

315011



UNIVERSIDAD SALESIANA 1

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA DE PSICOLOGIA

FACTORES PREDISPONENTES DE LA ANSIEDAD Y SU
RELACION CON EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
SILVIA ADRIANA QUEREJAZU ESPINOSA

ASESOR: LIC. MARIA ELIZABETH RAMIREZ LOPEZ

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2002.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.

AGRADECIMIENTOS

Diosito:

Gracias por ser mi fiel amigo, base de mi fe y alimento de mi alma.

Mamá:

**Por ser una extraordinaria mamá, amiga y mujer,
por estar a mi lado amorosamente cada día de mi vida, creer en mí, tenerme confianza y
apoyarme en todo momento, te admiro. Gracias.**

Tía:

**Eres muy importante para mí, un gran pilar y una sabia guía, te agradezco el inmenso
amor que desde siempre me has brindado y que me ha formado.**

Papi y Mamita:

**Saben que son mis tesoros y siempre lo serán, están en mi corazón
y lo que ahora cosecho es fruto de lo que sembraron.**

Cuahtémoc:

**Gracias, porque desde el primer momento me has dado todo tu apoyo,
amor y comprensión, este triunfo es también tuyo.**

A todas las personas, amigas y amigos:

**Por estar conmigo a lo largo del difícil, pero gratificante proceso de crecer,
gracias.**

Esta meta se logró gracias a la significativa presencia de:

Mi asesora:

Lic. Elizabeth Ramírez López,

por dirigirme en la realización de esta tesis y por inculcarme la responsabilidad y entusiasmo hacia mi profesión a través de su ejemplo.

Mis maestros:

Agustín Solís, Francisco Ochoa, Laura Palomino, Martha Laura Jiménez,
Francisco Rodríguez y Teresa Pereda;
por su invaluable dedicación en mi formación académica.

Agradezco al Instituto Nacional de Perinatología, especialmente a:

Dr. Jorge Ibarra - Puig:

Jefe del Departamento de Neurología Perinatal

por su confianza y la gran oportunidad que me otorgó para desarrollarme personal y profesionalmente.

Personal de este Departamento, por su cálido afecto.

Dr. Marco Peñuela Olaya:

Por compartirme la sensibilidad y el conocimiento que tan profesional y acertadamente aplica en la Psicología.

Dra. Guadalupe Hernández Pimentel:

Por su constante apoyo, excepcional ejemplo y amistad.

A las mujeres en general, a quienes va dirigido este estudio
y a las que formaron parte del mismo, gracias.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

CAPÍTULO I PSICOBIOLOGÍA DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO

1.1 El embarazo.....	7
1.1.1 Fisiología sexual en la mujer y el hombre.....	8
1.1.2 Fecundación.....	10
1.1.3 Adaptación física y fisiológica al embarazo.....	12
1.2 El embarazo de alto riesgo.....	17
1.2.1 Identificación de la paciente con embarazo de alto riesgo.....	19
1.2.2 Riesgo biológico.....	22
1.2.3 Epilepsia.....	23
1.2.4 Diabetes.....	26
1.2.5 Hipertensión.....	30
1.2.6 Esterilidad.....	32
1.2.7 Pérdida precoz del embarazo.....	35
1.2.8 Edad materna avanzada.....	39
1.3 Riesgo psicosocial y sociocultural del embarazo.....	41

CAPÍTULO II ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL EMBARAZO

2.1 Posturas psicoanalíticas ante la feminidad.....	57
2.1.1 Sigmund Freud.....	57
2.1.2 Aportaciones de otros autores.....	59
2.1.3 Aportaciones opuestas a las anteriores.....	62
2.1.4 Recientes aportaciones.....	65

2.2	Teorías sobre el origen de la familia.....	71
2.3	Contexto sociocultural del concepto de mujer y maternidad.....	77
2.4	Psicología del embarazo y sus trastornos.....	81
2.4.1	Significación del embarazo.....	81
2.4.2	Defensas psíquicas ante las ansiedades del embarazo.....	87
2.4.3	Trastornos psicológicos durante el embarazo.....	92

CAPÍTULO III ANSIEDAD

3.1	Ansiedad.....	96
3.1.1	Concepciones de ansiedad.....	98
3.1.2	Teorías psicodinámicas de la ansiedad propuestas por Freud.....	101
3.1.3	Otras aportaciones psicodinámicas.....	103
3.1.4	Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo.....	106
3.1.5	Clasificación y síntomas de ansiedad.....	107
3.1.6	Síndrome General de Adaptación.....	110
3.1.7	Métodos de afrontamiento o regulación.....	111
3.1.8	Aspectos psicosomáticos.....	112
3.1.9	Investigaciones previas que miden ansiedad en el embarazo.....	115

CAPÍTULO IV INTERCONSULTA MÉDICO-PSICOLÓGICA PARA MUJERES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO

4.1	Contexto contemporáneo.....	126
4.1.2	La interconsulta psicológica en hospital.....	128
4.2	Posturas a favor y en contra del análisis durante el embarazo.....	132
4.3	Objetivos psicoterapéuticos en mujeres embarazadas.....	134
4.4	Consideraciones del abordaje psicoterapéutico.....	138

CAPÍTULO V INSTRUMENTO

5.1	Test del IDARE.....	145
5.2	Descripción del IDARE.....	146
5.3	Confiabilidad y validez.....	149
5.4	Normalización.....	150

CAPÍTULO VI METODOLOGÍA

6.1	Planteamiento del problema.....	153
6.2	Hipótesis.....	155
6.3	Variables.....	155
6.4	Muestra.....	158
6.5	Diseño de investigación.....	160
6.6	Instrumentos.....	160
6.7	Procedimiento.....	161

CAPÍTULO VII RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

7.1	Resultados obtenidos de la muestra.....	164
7.2	Análisis con ANOVA.....	175
7.3	Análisis con T-Student.....	178

-DISCUSIÓN 185

-CONCLUSIÓN 191

-LIMITACIONES Y SUGERENCIAS DEL ESTUDIO 197

-APÉNDICE..... 199

-BIBLIOGRAFÍA..... 206

INTRODUCCIÓN

En México, el porcentaje más representativo de la población, por ser el de mayor número de personas corresponde a los jóvenes, en su mayoría mujeres en edad de reproducción. Esto significa que si no se controla la influencia nociva de factores sociales, históricos, culturales, económicos, psicológicos, médicos, etc., se provoca entonces que gran cantidad de mujeres se convierta en población de riesgo; por lo que la demanda de servicios que necesitan se transforma en un problema social.

Por ello, las instancias gubernamentales y privadas relacionadas de alguna forma con la salud y la reproducción deben conocer las características generales y representativas de este sector poblacional para prevenir y atender, tanto eficaz como profesionalmente, los problemas que se puedan presentar. Esta situación compete a todos los ciudadanos ya que implica una gran responsabilidad colectiva; que radica en tomar medidas y decisiones con la finalidad de tener mejores condiciones de vida en el futuro.

La participación del psicólogo es necesaria e importante en los casos de mujeres que están potencialmente expuestas a riesgos de salud principalmente durante la etapa de la reproducción. Las instituciones que se dedican a las áreas de la salud aún no han podido implementar una adecuada atención médico – psicológica. El trabajo en conjunto de diferentes disciplinas como la psicología, la medicina, enfermería, trabajo social, etc. se pueden complementar y así solucionar más rápido conflictos tanto psíquicos como médicos. Para lograr lo anterior es necesario conocer y considerar todos los factores que puedan estar relacionados con la problemática que se pretenda resolver.

En el presente trabajo se midió la ansiedad en una población de mujeres con embarazo de alto riesgo, a través del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y se hizo una comparación con los niveles de ansiedad que se registraron en diversas patologías perinatales para conocer si determinada patología perinatal favorece más que otra, la presencia de ansiedad durante la gestación. También se revisaron antecedentes psicológicos, sociales, médicos e histórico-culturales para poder relacionarlos con la manera en que las mujeres con embarazo de riesgo, manifiestan su ansiedad.

Se considera a la ansiedad como una manifestación afectiva que produce efectos, los cuales repercuten fisiológicamente en el embarazo. Es por ello que se examinó la literatura que desde el marco psicoanalítico ha estudiado la etapa del embarazo, la ansiedad, evidencias psicósomáticas y la interconsulta médico- psicológica; para poder proponer una atención oportuna a las mujeres embarazadas, por medio de la temprana detección de un inadecuado manejo de la ansiedad que implique riesgo psicológico.

Desde la menarquía hasta la menopausia, los procesos biológicos y psicológicos están en constante interacción, dotando a la mujer de una sabiduría interna que provee en cada ciclo menstrual la oportunidad de desarrollar dentro de sí a un ser humano, sin embargo la vida moderna ha traído como consecuencia para la mujer, un conflicto consigo misma; en el cual la mujer va en contra de su propio instinto maternal.

Lo anterior se debe a que el rol desempeñado por la mujer en la vida familiar, laboral y social se ha modificado y adaptado a las exigencias que se han instaurado a través de la historia del último siglo. Este fenómeno implica la confluencia de muchas variables como pueden ser: la igualdad o desigualdad jurídica entre géneros, la inserción de la mujer al mundo laboral, el acceso a la educación sexual, la aceptación de usar

métodos anticonceptivos, la concepción de la virginidad por parte del hombre y de la mujer, la presión social hacia las madres solteras, etc. Todo esto influye en la conceptualización que las mujeres y la sociedad en general, tienen actualmente acerca del embarazo. La postura que se tenga ante este hecho determinará las acciones que se lleven a cabo alrededor de la etapa del embarazo, y a su vez afectará de manera directa el estado emocional de la mujer embarazada.

Es esencial tomar en cuenta que existe una influencia ancestral e histórica que incide en cómo las mujeres consideran y actúan ante un embarazo, esto depende de la etnia a la que pertenezcan, a la posición económica, al significado de rituales de iniciación sexual, a la cultura correspondiente a la época y lugar, etc.; por ello es necesario tener un acercamiento biopsicosocial.

Para poder integrar y afrontar los riesgos que se citaron anteriormente, es preciso trabajar en conjunto, abarcando el área física como la mental. Si se logra lo anterior se podrá evitar que el inadecuado control de la ansiedad se manifieste por medio de la somatización, y favorezca la presencia o complicación de enfermedades, en este caso, estableciendo un embarazo de alto riesgo. La interconsulta médico-psicológica es un campo de acción que aún debe consolidarse para crear medidas adecuadas de diagnóstico, prevención y atención a mujeres gestantes con riesgo.

Esta investigación se desarrolló en cuatro capítulos teóricos en los que se exponen los temas anteriormente citados.

En el primer capítulo se hace una revisión de la fisiología del embarazo, ya que las transformaciones biológicas en este proceso son de gran relevancia para la mujer. Se

hace mención de la fisiología masculina: ya que también existe un proceso que permite al hombre, al igual que a la mujer, ser creador, esta participación biológica es diferente para cada sexo; sin embargo, ambos deben trabajar intensamente para crear un espacio psíquico, que pueda ocupar el nuevo hijo. También se mencionan generalidades médicas correspondientes a algunas patologías perinatales, así como algunos registros de hallazgos psicosomáticos, con los que se pone de manifiesto la falta adecuada de control ante la ansiedad, lo cual está presente en muchos de los padecimientos que se citan.

En el segundo capítulo se revisan todos los elementos que se relacionan con la introyección del concepto de mujer y embarazo, a través de la exposición de las posturas de diversos psicoanalistas acerca de la feminidad. Ya que el embarazo y la maternidad son sucesos que han sido significativos a través de la historia de la humanidad; se citan antecedentes del lugar que ha ocupado la mujer dentro de la evolución de la familia. Se discute acerca del polémico concepto del rol de mujer y maternidad, que se emplea en la actualidad, con la finalidad de poner en juicio el manejo de dichas acepciones. Por último se desarrollan los puntos nodales causantes de ansiedad desde la concepción psíquica del embarazo, los cuales están íntimamente relacionados con la forma particular en que cada mujer experimentó los elementos que se mencionan a lo largo del capítulo.

En el tercer capítulo se describe la ansiedad, tomando en cuenta las interpretaciones que han propuesto distintos psicólogos. Se hace un breve repaso de las teorías psicodinámicas que han abordado la etiología de la ansiedad. También se indican los síntomas y modos de afrontamiento que se pueden presentar ante la ansiedad. Con el propósito de tener un marco referencial del comportamiento de la ansiedad en relación al embarazo, se citan varias investigaciones en las que se ha medido la ansiedad en mujeres embarazadas, de las cuales la mayor parte se han realizado con el IDARE.

En el cuarto capítulo se pretende mostrar una alternativa de atención psicológica, para mujeres que presentan ansiedad durante un embarazo de alto riesgo, a través de la interconsulta médico-psicológica. Para ello se hace referencia a los aspectos positivos y negativos que tiene que enfrentar el psicólogo para realizar su labor dentro de una institución hospitalaria. También se exponen los objetivos terapéuticos para abordar a este tipo de pacientes, desde el encuadre psicoanalítico.

En el quinto capítulo se hace una descripción del instrumento empleado en este estudio, el cual se conoce como IDARE: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Para lo cual se nombran los antecedentes de su uso, así como también se hace mención de su confiabilidad, validez y normalización.

En el sexto capítulo se desarrolla la metodología. En el séptimo capítulo se muestran los resultados y análisis de resultados y por último se exponen la discusión, la conclusión, las sugerencias y limitaciones de este trabajo.

CAPÍTULO I

PSICOBIOLOGÍA DEL EMBARAZO

DE ALTO RIESGO

1.1 EL EMBARAZO

Un embarazo se produce con la participación voluntaria en el momento del acto sexual por parte de un hombre y una mujer. Es importante tener en cuenta que así se produce el principio de una vida y por lo tanto es necesario promover el interés acerca de la maternidad y sus vicisitudes tanto en hombres como en mujeres para tener la posibilidad actuar con más responsabilidad.

Es importante exponer las bases fisiológicas que permiten tanto a hombres y mujeres alcanzar la madurez sexual, ya que cuando el óvulo de una mujer es fecundado por un espermatozoo de un varón, se produce una nueva secuencia de fenómenos llamada embarazo o gestación; (Guyton y Hall, 1997) lo anterior implica innumerables cambios de una célula llamada cigoto que es totipotencial y altamente especializada, cuya finalidad es la transformación en un ser humano multicelular. (Moore y Persaud, 1995).

Las células llamadas gametos femeninos y masculinos se forman a través de procesos fisiológicos sumamente complejos y diferentes entre sí; los cuales están influenciados por procesos psicológicos también diferenciados por el género y la experiencia de vida.

La fisiología del hombre y la mujer son un principio biológico de la vida, en donde se observa la incidencia de factores psicológicos a través de impulsos nerviosos que incitan al acto sexual, por ello se mencionarán a continuación.

1. 1. 1 Fisiología sexual en la mujer y el hombre

Fisiología sexual en la mujer.

En la mujer se forman durante la vida fetal los oocitos primarios, los cuales son óvulos inmaduros. En la treintava semana de gestación el número de óvulos es de unos 6 millones, de los cuales la mayoría degenera pronto, así es como en el momento del nacimiento hay aproximadamente 2 millones de óvulos en los dos ovarios y tan sólo de 300 mil a 400 mil en la pubertad. Durante los años de vida reproductiva de la mujer, entre los 13 y 46 años aproximadamente, 400 de estos foliculos se desarrollan suficientemente para expulsar sus óvulos, uno cada mes y el resto se degeneran.

Los años reproductivos de la mujer se caracterizan por variaciones mensuales y rítmicas de secreción de hormonas femeninas y las correspondientes modificaciones en los órganos sexuales y en los ovarios; este patrón cíclico se llama ciclo sexual femenino. Una vez expulsado el óvulo del ovario éste permanece viable y capaz de ser fecundado sólo hasta 72 horas, aunque la mayoría no resisten más de 24 hrs.

Para llevar a cabo el acto sexual la mujer al igual que el hombre necesita una estimulación psicológica y una estimulación sexual local. El deseo sexual puede ser provocado por los pensamientos eróticos, la educación de la mujer y su impulso fisiológico, aunque dicho deseo varía de acuerdo al nivel de la secreción de hormonas sexuales, es decir que alcanza un máximo cuando está próximo el tiempo de la ovulación, posiblemente por el alto nivel de secreción de estrógenos durante el período preovulatorio.

Las sensaciones sexuales se transmiten del clítoris a los segmentos sacros de la médula espinal a través del nervio pudendo y del plexo sacro. Cuando estas señales penetran a la médula espinal, son transmitidas al cerebro.

Fisiología sexual en el hombre.

La generación de espermatozoides se lleva a cabo en todos los tubos seminíferos, los cuales forman los testículos del hombre, esto sucede a lo largo de la vida sexual activa y se presenta por la estimulación de las hormonas gonadotropas de la adenohipófisis. Este proceso comienza por término medio a los 13 años y continúa durante toda la vida. (Guyton y Hall, 1997).

En los dos testículos de un adulto joven se forman aproximadamente 120 millones de espermatozoides diarios. La cantidad de semen eyaculado en cada coito en promedio es de 3.5 mililitros que contienen generalmente 400 millones de espermatozoides. Los espermatozoides pueden sobrevivir muchas semanas dentro de los conductos genitales de los testículos, sin embargo su supervivencia dentro del aparato genital femenino es sólo de 24 a 48 horas.

El estímulo neuronal para la realización del acto sexual en el varón se produce por una reacción que comienza en el glande del pene, en donde los órganos sensoriales terminales se estimulan propagando así señales sexuales a través del nervio pudendo, después por el plexo sacro, a la porción sacra de la médula espinal y finalmente ascienden a través de la médula espinal a regiones no definidas del encéfalo.

Por otro lado el estímulo psíquico de la estimulación sexual consta de una serie de estímulos psicológicos que faciliten la capacidad de una persona a realizar el acto sexual,

los simples pensamientos de contenido sexual o el soñar la realización del acto sexual puede culminar en el varón en forma de eyaculación. Aunque los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la inhibición o iniciación del acto sexual masculino, probablemente no es necesaria la función del encéfalo para su realización. "Por lo tanto el acto sexual masculino es el resultado de mecanismos reflejos intrínsecos integrados en la médula espinal sacra y lumbar, y estos mecanismos se pueden iniciar por estimulación psicológica del encéfalo o por una estimulación sexual real, o por la combinación de ambos." (Guyton y Hall, 1997).

1. 1. 2 Fecundación

Una vez consumado el coito se depositan de 200 a 400 millones de espermatozoides en el tracto genital de la mujer, de los cuales sólo de 300 a 500 llegan al sitio ideal de fecundación que es en la ampolla de la tuba uterina y se lleva a cabo alrededor de 24 hrs. Sólo uno de ellos es el espermatozoide fecundante y es ayudado por los demás a atravesar la primera barrera que protege al óvulo llamada corona radiada. (Sadler, 1993).

Posteriormente el espermatozoide penetra a la segunda barrera llamada zona pelúcida con ayuda de enzimas liberadas por el acrosoma, esto produce la liberación de sustancias que provocan una reacción de zona, la cual cambia los sitios receptores específicos para espermatozoides e impide la entrada a más de éstos. Ahora la cabeza del espermatozoo toca la superficie del óvulo y se fusionan las membranas plasmáticas de ambas células.

En este momento el óvulo completa su segunda división meiótica y forma el pronúcleo femenino con veintitrés cromosomas, simultáneamente la cabeza del espermatoozo crece a medida que se desprende y degenera su cola, para formar el pronúcleo masculino con 23 cromosomas. Posteriormente los pronúcleos masculino y femenino se aproximan entre sí, pierden sus membranas nucleares y se fusionan, los cromosomas maternos y paternos se mezclan, formando una nueva célula diploide nombrada cigoto, que es el primordio de un nuevo ser humano.

Citan Moore, K. y Persaud, T. (1995) que Nahhas y Bernea en 1990 expusieron que aproximadamente cuatro días después de la fecundación aparece el factor temprano de embarazo (FTE) en el suero materno, que constituye la base de las pruebas de embarazo durante la primera semana de desarrollo.

Es así como dos seres humanos sexualmente maduros y psicológicamente influenciados por sus hormonas, señales nerviosas, pensamientos, fantasías, afectos, emociones, educación, costumbres, cultura, condiciones económicas, sociales, familiares, etc. deciden realizar un acto sexual y como consecuencia se produce el embarazo.

El azar influirá en determinar si un espermatozoide logra fecundar al óvulo, ya que existe una serie de variantes que pueden intervenir desfavorablemente en el momento de tener una relación sexual. En una mujer madura físicamente existe el espacio anatómico para albergar una nueva vida; sin embargo, también se necesita de un espacio psíquico para embarazarse, el cual puede ser más importante y difícil de lograr, a pesar de no ser el momento económicamente o socialmente oportuno para concebir una vida. Cuando existe un espacio psíquico para un nuevo ser humano, es posible que haya una adecuada

preparación y aceptación de un cambio en la vida al recibir una prueba de embarazo positiva.

1. 1. 3 Adaptación física y fisiológica al embarazo

En el curso del embarazo se presentan una serie de importantes modificaciones bioquímicas, fisiológicas y anatómicas las cuales se revierten de manera sorprendente al término del embarazo.

Para empezar, el útero es un órgano que pesa alrededor de 70 gr. en estado normal y al término de un embarazo puede llegar a pesar alrededor de 1,100 gr. Tal aumento se debe a la acción de los estrógenos y quizás de la progesterona durante los primeros meses del embarazo, no siendo así después del tercer mes, cuando el aumento del tamaño es en parte mecánico; ya que los productos de la concepción están en expansión y producen un efecto de presión.

La vagina también sufre alteraciones ya que se produce un aumento en la formación de vasos en un tejido que no los posea o aumenta el número de los ya existentes, y también se prepara para la distensión durante el parto con un aumento del grosor de la mucosa, relajación del tejido conectivo y aumento de longitud de las paredes vaginales como en el útero.

Hay un considerable aumento del peso total de la mujer, el cual es atribuible al útero y a su contenido, a las mamas, al aumento de volumen de sangre circundante y al líquido que se encuentra fuera de los vasos sanguíneos y en el exterior de las células. El

aumento total de peso a las 10 semanas será de 650 ml.; a las 20 semanas será de 4.000 ml.; a las 30 semanas será de 8.500 ml. y a las 40 semanas puede ser de 12.500 ml.

Lo anterior se relaciona con una acumulación excesiva de líquido en el tejido que se encuentra debajo de la piel, esta retención de agua es una alteración fisiológica normal durante el embarazo. Durante el día las pacientes tienden a acumular agua y por la noche mientras permanecen acostadas, movilizan este líquido y lo excretan a través de los riñones. Se ha detectado la excreción de grandes cantidades de aminoácidos y vitaminas hidrosolubles por la orina en comparación con mujeres que no cursan embarazo.

Es común que la mujer note mayor sensibilidad y hormigueo en las mamas durante las primeras semanas y durante el segundo mes, ya que éstas y los pezones aumentan de tamaño. Debido a la distensión de los tejidos, es posible que se desarrollen estrías rojizas, ligeramente deprimidas en la piel del abdomen, a veces en las mamas y en los muslos, generalmente, en los últimos meses del embarazo.

En este período la mujer debe tener cuidado con su postura corporal ya se ha comprobado que si la mujer embarazada se encuentra acostada boca arriba, el gran útero grávido comprime con tanta fuerza el sistema venoso que devuelve la sangre a la mitad inferior del cuerpo, hasta el extremo de reducir el volumen de sangre expulsado por el corazón en cada latido. En casos poco frecuentes, el resultado es una hipotensión arterial franca, catalogada como síndrome hipotensivo del decúbito supino. En general la presión sanguínea arterial desciende ligeramente a la mitad del embarazo, para elevarse durante el tercer trimestre.

Durante este período es frecuente un intenso deseo de respirar, que puede interpretarse como disnea, lo cual sugiere una patología pulmonar o cardiaca, aunque en la gran mayoría de casos no existe esta complicación. Guyton y Hall, (1997) mencionan que hay un aumento de la frecuencia respiratoria ya que la cantidad total de oxígeno consumido por la madre poco antes del alumbramiento es de un 20% aproximadamente mayor de lo normal.

A consecuencia del crecimiento del útero se mueven de posición el estómago y los intestinos es por ello que se modifican los datos físicos de ciertas enfermedades preexistentes. También se cree que por el cambio de posición del estómago se presenta la pirosis o ardor la cual se considera común en el embarazo debido al reflujo de las secreciones ácidas hacia la parte inferior del estómago. El diafragma que es el principal músculo de la respiración se eleva en forma progresiva durante el embarazo. El corazón se desplaza hacia la izquierda y arriba, y al mismo tiempo gira sobre su eje longitudinal. Estos cambios se deben al tamaño y posición del útero, a la potencia de los músculos abdominales y las configuraciones del abdomen y tórax. La frecuencia del pulso en reposo aumenta entre 10 a 15 pulsaciones por minuto. (Queenan, J. 1987).

El tono y el movimiento del tubo gastrointestinal suelen estar disminuidos, lo que prolonga los tiempos de vaciamiento gástrico y de tránsito intestinal, esto se puede deber a las grandes cantidades de progesterona presentes durante el embarazo, esto provoca cambios en tiempos a los que estaba acostumbrada la mujer. Un incómodo padecimiento son las hemorroides, que son muy frecuentes en este período debido a la elevada presión en las venas que se encuentran debajo del nivel del útero grávido.

También las hormonas se alteran durante el embarazo, por ejemplo la hipófisis aumenta su tamaño, por lo que se producen mayores cantidades de corticotropina, de hormona tirotrópica y de prolactina, por otro lado se interrumpe la secreción de hormona folículo estimulante y luteinizante por los efectos inhibidores de los estrógenos y la progesterona secretados por la placenta, esto produce que durante el embarazo cese la ovulación y se suspenda la maduración de nuevos folículos por lo que los ciclos hormonales se modifican, provocando cambios de comportamiento. Sin embargo se ha comprobado que la glándula hipofisaria materna no es indispensable para el mantenimiento del embarazo. (Guyton y Hall, 1997).

La placenta forma grandes cantidades de gonadotropina coriónica humana, estrógenos, progesterona y de somatomamotropina coriónica humana, las cuales son esenciales para que transcurra el embarazo. (Guyton y Hall, 1997).

Otra notable modificación es la curvatura de la columna vertebral que se acentúa progresivamente a nivel lumbar y se presenta como una característica normal del embarazo. Esto compensa la posición hacia delante del útero que crece, lográndose así un cambio en el centro de gravedad, desplazándolo hacia atrás sobre las extremidades inferiores. Según Guyton y Hall, (1997) se presenta una mayor movilidad de las articulaciones sacroiliacas, sacrococcigeas y púbicas durante el embarazo, esto se debe a la secreción de estrógenos, esta movilidad puede contribuir a la alteración de la postura materna y también es causa de un malestar en la porción inferior del dorso, lo cual se acentúa a fines del embarazo.

Todas estas modificaciones fisiológicas tan impresionantes, en su gran mayoría retornan a las condiciones normales, en las pocas semanas siguientes al parto. Esto

implica que la conformación biológica femenina está potencialmente preparada para llevar a cabo todas estas funciones.

Es significativo resaltar que cuando una mujer decide tener relaciones sexuales con su pareja en ella va implícita la posibilidad de ser madre, estas dos condiciones están ligadas, ya que según Langer, M. (1972) la mujer tiene el instinto de la maternidad, contrario al caso del hombre quien debe de aprender este instinto cuando se relacione con su hijo ya nacido. Langer, M. (1972) cita a Deutsh quien menciona que no existe el orgasmo vaginal sin la aceptación psicológica de la maternidad. Esto confirma que la mujer considera la sexualidad no sólo como un acto biológico, si no que conforma una unidad psíquica y biológica que es inherente a su naturaleza, por lo tanto el embarazo posee un gran contenido simbólico y psíquico para ella.

Menciona Salvatierra, V. (1989) la existencia de similitudes fisiológicas entre los elementos de la actividad sexual y reproductora que explican su unidad esencial. Refiere que Newton en 1972 señala que la tríada constituida por el coito, el parto y la lactancia tienen papeles biológicos que están presentes en dos individuos y comparten tres características:

- Existen mecanismos neuroendócrinos con funciones bien definidas, que comprenden al cerebro interno, al sistema hipotálamo-hipofisario, al útero, las mamas, los ovarios y una gran cantidad de neurotransmisores y de hormonas. Estos mecanismos están muy relacionados entre sí para llevar a cabo la tríada anteriormente citada.
- Son muy sensibles a situaciones ambientales que causan estrés, lo que produce inhibición en sus estadios iniciales.

- Bajo ciertas circunstancias desencadenan cambios emocionales o afectivos, asociados a una conducta de cuidado y asistencia, este comportamiento es característico de la reproducción mamífera.

Por los datos revisados se infiere los cambios fisiológicos en todos los embarazos, sean de riesgo o no, implican molestias físicas, cambios de hábitos, modificaciones en la postura corporal, en la imagen corporal y una serie de adaptaciones que la mujer gestante debe hacer en un tiempo relativamente corto, que abarca los nueve meses del embarazo.

En la mayoría de los embarazos se tienen resultados favorables, en los que las mujeres experimentaron quizás algunos síntomas o problemas físicos desagradables con presencia de ciertas dificultades en el trabajo de parto y finalmente se recupera adecuadamente del embarazo y nace un lactante sano. (Queenan, J. 1987).

Desafortunadamente no todos los embarazos se desarrollan de manera favorable para la mujer y el producto, debido a múltiples factores de riesgo que en seguida se mencionarán.

1.2 EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO

"Se le llama embarazo de alto riesgo a aquel en que hay un factor, ya sea materno o fetal, que afectará de manera adversa a los resultados de la gestación." (Queenan, 1987).

A continuación se presentan tres definiciones de alto riesgo adaptadas por la UNICEF, propuestas por Theodore Tjossen y Eloisa E. de Lorenzo (citados por Ortega, 1997).

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. Por ejemplo el Síndrome de Down o parálisis cerebral, entre muchas otras.

Alto riesgo biológico: Es la ocurrencia de condiciones prenatales, perinatales y aún previas 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 como puede ser prematuridad, RH negativo, problemas asociados al metabolismo, etc.

Alto riesgo ambiental o sociocultural: Se identifica en las condiciones de pobreza y marginación que se encuentran frecuentemente relacionadas con el alto riesgo biológico. Este grupo representa la gran mayoría de los casos con retraso mental, anemia, desnutrición, alcoholismo, drogadicción, etc.

Se concluye que el embarazo de alto riesgo es aquél que conlleva factores de riesgo socioeconómico como son: bajo ingreso económico, baja escolaridad, nutrición inadecuada, falta de apoyo afectivo y social, situaciones de tensión, exceso de trabajo físico de la embarazada, etc.

Factores de riesgo biológico, por ejemplo: edad menor de quince años o mayor de cuarenta, nutrición inadecuada, baja talla y bajo peso, infecciones diabetes, hipertensión, etc.

Factores de riesgo obstétrico, dentro de los cuales se pueden presentar: antecedentes de hijos prematuros o de bajo peso, multiparidad mayor de seis hijos, historia de muerte *in útero* previas, embarazo múltiple, amenaza de parto pretérmino, patología placentaria, sangrados, etc.; servicios de salud inaccesibles, incomprensión de las indicaciones médicas, control prenatal de mala calidad, iatrogenia, etc. (Langer, 1990).

1. 2. 1 Identificación de la paciente con embarazo de alto riesgo

Existen sistemas de identificación de alto riesgo que incluyen las complicaciones médicas que afectan a la madre y una historia obstétrica con antecedentes, con el fin de clasificar a las pacientes en categorías de bajo y alto riesgo. Sin embargo, existen limitaciones para predecir el pronóstico por la escasa sensibilidad de los indicadores de alto riesgo.

Arias, F. (1994) indica que por medio de una cuidadosa historia médica y obstétrica, puede identificarse un embarazo de alto riesgo sin necesidad de utilizar los sistemas de puntuación. Por lo que si se llegaran a complementar los antecedentes recabados por el médico especialista y una historia clínica recabada por un psicólogo, se podrían detectar rasgos de ansiedad y personalidad que pueden influir positiva o negativamente en el pronóstico del embarazo. Este planteamiento no sugiere la selección de pacientes para ser atendidas en una institución, sino una parte del seguimiento inicial

para canalizar a las pacientes que requieran una consejería, ayuda u orientación psicológica.

Existen factores de alto riesgo que requieren la canalización a un especialista en medicina materno-fetal, como las siguientes:

- Pacientes que desarrollan afecciones que requieren procedimientos invasivos con fines diagnósticos o terapéuticos como:
 - Isoimmunización Rh, hidropesía fetal no inmunológica, obstrucción del tracto urinario fetal, bloqueo cardíaco fetal congénito e hidrocefalia fetal.

- Pacientes que presentan complicaciones médicas severas que afectan a la madre como:
 - Diabetes tábil, insuficiencia cardíaca de grados III y IV, válvulas cardíacas artificiales, lupus eritematoso sistémico y anemia de células falciformes.

- Pacientes que presentan mala evolución recurrente de la gestación como:
 - Aborto habitual, cerclajes fallidos, niños nacidos muertos, rotura prematura de membranas y trabajo de parto pretérmino.

- Pacientes que presentan complicaciones obstétricas que necesitan un cuidado especializado como:

- Preeclampsia o eclampsia grave con insuficiencia renal, edema pulmonar, hipertensión que no responde al tratamiento, hemorragia intracraneal o crecimiento intrauterino retardado grave.

Ya que el médico está en constante interacción con la paciente; es importante que le explique el tratamiento que se aplicará según sea el caso, para completar una adecuada atención integral se propone que una vez que la paciente conozca su diagnóstico, se lleve a cabo una entrevista con un psicólogo quien deberá conocer el pronóstico médico de la paciente y también conocer los resultados de la evaluación psicológica inicial, para brindarle apoyo y acompañamiento en el proceso del conocimiento de su padecimiento.

Hay pacientes que debido a su estructura de personalidad, poseen recursos psicológicos que les permiten afrontar de manera positiva situaciones adversas, sin embargo hay otras pacientes que necesitan mayor apoyo de familiares y profesionistas para canalizar de manera adecuada la ansiedad y así evitar la somatización, agravando la situación física.

Asesoramiento preconcepcional

Cuando la paciente presenta múltiples o graves factores de riesgo debe ser asesorada antes de la gestación, lo ideal es que el obstetra se entreviste con la paciente y su pareja para exponer los siguientes aspectos:

- Importancia de los factores detectados en el examen físico y en la historia médica.

- Efectos que cada factor de riesgo puede tener sobre el embarazo.
- La presencia o no de discapacidad de la madre durante la gestación y la duración de ésta.
- Las pruebas especiales que deben llevarse a cabo para controlar el estado de la madre.
- El pronóstico de una evolución satisfactoria del feto y la madre. (Arias, 1994).

Es preciso que por ética profesional los médicos no influyan en la decisión de la pareja acerca de embarazarse, sin embargo en estos casos sería importante la participación del psicólogo quien tampoco insistiría en una decisión, pero sí podría orientar más ampliamente a la pareja en relación a sus fantasías y miedos.

A continuación se referirán patologías correspondientes al riesgo biológico, que en presencia de un embarazo lo convierten de alto riesgo.

1. 2. 2 Riesgo biológico

Cada año en México, aproximadamente 7,000 niños y niñas no cuentan con el beneficio y derecho de tener una madre viva y sana que asegure su supervivencia, esto es debido a los índices de mortalidad materna en el país. La tasa de mortalidad materna en México es de 53 fallecimientos de mujeres por cada 100,000 nacimientos vivos registrados en 1998. Es decir, mueren 1,200 mujeres por causas obstétricas directas como toxemias, hemorragias, infecciones, complicaciones del parto y abortos.

La mortalidad materna se reconoce como un problema multifactorial que contempla la inequidad social y de género, la corresponsabilidad institucional, familiar y comunitaria frente a la muerte materna. Hace falta que se divulgue información efectiva sobre los cuidados de la mujer embarazada y su hijo, también existe la necesidad de reforzar programas educativos para prevenir la muerte materna a nivel familiar y comunitario.

Se tiene que abordar el problema desde la reeducación partiendo de los factores causales como pobreza, equidad, educación, corresponsabilidad, cambios de actitud y de prácticas para prevenir riesgos.

A continuación se revisan diferentes padecimientos médicos que pueden presentarse durante el embarazo, así como los aspectos psicosomáticos que evidencian un manejo de emociones parecido por parte de los integrantes de las muestras que se han estudiado con respecto a cada padecimiento.

1. 2. 3 Epilepsia y embarazo

"La epilepsia es un síndrome de origen multifactorial, es un trastorno de origen paroxístico del sistema nervioso central, que es recurrente, con manifestaciones estereotipadas, como resultado de una descarga neuronal excesiva." (Feria y cols. 1997).

Para clasificar las crisis epilépticas se establece primero si son de tipo focalizado - parciales en las que el fenómeno eléctrico se detecta en un grupo neuronal determinado, en alguna parte de la corteza cerebral y se expresa de manera simple, sin alteración de la conciencia o de tipo complejas con alteración de la conciencia.

Se tienen registros de que no hay cambios en la frecuencia de convulsiones en la mitad del total de mujeres epilépticas cuando se embarazan. Existe un 30% de mujeres embarazadas en las que aumenta el número de convulsiones; y quienes tendían a sufrir convulsiones en el momento de la menstruación, parece que reaccionan a un estímulo metabólico aún no definido, ya que durante el embarazo disminuyen considerablemente. (Queenan, 1987).

Sin embargo la minoría de las pacientes padecen menos convulsiones cuando se embarazan. Hay informes de casos de mujeres específicas que han tenido convulsiones cuando el feto es varón y no sufren ninguna cuando el feto es de sexo femenino. Es rara la epilepsia gestacional, esta es la epilepsia que se manifiesta por primera vez durante el embarazo.

