeado, una media de 30.740, mientras que para el grupo de embarazo no planeado fué de 31.420.

-En la proporción Falso-Verdadero se obtuvo, para el grupo de embarazo planeado, una media de 1.363, mientras que para el grupo de embarazo no planeado fue de 1.374.

-En la variable de Conflicto neto (Conflict net) se obtuvo, para el grupo de embarazo planeado, una media de 9.500, mientras que para el grupo de embarazo no planeado fué de 8.040.

-En la variable Conflicto total (Conflict total) se obtuvo, para el grupo de embarazo planeado, una media de 41.900, mientras que para el grupo de embarazo no planeado fué de 42.580.

-En el Puntaje total se obtuvo, para el grupo de embarazo planeado, una media de 347.140, mientras que para el grupo de embarazo no planeado fué de 333.300.

-En el Row 1 (Identidad) se obtuvo, para el grupo de embarazo planeado, una media de 121.780, mientras que para el grupo de embarazo no planeado fué de 117.660.

-En el Row 2 (Autosatisfacción) se obtuvo, para el grupo de embarazo planeado, una media de 110.020, mientras que para el grupo de embarazo no planeado fué de 104.900.

-En el Row 3 (Comportamiento) se obtuvo, para el grupo de embarazo planeado, una media de 115.340, mientras que para el grupo de embarazo no planeado fué de 110.740.

-En la Columna A (Yo físico) se obtuvo, para el grupo de embarazo planeado, una media de 65.260, mientras que para el grupo de embarazo no planeado fué de 62.880.

-En la Columna B (Yo ético-moral) se obtuvo, para el grupo de embarazo planeado, una media de 72.060, mientras que para el grupo de embarazo no planeado fué de 69.480.

-En la Columna C (Yo personal) se obtuvo, para el grupo de embarazo planeado, una media de 69.820, mientras que para el grupo de embarazo no planeado fué de 66.680.

-En la Columna D (Yo familiar) se obtuvo, para el grupo de embarazo planeado, una media de 72.480, mientras que para el grupo de embarazo no planeado fué de 68.800.

-En la Columna E (Yo social) se obtuvo, para el grupo de embarazo planeado, una media de 67.520, mientras que para el grupo de embarazo no planeado fué de 65.400.

El segundo programa aplicado fue el ANOVA (Análisis de varianza) al cual permitió aceptar o rechazar las hipótesis estadísticas planteadas en base a la comparación de ambos grupos (embarazo planeado y embarazo no planeado) y las variables dependientes; en este caso, los puntajes obtenidos por el Zung, IDARE, C.G.S. y Tennessee. Se aplicó un análisis de varianza simple y un análisis factorial. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Para el total del IDARESXE y la variable "escolaridad" se encontró una F de 2.424 con una significancia de .042, lo cual indica que "si hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel escolar y la presencia de ansiedad como estado; observándose mayores niveles de ansiedad-estado en mujeres con un nivel escolar de primaria (X=48.25) que en los demás niveles académicos. Ver tabla V-22).

tabla V-22. Diferencias significativas entre las variables IDARESXE y "escolaridad".

	F	S
ESCOLARIDAD	2.424	.042

En cuanto al total del IDARESXE y las variables "edad", "estado civil" y "número de hijos" no hubo diferencias significativas.

Así mismo, para los totales del Zung, IDAREXR y C.G.S. no se encontraron diferencias significativas con las variables "edad", "escolaridad", "estado civil" y "número de hijos".

Para el total del puntaje Falso-Verdadero y la variable "escolaridad" se encontró una F de 3.508 con una significancia de .006, lo cual indica que "si hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel escolar y el nivel Falso-Verdadero", observándose mayor nivel de Falso-Verdadero en mujeres con un nivel escolar de primaria (X=1.70).

Para el total del puntaje Conflicto Neto y la variable "escolaridad" se obtuvo una F de 3.833 con una significancia

de .003, lo cual indica que "si hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel escolar y el nivel de Conflicto Neto"; observandose mayor nivel de Conflicto Neto en mujeres con un grado escolar de primaria ( $X=23.63$ ).

En cuanto al total del puntaje Conflicto Total y la variable "escolaridad" se dió una F de 4.436 con una significancia de .001, lo cual indica que "si hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel escolar y el nivel de Conflicto Total"; observandose mayor nivel de Conflicto Total en mujeres con el grado escolar de primaria ( $X=55.63$ ).

Para el Puntaje Total (Autoestima) y la variable "escolaridad" se encontró una F de 2.863 con una significancia de .019, lo cual indica que "si hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel escolar y el nivel de Autoestima", observandose mayor nivel de Autoestima en mujeres con nivel de estudios profesionales ( $X=368.29$ ).

Por lo que respecta al total del puntaje Row 2 (Autosatisfacción) y la variable "escolaridad" se encontró una F de 3.204 con una significancia de .011, lo cual indica que "si hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel "escolar" y el nivel de Autosatisfacción", observandose mayor nivel de Autosatisfacción en mujeres con nivel de estudios profesionales ( $X=118.71$ ).

En el total de la Columna A (Yo físico) y la variable "escolaridad" se encontró una F de 2.642 con una significancia de .028, lo cual indica que "si existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel escolar y el nivel del Yo físico", observandose mayor nivel de aceptación al Yo físico en mujeres con nivel de estudios profesionales ( $X=69.14$ ).

En cuanto al total del puntaje de la Columna D (Yo familiar y la variable "escolaridad" se obtuvo una F de 2.419 con una significancia de .042, indicando con esto que "si existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel escolar y el nivel del Yo familiar", observandose mayor nivel de aceptación del Yo familiar en mujeres con nivel de estudios profesionales ( $X=77.21$ ). (Ver tabla V-23)

Tabla V-23. Diferencias significativas obtenidas en el Tennessee con la variable escolaridad.

	F	S
T/F	3.508	.006
CONFLICTO NETO	3.833	.003
CONFLICTO TOTAL	4.436	.001
PUNTAJE TOTAL	2.863	.019
ROW 2	3.204	.011
COLUMNA A	2.642	.028
COLUMNA D	2.419	.042

En lo que respecta al total de los puntajes de Falso-Verdadero, Conflicto Neto, Conflicto Total, Puntaje total (Autoestima, Row 2 (Autosatisfacción), Columna A (Yo físico) y Columna D (Yo familiar), y las variables "edad", "estado civil" y "número de hijos vivos" no se encontraron diferencias significativas.

En cuanto al puntaje total de la Columna E (Yo social) y la variable "edad" se dió una F de 2.392 con una significancia de .016, mostrando que "sí existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la "edad y la aceptación del Yo social", observandose mayor nivel de aceptación del Yo social en mujeres con una edad de 31 años (X=71.60).

Para el puntaje total de la Columna E (Yo social) y la variable "escolaridad" se encontró una F de 2.797 con una significancia de .022, lo cual indica que "sí existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel escolar y el nivel del Yo social", observandose mayor nivel de aceptación del Yo social en mujeres con nivel de estudios profesionales (X=72.07). (Ver tabla V-24).

Tabla V-24. Diferencias significativas obtenidas en el Tennessee con las variables edad y escolaridad.

	F	S
COLUMNA E		
EDAD	2.392	.016
ESCOLARIDAD	2.797	.022



En el total del puntaje de la Columna E (Yo social) y las variables "estado civil" y "número de hijos vivos" no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Y por último, para el total de los puntajes Yo crítico, Row 1 (Identidad), Row 3 (Comportamiento), Columna B (Yo ético-moral) y Columna C (Yo personal) y las variables "edad", "escolaridad", "estado civil" y "número de hijos vivos" no se encontraron diferencias significativas.

Análisis de varianza para los grupos de embarazo planeado y embarazo no planeado con las variables dependientes.

Para el Zung se obtuvo una F de 8.361, con una significancia de 0.005, por lo tanto "si existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a niveles de depresión en mujeres con embarazo planeado y no planeado"; observándose mayores niveles de depresión en mujeres con embarazo no planeado ( $X = 43.92$ ), que con mujeres de embarazo planeado ( $X = 38.72$ ).

