

878525

2
20

UNIVERSIDAD DEL NUEVO MUNDO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



ESTUDIO COMPARATIVO DEL AUTOCONCEPTO EN UN GRUPO DE MUJERES EMBARAZADAS NORMALES CON UN GRUPO DE MUJERES EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO EN EL INPer

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
A R E A C L I N I C A
P R E S E N T A

ROSSANA ZAZIL ROBLES MORALES

MEXICO, D. F.

1988

TESIS CON
FALLA LE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Introducción	1
CAPTULO I. Embarazo.	
1.1 Embarazo Normal	4
1.2 Psicología del Embarazo Normal	7
1.2.1 Percepción del Nuevo Ser	10
1.2.2 Actitudes Psicológicas hacia el Cuerpo Embarazado	12
1.2.3 Crisis en el Embarazo Normal	15
1.2.4 Identidad Maternal	28
1.2.5 Reconsideraciones Teóricas Finales	38
1.3 Embarazo de Alto Riesgo	46
1.3.1 Psicología del Embarazo de Alto Riesgo	49
1.3.2 Psicoanálisis y Embarazo de Alto Riesgo	53
1.3.3 Complicaciones Asociadas al Embarazo	60
CAPTULO II. Autoconcepto.	
2.1 Antecedentes y Generalidades	69
2.2 Definiciones y Características del Autoconcepto	75
2.3 Autoestima	95
2.3.1 Conceptos y Definiciones	96
2.4 El Autoconcepto desde un punto de vista no fenomenológico	101
2.5 Consideraciones sobre la Medición del Autoconcepto	104
CAPTULO III. Metodología.	
3.1 Planteamiento del Problema	110

3.2 Hipótesis Principal	110
3.3 Criterios de Inclusión y Variables	112
3.4 Muestra	113
3.5 Escenario	114
3.6 Instrumento de Medición	114
3.7 Aplicación	121
3.8 Tratamiento Estadístico	122

CAPITULO IV. Resultados.

4.1 Resultado de la Hipótesis Principal	125
4.1.2 Resultados de las Hipótesis Secundarias	125
4.2 Tabla de Resultados Estadísticos	129
4.3 Gráficas de Resultados Estadísticos	131
4.4 Interpretación de los Resultados	132

CAPITULO V.

5.1 Conclusiones	135
5.2 Sugerencias	137
5.3 Justificaciones	138
5.4 Limitantes	140

APENDICE	141
----------	-----

Bibliografía	142
--------------	-----

INTRODUCCION

La imagen del cuerpo embarazado y las nuevas experiencias positivas y negativas entre evolución y regresión, son influenciadas por el medio ambiente físico, social y de sentimientos, de conflictos infantiles reactivados y ansiedades relativas al estado único del embarazo, que puede muy bien ocasionar profundas tensiones emocionales que originan secuelas somáticas.

(D H Decker, 1957. C) Cúcuta, 1953.

El presente trabajo de tesis está orientado a detectar la variedad de cambios que se dan en el autoconcepto en la personalidad de la mujer embarazada con síntomas normales comparada con la mujer embarazada con síntomas de alto riesgo.

El objetivo que persigue el conocimiento del autoconcepto de la mujer embarazada normal y de alto riesgo, es el de promover una preparación adecuada e interdisciplinaria en las Instituciones de Salud Perinatal contando con una experta asistencia que aumente las posibilidades de éxito; en donde la naturaleza del embarazo y sus etapas constituyan la afirmación de las mejores cualidades y expresiones de la femineidad.

Consideré que la Escala de Autoconcepto de Tennessee (William Fitz, 1965) es la más acertada para esta investigación porque se trata de una prueba multidimensional que permite conocer al Autoconcepto desde varios marcos de referencia y a la vez, una apreciación general del estudio. Es una prueba

que define sus variables subjetivas en forma operacional, lo cual significa una ventaja para la siguiente investigación, puesto que esta pretende enfocar los datos desde el punto de vista no sólo fenomenológico sino también objetivo. También se eligió por su sencillez para ser contestada, lo que facilitó la cooperación del paciente.

CAPITULO

I

EMBARAZO

EMBARAZO NORMAL

El Instituto Nacional de Perinatología (INPE²) establece que en el embarazo de curso normal no se requiere administrar productos farmacológicos siempre que la paciente atienda a las indicaciones higiénico-dietéticas. Es frecuente sin embargo, que aparezcan molestias o perturbaciones moderadas que sin llegar a constituir anomalías de consideración, ameriten la aplicación de una terapéutica correctiva.⁽³⁾

Se consideran como molestias leves del embarazo normal en la mayoría de las mujeres hacia la trigésima semana: la *dorsalgia*, síncope y desmayo (comunes al principio del embarazo), náuseas y vómitos (nausea de la mañana), salivación excesiva (*salorrea* o *pitialismo*), leucorrea, síntomas urinarios (poliaquiuria), *pirósis*, estreñimiento, hemorroides, mastalgia o mastolínea, cefalea, edema molar, venas varicosas, calambres en las piernas, fatiga.⁽⁴⁾

En la mujer el embarazo se inicia por medio de la fecundación del óvulo por el espermatozoide que por lo general ocurre en la porción media de la Trompa de Falopio. Un espermatozoide penetra en la zona pelúcida y posiblemente con la ayuda de las enzimas lisosómicas, las membranas de óvulo y la cabeza del espermatozoide se fusionan y la división celular comienza de inmediato. Sólo un espermatozoide penetra al óvulo porque una vez que este ha sido fecundado se forma una barrera alrededor de él que normalmente impide la penetración de otros espermatozoides. El embrión

en desarrollo llamado ahora blastocito, baja por la trompa y penetra en el útero. Una vez en contacto con el endometrio, el blastocito es rodeado por una capa exterior de sincitiotrofoblasto que es una masa multinucleada sin fronteras celulares discernibles y una capa interior de citotrofoblasto, constituida por células individuales, el cincitrofoblasto, corrio y el blastocito se aloja en él (implantación). El blastocito permanece alrededor de tres días en la trompa de falopio y tres días más en los líquidos del útero antes de implantarse. Generalmente el sitio de implantación es la pared dorsal del útero, entonces se desarrolla una placenta y el trofoblasto queda asociado a ella.

La gestación tiene un promedio de duración de doscientos sesenta y cinco a doscientos setenta días, de diez meses lunares, nueve meses del calendario y una duración no mayor de treinta y siete semanas.⁽⁵⁾⁽⁴⁾

La extraordinaria intimidad existente entre el organismo materno, la placenta y el feto, es documentada de modo evidente por las interacciones mutuas a nivel hormonal. El conocimiento de los mecanismos hormonales es muy importante porque permite al médico mediante las dosificaciones hemáticas de las hormonas saber con exactitud las condiciones del feto de la placenta. La hormona lactógena placentaria (HPL) favorece el consumo materno los primeros días del embarazo para las primeras pruebas de laboratorio. La Progesterona, procede del cuerpo lúteo y de la placenta que utiliza para su síntesis, el colesterol materno también favorece la implantación del huevo en el útero, inhibe la motilidad uterina estimulando la formación de lóbulos y alveolos en las glándulas mamarias.

En el primer momento del embarazo predomina la producción de Progesterona y Gonadotropina Coriónica Humana que a continuación presenta una reducción marcada con la involución del cuerpo lúteo; después la Progesterona vuelve a ser segregada en grandes cantidades por la placenta conjuntamente con el Estriol y con la hormona Lactógena Placentaria, mientras las Gonadotropinas permanecen a niveles reducidos.⁽⁶⁾

Las mujeres parecen poner en sus vidas más sentimientos que ponen los hombres, de aquí su capacidad para observar y recordar pormenores. Cabeles era mujer. En esto puede surgir la intuición. "La más notable característica de la mujer."

Stanley Cebis

PSICOLOGIA DEL EMBARAZO NORMAL

"La vida humana es toda ella simbólica y creo que lo importante no es en principio la fecundidad del cuerpo, sino sobre todo la fecundidad afectiva y espiritual, no es el goce de los cuerpos solos de los dos amantes, es su goce de cohesión y de espíritu conjuntamente." (7) *América*, 1932.

La causa normal por la cual la mujer desea tener un hijo es biológica, su instinto maternal exige una gratificación directa. El instinto sexual lleva al enamoramiento que satisface determinadas necesidades psicológicas del instinto maternal, como parte integrante de la sexualidad femenina que gratifica a través de su realización múltiples deseos de la mujer; desea un hijo porque esto significa recuperar a su propia madre y también porque le permite identificarse con ella, también anhela un hijo para comprobar su propia fertilidad. El deseo de un hijo puede corresponder al deseo infantil de regalarle un hijo a su padre. Puede anhelar un hijo para revivir su propia infancia en él o para darle precisamente lo que ella no tuvo. Influyen también causas más conscientes o más racionales, pero el fondo respecto al deseo de

dar a luz a un hijo proviene de sus necesidades psicobiológicas que desarrollarán todas las capacidades latentes en la mujer.

Freud llamó la atención sobre las teorías fantásticas que los niños conciben para explicar el misterio de la concepción del embarazo y del parto, estas teorías están de acuerdo con las etapas libidinales por las cuales atraviesa el niño, que más tarde sucumben a la represión pero se mantienen inalterables en el inconsciente, las teorías más frecuentes que por lo demás se encuentran también en muchos mitos y en la creencia de pueblos primitivos, es que la mujer se embaraza por haber comido algo. Este algo simboliza generalmente el pene, por otra parte el niño reprime su conocimiento de la existencia de la vagina confundiéndola con el ano. Por eso y por sus propias sensaciones y vivencias durante la defecación, supone que la criatura es expulsada por el ano y lo equipara un excremento. Parece que los trastornos más frecuentes de la gestación, los vómitos y el estreñimiento se producen por la persistencia en el inconsciente de esta fantasía infantil. Los síntomas frecuentes en el embarazo normal son de carácter oral y anal. Hupfer (1932) explicó que los vómitos y su contraparte, el antojo de la mujer grávida, señalando la relación inconsciente que existe entre estos trastornos y la teoría infantil de la concepción, sostiene que mientras la hiperémesis significa un rechazo a la gestación, en el antojo se expresa un deseo de afirmación del embarazo y una repetición simbólica de la concepción. (5) ~~de~~
~~lugar~~

De las grandes conquistas de nuestro siglo, ha sido el hecho de que el hombre ha aprendido a dominar su fecundidad lo cual representa un período venturoso para la pareja con una adecuada relación que desea descendencia.

Mientras que en el caso de los animales los fenómenos ligados a la reproducción no son así, se cree que son instintivos. En la especie humana el acceso a la consciencia y al lenguaje introduce una dimensión nueva; el acto sexual "no tiene nada de mecánico", el embarazo ya no se limita en exclusiva a los aspectos fisiológicos, pues el hombre y la mujer han adquirido los medios necesarios para elegir el momento en que se reproducirán.⁽⁹⁾

Para ser un buen médico y/o consejero o amigo debe no sólo estar familiarizado con el mecanismo del embarazo y sus variaciones, sino también con el aspecto psicosomático del mismo; sin este conocimiento el médico no puede preparar a la mujer para el transcurso del embarazo y hacer que se beneficie con las ventajas de la ley natural de la eutocia.⁽¹⁰⁾

El primer principio al que debe atenderse el médico en la preparación de la mente de la mujer en el embarazo con miras al parto es el diagnosticar, investigar y eliminar los temores que pueda tener respecto al mismo. La palabra *temor* debe entenderse en un sentido amplio abarcando desde la curiosidad mezclada de duda y pánico la cual impide el discernimiento y la comprensión.