Las mujeres sanas experimentan una probabilidad de 3 % de que su bebé nazca con una anomalía congénita importante, sin embargo, en mujeres epilépticas este riesgo aumenta entre 6 % y 10 %. Las anomalías congénitas se deben a diversas causas, de las que se desconoce la causa directa, puede ser desde fármacos anticonvulsivantes, lesión por las convulsiones o factores genéticos. Los fármacos anticonvulsivantes requieren ser medicados estrictamente por un neurólogo, ya que es más peligroso que la paciente no se controle las crisis y suceda un accidente más grave. (Queenan, 1987).

Aspectos psicosociales y psicosomáticos de la epilepsia.

De acuerdo a los resultados obtenidos en una muestra de 400 epilépticos mexicanos que viven en el Distrito Federal, se encontró que 35% son casados, de los

cuales las mujeres en edad de contraer matrimonio permanecen solteras y viviendo con sus padres en contraste con varones epilépticos quienes a partir de los veinticinco años ya se casan. Es por ello que se deduce que la epilepsia es un factor que influye más en las mujeres que en los hombres en el status marital. (Feria y cols. 1997).

El 28% de los pacientes conoce qué es la epilepsia, la sexta parte no sabe qué es la epilepsia y el 40% desconoce qué tipo de epilepsia padece. Esto sucede con las personas que padecen la epilepsia, sin embargo existe una estigmatización hacia estas personas y su familia. Es decir, la persona epiléptica recibe una etiqueta que sirve como barrera impuesta socialmente e implica una limitante para conseguir y conservar algún empleo, para desarrollarse en el ámbito escolar y para poder llevar una vida normal.

La mitad de las personas epilépticas encuestadas contestó que sí le afecta en su vida diaria su enfermedad sobretodo en el sentimiento de dependencia, ya que no acostumbran salir solos, el 25% contestó que a pesar de estar controlados con medicamentos vivían en tensión y temor constantes de no saber en qué momento se puede presentar otra crisis, sin importar que no se habían presentado en mucho tiempo.

Mencionan Feria y cols. (1997) que Sonnen indica que no existe la personalidad epiléptica. Explican que los problemas de comportamiento, pueden ser el resultado del daño cerebral, del medicamento o a consecuencia de factores sociales. Sin embargo no se puede hacer a un lado la angustia en la que puede encontrarse una mujer que padece epilepsia y está embarazada.

En el Instituto Nacional de Perinatología, en el Departamento de Neurología Perinatal, se atiende a las pacientes que están cursando embarazo y padecen crisis

convulsivas y para llevar a cabo el diagnóstico se les realiza un estudio de electroencefalograma. Se han visto casos en los cuales, las pacientes actúan todas las fases de una epilepsia de determinada clasificación y sin embargo no existe el registro de la excitación cerebral en el electroencefalograma.

Esto permite diferenciar a las mujeres que padecen realmente epilepsia y que pueden presentar ansiedad por no saber cuando viene una crisis y por su papel de futura madre epiléptica. Y por otro lado puede haber mujeres con un trastorno psicológico determinado quienes simulan crisis convulsivas para controlar el medio con el que se están enfrentando y recurren a estas actuaciones que se detectan con facilidad por un médico o personal familiarizado con epilepsia ya que hay características inconfundibles que la mayoría de estas pacientes olvidan actuar como la atonía muscular, la confusión post crisis, el perder la conciencia cuando imitan una crisis compleja, etc.

1. 2. 4 Diabetes Mellitus y embarazo

La Diabetes Gestacional es la intolerancia a los hidratos de carbono de severidad variable que se inicia o reconoce por primera vez durante el embarazo. Son frecuentes las alteraciones del metabolismo de los carbohidratos durante el embarazo. La mayoría de estas pacientes tienen predisposición genética o metabólica a la diabetes y no pueden compensar los cambios diabetogénicos que se presentan durante el embarazo, también se encuentran mujeres que ya tenían diagnosticada la diabetes antes del embarazo.

La mayoría de las mujeres que tienen intolerancia a los carbohidratos durante la gestación no presentan signos ni síntomas, desgraciadamente esta intolerancia durante el embarazo implica un significativo aumento de la morbilidad materna y fetal.

Efectos de la diabetes sobre el embarazo: Presencia de preeclampsia en una proporción de 10% a 25% de las gestantes diabéticas, también se eleva la presencia de infecciones, hemorragias post parto y partos por cesárea.

Efectos de la diabetes sobre el feto: Son más serias que las maternas como la presencia de malformaciones congénitas, hipoglucemia, macrosomía, apnea y bradicardia, entre otras.

Efectos del embarazo sobre la diabetes: El embarazo se complica cuando la paciente ya es diabética desde antes, estas pacientes tienden a la inestabilidad metabólica por lo que requieren monitorización constante, tratamiento estricto y un ritmo de vida muy controlado. Cuando estas pacientes ya tiene una lesión orgánica debida a su condición diabética anterior, el embarazo puede acelerar el proceso. Lo ideal es que la paciente antes de que se embarace reciba un asesoramiento. (Arias, 1994).

Diagnóstico de diabetes: La mejor prueba para determinar la diabetes gestacional es la determinación de la glucosa plasmática una hora después de ingerir 50 gr. de glucosa.

- Los factores de riesgo son:
 - -Edad materna mayor a 25 años
 - -Obesidad
 - -Antecedentes familiares con Diabetes
 - -Abortos
 - -Hijos con peso al nacer mayor o igual a 4 kg.

- -Obitos; que es el producto muerto de más de 7 meses de gestación.

- El tratamiento consiste en:
 - -Administración de insulina
 - -Ejercicio
 - -Monitoreo de la glucosa capilar y cetonas en orina
 - -Plan de alimentación

Factores psicosomáticos de la diabetes.

Kolb, L. (1992) señala que hay investigaciones recientes en las que se han detectado variaciones en la presencia de cuerpos cetónicos en la sangre, dichas variaciones han sido resultado de los cambios en el estado emocional del individuo. Desde el punto de vista fisiológico, se ha demostrado que los niveles de glucosa urinaria y sanguínea se elevan después de períodos de estrés emocional y que las curvas de tolerancia a la glucosa pueden modificarse durante dichos períodos. Esto se comprobó en experimentos de laboratorio en que la curva es más diabética cuando el paciente se siente hostil o deprimido y una curva más normal cuando se siente aceptado y cuidado por los investigadores. (De la Fuente, 1979).

Desde la teoría psicoanalítica se ha visto que algunos diabéticos se frustran cuando no se pueden satisfacer sus demandas de amor y atención. De la Fuente, (1979) cita que Meyer, Bollmeier y Mirsky resaltan la presencia de deseos infantiles insatisfechos de atención y cuidado, lo cual coincide con Kolb, (1992) quien menciona que cuando existe sincronía entre la iniciación del padecimiento y situaciones emocionales éstas

implican la reactivación de una experiencia de rechazo ocurrida en la infancia. Finalmente, los estudios de Hinkle, Wolf y sus colaboradores confirman que el control efectivo de la diabetes puede ser seriamente perturbado por causas psicológicas. (De la Fuente, 1979).

El tratamiento para la diabetes requiere un control de la dieta y la aplicación de insulina, esto se complica de acuerdo al significado simbólico del proceso de dar alimento y su relación con el hecho de proporcionar apoyo emocional en forma de amor. Se han encontrado personas inteligentes y sensatas, que no son capaces de procurar una dieta que es indispensable para su salud.

Es frecuente la presencia de dificultades sexuales tanto en los hombres como en las mujeres con diabetes. (Kolb, 1992). A las mujeres diabéticas les preocupa dar a luz y a los hombres diabéticos les preocupa la impotencia sexual. El que nazca un hijo puede reactivar en el papá o la mamá diabético, el deseo regresivo de recibir cuidado y afecto. Y pueden considerar al nuevo niño como un rival en el afecto que le demandará de su pareja.

Aproximadamente un tercio de los pacientes diabéticos han sido diagnosticados con problemas psicológicos los más comunes han sido; desórdenes afectivos y ansiedad en un momento de su vida. Se han detectado más frecuentemente en personas con diabetes de la población general de Estados Unidos. Uno de cada cuatro diabéticos sufre de recurrentes estados de depresión, ansiedad o trastornos de alimentación. (Harris y Lustman, 1998).

1. 2. 5 Hipertensión

La hipertensión materna tiene una incidencia de aproximadamente 7% del total de embarazos, 1.5% en hospitales privados y alrededor del 15% en clínicas universitarias, es causa del 22% de muertes perinatales y del 30% de las muertes maternas en Estados Unidos. (Arias, 1994).

El embarazo puede provocar hipertensión en mujeres con tensión arterial normal o puede agravar estados hipertensivos previos al embarazo. Puede suceder que otras enfermedades que producen hipertensión, pasen inadvertidas durante el embarazo porque los síntomas son similares a los que se producen por la hipertensión inducida o agravada por la gestación.

La hipertensión durante la gestación puede clasificarse en los siguientes grupos:

- Hipertensión inducida por el embarazo.
 - a) Preeclampsia: Hipertensión asociada a un exceso de proteínas séricas en la orina.
 - b) Eclampsia: Aparición de convulsiones en una paciente con preeclampsia.
- Hipertensión crónica de cualquier causa pero independiente de la gestación.
- Preeclampsia o eclampsia sobreañadida a hipertensión crónica: Aparición de preeclampsia o eclampsia en mujeres con hipertensión crónica.

- Hipertensión transitoria: Hipertensión durante el embarazo, en una paciente normotensa, en la que se normaliza su tensión en los primeros días postparto.
- Alteraciones hipertensivas no clasificables: No existe información suficiente para clasificarlas.

Se desconoce la causa exacta de la preeclampsia, sin embargo durante los últimos 20 años se ha observado que el desarrollo anormal de la placenta es uno de los factores predisponentes de esta enfermedad.

Factores psicosomáticos de la hipertensión esencial.

Existe una diferencia médica entre hipertensión debida a padecimiento renal o arterial con la hipertensión esencial. Cuando el ser humano está viviendo una situación amenazante, el sistema simpático se encarga de preparar físicamente al cuerpo para la defensa y el ataque, mediante la descarga de adrenalina y noradrenalina, lo que provoca aumento de la frecuencia cardíaca y a la vez de la contracción de los vasos sanguíneos periféricos, de lo que depende la presión diastólica que es el momento de la relajación de los ventrículos del corazón. El mecanismo es más complejo cuando se trata de una situación de amenaza prolongada o estrés. Entonces se secreta una hormona de la hipófisis anterior y estimula la secreción de esteroides por la corteza de la glándula suprarrenal, lo cual provoca hipertensión.

Cita De la Fuente, (1979) que Wolf experimentó con un grupo de sujetos sanos y con otro grupo de sujetos hipertensos, con los que se discutieron temas susceptibles de producir un estado de cólera, en la mayoría de los sujetos aumenta la tensión arterial y al

mismo tiempo disminuye el flujo sanguíneo al riñón. Dentro de sus investigaciones encontraron que al igual que la cólera produce un aumento de la tensión arterial, también el resentimiento, es decir, la cólera no expresada, es una condición para producir un aumento continuo y permanente de la tensión arterial.

En varias investigaciones basadas en la teoría psicoanalítica se ha encontrado que en las personas con hipertensión arterial esencial existe un conflicto entre tendencias dependientes y tendencias agresivas. También se asocian rasgos caracterológicos obsesivo-compulsivos. La personalidad de muchos pacientes hipertensos es afable y serena aparentemente, pero hay un encubrimiento de actitudes conflictivas de predisposición a la agresividad, que se reprime para mantener la dependencia hacia las personas que ocupan puestos de autoridad.

Debe aclararse que los factores psicológicos no son los únicos que desencadenan la hipertensión esencial, sin embargo, a través de las investigaciones se ha interpretado que dependiendo de la personalidad, las personas pueden responder de manera adecuada a una situación amenazante inmediata, pero no pueden hacerlo eficazmente ante situaciones de larga duración y esto puede repercutir en el aumento de la tensión arterial. (De la Fuente, 1979).

1. 2. 6 Esterilidad femenina

Según Mosher y Pratt en 1990, citado por Papalia, (1997) la esterilidad es la incapacidad para concebir después de intentarlo durante 12 meses o más.

Aproximadamente uno de cada seis a ocho matrimonios es infecundo y en el 60% de estos matrimonios la mujer es la que sufre de infertilidad. Hay ocasiones en que no hay evidencia de anomalías en los órganos femeninos, en estos casos se debe suponer que la infertilidad se debe a una función fisiológica anormal del aparato genital o a un desarrollo genético anormal de los propios óvulos.

Se cree que la causa más frecuente de esterilidad femenina es el fracaso de la ovulación esto implica que la intensidad de los estímulos hormonales es insuficiente para provocar la ovulación, o porque los ovarios son anormales y no permiten la ovulación.

La ausencia de ovulación provocada por la poca secreción de gonadotropinas hipofisarias a veces puede tratarse administrando gonadotropina coriónica humana. Sin embargo, si se administra excesivamente esta hormona puede producir la ovulación simultánea de muchos folículos y puede haber embarazos múltiples.

Una causa muy frecuente de esterilidad es la endometriosis, en la que existe un tejido parecido al endometrio uterino que crece e incluso menstrúa en el interior de la cavidad pelviana rodeando el útero, las trompas de Falopio y los ovarios. La endometriosis provoca fibrosis por toda la pelvis, y a veces este tejido aprisiona a los ovarios y el óvulo no puede ser liberado de la cavidad abdominal. Otra causa de esterilidad es la salpingitis, que es la inflamación de las trompas de Falopio, esta inflamación forma fibrosis en las trompas y las obstruye.

También pueden provocar infertilidad las anomalías del propio cervix, como las infecciones larvadas la inflamación, o la estimulación anormal del cervix que puede formar un tapón de moco viscoso que impide la fecundación. (Guyton y Hall, 1997).

Factores psicossomáticos de la esterilidad.

Parece que la esterilidad está condicionada principalmente por factores psicológicos, hay muchos casos de pacientes que logran embarazarse después de haber adoptado un hijo. Está documentado en agencias de adopción en Estados Unidos que un alto porcentaje de parejas que solicitan niños tienen un hijo propio en los próximos dos años a la adopción. De la Fuente, (1979) menciona como mecanismo responsable a la sequedad de la vagina, al no experimentar el orgasmo, y de esta manera los espermatozoides no pueden avanzar. El que la mujer no pueda tener un orgasmo lo relacionan con un desequilibrio endógeno causado por factores emocionales.

Se llama esterilidad psicógena a aquella en la que no existe una grave alteración anatómica, operaciones mutilantes o estados infecciosos agudos; sino que corresponde a la esterilidad pasajera o crónica a consecuencia de alteraciones hormonales o por espasmo tubario. El músculo liso de las trompas de Falopio está inervado por el sistema nervioso simpático, es muy probable que bajo situaciones de tensión o de conflicto emocional ocurran espasmos tubulares ya sean persistentes o transitorios durante el período de la fertilidad o durante las horas que preceden y siguen al coito.

Menciona Langer, M. (1972) que Stieve, H., logró demostrar por métodos anatómicos e histológicos que el aparato genital es influenciado por los procesos psicológicos a los que el individuo este expuesto. Seleccionó una muestra de convictas a las que interrogó acerca de la normalidad de su vida sexual, en quienes encontró que el 75% de las mujeres que menstruaban normalmente antes de su detención, dejaron de menstruar inmediatamente después de ésta, coincidiendo en todas ellas la suposición de

que serían condenadas a muerte. Durante su encierro no fueron maltratadas y recibieron alimentación adecuada. Posteriormente se dedicó a hacer autopsias a los cadáveres de estas presas que murieron ajusticiadas para investigar el estado de sus órganos genitales. Observó que todas ellas habían sufrido daños graves en sus aparatos procreativos, los cuales los encontró con características que corresponden a mujeres en estado de climaterio, siendo que sesenta y dos días antes que ingresaran a prisión, menstruaban normalmente. Esto implica que estas mujeres habían envejecido en sus aspecto procreativo durante esos tres meses de angustia. Por tales resultados el investigador menciona que no se puede negar la influencia dañina de emociones angustiosas sobre el aparato genital y también considerar que temores menos intensos pueden ser causa de dificultades procreativas.

En los antecedentes de pacientes con esterilidad se han descubierto ambientes familiares neuróticos y conflictivos, en la vida matrimonial de todas ellas hay factores causantes de tensión nerviosa, una difícil situación económica, tenían que trabajar exhaustivamente, etc. Se han hecho más estudios en los que se concluye que una influencia sugestiva negativa no permite que se presenten todas las condiciones psíquicas y físicas favorables para realizar el coito y a su vez el embarazo. (Langer, 1972).

1. 2. 7 Pérdida precoz del embarazo

Existe un riesgo de aborto espontáneo en una mujer sin antecedentes de errores en la reproducción de un 15%. Un aborto espontáneo es la pérdida involuntaria del embarazo antes de que el feto sea viable, a las veinticuatro semanas. La explicación para la mayoría de los abortos espontáneos son:

- Anomalías genéticas 50-60% de los casos
- Anomalías endocrinas 10-15%
- Separaciones corio-amnióticas 5-10%
- Cervix Incompetente 8-15%
- Infecciones 3-5%
- Implantación anormal de la placenta 5-15%
- Anomalías inmunológicas 3-5%
- Anomalías anatómicas uterinas 1-3%
- Causas desconocidas, menos del 5%

Arias, F. (1994) cita que Poland y cols. hicieron un estudio en 1977 en el que encontraron una probabilidad del 19% para que se repita un aborto espontáneo en una mujer sin hijos vivos. Si existen antecedentes de dos abortos espontáneos consecutivos, el riesgo se eleva al 35%. Cuando hay tres abortos espontáneos consecutivos, el riesgo se eleva al 47%.

Dentro de las causas genéticas, la mayoría de los abortos se producen antes de la semana ocho y son huevos aberrantes, resultado de un error en la meiosis I o II, materna o paterna, de la fecundación de un solo huevo por dos o más espermatozoides o de la división cromosómica sin división citoplasmática. Cuando el aborto sucede semanas más avanzadas de la doce en adelante, se producen anomalías como: trisomía autosómica, triploidia, monosomía y tetraploidía.

Las anomalías endocrinas se desarrollan por un fallo en cualquiera de las hormonas que permiten que el proceso del embarazo se desarrolle y puede provocar un

aborto, como deficiencia de progesterona, deficiencia tiroidea, diabetes, andrógenos aumentados, síndrome del ovario poliquístico e infección.

Las anomalías anatómicas del útero pueden ser adquiridas o pueden ser resultado de un error en el desarrollo. Entre estas se encuentran el cervix incompetente, placentación defectuosa, hematomas subcoriónicos y separaciones corio amnióticas.

La anomalías inmunológicas se deben a un rechazo inmunológico del embrión y se utiliza a menudo para explicar los casos de abortos espontáneos en repetición.

El aborto es resultado de muchos trastornos diferentes y es necesario detectar la causa en cada aborto. Se tiene que hacer una valoración clínica, una hormonal y una ecográfica. En la primera el síntoma más frecuente es hemorragia vaginal por lo que es necesario determinar su causa. En la segunda, se determinan los niveles de hormona CG, progesterona y estradiol. La última valoración consiste en hacer una ecografía después de una exploración inicial, en la que se permite detectar si hay anomalías fetales.

Factores psicossomáticos de la pérdida precoz del embarazo.

Desde la teoría psicoanalítica se encuentra que cuando hay un nivel de ansiedad muy intenso y se vuelve intolerable, se intenta liberar del feto persecutorio por todos los medios posibles. La defensa psicossomática que se presenta más frecuentemente ante la angustia provocada por el feto que está creciendo, consiste en el aborto, en la expulsión prematura del persecuidor. Este suceso puede tener sus orígenes en que la mujer tiene un conflicto con su feminidad. (Langer, 1972).

Existen dos corrientes de fantasías inconscientes descritas por Melanie Klein, que menciona Langer, M. (1972) de las cuales la primera corresponde a la posición esquizo-paranoide en la que considera que albergar el pene, el semen o el feto dentro de la mujer, significa para ella, que le robó algo que le pertenece a la madre, significa ganarle y triunfar sobre ella. Esta fantasía implica entonces el peligro del castigo y la propia destrucción, y una opción de intentar la salvación puede ser desprenderse de un embarazo robado. Estos son temores paranoides relacionados con la simbolización que el feto contenga para la madre, lo cual tiene que ver con las fantasías infantiles y con la relación primitiva con su propia madre.

La fantasía puede considerarse como el escenario que se encuentra entre la zona orgánica o interna y la zona externa en donde se establece contacto con el otro. Pero estas fantasías son tan reales como cualquiera de las experiencias vividas por la propia persona. Muchas de las fantasías catastróficas son proyecciones al igual que los sueños, donde se colocan afuera actos, partes o características no deseadas o rechazadas.

Las fantasías catastróficas que la persona crea en su mundo simbólico pueden contener expectativas auto agresivas, que impiden el contacto sano con su emoción real, que se viven en un contexto con experiencias descalificantes, en donde su self se siente en peligro y la posibilidad de daño se considera inevitable. (Peñuela, 1994). Cuando una mujer ha tenido abortos espontáneos y está embarazada nuevamente todas estas fantasías se activan, la mujer no sabe cual va a ser el desenlace de su embarazo, pero tiene más porcentaje de sufrir otra pérdida, dependerá del tipo de padecimiento médico que tenga, sin embargo, es importante explorar y trabajar con las fantasías catastróficas que estas mujeres presenten, ya que en general pueden ser más amenazantes por sus

anteriores pérdidas. Si estas fantasías contribuyen al aumento de ansiedad en la mujer, pueden ser factor importante en el desenlace del feto.

1. 2. 8 Edad materna avanzada

Se he incrementado el número de parejas que deciden concebir sus hijos hasta que hayan alcanzado ciertos objetivos, por mencionar algunos: tener una relación estable con quien se disfrute de seguridad económica, deciden empezar un segundo matrimonio, se casan a mayor edad, así como la decisión de más mujeres que desean terminar su educación profesional antes de formar una familia. En Gran Bretaña ha aumentado de 1% a 2% las mujeres de 40 años o mas que han parido su primer hijo en el período de 1991 a 1993. Mencionan Marcus, S. y Ward, P. (1999), que estos registros se obtuvieron de investigaciones confidenciales de muertes maternas en Gran Bretaña en 1996.

Poelker y Baldwin (1999) mencionan que Wilkie en 1981 propuso que las mujeres que posponen la maternidad, desean un período de libertad personal para conocer sus propias necesidades y obtener independencia económica. También citan a Schlesinger quien en 1989 propone que las parejas que decidieron concebir hijos a mayor edad, logran decidir la concepción con mayor conciencia y como parte de su plan de vida, con una relación marital mas estable y madura.

En relación a las desventajas de posponer la maternidad Poelker y Baldwin (1999) mencionan que las madres de 40 años o más, tienden a sentirse más solas y a aislarse, impidiendo la relación necesaria entre otros padres de familia, sus propios familiares o amigos, en comparación con una mujer mas joven que se puede adaptar mejor a la crianza de los hijos, de acuerdo a la etapa de su vida.

Según Marcus y Ward (1999), las mujeres de mayor edad tienen mayor riesgo de presentar anomalías cromosómicas que las mujeres jóvenes, esto se debe a que a mayor edad se presenta un decremento en la fertilidad femenina, por esta causa, se van registrando gradualmente menos concepciones conforme la edad aumenta y mayor número de abortos. Este comportamiento en la concepción es particularmente notable alrededor de los 30 años de edad y se acelera entre los 35 y los 40 años, por lo que a los 45 años, el índice de fertilidad es de cero.

Por lo general se practica la amniocentesis y el ultrasonido para determinar si hay riesgo de que el bebé presente alteraciones cromosómicas. El síndrome de Down es la alteración más común que consiste en la trisomía 21. Estos autores mencionan que Yuksel en 1997 reportó que los procedimientos invasivos que se realizan en el primer trimestre del embarazo, para detectar anomalías en el feto, pueden provocar un efecto adverso en la función prenatal de los pulmones, debido a una probable descompresión del saco amniótico. Debido a esto los médicos quisieran que existiera un test que no presentara riesgos al feto, que fuera 100% confiable y aplicable en el primer trimestre de embarazo para que en caso grave, se indicara la interrupción de embarazo en los primeros meses de éste.

Existe un test llamado "Triple Test" en G. B.; en el que por medio de una muestra de sangre se puede detectar riesgo de síndrome de Down o espina bífida. Una vez detectado el riesgo es necesario confirmar con amniocentesis, ante lo cual el 26% de mujeres de 40 años o más de una investigación realizada por Marcus y Ward (1999), rechazaron la confirmación por amniocentesis argumentando que no estaban preparadas a interrumpir el embarazo si el estudio demostraba anomalías cromosómicas en el

feto, los investigadores suponen que en primera instancia estas mujeres sí accedieron al "Triple Test" y que al arrojar resultados anormales, optaron por prepararse física y psicológicamente para afrontar un ingreso del bebé a la unidad de cuidados intensivos con sus correspondientes consecuencias para ellas y el bebé.

El comportamiento de los médicos y de las mujeres de la investigación anteriormente citada evidencian una postura opuesta en ambos, por un lado los médicos buscan que nazcan niños sin alteraciones físicas, que en muchos de los casos son mortales, así como la disminución de cuidados intensivos que en la mayoría de las veces no son suficientes para el bebé, por otro lado están todos los factores que conllevaron a estas mujeres a tener un embarazo a los 40 años de edad o más, y que renuncian a interrumpirlo, decidiendo afrontar el nacimiento de un bebé con anomalías y dispuestas a dar la vida por ese embarazo. Es una situación compleja para lo que se necesita conocer el contexto para opinar más ampliamente.

Se observa que en todas las patologías descritas, existe la vinculación del cuerpo con la psique, por lo tanto se deben explorar la mayoría de las áreas que conforman la vida de la mujer y ver su posible relación con el embarazo.

1.3 RIESGO PSICOSOCIAL Y SOCIOCULTURAL DEL EMBARAZO

El embarazo es un evento que marca una crisis maduracional en la vida de la mujer como tal, no sólo abarca el área biológica, también el área social, cultural y psicológica. Cuando el embarazo es de alto riesgo por la asociación de una patología como las descritas anteriormente, es muy probable que el nivel de ansiedad o el estrés

aumento. Si aunado a lo previo, la paciente no cuenta con redes de apoyo familiar, de pareja o amigos se puede desencadenar un trastorno más serio. (Rosas, 2000).

Refiere Salvatierra, (1989) que Bibring en 1959 asignó el carácter de la gestación como crisis que comprende un período de desequilibrio psicológico y fisiológico que induce la maduración y el crecimiento de la mujer y que según Heiman se lleva a cabo una regresión simultáneamente con la maduración a las etapas tempranas de conducta y desarrollo. La regresión cumple una función de adaptación y es una reacción normal durante el embarazo, debido a que durante este período resurgen los conflictos del desarrollo infantil y puberal. Otra postura que cita Salvatierra, es la de Caplan quien en 1957 menciona que el período de embarazo no es una crisis sino una susceptibilidad aumentada a crisis ya que la duración es de varios meses y a lo largo de éstos se desarrollan crisis.

Es importante un trabajo interdisciplinario para poder detectar las causas médicas, físicas, psicológicas y las condiciones socioculturales que determinan la enfermedad presente durante el embarazo de alto riesgo y tanto médicos como psicólogos deben estar dispuestos a aceptar el punto de vista del otro profesional.

Para ello se mencionarán a continuación situaciones de riesgo de origen social y cultural que influyen en que la mujer se embarace bajo ciertas condiciones de desventaja tanto para ella como para el bebé y que pueden deberse en gran parte al influjo de la concepción de género que tiene la sociedad en general.

Antecedentes del concepto de Género.

En la historia ha habido luchas para liberar a los oprimidos y es a consecuencia del movimiento del siglo de las luces en que se representa la desigualdad social entre hombres y mujeres, para lo cual surgieron muchos discursos sociales con la conformación de un fenómeno cultural llamado feminismo. Se ha insistido en que el hecho de que hombres y mujeres no sean iguales ha servido de sustento, a través de la historia para el ejercicio de la desigualdad y exclusión social de lo masculino a lo femenino. Sin embargo la población femenina no es la única que padece desigualdad y exclusión social, lo cual se evidencia en los derechos de los ciudadanos, en las esferas culturales y productivas, entre otros. Desafortunadamente los discursos de las feministas radicales caen en una actitud de víctimas y victimarios, y la diferencia entre los sexos es una realidad más compleja.

El término género surgió en Estados Unidos en donde las feministas norteamericanas lo popularizaron en las décadas de los sesentas y los setentas como una categoría para el análisis de la sociedad y la cultura en base a las distinciones en el sexo. El término se fue consolidando hasta establecerse su definición como la organización social de las relaciones entre los dos sexos, con énfasis en los orígenes sociales de las identidades subjetivas de hombres y mujeres. El género implica el contexto social, la historicidad y al propio sujeto.

Teresa de Laurentis (citada en Merlo, R. 2000), menciona que el género "Es una construcción sociocultural y es también un aparato semiótico. Es un sistema de representación que asigna significado (identidad, valor, prestigio, ubicación en la

estructura del parentesco, estatus en la jerarquía social, etc.) a los individuos dentro de la sociedad."

Cita Merlo, R. (2000) que Frida Saal menciona acerca del concepto género lo siguiente:

"Podríamos decir que la diferencia está desde siempre en el orden del significante, en el orden simbólico, desde donde distribuye emblemas y atributos de género. Estos atributos se resignificarán como diferencia sexual en el camino de las identificaciones que llevarán al sujeto humano a ser hombre o mujer, o cualquier combinación de ambos...Se sospecha que acá yace la razón de los fracasos en los intentos de definición de lo masculino y lo femenino, homologados a la oposición activo-pasivo, según la equívoca metáfora biológica del óvulo y el espermatozoide. Porque el contenido de lo que puede ser masculino y femenino no posee ninguna esencialidad natural, adquiere diferentes modalidades acordes con una historicidad socialmente determinada y con variantes en el tiempo y en el espacio".

Por lo tanto se puede concluir que la diferencia biológica entre los sexos no es suficiente para establecer a lo femenino de lo masculino, sino que es una expresión al percibir, pensar y vivir el mundo desde un lugar masculino o femenino. Se trata de diferentes manifestaciones de sentir y desear en la vida, de formas y contenidos específicos de establecer relaciones entre las mismas mujeres, entre los mismos hombres, como entre hombres y mujeres, entre diferentes generaciones, entre diferentes

estratos económicos y étnicos. Así es como la construcción cultural de lo masculino y lo femenino está determinado por factores socioeconómicos, étnicos y de edad.

Por tal motivo es importante analizar el medio sociocultural del cual proviene una mujer embarazada, ya que su medio familiar y social tiene influencia en su concepción de lo femenino, de la maternidad, del apoyo que puede o no recibir por parte de su medio inmediato cuando está cursando el embarazo. Todos estos factores pueden ser causantes de estrés y ansiedad o pueden formar una red de apoyo que permita a la mujer afrontar los cambios físicos, psicológicos y sociales que un embarazo implica.

A continuación se mencionarán aspectos que involucran vivencias en una zona marginada del Distrito Federal, ya que muchas mujeres se encuentran viviendo en comunidades de escasos recursos económicos y la dinámica social en la que se desarrollan generalmente no aporta un apoyo para la mujer embarazada convirtiéndose estos factores socioculturales en importantes indicadores de un embarazo de alto riesgo.

Ejemplo de condición de vida en una comunidad de la delegación Álvaro Obregón.

A través de un estudio de campo realizado por psicólogos del Instituto Mexicano de la Juventud en la comunidad llamada Jalalpa, en el año 2000, se encontraron condiciones de vida que se pueden generalizar a las comunidades de escasos recursos que existen en el Distrito Federal. Las estadísticas muestran que en Jalalpa existen 25.76% mujeres mayores de treinta años, 15.85% hombres mayores de treinta años, los niños y jóvenes están equiparados en 50% respectivamente. Hay más mujeres que hombres, lo cual puede considerarse como ventaja por ser mayoría, al igual que la existencia de un rito religioso y unificador hacia un emblema femenino que es la Virgen de Guadalupe, por lo que lo femenino se percibe como organizador y productor de

significados. Hay aspectos que se recrudecen como la violencia sexual; ya que se registró un alto número de mujeres golpeadas por sus esposos. La necesidad de control masculino se manifiesta en formas extremas como mujeres violadas, acoso sexual, maltrato físico, verbal y psicológico. Los jóvenes practican estos tipos de violencia agudizando las consecuencias por la ingesta de alcohol y las mujeres jóvenes ubican en la maternidad la máxima expresión de ser mujer, presentándose un alto índice de embarazos en adolescentes. (Merlo, 2000).

En esta comunidad llamada Jalalpa , crece el número de uniones y matrimonios de parejas jóvenes. Hay retos muy difíciles para estas nuevas familias: problemas de tipo socioeconómico, como el desempleo, la falta de opciones educativas y culturales en su contexto de vida, lo cual repercute en estas familias en vías de consolidación, en la vida comunitaria, en sus sistemas, formas y contenidos de organización. En los últimos quince años a consecuencia de las dinámicas socioeconómicas que ha atravesado México, ha habido un empobrecimiento cada vez mayor de la población. Estas constantes crisis económicas han afectado la dinámica familiar, lo cual ha resultado en que el papel del padre como único y principal proveedor de la familia se ha debilitado y en muchos casos no existe.

En Jalalpa la drogadicción también implica un problema que la comunidad expresa como resultado de la ausencia masculina física y simbólica, que represente la ley, la autoridad y el límite. Por otro lado, Barbieri, T. menciona que la comunidad también reclama al hombre el control de lo femenino, de la sexualidad en la mujer, ya que el cuerpo femenino en las edades reproductivas es valioso, con un poder en particular, aclarando que el cuerpo como entidad biológica no tiene el poder sino que la sociedad le otorga el poder. (Citado en Merlo, 2000).

Para los jóvenes de esta comunidad existen muchos vacíos de identidad. Los lugares son difusos, los jóvenes se emborrachan y buscan novia para tener "un faje" y las jóvenes buscan novio para que las proteja y les de cariño. La infidelidad y la violencia siguen siendo rasgos de virilidad. Hay una indiferenciación de los roles que hombre y mujer deben fungir ante sus familias, su comunidad y ante sí mismos, esto se debe al momento histórico y socioeconómico de nuestro país, ya que repercute no sólo en esta comunidad llamada Jalalpa, sino en muchas comunidades en las que viven mujeres con embarazo de alto riesgo que no cuentan desde la infancia con una introyección clara de lo femenino, o de la maternidad, ya que tienen que batirse en la batalla diaria de sobrevivir a la pobreza y la violencia. Aclarando que la violencia intrafamiliar y los conceptos expuestos en este ejemplo no solo pertenece al nivel socioeconómico bajo sino que se presenta en todas las clases sociales.

Marginación y embarazo de alto riesgo.

Se es marginado por nacimiento cuando se nace en una familia ya marginada o en una comunidad denominada como tal, o se nace marginado por ser abandonado y no crecer en un núcleo familiar sustitutivo. Otro factor de marginación es por pobreza económica, pérdida de trabajo, pertenencia a condiciones de trabajo precario, condiciones de vivienda inadecuada, etc. También existe marginación por enfermedad, ya sea contagiosa o definida como tal, por último por factores culturales como baja escolaridad, incapacidad de utilizar algunos instrumentos de comunicación, pertenecer a una cultura marginalizada, etc. Estas situaciones de marginación pueden afectar seriamente el desarrollo de un embarazo y convertirlo en alto riesgo, por ello deben ser valoradas por personal de trabajo social y por psicólogos.

Alcoholismo.

El que las mujeres beban se ha asociado a una forma de escape ante situaciones extremas, como conflictos emocionales con las parejas o con sus hijos, presiones de tipo laboral o empujadas por un fuerte sentimiento de soledad. Las mujeres empiezan a beber entre los 25 y los 30 años de edad. Las estadísticas citan que 33% de las mujeres que ingieren alcohol se comprometen en un acto sexual no planeado. Sin dramatizar el hecho no se pueden descartar la existencia de embarazos no planeados, ni deseados, concebidos por mujeres que abusan de la ingesta de alcohol. (<http://www.chi.itesm.mx/onis/alcohol.html>).

El alcohol actúa como agente teratógeno cuando se ingiere durante el embarazo sobre todo durante el primer trimestre ya que es el momento de mayor diferenciación y crecimiento del embrión. Las malformaciones causadas por el alcohol son las siguientes: síndrome de alcohol fetal, retraso del crecimiento intrauterino, retraso mental, microcefalia, anomalías oculares, hendiduras palpebrales cortas, hipoplasia maxilar y defectos cardíacos. (Moore, 1995; Sadler, 1994).

Drogadicción.

En las mujeres que consumen drogas durante el embarazo, es común encontrar antecedentes de un consumo de drogas desde antes de embarazarse. Existen factores que favorecen el consumo tanto a mujeres no embarazadas, como en mujeres sí embarazadas. Se mencionarán algunos: a) historia de abuso sexual; b) antecedentes familiares con problemas de consumo de alcohol o drogas; c) padre alcohólico o

drogadicto; d) depresión recurrente; e) escaso soporte social; f) orfandad. (Hutchins, 1997).

Menciona Hutchins, (1997) que en un estudio exploratorio en 146 mujeres embarazadas cocaino dependientes realizado por Paone et al. en 1992; encontraron que el 51% de las mujeres fueron víctimas de al menos un abuso sexual. Hutchins cita que Bresnaham et al. en 1992 y Degan et al. en 1993, realizaron investigaciones en las que midieron el impacto de soporte social en mujeres embarazadas que consumen drogas y en mujeres embarazadas que no consumen drogas. Los resultados obtenidos en ambos estudios coinciden entre sí; ya que no encontraron diferencias significativas en el soporte social percibido en los grupos de mujeres embarazadas que consumen drogas con respecto a las gestantes que no consumen drogas.