Para el IDARESXR se obtuvo una F de 5.484, con una significancia de .021, por lo tanto "Si existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a niveles de Ansiedad como rasgo en mujeres con embarazo planeado y no planeado"; observándose mayores niveles de ansiedad como rasgo en mujeres con embarazo no planeado ( $X = 40.44$ ), que con mujeres de embarazo planeado ( $X = 36.26$ ).

Para el C.G.S. se obtuvo una F de 3.794, con una significancia marginal de .054, por lo tanto "si existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a niveles de alteración mental en mujeres con embarazo planeado y no planeado"; observándose mayores niveles de alteración mental en mujeres con embarazo no planeado ( $X = 8.90$ ), que en mujeres con embarazo planeado ( $X = 6.60$ ).

Para el Tennessee, en la Columna D (Yo familiar) se obtuvo una F de 4.495 con una significancia de .037, por lo tanto "si existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a niveles del Yo familiar en mujeres con embarazo planeado y no planeado", observándose mayores niveles del Yo familiar en mujeres con embarazo planeado ( $X = 72.48$ ) que en mujeres con embarazo no planeado ( $X = 68.80$ ). (Ver tabla V-25)

Tabla V-25. Diferencias significativas entre las variables independientes y las dependientes.

	F	S	EMB.PLA.	EMB. NO PLA.
ZUNG	3.361	.005	X=38.72	X=43.92
IDARESXR	5.484	.021	X=36.26	X=40.44
C.G.S.	3.794	.054	X= 6.60	X= 8.90
COLUMNA D	4.475	.037	X=72.48	X=68.80

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de embarazo planeado y no planeado en cuanto al IDARE como estado; en el Tennessee para el Yo crítico (SC), la proporción Falso-Verdadero (T/F), Conflicto Neto, Conflicto Total, Puntaje Total (Autoestima), Row 1 (Identidad), Row 2 (Autosatisfacción), Row 3 (Comportamiento), Columna A (Yo Físico), Columna B (Yo Ético-Moral), Columna C (Yo personal) y Columna E (Yo Social).

Finalmente se aplicó un coeficiente Producto-momento de Pearson.

En cuanto a las correlaciones entre las variables dependientes, los resultados fueron los siguientes:

Para el Zung y el IDARESXE existió una correlación de .5588, lo cual indica que los niveles de depresión y de Ansiedad-Estado, fueron directamente proporcionales, esto es, que aumentaron o disminuyeron a un mismo nivel.

En el Zung y el IDARESXR hubo una correlación de .6549, que indica la interrelación directamente proporcional de los niveles de depresión y de la ansiedad como rasgo de la personalidad.

Entre el Zung y el C.G.S. la correlación fue de .6323, indicando también una interrelación en proporción directa en los niveles de depresión y de alteración mental.

La correlación entre el Zung y el Puntaje total del Tennessee (Autoestima) fue de -.6311, lo cual indica que al haber menor depresión hay mayor nivel de Autoestima.

En cuanto al Zung y el Row 1 (Identidad) hubo una correlación de  $-.5864$ , lo cual indica que al haber menor depresión hay mayor nivel de Identidad.

En el Zung y el Row 2 (Autosatisfacción) hubo una correlación de  $-.4964$ , lo cual indica que al haber menor depresión hay mayor nivel de autosatisfacción.

Para el Zung y el Row 3 (Comportamiento) se dió una correlación de  $-.6400$ , lo cual indica que al haber menor depresión hay mayor nivel de aceptación en el comportamiento de las sujetos.

Entre el Zung y la Columna A (Yo físico) hubo una correlación de  $-.5875$ , lo cual indica que al haber menor depresión existió mayor nivel de aceptación en el Yo físico.

Por lo que respecta al Zung y la Columna B (Yo ético-moral), la correlación que se obtuvo fue de  $-.4407$ , lo cual indica que hubo menor nivel de depresión y por lo tanto mayor nivel de aceptación del Yo ético-moral.

En cuanto al Zung y la Columna C (Yo personal), existió una correlación de  $-.5337$ , que indica que hubo menor nivel de depresión y por tanto mayor nivel de aceptación del Yo personal.

En lo que respecta al Zung y la Columna D (Yo familiar), la correlación fué de  $-.5222$ , lo cual indica que existió menor depresión y por lo tanto mayor nivel de aceptación del Yo familiar.

Para el Zung y la Columna E (Yo social), se dió una correlación de  $-.5768$ , lo cual indica que existió menor nivel de depresión y por lo tanto mayor nivel de aceptación del Yo social.

Por otro lado, en lo que respecta al IDARESXE y el IDARESXR, se obtuvo una correlación de  $.5518$ , lo cual indica que los niveles de ansiedad-estado y de ansiedad-rasgo fueron directamente proporcionales.

En lo que respecta al IDARESXE y el C.G.S., se obtuvo una correlación de  $.5473$ , lo cual indica que los niveles de Ansiedad-estado y los niveles de alteración mental fueron directamente proporcionales.

Para el IDARESXE y el Puntaje total del Tennessee (Autoestima) existió una correlación de  $-.5829$ , lo cual indica que al haber menor ansiedad-estado hay mayor nivel de autoconcepto.

Entre el IDARESXE y el Row 1 (Identidad) hubo una correlación de  $-.5488$ , lo cual indica que al haber menor ansiedad-estado hay mayor nivel de identidad.

Respecto al IDARESXE y el Row 2 (Autosatisfacción) hubo una correlación de  $-.4457$ , lo cual indica que al haber menor ansiedad-estado hay mayor nivel de autosatisfacción.

La correlación entre el IDARESXE y el Row 3 (Comportamiento) fue de  $-.5988$ , que indica que al haber menor ansiedad-estado hay mayor nivel de aceptación en el comportamiento de las sujetos.

Por lo que toca al IDARESXE y la Columna A (Yo físico), la correlación fue de  $-.5606$ , lo que indica que al haber menor ansiedad-estado existió mayor nivel de aceptación en el Yo físico.

Para el IDARESXE y la Columna B (Yo ético-moral) se obtuvo una correlación de  $-.4279$ , lo cual indica que hubo menor nivel de ansiedad-estado y por lo tanto mayor nivel de aceptación del Yo ético-moral.

En cuanto al IDARESXE y la Columna C (Yo personal) existió una correlación de  $-.4705$ , lo cual indica que hubo menor nivel de ansiedad-estado y por lo tanto mayor nivel de aceptación del yo personal.

En lo que respecta al IDARESXE y la Columna D (Yo familiar), se dió una correlación de  $-.4563$ , lo cual indica que existió menor nivel de ansiedad-estado y por lo tanto mayor nivel de aceptación del Yo familiar.

Entre el IDARESXE y la Columna E (Yo social), se dió una correlación de  $-.5419$ , lo cual indica que existió menor nivel de ansiedad-estado y por lo tanto mayor nivel de aceptación del Yo social.

Por otra parte, para el IDARESXR y el C.G.S. la correlación fue de .4544, lo que indica que la interrelación fue directamente proporcional en los niveles de ansiedad-rasgo y de alteración mental.

La correlación entre el IDARESXR y el Yo crítico fue de .4292, lo que muestra que la interrelación se dió en proporción directa.

Por lo que toca al IDARESXR y al Conflicto total, la correlación fue de .3311, lo cual indica que la interrelación se dió en proporción directa.

En cuanto al IDARESXR y el Puntaje total (Autoestima), existió una correlación de -.7934, lo cual indica que al haber menor ansiedad-rasgo hay mayor nivel de autoestima.

Entre el IDARESXR y el Row 1 (Identidad) hubo una correlación de -.7050, lo cual indica que al haber menor ansiedad-rasgo hay mayor nivel de identidad.

Para el IDARESXR y el Row 2 (Autosatisfacción) hubo una correlación de -.6739, lo que muestra que al haber menor ansiedad-rasgo hay mayor autosatisfacción.