El médico debe considerar la acción que ejerce el embarazo sobre la personalidad de la paciente en relación con su vida anterior y la situación ambiental del momento. La comprensión del estado psicológico es tan importante como la medición de la pelvis. A este respecto Cohen ha destacado la conveniencia de que el médico haga un estudio de la personalidad de la paciente con el objeto de valorar y predecir en lo posible las consecuencias del embarazo; en el aspecto emocional, del mismo modo

que lo efectúa en lo que se refiere al aspecto físico.⁽¹¹⁾

La pareja más feliz no escapa de tener alguna preocupación en relación al embarazo, ya que existen emociones positivas y negativas, en algunos casos las consecuencias psicológicas son leves y de duración breve, otras en cambio son duraderas y graves y por lo tanto de importancia clínica, ante el médico que esté alerta a los signos y pueda prevenirlos o disminuirlos. Por fortuna el curso del embarazo representa, para la mayoría de las mujeres una feliz experiencia.⁽⁴⁾

El profesional de la salud debe educar la mente de la futura madre moldeándola como el escultor moldea una estatua, el cincel de la persuasión debe regularse en cuanto a la fuerza o suavidad conveniente, un falso movimiento pueda destruir lo que iba en camino de ser una obra maestra.

PERCEPCION DEL NUEVO SER

A la décimocuarta o décimoquinta semana se explicará a la gestante cómo va desarrollándose el nuevo ser. Hacia la décimoctava o décimonovena semana percibirá una vaga sensación de movimiento en el bajo vientre. Al principio puede ser difícil distinguir los movimientos del feto de los desplazamientos de los gases en los intestinos.⁽¹¹⁾

El médico debe dar valor a estos fenómenos, por cuanto constituyen el primer signo de la existencia del hijo. La mente de la mujer se hace más perceptible a los consejos y su atención se traslada desde su cuerpo al niño.

El recuerdo de lo pasado es sustituido por la realidad de lo presente.⁽¹²⁾

El feto se mueve en la bolsa protectora de las aguas, con lo que consigue fuerza. Reacciona a los pensamientos y a los sentimientos de la madre, y su mente y su cerebro van siendo moldeados para lo futuro por la misma sangre que forma el cuerpo. Este simple fenómeno despierta el instinto maternal, comprendiendo la mujer que es responsable de su hijo y el cuidado con que se prepara para su llegada constituirá un lazo que contribuirá a unirla a él después del nacimiento. Estos pensamientos dan origen durante el embarazo a la conciencia maternal. Pueden estar enterrados en lo más profundo de su mente por la ignorancia y el miedo, pero existen. El profesional de la salud no los crea, sino que los pone al descubierto y de esta manera, refuerza la confianza de la mujer en sí misma. La fe en el hijo disipará cualquier temor, lo cual coadyuvará a facilitar el parto y establecer una buena relación entre madre e hijo.⁽¹³⁾

La influencia de la psique sobre los estados toxémicos (hipertensión) del embarazo es muy importante, por lo cual el aislamiento, un descanso completo y una rectificación emocional terapéutica pueden ser suficientes para evitar graves perturbaciones. También se ha observado que podría suprimirse del mismo modo la salivación exagerada y los vómitos, aún los más rebeldes, lo que hace pensar que constituyen, por lo menos en parte, síntomas físicos de estados emocionales. La frecuencia de estos accidentes es baja en las mujeres preparadas adecuadamente, que podemos deducir con razón que excepto en casos muy especiales, continúa el embarazo en un buen estado de salud física si no existen fenómenos de orden psíquico que lo

alteren.(13)

ACTITUDES PSICOLOGICAS HACIA EL CUERPO EMBARAZADO

La satisfacción personal con su cuerpo, así como la percepción de su imagen son de importancia para que la mujer acepte y disfrute totalmente su embarazo; muchos factores que incluyen normas culturales, sociales, edad maternal, si el embarazo fue planeado o no y su actitud hacia el cuerpo antes del embarazo, afectan la actitud y los ajustes a que debe someterse la mujer.

Las fantasías que el embarazo causa pueden afectar las reacciones de la pareja hacia el nuevo cuerpo. Temores hacia las relaciones sexuales que puedan dañar al feto pueden desembocar en la abstención o en un contacto físico reprimido, que los deseos sexuales decrezcan durante y después del embarazo, una vagina dilatada, gordura, senos caídos y estrías. Si estas actitudes y fantasías no son discutidas y aclaradas adecuadamente, puede haber efectos negativos en la imagen que la mujer tiene de su cuerpo y de su autoestima, así como de las relaciones sexuales y emocionales de la pareja, la edad puede también afectar la respuesta de la mujer hacia su cuerpo embarazado, una adolescente puede encontrar sus cambios corporales del embarazo paralelos a los cambios normales del cuerpo durante la pubertad. Mujeres maduras pueden preocuparse acerca de la adecuación de sus cuerpos para manejar la tensión; estas y todas las mujeres se benefician por medio de informaciones concretas acerca del cuerpo preñado, los

procesos de su funcionamiento, sus necesidades y señales de gravedad.

Un embarazo planeado o no, afectan las respuestas de una mujer hacia su cuerpo cambiante. De hecho, una de las grandes diferencias entre preñez planeada o no, es el grado de amenaza hacia la imagen del cuerpo y la autoestima. Comparadas con mujeres que planearon su embarazo, aquellas que no lo hicieron o llevan una preñez ambivalente están más sujetas a sentir síntomas físicos como vómitos y mareos durante el primer trimestre y a no comer durante el segundo, así también pueden tratar de ocultar su embarazo manteniendo una imagen "delgada" cuanto más les sea posible.

Ellas pueden interpretar las observaciones relativas a su experiencia como signo de que no son tan hermosas o bellas como antes. Mujeres con un embarazo planeado que tenían imágenes negativas de su cuerpo ocultan a los demás sus nuevos cambios corporales que representan experiencias difíciles. Para concebir el desarrollo de una conexión constructiva entre mente y cuerpo, las mujeres deben ser animadas a asistir a clases previas al parto. El segundo trimestre parece ser el tiempo más apropiado para involucrar a las mujeres en ejercicios individuales o programas de terapia corporal.(Kitzinger, 1970)

La producción hormonal (relaxina), permite a la mujer quizás mucho antes que el embarazo, alcanzar flexibilidad en el uso de su cuerpo, algunas mujeres han manifestado que los programas como el de la técnica de Alexander originan sentimientos de bienestar y conciencia de los sentidos que aumentan su autoimagen. Si clases o ejercicios específicos para la mujer embarazada no están disponibles otros apoyos tales como, clases de

educación en grupos de alumbramiento donde los cambios corporales son discutidos abiertamente pueden ser cruciales para el desarrollo y mantenimiento de una imagen corporal positiva. Ya que un cuerpo embarazado es el primer "nido" para el bebé, en donde los sentimientos positivos hacia el cuerpo pueden contribuir a que las creencias de la mujer, concernientes a que su habilidad se desarrolle en su sentimiento maternal para el mantenimiento de un futuro hogar.

Archivos médicos, en su mayor parte no anotan la atención física que la mujer esta experimentando ni la afección de su autoconcepto propio. El vocabulario de las mujeres en su tercer trimestre refleja frecuentemente, que sus cambios corporales aparentes cambien con su propia imagen, "lo tendré en mente", "llena", "refrigerador repleto", "semilla", "fructífero"; son palabras y frases comunmente usadas, ante un mundo de expansión esperanza, temor y anticipación que se refleja en la realidad física de su abdomen en crecimiento; conforme la preñez, el vocabulario de la mujer empieza a incluir frases como: "me siento como "elefante", "casa", "globo"; la conexión entre cuerpo y mente se complican aún más por el hecho de que al fin del embarazo pueda sentirse física y emocionalmente asaltada. En los consultorios y el hospital, su abdomen es usualmente envuelto o cubierto y el area genital bloqueada a la vista propia; mientras que esta abierta a la vista del ginecólogo o la enfermera. Cuando el area genital, usualmente la última en ser descubierta en experiencias de la vida sexual y sensual se cierra a uno y está abierto a los demás; lo cual puede tener ramificaciones negativas hacia el propio cuerpo.

El instructor Lamaze (1980), con su técnica psicoprofiláctica puede influenciar positivamente, para que la mujer tenga una buena imagen de su

cuerpo.

En los grupos psicoprofilácticos existe una experiencia positiva acerca de la imagen del abdomen. Una parte del proceso de instrucción de Lamaza, se refiere a la anatomía y fisiología del embarazo, por medio de estímulos visuales y el compartir las experiencias en una discusión abierta las cuales, ayudan a la mujer a entender y a aceptar su cuerpo y los cambios que experimenta. Las técnicas de relajación, ya sean solo para la mujer o la pareja, también ayudan a establecer una actitud más positiva de la imagen de la mujer a la cual se le guía por medio de experiencias sensorias y se le alienta a que exprese lo que la hace sentir bien y lo que le gusta. Se le motiva a que vivencie los cambios que pueda tener su cuerpo, promoviendo el que la pareja los comparta y de esta manera inspirar un sentimiento de aceptación del hombre hacia la mujer. La mujer que ha tenido una actitud positiva hacia su cuerpo durante el embarazo es más probable que tenga un parto exitoso y que su transición hacia el cambio del rol familiar sea adecuado. Si todo esto se desenvuelve adecuadamente sus relaciones acerca de su cuerpo antes y después del embarazo pueden contribuir significativamente hacia el desarrollo de una buena autoestima que repercute en una adecuada manera en su habilidad y deseo de ser madre.¹⁴⁰

CRISIS EN EL EMBARAZO NORMAL

Este estudio se realizó con el apoyo científico-psicoanalítico de Bendick

en 1973, de Bibring en 1959, de Deustch en 1973, Kestenberg en 1978. Las observaciones y las investigaciones clínicas en el Mother Center de Hicksville en Nueva York. Investigaciones en la Psicología del Desarrollo del Ego por Blanck & Blanck en 1974, Hartman en 1958, Jacobsen en 1964, Mahler en 1974; y el estudio sobre el trabajo realizado del movimiento de la mujer en pro de la salud. Un breve resumen de las más grandes contribuciones de cada una de estas posiciones, se presentará a continuación, así como una descripción de experiencias psicológicas durante el embarazo para comprenderlo.

Bibring en 1959, introdujo el concepto del embarazo como una crisis maduracional; ella observó trastornos psicológicos severos en mujeres embarazadas que no tenían historia previa de psicopatología o sintomatología; concluye con otros teóricos que estuvieron de acuerdo, en que el embarazo representa una crisis que desaparece sólo después de que el bebé ha nacido. Más adelante notó que la intervención terapéutica proporciona alivio de los síntomas.