Los investigadores inferen, que esos resultados se deben, a que las mujeres consumidoras de drogas reciben apoyo por parte de sus conocidos drogadictos y familiares para seguir consumiendo drogas, es decir este apoyo no es en beneficio del embarazo, pero es percibido como un tipo de apoyo.

El uso de drogas durante el embarazo, tiene efectos adversos para la salud de la madre como para la del bebé, ya que éste puede presentar un crecimiento y un desarrollo retardado, bajo peso al nacer, parto prematuro, muerte súbita u otros problemas de salud. Lo anterior se complica, debido a que estas mujeres no pueden cuidarse por sí mismas antes, durante y después del parto, y por lo tanto es frecuente que descuiden a sus bebés y a sí mismas.

Embarazo en adolescentes.

Es importante situar las condiciones familiares y socioeconómicas en las que vive la adolescente embarazada para tratar de entender el contexto que favoreció este tipo de embarazo.

Según cifras recabadas por instituciones del sector salud, hubo 450,000 partos de adolescentes durante 1999. Entre 1996 y 1997, uno de cada doce nacimientos ocurridos en mujeres de 15 a 19 años no tuvieron vigilancia prenatal. Los riesgos asociados al embarazo, parto y puerperio son una causa importante de fallecimientos entre mujeres de 15 a 19 años de edad. En 1997, cinco de cada cien defunciones de estas mujeres ocurrieron por esta razón, ubicándose como la quinta causa de muerte en este segmento de edad.

El matrimonio y la maternidad precoces pueden reducir gravemente las oportunidades laborales y educativas afectando a largo plazo la calidad de vida de la mujer y sus hijos. El embarazo en la adolescencia es un fenómeno multicausal y ahora existe más conciencia acerca del papel tan importante que juegan los jóvenes como solución a los problemas a los que se enfrentan, es por esto que UNICEF planea implementar talleres de sensibilización a jóvenes sobre temáticas vinculadas con el género, derechos humanos, implicaciones de la paternidad y maternidad tempranas y proyecto de vida. (<http://www.unicef.org/mexico/programas/embarazo.htm>).

De acuerdo con Arminda Aberasturi en la adolescencia se presentan tres duelos: el duelo por el cuerpo infantil, el duelo por la identidad y el rol infantil y por último el duelo por los padres de la infancia, estos duelos se enfrentan con las características propias de

la adolescencia como la falta de control de impulsos, sentimientos de inferioridad, dificultades en el comportamiento escolar, con probabilidad de consumir drogas o con actividad sexual precoz; al combinarse con un embarazo se altera la oportunidad de que la mujer adolescente tome el control de su futuro. (Steward & Stotland 1993).

En el siguiente capítulo se discutirá la influencia socio cultural que repercute en adolescentes que de acuerdo al lugar en donde viven; se considera que el embarazo proporciona estatus a la mujer, sin embargo esto no implica que la adolescente tenga un embarazo deseado o tenga la convicción de embarazarse, sin ser realmente una consecuencia del medio socio cultural y económico que la rodea.

VIH / SIDA.

De acuerdo al total de casos acumulados de VIH / SIDA, México ocupa el tercer lugar en el continente americano, después de Estados Unidos y Brasil. Con respecto a la tasa de incidencia anual, México ocupa el número catorce en América. Alrededor de 150, 000 personas son portadoras de VIH en México, el 78% de éstas se encuentran entre los quince y cuarenta y cuatro años de edad, por lo que el SIDA representa la tercera causa de muerte en hombres de veinticinco a cuarenta y cuatro años y la sexta causa de muerte mujeres de este grupo de edad.

La epidemia tiene gran impacto en los adolescentes, se relaciona con aspectos de la sexualidad, de actitudes, de prácticas en donde la información oportuna para prevenir el contagio y la educación para fortalecer los hábitos saludables son importantes. El comportamiento sexual que realizan los adolescentes sin ninguna protección, aumenta los

riesgos de salud, con los cuales aumentan la probabilidad de embarazos no deseados y el contagio de enfermedades de transmisión sexual como el SIDA.

Entre el 25% y el 30% de los casos de hijos nacidos de mujeres seropositivas se presenta la infección, el porcentaje se reduce a 8.3% cuando la mujer embarazada recibe tratamiento con Zudovudina. Todos los hijos de madres infectadas por el VIH presentan serología positiva como consecuencia de la transferencia pasiva de anticuerpos maternos. Los niveles de estos anticuerpos descienden gradualmente, hasta que a los seis meses de edad la mayoría de los recién nacidos no infectados serán seronegativos.

Puede haber tres alternativas en la evolución de los hijos de mujeres seropositivas:

- Que no se infecten, del 65% al 75% de los casos sin tratamiento, y en más del 90% de los casos tratados durante embarazo, parto y período neonatal.
- Que se infecten, puede ser por tres vías: transplacentaria, transnatal que es a través de la contaminación con sangre y secreciones genitales de la madre y postnatal que es a través de la alimentación del seno materno. En el 50% de los casos ocurre durante el trabajo de parto.
- Que se mantengan asintomáticos, serológicamente seropositivos, manifestando el síndrome después de siete o nueve años de vida normal o manteniendo su estado de salud por más tiempo sin saber aún cuál es la razón de este tipo de evolución libre de la enfermedad.

Las alteraciones clínicas en niños infectados por el VIH son: retardo en el crecimiento, en el desarrollo, enfermedades pulmonares, candidiasis oral presente, linfadenopatía, diarrea crónica recurrente, encefalopatía, microcefalia e infecciones

bacterianas y virales recurrentes. Existen tres objetivos del manejo del SIDA durante el embarazo: estabilización de la enfermedad, prevención de enfermedades oportunistas y prevención de la transmisión perinatal. Debe tenerse especial cuidado al manejo psicológico de estas pacientes ya que se presentan casos en los que la mujer conoce su diagnóstico de tener la enfermedad antes de embarazarse y aún así se embaraza. (<http://www.obgyn.net/>).

Violencia Intrafamiliar.

La violencia contra mujeres se presenta en mayor o menor medida sin distinción de nivel socioeconómico, edad o nivel educativo. La violencia intrafamiliar es un problema que debilita los valores de la convivencia, propicia la desunión, la falta de respeto entre la pareja y los hijos y una baja autoestima de la víctima. (INEGI, 2000 b).

La mujer que se encuentre en estado de embarazo no está exenta de recibir violencia verbal, psicológica e inclusive física. Sin embargo existe el arraigo cultural de las premisas sociales que "normalizan" la violencia, como la percepción de que este tema es privado, al igual que la reacción de vergüenza, temor o desprestigio al detectar o intentar denunciar que en su hogar existe la violencia familiar.

En un estudio realizado a 40 casos de beneficiarias que permanecieron en el albergue para mujeres que viven con Violencia Familiar del DIF-DF de enero a marzo de 2000, se encontraron datos interesantes como: el 95% de las mujeres receptoras de violencia son casadas o viven en unión libre y es el esposo o pareja el generador de violencia. El 40% tiene entre 31 y 40 años de edad y el 27.5% tiene de 21 a 30 años de edad.

El 65% corresponde a instrucción de nivel primaria y secundaria, seguidas del nivel técnico que son el 22.5% y el 5% con nivel de licenciatura. En relación con los generadores de violencia el nivel de primaria y secundaria es el predominante siendo el 60%.

En cuanto a los factores desencadenantes de la violencia por parte del generador, son muy variados y puede ser más de un factor, por ejemplo; celotipia con 65%, alcoholismo con 50%, farmacodependencia 18%, características de incompatibilidad sexual 15%, masculinidad muy arraigada o actitudes conservadoras como autoritarismo e intolerancia 28%, imposición 43%, irresponsabilidad económica 25%, diferencias por la familia de origen 18% y embarazos no deseados, por mencionar algunas (Consejo para la asistencia y prevención de violencia familiar en el D. F. 2000).

Existen varias instancias involucradas en la prevención y atención de Violencia Familiar, como la PGJDF, la Dirección Gral. de Equidad y Desarrollo Social, DIF, Secretaría de Salud del D. F., SEP, LOCATEL, Inmujer, etc. Estas y otras instancias se han dado a la tarea de elaborar material gráfico, videos, cápsulas informativas en Radio UNAM, pláticas de sensibilización a la población, cursos a los trabajadores públicos que están en contacto con esta problemática, etc.

Para que la violencia doméstica se presente entran en juego muchos factores que van desde las dimensiones intrapsíquicas hasta las macro sociales, en donde la violencia es siempre un ejercicio de poder mediante el uso de la fuerza física, psicológica, sexual, económica o política e implica la existencia de una jerarquía real o simbólica. Los niños que viven en hogares con violencia familiar aprenden a relacionarse agresivamente,

tienen dificultades para la socialización, muestran rebeldía para atender reglas, normas y límites, son desconfiados, poseen una autoestima dañada, etc.

Cuando asiste a consulta una mujer embarazada y se detecta violencia familiar, no se puede omitir incluir este factor como de riesgo, quizás no está catalogado dentro de los factores que determinen un embarazo de alto riesgo, sin embargo, el feto en formación ya está percibiendo la violencia a través del medio in útero en que se encuentra. Esto favorece que vaya a ser un niño, adolescente y probablemente un adulto generador de violencia pasivo o activo.

Es un compromiso por parte del psicólogo el dar a conocer a la mujer embarazada y a su pareja la existencia de violencia familiar, si es que la hay y dar alternativas de solución así como sus consecuencias. También es un compromiso social, paternal y maternal ya que en los hogares con violencia se están educando a las futuras víctimas y generadores de violencia familiar.

A lo largo del presente capítulo se expusieron los diferentes factores de riesgo a los que puede estar expuesta una mujer embarazada, por lo que la interacción de ellos, conlleva a un diagnóstico no favorable del embarazo. En el siguiente capítulo se describirá cómo actúa la ansiedad durante el embarazo.

CAPÍTULO II

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

DEL EMBARAZO Y LA ANSIEDAD

2. 1. POSTURAS PSICOANALÍTICAS ANTE LA FEMINIDAD

El tipo y calidad de vínculo que se establece con los objetos de amor de los primeros años de vida, es determinante en la postura que la niña introyecta acerca de la feminidad. Por ello este capítulo comienza con la revisión de algunas teorías psicoanalíticas acerca de los efectos psíquicos de la diferencia sexual en la constitución de la identificación femenina. Los autores que se mencionarán tienen diferentes posturas entre sí, y se han modificado a través del tiempo ya que han reconocido la participación de elementos sociales y ambientales que moldean de forma particular la vivencia infantil del Edipo con su gran importancia en el futuro papel materno. Por ello es importante revisar todo el panorama para tener una visión más completa del origen psíquico de la feminidad y la maternidad.

2. 1. 1 Sigmund Freud

Menciona Freud en 1925 que la niña vive como mutilación genital, el momento en que se da cuenta que ella no posee un órgano activo como el pene, independientemente del ambiente social, familiar y cultural en que se encuentre. Ya que este sentimiento de inferioridad sería consecuencia del desarrollo psicobiológico de la mujer. Sin embargo el paso por el Edipo involucra definitivamente a los objetos de amor, los cuales son externos a la niña y al ambiente en que se dan estas relaciones.

También refiere que la niña y el niño pasan por las etapas oral y anal sin diferenciación psicosexual, es decir con una bisexualidad latente y es en la etapa fálica cuando al observar el órgano sexual tan distinto, la primera reacción de la niña es una envidia violenta. Entonces el varón teme entonces a la castración de ese órgano tan

preciado y renuncia a su madre y a la masturbación mientras que la niña cree ya haber sufrido la castración. (Langer, M. 1972).

Freud (1931) divide la bisexualidad de la mujer en dos facetas:

- Una fase masculina donde el órgano sexual reconocido es el clítoris y la relación de amor es con la madre, vínculo preedípico.
- Una fase femenina donde el órgano sexual es la vagina y la relación sexual es con el padre.

Entonces para la mujer quedan tres caminos evolutivos en relación a su sexualidad:

- Que se aparte por completo de la sexualidad, insatisfecha con el clítoris en comparación de sí misma con el varón.
- Aferrarse en una autoafirmación de masculinidad, conservando la esperanza de que llegará a tener un pene.
- El poder elegir como objeto de amor al hombre poniéndose la mujer en la posición femenina y esto comienza, por tomar al padre como objeto.

Se realiza un pasaje desde la primera relación de objeto amorosa con la madre hacia la relación de amor con el padre. Freud enfatiza la importancia de las primeras relaciones de identificación con la madre activa que son muy intensas y se viven mediante sentimientos ambivalentes de cariño porque es quien cuida y atiende, así como de hostilidad por las respuestas insatisfactorias y frustrantes. (Freud, 1931).

Hay dos momentos en la identificación de la mujer con su madre, uno que es anterior al complejo de Edipo en el que hay una vinculación amorosa con la madre, tomándola como modelo y el segundo, basado ya en el complejo de Edipo, en el que quiere apartar a la madre y sustituirla al lado del padre. Freud afirma que el primer momento es decisivo para el futuro de la mujer, ya que en éste se prepara "La adquisición de la cualidades con que tomará su papel en la función sexual y cumplirá sus inestimables funciones sociales". (Freud, 1932).

2. 1. 2 Aportaciones de otros autores

Lampl de Groot, 1927: Esta autora menciona que en el caso de la niña es importante el apego hacia la madre en la etapa preedípica, que da origen al complejo de Edipo negativo que se manifiesta en una posición activa con la que quiere conquistar a la madre rivalizando con el padre. Ya que la niña supone que la carencia del pene se debe al castigo por su deseo prohibido hacia la madre.

Refiere que la niña puede tener diferentes salidas ante la castración, al no resolver favorablemente el complejo de Edipo:

- Si en el Edipo positivo el padre no tiene una respuesta adecuada, la niña regresa a la relación amorosa con la madre.
- La no aceptación total de la castración, dando el valor al pene en el plano intelectual, colocándose así en competencia con el padre y con los hombres en general, que dará origen a un vínculo conflictivo en el plano amoroso.

- La aceptación de la castración e identificación con la madre haciendo el pasaje al Edipo positivo.

Según Chasseguet, (1977), Lampl de Groot menciona que la diferencia esencial entre el hombre y la mujer, reside en que la niña renuncia a su posición activa con la madre, y busca mediante la identificación con ella, la compensación de ser amada en forma pasiva por el padre y recibir un hijo de él.

Helen Deutsh, 1924: Esta psicoanalista adoptó un criterio psicosomático y menciona que la envidia fálica es importante, sin ser fundamental en el desarrollo femenino. Sin embargo está de acuerdo con Freud y Brunswick acerca de que la niña desconoce su vagina y no percibe casi ninguna excitación vaginal hasta la pubertad, por lo que entonces la niña retiene la excitabilidad del clitoris. Por lo que el conflicto de la niña no proviene de su envidia al pene, sino de su carencia definitiva de un órgano sexual activo y falta temporal de del órgano receptivo-pasivo, la vagina. (Langer, M. 1972).

Consideraba la maternidad como la característica más crítica de la evolución psicológica de la mujer. Menciona Pereda, (1997) que según Deutsh la prepubertad y la adolescencia son una anticipación de la maternidad, así la mujer tendrá una tendencia a la pasividad que intensifica el carácter pasivo inherente a su anatomía y biología, es decir, espera de forma pasiva la fecundación: su vida sólo será plenamente activa y se enraiza en la realidad cuando se convierte en madre. Hasta entonces, lo que en la mujer es femenino, en la fisiología y la psicología es pasivo, receptivo.

"La mujer que logra establecer esta función maternal de la vagina abandonando las demandas del clítoris de representar al pene, ha alcanzado el objetivo del desarrollo femenino: se ha convertido en mujer". (Chasseguet, 1977).

La concepción del coito como un acto de incorporación pasivo, reflejará la posición de la mujer en el mundo. Entonces la feminidad se define cuando la energía que se asigna al clítoris toma dirección hacia el masoquismo femenino, que puede asumir una forma de heroísmo, al servir a causas abnegadas, obteniendo satisfacción narcisista, diferenciándose del masoquismo de la perversión o de la culpa moral.

Las mujeres pueden establecer dos tipos de relación en el embarazo:

- La relación en que la madre soporta el embarazo con malestar y depresión, en el cual el narcisismo es sacrificado al hijo, donde el Super Yo domina al Yo.
- La relación en la cual la madre alcanza con el embarazo el florecimiento físico y mental, donde el niño cargado de la libido que ha retirado de los objetos externos forma parte del Yo, fortaleciendo el narcisismo materno. (Chasseguet, 1977).

Ruth Mack Brunswick, 1940: Trabaja con Freud en 1930 y piensa que el vínculo preedípico es más prolongado en la niña, en el que domina la creencia de una sola constitución sexual. La diferencia se establece con los pares antitecos del desarrollo libidinal descritos a continuación:

- Activo-pasivo: Comienza cuando el bebé es pasivo al ser alimentado y paulatinamente va a identificarse con la madre activa, siendo esta etapa el complejo de Edipo activo con la madre.

- **Fálico-castrado:** Se establece con el descubrimiento de la falta de genital masculino que resulta difícil de aceptar especialmente en la madre. En caso de que la niña lo acepte entonces se da el cambio de zona erógena y el abandono de objeto de amor.
- **Masculino-femenino:** Se presenta en la pubertad. En la niña la menarca y el despertar del placer en la vagina la colocan en una posición pasiva como lo fue en la etapa edípica. (Chasseguet, 1977).

La mujer recorre tres fases en la identificación:

- a) La identificación con la madre activa a la que le desea dar un hijo.
- b) La identificación con la madre pasiva que recibe hijos del padre.
- c) La identificación con la madre activa en su función materna con el hijo.

2. 1. 3 Aportaciones opuestas a las anteriores

Karen Horney, 1923: Esta autora considera que las teorías psicoanalíticas publicadas hasta entonces se encontraban subordinadas al pensamiento masculino.

Si la niña ha fallado en su identificación infantil con su madre, menciona que hay virilización de la mujer adulta con actitudes agresivas o de rechazo hacia el hombre. Coincide con Deutsh en que la esperanza de una maternidad futura no llega a compensar a la niña pequeña por sus frustraciones, ya que no corresponde a una posibilidad inmediata de gratificación. (Langer, M. 1972).

Considera que en las mujeres se complica el desarrollo femenino en la etapa edípica debido a las heridas que se presentan en su narcisismo, las cuales se provocan con el desengaño amoroso con el padre, el miedo al daño vaginal debido a la desproporción entre el genital del padre y el de la niña. Es así como se retrae de la femineidad al adoptar una posición masculina reforzada por la identificación con el padre. En relación al masoquismo, niega la presencia que se deba a un factor genético, por lo que Horney considera que los factores culturales bloquean la expresión de la sexualidad facilitado por la menstruación, la desfloración y el parto. Por lo que desde el orden cultural y social se contribuye a la distorsión de la naturaleza y biología primordial de las mujeres, promoviendo la creencia de que la mujer es congénitamente débil, emotivamente dependiente y limitada en su capacidad de pensamiento y trabajo autónomo. (Chasseguet, 1977).

Supone que en la etapa del ciclo menstrual en que el cuerpo se prepara biológicamente para la maternidad se reactivan tanto el deseo de tener un hijo como el temor y rechazo del mismo. Esto desencadena una depresión que termina con la aparición de la menstruación. (Pereda, 1977).

Ernest Jones, 1927: Discute lo expuesto por Freud sobre el temor a la castración en ambos sexos y menciona que lo que se teme en el fondo es la abolición del deseo sexual, denominada "aphanasis", la cual se manifiesta en ambos sexos de maneras distintas, en la mujer se presenta en el temor a separarse y ser abandonada. (Langer, M. 1972).

En lo referente al complejo de Edipo coincide con Klein en que hay un pasaje directo de la oralidad al Edipo al desear al pene como origen de satisfacción, por lo que la envidia del pene se presenta desde la etapa oral.

Según Jones, la génesis del Súper Yo se puede descubrir en la mujer antes que en el hombre, debido al nexo entre la falta, la frustración y la culpa ya que combatirá ante todo, los deseos que no están destinados a ser gratificados. (Rascón, 2000).

Afirma que la niña desde el principio es femenina y la fase masculina por la que atraviesa es una reacción contra su miedo a la feminidad primordial, que se recupera después de la fase fálica. Menciona Tubert (Citado por Rascón, 2000) que esta feminidad es una disposición innata y que es perturbable por la sociedad.

Melanie Klein, 1928: Para esta autora el complejo de Edipo se inicia en la etapa oral, al querer incorporar al pene como objeto de satisfacción que hay que robarle a la madre, cuyo cuerpo contiene todo lo deseable, los pechos nutricios, la gratificación a todos sus deseos, el alivio a sus miedos, así como el pene y los bebés que recibe del padre. (Chasseguet, 1977).

Según Klein la niña reacciona a las frustraciones que sufre de los pechos maternos –que en esta época representan a la madre, o la parte más importante de ella– imaginando que el padre posee un órgano similar, pero mejor, como una especie de pecho más generoso que el de su madre y el pene es identificado después como este órgano fantaseado. Además la niña se desilusiona de la madre al creer que ésta le da poco por preferir alimentar al padre, por lo que siente rencor hacia su madre y entra en rivalidad con su padre.

Esta situación de odio temprano a la madre la hace querer destruir el interior del cuerpo materno, y como consecuencia surge el temor al desquite por parte de su madre, entonces ella se cree expuesta a ser destruida interiormente, como sucede en la Ley del Tali3n. (Langer, M. 1972). Este temor la impulsa a defenderse por medio de la proyecci3n dirigiendo el sadismo hacia los objetos externos.

A diferencia del ni3o que focaliza su narcisismo en los genitales, la ni3a lo refiere a todo el cuerpo. Por lo que Klein considera que la ni3a sabe inconscientemente que su vagina recibir3 el pene paterno, y que ante la presencia de las fantasmas s3dicas con respecto al coito, niega ese conocimiento que le produce ansiedad, es as3 como centra su atenci3n en el cl3toris; sin embargo, los deseos de la incorporaci3n oral y genital le hacen aceptar la presencia de la vagina tomando una direcci3n femenina.

As3 es como la idea de tener ni3os sanos y bonitos o la necesidad de embellecer su cuerpo es la sublimaci3n, basada en el deseo de obtener un hermoso interior para alojar objetos buenos. (Rasc3n, 2000).

2. 1. 4 Recientes aportaciones

Marie Langer, 1964: Menciona que la mujer moderna, al adquirir m3s libertad sexual y social, ya no sufre tanto de cuadros neur3ticos t3picos, como la histeria y padece en cambio de trastornos psicossom3ticos.

Refiere que la mujer que est3 en conflicto consigo misma lo demostrar3 de una manera u otra, sin tener conciencia de esto. Como por ejemplo, puede tener dificultades

con sus hijos, sufrir de trastornos procreativos o dependiendo de la magnitud del conflicto, esquivar por completo la maternidad. Esta relación se puede establecer ya que hay interacción constante entre procesos biológicos y psicológicos.

Los avances científicos, la Revolución Industrial, la guerra, la declinación del poder religioso son elementos que se conjugan y como efecto hacen que las mujeres supeditadas al ámbito privado del hogar se incorporen a actividades del ámbito social. Por lo que Langer, M. (1972) indica: "El ideal de la maternidad a la cual toda mujer aspiraba, acorde, al propio tiempo, con sus impulsos instintivos- se ha sustituido actualmente por múltiples ideales, distintos en cada capa social, en cada ambiente y muy frecuentemente en pugna con la maternidad."

La causa por la que una mujer desea tener un hijo se puede inferir contemplando las partes integrantes de la sexualidad femenina dentro de las cuales están el instinto sexual y el instinto maternal. El primero se relaciona con el enamoramiento y el apetito sexual, el segundo exige una gratificación directa ya que se relaciona con el posible significado de recuperar a su propia madre y también porque le permite identificarse con ella. Pero hay una necesidad psicobiológica que es más importante y la cual le permite desarrollar todas su capacidades latentes.

Sin embargo lo sexual en nuestra sociedad está prohibido y esta prohibición causa inhibiciones que se traducen en una conducta sexual artificial y torpe. Así como la necesidad misma de la enseñanza acerca de este tema es otro índice del carácter antiinstintivo de la cultura. (Langer, M. 1972).

Francoise Dolto, 1983: Ella estudia la sexualidad femenina a partir del desarrollo de la libido, y busca la transformación de dicho desarrollo, dentro de la dinámica familiar. Observa que el decir y el hacer de los padres, influye en las mujeres desde la primera infancia, desde la manera en como construyen la imagen de sí mismas, apuntalando o no el narcisismo en su persona y en su sexualidad. (Rascón, 2000).

Expone que la devaluación por la ausencia del órgano masculino en la niña, ayuda a sostener fantasías en orden compensador, como la coquetería, la habilidad manual, la gracia corporal, en suma todo lo que se puede apreciar fálicamente, así como la carga fetichista de las muñecas, pequeños falos, con los que imita palabras de la madre, conductas que a la vez la valorizan como futura mamá.

La niña que está superando la herida narcisista de la ausencia del pene y se siente orgullosa de ser mujer, se identifica con el comportamiento social de su madre, que tiene un poder eficaz en el hogar, es industriosa administradora y posee un poderío oral, anal y fálico femenino. (Rascón, 2000).

Menciona Dolto que se puede recibir influencia positiva o negativa para la organización de la feminidad como a continuación se cita:

- a) Forma de aceptación como mujer desde el nacimiento por ambos padres.
- b) Conocimiento de las raíces de su vida simbólica, que le dan nombre y apellido.
- c) Aceptación y significado que le dan otros, a su cuerpo, sexo y comportamiento.
- d) Educación en relación a la sexualidad y los significados dentro de la cultura.
- e) Actitudes de los padres frente a la prohibición edípica.
- f) Significación del coito como un deseo amoroso entre los padres.

g) Aceptación de la joven hija, como mujer, en su desarrollo social y sexual.

Bleichmar, E. 1985-1997: Acude al estudio de género asumiendo éste como un concepto que pertenece a la subjetividad y al orden simbólico y se le puede estudiar a partir de los esquemas de interacción e intersubjetividad que se dan en la infancia en donde el adulto identifica en el cuerpo sexuado del bebé, sus introyectos de feminidad y masculinidad ubicados en su propia historia, que le han sido transmitidos de generación en generación por medio de la acción o el discurso. (Rascón, 2000).

Es entonces como la estructuración del psiquismo del primer período de vida queda bajo la influencia de la experiencia social ya que la diferencia anatómica entre niños y niñas se afirma por la normatividad y valorización que tienen los padres acerca del género.

Bleichmar refiere en 1996, que: "Por medio de la identificación nos reconocemos similares a aquellos del mismo género (...) e incorporamos las normas y las reglas que prescriben lo que es natural y propio de las niñas y mujeres (...) simultáneamente a este reconocimiento nos diferenciamos del distinto género", (Citado por Rascón, 2000).

Concluye que la mujer inmersa en las diferencias de rol transmitidas por medio de valores, ideales y mitos, tiene que realizar un trabajo de revalorización, para la apropiación de su identificación femenina, depurando de manera crítica los significados devaluatorios que le impone la cultura masculinizada.

Burín, 1987-1996: Se interesa por saber como se constituyen las mujeres en sujetos psíquicos en la cultura de predominio patriarcal, en la que se establecen

diferencias de poder y saber entre los géneros. Analiza la relación del malestar psíquico de las mujeres y la vida cotidiana en la que el rol maternal, que culturalmente se les ha asignado, las limita y margina al ámbito del hogar, produciendo efectos determinantes en su desarrollo como persona.

Propone los conceptos de deseo hostil y de juicio crítico como elementos fundamentales en la constitución de la subjetividad femenina. El deseo hostil expulsa del yo lo que le es desagradable, y el juicio crítico los cuales surgen en la temprana infancia para enfrentar la ruptura dolorosa con las identificaciones a los objetos primarios donde no hay diferencia entre el yo y el no yo.

Estudia la ruptura de la identificación "mujer igual a madre" lo cual en los principios de la Revolución Industrial se ubica a las mujeres con la función materna como fundamental, analizando la incorporación en la niña del ideal maternal, mediante la identificación temprana del Súper Yo e Ideal del Yo. También se interesa en el deseo de poder, ya que en la cultura patriarcal se distribuye de manera diferente el poder y la autoridad de la organización familiar; así la mujer ejerce el poder afectivo en el ámbito familiar, controlando los vínculos, mientras el hombre toma el poder racional y económico en el ámbito público. Por último se interesa en el deseo de saber qué se instala en la infancia, con las preguntas acerca de la diferencia entre los sexos. (Rascón, 2000).

Se puede observar que el estudio psíquico de la feminidad no daba importancia suficiente al papel que juega el ambiente familiar y social en el que se desarrollan las niñas, sin embargo conforme se fueron revisando teorías más recientes se puede encontrar que hay autores que promueven una reeducación sexual para abordar de mejor manera la enseñanza del papel que la mujer puede tener en la actualidad, ya que la

familia realmente funge un papel predictivo en el paso por el Edipo y la asimilación de la sexualidad. Por otro lado, los cambios sociales y económicos han sido tan drásticos que forzosamente influyen en los conceptos y representación de la feminidad en cada sociedad.

Estas consideraciones contemporáneas permiten ir más allá de la diferencia sexual genital, debido a que la conformación del Ideal del Yo femenino, se basa en los valores de la cultura patriarcal, los cuales limitan el desarrollo personal ya que se considera a la feminidad como lo opuesto y negativo a lo masculino. Entonces hay un conjunto de significados construidos socialmente. Por ejemplo el ideal materno se concibe como sacrificio heroico, sin embargo, si la mujer realiza un trabajo psíquico para reorganizar la constitución de su identificación femenina, adquiriendo nuevos significados, podrá redescubrirse a sí misma. Entonces sería más fácil acceder a una maternidad sin conflicto ni sacrificio, como la parte de un todo que se comparte con la paternidad, y no como el todo femenino en sí mismo, o bien puede llegar a la renuncia sublimada de la maternidad, sin tener la sensación de pérdida de un valor femenino por excelencia. (Rascón, 2000).

El momento histórico y la época son importantes porque de acuerdo a esto, los autores han situado los acontecimientos que han estudiado y los han explicado a través de la teoría psicoanalítica, por ello se citaron los diferentes autores en orden cronológico para así observar los elementos que en el pasado y en el presente consideran para explicar la feminidad y la posible postura ante la maternidad.

A continuación se enunciarán hechos y movilizaciones que han sucedido a lo largo de la historia de la humanidad, ya que es importante retomar los factores culturales y

sociales que se mezclan de manera general en la conformación psíquica de la mujer, la cual de acuerdo al contexto en que se encuentre permitirá a la mujer tener una posición individual ante la sociedad, la familia y por supuesto ante el embarazo.

2. 2 TEORÍAS SOBRE EL ORIGEN DE LA FAMILIA

Existen a la fecha estructuras familiares de las poblaciones arcaicas que han sobrevivido, de esta forma han permitido a los antropólogos y a la población actual conocer los estadios primitivos y la evolución de las sociedades.

Son numerosas las sociedades primitivas que poseen una organización matriarcal en la que el parentesco se transmite por la mujer, la cual desempeña un papel determinante en el ámbito social. Es importante resaltar que a esta forma de organización no se le considera como la inversa de la sociedad de tipo patriarcal. Ya que la importancia atribuida a la mujer se basa en el valor particular que le es concedido a la descendencia, y por lo tanto, a la maternidad. Por otro lado la mujer no desempeña un papel en la vida pública que sea equivalente al del hombre en las sociedades patriarcales. (Colección Familia, 1973).

Morgan, H. antropólogo americano observó la vida de los pueblos iroqueses, que es de los pocos pueblos en los que dentro del matriarcado se le permite a la mujer disfrutar de prerrogativas en lo referente a los derechos de propiedad o a la vida política, así como el poseer las tierras cultivables y las habitaciones o figurar a la cabeza de numerosas organizaciones ceremoniales importantes. Las mujeres tenían el derecho del voto en el caso de elección del jefe, pero no podían pretender a este título, ni ocupar un

lugar en el consejo supremo. En contraste con los demás pueblos en los que los derechos de la mujer se limitaban a la propiedad de la casa. (Colección Familia, 1973).

Bachofen interpreta el matriarcado de forma evolucionista y dice que todas las sociedades habían sido matriarcales en su origen y progresivamente pasaron al régimen patriarcal. Menciona que todas habían conocido un período de transición como en la Roma antigua, en el que las mujeres, y en especial las de clases superiores, disfrutaron de un gran prestigio, aún cuando estuviera en vigor el sistema patriarcal.

La tesis de Bachofen se apoya en que las numerosas tribus primitivas desconocían por completo el mecanismo preciso de la procreación. Por lo que el acto sexual era considerado como una estimulación que prepara a la mujer a recibir en su vientre el feto y no como la causa directa del embarazo, por lo que se atribula el embarazo a una intervención mágica. (Colección Familia, 1973).

El papel del padre era concebido como un auxiliar en la reproducción de la especie, mientras que el de la madre era preponderante. En los grupos regidos por el sistema matriarcal, la figura masculina más importante para el niño era la del tío materno.

Según los teóricos del evolucionismo social, el matriarcado era necesario para las poblaciones nómadas, consagradas a la caza y cría de animales, en donde los hombres partían para la caza y llevaban a los animales a los pastizales y las mujeres eran quienes constituían la estabilidad social, y permanecían en los campamentos con los hijos, que crecían en la esfera materna. Poco a poco el desarrollo de la agricultura ofreció a los hombres condiciones de vida más sedentarias. A este fenómeno le atribuyen los evolucionistas, la instalación progresiva del matriarcado. (Colección Familia, 1973).

En Sumatra por ejemplo, el marido habita incluso después de su matrimonio, bajo el techo de sus padres y la mujer en casa de sus padres. De lo anterior se puede concluir que la unión de un hombre y una mujer para dar la vida a sus hijos no es necesariamente el fundamento de las estructuras familiares. Por lo que ya se trate de una familia de tipo conyugal o de tipo consanguíneo, el aspecto cultural ha ocupado siempre un lugar predominante en la formación de la institución familiar, ya que permite la transmisión de normas y valores de una generación a otra.

Hay costumbres matrimoniales en algunos pueblos como el "bride price" en la que el futuro esposo debe ofrecer a la familia de su novia una compensación porque les privará de un miembro aún activo. Esta costumbre se respeta en los grupos en que la nueva unión habita bajo el mismo techo que la familia del marido. El intercambio de la esposa por ganado o por otros bienes tangibles, es uno de los aspectos que confirman la importancia económica del matrimonio. El que cede una mujer tiene que recibir una compensación material equivalente. Pero, si la mujer no realiza correctamente sus deberes para con el grupo al que se incorporó se puede restituir y readquirir el ganado y los demás objetos de valor que se habían entregado como precio de la esposa.

La costumbre de la dote se presenta en pueblos que consideran que la esposa no es un bien que hay que comprar, sino como una persona más a la que hay que sostener. Por lo que la familia debe de ayudar a la del marido a asumir esta nueva obligación. Con la finalidad de que durante los primeros años del matrimonio, se pueda asegurar su mantenimiento y el de futuros hijos. Esta tradición de Occidente ya no está vigente. Sin embargo la costumbre de hacer un ajuar es la supervivencia de esa costumbre. (Colección Familia, 1973).

En África se usa el valor simbólico de la moneda más antigua que es un molusco denominado cauri que vive en el Océano Índico. En África se paga en cauris todos los valores sagrados, las civilizaciones que lo emplean representan con él la feminidad y el símbolo de la fecundidad. Por lo que el que recibe una esposa da un cierto número de cauris a cambio. Los regalos ofrecidos a la familia de la futura esposa tienden generalmente a simbolizar el poder y la riqueza de la familia del esposo, para impresionar y asegurar a los padres de la mujer las ventajas que se obtendrán de las relaciones inminentes entre los dos grupos. (Colección Familia, 1973).

En la época prerromana, entre los Celtas, las mujeres eran respetadas y también asumían un papel activo en la vida social. Al principio los sacerdotes o "druidas", fueron mujeres, también podían ser parte del consejo tribal, y podían llegar a presidirlo. Las mujeres combatían en primera línea, al lado de los hombres y defendían sus tierras con un valor que a menudo asombraba a sus enemigos. Su belleza no tenía la fragilidad y dulzura que caracterizan al ideal femenino en las sociedades patriarcales. (Colección Familia, 1973).

En la Edad Media se erigió la monogamia y la iglesia trataba de hacer prevalecer una autoridad de orden superior sobre la dominación patriarcal y sobre el poder arcaico de la parentela comunitaria. Cabe mencionar que el culto de la fecundidad, de origen muy antiguo sobrevivió hasta el Renacimiento, con o sin legalización de las festividades cristianas. (Colección Familia, 1973).

A través de la historia del último siglo, el rol desempeñado por la mujer en la vida familiar, laboral y social se ha modificado y adaptado a las exigencias que imperan en

determinada cultura, ubicación geográfica y época. Este fenómeno implica la confluencia de muchas variables como pueden ser: la igualdad o desigualdad jurídica entre géneros, la inserción de la mujer al mundo laboral, tener acceso a la educación sexual, la aceptación de usar métodos anticonceptivos, la concepción de la virginidad por parte del hombre y de la mujer, la presión social hacia las madres solteras, entre muchas otras circunstancias que han obligado a la humanidad a reconocer la igualdad de sexos. La postura que se tenga ante éste hecho determinará las acciones que se llevarán a cabo alrededor de la etapa del embarazo, a su vez afectará de manera directa el estado emocional de la mujer embarazada.

En los años cuarentas la publicidad manejó perfectamente los ideales de la mujer estadounidense en que la esposa ideal tiene que comportarse como una amante apasionada, ser una excelente cocinera, ama de casa, una espléndida anfitriona, una madre paciente y comprensiva y por encima de todo, una compañera cariñosa y abnegada.