En lo que respecta al IDARESXR y el Row 3 (Comportamiento) la correlación fue de -.7501, lo que muestra que al haber menor nivel de ansiedad-rasgo hay mayor nivel de aceptación en el comportamiento de las sujetos.

Por otra parte la correlación entre el IDARESXR y la Columna A (Yo físico), fue de -.6864, lo que indica que al haber menor nivel de ansiedad-rasgo hay mayor nivel de aceptación del Yo físico.

La correlación entre el IDARESXR y la Columna B (Yo ético-moral), fue de -.6699, lo cual indica que al haber menor ansiedad-rasgo hay mayor nivel de aceptación del Yo ético-moral.

En cuanto al IDARESXR y la Columna C (Yo personal), existió una correlación de -.7222, lo que indica que al haber menor nivel de ansiedad-rasgo existió mayor nivel de aceptación del Yo personal por parte de las sujetos.

Para el IDARESXR y la Columna D (Yo familiar). se dio una correlación de  $-.6021$ , lo que muestra que al haber menor nivel de ansiedad-rasgo se dio mayor nivel de aceptación del Yo familiar.

Por otro lado, la correlación entre el IDARESXR y la Columna E (Yo social). fue de  $-.6245$ , lo que indica que al haber menor ansiedad-rasgo hay mayor aceptación del Yo social.

Por otra parte, en lo que respecta al C.G.S. y el Puntaje total, la correlación fue de  $-.3817$ , lo que indica que al haber menor nivel de alteración mental, existe mayor nivel de Autoestima.

Entre el C.G.S. y el Row 1 (Identidad) la correlación fue de  $-.4251$ , lo cual indica que al haber menor alteración mental hay mayor nivel de identidad por parte de los sujetos.

En cuanto al C.G.S. y el Row 2 (Autosatisfacción) la correlación fue de  $-.2471$ , lo que muestra que al haber menor alteración mental hay mayor nivel de autosatisfacción.

Para el C.G.S. y el Row 3 (Comportamiento) se dio una correlación de  $-.3877$ , lo que indica que al haber menor alteración mental hay mayor aceptación del comportamiento en los sujetos.

La correlación que se dio entre el C.G.S. y la Columna A (Yo físico) fue de  $-.4587$ , lo cual indica que al haber menor alteración mental hay mayor aceptación del yo físico.

En lo que respecta al C.G.S. y la Columna B (Yo ético-moral) la correlación fue de  $-.2429$ , que muestra que al haber menor nivel de alteración mental hay mayor aceptación del yo ético-moral.

Por lo que toca al C.G.S. y a la Columna C (Yo personal) la correlación fue de  $-.3793$ , lo cual indica que al haber menor alteración mental hay mayor aceptación del yo personal.

Entre el C.G.S. y la Columna E (Yo social) la correlación fue de  $-.3104$ , lo que indica que al haber menor nivel de alteración mental hay mayor nivel de aceptación del yo social.

Por otro lado, en lo que respecta al Yo crítico y el Puntaje Falso-Verdadero, la correlación fue de .2998, lo cual indica que la interrelación se dio en proporción directa.

En lo que respecta al Yo crítico y al Conflicto neto, la correlación fue de .2965, lo que indica que la interrelación fue en proporción directa.

Entre el Yo crítico y el Conflicto total, la correlación fue de .3937, lo que muestra que la interrelación fue directamente proporcional entre las variables.

En lo que respecta al Yo crítico y al Puntaje total (Autoestima) la correlación fue de -.4357, lo que indica que hubo un menor nivel de criticidad, y por lo tanto un mayor nivel de autoestima.

Por otra parte la correlación entre el Yo crítico y el Row 1 (Identidad) fue de -.3432, lo cual indica que al haber menor criticidad existe mayor identidad.

En cuanto al Yo crítico y el Row 2 (Autosatisfacción) la correlación fue de -.4375, lo que muestra que al existir menor nivel de criticidad hay mayor nivel de autosatisfacción.

En relación al Yo crítico y el Row 3 (Comportamiento) la correlación fue de -.3887, lo que indica que al haber menor criticidad hay mayor aceptación de comportamiento.

Para el Yo crítico y la Columna A (Yo físico) la correlación obtenida fue de -.2665, lo cual indica que a menor criticidad mayor aceptación del yo físico.

La correlación entre el Yo crítico y la Columna B (Yo ético-moral) fue de -.4537, lo cual muestra que al haber menor nivel de criticidad hay mayor aceptación del yo ético-moral.

En lo que respecta al Yo físico y la Columna C (Yo personal) se dio una correlación de -.4800, mostrando esto, que al haber menor nivel de criticidad se da mayor nivel de aceptación del yo personal.

Entre el Yo crítico y la Columna D (Yo familiar) se obtuvo una correlación de  $-.3780$ , indicando que al haber menor criticidad se da mayor aceptación del yo familiar.

Por último, entre el Yo crítico y la Columna E (Yo social) la correlación fue de  $-.2754$ , lo cual indica que al haber menor criticidad hay mayor aceptación del yo social.

Por otra parte, en lo que respecta al puntaje falso-Verdadero y el Conflicto neto, se dio una correlación de  $.9210$ , lo cual indica que la interrelación fue directamente proporcional.

En cuanto al puntaje Falso-Verdadero y el Conflicto total, se obtuvo una correlación de  $.6376$ , lo que muestra la interrelación en proporción directa entre ambas variables.

Por otra parte, en lo que respecta al Conflicto neto y el Conflicto total la correlación fue de  $.6156$ , lo cual indica que la interrelación entre ambas variables se dio en proporción directa.

Para el Conflicto total y el Puntaje total (Autoestima) la correlación fue de  $-.3320$ , lo cual indica que al haber menor nivel de conflicto total hay mayor nivel de autoestima.

La correlación entre el Conflicto total y el Row 2 (Autosatisfacción) fue de  $-.4002$ , lo que muestra que al haber menor nivel de conflicto total es mayor la autosatisfacción.

Entre el Conflicto total y el Row 3 (Comportamiento) la correlación fue de  $-.2541$ , lo que indica que hubo menor nivel de Conflicto total y por lo tanto mayor aceptación del comportamiento en los sujetos.

Respecto al Conflicto total y la Columna A (Yo físico) se obtuvo una correlación de  $-.2802$ , lo que muestra que al haber menor Conflicto total fué mayor la aceptación del yo físico.

Por lo que toca al Conflicto total y la Columna B (Yo ético-moral) la correlación fue de  $-.2534$ , lo cual indica que al haber menor conflicto total hay mayor aceptación del yo ético-moral.



En lo que respecta al Conflicto total y la Columna C (Yo personal) existió una correlación de  $-.3221$ , lo cual indica que existió menor nivel de conflicto total y mayor nivel de aceptación del yo personal.

Para el Conflicto total y la Columna D (Yo familiar) se dio una correlación de  $-.3186$ , lo que muestra que al haber menor nivel de conflicto total hay mayor nivel de aceptación del yo familiar.

En relación al Puntaje total (Autoestima) y el Row 1 (Identidad), la correlación obtenida fue de  $.8840$ , lo cual indica que al haber mayor nivel de autoestima aumento el nivel de identidad en las sujetos.

Por lo que toca al Puntaje total (Autoestima) y el Row 2 (Autosatisfacción), se dio una correlación de  $.9093$ , indicando una interrelación en proporción directa en los niveles de autoestima y de autosatisfacción.

Para el Puntaje total (Autoestima) y el Row 3 (Comportamiento), se obtuvo una correlación de  $.9171$ , lo cual indica que los niveles de Autoestima y de Comportamiento, fueron directamente proporcionales.

En lo que respecta al Puntaje total (Autoestima) y la Columna A (Yo físico) hubo una correlación de  $.7883$ , obteniéndose una correlación directamente proporcional en ambos niveles.