Las investigaciones en el Mother Center se centra principalmente en estudiar los factores que afectan la autoestima de la madre, autorrepresentaciones y el ideal del Ego Maternal. Los estudios se llevan a cabo un año después del embarazo, utilizando un estudio exploratorio, el cuestionario postnatal y los sucesos del embarazo son reconstruidos. Hasta lo que tenemos como evidencia nos sugiere que hay traumas que se originan en el embarazo normal y en el momento de dar a luz que se llevan a los estados de memoria, con un afecto apegado a estas. La memorias se

localizan en gran parte en el inconciente o en el preconciente. La investigación también nos indica que existen algunas crisis universales de desarrollo psíquico en el embarazo, así como hay respuestas individuales únicas.

La Psicología del Ego a nivel de desarrollo psicoanalítico que empezó con Freud fue dramáticamente incrementada por la publicación de 1939-58 en los Estados Unidos sobre "La Psicología del Ego y el Problema de la Adaptación" estudiada por Hartman quien propuso que el niño llega al mundo con un conjunto de sistemas del Ego innatos de autonomía, los cuales interactúan en un medio ambiente promedio esperado. El desdoblamiento del sistema del Ego y el estudio psicoanalítico del desarrollo normal, llegó a ser el estudio principal de los desarrollistas de Ego.

El Movimiento Femenino de la Salud ha ayudado a una mayor comprensión de las necesidades de salud y desarrollo de la mujer, así como del hombre. "Nuestros Cuerpos Nosotras Mismas" (colección femenina de salud, Boston 1975) poseé un capítulo excelente.

La Psicología del Ego y el Movimiento Femenino tienen en común la idea de que las personas son producto de su nacimiento y de la interacción que tienen con el medio ambiente. También están de acuerdo con la idea de que un fenómeno de comportamiento específico puede apreciarse por su adaptación y supervivencia. Más adelante ambos rechazarían puntos de vista estandarizados y perjudiciales al comportamiento de la mujer.

El concepto de Waelder (1936) sobre el Principio de Función Múltiple también es importante para entender las experiencias durante los

embarazos normales. Waelder propuso que "una concepción generalmente múltiple o doble de cada acción psíquica es totalmente necesaria al psicoanálisis". El principio de Estado de Función Múltiple acerca de que un acto psíquico se intenta para la solución de un problema específico podría ser al mismo tiempo y de alguna manera una solución viable para otros problemas; esto es, cualquier acto psíquico que se debe entender como la función colectiva de todo el organismo. El embarazo sirve a un múltiplo de necesidades psíquicas y el comportamiento específico de una mujer embarazada es el resultado de múltiples determinantes.

La discusión que sigue está limitada a crisis ocurridas en embarazos normales. El punto focal está en "la madre suficientemente buena" término utilizado por Winnicott (1953). En un embarazo sin complicaciones, la madre suficientemente buena es definida como la persona que tiene un Ego estructurado con funciones de autoprotección. Ella tiene la capacidad para ejercer una función de maternidad psicológica, a diferencia de las madres que sólo tienen la capacidad de ejercer una maternidad biológica.

Blum (1978) destacó esta distinción en el concepto del ideal del Ego materno, una subestructura del ideal del Ego que reside en el Super Ego; este es el estado ideal de lo que piensa una mujer de cómo le gustaría ser madre. El ideal de Ego materno es determinado por muchas fuentes, pero está organizado principalmente por sus experiencias con su propia madre y padre. Esta es una subestructura crucial dentro de la personalidad que organiza el acto de educar y simultáneamente proteger. La siguiente discusión toma en cuenta cinco de los cientos de crisis que la madre suficientemente buena experimenta en el embarazo normal.

1.- decisión de Embarazarse: esta puede no tomarse con plena conciencia y el tratar de tomarla puede causar una crisis intrapsíquica o interpsíquica. La mujer tiene casi siempre más conciencia y voluntad para tomar la decisión de embarazarse. El hombre tiende a conformarse, ella se encuentra más conscientemente resuelta y con ganas de tener al bebé. A pesar de que la siguiente hipótesis se va a los extremos. En uno de los grupos de investigación postnatal, cinco de siete mujeres reportaron: (con plena conciencia no utilizaron el diafragma, con desconocimiento por parte del esposo), que no se cuidaran y tuvieron sentimientos de culpa por estas decisiones, como resultado de una mayor libertad para decidir si quieren embarazarse, las jóvenes se llenan de confusión ante la decisión de embarazarse. ¿Qué es lo que justifica la decisión de traer un niño al mundo? como una mujer decía -"Yo no puedo decidir tener un hijo por mi propia voluntad"-, ella estaba reconociendo que tener un hijo le daría placer y que en su posición tan egoísta no tomaba en cuenta las necesidades del otro (el niño y el esposo). Podríamos llamar a esta confusión como un conflicto normal que reside en un conflicto intrasistémico, dentro del ideal del Ego (Yo). Tener un hijo, está de hecho, basado en el principio del placer y el derecho al placer no se obtiene fácilmente en nuestra cultura a pesar del hecho de que tendemos a ver en la superficie a adultos en busca del placer. El ser capaz de obtener placer sin culpa es casi siempre muy difícil para la persona no analizada.

Los placeres inocentes se obtienen teniendo un hijo. Freud y otros postularon en la línea de maduración psicosexual que al bebé se le equipara con el juego de tres palabras: pecho-heces-pene, como también aquel regalo tan deseado que va a servir como con la unión con el padre.

Una decisión conciente y activa para tener un hijo, llama a determinantes inconcientes, algunas veces produciendo culpa. Kohut (1971) propuso que el destello en el ojo de la madre es un guía que ejerce influencia en la percepción del Self (yo) y del comportamiento del niño. Turrini ha observado clínicamente que si los padres desaniman al niño a que se reproduzca (esto suele suceder) y tiene una profunda influencia en la motivación para no dar a luz.

El deseo de los abuelos por un hijo, un deseo generado por su propia generatividad, tiene una influencia positiva básica en la libertad del hijo para tener un embarazo. El tener padres sanos que se quieren a sí mismos motiva positivamente el nacimiento de la siguiente generación.

El estudio de Neugarten (1972) sobre los relojes sociales, indica que estamos influenciados para ajustarnos a un horario preestablecido para los eventos diarios. Así pues, por ejemplo, decimos -"nos graduamos a tiempo, nos casamos más tarde que muchos otros o tuvimos a nuestros bebés antes que la mayoría"- nos juzgamos a nosotros mismos en función de un esquema de tiempo preestablecido. Neugarten (1920) en la conferencia Psicoanalítica Americana citó los siguientes hechos, -" Una mujer dejó la escuela cuando tenía 14 años, se casó a los 20, tuvo su primer hijo a los 22 y su último hijo a los 40 años; su esposo murió cuando tenía 55 años. Actualmente una mujer deja la escuela a los 18 años, tiene su último hijo a los 26 años, a los 32 su último hijo se encuentra en la escuela de tiempo completo y este deja la casa cuando ella tiene 48, su esposo morirá cuando tenga 64 y así llegará a los 80 años; observando los hechos, podemos ver que un esquema de tiempo preestablecido realmente existe. Consideremos otro

esquema de trabajo: Una familia verdadera se forma de cuatro integrantes, si tú formas parte de una familia de cinco o tres no estás dentro del modelo y podrías sentir presión cultural. Tú estás bajo el nivel poblacional establecido o sobrepoblando. Nuestra investigación en la madre de sólo un hijo indica que ella sufre mucho porque le dicen que es egoísta y obviamente está educando a un niño consentido". Un determinante de estos comentarios se originan en los celos de aquellos que han buscado la exclusividad en el cariño de su padres. (Arlow, 1972). Otros esquemas de tiempo preestablecidos o puntos de vista de las personas, pueden no tener influencia directa en lo que hacemos; pero el grado en que somos capaces de separar o individualizar psicológicamente es el grado al cual podríamos tomar decisiones sobre esquemas de tiempos establecidos por otros o podríamos sugerir por ser criticados tan severamente si nos separamos de las normas.

2- ¿Existe el Bebé?: La preparación psíquica activa a la maternidad empieza con la primera ausencia de menstruación. En este punto, sin embargo, las pocas cosas que cambian en la vida de la mujer son: ciertas características del cuerpo y algunos procesos fisiológicos internos. Existen aumento de los pechos, fatiga, aumento de peso y tal vez algunos síntomas matutinos que son señales del cuerpo para indicar que hay embarazo. Pocas mujeres son las que reportan algún conocimiento a nivel consciente de la concepción o detección temprana del feto, entre la preguntas que tenemos en relación a los cambios del cuerpo están los siguientes: ¿Qué es el Self (sí mismo) y qué es el bebé?, ¿estoy o no embarazada?, ¿debo prepararme para la maternidad?, ¿debo anunciar el embarazo?. Existe gran temor con respecto al anuncio del embarazo y muchas actitudes están alrededor de esta

decisión; la superstición existe para algunos que piensan que el bebé sano puede estar tentado por la mano del destino. Este mensaje casi siempre es obtenido por los padres, pero también reside en el fuerte Super Ego de la mujer misma, un conflicto clínico se desarrolla: ¿Debe ella pensar que está embarazada o no?. Cuando el Ego está sano alimentado por funciones autoprotectoras y los ideales del Ego materno ganan terreno, la madre suficientemente buena entra en un proceso de vigilancia de su salud y la del feto; cuando va al baño, por ejemplo, revisa si no hay manchas, ya que sería una señal que atentaría a la seguridad del feto. Así es que un proceso de detección de vida o muerte se lleva a cabo en la experiencia consciente en privado y a solas en el baño. Cuando siente el movimiento del feto, esto trae consigo "mucho alivio". La primera respuesta fisiológica del feto se describe casi siempre como la sensación de tener burbujas o gases, por tanto cuando el ginecólogo escucha con el estetoscopio el latido del corazón del bebé hace de ese momento algo emocionante. Se ha grabado lo que sucede concientemente respecto al gran temor que la mujer siente mientras espera sintiendo las horas interminables, en un terrible silencio por el veredicto del doctor. ¿Tengo un bebé dentro?, ¿está vivo?.

Zimmerman (1977) nos dice de una mujer -"Alguien me dijo que debo de sentir vida dentro de mí al final del tercer mes; cuando me fui a checar a penas me podía parar, estaba muy segura de que llevaba un bebé muerto dentro de mí." - En esta etapa depende mucho del ginecólogo y de su equipo. Cuando la mujer espera el veredicto del estetoscopio agudiza su percepción con respecto al doctor como juez crítico de la vida o muerte de su bebé. El conocimiento del médico sobre el uso del estetoscopio intimida y da sentimiento de autoincapacidad, lo cual empieza a darse en el embarazo. En

San Francisco California existe un centro donde la mujer toma su propia orina, su presión sanguínea y utiliza el estetoscopio; en el último reporte estaban planeando integrar un centro de chequeo del embarazo, dentro del hospital local en donde la mujer pudiera utilizar el equipo obstétrico, esto hace que la mujer entre más activa y más conocimiento tenga, más autoprotectora se vuelve, se sentirá con más recursos y más capacidad.