Así es como la familia actual es un producto de la evolución social. Existe una continuidad fundamental entre el individuo, la familia y la sociedad, siendo la organización biosociológica del comportamiento diferente en cada uno de estos niveles.

Con estos someros antecedentes de la historia de la familia se observa que a partir de las organizaciones sociales y las representaciones internalizadas que cada pueblo tiene del significado de una familia, es entonces como la mujer aprende y a su vez educará a sus hijos acerca del rol de la mujer. Por lo que la sexualidad, la feminidad y el embarazo que es el tema que mueve a rescatar todas estas condiciones de vida, son resultado de las formas de interacción primitivas las cuales han sufrido transformaciones y

algunas se conservan hasta estos días. La sociedad en el Distrito Federal se caracteriza por tener una diversidad de culturas dadas por la migración nacional e internacional, así como por los estatus económicos los cuales cada vez se separan más en clase alta y clase baja, dejando a la clase media en un continuo esfuerzo de sobrevivir día a día, teniendo como ideal el tener un nivel de vida de clase alta, sin poder lograrlo.

En las condiciones sociales actuales aún prevalecen aquellas maneras de interacción primitivas, por ejemplo la falta de economía hace que una nueva familia se mude a vivir con la familia del padre debido a un embarazo no planeado, sin poder hacer un nuevo núcleo familiar. Existen condiciones psicológicas que predisponen a esta circunstancia, sin embargo es inevitable hacer caso omiso de la dificultad para solventar los gastos de una casa en la clase media baja.

El ejemplo citado anteriormente, el cual trata de la fortaleza con la que las mujeres Celtas luchan, se vive en la actualidad en los asentamientos irregulares en zonas de alto riesgo como en el ejemplo de la colonia en la delegación Álvaro Obregón que se mencionó en el capítulo anterior; en donde las mujeres se organizan y defienden sus predios cuando sus esposos están trabajando, siendo ellas las que luchan con palos y piedras contra elementos de seguridad o de la delegación que llegan a desalojar a la comunidad por estar instalados en zonas vulnerables. Hay colonias a las que ni los elementos de seguridad se atreven a entrar por la agresividad de los habitantes, dicho sea de paso, esta característica les ha permitido seguir viviendo en esos lugares. Las dotes, el "brideprice" y los regalos a las familias de las esposas en la actualidad no son costumbres culturales pero quedan vestigios, los cuales ahora carecen de cualquier sentido tradicional y se realizan de acuerdo a necesidades económicas y conveniencias sociales.

El machismo y el feminismo actual tratan de rescatar cada uno por su lado las ganancias y privilegios de las formas de organización del patriarcado y del matriarcado.

Lo anterior se puede deber a que en estos momentos no hay roles sexuales definidos, ya que se están transformando con base a las necesidades sociales y económicas, y por ello se han modificado las actividades de la mujer y las del hombre. Es así como se encuentran en la transición de asumir responsabilidades que culturalmente corresponden al otro género. Por otro lado tienen miedo a perder el poder que poseían ejerciendo sus actividades correspondientes al género correspondiente, mostrando celo ante la pareja en lugar de ayudarse entre ambos sexos para familiarizarse en las tareas en las que están incursionando.

Por lo tanto el momento histórico, el lugar geográfico y las costumbres establecidas por la cultura son determinantes en proporcionar el valor y el significado social a las actividades que hombres y mujeres realizan. Todo esto contribuye en cómo la mujer se sitúa dentro de su familia, la sociedad y a la vez ante la maternidad.

2. 3 CONTEXTO SOCIOCULTURAL DEL CONCEPTO DE MUJER Y MATERNIDAD

Las necesidades económicas de la pareja se han incrementado cada vez más debido a la situación general del país, abarcando también a las mujeres de los diferentes estados de la República Mexicana, quienes en comparación con las mujeres que residen en el D. F. tendían menos a incorporarse al ámbito laboral fuera de sus casas, aunando a esta situación el que la esposa desea independizarse de su marido, entonces la mujer

busca trabajar fuera de casa. Entonces surge la necesidad de identificar si las mujeres embarazadas que trabajan padecen más estrés que las que no trabajan. Hay que tomar en cuenta que el que una mujer embarazada sea ama de casa de tiempo completo, no significa que no trabaje ya que en muchos de los casos se ve expuesta a agentes químicos de limpieza, levantar cargas pesadas, etc. (Bramwell, 1997). Según este autor se dificulta el control de variables en investigaciones que se han hecho para determinar qué grupo de mujeres padece más estrés, si las mujeres embarazadas que trabajan fuera de casa o las que trabajan en su casa.

Bramwell, (1997) cita que Savitz, et. al. en 1990 encontraron que las mujeres embarazadas que trabajan fuera de casa, presentan un mayor número de óbitos, abortos naturales y abortos inducidos y un menor número de partos prematuros. Sin embargo el que la mujer embarazada trabaje también trae buenas consecuencias como el tener más capital para solventar los gastos que genera el bebé o el acceso a un seguro de atención médica que obtenga ella a través de su trabajo.

Orshan, (1999) cita que Martínez en 1981 afirma que en la tradición hispana, la cultura promueve la creencia que a través de la maternidad la mujer puede incrementar su estatus social. En los ambientes rurales o de campo, son comunes los embarazos en adolescentes, hecho que se comprueba con las bisabuelas, abuelas y madres de actuales adolescentes.

Menciona Guerrina, (2001) que Chodorow, N. en 1978, argumenta que la maternidad es clave para la división sexual de equidad social. El rol de la mujer con respecto a la maternidad ha provocado efectos en la vida de las mujeres; la ideología femenina, en la inequidad sexual y en la reproducción de formas particulares de poder

social. Las mujeres en su capacidad de acceder a la maternidad son un pivote en la esfera social de la reproducción.

Más allá de pensar que la definición de género es una experiencia universal, los análisis post-estructuralistas se enfocan en que el concepto de mujer es el producto de las relaciones y bases sociales, culturales, económicas y políticas, en lugar de una experiencia global y unificada para la mujer. (Guerrina, 2001). Esta autora menciona que *motherhood* se refiere a la construcción social de valores asociados con el proceso biológico de la maternidad y por otro lado se refiere a *maternity* como la función biológica de la reproducción que culmina en el embarazo y el parto, considerando a ambos como conceptos diferentes.

Andrews, (1991), cita que los antropólogos Douglas en 1973 y Turner en 1967 mencionaron que la cultura se vive como profundamente válida cuando se confirma simultáneamente en los niveles preceptuales y psicológicos a la vez que en el plano de interacción social. Es decir, que por medio de mensajes e ideas internalizadas las sociedades viven sus creencias particulares. Esta es la base de una investigación que hizo Andrews, (1991) en la cual estudió una organización en Illinois llamada "La Leche", la cual se fundó por siete mujeres en 1956, y cuya actividad oficial no ha cambiado durante tres décadas, se ha expandido a 40 naciones y está conformada por 45, 000 miembros cuya finalidad es fomentar y ayudar a que las madres alimenten a sus bebés con leche materna. Se ha logrado mantener debido a que maneja un mensaje que es: "Buena maternidad a través de darle pecho al bebé", combinado con la sensación física del apoyo que se le da a la madre para amamantar a su bebé y teniendo la información de que ella está nutriendo a su bebé; resulta en una gran satisfacción y en una ideología que se ha internalizado. La cual vivirá durante los primeros meses de vida del bebé. Esta

ESTE LIBRO NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

organización influye en que todas las madres que están en contacto con la filosofía de "La Leche" crean y realicen las premisas de tener un parto natural, alimentar con el pecho al bebé y ser amas de casa de tiempo completo. Sin embargo hay presión social en contra de este tipo de ideología y lo que hay que resaltar es que si ha sobrevivido a estas presiones externas es porque las mujeres que ingresan aquí están firmemente convencidas de esta filosofía, este es un ejemplo que muestra la importancia de las creencias y su repercusión en la forma de vida de las personas.

Dentro de los factores psicosociales que pueden influir negativamente en las mujeres embarazadas se pueden mencionar los siguientes: experiencias de abuso físico, no contar con redes de apoyo social, inestabilidad social, sentimientos de indefensión o impotencia, que no exista la intención de embarazarse, actividades sociales y experiencias de eventos estresantes durante el embarazo. Ahluwalia, y cols. (2001) mencionan que hay estudios, los cuales reportan que las mujeres que fuman durante el embarazo, es probable que consuman drogas, que vivan eventos estresantes, violencia física y reportan que sus embarazos fueron no planeados. Las mujeres que tienen embarazos no planeados, son más propensas a no reconocer los signos y síntomas que se asocian al embarazo, lo cual puede retardar el acceso a la atención médica necesaria. Es más factible que las mujeres que están expuestas a algún tipo de riesgo, estén bajo la influencia de una red de riesgos que interactúan directamente con la salud de la mujer, de acuerdo a su comportamiento con el que afronta su medio social en el que vive.

La cultura, la ideología con respecto al concepto de mujer, el medio social circundante y su propia constitución psíquica ante la femineidad influyen de manera general pero significativa en la actitud que una mujer tendrá ante su embarazo. Por lo tanto, los factores anteriormente citados repercuten en una evolución más compleja y

complicada del embarazo, afectando la salud materna y fetal o por el contrario con un pronóstico más saludable y prometedor. El bebé in útero es receptor de todo lo que rodea a su madre, es por ello que es muy importante resaltar que se ha descuidado la prevención de la salud mental de la mujer embarazada, y no se puede omitir que funge como potencial indicador de problemas psicológicos en los futuros bebés.

A continuación se mencionarán algunos cambios psicológicos que ocurren en la mujer y en la pareja debido al embarazo, los cuales se presentarán de forma muy particular en cada mujer con base en las situaciones psicosociales y culturales que se han revisado a lo largo de este capítulo.

2.4 PSICOLOGÍA DEL EMBARAZO Y SUS TRASTORNOS

2.4.1 Significación del embarazo

Suifer, (1977) define la condición maternal como "El derecho sagrado de la mujer...El derecho sagrado en tanto haya mujeres dispuestas a extraer de lo más profundo de sí mismas esa fuerza maravillosa que les permite tolerar las tremendas ansiedades del embarazo y del parto y recorrer el largo y afanoso camino de la función maternal".

El largo proceso en que se desarrolla el feto durante nueve meses dentro del útero posibilita a vivir más activamente el poder de la reproducción que lleva la mujer en sí misma. Lo ideal sería la mujer conociera la esencial importancia que tiene la actitud materna hacia su bebé y para lograrlo es necesario que haya más información acerca del

papel tan importante de poder elegir una pareja con quien se pueda hablar de planear un embarazo, de promover que la mujer revise la influencia que ha tenido del medio en que se ha desarrollado para que reconozca cómo se percibe a sí misma como mujer, de revisar los mensajes verbales y no verbales que ha recibido de cada una de las mujeres que han fungido como figuras matemas para ella. Así como de reconocer la importancia que tiene una postura de aceptación hacia su embarazo, desde antes que éste sea confirmado lo cual sería mas factible si se trata de un embarazo planeado. El que la mujer tome conciencia no significa que la mujer se debe encargar de toda la responsabilidad del embarazo, pero sí es fundamental que se dé cuenta de la importancia de su papel como mujer y madre para que lo pueda asumir lo más libre de conflictos posible.

Se trata de una conciencia social, de un reconocimiento de la responsabilidad que se tiene como ser humano, ya que hombres y mujeres han sido manipulados por medio de los conceptos de género y roles de género para satisfacer fines políticos y económicos. Ante este hecho se tienen que tomar medidas para hacer despertar primero a las mujeres. Se mencionó en el capítulo anterior que las mujeres de la comunidad de Jalalpa así como en muchas comunidades en México, buscan un novio para que las proteja, ya que el medio social así lo demanda, terminando generalmente en un embarazo no deseado, ni planeado, y al mismo tiempo los hombres buscan una novia sólo para "fajar", sin interesarse siquiera en proteger a su compañera. Si se combinan estos hechos con la creencia de la comunidad hispana de tener más rango social a través de embarazo, lo cual provoca un mayor número de embarazos en adolescentes, entonces el problema tiene una raíz muy fuerte, porque estas necesidades son realidades que provienen del contexto propiciado por la cultura en la mayor parte de la población en México. Lo grave es que este ciclo se repetirá con los hijos de estas mujeres, pero aún sin la conciencia de que en ellas está la posibilidad de darse cuenta del papel materno y de la posibilidad de

vivir un embarazo deseado y a la vez con más discernimiento. Si se logra lo anterior, la gestación no interferirá con las metas de la mujer y su pareja, entonces se puede proporcionar una esperanza al futuro bebé, de ser un ser psíquicamente más sano. Esto sería una revolución generacional y social porque la mujer se daría cuenta de que merece la libertad de ejercer control sobre su propia capacidad de engendrar un hijo.

Basado en la vertiente psicológica del enfoque sistémico, Estrada, (1997), considera al embarazo como una crisis en la relación de la pareja, con un monto importante de estrés que recae en los dos, debido a que la llegada de un niño requiere de espacio físico y emocional, por lo que la pareja tendrá que reajustar sus mecanismos de funcionamiento. Las áreas que se afectarán durante y después del embarazo según este autor son las siguientes:

Identidad: Será necesario el apoyo mutuo para que no se deteriore el anclaje emocional entre la pareja a pesar de la aparición de un nuevo miembro, de lo contrario se tenderá a la regresión, y cualquiera de los cónyuges buscará el apoyo de los padres. También el procurar cuidados y consideración hacia la nueva madre y el bebé, así como ayudar a la pareja a compartir áreas de interés común relacionadas con la crianza y educación del niño.

Sexualidad: Con el embarazo y las primeras semanas de lactancia, se verán afectadas las relaciones sexuales. El acoplamiento deberá buscar la congruencia entre el objetivo biológico que abarca la reproducción y embarazo; con el objetivo psicológico que abarca placer y bienestar. Durante el embarazo la mujer se va preparando interiormente con deseos y fantasías internas de lo que representará su hijo para ella, y el padre tiene una función muy importante, puede **cumplir con ciertas funciones maternas para su*

propia esposa, antes de que tenga que actuar directamente con su hijo". Hay ocasiones en que el niño favorece la intimidad de la pareja, permitiendo que cada uno se diferencie y elabore diferentes facetas. Se puede despertar un sentimiento de continuidad que por medio de la movilización permite a los padres situarse en diferentes tiempos al ellos planear o recordar, así como pertenecer nuevamente a los ancestros o a generaciones futuras.

Economía: Esta área implica un ajuste en definir las labores de proveedor y cuidados del hogar. Se espera que se ayuden para que cada quien pueda cumplir su parte, sin confundir la problemática con la falta de cariño. La presión económica es un factor que produce altos porcentajes de separaciones y divorcios.

Fortalecimiento del Yo: Implica aprender nuevos roles o compartirlos, así como poder intercambiarlos cuando sea necesario, esto sólo es posible con el apoyo de la pareja. Es importante que cada quien mantenga su individualidad y su identidad, cuidando de no utilizar al niño como medio de gratificación de fantasías infantiles de paternidad o como complemento patológico de la propia identidad.

Las observaciones de este autor denotan el importante papel de la comunicación y la fuerza del vínculo que une a la pareja para afrontar modificaciones en su relación.

Salvatierra, (1989) menciona que las mujeres son conscientes de la significación del embarazo, refiriéndose a que la mujer se percata del embarazo con la falta de menstruación, que termina en un parto y que el resultado es darle vida a un nuevo ser. Sin embargo estos indicadores de conciencia no son suficientes para alcanzar los objetivos anteriormente planteados acerca de buscar la salud mental del bebé, desde que

se encuentre in útero. Este mismo autor hace alusión a Molinski quien en 1986 plantea tres realidades que la mujer percibe:

- La aparición de un nuevo ser, un tercero en relación, hasta entonces diádica, entre la mujer y el hombre.
- Notables modificaciones biológicas, anatómicas y funcionales, que alteran la imagen corporal y que implican la posibilidad de daño corporal.
- Un cambio en el papel social.

Ante tales percepciones se presenta una ambivalencia de aceptación y rechazo hacia la gestación, por lo que se presentan altos niveles de ansiedad, los cuales se refuerzan notablemente por las demandas sociales.

Lemoine, (2001) retoma el análisis que hizo Freud acerca del narcisismo en el cual, no habla de una mujer encinta, pero tomando en cuenta que durante el embarazo la mujer hace una crisis narcisista "...acompañada de todos los peligros de regresión y desequilibrio que el narcisismo implica", es entonces como las mismas fases destacadas por Freud se presentan en la secuencia del embarazo y el parto:

- a) Una retracción de la libido, la cual antes se dirigía al marido y un reflujo de la mismo hacia el Yo imaginario.
- b) Un delirio paranoide de grandeza; ya que la mujer se vive como creador.
- c) Una calda de este delirio después del parto, provocada por una estasis de la libido, debida al fracaso del delirio, y en lugar de éste se instaura la depresión.
- d) Otro delirio asociado al deseo de muerte, puede declararse como alternativa a la depresión. El hijo real es rechazado.

La autora resume que por más real o vivo que esté, el hijo no deja de fungir como objeto imaginario que viene a colmar un deseo muy antiguo. Es decir, que funciona suprimiendo la angustia, que al nacer y tomar en el exterior -el lugar que ocupaba en el interior- se presenta la separación entre el objeto imaginario y el objeto real lo cual ya no es asimilable, lo cual puede desencadenar ligeras depresiones o el extremo que son las psicosis puerperales asociadas al deseo de muerte. También hace mención acerca de que no hay mujer que escape totalmente de la amenaza de aborto, ya que el hijo abre a las mujeres una vía de acceso posible a lo real, entonces, "¿Cuándo es reconocido el feto como hijo por la mujer encinta?". Es decir, ¿cuando asume la realidad?. Según esta teoría, es sumamente complejo el significado del feto para la madre y esto conlleva durante el embarazo a movilizaciones psíquicas sumamente difíciles. Por lo tanto es un período de resignificación para la mujer y a la vez para su esposo.

Smith, (1999) hizo un análisis interpretativo por medio de estudio de casos, con mujeres a lo largo de su embarazo, con quienes trabajó por medio de autorreflexión y cuestionamientos acerca de los cambios en su auto percepción sobre la maternidad. En este estudio se encontró que el embarazo permite una preparación psicológica para la maternidad, el autor cita a Cross y Markus quienes en 1991 mencionan que el embarazo da la oportunidad a la mujer de invocar a su futura capacidad maternal. Smith, (1999), sugiere que la regresión y la oportunidad de crecer durante esta etapa están dinámicamente relacionadas. Los datos recopilados sugieren que generalmente las mujeres embarazadas toman una posición menos social ante el mundo y buscan más el ambiente familiar y personal. La autora Mead en 1985 (citada por Smith, 1999), habla acerca de que el ser humano sólo puede existir en relación con los demás seres, entonces cuando la mujer incrementa las relaciones interpersonales durante este período,

se da cuenta que ha cambiado su concepción de sí misma en relación con los demás. Si la sociedad en general se reeducara acerca de la maternidad, podría disminuir la carga negativa de las demandas sociales hacia las mujeres embarazadas.

Como se ha expuesto, el embarazo favorece la movilización de pulsiones, instintos, así como de miedos y ansiedades, por lo que a continuación se mencionarán los mecanismos y defensas que surgen ante ello.

2. 4. 2 Defensas psíquicas ante las ansiedades del embarazo

Al comenzar la gestación es común que la mujer presente hipersomnia, es decir dormir más de lo habitual, por lo cual Langer, M. menciona que ha comenzado la regresión en la mujer, inducida por la percepción inconsciente de los cambios hormonales y orgánicos y la sensación de incógnita. Durante esta fase, la mujer se ensimisma y está un tanto desconectada. (Suifer, 1977).

Cuando una niña es abandonada por su madre, le puede costar mucho trabajo aceptar la maternidad en el futuro. Debido a que el embarazo trae el recuerdo de la pareja primaria se vive una especie de sueño o de letargo, que se puede llamar como cura de sueño o cura de sueño despierto en que emergerá lo olvidado. Entonces en el momento del parto, la entrada a lo real se logra cuando el hijo es reconocido, es decir, si la mujer acepta la pérdida que tuvo con la madre que la parió y goza la nueva representación que puede tener de ella, entonces el parto será lo inverso al aborto. (Lemoine, 2001).

Menciona Langer, M. que el embarazo produce una situación de conflicto entre una tendencia maternal y otra de rechazo, a la vez se puede llamar como deseo y

contradeseo. Dicho rechazo puede basarse en evidencias persecutorias provenientes de la elaboración del conflicto edípico, a consecuencia del cual está presente la culpa por haber querido ocupar el lugar de la madre. Ante este conflicto de sentimientos encontrados surge el mecanismo de defensa "negación". Suifer, (1977), investigó junto con el doctor Gavensky, la negación como componente útil y normal durante el embarazo.

Es entonces como la hipersomnia, favorece la negación de los estímulos pero a la vez proporciona al organismo el reposo que se necesita. Por el contrario, se considera que el insomnio es una expresión de ansiedad externa ante el embarazo.

Durante el segundo mes se presentan náuseas y vómitos con cierta incertidumbre acerca de la existencia o no del embarazo, a pesar de estar confirmado médicamente tal incertidumbre se puede deber a la ambivalencia que se tiene ante el embarazo. Esto se relaciona con la fantasía de persecución que se puede deber según Suifer, (1977), a que alguien pueda arrebatárle al niño soñado y demostrarle que se trata de una fantasía y no de un embarazo real.

Cita Suifer, (1977), que Angel Garma menciona que la madre considera a su genitalidad como incompleta y perversa, calificada así por su Súper Yo, y cuando la madre proyecta sobre el embrión estos sentimientos, entonces aparecen las fantasías de que nazca un feto deforme, siendo así como ella se considera inconscientemente.

Cuando una mujer se embaraza implica que su tendencia a la maternidad es mayor en ese momento que el terror a los hijos, implícito en el psiquismo inconsciente que repercute en los mecanismos que evitan la concepción como por ejemplo: el vaginismo, aumentos del pH, espasmo e inflamación tubaria, patología ovárica, etc. El miedo seguirá

presente en la madre, sin embargo el apoyo que reciba por parte de la gente que está en contacto con ella, favorecerá el curso del embarazo. (Suifer, 1977).

A partir de los tres meses y medio o cuatro, los movimientos fetales ya pueden ser percibidos por la madre, situación que no siempre sucede. En ocasiones esta falta de percepción se puede atribuir a la negación, la cual puede presentarse desde el principio del embarazo, confundiéndolo con amenorrea, esto se presenta con más frecuencia en mujeres multíparas. (Suifer, 1977).

Existe también la posibilidad de que se presente el mecanismo de proyección en esta misma etapa del embarazo, por medio de la cual, la mujer siente a la criatura como un ser peligroso ya que percibe dentro del útero fuertes patadas, movimientos bruscos, agresivos y sádicos que interpreta como amenazantes y que pueden causarle un daño. (Suifer, 1977).

"Tales distorsiones de la percepción por negación o proyección, con sus fantasías correlativas, son la expresión de un profundo estado de ansiedad, común a todas las embarazadas". (Suifer, 1977). La misma autora menciona que también es común que durante este período se acuda a los mecanismos maniacos. También la ensoñación y las fantasías de un hijo hermoso, actúan como tendencias reparatorias de la imagen materna y a la necesidad de confortarse por medio de la identificación.

Cuando los mecanismos maniacos son muy intensos, la mujer tiende a estar en constante actividad y no piensa en su estado de embarazo o a tener antojos por medio de los cuales goza de la atención de la familia. En ambas posiciones se presentan trastornos somáticos: hipertensión, hipotensión, várices dolorosas, insomnio, bulimia, excesivo

aumento de peso, etc. Estos padecimientos físicos son parte del masoquismo y de las fantasías de expiación por medio de lo cual hay un alivio ante el temor de tener un niño deforme. (Suifer, 1977).

La ansiedad está relacionada por un lado con el temor al hijo en sí mismo, porque aparece como un desconocido, cuyo sexo, características, etc., son desconocidas, y por otro lado con un sentimiento de responsabilidad, proveniente de la noción de dar vida, por medio de haber cedido parte de la propia vida. (Suifer, 1977).

Cuando se logran percibir por primera vez los movimientos dentro del útero, se presenta entonces la ansiedad dominante durante todo el embarazo. Dicha ansiedad es producto de "...experimentar una unión tan íntima y personal, tan de a dos, tan exclusiva, en la que ningún otro puede interferir. Es ansiedad y es culpa porque reactiva en el inconsciente las fantasías incestuosas y masturbatorias". (Suifer, 1977). Por lo tanto, los primeros movimientos provocan fuertes ansiedades, por lo que ahora dependerá de cada personalidad la capacidad de tolerar dicho suceso, que puede variar en diversas formas siendo las más opuestas desde la negación de estos movimientos hasta el extremo patológico de la ansiedad que desencadena un aborto durante el quinto o sexto mes.

Al término del cuarto mes, es evidente el estado de embarazo, ya que, el vientre ha crecido, lo senos también y entonces se manifiesta la ansiedad de verse deforme a sí misma y quedar así, como también el poder morir en el parto.

Durante el quinto mes están presentes el conflicto edípico, las pulsiones incestuosas y masturbatorias infantiles y el temor a la muerte, siendo los mecanismos de defensa la negación, la proyección, la idealización, la manía, el masoquismo y la

hipocondría. El estado de ansiedad se puede prolongar o ser pasajero, manifestándose como fobias agudas, hipocondrías o depresiones.

A partir de la segunda mitad del séptimo mes del embarazo el niño busca ubicarse con la cabeza hacia abajo a la entrada del canal de parto, y trae como consecuencia otra crisis de ansiedad que puede tener manifestaciones somáticas. Refiere Suifer, (1977), que por medio de la observación clínica se ha demostrado que las posición patológica del bebé como la presentación de nalgas, lateral, de hombro, etc, se deben a que los músculos pélvicos se oponen a la versión natural del bebé, menciona que esta contractura se debe a la ansiedad producto de las fantasías de vaciamiento. Es un trabajo de equipo la preparación a base de relajación de la mujer para permitir que el producto se coloque en la posición correcta.

En el noveno mes el feto se desarrolla más rápido y hay un aumento de peso, así como un aumento en las contracciones, es entonces cuando la ansiedad aumenta con respecto a cuándo será el parto, cómo será, en qué estado nacerá la criatura, cuál será el sexo, cómo lo educarán, etc. Los mecanismos de defensa en esta etapa recurren al narcisismo infantil, haciendo uso del pensamiento mágico y de la omnipotencia de ideas, sin embargo su función no se cumple porque el embarazo sigue transcurriendo, es así como a veces se presenta la evacuación, que produce un parto prematuro y representa una manera de huir y resolver el estado de espera e incertidumbre. (Suifer, 1977).

Las fantasías en esta etapa del embarazo se presentan en torno al temor de padecer dolor, a la muerte, al vaciamiento, a la castración, etc. Entonces reaparece la hipersomnolia que actuará unida con la negación para permitir tolerar las ansiedades presentes.

En los días previos al parto, hay incertidumbre ante el temor de muerte en el parto, al dolor, al parto traumático por fórceps o cesárea, a que nazca deforme el niño y a la muerte de éste. Puede presentarse una falsa alarma al acentuarse las contracciones fisiológicas, las cuales se perciben dolorosas y frecuentes. Esta falsa alarma permite a la mujer llamar al médico, ser atendida y tranquilizada, y así ensayar cómo va a tener que afrontar el momento de las contracciones que ya promuevan el parto real. (Suifer, 1977).

2. 4. 3 Trastornos psicológicos durante el embarazo

Luque, (1999) refiere que los conflictos intrapsíquicos, se pueden manifestar a través de cambios conductuales o somáticos y que son la consecuencia de reaccionar ante el estrés de la reproducción. Menciona autores como Deutsh, Bribing y Langer quienes desde el enfoque psicoanalítico sostienen que afloran sentimientos inconscientes como la necesidad de dependencia y conflictos de identificación con la madre, lo que afecta la identidad femenina. "Algunos disturbios psicológicos podrían favorecer la aparición de complicaciones en el embarazo, el parto o el desarrollo del feto, a través de mecanismos psicósomáticos". (Salvatierra, 1989).

Menciona Priest, (1987), que Pugh y cols. en 1963 demostraron que durante el embarazo se registraron menos ingresos de los esperados a consecuencia de enfermedades mentales, y en el periodo del post parto la cifra superó la que se esperaba. Estos resultados coinciden con la investigación, realizada en 1964 por Paffenbarger quien concluye que la admisión en los centros psiquiátricos americanos aumenta después del parto. En base a estos resultados los investigadores sugirieron la posibilidad de que el embarazo desempeñe una función protectora, en relación a la prevención de

enfermedades mentales importantes. A lo que Kennedy y cols. en 1981 (citado por Priest, 1987), respondieron con desacuerdo y no apoyaron el criterio de que el embarazo reduce la incidencia de enfermedades psiquiátricas.

Priest, (1987) argumenta que existen más estudios de ansiedad, depresión y síntomas psiquiátricos durante el embarazo, en los cuales no se han encontrado resultados convincentes, pero sí hay un acuerdo general en el que las mujeres tienen un elevado riesgo de presentar y desarrollar enfermedades psiquiátricas. Según Priest, (1987), muchas de las mujeres embarazadas presentan una considerable labilidad emocional durante el primer trimestre del embarazo, presentando: "Desasosiego, irritabilidad, susceptibilidad, ansiedad e importantes depresiones....". Es importante realizar una valoración psiquiátrica en todas las mujeres embarazadas con antecedentes de depresión postnatal, ya que la mayoría de estas mujeres tienen miedo de volver a padecer dicha depresión por lo que es benéfico que hablen de esta ansiedad. Las gestantes con alto riesgo deben tener una valoración para detectar cualquier indicio de trastorno psicológico desde el inicio del embarazo.

Priest, (1987) cita varias investigaciones en las que hay evidencia de la relación entre los aspectos emocionales durante el transcurso del embarazo y sus efectos nocivos en la salud física y mental de la mujer embarazada, a continuación se mencionan algunas: Meares y cols. en 1976 informaron que existe una relación entre ansiedad durante el embarazo y la depresión puerperal. Standley y cols. en 1979 argumentaron que las reacciones emocionales durante el embarazo tenían su causa en los antecedentes de la mujer y repercutían en los incidentes perinatales y en la salud del recién nacido. Frommer y O' Shea en 1973 hicieron un estudio prospectivo en el cual hicieron preguntas sobre la infancia de las mujeres, en especial si estuvieron separadas del padre o de la madre o de

ambos, antes de cumplir los 11 años, con lo que pudieron identificar qué madres tendrían dificultades en el trato con sus hijos. Kumar y Robson encontraron que tensiones matrimoniales en el embarazo se asocian a depresiones post parto, al igual que si habían tenido problemas en las relaciones con sus padres tenían más probabilidades de desarrollar enfermedades en el post parto.

En este capítulo se revisaron los elementos que intervienen en la conformación del significado de maternidad y embarazo. Empezando con una base general de la teoría psicoanalítica de la feminidad, la cual expone que todas las niñas enfrentan los mismos sucesos en relación al Edipo y sus primeros objetos de amor; sin embargo, en cada persona se matizarán esos sucesos, de forma particular, debido a las condiciones que prevalezcan en el momento histórico y el lugar geográfico en que viva, los conceptos de género vigentes en ese momento, etc.

En base a la revisión de las diferentes ansiedades que se despiertan durante el embarazo, se deduce que esta experiencia, en donde la regresión y todos los movimientos que se producen, evocarán y provocarán, una ansiedad muy personal e individual, que se relaciona con la forma en que se han vivido todos los aspectos concernientes a la niñez y a las concepciones internalizadas que cada mujer formó a lo largo de su desarrollo. Por lo que, al relacionar la historia personal de cada mujer con la forma en que vive un embarazo, se podrá inferir cómo actuará la paciente en el resto del embarazo y la maternidad, ante la presencia de ansiedad.

En el siguiente capítulo se expondrá el concepto, etiología y manifestaciones de la ansiedad, y también se citarán investigaciones previamente realizadas para encontrar la relación de ésta con el período de gestación.

CAPÍTULO III

ANSIEDAD

3.1 ANSIEDAD

"Enfrentarse a la tensión y a la ansiedad es una necesidad diaria en el crecimiento y desarrollo de todo ser humano". (Spielberger, 1980).

Durante el siglo XIV, el término tensión (stress) derivado del latín, se usó por primera vez para describir un estado de angustia, opresión, penuria y adversidad. El hecho de que una situación provoque o no tensión, depende de la manera como cada persona interprete dicha situación, así como también la habilidad individual para hacerle frente. (Spielberger, 1980).

El siglo XX ha sido llamado como "la época de la ansiedad", sin embargo el interés acerca del miedo y la ansiedad se mantiene desde que existe la humanidad. Es posible que el primer reconocimiento inscrito que contiene antecedentes acerca de la ansiedad, sea un tratado del filósofo árabe Alá Ibn Hazim de Córdoba, en el cual se propone un carácter universal a la ansiedad como condición básica de la existencia humana y un motivador primario de las actividades del ser humano. (Spielberger, 1980).

Otro autor; Valadez, (2000), menciona que la ansiedad y la angustia proceden de una raíz común que es el temor. En la literatura se encuentran escritores que usan como sinónimos estos términos y otros tratan de diferenciarlos. Spielberg en 1980 cita que en el siglo XIV el término tensión se usó para describir por primera vez un estado de angustia. Valadez, (2000) refiere que en el artículo sobre Neurosis de angustia, realizado en 1894 por Freud; se utiliza el término de ansiedad como un concepto integrado en la palabra angustia, en el siguiente párrafo: "...la espera angustiosa se da también mitigada en lo normal, comprendiendo todo aquello que designamos con los nombres de ansiedad,

tendencia a la visión pesimista de las cosas, etc., pero sobrepasa siempre que ello es posible, el nivel natural, y muchas veces es reconocida por los mismos enfermos como una especie de obsesión...".

Otro término relacionado con los anteriores es el concepto de estrés que en 1935 Hans Selye introdujo como "síndrome o conjunto de reacciones fisiológicas no específicas del organismo a diferentes agentes nocivos del ambiente de naturaleza física o química". (Stora, 1992).

En lo referente a las manifestaciones sintomáticas existe una relación entre la ansiedad y el miedo sin embargo, la ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, que, a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita. Comparte con el anterior la impresión interior de temor, de indefensión, de zozobra. Pero mientras en el miedo esto se produce por algo, en la ansiedad se produce por un objeto no identificado a nivel consciente, es decir, en el que se difuminan las referencias. Entonces se puede decir que el miedo es un temor con objeto, mientras que la ansiedad es un temor impreciso carente de objeto exterior. (Rojas, 1998).

Por lo tanto el miedo es un temor específico, concreto, determinado y objetivo ante algo que, de alguna manera viene de fuera y se aproxima provocando inquietud, desasosiego, alarma. Aquí la clave está en la percepción de un peligro real que amenaza en algún sentido. Ante esta situación se desencadenan una serie de medidas defensivas que pretenden esquivar, evitar o superar esa intranquilidad. Esas medidas son racionales y dependen del tipo de peligro concreto. En cada caso la estrategia que se usa es distinta, pero proporcionada al hecho en sí. (Rojas, 1998).

La ansiedad es signo de movimiento del aparato psíquico y por lo tanto de vida. También es señal de que algo ha provocado un desequilibrio, "...es un equivalente del dolor físico a nivel mental". (Dupont, comp. 1999).

3. 1. 1 Concepciones de Ansiedad

Freud, (1926) considera que la ansiedad es la reproducción de una experiencia que integra las condiciones de incremento del estímulo y las de recarga por vías determinadas, lo cual daría al displacer de la angustia su carácter específico. La angustia nació como reacción a un estado de peligro y se reproduce cada vez que surge de nuevo tal estado.

Karen Horney asume que la ansiedad básica es la reacción con sentimientos vagos de soledad, desamparo y miedo del mundo potencialmente hostil que rodea un niño y que está sometido a actitudes paternas de rechazo. En relación a la formación de la ansiedad menciona que el conflicto productor de ansiedad no se considera sólo como el del Yo contra el Ello. Todo aspecto investido de orgullo que tiene valor compulsivo subjetivo puede ponerse en peligro, ya sea por una tendencia interna contradictoria o por desaprobación del exterior. (Freedman y cols. 1975). Horney y otros autores consideraron que el conflicto es el origen de la ansiedad, menciona que los conflictos pueden ser por ejemplo las necesidades de dependencia y los impulsos hostiles hacia uno de los padres. Horney y Freud propusieron que la ansiedad tiene que ver con el nivel de maduración del niño, plantearon que cuando el niño es dependiente y desamparado desde el punto de vista psicológico y biológico, el peligro consiste en perder a la persona de la que depende. Después el peligro se presenta ante la posible pérdida del amor de esta persona y posteriormente se presenta la ansiedad de castración, la cual se presenta en el período

de latencia como el miedo al castigo y el miedo a vivir de acuerdo a expectativas personales.

Harry Sullivan menciona un papel central de la ansiedad en el desarrollo humano; pone de manifiesto la presencia de ansiedad en grados variables en todo el funcionamiento humano. Opina que no existen grados absolutos de ansiedad y estados absolutos de euforia, ya que los grados variables de ansiedad presentes en un individuo determinan su estado variable de euforia. Refiere que la ansiedad es un sentimiento muy penoso y puede acompañarse de una variedad de síntomas somáticos y psicológicos de muerte inminente, por lo que no puede tolerarse durante mucho tiempo. Considera el desarrollo de la personalidad como un proceso de aprendizaje para manejar la ansiedad por medio de conductas adaptativas y técnicas de defensa destinadas a conseguir la aprobación de gente importante. Sullivan considera la ansiedad como un fenómeno interpersonal, incluso en el caso de que sea irreal la otra persona, y sólo sea una imagen fantástica. Esto lo propone a partir del vínculo emocional entre la madre y el niño. Menciona que la ansiedad de la madre es transmitida al niño, que a su vez la vuelve a transmitir a su madre, ya que aprende que su malestar o bienestar dependen de ella. (Freedman, y cols. 1975).