En cuanto al Puntaje total (Autoestima) y a la Columna B (Yo ético-moral), la correlación obtenida fué de  $.8406$ , indicando con esto que la correlación obtenida fue directamente proporcional tanto para el autoestima como para el yo ético-moral.

Por lo que respecta al Puntaje total (Autoestima) y la Columna C (Yo personal), la correlación fué de  $.8705$ , lo cual indica que al haber mayor nivel de autoestima existe mayor nivel de aceptación del yo personal.

La correlación que se obtuvo en el Puntaje total (Autoestima) y la Columna D (Yo familiar) fue de  $.8687$ , indicando con esto que la interrelación fué directamente proporcional en ambas variables.

Y por ultimo, la correlacion obtenida en el Puntaje total (Autoestima) y la Columna E (Yo social) fue de .3576, lo cual indica que ambos niveles fueron directamente proporcionales.

Por otra parte, en lo que respecta al Row 1 (Identidad) y el Row 2 (Autosatisfaccion), la correlacion obtenida fue de .6961, lo cual indica que tanto el nivel de identidad y el de autosatisfaccion fue directamente proporcional.

Para el Row 1 (Identidad) y el Row 3 (Comportamiento) se dio una correlacion de .7504, lo cual indico que al haber mayor nivel de identidad, hubo tambien mayor nivel de aceptacion en el comportamiento.

En cuanto al Row 1 (Identidad) y la Columna A (Yo fisico), se obtuvo una correlacion de .7128, indicando con esto, una interrelacion directamente proporcional en ambos niveles.

La correlacion que se dio en el Row 1 (Identidad) y la Columna B (Yo etico-moral) fue de .6996, lo cual indica que los niveles de identidad y de aceptacion al yo etico-social, fueron directamente proporcionales.

En lo que respecta al Row 1 (Identidad) y la Columna C (Yo personal), se obtuvo una correlacion de .7992, por lo cual, tanto para el nivel de identidad y el de aceptacion del yo personal, la interrelacion fue directamente proporcional.

En el Row 1 (Identidad) y la Columna D (Yo familiar), la correlacion que se dio fue de .7632, indicando con esto que la interrelacion fue proporcional para ambos niveles.

Y por ultimo, para el Row 1 (Identidad) y la Columna E (Yo social), la correlacion que se obtuvo fue de .7596, lo cual indica que tanto el nivel de identidad como el nivel de aceptacion del yo social fue proporcional.

Por otro lado, en lo que respecta al Row 2 (Autosatisfaccion) y el Row 3 (Comportamiento), la correlacion obtenida fue de .7328, lo que indica que la correlacion fue directamente proporcional.

Para el Row 2 (Autosatisfaccion) y la Columna A (Yo fisico)

se obtuvo una correlación de .7511, indicando con esto, que tanto la autogatisfacción como la aceptación al yo físico, tuvieron el mismo nivel.

En cuanto a: Row 2 (Autosatisfacción) y la Columna B (Yo ético-moral), se manifestó una correlación de .7894, lo cual indica que la interrelación fue directamente proporcional para ambas variables.

Por otro lado, para el Row 2 (Autosatisfacción) y la Columna C (Yo personal), se obtuvo una correlación directamente proporcional, ya que esta fue de .7694.

En lo que respecta al Row 2 (Autosatisfacción) y la Columna D (Yo familiar), la correlación que se dio entre los niveles de autosatisfacción y la aceptación del yo familiar fue de .7852, indicando que esta fue proporcional.

Por último, para el Row 2 (Autosatisfacción) y la Columna E (Yo social), la correlación que se obtuvo fue de .7440, lo cual indica una correlación directamente proporcional en ambos niveles.

Por otro lado, en lo que respecta al Row 3 (Comportamiento) y la Columna A (Yo físico), se obtuvo una correlación de .6727, indicando con esto que la correlación fue directamente proporcional.

Para el Row 3 (Comportamiento) y la Columna B (Yo ético-moral), la correlación fue de .7791, mostrando con esto una interrelación directamente proporcional para ambos niveles.

En cuanto al Row 3 (Comportamiento) y la Columna C (Yo personal), la correlación fue directamente proporcional para ambos niveles, ya que esta fue de .7984.

En lo que respecta al Row 3 (Comportamiento) y la Columna D (Yo familiar), se obtuvo una correlación de .8057, indicando con esto que tanto el nivel de comportamiento y el de aceptación del yo familiar fue directamente proporcional.

Y por último, en lo que respecta al Row 3 (Comportamiento) y la Columna E (Yo social), la correlación obtenida fue de .8241, mostrando con esto una interrelación directamente proporcional.

Por otro lado, en cuanto a la Columna A (Yo físico) y la Columna B (Yo ético-moral), se dio una interrelación directamente proporcional, ya que esta fue de .5499.

En cuanto a la Columna A (Yo físico) y la Columna C (Yo personal), se dio una correlación de .6240, indicando con esto una interrelación directamente proporcional en ambos niveles.

Para la Columna A (Yo físico) y la Columna D (Yo familiar), se obtuvo una correlación de .4994, dándose una interrelación directamente proporcional.

Por último, para la Columna A (Yo físico) y la Columna E (Yo social), la correlación fue de .6188, lo cual indica que ambos niveles fueron directamente proporcionales.

En lo que respecta a la Columna B (Yo ético-moral) y la Columna C (Yo personal) se obtuvo una correlación de .6601, indicando con esto una interrelación proporcional para ambos niveles.

En la Columna B (Yo ético-moral) y la Columna D (Yo familiar) se dio una correlación de .7387, lo que muestra que en ambos niveles se dio una interrelación en proporción directa.

En cuanto a la Columna B (Yo ético-moral) y la Columna E (Yo social) la correlación fue directamente proporcional, ya que ésta fue de .6170.

Para la Columna C (Yo personal) y la Columna D (Yo familiar) se dio una correlación de .7360, dándose una interrelación directamente proporcional.

Y en la Columna C (Yo personal) y la Columna E (Yo social), se obtuvo una correlación de .6675, indicando con esto que ambos niveles fueron directamente proporcionales.

Y por último, para la Columna D (Yo familiar) y la Columna E (Yo social) la correlación que se obtuvo fue de .7198, lo que muestra que la interrelación en ambos niveles fue proporcional. (Ver tabla V-26)

Tabla V-26. Correlación entre las variables dependientes.

CORRELACION	ZUNG	IDARESXE	IDARESXR	CGS	TENSELF	TENTF
ZUNG	1.0000	.5588**	.6549**	.6323**	.1850	-.0172
IDARESXE	.5588**	1.0000	.5518**	.5473**	.1212	-.0658
IDARESXR	.6549**	.5518**	1.0000	.4544**	.4292**	.1954
CGS	.6323**	.5473**	.4544**	1.0000	.1603	-.0753
TENSELF	.1850	.1212	.4292**	.1603	1.0000	.2998*
TENTF	-.0172	-.0658	.1954	-.0753	.2998*	1.0000
TENCONNE	-.0943	-.1643	.1278	-.1647	.2965*	.9210**
TENCONTO	.0716	.0416	.3311**	-.0151	.3937**	.6376**
TENTOTAL	-.6311**	-.5828**	-.7834**	-.3817**	-.4337**	-.2054
TENR1	-.5864**	-.5488**	-.7050**	-.4251**	-.3432**	-.1131
TENR2	-.4964**	-.4457**	-.6739**	-.2471*	-.4375**	-.2200
TENR3	-.6400**	-.5988**	-.7501**	-.3877**	-.3887**	-.2079
TENC1	-.5875**	-.5606**	-.6864**	-.4587**	-.2665*	-.1143
TENC2	-.4407**	-.4279**	-.6699**	-.2429*	-.4537**	-.1747
TENC3	-.5337**	-.4705**	-.7222**	-.3793**	-.4800**	-.1946
TENC4	-.5222**	-.4563**	-.6021**	-.2060	-.3780**	-.2186
TENC5	-.5768**	-.5419**	-.6245**	-.3104**	-.2754*	-.1701