Las decisiones que toma la mujer en el embarazo, el decidirse por un doctor en particular y hospital puede tener graves consecuencias, esta decisión determina básicamente el tipo de cuidado prenatal y el nacimiento que ella y el bebé van a experimentar. Ella puede estar envuelta en un estado de crisis un día, un mes o años después como resultados de esta decisión. El superar la memoria y el estado psicótico en la que ella estaba bajo el efecto de la Escopolamina o aguantar el dolor o la percepción tardía de haberse decidido por un determinado parto que causará una incapacidad en el aprendizaje del niño con trastornos de efectos duraderos. Turrini (1977), opina que la ayuda terapéutica para volver hacer trabajar la memoria puede traer mucho alivio, pero así también puede producir el sufrimiento de una angustia crónica.

3.- Las últimas seis semanas del Embarazo: estas pueden ser consideradas un desastre a pesar de que el embarazo en su totalidad se haya contemplado catastrófico. Aquí tenemos una imagen compuesta del estado de las cosas, algunas de las cuales se tomaron del texto "Nuestros Propios Cuerpos" (1975): La preparación psíquica para el parto tiene que darse durante las últimas seis semanas del embarazo y la mujer estará lista en el principio de estas semanas. La preparación psíquica para el parto se

define como "la aceptación real de que un niño viene en camino"; la conciencia de la diferenciación e individualización del bebé tan esperado. A pesar de que exista controversia en este punto, las últimas seis semanas no parecen servir como función para el tiempo de la preparación física del parto. El tiempo pasa rápidamente, la mujer que trabaja ya para esta época dejó su trabajo y empieza a experimentar aburrimiento, aislamiento y el impacto de todo lo que representa el hecho de que repentinamente se encuentre desempleada; es el momento donde se empieza a presentar el Síndrome "sentí que me iba al fin del mundo", en este periodo reside la espera a cualquier señal que les indique que van a comenzar a trabajar. El saber que no hay manera para provocar que el trabajo comience de nuevo la lleva a aumentar sus temores y tener sentimientos peculiares. Una mujer nos reportó que cada vez que el teléfono sonaba ella pensaba que le llamaban para decirle que volviera al trabajo. A pesar de que existen pensamientos de alegría, la evidencia indica que hay sentimientos patológicos sin confesar, a los sentimientos particularmente conflictivos sobre la conducta sexual en este periodo. Hemos observado repetidamente que la mujer experimenta una ligera depresión si no tiene el parto en la fecha dada. Entre más tiempo pase mayor será el tiempo de la depresión, el temor sobre la salud del bebé aumenta rápidamente, el retraso parece simbolizar una imagen de un defecto o una sensación de que algo anda mal.

4.- El comienzo del Parto: esta preparación produce crisis. Toda buena preparación tiene como objetivo disminuir los temores; tales instrucciones como cuando comience a trabajar no sienta pánico, no despertar al esposo ya que este necesitará descansar, esto refleja comentarios para disminuir el

miedo.

Cuando se da la primera contracción, cuando se observa la primera secreción de sangre, cuando se rompe la fuente, cualquiera que sea la señal la mujer está alerta. Ella es movilizada internamente para establecer las condiciones en las que dará a luz a un bebé sano. Este suceso requerirá un estudio más detallado. Tal vez exista ya un componente preprogramado que se da en el trabajo de parto. Si un comportamiento específico de especie existe, trabaja en combinación con las funciones sanas del Ego. Una madre es capaz de llegar a la maternidad como resultado de la combinación de estas estructuras y fuerzas, consideremos entonces que los signos de las primeras etapas del trabajo del parto estimulan la actividad instintiva de la crianza. Lo que empieza a ir mal es que otros no están a tono con los sentimientos de la mujer en el comienzo del trabajo del parto. Estudios nos indican que la mujer realiza un buen trabajo a lo largo del proceso del parto sólo dejando a un lado sus necesidades y temores sin incrementar su terror acerca del parto. Como una mujer nos describió -"Cuando el trabajo de parto empezó, salí a buscar algo de comer. Estaba formada en una fila comprando comida para mis otros niños cuando me inició; Este es un lugar chistoso para que suceda esto."- Repentinamente se dió cuenta de que estaba sola y en un lugar inadecuado.

En estudios las mujeres reportan sentimiento de un temor extremo durante el principio del trabajo de parto. Cualquier época de la vida en donde uno experimente un fuerte miedo o se sienta indefenso puede aparecer una marca psíquica; las marcas psicológicas son el resultado de los miedos que se dan en los trabajos de parto.

Un fenómeno particular observado repetidamente que crea más de una

crisis en las primeras etapas del trabajo de parto, es la suposición de ciertos "axiomas" del equipo médico. Nadie puede predecir el tiempo del periodo del parto, algunas mujeres aceptan el mito de las contracciones de diez minutos y llegan a estar muy confundidas.

Estar a solas en el periodo del parto produce una tensión excesiva, el dar a luz confortablemente es importante para la salud mental y la crianza posterior del niño. Son importantes también para la salud mental del esposo los trabajos de parto en conjunto en donde ambos interactúan.

5.- Respecto al trabajo de intervención del Médico: (La investigación realizada nos sugiere), que ciertas prácticas de parto pueden tener consecuencias en el feto con complicaciones orgánicas severas, disfunción cerebral mínima y aún hasta la muerte. Este es el trabajo de algunas gentes como Doris Haire (1972), que ha despertado cierta inquietud en el público y ha empezado a hacer conciencia en la comunidad en relación a los efectos que pueden darse a través del manejo de equipo obstétrico. El desafío en cuanto al uso del equipo obstétrico es que todas las partes involucradas en el embarazo y el parto deben estar conscientes de su uso fisiológico y físico que puedan tener la madre y el niño. Es esencial que el personal médico y no médico trabajen conjuntamente para asegurar un parto lo mejor posible.

Puntos de vista que deben tomar en cuenta el terapeuta o consejero:

Es importante que para ayudar a la mujer en su embarazo tenga una buena asesoría. Debe tomarse en cuenta que ciertas tareas de ayuda psíquica son universales para toda mujer embarazada. Los cambios más importantes

en un periodo de tiempo corto y el desafío para adaptarse a ellos, aún diferenciándose del feto en desarrollo son dos de las tareas críticas. Debe reconocerse que las mujeres con funciones del Ego muy desarrolladas (la madre suficientemente buena) sentirá un gran desafío con estas tareas. Algún rechazo baja el nivel del Ego, estados de depresión, de ansiedad, temores poco comunes y sentimientos de culpa; estos pueden considerarse normales en el embarazo. Las mujeres con Egos menos estructurados, funciones de autodefensa menos desarrolladas, particularmente aquellas sin un objetivo constante experimentarán tensiones severas y necesitarán aún más ayuda.

También debe admitirse en la asesoría diagnóstica que los eventos externos tendrán un efecto potencialmente peligroso en la salud mental de la mujer embarazada y los terapeutas necesitarán saber a qué se refiere esto para ayudar a las mujeres a anticipar qué es lo que les será de ayuda, qué es lo que les facilitará su crecimiento para poder prevenirse de daños exteriores. Debemos encontrar maneras para utilizar mejor la crisis maduracional del embarazo, las herramientas obstétricas, el escenario en el que ella dará a luz para así estimular el crecimiento, maduración, confianza, una imagen física positiva y una sensación de bienestar. Se debe estimular a la mujer a ser activa aprendiendo más sobre su cuerpo y sobre su capacidad y fortaleza para enfrentarse a temores previos y realizarse en su óptima capacidad. Los terapeutas deben conocer los efectos "catastróficos" del embarazo y la maternidad.

Los traumas asociados al embarazo se encuentran depositados en los

estados de memoria, localizándose en su totalidad en el inconciente y el afecto está ligado a estas memorias. Cuando una mujer dice que todo estuvo bien, realmente ella lo cree. Sin embargo, las memorias reprimidas pueden acabar con las energías de su autoestima y del intercambio que existe en sus lazos con el bebé.

El cuestionario postnatal utilizado en el Mother Center es una herramienta que le permite a la mujer trabajar sobre su embarazo y su trauma del parto (Turrini, 1977). El Mother Center no sólo ayuda a la mujer a obtener alivio, con esta experiencia es también un lugar en donde se complementan programas que ayudarán a prevenir el trauma en la madre, el padre y el hijo.

Estos fenómenos psíquicos deben ser investigados, catalogados y así sus descubrimientos ser difundidos.⁽¹⁵⁾

IDENTIDAD MATERNAL

Vivenciar cada embarazo es incorporado en el sistema Yóico, una nueva dimensión en la personalidad que se da progresivamente por las imágenes ideales del Self (yo) que tiene la mujer sobre el ser madre. La incorporación es un proceso de volición motivada por aspiraciones de llegar a ser y así lograr cualidades y acciones de un ideal.

La incorporación es favorecedora o inhibidora en el íntimo continuo desarrollo de las experiencias imaginarias del cuerpo preñado en congruencia con la autoimagen de ése estadio de la vida. El resultados es

más que un vínculo sentimental, más que un rol, es un sentimiento de pertenencia como parte integradora de toda la personalidad, inseparable y destinada hacia la identidad maternal. Tanto las estructuras biológicas e incorporaciones psicológicas de identidad concernientes a los procesos de maternidad resurgen nuevamente en cada embarazo independientemente de la relación social y física cognitiva que la madre ya haya tenido con otros hijos. No es la suma de identidad maternal de un hijo a otro, cada mujer ocupa un espacio vital y sistema Yóico diferente en cada embarazo.

El embarazo es un periodo que pretende consolidar a la mujer en su espacio vital y su sistema Yóico, como una madre psicossocialmente preparada para recibir un hijo producto de una energía motivacional de deseo. El desarrollo del embarazo y del embrión es paralelo a la identidad materna que se tiene del futuro hijo manifestada en modos de conducta y conceptos respectivos a operaciones cognitivas con un efecto progresivo, esta formación de identidad materna que transforma a una mujer gestante en madre de un hijo es gradual, sistemática y extensiva.

"La progresión en el desarrollo es una reproducción de adherencias a modelos cercanos y ensayos de papeles jugados para explorar las fantasías de naturaleza del bebé en formación y sus experiencias con él, haciendo perder lazos establecidos para acomodar nuevos lazos y el nuevo personaje hasta llegar a la etapa final antes que la identidad sea lograda por diferenciación de modelos" (Rubin, 1967)

La incorporación de la identidad maternal dentro del sistema Yóico es por medio de un camino de idealizaciones, de imágenes del "yo" como madre del niño, es una orientación hacia lo ideal, lo profundo del medio ambiente y

los modelos de memoria, de nuevas actitudes deseables y habilidades de elementos ideales para la reproducción y la incorporación como propios de ella misma.

La orientación, registro y la apertura de los elementos del ideal, para los mejores atributos que intensifican los atractivos de la personalidad de la mujer durante el embarazo que tipifican conductas maternas.