Melanie Klein opinaba que la ansiedad excesiva en la infancia y el predominio de un Súper Yo severo producía trastornos en el desarrollo del Yo o la psicosis. Basó su teoría en que las primeras ansiedades y defensas son modificadas por el desarrollo de la libido y de relaciones objetales reales. La expulsión del Súper Yo al principio del estadio de desarrollo anal permite introyectar de nuevo objetos buenos y así mitigar la ansiedad y las fobias. Al final del estadio anal, el Súper Yo ya no se expulsa, entonces la ansiedad se convierte en culpa y aparece la conducta obsesiva. (Freedman y cols. 1983).

La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Esto significa que se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que se puede calificar de emoción, con las características de la misma. A esto se añade un estado de actividad neurofisiológica, que consiste en una puesta en marcha de los mecanismos que controlan la vigilancia, fundamentalmente córtico-subcorticales, pero mediados por la formación reticular. El resultado es un estado de alteración, como el antes descrito, que en términos de psicología empírica se denomina hipervigilancia. La psicofisiología de este estado es similar a la del miedo, lo cual es una defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico. (Rojas, 1998). Si esta ansiedad, no es muy intensa puede ser adaptativa, ya que ayuda a enfrentarse a ciertos requerimientos y exigencias concretos de la vida.

Un estado de ansiedad se caracteriza por experiencias emocionales desagradables, complicadas por amenaza y miedo, que varían desde aprensión crónica hasta sentimientos de gran intensidad. Los estados de ansiedad siguen un curso fluctuante, que puede ser intermitente en ausencia de peligros objetivos, o de una respuesta exagerada al estrés ambiental.

Por el contrario la ansiedad no adaptativa provoca respuestas de evitación e inhibición, manteniendo un estado de alerta de forma prolongada, sin que sea realmente necesario. La ansiedad es una enfermedad que debe ser diferenciada de la ansiedad general que experimentan la mayoría de las mujeres embarazadas, ya que impide desempeñar la vida normal. (Priest, 1987).

3. 1. 2 Teorías psicodinámicas de la ansiedad propuestas por Freud

Freud postula su primer escrito acerca de la ansiedad en 1894, llamado: "La neurastenia y la neurosis de angustia", en el cual propone la ansiedad patológica es producto de trastornos en el funcionamiento sexual y a la frustración de la libido. En este artículo menciona la presencia de síntomas duraderos, como parestesias, hiperestesias, ataques de angustia cuando se presenta disnea o un ataque cardíaco, intensificación de dolores, quizá orgánicamente justificados, pero los cuales también observó en la conversión que comúnmente se presenta en la histeria. Por ello en esta teoría Freud asume que los síntomas anteriores son resultado de una acumulación de la excitación. También encuentra común entre la histeria y la neurosis de angustia una insuficiencia psíquica, a consecuencia de la cual se presentan los procesos somáticos. La diferencia que marca en este artículo entre la neurosis de angustia y la histeria psíquica es que en primera la excitación es sexual somática y en la segunda es provocada por un conflicto. (Freud, 1894).

Lo anterior desencadena dos tipos de patología en las que participa la angustia:

- Neurosis actuales: Neurastenia, neurosis de ansiedad e hipocondría originadas por una situación física.
- Psiconeurosis: Histeria, fobias y neurosis obsesivo compulsivas siendo sus causas principales esencialmente psicológicas.

En su teoría Freud plantea que un aumento en la tensión sexual, únicamente como fenómeno físico; sigue a un aumento en la representación del instinto sexual como fenómeno psicológico, junto con una variedad de ideas y emociones asociadas.

Refiere que en el curso normal, la tensión sexual incrementada busca una descarga somática a través del coito en la cual hay liberación de energía mental. En la neurosis actual las prácticas sexuales anormales, impiden una adecuada descarga somática de tensiones y tensiones sexuales.

Menciona que en los estados psiconeuróticos debidos a causas psicológicas, se presenta una interferencia en el funcionamiento de los impulsos sexuales normales, ya que se bloquean o distorsionan por el conflicto psíquico. (Dupont, comp. 1999).

La teoría anterior fue cuestionada por un crítico de Munich llamado Löwenfeld, quien afirmó que en un gran número de casos "surgen estados de angustia inmediatamente o al poco tiempo de un shock psíquico (simple sobresalto o accidente unido a él)...los estados de angustia tienen un indudable origen psíquico, habiendo sido provocados por el sobresalto experimentado". Como respuesta a esta contrapostura Freud en 1895 escribe un segundo artículo acerca de la angustia titulado "Crítica de la neurosis de angustia". En el que Freud acepta la observación hecha por Löwenfeld de que puede haber un evento que desencadene la neurosis de angustia, pero no aceptó que esté aislado de una vida sexual anormal. Es así como Freud complementa la idea del artículo anterior con la propuesta de que hay un factor etiológico específico: "cuya acción puede ser reemplazada cuantitativamente por influencias nocivas vulgares, pero nunca sustituida cualitativamente...", es decir la angustia está enlazada al contenido de una representación o una percepción determinadas que al rebasar la capacidad de resistencia del sistema nervioso se presenta la angustia. (Freud, 1895).

En 1926 Freud presenta el artículo "Inhibición, síntoma y angustia", en el que expone una propuesta distinta que en los artículos anteriores. Menciona que la ansiedad es producto de una señal de peligro. La ansiedad es una manifestación de un aprendizaje a nivel preconscious-inconsciente en el que la persona reconoce una situación que en algún momento fue traumática, entonces la ansiedad sirve como un signo para que el Yo asuma medidas protectoras ante los peligros internos o externos. Esta teoría plantea que la ansiedad es la causante de la neurosis, no la sexualidad. (Dupont, comp. 1999).

Freud indica que la mayoría de los estados traumáticos tienen su origen en la infancia, etapa en que el Yo es relativamente inmaduro; y que en la vida adulta se manifiestan cuando el Yo es sobrepasado por el peligro amenazante y el aparato psíquico reacciona repitiendo el trauma para poder manejarlo. Menciona que ante la situación traumática coincide la representación de un peligro interior y un peligro exterior, el peligro real y la exigencia del instinto. Destacando que la situación de peligro es la situación de desamparo reconocida, recordada y esperada. "La angustia es la reacción primitiva al desamparo en el trauma, reacción que es luego reproducida, como señal de socorro, en la situación peligrosa". (Freud, 1926).

3. 1. 3 Otras aportaciones psicodinámicas

Winnicott en 1971 (citado en Dupont, comp. 1999), menciona que las ansiedades insensibles son cinco: a) Hacerse pedazos; b) Sensación de caer para siempre; c) El sentir que no se tiene relación alguna con el cuerpo; d) El carecer de orientación; e) El completo aislamiento sin ningún medio de comunicar el propio ser.

Winnicott se basa en la relación del bebé con su madre, ya que dependerá del modo en que se establezca dicha relación para suponer cómo afrontará la ansiedad en la vida adulta. Por ejemplo, si el bebé llora angustiado y la madre responde con pánico ante este llamado, la madre generará en él una organización psíquica empobrecida, que repercutirá en el comportamiento futuro del sujeto. Ya que puede presentar incapacidad para experimentar empatía consigo mismo. De lo contrario si el bebé está angustiado y la madre capta esa angustia, de manera empática y contenedora, y lo toma en sus brazos y lo mantiene cercano a ella, el resultado de esa secuencia de reacciones es un sentimiento de comprensión y calma en el bebé, ya que la mamá experimentó una señal empática desde una porción de su angustia total. Las vivencias las aprende el bebé con la repetición rítmica de las respuestas maternas ante las necesidades que demanda él mismo.

Dupont, comp. (1999) menciona que en el transcurso del desarrollo hay diferentes tipos de ansiedades desde la teoría del self: la primera es la ansiedad más profunda en un ser humano y es a consecuencia de la fragmentación del self humano, entendiendo como self: "...al centro de iniciativa, afectos y percepciones independientes dotados de capacidad autónoma de autoafirmación, integrado con ambiciones e ideales en un espacio y tiempo dentro de la mente humana". Para ejemplificar lo anterior, es preciso imaginar a la madre que no sabe qué hacer al ver a su bebé angustiado y entonces, ese estado de ansiedad en el niño se multiplica, creándose un círculo vicioso debido a la incapacidad de la madre de contener a su hijo. Por el contrario, si la madre es afectuosa y comprensiva y lo calma, entonces el niño logra colocar en la madre su temor a la muerte, se vuelve a integrar, y el temor se devuelve al niño como un temor leve y soportable.

El segundo tipo de ansiedad durante el desarrollo de un niño es a perder la persona que lo cuida, llamándola ansiedad de separación, se presenta en la segunda mitad del primer año de vida y para ello debe haberse establecido un apego con la madre durante los primeros seis meses. El tercer tipo de ansiedad es perder el objeto de amor, la cual se presenta durante el segundo año de vida. La cuarta clase es la angustia de castración o temor a la pérdida o daño corporal, asociada a la mutilación de los genitales acompañada de confusión de la identidad sexual del niño que tiene de tres a seis años de edad.

Partiendo de que la causa básica de todas las neurosis es un trastorno de la relación de padres e hijos. Entonces, la madre rígida, la madre sobre protectora y la madre que confunde a su hijo con señales incompatibles, provocan demasiada ansiedad en el niño, lo cual repercute en el reservorio de ansiedad, el aumento de vulnerabilidad al estrés y los tipos de defensas reparadoras utilizadas. Lo anterior, determina el tipo de trastorno psicopatológico de la persona y el grado de falta de adaptación y alteración de la función en épocas posteriores de la vida. (Freedman y cols. 1983).

Hay temores que se relacionan con ataques de ansiedad, como el impulso filial dirigido hacia el padre del sexo opuesto, en el que el deseo de amor, de afecto así como el sentimiento de seguridad por parte de este padre se sexualiza frecuentemente y por lo tanto se carga de culpa. También puede influir la rigidez prevaleciente en esta época de automatización y deshumanización, aunado al aislamiento progresivo de las creencias religiosas; la falta de solidaridad familiar, de relaciones de grupo importantes, ausencia de apoyo emocional e identificación con las anteriores generaciones.

Existe una postura contemporánea en la cual la ansiedad se analiza desde un modelo pentadimensional: vivencial, físico, conductual, cognitivo y asertivo. Por lo tanto la experiencia es rica, densa y compleja. Es por ello que la ansiedad se puede redefinir como: una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta, de activación generalizada. Por lo que lo primero que se presenta es una señal de peligro difusa, que el individuo percibe como amenaza para su integridad. (Rojas, 1998). Hay desencadenantes externos que pueden ser percibidos de manera objetiva y desencadenantes internos constituidos por recuerdos, ideas, pensamientos, fantasías personales, etc. Esta postura coincide con las anteriormente citadas en que se percibe un agente peligroso interno o externo que provoca la ansiedad.

3. 1. 4 Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo

Una persona puede presentar agudos rasgos de ansiedad ante un evento en particular, o puede presentar rasgos crónicos de ansiedad durante un tiempo mucho más prolongado, pudiendo incluso formar parte de su forma de adaptación ante el mundo. A la ansiedad que se presenta de manera aguda se le denomina ansiedad estado, mientras que a la ansiedad que se experimenta como medio de adaptación de una manera más prolongada se le denomina ansiedad rasgo. (Spielberger, 1980).

Ansiedad-Rasgo: "Diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes". (Díaz-Guerrero y Spielberger, 1975).

Ansiedad.Estado: "Condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos

conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo". (Díaz-Guerrero y Spielberger, 1975).

Las anteriores son las acepciones que se usarán como base en esta investigación, ya que a partir de éstas se medirá la ansiedad de las mujeres que conforman la muestra de este estudio, por medio del IDARE.

3. 1. 5 Clasificación y síntomas de ansiedad

En el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría, existe una sección en la que se describen los signos y síntomas característicos de cada trastorno, para así poder diferenciar el tipo de trastorno de ansiedad del que se trata, a continuación se cita cada uno:

300.21	Crisis de angustia
300.22	Agorafobia
300.01	Trastornos de angustia sin agorafobia
300.22	Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
300.29	Fobia específica
300.23	Fobia social
300.3	Trastorno obsesivo-compulsivo
309.81	Trastorno por estrés post-traumático
308.3	Trastorno por estrés agudo
300.02	Trastorno de ansiedad generalizada
293.89	Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

300.0 Trastorno de ansiedad no especificado

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias (El código se elige de acuerdo a la sustancia específica). La CIE no integra este trastorno.

Los criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada son los siguientes:

- a) Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades que se prolongan más de 6 meses.
- b) Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- c) La ansiedad y preocupación se asocian a tres de los siguientes síntomas:
 - inquietud o impaciencia
 - fatigabilidad fácil
 - dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - irritabilidad
 - tensión muscular
 - alteraciones del sueño
- d) El centro de la ansiedad y la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno como p. ej. tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización).
- e) La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- f) Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Dupont, comp. (1999) refiere las siguientes esferas de afección en la ansiedad:

Tensión motora:

- a) Temblor fino, contracturas, mialgias
- b) Intranquilidad o acatisia
- c) Fatigabilidad y bajo rendimiento físico

Hiperactividad autonómica:

- a) Palpitaciones, taquipnea, xerostomía
- b) Diaforesis, escalofríos
- c) Disfagia, cólicos, hipermotilidad intestinal

Vigilancia y atención:

- a) Respuesta de alerta exagerada
- b) Insomnio, irritabilidad, sueño alterado

Las manifestaciones que se presentan en cada individuo dependerán de su historia personal, su cultura, educación y la tendencia peculiar que tiene para manifestar sus alteraciones psicósomáticas por medio de un sistema o conjunto de órganos.

3. 1. 6 Síndrome General de Adaptación

Menciona Stora, (1992), que H. Selye se basó en las observaciones de Cannon para diferenciar tres fases secuenciales de adaptación del organismo a toda modificación de su ambiente: comienza con una fase de alarma, seguida por una fase de resistencia y finaliza con una fase de agotamiento.

La fase de alarma se caracteriza por: taquicardia, disminución del tono muscular y descenso de la temperatura corporal, por la formación de úlceras gástricas o intestinales, elevación de la concentración sanguínea, anuria, edemas, hipoclorhidria, leucopenia seguida de hiperleucocitosis, hiperglucemia transitoria y finalmente una reducción de glucosa en sangre y secreción de adrenalina de la médula suprarrenal.

La fase de resistencia es el resultado del metabolismo catabólico que estimula la secreción corticotrófica del lóbulo anterior de la hipófisis, provocando una secreción excesiva de hormonas corticosuprarrenales, que permite aumentar la resistencia si los estresores persisten.

La fase de agotamiento aparece después de una acción prolongada de los estresores.

El organismo humano sólo tiene una clase de mecanismo fisiológico de defensa y éste depende de la integridad de la suprarrenal, cuya hiperactividad es responsable de los problemas de adaptación, es decir: "el organismo humano es víctima del exceso de sus propios mecanismos biológicos de defensa". (Stora, 1992).

3. 1. 7 Métodos de afrontamiento o regulación de la ansiedad

La persona que presenta ansiedad puede recurrir consciente o inconscientemente a las siguientes conductas:

- a) Búsqueda de relaciones amistosas y sociales aprendidas de la presencia física tranquilizante de la madre con el niño.
- b) Búsqueda de aprobación de los demás, adoptando temporalmente un comportamiento regresivo e infantil. Controlando resentimientos y temores a cambio de un relajamiento de la tensión.
- c) Reír, llorar y maldecir. Estas manifestaciones emocionales y fisiológicas tienen como finalidad restaurar y preservar el equilibrio mental individual.
- d) El retiro emocional en un sueño excesivo o inhabitual. Hay individuos que reaccionan con problemas para conciliar el sueño.
- e) Verbalizar su emoción, confesarse, rezar. Esta verbalización permite llegar a la formulación de nuevos puntos de vista. Hay mecanismo psíquicos muy complejos en relación con el estado de tensión que se está viviendo, por lo que la relajación obtenida por este método sólo es temporal.
- f) Intelectualizar el problema. Se puede hacer de manera obsesiva tratando de buscar la solución o racionalizar, al pretender encontrar una explicación que satisface momentáneamente sin atender la realidad de los hechos.
- g) Actuar para cambiar el curso de los acontecimientos que originan el estrés, por medio de los mecanismos neuromusculares de descarga de la energía agresiva.
- h) La acción fantasmática. Al contrario de la actividad de pensar, de verbalizar y trabajar, puede ser independiente de la realidad. La actividad onírica facilita la reducción de la tensión psíquica interna.

- i) Por último, la tensión encuentra un desfogue a nivel orgánico, como orinar, defecar con frecuencia, comer mucho o demasiado rápido, fumar y beber alcohol, aumentar la actividad sexual, que se consideran descargas somáticas más o menos concientes para los sujetos. (Stora, 1992).

En relación al último inciso, se mencionarán a continuación algunas generalidades de lo psicossomático, ya que puede ser una dañina manifestación del inadecuado control de la ansiedad.

3. 1. 8 Aspectos psicossomáticos

Cita Dupont, comp. (2000) que René Descartes en su "Discurso del método" en 1637, hereda una visión escindida del hombre, de un sujeto constituido por un alma divina y un cuerpo animal con un dualismo artificial, y que desgraciadamente aún persiste hasta este siglo, inclusive en médicos. Desde entonces se tiende a ver al ser humano dividido en dos compartimentos: por un lado la parte orgánica estudiada por la medicina y por el otro el psiquismo, cuyo funcionamiento y patología la estudian respectivamente la psicología y la psiquiatría. "De este tipo de concepción parten los postulados de la llamada medicina psicossomática, es decir, de aquellos trastornos que originándose en la esfera del psiquismo –como problemas emocionales- tienen una clara y definida repercusión en el soma".

Menciona Von, (1988) que Ricciuti y Dorman en 1981 proponen un modelo interactivo en el que se plantea que debe existir un substrato de susceptibilidad biológica o genética, que al interactuar con el riesgo psico-social dará por resultado una

enfermedad médica. En base a este planteamiento, la etiología de las enfermedades no es exclusivamente biológica o psicológica, sino la combinación ambas.

Todos los individuos tienen cierta tendencia a somatizar cuando las circunstancias internas o externas sobrepasan los modos habituales de resistencia. (McDougall, 1991). Hay un gran número de pacientes con trastornos psicósomáticos que son totalmente inconscientes de cualquier tipo de dolor mental y por lo general niegan cualquier vínculo potencial que relacione el sufrimiento físico con el desamparo psicológico.

"La ansiedad puede contribuir a la susceptibilidad para otras enfermedades y a la vulnerabilidad para tener recaídas, al magnificar síntomas y desfavorecer la recuperación integral, de un cuadro que de otro modo sería mucho más manejable". (Dupont, comp. 1999).

Menciona McDougall, (1991) que los adultos que no pueden utilizar las palabras como vehículo del pensamiento, sólo pueden reaccionar psicósomáticamente ante una emoción dolorosa, es decir utilizan un funcionamiento mental que no se sirve del lenguaje.

Se han encontrado en los procesos psicósomáticos: ausencia de afecto, falta de capacidad imaginativa y dificultad para la comunicación verbal. Entonces, los analizados expulsan fuera de la psique determinados traumas. Es decir, no existe una huella de las señales de angustia que permiten a la psique prepararse para hacer frente a la situación problemática. Esto se refiere a que las fuentes potenciales de angustia no habían sido simbolizadas, como en el caso de la organización neurótica, ya que no había habido ni renegación ni represión. (McDougall, 1991).

McDougall, (1991), menciona que se considera a la angustia como la fuente principal de todos los síntomas; sin embargo, no está claro qué síntoma es el que se elegirá en cada caso.

En 1914 Freud en su introducción al narcisismo señaló que la enfermedad orgánica, por sí misma, desempeña un papel poco significativo en la etiología de las neurosis, sin embargo enfatizó que la neurosis sí se sirve de la enfermedad orgánica como pretexto. Por lo tanto, depende de los conflictos inconscientes que la enfermedad orgánica despierte, la manera en que la personalidad del sujeto responda a ésta. (Dupont, comp. 1999).

Kolb, L. en 1992 refiere que hay factores psicológicos que dependiendo de la personalidad del sujeto pueden desencadenar un aumento de la presión arterial. Aguilar y Morales, en 1995, atribuyen la presencia de ansiedad en mujeres diabéticas de acuerdo a eventos de vida que predisponen a la paciente en conjunto con su labilidad orgánica a padecer dicha enfermedad. Por lo tanto estos estudios permiten inferir la posibilidad de que las mujeres recurran a la somatización de ansiedad, repercutiendo negativamente en su salud.

Langer, M. en 1972 menciona la presencia de aspectos psicosomáticos relacionados con la esterilidad, así como también con la posibilidad de desencadenar abortos. Un hallazgo que favorece la etiología psicógena de la esterilidad es que gran cantidad de mujeres después de adoptar un niño logran embarazarse. En agencias de adopción en Estados Unidos se tienen registros de parejas que solicitan niños y tienen un hijo propio en los próximos dos años. Esto parece implicar que cuando la mujer practica la maternidad y es capaz de aceptar un hijo, su angustia y conflictos internos disminuyen,

haciendo que las condiciones psicológicas que obstaculizan la concepción se modifiquen favorablemente. De la Fuente, (1979). Es preciso revisar el primer capítulo en el cual se enuncian más evidencias que se han encontrado en cada patología y su respectiva forma de somatizar.

A continuación se citarán investigaciones en las que se ha medido la ansiedad durante el embarazo; por medio de la detección y registro de los signos y síntomas antes mencionados, en las que también se han considerado los aspectos psicológicos, sociales y culturales.

3. 1. 9 Investigaciones previas que miden ansiedad en el embarazo

Según la escala en la tasa de readaptación social, de un total de 43 sucesos considerados como tensionantes en relación a la salud física y cambios más importantes en la vida, el embarazo se encuentra en el grado número doce con un valor medio de 40 unidades de cambio en la vida, de 100 en total. (Slaikeu, 1996).

Es más común que se presenten trastornos de ansiedad en las mujeres que en los hombres, ya que es más propicio que se presente, por la incertidumbre con respecto a la menstruación, el embarazo y la menopausia. (Freedman y cols. 1983).

La mujer embarazada puede necesitar de la ansiedad para atender a su nuevo hijo, en el transcurso en que ella adquiera las habilidades del cuidado maternal, aumentará su confianza en sí misma y la ansiedad disminuirá gradualmente. (Priest, 1987).

A continuación se describirán diferentes investigaciones relacionadas con el nivel de ansiedad durante el embarazo.

Salvatierra en 1989, cita a los siguientes autores:

-Winget y Kapp en 1972 estudiaron el contenido de los sueños en el último trimestre de gestantes y observaron que las mujeres con sueños ansiosos tuvieron partos más cortos que las que no soñaron o que las que verbalizaron ansiedad, por lo que los autores interpretaron que las mujeres que sueñan están movilizando sus temores y superándolos mediante la elaboración onírica y las que no sueñan están rechazando y negando la gestación, con dificultad psicósomática para la ejecución del parto.

-Gorsuch y Key en 1974 registraron un aumento en la ansiedad al tercer mes de embarazo comparada con la toma antes del embarazo y sube paulatinamente hasta el sexto mes, disminuyendo en el último mes. En dichas investigaciones realizadas durante el embarazo, hay un incremento de la ansiedad estado, pero no varía, por término medio la ansiedad rasgo.

-Lunenfeld y cols. en 1984 encontraron en 200 gestantes, alrededor de la 34 semana, que la ansiedad estado y rasgo descendió rápidamente después del parto.

Luque en 1999, menciona otras investigaciones:

-Morales en 1988 trató de determinar la confluencia de aspectos emocionales significativos en un embarazo de curso normal. Midió ansiedad, depresión y auto concepto en 200 mujeres con embarazo de curso normal, entre 20 y 35 años de edad.

Descubrió que no hubo elevación de la ansiedad, ni modificaciones en el auto concepto, encontrando modificación en la autoestima en sentido positivo, favoreciendo sentimientos de seguridad y confianza.

-Alberscht en 1989 correlacionó los niveles de ansiedad, los comportamientos saludables y el apoyo emocional, encontró relación significativa entre altos niveles de ansiedad estado y rasgo con bajos niveles de apoyo social, en una muestra de 47 mujeres embarazadas de entre 20 y 40 años de edad.

-Norbeck en 1989 examinó la estabilidad y los efectos del estrés, el apoyo social y la ansiedad desde la mitad hasta el final del embarazo en 190 mujeres de entre 18 y 35 años de edad, con bajos recursos económicos. Utilizó el IDARE y otros dos instrumentos, con lo que encontró que se asocia un alto estrés con bajo apoyo por parte de la pareja y niveles elevados de ansiedad.

-Jadresic en 1992 evaluó 108 mujeres embarazadas, con edad promedio de 27.7, durante la semana 24 a 30 de gestación, en quienes evaluó el apoyo social, la situación marital y los niveles de depresión. El nivel socioeconómico de la muestra correspondió al medio, con 87% casadas, 7.4% solteras y 50% amas de casa. Observó una prevalencia de 35.2% de trastornos emocionales.

	PORCENTAJE
Trastorno depresivo mayor	1.9
Trastorno depresivo menor	5.5
Ansiedad generalizada	1.9
Animo depresivo	2.8
Animo ansioso	23.1

Rosas en el 2000, refiere los siguientes estudios:

-Medina, M. en 1985 hace un estudio de corte epidemiológico para establecer la patología psiquiátrica de diferentes poblaciones, la edad de la muestra fue de 18 a 64 años. Las puntuaciones altas en la escala de síntomas somáticos se obtuvieron en mujeres y jefes de familia con escolaridad baja. Reporta que de acuerdo al factor de adaptación y la clase social, varía el trastorno psicológico ya que encontró los siguientes resultados en hospitales privados y públicos.

	PRIVADOS	PÚBLICOS
Psicosis	5.4%	3.4%
Neurosis	22.5%	13.6%
Trastornos de personalidad	.33%	2.3%,
Alcoholismo y drogas	.84%	1.9%,
Alteraciones psicósomáticas	2.5%	29.1%,
Internamiento	3%	5%

-Bradshaw en 1990 encontró que los factores de riesgo más comunes para cualquier tipo de desorden afectivo eran: ser mujer y pertenecer a una clase social baja. Kalil en 1993 encontró que las pacientes que contaban con apoyo social tuvieron menor incidencia de trastornos psicológicos.

Ortega en 1997, cita otras investigaciones:

-Blanca en 1981 observó la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica y terapia de apoyo en mujeres embarazadas en relación con el nivel de ansiedad. Los resultados

muestran que la ansiedad rasgo no se altera con ninguno de los dos métodos, la terapia de apoyo disminuyó significativamente la ansiedad de estado y el método psicoprofiláctico, aumentó significativamente la ansiedad estado, tanto en las primigestas como en las multigestas.

-Zumpano en 1982 aplicó el IDARE en 162 mexicanas, de nivel medio alto, con edades entre 23 y 35 años para analizar la ansiedad en mujeres que se adiestraron en el método psicoprofiláctico. En dicho estudio el autor encontró que existen diferencias en la ansiedad en mujeres comparadas según su estado civil, abortos previos, número de embarazos y edad.

-Steiner en 1991 analiza en México si la edad de la mujer embarazada es un factor que influye en el aumento de ansiedad. Evaluó una muestra de 110 mujeres al azar con 14 a 22 semanas de gestación, atendidas en el INPer. Los resultados encontrados demuestran que la edad, nivel socioeconómico, situación de pareja o escolaridad no son determinantes de alta ansiedad. Se menciona que se aplicó sólo la escala de ansiedad estado del IDARE y que se hizo durante el segundo trimestre del embarazo, el cual suele ser el más estable emocionalmente.

-Sailaja en 1992 utilizó el IDARE en 110 mujeres embarazadas, entre los 18 y 32 años de edad de las que 61 no trabajaban. Observó que las mujeres embarazadas que trabajan, las más jóvenes y las que se encontraban en el último trimestre del embarazo experimentaron más ansiedad que sus contrapartes no trabajadoras, de mayor edad y en su primer y segundo trimestre de embarazo.

-Jiménez y Gómez en 1993, en España, con una muestra de 864 mujeres, cuyas edades estaban entre los 15 y los 45 años. Aplicaron el IDARE, EPI de Eysencke y una escala de información psicoprofiláctica. Las evaluaciones las realizaron antes del programa educativo para afrontar el parto, al séptimo mes de embarazo, después de haber terminado el curso e inmediatamente después de haber dado a luz. Descubrieron que la ansiedad aumenta a mayor número de embarazos, hubo disminución de ansiedad después de tomar el curso, la ansiedad experimentada durante el parto fue menor a lo que estas mujeres esperaban, de toda la muestra las primíparas que están en el segundo mes del embarazo son las que presentan mayor grado de ansiedad, la mayor ansiedad es registrada en el momento del parto y no del embarazo, todas se percataron de la disminución de ansiedad después de un programa educativo para afrontar el parto.

-Sánchez y cols. en 1994 afirman que las mujeres embarazadas de alto riesgo desarrollan estados de ansiedad que tienden a desaparecer cuando el parto no se complica, sin embargo algunas mujeres siguen mostrando ansiedad persistente y esto quizás se debe a un rasgo de carácter patológico.

-Grifol y cols. en 1995 analizaron los factores asociados a la ansiedad durante la gestación para lo que evaluaron a 231 mujeres (121 primigestas y 110 multigestas) entre los 20 y los 34 años de edad, sin patologías, problemas socioeconómicos relevantes y curso de gestación normal. Usaron el IDARE y encontraron que: 1.- hay una correlación positiva y significativa entre la ansiedad estado y la edad, ansiedad rasgo, percepción negativa del parto, autoconfianza negativa, molestias propias de la gestación, síntomas depresivos en el segundo día del puerperio y ansiedad determinada por el comportamiento de la mujer durante la expulsión. 2.- Hay una correlación negativa y significativa entre la ansiedad y deseos de esa gestación, percepción positiva del parto,

auto confianza positiva, maternidad compartida, comportamiento valorado por la madre y dolor medido mediante una escala analógica. 3.- No hay correlación significativa entre ansiedad y paridad, experiencia de un parto anterior, ansiedad durante la dilatación y tiempo de expulsión. Los autores afirman que hay una asociación entre la ansiedad estado y la ansiedad rasgo y los síntomas depresivos del post parto. Afirman que la actitud ante el parto influye en la ansiedad al final de la gestación.

-Kalil y cols. en 1995 estudiaron las relaciones entre el estrés, la ansiedad de estado y de rasgo, el tipo A de personalidad, la salud ante y post parto de las mujeres y el estado de salud de sus fetos. Se administró el IDARE, un cuestionario médico/psicosocial, el Jenkins Activity Survey y el Social Adjustment Rating Scale a 353 mujeres durante cada trimestre del embarazo. Se relacionaron significativamente las complicaciones maternas o fetal al tipo A de personalidad y la ansiedad de estado. Los resultados sugieren que se puede predecir la salud durante y después del embarazo, basándose en las complicaciones en el parto y en los problemas psicosociales.

Se hará mención de otros estudios relacionados con el tema:

Aguilar y Morales (1995) midieron la ansiedad a través del IDARE, en 70 mujeres embarazadas diabéticas que se atendían en el INPer, con intervalo de edad entre 18 y 44 años de edad. Encontraron que el 28.6% de la muestra presenta ansiedad tanto en rasgo como estado por arriba del punto de corte establecido para poblaciones con dichas características. Que el 15.7% de las pacientes con Diabetes Mellitus no insulino dependientes presentan ansiedad en la dimensión estado y rasgo, en las diabéticas gestacionales el 12.8% presentan ansiedad rasgo y el 10% ansiedad estado. A lo que los autores infieren que puede estar determinado por eventos de vida que predisponen a la

paciente en conjunto con su labilidad orgánica a presentar Diabetes, ya que en investigaciones realizadas en animales sometidos a estrés éstos desarrollan Diabetes de Tipo II. A pesar de que la ansiedad en esta población se encuentra por arriba de los niveles esperados no existen correlaciones importantes, sin embargo es notable la forma en que la ansiedad impacta en los componentes del autoconcepto de este tipo de pacientes, ya que ante un aumento de ansiedad el autoconcepto se altera de manera negativa.

Sarkar, (1996) también utiliza el IDARE en mujeres con embarazo de más de 42 semanas de gestación (post término) en quienes encontró mayor ansiedad estado y rasgo, en comparación con mujeres con embarazo de 37 a 41 semanas de gestación. Con lo que concluye que la ansiedad estado y ansiedad rasgo es elevada en mujeres con embarazo prolongado.

Luque, (1999) investigó las alteraciones emocionales asociadas con complicaciones gineco obstétricas en 225 mujeres embarazadas, 77 no cursaron con complicaciones y 148 si las tuvieron, es importante lo que se encontró ya que las mujeres que tuvieron complicaciones manifestaron menor malestar psicológico, que las mujeres sin complicaciones. La mayoría de estas mujeres presentan diagnóstico de esterilidad y se sometieron a procedimientos dolorosos para lograr el objetivo de concebir y /o culminar un embarazo. Se puede inferir que estas mujeres están negando su malestar o lo consideran como una parte inherente a su embarazo.

Texeira, (1999) investiga si la ansiedad materna registrada en el tercer trimestre del embarazo se asocia con un incremento en el grado de resistencia de la arteria uterina. Encuentra asociación entre la ansiedad materna durante el embarazo y un aumento en la

resistencia de la arteria uterina, es decir que la sangre transita de manera anormal en la arteria uterina. Mediante el IDARE se determinó que esta asociación es más probable en un elevado puntaje de ansiedad estado que de ansiedad rasgo.

En estudios realizados con animales se ha encontrado que cuando la madre se estresa durante el embarazo, el peso al nacer de la cría es bajo y el temperamento se afecta permanentemente. Existen varios mecanismos con los cuales el estrés o ansiedad materna afectan al feto, una de éstas es cuando las concentraciones de hormonas se han incrementado en la madre, se transportan directamente a través de la placenta. (Texeira, 1999).

Hughes y Turton (1999) valoraron síntomas de depresión y ansiedad en mujeres embarazadas (grupo control) en comparación con mujeres embarazadas que tuvieron un embarazo previo en el que sufrieron de aborto u óbito antes de las 18 semanas de gestación, sin hijos vivos y mayores de 20 años. Demostraron con el IDARE que las mujeres que habían sufrido una pérdida fetal presentan niveles elevados de depresión y de ansiedad estado en comparación con las mujeres sin este antecedente. Encontraron que hay vulnerabilidad aumentada a padecer depresión y ansiedad si las mujeres con antecedentes de pérdida, se embarazan antes de dejar pasar 12 meses posterior al aborto natural u óbito. No se observó diferencia significativa de ansiedad y depresión después de 18 meses de la pérdida fetal en comparación con el grupo control y si se presentó una elevación de ansiedad y depresión a los 12 meses después de la pérdida fetal. Por lo que los investigadores recomiendan que transcurra un año para elaborar el duelo y tengan mejor pronóstico en el siguiente embarazo.

"Es posible que algunas mujeres embarazadas no refieran ansiedad en un cuestionario auto administrable y, sin embargo, estén bajo estrés". (Salvatierra, 1989). Hay casos en que la mujer niega preocupaciones o miedos ante el embarazo y la maternidad, lo cual no es normal, de tal manera que esta actitud encubre, defensas de carácter neurótico que repercuten en manifestaciones somáticas y complicaciones. Es preferible que la mujer embarazada se "haga cargo de la realidad" con cierto grado de ansiedad beneficiosa.

Se han expuesto los tipos de riesgo que pueden alterar el curso normal de un embarazo y cómo pueden influir para que se presente la ansiedad, si en base a esto se detecta que la mujer presenta métodos de afrontamiento que no corresponden a la magnitud o forma de los estímulos estresantes, así como un vínculo empobrecido con su madre, será necesario que se canalice o se pida la interconsulta médico- psicológica, la cual se expondrá en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO IV

INTERCONSULTA MÉDICO-PSICOLÓGICA PARA MUJERES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO

4.1 CONTEXTO CONTEMPORÁNEO

Es necesario revisar el papel del psicólogo en el medio hospitalario ya que la presente investigación se basa en un grupo de mujeres embarazadas de alto riesgo; por lo que ellas deben consultar a médicos de diferentes especialidades según la patología perinatal presente, por lo que estas mujeres requieren acudir a una unidad hospitalaria o internarse en ella. En un embarazo de alto riesgo, hay factores íntimamente relacionados con el curso del embarazo, como serían los biológicos, sociales, económicos o psicológicos, y se requiere de una atención interdisciplinaria en la que participen trabajadoras sociales, médicos, enfermeras, psicólogos, etc. para la adecuada atención de estas pacientes.

Todavía hace falta reconocer la importancia de la relación entre la enfermedad orgánica y el psiquismo, ya que existe la influencia de la enfermedad sobre la subjetividad del individuo, los temores que le despierta determinado padecimiento, el placer indirecto que puede derivar por ser atendido con cuidado y afecto, de descansar, también que la enfermedad despierta inquietudes con respecto al peligro de vida, a la integridad de su organismo, de su futuro laboral, familiar e individual.

Cita Dupont, comp. (2000) que Goldstein en 1961 hace referencia a la importancia de que el médico entienda que debe enfrentar al organismo como un todo, que está ante la personalidad unitaria de su paciente y ante las alteraciones que la enfermedad ha producido sobre esa totalidad funcional, que es el hombre.