CORRELACION	TENCONNE	TENCONTO	TENTOTAL	TENR1	TENR2	TENR3
ZUNG	-.0943	.0716	-.6311**	-.5864**	-.4964**	-.6400**
IDARESXE	-.1643	.0416	-.5828**	-.5488**	-.4457**	-.5988**
IDARESXR	.1278	.3311**	-.7834**	-.7050**	-.6739**	-.7501**
CGS	-.1647	-.0151	-.3817**	-.4251**	-.2471*	-.3877**
TENSELF	.2965*	.3937**	-.4357**	-.3432**	-.4375**	-.3887**
TENTF	.9210**	.6376**	-.2054	-.1131	-.2200	-.2078
TENCONNE	1.0000	.6156**	-.1323	-.0253	-.1869	-.1233
TENCONTO	.6156**	1.0000	-.3320**	-.2236	-.4002**	-.2541*
TENTOTAL	-.1323	-.3320**	1.0000	.8840**	.9093**	.9171**
TENR1	-.0253	-.2236	.8840**	1.0000	.6961**	.7504**
TENR2	-.1869	-.4002**	.9093**	.6961**	1.0000	.7328**
TENR3	-.1233	-.2541*	.9171**	.7504**	.7328**	1.0000
TENC1	-.0447	-.2802*	.7883**	.7128**	.7511**	.6727**
TENC2	-.1392	-.2534*	.8406**	.6996**	.7894**	.7791**
TENC3	-.1032	-.3221**	.8705**	.7992**	.7694**	.7984**
TENC4	-.1737	-.3186**	.8687**	.7632**	.7852**	.8057**
TENC5	-.1043	-.2271	.8576**	.7596**	.7440**	.8241**

CORRELACION	TENC1	TENC2	TENC3	TENC4	TENC5
ZUNG	-.5875**	-.4407**	-.5337**	-.5222**	-.5768**
IDARESXE	-.5606**	-.4279**	-.4705**	-.4563**	-.5768**
IDARESXR	-.6864**	-.6699**	-.7232**	-.6021**	-.8245**
CGS	-.4587**	-.2429*	-.3793**	-.2060	-.3104**
TENSELF	-.2665*	-.4537**	-.4800**	-.3780**	-.2754*
TENTF	-.1143	-.1747	-.1946	-.2186	-.1701
TENCONNE	-.0447	-.1392	-.1032	-.1737	-.1043
TENCONTO	-.2802*	-.2534*	-.3221**	-.3185**	-.2271.
TENTOTAL	.7883**	.8406**	.8705**	.8687**	.8576**
TENR1	.7128**	.6996**	.7992**	.7632**	.7596**
TENR2	.7511**	.7894**	.7694**	.7852**	.7440**
TENR3	.6727**	.7791**	.7984**	.8057**	.8241**
TENC1	1.0000	.5499**	.6240**	.4994**	.6188**
TENC2	.5499**	1.0000	.6601**	.7387**	.6170**
TENC3	.6240**	.6601**	1.0000	.7360**	.6675**
TENC4	.4994**	.7387**	.7360**	1.0000	.7198**
TENC5	.6188**	.6170**	.6675**	.7198**	1.0000

SIGNIFICANCIA: \* = .01

\*\* = .001

## CAPITULO VI

### DISCUSION

El objetivo del presente estudio fue determinar si existen mayores reacciones emocionales en un embarazo de alto riesgo no planeado que en un embarazo de alto riesgo planeado; para lo cual se trabajó sobre la base de medición de los aspectos emocionales a través del Zung, IDARE, C.G.S. y Tennessee.

Se utilizaron dos grupos de mujeres pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), uno con embarazo de alto riesgo planeado y otro con embarazo de alto riesgo no planeado. De manera que para obtener los resultados correspondientes a cada uno de los grupos, se conocieron los niveles precisos de tales variables que caracterizan al grupo de mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y con embarazo de alto riesgo no planeado, lo que permitió hacer inferencias más generales atribuibles al estado emocional.

Los hallazgos del presente estudio avalan en lo que respecta a la presencia de reacciones emocionales en un embarazo, sea éste de curso normal, de riesgo, planeado, etc., lo encontrado por Depress (1987) quien menciona que la depresión, la ansiedad e inclusive la autoestima son variables del estado emocional patentes (citado en Calderon, 1989), ya que los resultados indicaron que sí existieron reacciones emocionales en ambos grupos de embarazadas.

Kumar y Key (1984) en su estudio realizado encontraron que las mujeres embarazadas por primera vez presentan altos índices de depresión durante el primer trimestre; así mismo en la presente investigación se encontró, dentro de los dos primeros trimestres de embarazo y en especial con el grupo de embarazo no planeado, niveles más altos de depresión que en el grupo de embarazo planeado.

Por otro lado, los resultados encontrados a través del IDARE en esta investigación respaldan lo encontrado en el estudio realizado por Sacks y Frank (1985), ya que en lo que respecta a la ansiedad como estado no se encontraron diferencias significativas para ambos grupos de embarazadas, aun cuando la media en el embarazo de alto riesgo no planeado tiende a

incrementarse. En cuanto a la ansiedad como rasgo los resultados demuestran estadísticamente que las mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado son, como rasgo de personalidad, más ansiosas que las mujeres con embarazo planeado.

En cuanto al Cuestionario General de Salud (C.G.S.), se encontró diferencia estadística marginal, presentando mayor reacción de aiteracion mental las mujeres con embarazo no planeado, lo cual se puede tomar como base que en toda mujer embarazada sin importar que este sea o no planeado tienden a presentar una serie de cambios fisiológicos, de molestos síntomas que se presentan generalmente en el primer trimestre de embarazo (Bushell, 1961), requiriendo adaptación por parte de la mujer, empero, tales elementos no llegan a un nivel patológico. (Citado en Calderón, 1989).

Los resultados obtenidos en la Escala de Autoconcepto Tennessee mostraron diferencias estadísticas en el puntaje de la Columna D (Yo familiar), existiendo mayor aceptación en el grupo de embarazo planeado. En los demás puntajes no hubo diferencias estadísticas, aunque si se observaron mayores niveles de autoconcepto en las mujeres con embarazo planeado.

Por lo tanto, de acuerdo a los resultados obtenidos en los 4 tests y basándose en la literatura revisada, se puede inferir que las mujeres del grupo de embarazo de alto riesgo no planeado muy probablemente presentaron los niveles de ansiedad y depresión debido a aspectos culturales, en los cuales residen las causas o variables que determinaron los resultados obtenidos. Estas variables fueron, por un lado el nivel económico, y por el otro el nivel académico; es pertinente señalar que el nivel socioeconómico es la variable cultural de mayor peso y que de ella se derivan y dependen otras, entre estas el nivel académico.

Para establecer de manera concreta y específica el porqué se afirma lo anterior se parte de darle el lugar preponderante que tiene el aspecto cultural en la vida social y psicológica de cada persona; ahora bien, tomando en cuenta el nivel económico bajo de las sujetos, dió como resultado que presentarían mayores niveles de ansiedad como rasgo, esto debido muy probablemente a que su nivel socioeconómico no les permite poder cubrir sus necesidades básicas (alimentación, vivienda, vestimenta, etc.) de manera constante, continua y completa, lo que lleva o facilita a que éstas mujeres en el caso de vivir en pareja y tener otros hijos, a mostrar ansiedad como un rasgo de personalidad y con un incremento en la ansiedad como estado, al saberse embarazadas.



Aparejado y como resultado de esa no satisfacción completa de las necesidades básicas citadas, el interés y acceso a información referente a la planeación familiar quedan en un segundo lugar en el mejor de los casos y en otros ni siquiera están presentes en las ideas de este grupo social.