La repetición de elementos evaluados por separado en el comportamiento y la actitud "como si" aquellos modelados o considerados socialmente es la manera primaria y predominante de incorporación o de enlace. Este es el principio para admitir nuevas dimensiones y nuevas facetas cuando se da el embarazo, el trabajo de parto y para identificar y preocuparse por el recién nacido. La repetición se inicia sola, como una búsqueda activa de nuevos elementos deseables que se repiten o son reproducidos para ser tomados por el Self. Gran parte del comportamiento repetitivo no se toma como algo integrado dentro de la personalidad, pero nos sirve como puente, enlace, como un intento para relacionarse con cada fase específica de la maternidad.

Al principio del embarazo en las primeras etapas del trabajo de parto y al comienzo de la nueva maternidad se da una copia literal directa de la práctica y costumbres de otras mujeres que atraviesan la misma situación, o de otras que han atravesado estas situaciones exitosamente o la recomendación de expertos. La elección de la naturaleza y el alcance de los regímenes prenatales durante el parto están basados en modelos creados en el medio ambiente.

La copia literal o mimesis de los elementos del comportamiento del

experto o de un modelo exitoso aporta una certeza probabilística de una etapa de gran incertidumbre. La probabilidad de certeza aumenta como aumenta la población muestra de modelos. La madre adquiere la maternidad continua sacando muestras, buscando poblaciones importantes de los verdaderos maestros que ella se está encontrando hasta que se da una consistencia redundante basada en el muestreo; la conclusión es la hipotética deductiva: Si esto es lo que hace y cómo lo hace, el experto entonces... El muestreo se mide en favor de aquellos con una experiencia subjetiva y directa en una situación como la suya en un momento dado. El medio ambiente se busca por modelos preestablecidos. (Rubin, 1967). Es muy difícil enfrentar la situación en el primero y segundo semestre del embarazo si no existen modelos. Paso a paso un valor aprendido para la maternidad es introyectada. La primeriza espera tener vómitos matutinos y que su embarazo se note en su abdomen. Cuando en el primer trimestre estas expectativas no se materializan, puede existir una duda de sí misma o una disonancia desestabilizadora entre las expectativas y la realidad. La Secundigrávida utilizando su propia experiencia como modelo, espera llevar el embarazo hasta los más altos niveles, tener antojo por una piña y cuidar del bebé cuando nazca como cuando lo hizo la primera vez. A medida que estos elementos no se dan hay una disonancia: Esto "no es cómo" o "diferente de la experiencia previa". La disonancia desestabiliza y la secundigrávida aumenta la base de la población para especializarse en multigrávida y así corregir las hipótesis de sus expectativas.

La madre de la mujer es el modelo más fuerte en virtud de la experiencia autoevidente. (Rubin, 1967). Los lazos debilitados entre la madre y la hija en la adolescencia son fortalecidos sobre una nueva base a medida que la mujer

va buscando modelos para ser madre. El contacto entre la madre y la hija aumenta durante el embarazo. La mujer que llega a la maternidad en un país extranjero se encuentra tremendamente privada y busca mujeres que hablen su lengua materna por tener una pequeña dosis de contacto. La incidencia de Hiperemesis y Toxemia es alta en las mujeres que se encuentran privadas de algún contacto simbólico durante el embarazo.

La causa de la felicidad del niño y los puntos importantes de su carácter tales como la honradez o el desprecio hacia algún pariente, tienen gran importancia como fuente y modelo para una mujer que quiere llegar a ser madre. En las expectativas particularmente la madre de la mujer es el modelo dominante, si su madre tuvo gemelos, esta posibilidad es fuerte en cada embarazo. Así la probabilidad y expectativa es como "la de su madre", si su madre tuvo várices, trabajo de parto largos, entonces la mujer espera lo mismo. Las expectativas resultan de una mezcla de gran optimismo y de ansiedad. El gran optimismo viene de la perspectiva de gran alcance del modelo, la ansiedad viene del desarrollo esperado. La mujer cuya madre murió cuando ella daba a luz espera que cada uno de sus embarazos sea el último. Si ella sabe que la muerte de la madre fue por hemorragia, entonces aún una pequeña cantidad de sangre es significativa para ella, la cual no es proporcional al observador real y objetivo, si la fecha dada para el parto se da cerca de la fecha de su propio nacimiento, tiene una doble promesa de placer como un regalo de cumpleaños y como una réplica de la experiencia tan exitosa de su madre.

En la diferencia lógica de la expectativa hipotética deductiva de réplica, los números tienen una importancia representativa; algunos números tienen

un valor simétrico de totalidad, dos o cuatro como el número deseable en una familia, pero en situaciones adversas tales como dos muertes en una familia grande durante el año en cuestión, se espera la muerte de un tercero que en este caso será su muerte o la del bebé.

La primigesta ensaya su papel cuidando a un bebé como si fuera suyo, mientras la secundigrávida también explora el papel del rol materno teniendo "dos hijos", uno el suyo propio y el otro el compañero de juegos del momento. La respuesta de la madre del compañero y del objeto del ensayo del rol materno se observa muy de cerca; si la respuesta es positiva esto es muy satisfactorio para la mujer la cual siente que esto le augura su éxito como madre; si la mujer siente rechazo por el niño que cuida que no es suyo, esta pierde confianza en sí misma y siente que va a ser rechazada o que va a fracasar su Self como madre. Puede ocurrir que las primigestas, como no discriminan la edad del niño a su cuidado, por ejemplo, que este tenga ocho meses de edad y rechaze a todos los extraños lo cual es natural, sin embargo la primigesta experimenta su rechazo como su propio fracaso. Los esposos también juegan el papel "como si" fueran padres. La pareja primigesta empieza a experimentar lazos de identidad paterno-maternal.

La réplica es un puente para llegar a ser madre como un acercamiento preliminar hacia una identidad materna. En el uso implícito o explícito de modelos existe una conservación en la réplica de los mejores atributos y valores sociales. Existe posición conservadora y una sensación de pertenencia social que aumenta con la formación de una identidad materna para llegar a ser característico del comportamiento materno. La réplica sirve como guía en el curso y secuencia de situaciones en el embarazo, parto

y puerperio.

Cuando la mujer es aislada y priva de modelos expertos se siente bajo gran tensión y confusión. Esto algunas veces ocurre en el embarazo, pero es casi típico en el puerperio.

Sin los parámetros que puedan ser vistos a una distancia para anticiparlos o esperarlos y con el tiempo de preparación, la orientación y organización disminuyen.

El comportamiento repetitivo y las expectativas son específicas para cada etapa y no tienen ninguna utilidad una vez que se completan a la anticipación y entrada a cada etapa. La mujer preparándose a entrar a la etapa de trabajo de parto se muestra indiferente a los modelos de embarazo. Observando a otra mujer en una etapa que acaba de pasar, ella se observa a sí misma como modelo y utiliza su propia experiencia como referente para evaluar en donde se encuentra ella. ¿Qué es lo que siente y qué es lo que espera?

Ante la nueva maternidad los elementos de repetición son centralizados para tener una consistencia interna, una continuidad con el Self y la imagen física. Se toman en cuenta ciertos elementos, se asimilan dentro del sistema del Self dejando ir y reorganizando el contexto previo de la personalidad para acomodar los nuevos elementos dentro de un todo continuo y ordenado en una personalidad integrada.

Las fantasías son la proyección en imágenes de la madre y de su bebé hacia el futuro "¿Cómo será?". A pesar que el estímulo hacia la fantasía comúnmente se origina en los modelos y situaciones de réplica, no existen

terceras personas en la fantasía. La fantasía es la exploración cognitiva de posibilidades en las experiencias del Self y del niño. Se dan imágenes efímeras y escenas de situaciones de cómo será, ya que la anticipación y la preparación para ser madre y tener hijos son tan importantes; las fantasías de lo que sucederá se darán durante el sueño y la vigilia. Las fantasías placenteras dan esperanza y las desagradables dan ansiedad. La preponderancia de las fantasías durante el embarazo se centran en el "bebé", en la fantasía la madre espera que el hijo sea de "tal o de cual forma". Las fantasías establecen un lazo entre el feto y el Self como madre. Existe un deseo específico hacia ciertos alimentos que la madre le dió a ella en su niñez; ella creará una atmósfera y olor "igual" al que ella tuvo. Ingerir alimentos ceremoniosamente conforman una unidad entre el Self y el futuro bebé independientemente de que el acto de dar alimento al niño sea fantasía, es una modalidad de acción muy importante para establecer lazos con el bebé.

El ver ropa de bebé estimula a la fantasía; las imágenes que se forman en la mente a través de la vista, no son imágenes pictóricas de visión ocular sino una percepción con sentido. Algunas imágenes se repiten y son tan vividas que su significado no requiere de ninguna repetición, algunas imágenes reaparecen no muy consistentemente en diferentes formas. Las cualidades perceptivas de las fantasías son experiencias sentidas con afecto participativo, sentimientos y emociones resultantes. Las experiencias placenteras son fáciles de compartir más no las desagradables por preocupantes ya que tienden a ser rechazadas a través de la reafirmación cuando son compartidas.

La mujer en este periodo está muy ligada a la realidad y distingue lo que

es una experiencia real y una fantasía, por lo tanto tiende a censurar la comunicación sobre sus fantasías y trata de tener la mente ocupada sin imágenes y sentimientos desagradables. Esto llega a ser de algún modo un comportamiento maternal característico, sin embargo la experiencia sentida es una verdadera vivencia para ella, una parte del parto es tan real como el presente que está viviendo dentro de ella, que todos los demás no la considerarán presente hasta que nazca.

Existe un temor hacia el parto pero también una esperanza y deseo del niño. El temor que existe es por el bebé y ella; no habría ningún temor con respecto al bienestar del bebé si no existieran lazos filiales de una experiencia física y fantaseada con el niño.

Lo que ocurre en la fantasía es que una mujer hace a su bebé únicamente suyo. (Rubin, 1970) Ya que el niño es una identidad desconocida hay una fluidez en las imágenes de la fantasía. Pero también existe un compromiso y un involucramiento incondicional, unos lazos filiales hacia el bebé y hacia el Self como madre del niño. A medida que la mujer establece lazos con su fantasía hay una realineación de lazos filiales con otras personas (Rubin, 1967)

Existe también una pérdida de facetas de su propia personalidad, su propia identidad en cuanto aspiraciones y en acción en cuanto a su estilo de vida y en el espacio vital de su mundo. La raptura se va dando en la mujer gradual y tratativamente, como una breve interrupción en la continuidad del Self en acción. Las expectativas son que muchas actividades del Self en el mundo se reanudarán después del nacimiento, otra fantasía del "cómo será". Cuando no se han reanudado estas actividades, aunque hayan pasado varias semanas del parto hay una difusión de identidad. La fantasía de que

ella reanudará actividades como deportes, socializar y trabajo creativo hace esto posible con la ayuda del feto en desarrollo y el aumento de los niveles hormonales para seguir con las actividades por medio de las cuales ella se identifica.