Lo anterior se puede entender desde la postura que se basa en la presencia de la transferencia básica o primaria, la cual consiste en que casi cualquier enfermedad se acompaña de cierta regresión, cosa que se fomenta por la ayuda que se recibe del médico. Es difícil que el médico se percate de que está representando en el inconsciente del paciente a un ser significativo. Dicha postura sostiene que este vínculo emocional surge si las dos personas están juntas a solas, y puede derivar principalmente de la semiunidad maternoinfantil original en los primeros meses de vida. (Menninger y Holzman 1973).

Para que se lleve cabo lo anterior, se necesita de un espacio, el cual se llama campo dinámico y está constituido por los fenómenos transferenciales del paciente y contratransferenciales del médico. Ferrari, H. et al. (1977).

Por otro lado, es importante tomar en cuenta varias condiciones relacionadas con la atención hospitalaria que se puede brindar a pacientes que tienen un diagnóstico médico de cierta patología perinatal. Para ello, se revisará lo que mencionan algunos autores acerca de la presencia de enfermedad.

Dupont, comp. (2000) indica que una historia clínica debe contener sin excepción, la descripción de las actitudes del paciente ante su enfermedad, ya que la enfermedad conlleva cierto grado de ansiedad por amenazar la seguridad física de la paciente, y que la incapacita ya sea temporal o permanentemente, para realizar su trabajo, y estar con su familia en el caso de hospitalización.

Puede presentarse la negación transitoria de la enfermedad que permite a la persona asimilar la situación, sin embargo cuando se hace permanente, puede entorpecer

seriamente la labor del médico, debido a que la paciente niega la enfermedad, se niega a asistir a sus consultas, y puede interferir en la intervención diagnóstica o terapéutica.

Menciona Dupont, comp. (2000) que el psicoanálisis ha encontrado que la enfermedad, la vejez y la muerte, es una de las más graves e inevitables heridas narcisistas en las que se plantea que la persona deja de interesarse en todo lo que le rodea para concentrarse solo en él mismo, desechando todo lo que no tenga que ver con su enfermedad. Esto no sucede en forma total, pero se presenta una tendencia a la hipocondría, por medio de incrementar la propia auto-observación.

Considerando lo anterior, es necesario ofrecer cuidado y contención a las ansiedades de las pacientes, proporcionar la información adecuada, tener en cuenta que toda enfermedad propicia una regresión psicológica en cualquier paciente, y no olvidar que el médico representa una figura muy importante para la paciente. La actitud psicoterapéutica implica haber entendido que curar, la cual es la meta principal de los procedimientos médicos, deriva de la misma raíz etimológica que cuidar.

4. 1. 1 La interconsulta psicológica en hospital

Si se presenta una madre sana psíquicamente, entonces podrá ponerse temporalmente en manos de los profesionistas que la atiendan, quienes tendrán que permitirle independencia a la madre cuando lo solicite. Si la madre confía en el personal que la atiende dentro del hospital, entonces podrá perdonar algún error cometido por el personal encargado del cuidado de su salud. En el caso de que la gestante no tuviera confianza en el personal del hospital, ella tendrá miedo de "ponerse en sus manos", y tenderá a "arreglárselas sola", experimentando temores con respecto a su estado, y

también los hará responsables de cualquier situación que salga mal. Por lo anterior es muy importante que la madre conozca al personal que la atenderá, esto se logra por medio de una presentación corta que transmita respeto y consideración a la paciente.

Es necesario proporcionar a la paciente una explicación detallada de todos los procedimientos, esto disminuirá la interferencia de información errónea y aterrizante que pudiera haber recibido. Si no se le proporciona la información a la paciente, ella tendrá que asimilar e imaginar su estado en función de sus conocimientos, llenando los vacíos con fantasías propias o con rumores. (Dupont, comp. 2000).

Menciona Winnicott, (1995) que la mujer sana psicológicamente, es quien más necesita la explicación de su diagnóstico, ya que sacará más provecho del conocimiento de la verdad que de la incertidumbre. El autor cita lo que una paciente de psicoterapia comentó: "... incluso suponiendo que la mujer sea emocionalmente madura, todo el proceso del parto destruye tantos controles que una necesita todo el cuidado, la consideración, el aliento y la confianza de la persona en cuyas manos está, tal como el niño necesita una madre que lo ayude a pasar por cada una de las experiencias nuevas y decisivas que encuentra en el curso de su desarrollo".

También se encuentran las futuras madres emocionalmente inmaduras, para lo cual el personal deberá contar con elementos para detectarlo y saber cómo tratar algunas actitudes que son producidas por la depresión, ansiedad, desconfianza o confusión.

Békei, comp. (1991) indica que es necesario reformular el concepto de "relación médico paciente" por el de "relación paciente / cuerpo médico". Debido a que hay muchos profesionistas que intervienen durante la atención de una enfermedad, pero no siempre

existe la conciencia en ellos de que están formando parte de un equipo. Sucede que no dan importancia al cuerpo enfermo del paciente el cual entra en contacto con otro cuerpo, al que se llama "cuerpo médico" y que puede funcionar tan patológicamente como el del paciente.

Esta autora hace énfasis en que "lo diverso" presente actualmente en la medicina y que es tan necesario, no debe convertirse en "lo disperso" o "lo confuso", para lo cual es necesario que los distintos miembros de un equipo médico, además de sus funciones especializadas, formen parte de un conjunto que a su vez produzca efectos. De esta forma se podrá propiciar y aprovechar un efecto beneficioso debido a un buen apoyo en los momentos de crisis en los pacientes en lugar de profundizar los efectos adversos.

El psicólogo en la interconsulta hospitalaria tendrá relación con el paciente, con el médico y además entre ambos, es decir, en el contexto de la enfermedad, será necesario que actúe como aparato mediador activo, con las funciones de continente, como una barrera de protección o membrana activa. Con ello se pretende que la elaboración psíquica sea posible, mediante la contención de la ansiedad del paciente o su familia hacia el médico o viceversa. (Békei, comp. 1991). La contención se refiere a la transformación de lo que escapa a la simbolización y se manifiesta a través de actos que interfieren con el proceso de la cura.

Este papel de interconsulta se concibe como un espacio o continente que actúa como mediador entre la enfermedad y el espacio médico. Ya que por un lado se encuentra un paciente con su realidad corporal que puede desbordar su aparato psíquico e impedir la elaboración y por el otro está la medicina con la tecnología, pero descuida el

material de los sueños del paciente, sus fantasías, miedos y deseos dentro de la hospitalización.

En este ámbito el psicólogo tiene que conocer diagnósticos, tomar decisiones, decidir acerca de un tratamiento psicoterapéutico, de inclusión de pacientes, así como establecer vías de comunicación con médicos, familiares, etc. Por lo que el terapeuta deberá tener versatilidad y adaptación a medios no propicios para su tarea.

Békei, comp. (1991) menciona en relación a la práctica institucional que: "...en esta práctica no hay una teoría analítica en la cual podamos sustentarnos. Lo que sí hay es una teorización posible, posterior, necesaria y que el equipo deberá realizar". Indica que el psicoanálisis es la base; sin embargo, el terapeuta que trabaja en el ámbito institucional debe de hacer una cuidadosa articulación con la teoría integrando la parte clínica, tratando de constituir una unidad frente a las múltiples exigencias a las que se somete en tal escenario. La posición del psicólogo que en este caso es de interconsultor, es vulnerable, esto se debe a que su práctica es pública dentro de una institución y su propuesta es distinta con respecto al discurso médico en que se inserta.

El profesionalista en psicología tendrá que enfrentar la desvalorización de su labor en un ámbito institucional. Por el otro lado puede volverse objeto de idealización sintiendo que es portador de la medicina ideal mediante su mediación en la integración mente-cuerpo y la relación médico-paciente, lo cual desafortunadamente conllevará a convertirse en fiscal de los médicos y esto no ayudará a los fines previamente descritos. Por lo tanto las metas se deben alcanzar, sin tomar una posición narcisista por parte de ningún integrante de los grupos de trabajo los cuales deben estar encaminados a proponer abordajes creíbles con posibilidad de ponerse en práctica. (Ferrari, 1977).

El psicólogo puede llegar a enfrentarse a algunas complicaciones personales como por ejemplo, el uso indiscriminado de explicaciones muy teóricas hacia los pacientes o hacia los médicos, esta actitud es producto de la falla en la simbolización del terapeuta; quien ve afectada su omnipotencia interpretativa.

4. 2 POSTURAS A FAVOR Y EN CONTRA DEL ANÁLISIS DURANTE EL EMBARAZO

Refiere Lartigue, (1994) que existen razones a favor y en contra de una intervención psicológica durante el embarazo.

Las razones en contra argumentan que la mujer gestante es sometida a una retracción narcisista de su libido hacia el Self, entonces no puede investir libidinalmente a cualquier objeto del exterior, esto significa que no puede establecer una transferencia. También se expone que no es posible un tratamiento psicológico debido al estado de sosiego y calma emocional, lo cual proviene de la sensación de plenitud por la gratificación de un deseo primario de estar creando un hijo, por último se contraindica la intervención debido a los procesos regresivos y la movilidad catéctica por la que pasa la mujer embarazada durante este período de crisis lo cual provoca estados como los que se presentan en patologías de tipo borderline. Los comentarios de Freud en 1904, 1913, 1915 y 1937 también sugieren que el tratamiento psicoanalítico debería de posponerse cuando una persona se encuentra preocupada por una crisis, enfermedad o un período fisiológico acompañado de cambios dramáticos como en la menarca, el embarazo y la menopausia.

Esta autora indica que los elementos que favorecen la intervención terapéutica en mujeres gestantes son los siguientes:

Tomando en cuenta que la gestación favorece la movilidad catéctica y los movimientos regresivos-progresivos, esto propicia una nueva elaboración de conflictos del pasado remoto, preedípicos y edípicos. Otro argumento a favor es la posibilidad de la elaboración de la relación de la gestante con su madre y las vicisitudes de su identificación femenina; la elaboración de la envidia del pene y del conflicto en la relación con el padre; la resignificación de la estructura narcisista y del Ideal del Yo; la reelaboración de la separación-individuación, del complejo de castración; del masoquismo femenino y los problemas en relación a la pasividad y la receptividad.

En relación al análisis de las opiniones en contra de la intervención psicológica durante el embarazo se ha discutido lo siguiente; Lartigue, (1994) menciona que Kohut en 1971 enuncia que la contratransferencia presente en el trabajo con pacientes embarazadas, implica para el terapeuta sentirse dejado fuera y que es similar en algunos pacientes narcisistas, sin embargo argumenta que en las embarazadas se trata de una situación parcial y transitoria, la cual se puede solucionar mediante un buen manejo técnico. Esta situación se presenta en la gestante por la catectización hacia el nuevo objeto que crece dentro de ella, como a la figura de la madre interna, ya que se identifica con ambos. Por lo anterior, la gestante tiene la oportunidad de reeditar las fases tempranas de su desarrollo como ocurre en la adolescencia, esto se debe a que en la experiencia del embarazo se favorece la regresión. Es importante retomar que la mujer embarazada no le retira la libido al mundo circundante como en un estado psicótico, sino que su libido catectiza a un nuevo objeto externo con características únicas, pero este objeto se encuentra dentro de su cuerpo.

En este período emergen los afectos en relación al vínculo pre edípico y edípico de la mujer embarazada con su propia madre y se actualizan los sentimientos en relación con los hermanos. Dado que estas emociones y deseos, así como las fantasías han estado reprimidas, es una oportunidad abordarlos ahora que son más accesibles a la exploración. Las defensas que se presentan también se relacionan con los conflictos presentes en la autoestima debido a la sensación de plenitud y vacío que el estado de embarazo provoca.

Las consideraciones anteriores sostienen que el embarazo es una etapa crítica y de desequilibrio biopsicosocial, sin embargo estas circunstancias pueden facilitar el proceso analítico, más que obstaculizarlo. Los cambios psíquicos de esta etapa son de naturaleza estructural, por lo que es posible continuar el trabajo a partir de ellos en el post parto.

4.3 OBJETIVOS PSICOTERAPÉUTICOS EN MUJERES EMBARAZADAS

El psicoanálisis ha aportado avances en el conocimiento de algunos trastornos como en la menorragia, los abortos repetidos, los malestares matutinos, la inercia uterina primaria, así como otros estados físicos que a veces pueden deberse en parte, a algún conflicto en la vida emocional inconsciente de la paciente, llamándolos trastornos psicosomáticos. Sin embargo los alcances del psicoanálisis han ido mas lejos, ya que se han introducido en las relaciones entre el médico, la enfermera y la paciente. (Winnicott, 1995).

Cuando la paciente se hospitaliza, experimenta ansiedad con respecto a la reintegración a su hogar, aunado al cambio que la llegada del bebé demandará en su vida personal, a la nueva relación con su marido, con sus otros hijos, con sus padres, etc. En la estancia hospitalaria, será importante el trato entre la futura madre y el personal que labora dentro del hospital. Winnicott enfatiza que es sumamente importante la salud mental de la futura madre.

Los objetivos psicoterapéuticos que propone Lartigue, (1994), para atender mujeres embarazadas y por consecuencia, con cierta ansiedad, son los siguientes:

- La contención de aspectos regresivos: En esta área se enfatiza la atención a ayudar a la gestante a concientizar y elaborar los componentes agresivos de su ambivalencia que tuvo desde antes de la concepción y que emergieron ante un posible embarazo. Se puede presentar un rechazo inconsciente del embarazo, que se manifiesta a través de conductas lesivas inconscientes como tendencias claramente abortivas, comportamientos dañinos para el feto, la madre o ambos, negligencias en el cuidado nutricional, falta de controles médicos. Todos estos descuidos afectarán al nuevo ser en formación, incrementando así las posibilidades de morbilidad y mortalidad perinatal y materna, o por otro lado que al nacer el bebé no encuentre una "envoltura libidinal acogedora" que funcione como primer organizador del psiquismo de manera armónica e integrada.
- El establecimiento del vínculo materno-infantil: Este tipo de vínculo se forma desde antes de la concepción y durante los primeros meses de embarazo, en base a los deseos y fantasías depositadas en la expectativa

del embarazo. A partir de los precursores del vínculo se podrá establecer el futuro desarrollo de la identidad del bebé desde que está en el útero, esto es posible ya que empieza a tener un lugar dentro del psiquismo materno, dentro de la familia y en la cadena generacional. Es por ello importante encontrar cuál es el deseo y fantasía que el niño vendrá a cumplir con respecto a las expectativas de los padres, es decir, puede venir a reparar una pérdida anterior, puede representar la satisfacción de metas parentales frustradas, etc. El tipo y calidad del vínculo impacta de manera decisiva la estructura y funcionalidad de la personalidad del futuro bebé.

- El diagnóstico y clave psicodinámica: Es necesario revisar con un trabajo psicoanalítico las primeras identificaciones con la madre que la actual gestante tuvo, al igual revisar lo referente al padre, examinar las fases de simbiosis y de separación-individuación, las vicisitudes del período edípico, la re-edición de todos los componentes anteriores al paso de la adolescencia hasta el deseo o no que tiene la mujer de tener un hijo o estar embarazada. Lo anterior permitirá entender la psicodinamia de la mujer embarazada, de las relaciones con su madre, con su bebé, con su propio cuerpo y con su pareja.

Salvatierra, (1989) menciona que Caplan en 1959 propuso una guía anticipatoria que contempla la preparación psicológica para el estrés adecuado al embarazo:

- a) Avisar a la pareja de las reacciones que experimentarán en cada estadio del embarazo.
- b) Prepararse para el estrés de la maternidad.

c) Discutir formas de resolver problemas esperados e inesperados.

De acuerdo con Lartigue, (1994) se debe trabajar en los siguientes puntos: la ambivalencia, las ansiedades y fantasías durante la gestación; así como en los mitos y distorsiones de la información previa sobre el proceso mismo y sus vicisitudes. Lo anterior permitirá alcanzar los siguientes resultados:

- Corregir las distorsiones en la información y cultura reproductiva de la mujer gestante.
- Permitir la elaboración consecutiva a la reactivación de las teorías sexuales infantiles que desfavorecen la elaboración de la gestación y el parto.
- Favorecer la creación del vínculo materno-infantil, cuando éste no se ha establecido, o posibilitar la superación de las resistencias y bloqueos involucrados con el establecimiento de dicho vínculo así como de los elementos de carácter fantasmático que bloqueen la adecuada catectización del producto en formación desde el psiquismo de la madre.
- Facilitar la creación del espacio emocional para el futuro bebé en el psiquismo, también llamado nicho psicológico; no sólo en la mujer embarazada, sino lo ideal es que sea en la pareja.
- Promover el gradual desarrollo de las funciones maternas propiamente dichas.

La autora menciona que en términos generales los puntos anteriores se refieren a "Facilitar el proceso de identificación de la gestante con su propia madre, con el fin de que la crisis de la gestación tenga una resolución exitosa...propiciar la adquisición de un nuevo

nivel madurativo al facilitar en la embarazada, la incorporación de las funciones maternas como parte de su identidad femenina".

Cabe hacer mención que el sentido de "identidad femenina" citado en el párrafo anterior se basa en el resultado de un análisis de la mujer gestante, lo cual permitirá entender y aceptar la maternidad implícita en la feminidad, esto es, sin caer en la concepción de identidad femenina manipulada por la sociedad, cultura y las acepciones concebidas a partir de intereses sociales y económicos; tal como se discutió en el segundo capítulo.

Desafortunadamente, la información referente a "lo femenino", como por ejemplo el rol femenino; no permite a la mujer analizar las causas y efectos de su postura ante la maternidad, entonces cuando se embaraza, surgen los conflictos al tratarse de un embarazo no deseado, por no estar conciente de su papel tan influyente sobre el feto, quizás por no haber priorizado sus metas y deseos a partir de ella misma, es decir, como mujer y con la probabilidad de decidir si quiere ser madre o no. Es por ello tan importante que el trabajo analítico comience idealmente antes de la concepción ya que es una gran responsabilidad embarazarse, así como una posibilidad de desarrollarse en otra esfera ante sí misma, con su pareja y con su familia.

4.4 CONSIDERACIONES EN EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO

Las cifras que a continuación se mostrarán, pertenecen a las instituciones públicas del Distrito Federal, que atienden casos de embarazo, parto y puerperio; las cuales justifican la necesidad de atención psicológica a dichas pacientes.

Según las veinte principales causas de egreso; el embarazo, parto y puerperio es la primera. De un total de 643,086 casos de egreso; 168,221 corresponden a esta causa, representando el 26.2 % de estos veinte motivos. (INEGI, 2000 a).

De acuerdo a las defunciones hospitalarias registradas en dichas instituciones, el embarazo, parto y puerperio ocupa el lugar 16 dentro de las 20 principales causas de muerte, sin embargo las cifras que llaman la atención son las defunciones por ciertas afecciones originadas en el período perinatal, ocupando el tercer lugar, con 1, 712, representando el 7.7% de estas veinte causas. Las malformaciones congénitas representan el 3.9%, ocupando la octava causa de muerte. (INEGI, 2000 a).

El embarazo, parto y puerperio ocupa el primer lugar de egresos hospitalarios en establecimientos particulares con 60, 674 de un total de 272, 417 egresos. Y un registro de 6, 795 abortos y 8, 794 nacidos vivos con menos de 2500 grs. es decir, con condiciones de salud deficientes. (INEGI, 2000 a).

Los antecedentes revisados a lo largo de este trabajo, permiten darse cuenta que hay factores internos o psíquicos que se pueden reforzar y cuidar, para que los factores externos o socioculturales, no influyan tan negativamente en el proceso del embarazo, tanto en la mujer como en el futuro bebé.

Partiendo de la postura psicoanalítica, es necesario considerar que la intervención psicológica que se proporcione a mujeres que cursan embarazo de alto riesgo con un nivel significativo de ansiedad, debe seguir los lineamientos de la psicoterapia. A primera instancia parecerá difícil considerar de manera jerárquica todos los elementos que

participan en este grupo particular de pacientes, como por ejemplo, las implicaciones psicológicas del embarazo, de la enfermedad asociada y de un rasgo de ansiedad elevado el cual puede ser percibido conscientemente o por el contrario estar somatizado.

Según Dupont, comp. (1999), a partir de la psicoterapia psicodinámica en su modalidad breve, con enfoque de apoyo, psicoterapia expresiva o un tratamiento psicoanalítico; sugiere seguir los siguientes pasos:

- a. Entrevista inicial y diagnóstico psicodinámico
- b. Mantenimiento de un encuadre
- c. Neutralidad terapéutica
- d. Manejo de las resistencias
- e. Uso de intervenciones generales y específicas
- f. Manejo de la transferencia
- g. Manejo de la contratransferencia

Por lo que el trabajo del psicólogo en un medio hospitalario gubernamental o privado en que se solicite la atención psicológica a mujeres con embarazo de alto riesgo, deberá seguir los lineamientos anteriores sin olvidar que el psicólogo debe tener una actitud propositiva y adaptativa como se mencionó anteriormente.

La intervención psicológica debe tener objetivos terapéuticos específicos. El período de gestación abarca pocos meses para llevar a cabo un tratamiento exhaustivo, por lo que es importante detectar y conocer qué tipo de organización estructural predomina en un momento dado, para saber cómo intervenir; sin embargo, hay que tener sumo cuidado en no hacer una interpretación fuera de tiempo: "Una cosa es detectar los

mecanismos y fantasías que pudieran estar en juego y otra es volverlos analizables". (Békei, comp. 1991). Se puede aprovechar este momento de movimiento libidinal y resignificación, para que en base a los puntos que Lartigue, T. propone, se trabaje la ansiedad y la representación de la enfermedad que cada paciente tiene.

No se describirán los elementos básicos que conforman la psicoterapia psicodinámica para no extender el presente trabajo en conocimientos comunes a todos los psicoterapeutas, pero sí se aclarará que los objetivos terapéuticos mencionados anteriormente y propuestos por Lartigue, se pueden considerar como guía, ya que abarcan los tres factores sobresalientes en este grupo de pacientes; que es la movilización libidinal a causa del embarazo, la presencia de una enfermedad perinatal y la forma en que la paciente maneja su ansiedad con respecto a las dos primeras características.

Es necesario revisar las primeras identificaciones con la madre y con el padre que la actual gestante tuvo, al examinar las fases de simbiosis y de separación-individuación, así como las vicisitudes del período edípico y la re-edición de todos los componentes anteriores al paso de la adolescencia. En base a esta indispensable búsqueda con la entrevista, se encontrará qué respuestas recibió la futura madre por parte de su progenitora ante la demanda de cuidado, si fue contenida o no, qué calidad de vínculo se estableció, y entonces se podrá identificar la psicodinamia que se juega en una paciente.

Al explorar la forma en que se instauraron las huellas mnémicas que la gestante tiene acerca del placer y frustración, dado por la presencia o ausencia del ritmo y la contención de su madre ante la angustia de ella cuando era bebé, de cómo haya recibido calor, proximidad protectora a su cuerpo, música de la voz materna y de la existencia o

nulidad de una representación mental de su propia madre como persona que pueda ser nombrada y evocada. (McDougal, J. 1991). Es necesario tener noción, si la paciente la tiende a somatizar ya que no reconoce en ella misma la ansiedad y así no enfrentarla, si tiene un modelo empobrecido de la maternidad, si demanda la desaparición inmediata de sus síntomas sin capacidad de introspección, etc. Por el contrario el psicólogo también debe detectar a las pacientes que sean capaces de verbalizar sus sentimientos, de identificar su ansiedad y tengan un vínculo con su propia madre lo cual facilitará su futuro rol materno.

Es muy importante que en la intervención terapéutica con estas pacientes se trabaje desde una posición muy contenedora, para poder influir desde una figura transferencial positiva, en aquellas partes dañadas y poco contenidas de la futura madre.

Es esencial que todo el personal que labora en un hospital, incluyendo personal administrativo, así como el de intendencia, conozca la influencia tan determinante que su actitud puede provocar en una paciente embarazada. Es por ello que lo ideal sería que se dieran a conocer los aspectos biopsicosociales que intervienen en el proceso del embarazo, desde una postura mediadora como la del psicólogo que labora en una institución.

El trabajo interdisciplinario puede empezar desde la entrevista que realiza el personal de trabajo social en un hospital, ya que se pueden incluir preguntas relacionadas con el tipo de relación que mantuvo la paciente con sus padres, qué piensa y siente de estar embarazada y la manera en que generalmente reacciona ante las situaciones estresantes, entre otras, las cuales pueden ser contestadas de manera individual en una

hoja impresa. Dichos datos pueden quedar registrados en el expediente y pueden ser útiles posteriormente.

Generalmente los médicos son los que piden la interconsulta psicológica, sin embargo esta puede tener mejor efecto si se realiza lo más tempranamente posible del embarazo, para lo cual, una historia clínica detallada realizada por médicos puede mostrar datos que los psicológicos consideren dignos de tomarse en cuenta, detectados desde los antecedentes ginecoobstétricos. La situación ideal es que desde el inicio de la atención médica a las pacientes, se realice una entrevista por psicólogos, pero no existen las instalaciones suficientes, el personal adecuado, ni la convicción a nivel hospitalario, de que puede ser una inversión que en el futuro disminuya gastos, sobretodo para el sector público, ya que las complicaciones y la mortalidad del embarazo pueden disminuir.

Cabe mencionar que así como hay campañas para la planificación familiar, es primordial proponer campañas para una maternidad y paternidad responsable, con el fin de prevenir situaciones que compliquen un embarazo, ya que la pareja estará mas consciente acerca de la decisión de embarazarse y sus consecuencias. La práctica y la teoría médico-psicológica se concibe por lo tanto como un aparato mediador en el que queden definidos los territorios y a la vez favorezcan una especie de ósmosis con los enlaces posibles, entonces esta mediación, podrá ser útil a la práctica médica y al psicoanálisis a través del intercambio, evitando las escisión entre ambas. (Békei, comp. 1991).

La finalidad de esta revisión es que se proporcione atención integral a las pacientes, para controlar y disminuir los riesgos que ponen en peligro la salud física y mental tanto de la mujer como de sus hijos.

CAPÍTULO V

INSTRUMENTO

5.1 TEST DEL IDARE

Menciona Salvatierra, (1989) que existen estudios en los que se han diseñado cuestionarios para detectar ansiedad o alteración emocional durante la gestación, como el HIP Pregnancy Questionnaire utilizado por Grimm y Venet en 1966 o el Pregnancy Anxiety Scale que manejaron Burstein y cols. en 1974. Por otra parte, Spielberger introdujo un cuestionario con la finalidad de medir la ansiedad en sus dos dimensiones: la ansiedad estado y la ansiedad rasgo, llamado State and Trait Anxiety Inventory: STAI. Este instrumento tiene su versión en español realizada por Spielberger y Díaz-Guerrero en 1975, que se llama Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado: IDARE.

Existe una gran cantidad de estudios realizados en diferentes partes del mundo que han utilizado el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado, para medir ansiedad en mujeres embarazadas.

En el capítulo 3 de este trabajo se citaron gran parte de las investigaciones realizadas en México, Inglaterra o España por mencionar algunas, en las que se utilizó dicho instrumento con mujeres embarazadas. La mayoría de los estudios realizados en México se han llevado a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

En 1990 Morales y González, elaboraron la normalización del IDARE en mujeres con embarazo de curso normal, es decir sin complicaciones que impliquen alto riesgo. La normalización se llevó a cabo con una muestra de 109 pacientes atendidas en el INPer, los investigadores encontraron que sí existe diferencia entre los puntajes de ansiedad

estado y ansiedad rasgo en la muestra de mujeres embarazadas con respecto a los puntajes de la tabla normativa de IDARE con mujeres en bachillerato.

Por lo tanto, la decisión de emplear este instrumento se basó en los antecedentes del IDARE con estudios previos en mujeres embarazadas, en que existe la versión en español realizada por un investigador mexicano y a la vez por el creador del inventario y por último por la normalización de este inventario para mujeres que cursan embarazo normal en el INPer. Dado que la muestra con que se trabajó en el presente trabajo se reclutó en este Instituto, existe un parámetro de referencia confiable al comparar los puntajes obtenidos en esta investigación con respecto a los puntajes de la normalización del Instrumento.

Salvatierra, (1989) menciona al respecto: "El IDARE es un buen instrumento para explorar las variaciones temporales en el estrés y en relación con las complicaciones de la gestación."

5. 2 DESCRIPCIÓN DEL IDARE

Los investigadores Charles D. Spielberger y R. L. Gorsuch fueron los precursores en la elaboración de este inventario en la Universidad de Vanderbilt, E. U. A. en 1964. Estos investigadores pretendieron desarrollar una escala que permitiera obtener medidas objetivas de auto evaluación de dos dimensiones distintas de la ansiedad. Para lograr su objetivo se llevaron a cabo múltiples modificaciones.

El Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado está constituido por dos escalas separadas de auto evaluación.

La escala de ansiedad estado está constituida por veinte afirmaciones, en las que se pide al sujeto que las responda de acuerdo a cómo se siente en un momento dado. Se considera a la ansiedad estado como: "Condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo." (Díaz-Guerrero y Spielberger, 1975).

La escala de ansiedad rasgo también consiste en veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos que describan cómo se sienten generalmente. Se considera como ansiedad rasgo: "Las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes." (Díaz-Guerrero y Spielberger, 1975).

Las instrucciones para la escala A-Estado del IDARE, se pueden modificar con la finalidad de evaluar la intensidad de A-Estado para cualquier situación o intervalo de tiempo, que el investigador considere interesante. Con respecto a las instrucciones para la escala A-Rasgo del IDARE deberán ser siempre las que están impresas en el protocolo respectivo.

En la presente investigación se modificó la instrucción de la primera escala que se indica en el instructivo. Por lo que la consigna que se dijo a las pacientes en la escala de A-Estado es la siguiente: "Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en este momento que está embarazada". Al aplicar la escala de A-Rasgo no se modificó en nada la consigna del inventario, diciendo a las

pacientes: "Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente generalmente".

Las categorías que los sujetos tienen que elegir en la escala de Ansiedad Estado son: 1. No en lo absoluto; 2. Un poco; 3. Bastante y 4. Mucho. Por otro lado, las categorías que se pueden escoger en la escala Ansiedad Rasgo son: 1. Casi nunca; 2. Algunas veces; 3. Frecuentemente y 4. Casi siempre.

La calificación del instrumento se puede llevar a cabo de manera manual, utilizando las plantillas de evaluación del instructivo, con las que se obtienen los puntajes brutos, estos puntajes tienen calificación directa y calificación inversa esto lo hizo el autor para evitar que los sujetos proporcionaran respuestas indiscriminadas, por lo que no siempre la denominación "no mucho" vale 4, ya que habrá ítems en que por su redacción se deba calificar con 1. Una vez usadas las plantillas para asignar la puntuación, entonces se deberán sumar los reactivos con calificaciones directas por un lado y por otro, sumar las calificaciones de los reactivos inversos, esto se hace para cada una de las escalas. A continuación se resta el total que se obtuvo de sumar las calificaciones de los reactivos inversos a la suma de las calificaciones directas, esto se realiza en cada una de las escalas. El siguiente paso es añadir la constante de (+50) para la escala de A-Estado y (+35) para la escala de A-Rasgo, con este procedimiento se obtienen los puntajes estandarizados.

En el Apéndice se muestran las hojas de autoevaluación correspondientes a la Ansiedad Rasgo y a la Ansiedad Estado del IDARE, así como las plantillas de evaluación para cada escala.

5.3 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

En lo referente a la confiabilidad del IDARE Díaz-Guerrero y Spielberger (1975), la llevaron a cabo por medio de Test – Retest en cinco subgrupos de sujetos que fueron incluidos en la muestra normativa de estudiantes universitarios que se cita en el instructivo del inventario. Los estudiantes a los que se aplicó el Retest, después de una hora fueron expuestos sucesivamente durante el intervalo entre una y otra aplicación a las siguientes condiciones experimentales: un período breve de entrenamiento en 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. Se hizo el Test - Retest después de una hora de la primera aplicación, a los 20 días y a los 104 días. Para lo cual se obtuvieron correlaciones altas en la escala de A-Rasgo y correlaciones bajas en la escala de A-Estado, esto se pudo anticipar debido a la naturaleza transitoria de esta dimensión, ya que es una medida diseñada para ser influenciada por factores situacionales, por lo que se reevaluó con medidas de consistencia interna como el coeficiente alfa, con lo que se obtuvo un índice más adecuado que las correlaciones de Test – Retest.

Finalmente se determinó que las dos escalas del IDARE tienen un alto grado de consistencia interna. (Díaz-Guerrero y Spielberger, 1975).

Con respecto a la validez de la escala A-Rasgo, se hicieron correlaciones con otros instrumentos que miden ansiedad como el (IPAT) de Cattell, con la escala de Ansiedad Manifiesta (TMAS) de Taylor y la lista de adjetivos de Zuckerman. Se encontraron correlaciones moderadamente altas entre el IDARE, el IPAT y el TMAS, tanto para los estudiantes universitarios como para los pacientes. Con la finalidad de probar la

validez de la escala A- Estado se aplicó en una sola sesión esta escala a 197 estudiantes no graduados de la Universidad Estatal de Florida bajo cuatro condiciones experimentales distintas. La primera aplicación se hizo al principio de una sesión de examen (condición normal); la segunda aplicación siguió a un período de 10 minutos de entrenamiento en relajación (condición de relajación); inmediatamente se les pidió a los estudiantes que contestaran la prueba de dominio de conceptos de Terman la cual se interrumpió después de diez minutos para aplicar una tercera aplicación de la escala (condición de examen) y la última aplicación se hizo después de que los estudiantes vieron una película muy tensionante (condición de cine). A través de los promedios, desviaciones estándar y coeficientes alfa de confiabilidad se pudo encontrar que la calificación media para la escala A- Estado en la condición de relajación es el más bajo, que el más alto nivel se registró después de las condición cine y por último en las condiciones normal y examen se deduce que ambas tuvieron un impacto similar para hombres como para mujeres. Los resultados implican un alto índice de validez. También se han hecho correlaciones entre las escalas A- Rasgo y A- Estado así como correlaciones entre el IDARE y otras pruebas de personalidad en las cuales se ha mostrado de manera repetida la confiabilidad y validez del inventario.

5.4 NORMALIZACIÓN

Como se mencionó anteriormente, Morales y González (1990), realizaron la normalización del IDARE en 109 mujeres atendidas en el INPer, que cursaban embarazo normal. En dicho estudio se encontraron los siguientes puntajes:

- Ansiedad Estado: media de 34.72 y desviación estándar de 8.25
- Ansiedad Rasgo: media de 37.75 y desviación estándar de 9.29

Por medio de la aplicación del estadístico "T-Student" se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los puntajes de una de las tablas normativas de confiabilidad del IDARE correspondiente a mujeres en bachillerato, con respecto a los puntajes de la muestra del INPer. Por ello Morales y González (1990), concluyeron que las pacientes con embarazo normal alcanzan el punto de corte para la detección de ansiedad.

Cabe mencionar que para determinar si existe un mayor grado de ansiedad rasgo o estado en el grupo de mujeres que conforman la muestra del presente trabajo, se consideraron como parámetro de comparación los puntajes de la mencionada normalización.

CAPÍTULO VI

METODOLOGÍA

6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es importante analizar qué factores influyen en la presencia de ansiedad durante el embarazo, cuáles son psicológicos u orgánicos, su importancia y por último cómo se manifiestan y miden.

Existe una relación entre la patología física, la historia reproductiva y las condiciones sociodemográficas con la ansiedad en el embarazo de alto riesgo, sin embargo la controversia se centra en detectar el principal factor que implica considerar un embarazo como de alto riesgo.

La presente investigación pretende establecer las relaciones existentes entre la patología perinatal presente en mujeres que cursan embarazo de alto riesgo y la ansiedad. Dicha relación se ha analizado en diversos estudios, considerando a cada patología de manera aislada para ver si el estrés actuaba, en combinación con las características o riesgos biológicos de la persona, como detonante en la aparición de una patología en especial.

Von, (1988), sugiere hacer comparaciones entre la presencia y ausencia de complicaciones médicas y no con respecto a la aparición de una patología física en específico. Este autor menciona que los estudios previos presentan una ausencia de análisis comparativo entre las patologías médicas.

En este trabajo se pretende comparar el nivel de ansiedad en grupos de mujeres embarazadas que padecen distintas enfermedades y un grupo que no padece ninguna

patología asociada al embarazo; de este modo se podrá discutir si la ansiedad es un factor influyente y predisponente en determinadas patologías perinatales.

Este trabajo aspira a resaltar la vinculación de factores psicológicos de la ansiedad con la etiología ó evolución de las patologías perinatales.

Lo anterior coincide con Freud, quien en 1914, en su introducción al narcisismo señaló que la enfermedad orgánica, por sí misma, desempeña un papel poco significativo en la etiología de las neurosis, sin embargo enfatizó que la neurosis sí se sirve de la enfermedad orgánica como pretexto. Por lo tanto, la manera en que la personalidad del sujeto responda, depende de los conflictos inconscientes que la enfermedad orgánica movilice. (Dupont, comp. 1999).

La ansiedad puede contribuir a la susceptibilidad para otras enfermedades y a la vulnerabilidad para tener recaídas, ya que se pueden magnificar síntomas y así se desfavorece la recuperación integral, de un cuadro que de otro modo sería mucho más manejable. (Dupont, comp. 1999).

Partiendo de la existencia de resultados contradictorios en torno al aumento o no de ansiedad durante el embarazo, se pretende confirmar los hallazgos psicológicos que evidencien la presencia de ansiedad que influye en el curso del embarazo, por lo que la pregunta de investigación es la siguiente:

¿Se puede asociar determinada patología perinatal a un mayor o menor grado de ansiedad?

6.2 HIPÓTESIS

- Hipótesis de trabajo H_1 :

Existe diferencia en el grado de ansiedad rasgo y estado, entre las mujeres embarazadas con diferentes patologías perinatales y las mujeres sin patología perinatal.