Debido también al nivel académico con el que contaban las señoras pertenecientes al grupo de embarazo de alto riesgo no planeado, en este sentido también los niveles de depresión presentados por este grupo, probablemente se hayan dado o sido causados por la no satisfacción total de las necesidades básicas, que provoca un cuadro de ansiedad y que al ser más o menos persistente, aunado al mantenimiento o a veces al deterioro del nivel socioeconómico provoca la aparición o el incremento de niveles de depresión, ya que muy probablemente este grupo de mujeres tenga en el embarazo, una molestia más y un elemento con carácter singularmente depresivo, además de los cambios hormonales propios del embarazo que repercuten en la emocionalidad femenina.

En cuanto a los resultados obtenidos en la Escala de Autoconcepto Tennessee, las mujeres que planearon su embarazo se diferenciaron por no tener niveles altos de depresión y ansiedad, y sí mayores niveles de autoconcepto. De lo anterior se puede inferir que el aspecto que probablemente tuvo mayor influencia fue el desarrollo psicosocial que tuvieron las participantes, quizás el haber tenido un desarrollo en la etapa infantil y adolescente dentro de un marco económico, familiar y social adecuado, dió pie y sentó las bases para que en general éste grupo de participantes mostrara mayores niveles de autoconcepto; observándose también la influencia del nivel académico (profesionistas), lo cual una vez más, lleva a inferir la influencia que tienen los aspectos culturales en la formación de los aspectos psicológicos, siendo éstos patentes en los resultados de los tests aplicados.

Tomando en cuenta que los resultados del presente estudio muestran que las mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado presentan problemática emocional, se hace necesario un equipo interdisciplinario compuesto por psicólogos, médicos, trabajadoras sociales, etc., les brinde atención y ayuda especializada principalmente a este grupo de mujeres, sin dejar de lado a aquellas mujeres que sí planean su embarazo, ya que como se menciona, también presentan, aunque en menor grado, problemas emocionales durante el embarazo.

## CAPITULO VII

### CONCLUSIONES

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en el presente estudio, se concluye lo siguiente:

La muestra de embarazo de alto riesgo planeado estuvo constituida por 50 mujeres con un promedio de edad de 25 años y las 50 mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado tienen en promedio 27 años; en ambos grupos se encuentra en mayor porcentaje un nivel escolar de secundaria, se dedican a labores no remuneradas (hogar), profesan la religión católica, pertenecen al nivel socioeconómico medio-bajo, viven en forma independiente de sus familias de origen, son casadas y han tenido una pareja estable con duración de un año.

Por lo que respecta a las variables que indican riesgo perinatal en el grupo de embarazo planeado se encuentra mayor porcentaje en mujeres que cursan su segunda gestación, mientras que para el grupo de embarazo no planeado se encuentran en la tercera gestación; en ambos grupos se encuentra un mayor porcentaje en mujeres que no han tenido partos, cesáreas y no tienen hijos.

En cuanto al uso de algún método anticonceptivo el grupo de embarazo planeado, en mayor porcentaje no usaban ninguno, mientras que en el grupo de embarazo no planeado la mayoría sí usaban algún método anticonceptivo, siendo el "calendario" el más usado.

En lo que respecta a embarazo deseado, el total del grupo de embarazo planeado lo deseaba, mientras que en el grupo de embarazo no planeado, 39 mujeres no lo deseaban.

En ambos grupos se dio mayor porcentaje en mujeres que no pensaron en la opción de aborto; así mismo, en el total de los grupos se presenta la aceptación actual del embarazo.

Fueron detectadas como posibles "casos" 17 mujeres con embarazo planeado y 22 mujeres con embarazo no planeado a través del Zung, demostrando estadísticamente mayores niveles

de depresión en mujeres con embarazo no planeado.

En cuanto a los resultados del IDARESKE (ansiedad-estado) se encontraron como posibles 'casos' 17 mujeres con embarazo planeado y 21 mujeres con embarazo no planeado, no encontrándose diferencias estadísticas; sin embargo existe una tendencia de incremento en la media del embarazo no planeado.

Por otro lado, existen mayores niveles de ansiedad-estado en mujeres con nivel escolar de primaria que en los demás niveles académicos.

En lo que respecta a los resultados del IDARESXR (ansiedad-rasgo) se obtuvieron como posibles "casos" 5 mujeres con embarazo planeado y 11 mujeres con embarazo no planeado, observándose estadísticamente mayores niveles de ansiedad como rasgo en mujeres con embarazo no planeado.

En el Cuestionario General de Salud (C.G.S.) se detectaron como posibles "casos" 15 mujeres con embarazo planeado y 24 mujeres con embarazo no planeado, por lo tanto se dio una diferencia marginal estadística demostrando mayor nivel de alteración mental en mujeres con embarazo no planeado.

En lo que respecta a la Escala de Autoconcepto Tennessee, se observó estadísticamente mayor nivel de aceptación en la Columna D (Yo familiar) en las mujeres con embarazo planeado que en las mujeres con embarazo no planeado. En las demás subescalas no se encontraron diferencias estadísticas entre los grupos, sin embargo, se observan mejores niveles de autoconcepto en el grupo de mujeres con embarazo planeado. (Ver apéndice E).

En cuanto a la variable "escolaridad" se obtuvieron mayores niveles estadísticos en los puntajes Falso-Verdadero, Conflicto neto y Conflicto total en mujeres con un nivel escolar de primaria. Mientras que para los puntajes de Puntaje total (Autoestima), Row 2 (Autosatisfacción), Columna A (Yo físico), Columna D (Yo familiar) y Columna E (Yo social) se encontraron mayores niveles estadísticos en mujeres con grado de estudios profesionales.

Para la variable "edad" se pudo observar estadísticamente mayor nivel de aceptación del Yo social (Columna E) en mujeres con 31 años de edad.

Finalmente, los resultados de las correlaciones fueron los siguientes:

Para el Zung y el IDARESXE, IDARESXR y C.G.S. fue proporcional la correlación, lo cual indico que al haber mayor depresion hubo mayor ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y alteración mental.

En cuanto al Zung y al Tennessee la correlación indico que al haber menor depresion se dio mayor aceptación en los puntajes Autoestima, Identidad, Autosatisfacción, Comportamiento, Yo físico, Yo ético-moral, Yo personal, Yo familiar y Yo social.

En lo que respecta al IDARESXE la correlación fue proporcional con el IDARESXR y C.G.S., lo que indico que al haber ansiedad-estado hubo igual ansiedad-rasgo y alteración mental.

En cuanto al IDARESXE y el Tennessee la correlación mostro que al haber menor ansiedad-estado se dio mayor aceptación en los puntajes de Autoestima, Identidad, Autosatisfacción, Comportamiento, Yo físico, Yo ético-moral, Yo personal, Yo familiar y Yo social.

Para el IDARESXR y el C.G.S. la correlación fue proporcional, lo cual indico que al haber ansiedad-rasgo hubo igual nivel de alteración mental.

La correlación entre el IDARESXR y el Tennessee en sus puntajes Yo crítico y Conflicto total tuvo niveles proporcionales.

En cuanto al IDARESXR y el Tennessee la correlación mostro que al existir menor ansiedad-rasgo se obtuvo mayor aceptación en los puntajes de Autoestima, Identidad, Autosatisfacción, Comportamiento, Yo físico, Yo ético-moral, Yo personal, Yo familiar y Yo social.

En lo que respecta al C.G.S y el Tennessee la correlación mostro que al haber menor alteración mental se dio mayor aceptación en los puntajes de Autoestima, Identidad, Autosatisfacción, Comportamiento, Yo, físico, Y ético-moral, Yo personal y Yo social.

Por otro lado, en cuanto al Tennessee y sus diferentes puntajes se concluye lo siguiente: para el Yo crítico y los puntajes Falso-verdadero, Conflicto neto y Conflicto total se obtuvieron niveles de correlación proporcionales.

En cuanto al Yo crítico se encontró que al haber menor criticidad hay mayor nivel de Autoestima, Identidad, Autosatisfacción, Comportamiento, Yo físico, Yo ético-moral, Yo personal, Yo familiar y Yo social.

La correlación entre el puntaje Falso-verdadero y los puntajes Conflicto neto y Conflicto total fue proporcional.