Existe una ruptura preparatoria de anteriores autoconceptos históricos. Se da un repaso a la etapa pasada de la vida, un reconocimiento de que este aspecto en la vida vital ya se terminó, posesión de memorias y una vuelta en la fantasía hacia el futuro. En el estilo pragmático y conservador de la mujer embarazada, la liberación de una identidad anterior es condicional en un parto exitoso. El pasado terminado se reconoce en el tiempo conceptual del discurso "cuando yo estaba más joven y yo tenía... o yo hice" "antes de que nos casáramos...", "cuando tuve mi primer hijo."

Existe un distanciamiento del Self, el Self presente y el Self futuro del Self histórico. Las decepciones y frustraciones del pasado se dan como algo olvidado. Hay una liberación y una aceptación del Self que tiene un efecto terapéutico; el reconocimiento del Self en continuidad y progresividad es placentero. Las reflexiones son cortas tratan con elementos o patrones y para completar siempre terminan abarcando el Self presente y su espacio vital "pero ahora..." y del Self futuro "pero cuando..." en aceptación y anticipación del nuevo ser y del nuevo espacio vital. El desprendimiento se acomoda y promueve un enlace con la fantasía en el planeamiento y en la acción. Las reflexiones en el desprendimiento de los lazos de su identidad anterior y un espacio vital, requiere de un compañero, de un receptor. Las mujeres tienden a ser buenos reflectores ya que esto aporta a sus poblaciones muestras, anécdotas de posibilidades y probabilidades situacionales.

El control y contenido de la experiencia dentro de los límites del inicio y el

fin en el tiempo y espacio separa las experiencias de otras experiencias y sentimientos que se están dando.

Gran parte de estas reflexiones se dan en silencio en el pensamiento tendiendo a ser circulares repetitivas sin un comienzo y sin un punto final, sin límites en tiempo y espacio, permanecen concurrentes con las experiencias y situaciones del presente inmediato. Entre más significativa sea la experiencia situacional pasada, más importancia se le dará a la a la represión y al control. Las conversaciones con el Self en la dualidad Yo-a mí misma sufren sin embargo, de una falta de lenguaje estructural y el resultado es un entretejido circular progresivo, no definido e ilimitado. En el aislamiento absoluto relativo de un oyente receptivo y tolerante como agente estructural, las imágenes en la memoria se pueden aglutinar en vez de corregirse en un tiempo y espacio ordenado y consecutivo.⁽¹⁶⁾

RECONSIDERACIONES TEORICAS FINALES

La elección de las variables psicosociales relevantes en la experiencia de la primigesta tienen su origen en el modelo conceptual del embarazo como un periodo de transición entre dos estilos de vida-dos estadios del ser: La mujer sin niño y la mujer y el niño y los factores importantes en tal cambio.

La transición entre dos estilos de vida se podrían observar como un cambio paradigático, el paradigma siendo entendido como una constelación de la imagen del Self actual, las creencias, los valores, las prioridades, los patrones de comportamiento, relación con otros y un conjunto de habilidades para resolver problemas. De acuerdo con Thomas,

Kuhn (1970) un cambio paradigmático se da cuando la vida cambia, en este caso, el hecho del embarazo que resultará en el nacimiento de un bebé que no puede fácilmente integrarse al viejo paradigma. A través de todo el periodo de gestación existe una revaloración del Self y de otros significantes, una sustitución de hábitos antiguos por nuevos. El embarazo es un periodo de preparación ante la emergencia de un nuevo paradigma con el bebé como parte integral y crucial.

Se puede pensar que un cambio paradigmático es un cambio en la percepción. La mujer sin hijos ve al mundo de manera muy diferente de las que son madres. El cambio tiene lugar en un marco de evolución, ya que el embarazo y el parto es un proceso de desarrollo con varias etapas en donde no se puede regresar al Self anterior. Se espera que haya algunos conflictos personales y una resistencia crítica al cambio, antes de que se de una adaptación al nuevo paradigma. El proceso de desarrollo y adaptación de la experiencia del embarazo y parto ha sido reconocido por otros. Grossman, Eichler y Winkhoff (1980). Se describe con mucha frecuencia al embarazo como una crisis de la vida, en la que el crecimiento tiene lugar a través de una resolución de la crisis, a pesar de que Leifer (1930), Wolkind y Zajick (1981) reportaron que unos cuantos sujetos en sus estudios experimentaron el embarazo como una crisis. Durante el curso de este proyecto se entendió que se da una especie de crisis cuando los dos paradigmas están muy separados, cuando los dos estilos de vida no pueden ser reconciliados, cuando la etapa de desarrollo es demasiado larga para llevarse a cabo en nueve meses. Puede haber un periodo de intenso conflicto y ambivalencia. Lo que parece ya haber sucedido con frecuencia, sin embargo antes que la mujer se embarace ya se ha preparado consciente e inconscientemente para la

maternidad; ya ha pasado al nuevo paradigma y la etapa de desarrollo ya no es tan difícil que se da en los nueve meses. Por lo tanto sería más apropiado el curso del parto como una prueba parte integrante del crecimiento, y más bien como un desafío que como una crisis. Esto representa un punto de vista mucho más optimista del nacimiento del bebé, un punto de vista que reconoce mejor la complejidad y creatividad de evento. En el modelo propuesto la madre valora al niño como lo hace con otras personas importantes en su vida, un ser único que está separado de ella misma. Esta suposición implica respeto al niño sus derechos a menos que este respeto exista, una mujer no podrá criar a su hijo. El dar es una característica definitiva de la maternidad. La mujer ya no está encerrada en sí misma, ya se preocupa por el bienestar de su bebé como el suyo propio. El nuevo bebé no puede integrarse al nuevo paradigma. El estilo de vida anterior a la madre, sus prioridades y su autoimagen ya no son palpables; se requiere una modificación si es que el nuevo paradigma, la madre y el hijo, empezará a florecer.

Cuando la pérdida de un estilo de vida anterior no se compensa con una satisfacción claramente percibida del niño esperado, entonces la ambivalencia aumenta y la transición se detiene, como resultado de un alto nivel de tensión y ansiedad.

Cerca del término del embarazo puede llegar a encontrarse con ciertos trastornos cuando se enfrenta a la aparición inminente del niño para el cual tuvo mucha dificultad el llegar a sentirse preparada. Un trastorno que puede intensificarse por presiones sociales al finalizar su embarazo y alterarse cada vez más y sentirse atrapada sin salida.

La ansiedad excesiva puede afectar el curso del trabajo de parto con

posibles implicaciones para el bienestar de la madre y el niño. La mujer podría todavía entrar en el cambio paradigmático, pero es lógico esperar que este será mucho más traumático. En realidad las variaciones progresivas en el cambio paradigmático ocurren en el tiempo y el proceso de maduración continua a medida que el niño crece y otros nacen.

La futura madre desarrolla ciertas tareas mientras entra en el cambio paradigmático. La tarea inicial es aceptar la idea del embarazo y asimilarlo dentro de su propia manera de vivir. Las reacciones anticipadas como la euforia, son comunes si la mujer ha esperado con ansia ser madre, al mismo tiempo le pueden sobrevenir dudas viendo los pros, los contras y las consecuencias de una realidad en cambio. Podría preocuparse por ejemplo de qué tan bien se manejará con su profesión y su niño, como anticipar problemas económicos. Se espera un cierto grado de ambivalencia y titubeo a través de todo el embarazo aunque se hayan tomado decisiones claras.

Los motivos para el embarazo influyen en el grado de aceptación y tolerancia hacia este; el deseo de ser madre sin embargo, puede ser o no ser punto central para la motivación de la madre.

Dos teorías importantes en el desarrollo: la identificación de un rol maternal, de la renovación y profundidad de la relación madre-hija son con frecuencia complementarias en el embarazo. Al especular cómo seremos cuando seamos madres uno se refleja en su propia madre y reevalúa la calidad en la forma en que fue criada. Ella tiende a reevaluar su propia relación con su madre y considerar la posibilidad de una reconciliación marcada si existía conflicto antes, ahora reconociendo a su madre como un ser con limitaciones humanas. Este proceso de trabajar la relación

madre-hija puede durar todo el embarazo. Un análisis de las interrelaciones de esta variable con otras en el embarazo indican que una buena relación con la madre crea una base sólida para la identificación en el rol materno de uno mismo, que está asociado con un grado razonable de confianza en sí mismo y con menos temor y ansiedad en el embarazo y parto.⁽¹⁷⁾

La gestación y luego la maternidad aportan al cuerpo de la mujer el peligro o la seguridad de la identificación genital con su madre, con una modificación radical de su psicología Yóica, descentrada de su cuerpo sobre el del niño y el desinvertimiento relativo del objeto hasta entonces único representante fálico.⁽¹⁸⁾

En el curso del embarazo la mujer llega a estar preocupada no sólo en su rol como futura madre, sino como el rol que su esposo asumirá como padre, al concentrar sus pensamientos como esposo, no es raro que una mujer embarazada lleve a cabo una reevaluación de sus lazos con el marido o aún de los roles de su sexo. Se preguntará si su marido le dará apoyo cuando ella más lo necesita. La futura madre con frecuencia notará que se encuentran más vulnerables; el cambio de humor por un lado se precipita con frecuencia por la contemplación del desafío y por otro lado, por las compensaciones anticipadas de la crianza.⁽¹⁹⁾

Un hombre y una mujer no se han engañado siempre en su primera actuación sexual, pero a menudo comprometen demasiado pronto su existencia, incluso antes de haber alcanzado la edad de deseo de dar nacimiento a un tercer término, el hijo, antes de estar maduros para excentrar su narcisismo en el fruto viviente de su amor. Esta dialéctica

genital vivida no es una panacea que aporte la "felicidad", con más seguridad que las otras dialécticas, pero tampoco con menos, sino que anula el día en que despunta la validez de las uniones del comercio dual, con trueque a beneficio o a pérdida, de los corazones, los cuerpos y el sentido simbólico de ambos. Las cargas materiales y morales, las alegrías y las penas emocionales y sexuales que sobreviven en la familia de una pareja sanamente estructurada (desde el punto de vista libidinal) en el momento de su opción marital, son raramente fuente de regresión en caso de verse sometida a una prueba, tanto para la persona de los padres como la de los hijos a los que sirven de ímago en el curso de su crecimiento.⁽¹⁸⁾

En el tercer trimestre cuando el interés de la mujer con frecuencia se vuelca hacia la realidad inminente del nacimiento del niño, temores y ansiedades sobre el dolor, sobre algún daño posible a ella misma o a su hijo y sobre la muerte, precipita la preparación para el momento final. Consecuentemente otra tarea importante del embarazo es preparar a la futura madre para el trabajo de parto por medio de clases, lecturas relacionadas y discusiones con otros. Tales esfuerzos son cubiertos de temores a lo desconocido lo que representa un viaje a lo que nadie predice los resultados con veracidad. La mujer que se enfrentó a una ansiedad creciente e incertidumbre sobre este viaje aprende a equilibrar estas emociones a través de una anticipación positiva, en otros palabras, una preparación para el trabajo de parto supone una adquisición de conocimiento, así como un grado razonable de confianza a sí misma.