- Hipótesis nula H_0 :

No existe diferencia en el grado de ansiedad rasgo y estado, entre las mujeres embarazadas con diferentes patologías perinatales y las mujeres sin patología perinatal.

6.3 VARIABLES

- Variables independientes:

- Embarazo con riesgo.
- Ausencia de patología perinatal.

- Variable dependiente:

- Ansiedad en sus dos dimensiones:
- Ansiedad estado y ansiedad rasgo.

Control de variables extrañas.

- Variable extraña: Que la paciente mintiera en algunos datos y se cometiera error al incluirlas en los grupos.
 - Control: Se consultó el expediente médico de cada paciente para cotejar y obtener todos los datos requeridos. Para agrupar a las mujeres en las categorías correspondientes, se tomaron en cuenta el diagnóstico y síntomas registrados, así como la asesoría de médicos.

- Variable extraña: Que al contestar la segunda escala de Ansiedad Rasgo la paciente incluyera también el período de embarazo.
 - Control: Se especificó a las pacientes en la escala de Ansiedad Estado que contestaran en base a: "...este momento en que está embarazada". Al aplicar la escala de Ansiedad Rasgo no se modificó en nada la consigna del instrumento, sin embargo se aclaró que debían contestar considerando: "Generalmente cuando no está embarazada".

- Variable extraña: Que tuvieran presión de tiempo e influyera en los resultados.
 - Control: Antes de la aplicación se le preguntó a cada paciente si tenía tiempo para contestar un cuestionario y si estaba de acuerdo en participar en esta investigación.

Definición de variables.

- Ansiedad-Rasgo: "Diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes". (Díaz-Guerrero y Spielberger, 1975).

- Ansiedad estado: "Condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo". (Díaz-Guerrero y Spielberger, 1975).

- Embarazo de alto riesgo: Aquél embarazo que conlleva factores de riesgo socioeconómico (bajo ingreso económico, baja escolaridad, nutrición inadecuada, falta de apoyo afectivo y social, situaciones de tensión, exceso de trabajo físico de la embarazada, etc.); factores de riesgo biológico (edad menor de quince años o mayor de cuarenta, nutrición inadecuada, baja talla y bajo peso, infecciones diabetes, hipertensión, etc.); factores de riesgo obstétrico (antecedentes de hijos previos prematuros o de bajo peso, multiparidad mayor de seis hijos, historia de muerte *in útero* previas, embarazo múltiple, amenaza de parto pretérmino, patología placentaria, sangrados, etc.); servicios de salud inaccesibles, incomprensión de las indicaciones médicas, control prenatal de mala calidad, iatrogenia, etc. (Langer, A. 1990).

- Historia reproductiva: Comprende todos los antecedentes obstétricos; número de partos por vía vaginal (paras), número de embarazos (gestas), embarazos

interrumpidos (abortos), muertes fetales (óbitos) y parto con cirugía por vía abdominal (cesáreas).

- Datos sociodemográficos: Edad, escolaridad, estado civil, ocupación, embarazo deseado o planeado.
- Patología Perinatal: Es el diagnóstico clínico de la enfermedad ya sea por causas ginecológicas u obstétricas, durante el período del embarazo, determinado por los médicos del INPer.

6.4 MUESTRA

Los sujetos que conformaron esta muestra son mujeres en condiciones de riesgo, ya que su vida así como la de su bebé está en peligro; principalmente por una patología médica presente durante el embarazo, así como condiciones socioeconómicas que no les permiten pagar una atención médica privada; es por estos motivos que son atendidas en una institución de salud pública. Se formó una muestra de 192 pacientes atendidas en el INPer con diagnóstico de embarazo de alto riesgo que aceptaron ser parte del estudio y 24 pacientes sin diagnóstico de enfermedad asociada al embarazo que aceptaron ser parte del estudio. Se utilizó un método de muestreo por cuota, por medio del cual se obtuvo un total de 216 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se formaron nueve grupos de 24 mujeres cada uno. Para la asignación de los grupos se utilizaron ocho categorías correspondientes a mujeres que padecen diferentes patologías perinatales y un grupo con mujeres sanas.

TABLA 1. NOMBRE DE LAS CATEGORÍAS Y NÚMERO DE SUJETOS POR GRUPO.

No. De GRUPO	CATEGORÍA	TAMAÑO DE LA MUESTRA
I	Sin Patología	24
II	Esterilidad	24
III	Epilepsia	24
IV	Diabetes Mellitus (D.M.)	24
V	Edad Materna Avanzada (E.M.A.)	24
VI	Hipertensión Arterial	24
VII	Antecedentes de Abortos y óbitos sin Patología de Base	24
VIII	Antecedentes de Muerte Neonatal (M.N.T.) por Malformación y Dx. Actual de Malformación	24
IX	Alteraciones Ginecológicas	24
9 GRUPOS	9 CATEGORÍAS	216 MUJERES

Cada una de las pacientes reunió los criterios de inclusión que a continuación se mencionan.

Criterios de inclusión:

- Pacientes atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología; INPer
- -Escolaridad mínima de primaria
- Primigestas o multigestas
- Sin importar su estado civil y su edad

- 192 mujeres que se encuentren cursando embarazo de alto riesgo con determinada patología perinatal
- 24 mujeres embarazadas sin ninguna patología perinatal

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no sean atendidas en el INPer
- Que no sepan leer ni escribir
- Que tenga algún padecimiento psiquiátrico

6.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se utilizó un tipo de estudio exploratorio, y un diseño de investigación ex post facto, transeccional, correlacional/causal. Se ocupó este diseño ya que su finalidad coincide con los propósitos de la presente investigación; la cual es describir las relaciones causales entre las variables, en uno o más grupos de personas o indicadores y en un momento determinado. (Hernández, 1991).

El estudio es transeccional porque se realizó una sola aplicación del Instrumento en un solo momento del embarazo.

6.6 INSTRUMENTOS

- Inventario de Ansiedad: Estado – Rasgo: IDARE.
- Hoja con preguntas para recabar historia reproductiva y patología perinatal.

- Lápiz y tabla para recargarse.
- Expedientes clínicos.

6.7 PROCEDIMIENTO

Escenario. Las aplicaciones del instrumento se realizaron en un horario de 8:00 a 14:00 hrs. en las instalaciones del Instituto Nacional de Perinatología. Se abordó a cada una de las pacientes cuando estaban sentadas en el área de la consulta externa, la cual tiene adecuada ventilación y buena iluminación. Se les preguntó si padecían alguna enfermedad asociada al embarazo y cuál era, si el padecimiento correspondía a las patologías a tratar en el presente estudio, se pidió su consentimiento de incluirlas en la investigación y se aplicó el IDARE y la hoja con datos anexos.

Aplicación. Se inició con la aplicación de la escala A- Estado y posteriormente se aplicó la escala de A- Rasgo. No se exigió un tiempo límite para contestar ninguna de las dos escalas, cuando había alguna duda se aclaró inmediatamente. Al finalizar se les proporcionó la hoja con los datos que se requirieron para la investigación y se agradeció su disposición. En el apéndice se muestra el Inventario y el cuestionario proporcionado.

Se procedió a revisar los expedientes de cada una de las pacientes para cotejar los datos y obtener los diagnósticos médicos exactos, para lo cual se colectaron los casos seleccionados de manera aleatoria, por cuota con determinada patología.

Calificación. Posteriormente se calificó el instrumento y se procedió al vaciado de los puntajes normalizados, de los registros de la historia reproductiva y sociodemográficos

en una base de datos. Finalmente, los puntajes normalizados obtenidos en el IDARE, se sometieron a la aplicación de dos pruebas estadísticas.

Análisis Estadístico. Por medio del estadístico Análisis de Varianza para dos factores (ANOVA) se pretendió encontrar si hubo diferencias en el grado de ansiedad estado y rasgo entre las nueve categorías. Por otra parte, se aplicó la prueba "T Student" a cada una de las categorías, para investigar si hubo un mayor o menor grado de ansiedad rasgo o ansiedad estado dentro de cada grupo. Después se compararon los puntajes de las medias obtenidas en el IDARE de esta muestra con respecto a los puntajes de las medias obtenidas en la normalización del IDARE para mujeres con embarazo normal, para detectar si hubo mayor ansiedad rasgo y estado en los grupos de mujeres con embarazo de alto riesgo que en mujeres con embarazo normal.

Por último se llevó a cabo el análisis de resultados, y en base a éste, junto con la revisión teórica expuesta en los cuatro primeros capítulos de este trabajo; se realizó la discusión, la conclusión, así como las limitaciones y sugerencias.

CAPÍTULO VII

RESULTADOS

Y

ANÁLISIS DE RESULTADOS

7.1 RESULTADOS OBTENIDOS DE LA MUESTRA

De las 216 mujeres que conforman el total de la población, el 54% son mujeres casadas; el 17% viven en unión libre; el 15% son mujeres solteras; el 12% son viudas y el 2% son separadas. En la figura 1 se presentan estos datos.

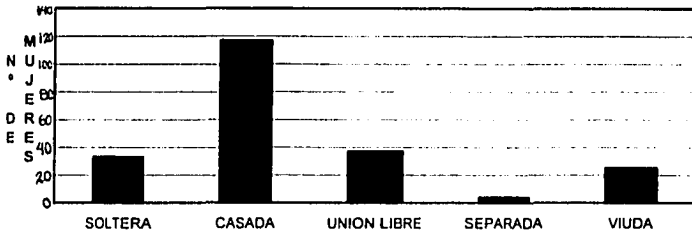


FIGURA 1. ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN

La edad promedio por categoría osciló entre la media de 23 años para el grupo de mujeres sanas y el grupo con epilepsia; media de 27 años para el grupo de mujeres con alteraciones ginecológicas; un promedio de 28 años para los grupos de Diabetes Mellitus, hipertensión y abortos; la media para los grupos de esterilidad y muerte neonatal es de 29 y por último la media para las mujeres de edad avanzada es de 39 años.

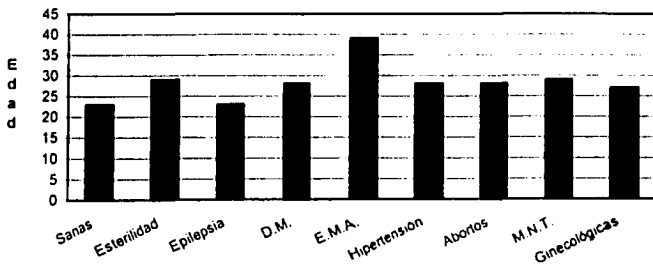


FIGURA 2. EDAD PROMEDIO POR CATEGORÍA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El promedio de las semanas de gestación de la población, en el momento de la aplicación del Inventario, fue de 24 y 25 semanas para todos los grupos, excepto para los grupos de hipertensión, con media de 27 semanas y el grupo de esterilidad con un promedio de 29 semanas de gestación. En la siguiente figura se muestra esta información.

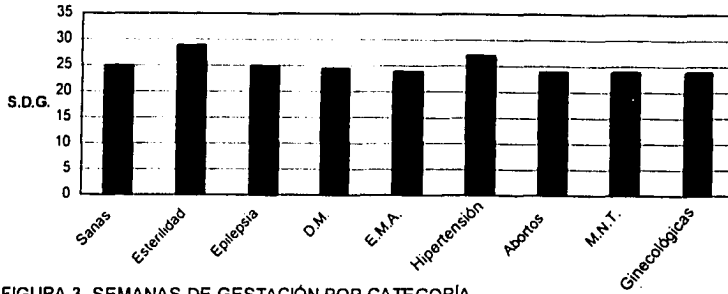


FIGURA 3. SEMANAS DE GESTACIÓN POR CATEGORÍA

En relación al máximo grado de estudios, el 36% estudiaron secundaria; el 30% tienen estudios de carrera técnica o profesional; el 25% cursaron preparatoria y el 9% estudiaron la primaria.

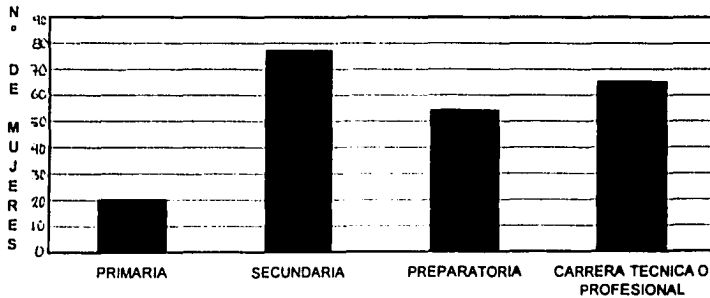


FIGURA 4. ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Las siguientes características se basan, en la descripción de las gráficas que se muestran en las Figuras 5 a la 17.

Grupo Sin patología: En las mujeres de este grupo se detectó la menor edad promedio: 23 años y también se registró la menor edad: 14 años. No se registró ningún aborto. El grado máximo de estudios predominante es preparatoria. El 37.5% de las mujeres de este grupo están casadas. Es importante resaltar que a pesar de la corta edad, hay 6 mujeres viudas en este grupo, asimismo es la cifra más alta con respecto a los demás grupos. Es el grupo con menor número de gestas, sólo hay dos mujeres que se han embarazado tres veces, esto puede estar relacionado con la edad promedio de esta categoría.

Esterilidad: Las mujeres en esta categoría, tienen edad promedio de 29 años. Es el grupo con el menor número de cesáreas: 1 cesárea. El grado máximo de estudios predominante es preparatoria, seguido por carreras técnicas o profesionales, el 54% de las mujeres de este grupo están casadas y el 25% vive en unión libre. El promedio de semanas de gestación en el momento de la aplicación del inventario es de 29 S. D. G., siendo el mayor registro con respecto a los demás grupos.

Epilepsia: En esta categoría las mujeres tienen la menor edad promedio de 23 años. El total de gestas es de 44, siendo la mujer con mayor edad quien tiene 5 embarazos; hay 3 mujeres con 3 embarazos y el resto ha tenido menos de 3 embarazos, lo cual se relaciona con la corta edad. El grado máximo de estudios predominante es la secundaria, lo cual se puede asociar al padecimiento. El 42% de las mujeres de este grupo vive en unión libre; el 25% son solteras y otro 25% son casadas. Es el grupo con

mayor número de solteras, al igual que el grupo de alteraciones ginecológicas. Es la categoría con menor número de casadas, lo cual puede asociarse a que la familia de las mujeres epilépticas por lo general las sobreprotegen y no facilitan el establecimiento de una relación de pareja independiente de la familia.

Diabetes Mellitus: Las mujeres de esta categoría tienen edad promedio de 28 años. El total de gestas es de 64, siendo la mujer con mayor edad quien tiene 8 embarazos y 6 abortos, cabe mencionar que el número de abortos de este grupo es de 7, el resto de mujeres tiene 2 y 3 embarazos. El grado máximo de estudios predominante es la carrera técnica o profesional. El 58% de estas mujeres son casadas, el 20% viven en unión libre y ninguna mujer está separada de su pareja.

Edad Materna Avanzada: En esta categoría se registraron 78 gestas, lo cual se asocia con la edad, siendo el grupo con más embarazos después de la categoría de aborto. El promedio de edad es de 39 años, la mayor edad del grupo es de dos mujeres de 43 años. Después de la categoría de aborto, el grupo de E. M. A. tiene el mayor registro de cesáreas. El grado máximo de estudios predominante es la carrera técnica o profesional, al igual que la secundaria. El 70% de estas mujeres son casadas, siendo el grupo con mayor número de mujeres casadas.

Hipertensión Arterial: En este grupo las mujeres tienen edad promedio de 28 años. El total de gestas es de 51, un total de 10 abortos y 13 cesáreas. El grado máximo de estudios predominante es la secundaria. El 37.5% de estas mujeres son casadas y el 16% son viudas. Hay un registro de 13 cesáreas en el grupo.

Aborto: Las mujeres en esta categoría tienen edad promedio de 28 años. Es el grupo con el mayor número de embarazos, lo cual puede deberse a un mayor número de intentos para embarazarse debido al alto índice de abortos, ya que se registran 31 abortos en este grupo, siendo la cifra más alta de la población. También es el grupo con mayor número de cesáreas con un registro de 19. El grado máximo de estudios predominante es la secundaria. El 67% de estas mujeres son casadas, ocupando el segundo grupo con más mujeres casadas después de la categoría de E. M. A.

Muerte Neonatal: En este grupo, las mujeres tienen edad promedio de 29 años. Esta categoría ocupa el tercer lugar de gestas con 76 registros, lo cual puede deberse a un mayor número de intentos para embarazarse debido al alto índice de muertes neonatales. Es el grupo con mayor número de paros, es decir parto por vía vaginal; con un registro de 29. Hay 14 cesáreas en este grupo. El grado máximo de estudios predominante es la carrera técnica o profesional y después la secundaria. Después del grupo de aborto, la categoría de M. N. T. ocupa el segundo lugar de mujeres casadas con el 63%; al igual que el grupo de hipertensión. El 20% de mujeres de este grupo viven en unión libre.

Alteraciones ginecológicas: En esta categoría, las mujeres tienen edad promedio de 27 años. El número de gestas registradas son 60, también con un alto registro de abortos: 15. El grado máximo de estudios predominante es la carrera técnica o profesional, al igual que la preparatoria. El 50% de estas mujeres son casadas, y el 25% son solteras, que al igual que el grupo de epilepsia, es el grupo con mayor número de solteras. El 13% de mujeres de este grupo vive en unión libre y el mismo porcentaje son mujeres viudas.

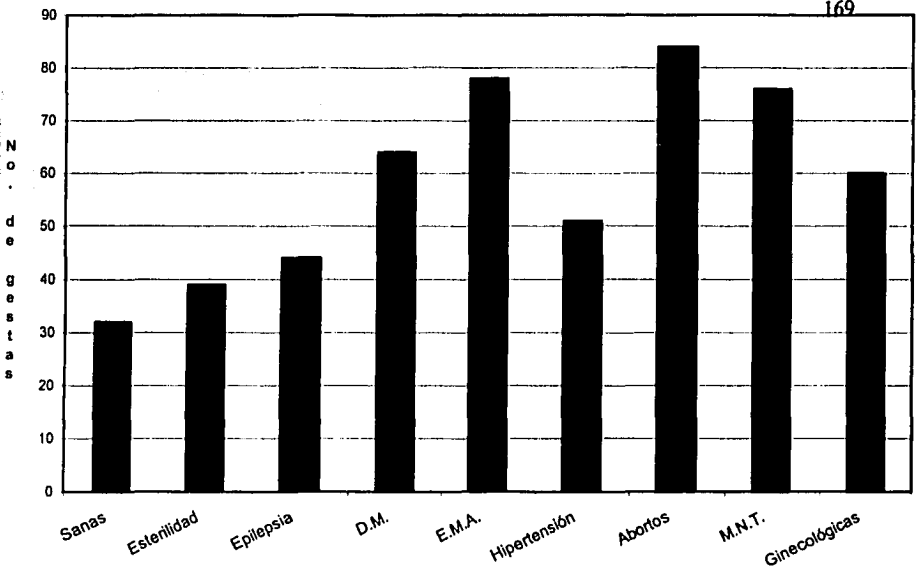


FIGURA 5. GESTAS POR CATEGORÍA

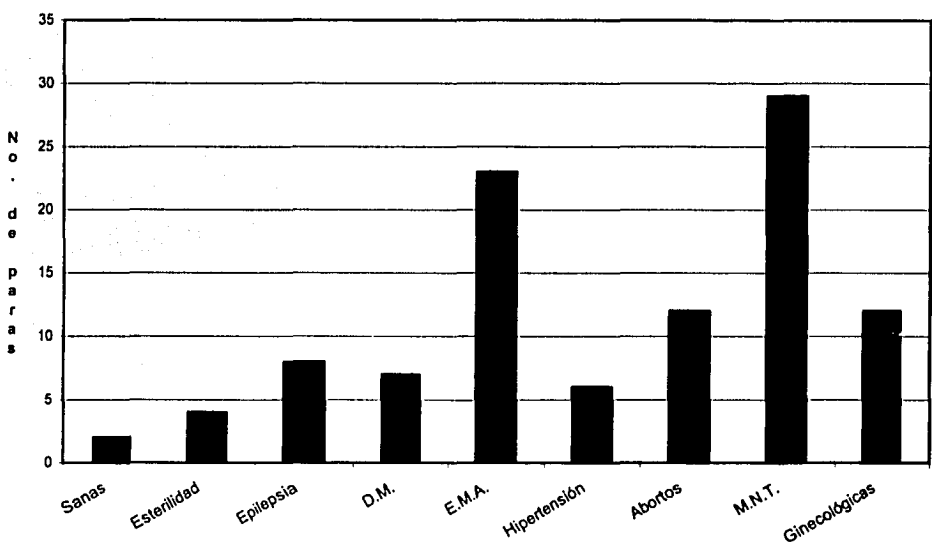


FIGURA 6. PARAS POR CATEGORÍA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

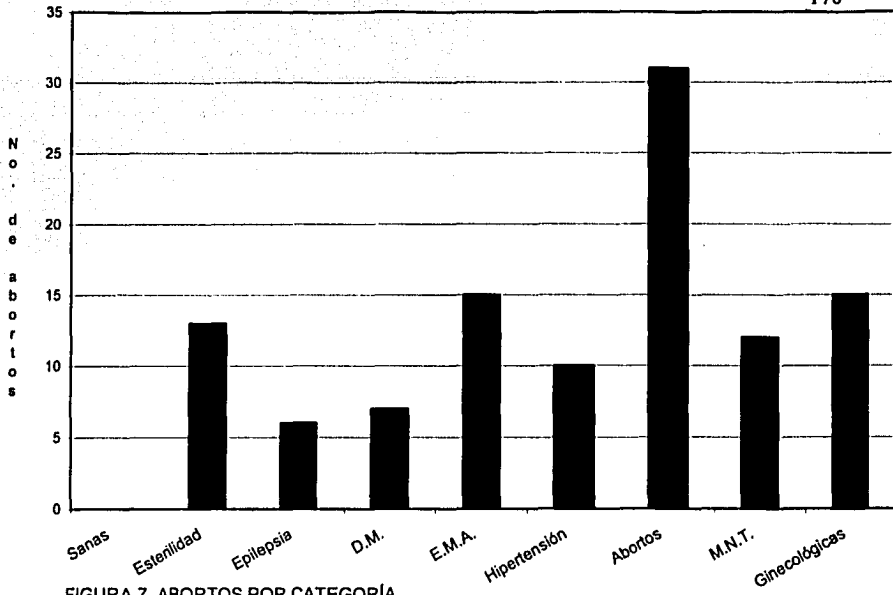


FIGURA 7. ABORTOS POR CATEGORÍA

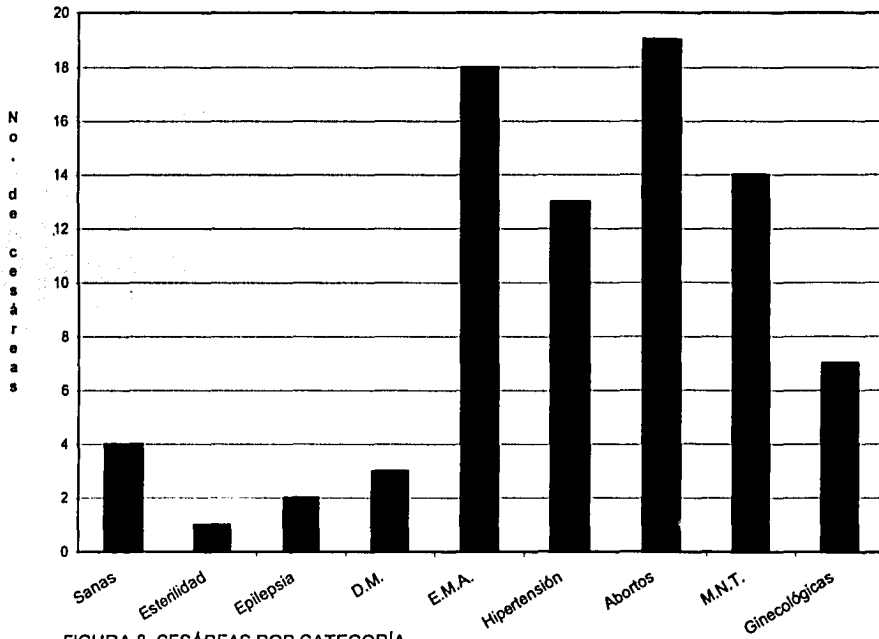


FIGURA 8. CESÁREAS POR CATEGORÍA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

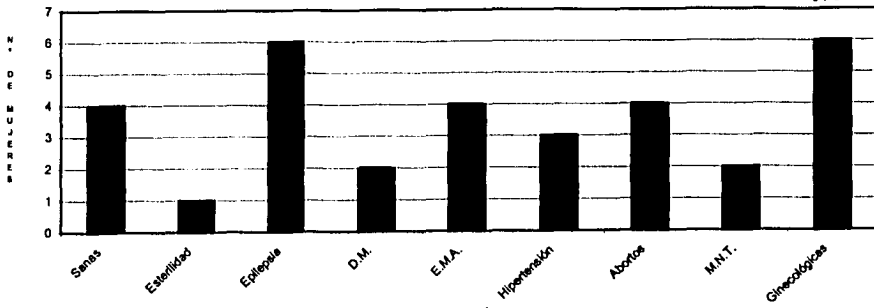


FIGURA 9. MUJERES SOLTERAS POR CATEGORÍA

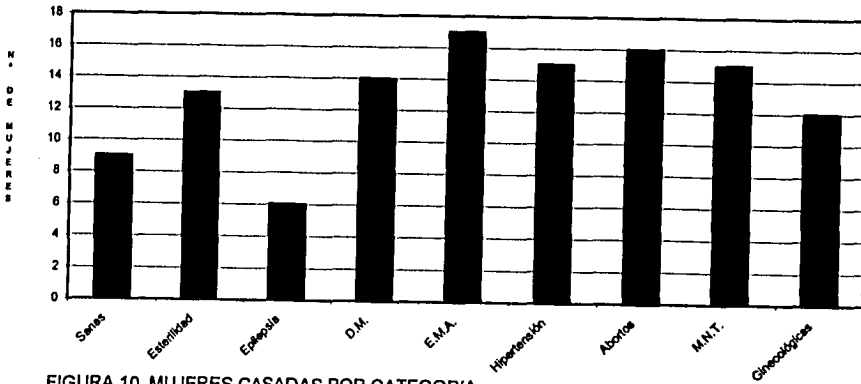


FIGURA 10. MUJERES CASADAS POR CATEGORÍA

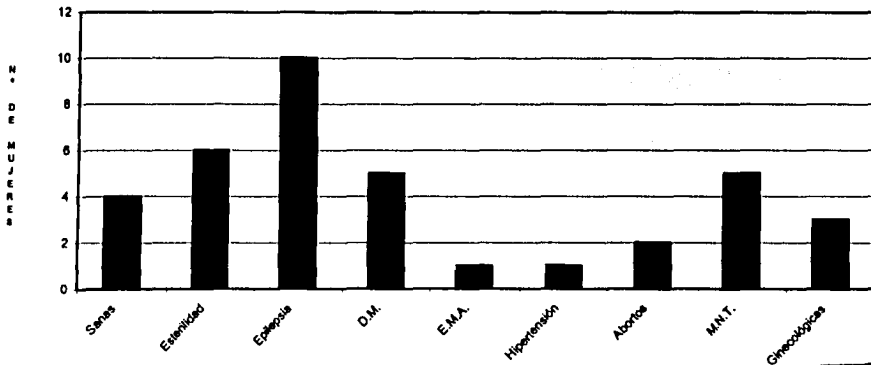


FIGURA 11. MUJERES EN UNIÓN LIBRE POR CATEGORÍA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

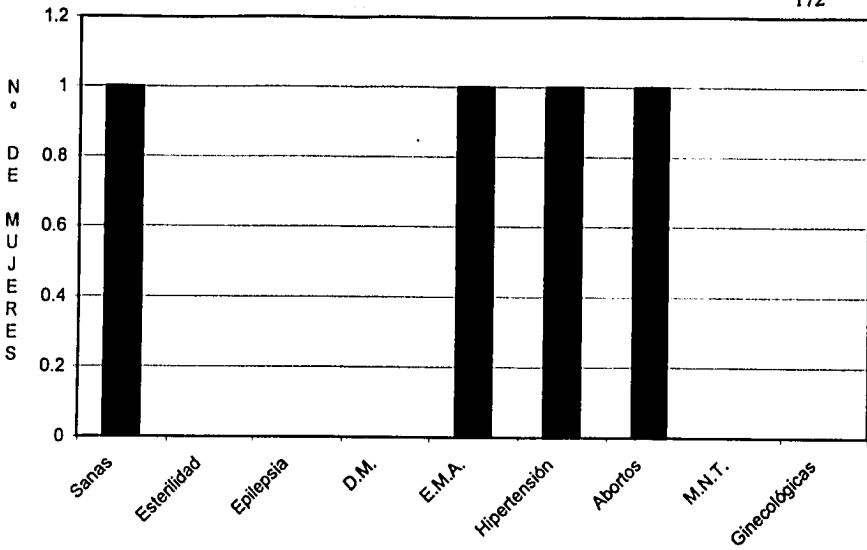


FIGURA 12. MUJERES SEPARADAS POR CATEGORÍA

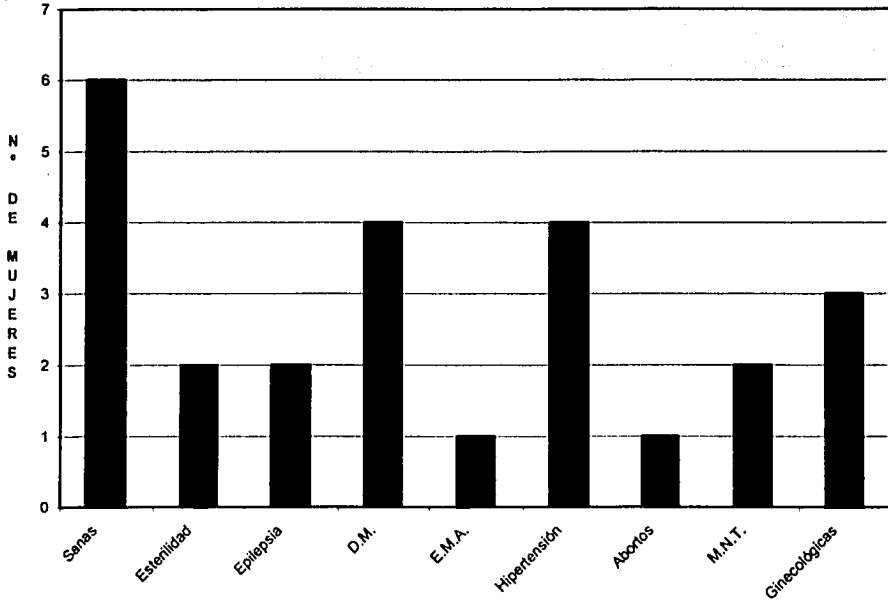


FIGURA 13. MUJERES VIUDAS POR CATEGORÍA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

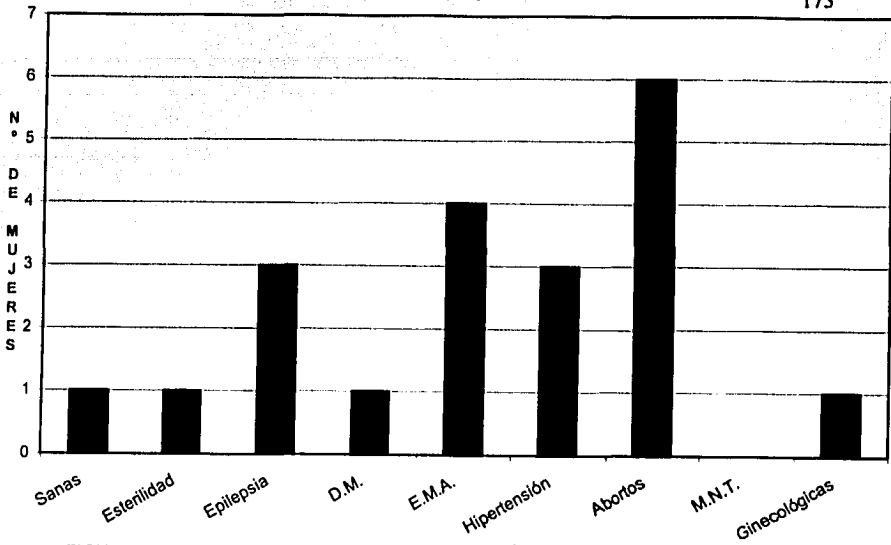


FIGURA 14. MUJERES EN PRIMARIA POR CATEGORÍA

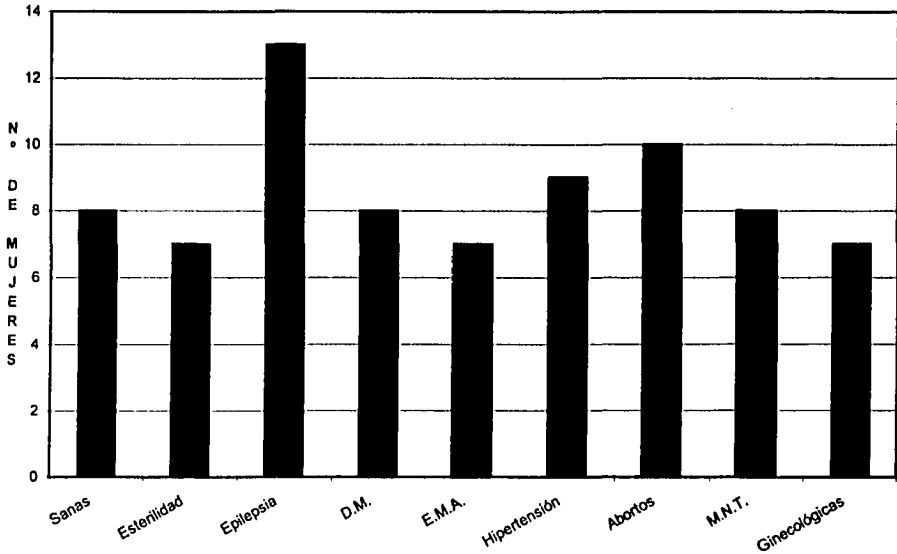


FIGURA 15. MUJERES EN SECUNDARIA POR CATEGORÍA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

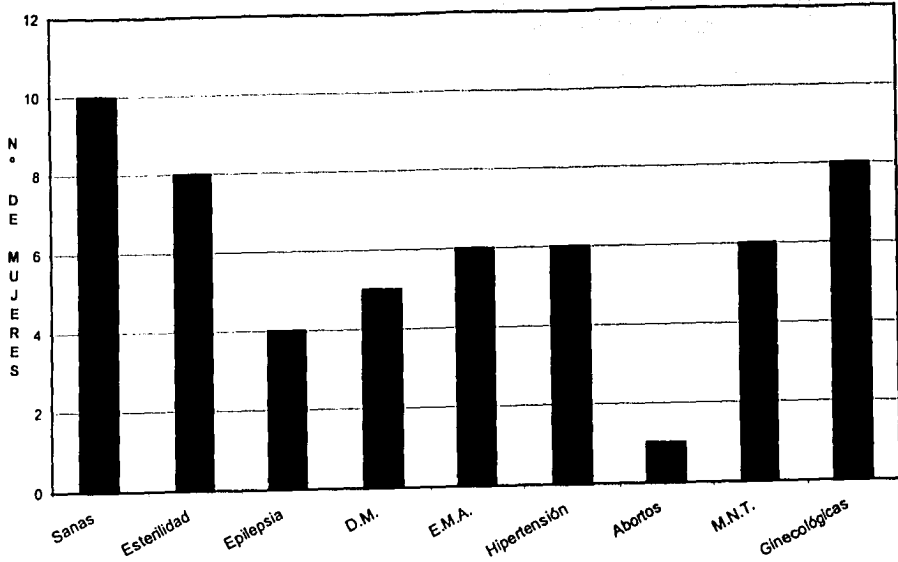


FIGURA 16. MUJERES EN PREPARATORIA POR CATEGORÍA

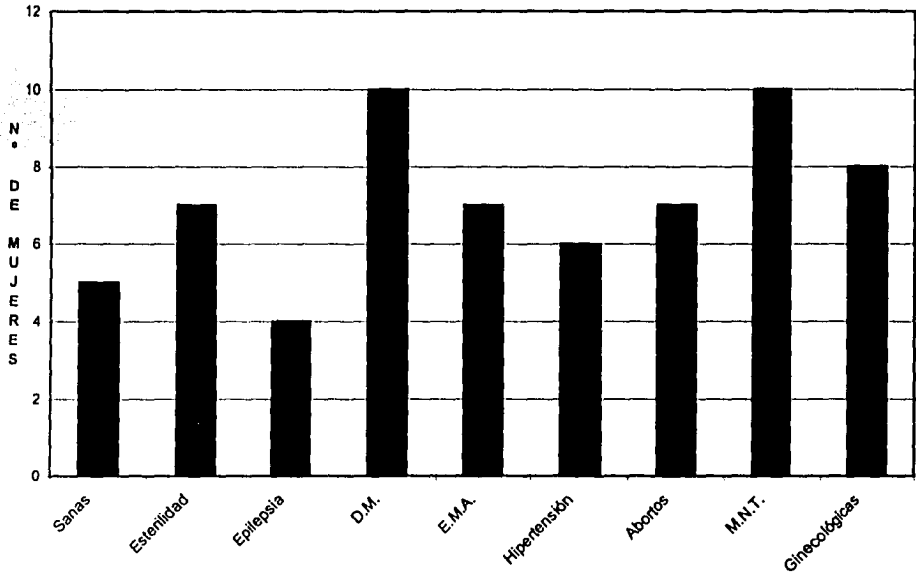


FIGURA 17. MUJERES CON CARRERA PROFESIONAL O TÉCNICA POR CATEGORÍA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A continuación se describirán los resultados que se obtuvieron a través de la aplicación del análisis de varianza y de la prueba T-Student, los cuales fueron los métodos estadísticos utilizados en esta investigación.