Entre el Conflicto neto y el Conflicto total la correlación fue también proporcional.

Para la siguiente correlación se encontró que al haber menor nivel de Conflicto total se da mayor nivel en los puntajes de Autoestima, Autosatisfacción, Comportamiento, Yo físico, Yo ético-moral, Yo personal y Yo familiar.

En relación al Puntaje total, la correlación demostró que al haber mayor nivel de Autoestima hay mayor nivel de Identidad, Autosatisfacción, Comportamiento, Yo físico, Yo ético-moral, Yo personal, Yo familiar y Yo social.

En cuanto al Row 1 se observó en la correlación que al haber mayor nivel de Identidad se da mayor nivel de Autosatisfacción, Comportamiento, Yo físico, Yo ético-moral, Yo personal, Yo familiar y Yo social.

En el Row 2 la correlación mostró que al darse mayor nivel de Autosatisfacción se dan mayores niveles de Comportamiento, Yo físico, Yo ético-moral, Yo personal, Yo familiar y Yo social.

Por otro lado, en el Row 3 se demostró en la correlación que al existir mayor nivel de aceptación del Comportamiento existe mayor nivel de aceptación del Yo físico, Yo ético-moral, Yo personal, Yo familiar y Yo social.

En lo que respecta a la correlación de la Columna A se demostró que al haber mayor nivel de aceptación del Yo físico, hay mayor aceptación del Yo ético-moral, Yo personal, Yo familiar y Yo social.

Para la correlación de la Columna B se encontró que al darse mayor nivel de aceptación del Yo ético-moral se da mayor nivel de aceptación del Yo personal, Yo familiar y Yo social.

En la Columna C se obtuvo una correlación proporcional que demuestra que al existir mayor nivel de aceptación del Yo personal, existe mayor nivel de aceptación del Yo familiar y el Yo social.

Y por último, la correlación obtenida entre la Columna D y la Columna E demuestra que al haber mayor aceptación del Yo familiar hay mayor aceptación del Yo social.

En resumen, se pudo observar que al ser altos los niveles de depresión, se presentan niveles altos de ansiedad y alteración mental, ya que al presentarse uno, en la misma forma se presentaron los otros dos y viceversa. No ocurriendo así con el autoconcepto, ya que al ser alto el nivel en mujeres con embarazo de alto riesgo, sea planeado o no, los niveles de depresión, ansiedad y alteración mental fueron bajos.

Por lo tanto, de acuerdo a las hipótesis establecidas se concluye lo siguiente:

-Se aceptó la hipótesis alterna # 1, la cual indicó que existieron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión en los grupos de mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.

-Se aceptó la hipótesis nula # 2, la cual indicó que no existieron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad-estado en los grupos de mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.

-Se aceptó la hipótesis alterna # 3, la cual indicó que existieron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad-rasgo en los grupos de embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.

-Se acepto la hipótesis alterna # 4, la cual indicó que existieron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de alteración mental en los grupos de mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado.

-Por último, en la Escala de Autoconcepto Tennessee, la única hipótesis alterna que se acepto fue la # 16, la cual indicó que existieron diferencias estadísticamente significativas en los niveles del Yo Familiar en los grupos de mujeres con embarazo de alto riesgo planeado y mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado. Por consiguiente, las demás hipótesis alternas fueron rechazadas y aceptadas las hipótesis nulas de los puntajes restantes.

## CAPITULO VIII

### LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

En este capítulo se hace referencia a todas aquellas limitaciones a las cuales se vio sometido el estudio, tanto a las que lograron influir en su desarrollo y resultados, así como aquellas que se refirieron al estudio en sí, respecto a las metas más generales de investigación dentro del ámbito perinatal.

La principal limitante la representó sin duda alguna, la fundamentación teórica, ya que la mayor parte de los supuestos teóricos referentes a los aspectos emocionales durante el embarazo fueron planteados por teóricos en los años 40s y 60s, existiendo escasa o nula información sobre estudios al respecto en nuestro país y particularmente enfocados al embarazo sin complicaciones, de manera que los pocos estudios realizados al respecto proceden de Estados Unidos o Inglaterra.

Como sugerencia a lo anterior, se propone el hacer investigaciones longitudinales sobre estos aspectos y darles mayor difusión, rebasando el nivel institucional para establecerlo a nivel nacional.

Otra limitante fue la gran confusión entre los términos de embarazo planeado y no planeado, con el término planificación familiar, esto probablemente debido a que la mayoría de la literatura que trata estos temas es de procedencia médica, sin anudar en aspectos psicológicos.

La sugerencia es realizar estudios encaminados a definir de manera clara y específica los términos embarazo planeado y planificación familiar.

Otra limitante fue el hecho de que las pacientes con frecuencia expresaban que no contaban con tiempo y resolvían de manera apresurada los tests aplicados.

Para lo anterior se sugiere concertar cita con la paciente, para que así su visita al hospital sea enfocada únicamente a contestar los tests.



Para los resultados obtenidos en cuanto a la reaccion emocional con niveles altos en las mujeres con embarazo de alto riesgo no planeado, se sugiere formar grupos terapeuticos enfocados al aprendizaje del desarrollo fisico del embarazo, ya que algunos de los cambios psicologicos son consecuencia de los cambios fisicos (hormonales) que se presentan en este.

Asi tambien, con el proposito de concientizarlas sobre lo que implica un nijo en todos sus aspectos, como serian los economicos, psicologicos, sociales, etc.

Obviamente, sin dejar de lado a las mujeres con embarazo de alto riesgo planeado.

## BIBLIOGRAFIA

- Anderson, B. (1979). El embarazo y la salud en la familia. (1a. ed.). Mexico: Trillas.
- Annis, L. (1978). El niño antes del nacimiento. (1a. ed.). Barcelona: Paidós.
- Beck, A. (1977). Prácticas de obstetricia. Mexico: Prensa Médica Mexicana.
- Benson, R. (1980). Manual de ginecología y obstetricia. México: Manual Moderno.
- Calderon, R. (1989). Desajuste marital y problemática emocional en mujeres con embarazo de alto riesgo. tesis. Facultad de Psicología, UNAM.
- Davis, A. y DeVault, S. (1960). Use of IAT and human figure drawings in Research on Personality, Pregnancy and Perception. Journal of Projective Techniques, 24, 364-365.
- Deutsch, H. (1960). La psicología de la mujer. (4a. ed.). Buenos Aires: Losada.
- Dexeus, J. (1965). Obstetricia y Ginecología. Barcelona: Grammont.
- Dexeus, J. (1974). El nacimiento de un niño. (1a. ed.). Barcelona: Salvat.
- Dexeus, S. (1957). Tratado de obstetricia. Barcelona: Grammont.
- Dyckhoff, R. (1976). La planificación familiar y la actitud hacia la mujer. Tesis. Facultad de Psicología, UNAM.
- Estrada, M. (1974). La planificación familiar desde el punto de vista biopsicosocial. Tesis. Facultad de Psicología, UNAM.

- Erhan M., Medina-Mora M.E., Felaez O., Pacilla P. (1984). Sensibilidad del Cuestionario General de Salud de Goldberg para detectar la evolución del paciente en tratamiento psiquiátrico. Salud mental, 7 (7), 66.
- Fitts, W. H. (1965). Tennessee Self Concept Scale. Nashville Tennessee Counselor Recording and Test Manual. Western Psychological Services.
- Hellman, L. (1973). Obstetricia. (1a. ed.). Barcelona: Salvat.
- Kuman, R. y Key, M. R. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. British Journal Psychiatry, 144, 33-47.
- Macfarlane, A. (1985). Psicología del nacimiento. (3a. ed.). Madrid: Morata.
- Macy, C. y Falkner, F. (1980). Embarazo y nacimiento. (1a. ed.). Mexico: Tierra Firme.
- Martin, A. (1978). Embarazo, parto y recién nacido. (1a. ed.). Barcelona: Plaza & Janes, S. A.
- McCallister, D. (1975). Hacia mejores programas de planificación familiar. (1a. ed.). Mexico: Pax-Mexico.
- Mondragón, H. (1986). Obstetricia básica ilustrada. (3a. ed.). México: Trillas.
- Nieto, R. G. (1987). Una guía para estimular los primeros años de desarrollo del niño. México: Aguirre y Beltrán.
- Pohlman, E. (1974). Psicología de la planificación familiar. (1a. ed.). México: Pax-México.
- Rodríguez, R. (1977). Nueva guía para el diagnóstico y tratamiento del paciente pediátrico. México: Impresiones Modernas.
- Ruiz, V. (1978). Aspectos prácticos de los métodos de planificación familiar. (1a. ed.). México: Francisco Méndez.