A medida que una mujer aprende, se prepara para los eventos del trabajo de parto, se encuentra ante la paradoja de no tener control sobre sus

contracciones. Debe escuchar a su cuerpo y trabajar activamente con él. Las asociaciones de dolor pueden estar dirigidas hacia temores a la pérdida de control y subsecuentemente a la pérdida de la autoestima. En nuestra sociedad el concepto de control tiene una significación especial y este elemento se manifiesta en las preocupaciones y temores que tiene la mujer con respecto a trabajo de parto.

En resumen la transición a la crianza, el cambio paradigmático es un proceso psicológico de desdoblamiento que mantiene el paso y complementa el desdoblamiento físico del feto. Una transición que lleva consigo cantidades variables de resistencia.

Se podría hacer una analogía entre el nacimiento de un ser y la creación de una obra de arte. El acto creativo requiere un cambio dramático de perspectiva, una manera diferente de ver la vida.

La creación es esencialmente activa, ya que la personalidad creadora no le sigue los pasos a otro, sino que permite que su mente toque los límites de lo desconocido. Para llevar esta analogía más lejos, el proceso preparatorio de creación casi siempre presenta periodos de aislamiento, una introspección profunda y una sensibilidad intensa y esto se acerca al mundo de lo inconciente, ya que esto es un proceso interno. La persona creadora está, por lo tanto, esencialmente sola a pesar de todas las motivaciones y halagos que pueda recibir y lo que lo hace necesariamente tener un grado de tensión emocional. Ella trabaja y espera que su obra de arte tenga una vida propia y en cierto momento le muestra el mundo tal como es. El acto creativo también requiere que la persona creadora se separe de su misma producción, y otra vez en términos de ambas figuras, en la analogía madre-hijo(a) la

persona creadora posee una sensación de logro.

Entrar en este cambio paradigmático, cambiar perspectivas significa tomar un camino desconocido, inestable y exitante infestado de peligros, logrando finalmente recompensas inesperadas.⁽¹⁷⁾

Todo es enigma en la mujer, pero ese enigma tiene un nombre. "El nombre es embarazo."

Nietzsche

EMBARAZO DE ALTO RIESGO

En la actualidad en Instituto Nacional de Perinatología acepta para su estudio y tratamiento mujeres con criterios de alto riesgo, ya sean de carácter obstétrico o ginecológico. En ciertos casos dan asistencia a mujeres grávidas con sintomatología normal.

Atendiendo a las normas y procedimientos del INPer el embarazo de alto riesgo o de riesgo elevado es aquel que tiene o probablemente tenga estados concomitantes con la gestación y el parto que aumenta los peligros para la salud de la madre o su hijo.⁽³⁾

La evaluación del bienestar del feto y de su madurez pulmonar son las bases sobre las que se apoya el clínico para escoger el momento óptimo para interrumpir la gestación. Estos son los elementos que han propiciado el desarrollo del concepto de Embarazo de Alto Riesgo, que reúne diferentes complicaciones de la gestación. Según el momento en el que aparece la complicación que pone en riesgo al feto, se habla de alto riesgo prenatal, intraparto o neonatal.

No siendo el embarazo una enfermedad, deberá someterse a una vigilancia

especializada, únicamente a la enferma portadora de un embarazo de alto riesgo, esto permite concentrar recursos de un costo de operación elevado en centros especializados y así no "desperdiciar" material y esfuerzo humano en embarazadas normales.

El sistema de identificación del riesgo prenatal debe ser por consiguiente accesible para personal no especializado ya sea médico general o enfermera encargada de la vigilancia prenatal. Es por esto y por otras razones por las que se ha recurrido a un sistema de calificación que incluye una lista de puntos en la historia clínica y evolución del embarazo que, al llegar a un límite justifica derivar a esas pacientes a un centro de medicina perinatal especializada para la vigilancia y manejo definitivo del embarazo de alto riesgo.

La gradación de la calificación, es un tanto arbitraria y está sujeta a la experiencia que se tiene sobre el efecto anticipable de un factor sobre el embarazo; se incluyen básicamente dos magnitudes, la más alta se refiere a aquellos antecedentes o complicaciones que por sí solos colocan al embarazo en alto riesgo. Los antecedentes de pérdidas fetales recurrentes o la aparición de eclampsia, poldramios, etc. La más baja, comprende a otro grupo de factores que se acompaña de manera significativa de problemas perinatales, tal sería el caso de tener quince años o menos, así como las mayores de treinta y cinco años. De estos factores se ha determinado que la presencia de dos o más son necesarios para considerar que existe riesgo elevado, a pesar de ser discutible este sistema tiene la cualidad de ser objetivo, de permitir la evaluación de resultados y de facilitar la actividad docente.

La identificación de alto riesgo prenatal persigue la prevención de una serie de problemas mediante un plan de tratamiento. (3)

Las alteraciones que contribuyen a un aumento de riesgo pueden ser de origen materno como una disfunción tiroidea o una enfermedad cardiovascular hipertensiva de origen placentario como la placenta previa o de origen del cordón umbilical, la compresión o la vasa previa o de origen fetal como anomalías genéticas o de transfusión de gemelo a gemelo.

El desarrollo anormal o la función alterada depende del trastorno individual, mecanismos compensatorios y modo de tratamiento. Los medicamentos administrados a la madre pueden ser benéficos para ella pero peligrosos para el feto. Cualquiera que sea el problema la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado reducirán las tasas de mortalidad y morbilidad perinatales considerablemente.

La frecuencia del embarazo de alto riesgo depende de las definiciones empleadas y de la comunidad que se está considerando. (4)

Dentro de estas multclasificaciones diagnósticas para el INPer las principales anomalías y procesos patológicos dependientes o condicionantes del embarazo de alto riesgo son⁽⁵⁾:

- a) Aborto.
- b) Enfermedad trofoblástica gestacional
- c) Embarazo ectópico.
- d) Eparémesis gravídica.
- e) Embarazo múltiple.

- f) Muerte fetal.
- g) *Inserción segmentaria de la placenta.*
- h) Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada.
- i) Otras causas de sangrado de origen placentario en el tercer trimestre.
- j) Ruptura prematura de las membranas ovulares.
- k) Polihidramnios.

El feto forma con su madre una unidad ... Si una noticia ocasiona un síncope a la madre ¿Que le ocurre al feto? Si un accidente la sumerge en una melancolía duradera ¿Que le ocurre al feto? ... Esta criatura es, durante nueve meses parte triste o alegre de un sistema que sufre o se regocija.

Diderot

PSICOLOGIA DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Como Dunbar ha afirmado, muchos ginecólogos desconocedores de los procesos psíquicos y opuestos al psicoanálisis van llegando a la conclusión de que la mayor parte de los problemas ginecológicos se basan en trastornos de carácter psicosexual. Si tenemos en cuenta que la dinámica de la maduración psicosexual defectuosa sólo puede comprenderse por la perpetuación en el adulto de actitudes infantiles respecto al sexo, deduciremos que la continuación de esas actitudes tienen una marcada influencia sobre el

funcionamiento sexual de la mujer.⁽¹⁹⁾

Pocas dudas pueden existir de que innumerables pacientes que acuden al médico presentando síntomas que traducen un conflicto emocional profundamente situado. Muchos médicos reconocen sólo en estos síntomas su aspecto aparente perpetuando así los conflictos neuróticos que en muchos casos es precisamente lo que desea el paciente.

Plantear una exploración sobre una base emocional resulta con frecuencia una experiencia muy desagradable para el médico, por diversas razones, el médico puede eludir en muchos casos el exámen del aspecto emocional de la enfermedad, ya que este exámen pueda producir una actitud hostil de la paciente, sin embargo sorprende observar que existen numerosas pacientes que oponen poca dificultad a aceptar la base emocional de sus síntomas. Es de esperar que al aumentar el número de médicos versados en medicina psicósomática, aumentarán también los pacientes que aceptarán la validez de estos conceptos.⁽²⁰⁾

La sobre excitación en los primeros meses del embarazo se acompaña casi invariablemente de hipertensión neuromuscular o de pugnas mentales entre el miedo y la ecuanimidad.⁽²¹⁾

Hay mujeres que se quejan de padecer náuseas que les hacen aborrecer la vista y el olor de la comida, otras con una sensación de fatiga permanecen tendidas, lloran sin motivo justificado, sufren de estreñimiento pero no se atreven a tomar un laxante a menos que se les prescriba específicamente, en

estos casos debe investigarse el origen de los trastornos ya que constituyen casi siempre síntomas somáticos de perturbaciones psíquicas.⁽²²⁾

El desarrollo de un feto que pesará más de tres kilos no puede llevarse a efecto sin originar en todos los casos alteraciones en la madre; las circulación sanguínea de este debe aumentar, así como su consumo de oxígeno y de energía, su actitud se modifica al igual que las formas de su cuerpo y su comportamiento psíquico deja de ser el mismo. Toda fatiga, toda enfermedad de la madre determina rápidamente un desequilibrio que el niño es el primero en sufrir.⁽²³⁾

El estado psíquico de la paciente tiene gran importancia. En 1844, Lee publicó sus lecciones de obstetricia que daban "Las emociones bruscas y violentas, ejercen una poderosa influencia sobre las contracciones del útero."⁽²⁴⁾

Las mismas observaciones habían sido expuestas de distintos modos por otros autores centenares de años antes que Lee; Head escribió: "El estado psíquico de la paciente tiene gran influencia sobre el dolor originado en las vísceras pélvicas. El útero posee gran importancia filogenética; es el órgano biológico esencial para la supervivencia de la especie."⁽²⁵⁾

Decía Smith: "El útero es el soporte de la raza, del mismo modo que el estómago y el corazón son el soporte del individuo." Por consiguiente, es lógico suponer que el aparato sensorial de la mujer presta especial atención a las sensaciones procedentes del útero. El dolor y el tono muscular correspondiente, pasan por una vía propia y por la médula espinal con dirección al cerebro.⁽²⁶⁾

Remiténdome a los criterios de valoración de alto riesgo en el INP²⁷, dos cesáreas o una cesárea seguida por un embarazo inmediato indican alto riesgo, lo cual puede ser originado por el miedo que consiste en la exagerada actitud defensiva ante la presencia o posibilidad de un peligro, las reacciones motoras o los mecanismos protectores del miedo y del dolor visceral se manifiestan mediante el sistema nervioso simpático por la inmovilización del cuerpo preparatorio de la huida o la lucha, el útero no puede huir, no puede eludir su actividad, por consiguiente resiste contrayendo las fibras musculares del segmento inferior del cuello de la matriz, al aumentar la resistencia a la expulsión se requiere de una fuerza mayor para la dilatación, de este modo los dos grupos opuestos de fibras musculares no mantienen la polaridad fisiológica y se produce una tensión superior a la normal que estimula los receptores dolorosos del útero, el resultado es que se produce dolor en un parto que de otro modo hubiera estado desprovisto de complicaciones.⁽²⁷⁾

Durante el parto de las mujeres propensas al miedo, el hipertenso del sistema nervioso simpático restringe la llegada de sangre al músculo uterino activo; esta disminución del volumen circulatorio origina un fuerte dolor en todo el músculo uterino dolor que persiste en la contracción y relajación que se debe a la disminución del volumen sanguíneo de las fibras musculares que finalmente conduce a un espasmo tónico y a una isquemia considerable.⁽²⁸⁾

No debe pasarse por alto el valor de estas observaciones para comprender los efectos de la correlación psicoscénica en el parto y el

embarazo .Debe conocerse de modo completo la reacción somática a la estimulación nerviosa simpática por medio del aparato corticotálámico y sus diversas intensidades en el estado de salud y enfermedad .⁽²⁹⁾

La pregunta histórica ¿Que es una mujer?