7.2 ANÁLISIS CON EL ESTADÍSTICO ANOVA DE DOS FACTORES

Se empleó el estadístico Análisis de Varianza para dos factores con varias muestras, lo cual permitió determinar si los efectos individuales o interacciones son estadísticamente significativos en un experimento que incluye dos variables que en este caso son la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. (Canavos, 1988). La elección de esta prueba se basó en el alto nivel de exactitud de la misma y porque su uso está indicado para muestras relativamente pequeñas.

Se compararon estadísticamente los puntajes de la ansiedad estado y de la ansiedad rasgo de toda la población distribuida en nueve grupos de 24 sujetos cada uno, para explorar si esta población de mujeres presentó diferencia significativa en el grado de ansiedad estado y ansiedad rasgo entre las nueve categorías en que se dividió la muestra.

En seguida se muestra la fórmula:

$$\text{Prueba F} = \frac{\text{Cuadrado medio intergrupar}}{\text{Cuadrado medio intragrupal}}$$

Las siguientes hipótesis estadísticas se usaron en la prueba ANOVA :

- Para la comparación entre filas:

Ho: $X1 = X2$:

No hay diferencia significativa entre ansiedad estado y ansiedad rasgo.

Hi: $X1 \neq X2$:

Sí hay diferencia significativa entre ansiedad estado y ansiedad rasgo.

- Para la comparación entre columnas:

Ho: $X1 = X2$:

No hay diferencia significativa en el grado de ansiedad estado y rasgo entre las nueve diferentes categorías de los grupos.

Hi: $X1 \neq X2$:

Sí hay diferencia significativa en el grado de ansiedad estado y rasgo entre las nueve diferentes categorías de los grupos.

- Para la interacción entre filas y columnas:

Ho:

Los efectos de interacción entre las dos dimensiones de ansiedad y la patología no están presentes.

Hi:

Los efectos de interacción entre las dos dimensiones de ansiedad y la patología sí están presentes.

TABLA 2. APLICACIÓN DEL ANOVA

Origen de las Variaciones	Grados de Libertad	Promedio de los Cuadrados	F calculada	F en Tablas
Filas o Inter.	1	1545.113	37.271	3.864
Columnas o Inter..	8	46.287	1.116	1.960
Interacción	8	92.946	2.242	1.960
Intragrupal	414	41.456		
Total	431			

Se utilizó un nivel de significancia de 0.05, y se obtuvieron los siguientes resultados:

▪ Para la comparación entre filas:

RD = Se rechaza H_0 si $F_{calculada} > F_{tablas}$

En donde $37.27 > 3.86$

RD: Se rechaza la hipótesis nula

▪ Para la comparación entre columnas:

RD = Se rechaza H_0 si $F_{calculada} > F_{tablas}$

En donde $1.11 < 1.96$

RD: Se acepta la hipótesis nula

▪ Para la interacción entre filas y columnas:

RD = Se rechaza H_0 si $F_{calculada} > F_{tablas}$

En donde $2.24 > 1.96$

RD: Se rechaza la hipótesis nula

De acuerdo a los resultados obtenidos en el análisis estadístico que se realizó con ANOVA de dos factores, se encontraron diferencias entre los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo en los grupos de mujeres embarazadas, independientemente de la categoría en que se clasificaron.

No se encontró diferencia en el comportamiento de la ansiedad entre las diferentes patologías perinatales en mujeres con embarazo de alto riesgo incluso en comparación con mujeres embarazadas sin riesgo.

Los resultados demuestran que la ansiedad estado y la ansiedad rasgo sí interaccionan con las categorías de los grupos de mujeres embarazadas.

Por lo tanto el que no se haya registrado una diferencia entre las diversas patologías perinatales y el grupo de mujeres sanas, implica que no hay un nivel de ansiedad específico que favorezca la presencia de un tipo particular de enfermedad perinatal.

7.3 ANÁLISIS CON EL ESTADÍSTICO "T" STUDENT

Con el Análisis de Varianza descrito anteriormente se obtuvo como resultado que si hay diferencia significativa entre la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en toda la población. Con la prueba "T-Student" se pretendió identificar si es mayor o menor el nivel ansiedad rasgo o ansiedad estado en cada uno de los grupos de mujeres con patologías perinatales y en el grupo de mujeres sin patología de base.

Se utilizó la prueba de distribución "T" Student para dos muestras independientes con la finalidad de evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias. Sampieri, R. (1998). Lo anterior se realizó contrastando las medias de la ansiedad estado y ansiedad rasgo de cada patología perinatal.

Para la elección de esta prueba estadística se consideró que es la más adecuada en comparación que la X^2 o la prueba Z, debido a sus características particulares: 1.- Permite evaluar una muestra pequeña ($n=30$) y en los subgrupos de esta investigación el total de sujetos es de 24; 2.- Se presupone que ambas muestras poseen como característica común la homogeneidad de las varianzas; 3.- Se desconoce la desviación estándar de ambas muestras.

A continuación se muestra la fórmula empleada:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{Sp^2 (1/n_1 + 1/n_2)}}$$

Esta fórmula se aplicó a los datos de la siguiente tabla en la cual se muestran las medias y desviaciones estándar obtenidos a través del IDARE correspondientes a cada categoría.

TABLA 3. PUNTAJES DE MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR POR CATEGORÍA

Categoría	Media de Ansiedad Estado	Media de Ansiedad Rasgo	Desv. Estándar de A- Estado	Desv. Estándar de A- Rasgo
Sin patología	43.54	45.70	4.93	5.18
Esterilidad	41.12	48.37	3.95	4.70
Epilepsia	41.83	49.79	6.78	7.19
Diabetes Mellitus	43.29	47.66	4.54	5.64
Edad Avanzada	44.62	45.41	8.37	5.75
Hipertensión	41.70	46.37	4.62	4.68
Antec. Abortos	42.79	46.08	5.16	7.13
Malformaciones	41.45	45.62	9.86	6.56
Alt. Ginecológicas	47.12	46.5	10.58	6.02

En cada una de las aplicaciones de la fórmula se utilizó un nivel de significancia de 0.01 y 46 grados de libertad, ya que el número de integrantes de cada variable contrastada fue de 24 sujetos.

Las hipótesis estadísticas utilizadas, son las siguientes para todas las categorías:

- Hipótesis nula: $H_0: X_1 = X_2$:

No hay diferencia entre la ansiedad rasgo y la ansiedad estado.

- Hipótesis alterna: $H_1: X_1 > X_2$:

La ansiedad rasgo es mayor que la ansiedad estado.

A continuación se describen los criterios de rechazo o aceptación, para la prueba de hipótesis :

▪ Para la categoría " Sin patología ":

RD = Se rechaza H_0 si F calculada $>$ F tablas

En donde 2.10 $<$ 2.412

RD: Se acepta la hipótesis nula

▪ Para la categoría " Esterilidad ":

RD = Se rechaza H_0 si F calculada $>$ F tablas

En donde 8.18 $>$ 2.412

RD: Se rechaza la hipótesis nula

▪ Para la categoría " Epilepsia ":

RD = Se rechaza H_0 si F calculada $>$ F tablas

En donde 5.76 $>$ 2.412

RD: Se rechaza la hipótesis nula

▪ Para la categoría " Diabetes Mellitus ":

RD = Se rechaza H_0 si F calculada $>$ F tablas

En donde 4.73 $>$ 2.412

RD: Se rechaza la hipótesis nula

▪ Para la categoría " Edad Avanzada ":

RD = Se rechaza H_0 si F calculada $>$ F tablas

En donde .55 $<$ 2.412

RD: Se acepta la hipótesis nula

▪ Para la categoría " Hipertensión ":

RD = Se rechaza H_0 si F calculada $>$ F tablas

En donde 5.02 $>$ 2.412

RD: Se rechaza la hipótesis nula

▪ Para la categoría " Antecedentes de abortos ":

RD = Se rechaza H_0 si F calculada $>$ F tablas

En donde 2.72 $>$ 2.412

RD: Se rechaza la hipótesis nula

▪ Para la categoría " Malformaciones ":

RD = Se rechaza H_0 si F calculada $>$ F tablas

En donde 2.5 $>$ 2.412

RD: Se rechaza la hipótesis nula

▪ Para la categoría " Alteraciones Ginecológicas ":

RD = Se rechaza H_0 si F calculada $>$ F tablas

En donde -.36 $>$ -2.412

RD: Se rechaza la hipótesis nula

En base a los resultados obtenidos con la prueba "T" Student, se observa que en las mujeres que padecen las siguientes patologías perinatales: Diabetes Mellitus, esterilidad, epilepsia, hipertensión, antecedentes de abortos, antecedentes de muertes neonatales por malformaciones y alteraciones ginecológicas presentan un mayor grado de ansiedad rasgo en comparación con la ansiedad estado, es decir que estas mujeres se sienten igual o menos ansiosas que como se sienten generalmente, por lo tanto no aumentó su nivel de ansiedad durante el embarazo.

También se encontró que en las mujeres sanas y en las mujeres con edad avanzada la ansiedad rasgo no es mayor que la ansiedad estado, es decir, estas mujeres se sienten más ansiosas en este embarazo que como se sienten generalmente.

Se hizo la comparación de las medias obtenidas en los grupos de mujeres con embarazo de alto riesgo de la presente investigación, con respecto a las medias obtenidas en la normalización del IDARE para mujeres con embarazo normal. Para llevar a cabo la comparación, se pueden observar las medias de esta investigación en la Tabla número 3.

Al comparar la media de la Ansiedad Estado, que es de 34.72 y de la Ansiedad Rasgo que es de 37.75, obtenidas a través de la normalización del IDARE; se concluye que, todas las medias de ansiedad estado y rasgo de todos los grupos de esta investigación, se encuentran por arriba de las medias de la normalización del instrumento. Lo anterior significa que todas las mujeres del presente estudio tuvieron un mayor nivel de ansiedad estado y ansiedad rasgo que las mujeres con embarazo normal.

DISCUSIÓN

El propósito de la presente investigación fue medir la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en ocho grupos de mujeres embarazadas con determinada patología perinatal y un grupo de mujeres embarazadas sin patología perinatal, para detectar si un mayor o menor nivel de ansiedad se relacionó con la presencia de alguna patología médica en específico.

A través de la comparación de las medias de los puntajes del IDARE de esta población con respecto a la normalización del Inventario en mujeres con embarazo normal, se encontró que todas las medias de ansiedad estado y ansiedad rasgo de las mujeres del presente trabajo, se encuentran por arriba de las medias obtenidas en la normalización del IDARE. Por lo tanto la población de este estudio presenta más ansiedad que el nivel registrado en las mujeres con embarazo normal, es por ello que la ansiedad sí puede ser un factor que influye en el comportamiento de las patologías, independientemente de cuál sea ésta.

El comportamiento de las variables ansiedad estado y ansiedad rasgo resulta sumamente interesante, ya que la ansiedad rasgo la cual según Spielberger, se refiere a: "la propensión a la ansiedad, a la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes"; se registró con mayor grado con respecto a la ansiedad estado, que significa de acuerdo con Spielberger: "Condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo". Este aumento está presente en los grupos de mujeres con Diabetes Mellitus, esterilidad, epilepsia, hipertensión, antecedentes de abortos, antecedentes de muertes neonatales por malformaciones y alteraciones ginecológicas. Esto significa que los grupos

de mujeres citados, poseen una mayor tendencia a reaccionar ante los eventos estresantes y sin embargo, ante este embarazo de alto riesgo, no aumentó su ansiedad, por el contrario se encuentra igual o menor que su ansiedad rasgo.

Estos resultados concuerdan con la investigación realizada por Luque, M. en 1999, quien encontró que las mujeres embarazadas con mas complicaciones físicas, tuvieron menos malestar psicológico, lo cual lo atribuyó a que las enfermedades que padecían eran crónicas y no actuales, ya que la enfermedad se les había diagnosticado años antes de embarazarse, por lo que la autora concluye que estas mujeres están negando su malestar o lo consideran como una parte inherente a su embarazo.

De la Fuente, en 1979 mencionó que las personas pueden responder de manera adecuada a una situación amenazante inmediata, pero no pueden hacerlo eficazmente ante situaciones de larga duración y esto puede repercutir en el aumento de la tensión arterial. Por lo que se infiere que en el grupo de hipertensión la ansiedad está actuando de manera desfavorable para el embarazo. Probablemente lo mismo puede suceder en el grupo de abortos ya que Langer, M. en 1972 indicó que cuando hay un nivel de ansiedad muy intenso y se vuelve intolerable, se intentará librar del feto persecutorio por todos los medios posibles y la defensa psicosomática más frecuente, consiste en el aborto, en la expulsión prematura del perseguidor.

Díaz-Guerrero y Spielberger, en 1975 mencionan que las personas que presentan alto nivel de ansiedad rasgo, se espera frecuentemente que exhiban elevaciones en la ansiedad estado. Dado que en la mayoría de los grupos estudiados en este trabajo no se registró un aumento de ansiedad estado con respecto a sí mismas, esto confirma que la

ansiedad rasgo puede favorecer la presencia de patologías físicas en esta población, ya que la ansiedad se puede estar canalizando a través de su cuerpo.

Estos resultados son factibles teóricamente, ya que Salvatierra, V. en 1989 menciona que en ciertos casos la mujer niega las preocupaciones o miedos ante el embarazo y sus condiciones desfavorables, lo cual no se considera normal. "Esta actitud encubre, muchas veces, defensas de carácter neurótico y conduce a manifestaciones somáticas y complicaciones".

Es decir, esta población de mujeres no percibe conscientemente como amenazante o peligroso este embarazo de alto riesgo, sin embargo inconscientemente el aparato psíquico actúa en conjunto con los mecanismos fisiológicos del cuerpo para mantener la homeostasis. Teóricamente los procesos de somatización aparecen cuando el individuo deja de ser capaz de tratar mentalmente los traumatismos a los que se enfrenta. (Stora, 1992).

En base a la teoría psicoanalítica se infiere que las mujeres que ante el evento de un embarazo de riesgo, en el que no reaccionaron con un aumento de ansiedad estado, teniendo un registro de ansiedad rasgo elevado; tienden a somatizar ante eventos estresantes, porque así es su modo de afrontamiento. Entonces este comportamiento es derivado de la percepción que las actuales gestantes tienen, acerca de cómo sus madres reaccionaron ante la angustia de éstas cuando eran bebés. Lartigue y Vives, mencionan en 1994 que toda crisis se acompaña de profundas modificaciones psíquicas en íntima interrelación y correspondencia con cambios somáticos.

La hipótesis de trabajo se comprobó parcialmente. Ya que por medio del análisis estadístico "ANOVA" no se encontraron diferencias significativas en los puntajes de ansiedad entre los nueve grupos. Lo cual implica que la presencia de un tipo específico de enfermedad perinatal es independiente de la ansiedad. Sin embargo con la prueba "T-Student" se encontró que el grupo de mujeres sin patología perinatal y el grupo de mujeres con edad materna avanzada, presentaron mayor ansiedad estado que ansiedad rasgo.

Esto puede deberse a que en el grupo de mujeres sanas no hay efectos de somatización de la ansiedad, que faciliten la presencia de alguna patología perinatal. Los resultados de este estudio concuerdan con Alberscht quien en 1989, encuentra que un disminuido apoyo social aumenta la ansiedad, lo cual probablemente se puede asociar con que en este grupo se registró el mayor número de viudas y quizás el apoyo social de pareja les ha hecho falta. Por otro lado, el 75% de esta categoría son mujeres primíparas y según el estudio de Jiménez y Gómez en 1993, obtuvieron un registro de mayor ansiedad en las primíparas.

Cabe mencionar que la categoría de mujeres sin patología en esta investigación no excluye un embarazo de riesgo, ya que se incluyeron en este grupo mujeres solteras, separadas y viudas, así como mujeres menores de 20 años, y estos factores de acuerdo a los criterios de la normalización no permiten considerar un embarazo normal.

Los resultados del grupo de mujeres de edad avanzada, se relacionan con lo que Jiménez y Gómez descubrieron en 1993, ya que la ansiedad también aumenta a mayor número de embarazos, y en el grupo de mujeres con edad avanzada, se registraron setenta y ocho gestas, con un promedio de tres embarazos por persona. Estos resultados

permiten afirmar que se asocia un aumento en el nivel de ansiedad con la ausencia de patología perinatal y con mujeres de edad avanzada con tres o más gestas.

CONCLUSIÓN

En este trabajo se resaltó la vinculación de factores psicológicos de la ansiedad con la etiología ó evolución de las patologías perinatales, ya que investigaciones previas argumentan que el origen psicológico u orgánico, es excluyente uno del otro.

Se observó que la postura del psicoanálisis hacia la feminidad ha cambiado a través del tiempo; desde la atribución del origen de la feminidad a un orden esencialmente sexual; se amplió a considerar la influencia del orden social. Entonces, paulatinamente el psicoanálisis ha reconocido la presencia influyente del lugar y las características socioculturales que rodean a la mujer, de la importancia que tiene la manera en que cada uno de los padres enseña el futuro rol sexual; así como del manejo que se dé a los conceptos de género. Finalmente, todo esto matiza de forma muy particular el sentido y significado que cada mujer confiere a la maternidad.

La teoría psicoanalítica también clarificó el probable motivo del comportamiento de la ansiedad en esta muestra. La manera en que se estableció el vínculo con los primeros objetos de amor, que generalmente son el padre y la madre; es fundamental para que en la vida adulta se utilice un método ya sea positivo o destructivo, en el manejo de la ansiedad. Ya que cualquier situación en el presente que provoque ansiedad, evocará la forma en que se vivieron las primeras sensaciones de ansiedad, aún en el interior del útero materno.

Entonces, cuando una mujer no estableció un vínculo saludable con su madre ya que ésta no pudo contenerle la ansiedad cuando era bebé; es muy factible que cualquier patología que se encuentre asociada al embarazo, se vea influenciada negativamente. Lo anterior se debe a que el embarazo facilita el proceso de regresión, y la mujer tendrá más elementos que le causen ansiedad relacionados con el vínculo mencionado.

Se reconoce que el embarazo por sí mismo facilita la presencia de ansiedad por el significado psíquico que represente para cada mujer. También es una etapa de movilización libidinal que somete a la mujer a tensiones emocionales, físicas, sociales, familiares, etc., Por lo anterior, se presentan defensas psicológicas, que tienen la finalidad de mantener la homeostasis en la mujer; sin embargo, no siempre es benéfica su acción para el curso de un embarazo.

Parece ser que el 77 por ciento de la muestra de esta investigación ocupa mecanismos de defensa que impiden que la ansiedad se manifieste conscientemente y por consecuencia se manifiesta somáticamente a través de ciertas complicaciones en las patologías perinatales. Ya que la ansiedad en esta porción de la muestra se comporta de manera similar independientemente de la patología que padecen, a través de un nivel de Ansiedad Estado menor que el nivel de Ansiedad Rasgo que poseen. Esto a su vez se relaciona con un inadecuado método de afrontamiento de la ansiedad, por lo que es muy posible su repercusión dañina en la salud de la mujer embarazada.

Se confirmó la importancia de la evaluación de la historia clínica, la historia reproductiva, datos sociodemográficos y diagnóstico médico con respecto a la ansiedad. De este modo se podrá detectar o inferir tempranamente cierta labilidad psicológica que predisponga la presencia de embarazo de alto riesgo y entonces poder disminuir el riesgo al hacer una canalización a tiempo, para efectuar la intervención psicológica.

Con los resultados de este trabajo se contribuye al conocimiento acerca de la conformación de las estructuras psicológicas de la madre, como resultado de las

defensas, la somatización, la figura materna interiorizada y el medio sociocultural y económico percibido desde el exterior e interior de las mujeres embarazadas, todo lo cual influye en la relación de la ansiedad y el embarazo de alto riesgo.

La ansiedad se puede manifestar por medio de somatización, por lo cual es importante no esperar que toda mujer con embarazo de alto riesgo, presente un registro de ansiedad estado elevado, y de este modo descartar si hay ansiedad o no. Es necesario explorar por cual vía se está canalizando la ansiedad, ya que teóricamente en toda mujer embarazada aumenta la ansiedad, sin embargo dependerá de la historia clínica y antecedentes socioculturales y la manera en que cada persona la afronte.

La inserción del psicólogo en el medio hospitalario es una manera de mediar la separación del cuerpo y la mente que usualmente se maneja por parte del personal médico. Al lograr una conjunción de ambos trabajos, es posible realizar avances en el pronóstico y atención de las enfermedades asociadas al embarazo. Por lo que es importante que se lleven a cabo medidas prácticas para que los psicólogos y el personal de un hospital, puedan tener un mayor control en la prevención y manejo de la ansiedad en el embarazo de alto riesgo.

El trabajo del psicólogo es muy importante en este sector de población de riesgo, ya que como se revisó anteriormente, la mujer con embarazo de alto riesgo está pasando por una difícil etapa. Es necesario brindarle herramientas a la paciente para que reconozca y asuma su embarazo, para lo cual el psicólogo deberá tener una actitud continente para proporcionar un acompañamiento emocional a la paciente. También es esencial facilitarle la expresión consciente de su ansiedad por medio de vías terapéuticas, para que no somatice y se dañe a sí misma. Con estas pacientes en particular se puede

aprovechar la transferencia con una figura contenedora, para posibilitar cierta empatía con la figura materna, si es que no existe un vínculo saludable con ella.

Es necesario que los profesionales de la salud se sensibilicen y estén conscientes del papel tan importante que pueden desempeñar mediante la transferencia facilitada en el contacto hospitalario con mujeres que cursan embarazo de alto riesgo. Ya que pueden ayudar a resignificar los vínculos afectivos que no favorecen al vínculo madre-hijo, que se está formando en el embarazo actual.

Es preciso plantear campañas de prevención de embarazos de alto riesgo, por medio de la promoción de maternidad y paternidad responsable. Para lo cual médicos y psicólogos pueden capacitar a enfermeras, trabajadoras sociales y personal que labora en educación para la reproducción. Esta labor es valiosa ya que las mujeres necesitan darse cuenta de la capacidad que poseen como personas, y que tienen derecho a elegir más conscientemente cuando, con quién y por qué pretenden embarazarse, ya que es una gran responsabilidad que la madre tenga una influencia tan fundamental sobre el feto desde el punto de vista psíquico. Por lo tanto si se logra una sensibilización en las mujeres y sus parejas, puede haber mejores condiciones de vida para los futuros bebés y la sociedad en general.

La creación de modelos de atención interdisciplinaria con atención psicológica obligatoria dentro de la atención hospitalaria a mujeres embarazadas, implica una inversión en un primer momento, sin embargo a futuro disminuiría los costos de atención hospitalaria, ya que se puede disminuir el índice de embarazos de alto riesgo.

Esta labor la puede realizar el psicólogo en cualquier escenario en el que se encuentre, es decir, no necesariamente dentro de un hospital. A lo largo de este trabajo se expusieron condiciones de riesgo socio-culturales como la pobreza, la violencia, la drogadicción, así como la ideología social que ubica a la mujer en una posición de desventaja en cuanto al rol de género. Por lo que el psicólogo que esté en contacto con estas características, puede desempeñar medidas de prevención para evitar que dichos agentes ejerzan una influencia nociva desde antes de concebir un embarazo, así como favorecer la sensibilización acerca de las consecuencias tanto físicas como psicológicas para las madres y sus bebés. También se puede trabajar la prevención en las escuelas, en ese caso es necesario dar a conocer a los padres, que ellos influyen de forma esencial en la concepción que sus hijos asimilen acerca de los roles sexuales, de la feminidad y de la maternidad.

196

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

DEL ESTUDIO

Los resultados estadísticos obtenidos son sólo aplicables a esta muestra, ya que no es posible hacer generalizaciones para poblaciones con otras características.

Se sugiere realizar un estudio prospectivo en que se mida la ansiedad y se apliquen pruebas de personalidad, a mujeres desde el principio del embarazo, o si es posible antes de la concepción y darle seguimiento en el post parto para observar el comportamiento de la ansiedad con respecto a la personalidad y sus repercusiones en embarazos con condiciones de riesgo.

Es difícil el control de todas las variables que intervienen en cada una de las enfermedades, por lo que se sugiere incrementar los criterios de inclusión de acuerdo a cada patología perinatal, así como aumentar el número de sujetos de la muestra.

196

A P É N D I C E

IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

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

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *ahora mismo*, o sea, en este momento que *se embarazada*. 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	0	0	0	0
2. Me siento seguro	0	0	0	0
3. Estoy tenso	0	0	0	0
4. Estoy contrariado	0	0	0	0
5. Estoy a gusto	0	0	0	0
6. Me siento alterado	0	0	0	0
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	0	0	0	0
8. Me siento descansado	0	0	0	0
9. Me siento ansioso	0	0	0	0
10. Me siento cómodo	0	0	0	0
11. Me siento con confianza en mí mismo	0	0	0	0
12. Me siento nervioso	0	0	0	0
13. Me siento agitado	0	0	0	0
14. Me siento "a punto de explotar"	0	0	0	0
15. Me siento reposado	0	0	0	0
16. Me siento satisfecho	0	0	0	0
17. Estoy preocupado	0	0	0	0
18. Me siento muy excitado y aturdido	0	0	0	0
19. Me siento alegre	0	0	0	0
20. Me siento bien	0	0	0	0



28-3

IDARE

CLAVE DE CALIFICACION

Forma **SXE**

		CASI NADA	ALGO	MODERADO	MUCHO
1.	Asegúrese que tiene el lado correcto de ésta clave sobre la hoja de la prueba. Después simplemente sume las calificaciones de pesos que se muestran sobre la clave para cada categoría de respuestas. Una simple calculadora de escritorio o contador manual harán la labor más sencilla, pero puede hacerse mentalmente. Refiérase al manual para datos normativos apropiados	4	3	2	1
2.		4	3	2	1
3.		1	2	3	4
4.		1	2	3	4
5.		4	3	2	1
6.		1	2	3	4
7.		1	2	3	4
8.		4	3	2	1
9.		1	2	3	4
10.		4	3	2	1
11.		4	3	2	1
12.		1	2	3	4
13.		1	2	3	4
14.		1	2	3	4
15.		4	3	2	1
16.		4	3	2	1
17.		1	2	3	4
18.		1	2	3	4
19.		4	3	2	1
20.		4	3	2	1

© Manual Moderna, S.A., 1975

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, distribuida en forma alguna de tarjetas perforadas o cualquier otro medio electrónico, mecánico, fotográfico, magnético, etc., sin permiso por escrito de la editorial.



All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without permission in writing from the publisher.

IDARE

Inventario de Autoevaluación

201

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	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	0	1	2	3
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Tomo las cosas muy a pecho	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	0	1	2	3
35. Me siento melancólico	0	1	2	3
36. Me siento satisfecho	0	1	2	3
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	0	1	2	3

IDARE**CLAVE DE CALIFICACION**Forma **SXR**

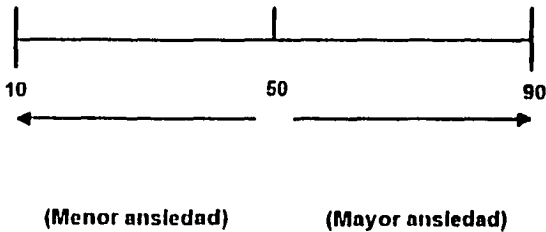
	CASI NUNCA	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
21.	4	3	2	1
22.	1	2	3	4
23.	1	2	3	4
24.	1	2	3	4
25.	1	2	3	4
26.	4	3	2	1
27.	4	3	2	1
28.	1	2	3	4
29.	1	2	3	4
30.	4	3	2	1
31.	1	2	3	4
32.	1	2	3	4
33.	4	3	2	1
34.	1	2	3	4
35.	1	2	3	4
36.	4	3	2	1
37.	1	2	3	4
38.	1	2	3	4
39.	4	3	2	1
40.	1	2	3	4

IDARE INVENTARIO DE ANSIEDAD (Hoja de resultados)

NOMBRE:	FECHA:
---------	--------

FORMULA		
	INVENTARIO	INVENTARIO
	SXE	SXR
DIRECTOS		
	MENOS	MENOS
INVERSOS		
SUB-TOTAL		
	MAS	MAS
CONSTANTE	50	35
RESULTADO		

GRAFICA DE RESULTADO



CUESTIONARIO

Estimada paciente, agradecemos profundamente su valiosa cooperación para llevar a cabo esta investigación.

Fecha:

Nombre de la paciente:

No. de expediente:

Edad:

Padecimiento:

Número de embarazos:

Partos por vía vaginal:

Cesáreas:

Abortos:

Estado Civil:

Escolaridad:

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, V. y Morales, F. (1995). Ansiedad y autoconcepto en pacientes embarazadas diabéticas. Perinatología y Reproducción Humana, 9 (2), 99-105.
- Ahluwalia, I., Beck, L., Merritt, R., & Rogers, M. (2001). Multiple lifestyle and psychosocial risks and delivery of small for gestational age infants. Obstetrics & Gynecology, 97, (5), 649-656.
- Andrews, F. (1991). Observations on the culture of the La Leche League. Canadian Review of Sociology & Anthropology, 28, 84-99.
- Arias, F. (1994). Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo (2ª. ed.). España: Mosby.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1997). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV. España: Masson.
- Békei, M. (Comp.). (1991). Lecturas de lo psicósomático. Argentina: Lugar Editorial.
- Bramwell, R. (1997). Studying the impact of the psychosocial work environment on pregnancy outcome: A review of methodological issues. Journal of Reproductive & Infant Psychology, 15, 257-270.
- Canavos, G. (1988). Probabilidad y estadística. México: Mc Graw Hill.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1977). La sexualidad femenina. España: Laia.
- Colección Familia 2000. (1973). Historia de la familia (Vol. 12). España: Everest.
- Consejo para la asistencia y la prevención de la violencia familiar en el D. F. (2000). II Informe anual de actividades (Julio 1999 - Junio 2000). México: Autor.
- De la Fuente, R. (1979). Psicología médica (17a. ed.). México: Fondo de Cultura Económica.

- Díaz-Guerrero, R. y Spielberger, C. (1975). IDARE, Inventario de ansiedad: rasgo-estado. México: Manual Moderno.
- Dupont, M. (Comp.). (1999). Manual clínico de ansiedad. México: JGH.
- Dupont, M. (Comp.). (2000). Manual clínico de psicoterapia. México: JGH.
- Echeburúa, E. (1992). Avances en tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid: Pirámide.
- Estrada, L. (1997). El ciclo vital de la familia. México: Grijalbo.
- Feria, V., Martínez, D. y Rubio, F. (1997). Epilepsia. México: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Departamento de Publicaciones Científicas.
- Ferrari, H., Luchina, I. y Luchina, N. (1977). La interconsulta médico – psicológica en el marco hospitalario. Argentina: Nueva Visión.
- Freedman, A., Kaplan, H y Sadock, B. (1975). Compendio de psiquiatría. España: Salvat.
- Freud, S. (1894). Obras completas. La neurastenia y la neurosis de angustia (Vol.1). España: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1895). Obras completas. Crítica de la neurosis de angustia. España: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1925). Obras completas Inhibición, síntoma y angustia (Vol. 1). España: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1931). Obras completas. Sobre la sexualidad femenina (Vol. 3). España: Biblioteca Nueva.

- Freud, S. (1932). Obras completas. La Feminidad, en nuevas aportaciones al psicoanálisis (Vol. 2). España: Biblioteca Nueva.
- Gant, N., Mac Donald, P. y Pritchard, J. (1993). Obstetricia, Williams (3a. ed.). México: Salvat.
- Guerrina, R. (2001). Equality, difference and motherhood: The case for a feminist analysis of equal rights and maternity legislation. Journal of Gender Studies, 10, 33-43.
- Guyton, A. y Hall, J. (1997). Tratado de fisiología médica (9a. ed.). México: Mc Graw-Hill.
- Harris, M. y Lustman, P. (1998). The Psychologist in Diabetes Care. Clinical Diabetes, 16, (2).
- Hernández, R. (1991). Metodología de la investigación (2a. ed.). México: Mc Graw-Hill.
- Hughes, P. & Turton, P. (1999). Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. British Medical Journal, 318, 1721-1724.
- Hutchins, E. (1997). Drug use during pregnancy. Journal of Drug Issues, 27, 463-486.
- Ibáñez, B. (2001). Manual para la elaboración de tesis (2a. ed.). México: Trillas.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2000 a). Anuario estadístico, Distrito Federal. México: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2000 b) Mujeres y hombres en México. México: Autor.
- Kolb, L. (1992). Psiquiatría clínica moderna (6a. ed.). México: Prensa Médica Mexicana.
- Langer, A. (1990). El recién nacido de alto riesgo. México: Fondo de Cultura Económica.

- Langer, M. (1972). Maternidad y sexo (2a. ed.). España: Paidós.
- Lartigue, T. y Vives, J. (1994). Manual de psicoterapia breve durante el embarazo y la lactancia. Universidad Iberoamericana. México: Impresión Comunicación Gráfica.
- Lemoine, E. (2001). La partición de las mujeres. Argentina: Amorrortu.
- Luque, M. (1999). Alteraciones emocionales asociadas con complicaciones gineco obstétricas, propuesta de evaluación y de un programa preventivo. Tesis de Doctorado en Psicología, Facultad de Psicología, U.N.A.M., México, D. F.
- Marcus, S. y Ward, P. (1999). Maternal serum screening for Down syndrome in woman aged 40 years and over. Journal of Obstetrics & Gynecology, 19, 604-608.
- McDougall, J. (1991). Teatros del cuerpo. España: Julian Yebenes.
- Menninger, K. y Holzman, P. (1973). Teoría de técnica psicoanalítica. Argentina: Psique.
- Merlo, R. y Milanese, E. (Comps.). (2000). Miradas en la ciudad. Instituto Mexicano de la Juventud. México: Instituto Mexicano de la Juventud.
- Morales, F. y González, G. (1990). Normalización del instrumento de ansiedad (IDARE) en mujeres embarazadas. Revista Mexicana de Psicología, 7, 75-80.
- Moore, K. y Persaud, T. (1995). Embriología básica. México: Mc Graw-Hill.
- Orshan, S. (1999). Acculturation, perceived social support, self-esteem and pregnancy status among Dominican adolescents. Health Care for Women International, 20, 245-258.

- Ortega, L. (1997). Análisis de ansiedad y depresión como respuesta ante la cesárea y su relación con el locus de control. Tesis de Doctorado en Psicología, Universidad Iberoamericana, México, D. F.
- Papalia, D. y Wedkos, S. (1997). Desarrollo humano (6a. ed.). México: Mc Graw-Hill.
- Peñuela, M. (1994). Valoración de la preocupación en mujeres post-parto, frente a sus hijos recién nacidos. Tesis de Doctorado en Psicología, Universidad Newport, México.
- Pereda, T. (1997). Diferencias en la imagen corporal en mujeres que no han tenido hijos, que se encuentran en el 3er trimestre del embarazo y después de 3 a 6 meses de haber dado a luz. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Salesiana. México, D. F.
- Poelker, D. y Baldwin, C. (1999). Postponed motherhood and the out-of-sync life cycle. Journal of Mental Health Counseling, 21, 136-147.
- Priest, R. (1987). Trastornos psicológicos en obstetricia y ginecología. España: Toray.
- Queenan, J. (1987). Atención del embarazo de alto riesgo (2a. ed.). México: Manual Moderno.
- Rascón, G. (2000). El proceso de identificación femenina y su relación con el imaginario social. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. U.N.A.M., México, D. F.
- Rojas, E. (1998). La ansiedad, como diagnóstico y superar el estrés las fobias y las obsesiones. España: Temas de hoy.
- Rosas, P. (2000). Trastornos psicológicos y psiquiátricos en el embarazo. Manuscrito no publicado, Residencia II de gineco-obstetricia, Instituto Nacional de Perinatología.

- Sadler, T. (1993). Embriología médica (6a. ed.). México: Médica Panamericana.
- Salvatierra, V. (1989). Psicobiología del embarazo y sus trastornos. España: Martínez Roca.
- Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.
- Sarkar, P. & Hill, L. (1996). Maternal anxiety and depression – the experience of prolonged pregnancy. Journal of Obstetrics & Gynecology, 16, 488-493.
- Slaikue, K. (1996). Intervención en crisis. (2a. ed.). México: Manual Moderno.
- Smith, J. (1999). Identity development during the transition to motherhood: an interpretative phenomenological analysis. Journal of Reproductive & Infant Psychology, 17, 281-300.
- Spielberger, C. (1980). Tensión y ansiedad. México: Harla.
- Steward, D. & Stotland, N. (1993). Psychological aspects of women's health care. "The interface between psychiatry and obstetrics and gynecology". E.U.A.: American Psychiatric Press.
- Stora, B. (1992). El estrés. Francia: Presses Universitaires de France.
- Suifer, R. (1977). Psicología del embarazo, parto y puerperio (4a. ed.). Argentina: Kargieman.
- Teixeira, J., Fisk, N. & Glover, V. (1999). Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: Cohort based study. British Medical Journal, 318, 153-158.

Valadez, L. (2000). Estudio comparativo de niveles de ansiedad en psicólogos que laboran con pacientes VIH positivos. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Salesiana, México, D. F.

Von, I. (Comp.). (1988). La psicología en el ámbito perinatal (Vol. 1). México: Instituto Nacional de Perinatología.

Winnicott, D. (1995). La familia y el desarrollo del individuo (4a. ed.). Argentina: Hermé.

Páginas Web consultadas:

<http://www.chi.itesm.mx/onis/alcohol.html>

<http://www.diabetes.org/>

<http://www.inegi.gob.mx/>

<http://www.obgyn.net/>

<http://www.unicef.org/mexico/programas/embarazo.html>