- Sacks, B. F. (1985). Depressed mood during pregnancy and the puerperium: Clinical Recognition and Implications for Clinical Practice. American Journal Psychiatry. 146 (6), 720-730.
- Spielberg, G. D. y Diaz, G. K. (1975). Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. Mexico: Manual moderno.
- S.S.A. (1975). El maestro en la planificación familiar. (1a. ed.). Mexico: PAX-Mexico.
- Valderrama, G. (1988). Perfil psicológico de pacientes del INPer con un embarazo de curso normal. Tesis. Facultad de Psicología, UNAM.
- Warren, H. (1977). Diccionario de Psicología (11a. ed.). Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Whittaker, J. (1977). Psicología. (3a. ed.). Mexico: Interamericana.
- Zung, W. K. (1965). A self-rating depression scale. Archives of General Psychiatry. 12 (1), 63-70.

**ANEXO "A".**

## INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

## DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continuamente
1. Me siento abatido y malancólico				
2. En la mañana me siento mejor				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4. Me cuesta trabajo dormir en la noche				
5. Como igual que antes solía hacerlo				
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales				
7. Noto que estoy perdiendo peso				
8. Tengo molestias de constipación (estreñimiento)				
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 intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14. Tengo esperanza en el futuro				
15. Estoy más irritable de lo usual				
16. Me resulta fácil tomar decisiones				
17. Siento que soy útil y necesario				
18. Mi vida tiene bastante interés				
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas				

**ANEXO "B".**

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**IDARE**

Inventario de Autoevaluación

por

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

SXE

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

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

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



# IDARE

## Inventario de Autoevaluación

SXR:

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

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

**ANEXO "C".**

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

NOMBRE \_\_\_\_\_

FORMA \_\_\_\_ NUMERO DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

PACIENTE NUMERO \_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO GENERAL**

Este es un cuestionario que pretende evaluar su estado general de salud. Para ello han formulado una serie de preguntas o afirmaciones que tienen que ver con los padecimientos más comunes.

Es importante que los conteste en forma individual.

Por favor, lea con cuidado y conteste todas las preguntas. Ponga una "X" en la respuesta, de acuerdo con lo que considere más adecuado para usted. Las preguntas se refieren, exclusivamente a las molestias en las dos últimas semanas.

Por favor si usted padeció estas molestias antes de este tiempo no las tome en cuenta.

(1)                      (2)                      (3)                      (4)

1. ¿Se ha sentido bien y con buena salud?	Mejor que antes.	Igual que antes.	Peor que antes.	Mucho peor que antes.	
2. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	No	Como antes	Más que antes.	Mucho más que antes	
3. ¿Ha tenido la sensación de estar enfermo?	No	No más que antes.	Más que antes.	Mucho más que antes	
4. ¿Ha tenido dolores de cabeza?	No	Como siempre	Más que siempre	Mucho más que siempre	
5. ¿Ha tenido pesadez en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va a estallar?	No	Igual que antes.	Más que antes.	Mucho más que antes	
6. ¿Ha tenido escalofríos o bochornos?	No	Igual que antes.	Más que antes.	Mucho más que antes	
7. ¿Se despierta demasiado temprano y ya no puede volver a dormir.	No	No más que antes.	Más que antes.	Mucho más que antes	
8. ¿Se ha sentido lleno de vida y energía?	Más que antes.	Igual que antes.	Menos que antes.	Mucho menos que antes.	

9. ¿Ha tenido dificultad para dormir o conciliar el sueño?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
10. ¿Han tenido dificultad para dormir de un jolón toda la noche?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
11. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
12. ¿Ha sentido que por lo general, hace las cosas bien?	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes	
13. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	
14. ¿Siente cariño y afecto por los que lo rodean?	Más que antes	Como antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	
15. ¿Se lleva bien con los demás?	Mejor que antes	Como antes	Peor que antes	Mucho peor que antes	
16. ¿Ha sentido que está jugando con un papel útil en la vida?	Más que antes	Igual que antes	Menos útil que antes	Mucho menos útil que antes	
17. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	
18. ¿Se siente incapaz de resolver sus problemas?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
19. ¿Disfruta sus actividades diarias?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	
20. ¿Se ha sentido irritado y de mal humor?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
21. ¿Se ha sentido asustado y con mucho miedo sin que haya una buena razón?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
22. ¿Se ha sentido triste y deprimido?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
23. ¿Ha perdido confianza y fe en si mismo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	

24. ¿Ha pensado que usted no vale nada?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
25. ¿Siente que no se puede esperar nada de la vida?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
26. ¿Se ha sentido nervioso y "a punto de estallar" constantemente?"	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
27. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?	No, para nada	No creo	Alguna vez	Sí	
28. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada a causa de sus nervios?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
29. ¿Ha deseado estar muerto y lejos de todo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
30. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?	No, para nada	No creo	Alguna vez	Sí	

SUMA DE LAS COLUMNAS 3 y 4 \_\_\_\_\_

NOMBRE DE QUIEN REALIZO LA ENCUESTA: \_\_\_\_\_

ANEXO "D"



# SCORE SHEET

Counsel and Research Form  
 University of Minnesota  
 Minnesota Self-Concept Scale

Name	Sex	Age	Grade	Date of Test	Time	Place
------	-----	-----	-------	--------------	------	-------

## HOW THE INDIVIDUAL PERCEIVES HIMSELF

IN TERMS OF:	COLUMN A PHYSICAL SELF		COLUMN B MORAL-ETHICAL SELF		COLUMN C PERSONAL SELF		COLUMN D FAMILY SELF		COLUMN E SOCIAL SELF		SELF CRITICISM		ROW TOTALS					
	P-1	P-2	P-3	N-4	N-5	N-6	P-19P-20P-21	N-22N-23N-24	P-37P-38P-39N-40N-41N-42	P-55P-56P-57N-68N-69N-70	P-73P-74P-75N-76N-77N-78	91	92	93	94			
IDENTITY WHAT HE IS	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1
	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4
	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5
P + N		P - N		P + N		P - N		P + N		P - N		P + N		P - N				
SELF SATIS- FACTION HOW HE ACCEPTS HIMSELF	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1
	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4
	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5
P + N		P - N		P + N		P - N		P + N		P - N		P + N		P - N				
BEHAVIOR HOW HE ACTS	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1
	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4
	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5
P + N		P - N		P + N		P - N		P + N		P - N		P + N		P - N				
TOTALS	TOTAL POSITIVE (P + N)												Total Positive or P + N					
	E (Algebraic) P - N												Total Net Conflict (P - N)			Net T.V.		
	E (Mean Algebraic) P - N												Total Conflict					
	V. (Sum of P - N Ca)												Cal. Tot. V.					

### DISTRIBUTION OF RESPONSES

NUMBER OF 1'S - 5'S = 90 T/F =

SELF SATISFACTION = 10

TOTALS 91 92 93 94 = 100

D =

### EMPIRICAL SCALES

DP =

GM =

PSY = (100 + ) -

PD =

N =

P =

PUBLISHED BY:  
 COUNSELOR RECORDINGS AND TESTS  
 BOX 8166 ACHEN STA  
 WASHINGTON TERR 2112





**ANEXO "E".**