Dora y el órgano femenino.

La dicotomía significante.

Lo simbólico y la procreación.

Freud y el significante.

Lacan

PSICOANALISIS Y EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Espectaculares investigaciones han demostrado recientemente Seyle, los cuales dan acaso la razón a la predicción hecha desde hace mucho tiempo por Freud al decir "La endocrinología el mas próximo pariente del Psicoanálisis, nos esta pisando los talones y llegará a alcanzarnos algún día con sus descubrimientos." Para nuestro propósito podemos afirmar que la función del ovario tiene con el sistema nervioso una relación mucho más íntima de lo que hasta hoy se creía⁽³⁰⁾.

Históricamente, actitudes hacia la mujer embarazada no han sido siempre favorables. Tenzer (1972), en el antiguo Egipto mujeres

embarazadas eran consideradas como sucias y sujetas a purificación y aislamiento. Confrani (1960), los griegos prohibían nacimientos en sus templos, y cualquier mujer que no hiciera saber su embarazo, estaba sujeta a castigo. En algunas culturas se hicieron intentos para ocultar el embarazo mediante ropajes caseros, o las mujeres embarazadas permanecían en casa una vez que su condición era obvia.⁽³¹⁾⁽³²⁾

En la cultura occidental el embarazo y el parto alcanzaron el estado de enfermedad y durante el parto, por ejemplo, las mujeres están frecuentemente encamadas y trasladadas en una mesa de partos en un cuarto que parece servir como una sala de operaciones en donde se les administra a las mujeres drogas o anestésicas que les hace sentir que su cuerpo no es capaz de desarrollarse normal o adecuadamente; esto podía tener no sólo efecto físico, sino que también podía hacerla sufrir en su autoestima⁽³³⁾. Considerando Mary Langer (1951): En nuestra sociedad, los trastornos del embarazo, los dolores, dificultades y angustias del parto son tan frecuentes que se les considera como fenómenos normales casi inevitables, sin embargo, un examen psicológico más profundo nos revelan que estos provienen de trastornos psicológicos y de identificaciones con otras mujeres ya trastornadas en su femineidad.

La interacción entre factores económicos y afectivos, y nuevamente la repetición por parte de la mujer adulta de su situación infantil durante el embarazo y el parto repite especialmente su relación primitiva con su propia madre, este hecho ha sido observado a fondo en tratamientos psicoanalíticos.

Pero según pudimos observar, el feto puede adquirir otras

representaciones más para la mujer. La más frecuente es la de algo "robado" a la madre; este algo puede ser tanto un hijo que pertenece a la madre, como el pene del padre que la madre lleva adentro. Volvemos pues a encontrarnos otra vez con las fantasías tempranas e inconscientes de la niña de haber despojado a su madre de los contenidos valiosos de su cuerpo. La reagudización de estas fantasías durante el embarazo y el parto es la causa de múltiples angustias y trastornos somáticos.

La vida femenina expresada en mecanismos normales o patológicos son siempre la manifestación del mismo conflicto, del temor de identificarse con la imagen de una mala madre destruida o del temor a su venganza.

Entre los temores que invaden a la mujer embarazada está el de el miedo de dar a luz un monstruo que proviene de los propios sentimientos destructivos contra el hijo, representante del marido, de uno de los padres o de un hermano, pero siempre de algo que para el inconsciente pertenece a la propia madre.

La mujer embarazada que teme ser destruida por el feto experimenta a menudo el embarazo como una trampa peligrosa tendida por su madre y el embarazo se convierte en castigo. A esto la embarazada puede responder con intentos semiconscientes de abortar, seguidos por intensos sentimientos de culpa. La propia frustración oral que lleva al rechazo del feto suele expresarse también en una negativa desafiante de alimentarlo que significa un diálogo tardío con la madre como si le dijera: ¿Cómo puedes pedir que yo le dé lo suficiente a mi hijo si tu no me has dado lo necesario?

Para que el embarazo se desarrolle continuando con trastornos, deben existir dos tendencias opuestas que entren en conflicto: la primera fantasía inconsciente corresponde a la posición esquizoparanoide, y la segunda a la

posición depresiva; esto es albergar el pene, el semen o el feto dentro de ella, significa entonces para la mujer el haber robado algo que pertenece a la madre, significa ganar y triunfar sobre ella. Por eso mismo implica el peligro de castigo y destrucción, entonces la salvación consiste en negarlo todo, frialdad, esconderse de la madre o aún en desprenderse de un embarazo "robado". Por los temores paranoicos que entran en conflicto con los deseos de reparación. En la posición depresiva, la hija embarazada le devuelve a la madre destruída lo robado por medio de un hijo sano y de dar fé de esta manera tanto de su bondad y tolerancia como de la bondad e integridad del propio cuerpo.

Impresiona a menudo la intensidad de angustia que sienten muchas mujeres al principio de un embarazo deseado contentemente, si la angustia se vuelve intolerable, intentará librarse del feto persecutorio por todos los medios a su alcance; la defensa psicósomática más frecuente contra la angustia provocada por el feto que crece y crece consiste en el aborto, en la expulsión prematura del perseguidor que ocurre a menudo sin poder ser frenada por ninguna medida preventiva o medicación.

La intervención de factores psicógenos en la hiperémesis gravídica fué reconocida hace mucho tiempo. Se observó que por medio de raspados fingidos, cambios ambientales, etc. se pueden observar éxitos terapéuticos poniendo así en evidencia el origen psíquico de este trastorno. Ya en 1921, Schwab consideró la hiperémesis incohercible como una huelga de hambre contra el embarazo, y la muerte, hiperémesis como suicidio. El rechazo oral de la embarazada en ocasiones es desplazado sobre otros órganos, por ejemplo el tracto respiratorio, en una embarazada en situaciones de conflicto presenta como sintomatología una tos expulsiva proveniente de una

inflamación faríngea. El análisis de este síntoma demostró que intentaba expulsar el feto por medio de la tos. Cuando el rechazo del feto es tan intenso, el síntoma oral ya no es suficiente para calmar la angustia de la embarazada, la lucha se libra a menudo en la parte terminal del intestino con mucho mayor peligro para la prosecución del embarazo, ya que el útero se halla íntimamente vinculado con el resto de los plexos viscerales, por lo que las variaciones tonales del sistema vagosimpático se transmiten a él por intermedio de sus conexiones neuromusculares. Gran parte de los remedios populares para provocar un aborto obran sobre el intestino provocando cólicos y diarreas intensas, desencadenando así un estado de sobreexcitabilidad neuromuscular de contracciones de la matriz que pueden desencadenar un aborto.

En el nivel oral el peligro de la expulsión del feto es muy relativo, el Yo percibe esta situación y esto permite a las tendencias inconscientes expresarse por el síntoma, así el reposo permite exteriorizarse por medio del sueño; en ninguno de estos casos hay peligro de que esta exteriorización tenga consecuencias graves en la realidad, pero si su forma de mecanismo de defensa lleva a la mujer a expresar sus conflictos en el plano intestinal, la continuación de su embarazo corre peligro y tendrá que luchar para mantenerlo, se defenderá de sus tendencias hostiles de expulsión por medio del estreñimiento.

La mujer al adquirir más libertad social y sexual ya no sufre de tantos cuadros neuróticos típicos como la gran histeria restringida, sin embargo sus funciones maternas padecen en cambio los trastornos psicosomáticos de sus funciones precreativas. La mujer que está en conflicto con ella misma como tal respecto a la ausencia de hijos en su vida, queda frustrada en la

menopausia, sin tener conciencia de ello.

Este conflicto puede expresarse en diferentes terrenos; teniendo dificultades con sus hijos y sufrir de diferentes trastornos en su vida procreativa, o puede, si el conflicto es muy grande, esquivar del todo la maternidad. De las tres maneras expresa su rechazo de ser madre y este rechazo implica un hecho de suma importancia, porque significa que está en desacuerdo con su propio sexo y por lo tanto con su propia existencia⁽³⁴⁾.

Helene Deutsch interpreta la psicología de la mujer embarazada como consecuencia de una doble identificación. "La mujer en cinta se identifica con el feto reviviendo así su propia vida intrauterina, además el feto representa para el inconsciente de la mujer embarazada su propia madre y su Super Yo materno, así su relación ambivalente con su madre es revivida con su hijo futuro".

El narcisismo disminuye con la maternidad, por lo que la mujer con patología narcisista no ama a ningún otro que no sea ella misma y la alegría de la maternidad no es para ella una tentación, el matrimonio para ella sólo significa posición social o riqueza.

La elección de la mujer de un objeto amado y su actitud hacia él están determinadas en la forma en que se enfrenta con sus antiguos lazos sentimentales de tres constelaciones y por el componente maternal de su psique. Por la existencia eterna de tres constelaciones afectivas; madre, hijo(a), padre, creando así un triángulo de emociones dinámicas que siempre tratará de reconstruir. Ni un embarazo deseado, ni la lactancia del niño, ni todos los numerosos lazos que unen a la madre y al hijo pueden hacerla maternal, mientras esta no llene el vacío del padre en el triángulo.

"María la madre de Jesús de acuerdo con la profunda necesidad humana

de castidad en la maternidad, engendra a su hijo, pero la misma necesidad humana añade a José como la figura del padre".⁽³⁵⁾

Por lo anterior la mujer grávida busca constantemente la integración de este triángulo, de no ser así se produce un vacío emocional que ocasiona trastornos emocionales en el embarazo traducidos a una latente situación con síntomas de alto riesgo.

Lacan(1956) propuso: "La realización genital esta sometida como a una exigencia esencial, a la simbolización : que el hombre se virilice, que la mujer acepte verdaderamente su función femenina .

Volverse mujer y preguntarse ¿que es una mujer?, son dos cosas esencialmente diferentes. La maternidad al igual que la paternidad tienen una esencia problemática; son términos que no se sitúan pura y simplemente a nivel de la experiencia . Nada explica en lo simbólico la creación."⁽³⁶⁾

Dolto F. (1982) concluye : que el feto femenino va creciendo y se forma sin conocimiento de nada, sin embargo ya esta muy marcado por la influencia seguradora o ansiofgena de los efectos libidinales de la madre, sus efectos pueden concernir, por otra parte, al progenitor que puede ser el que ocupa en su vida emocional el lugar del objeto elegido de su deseo. En el caso en el que el progenitor no sitúa el objeto del deseo, dicotomiza las emociones correspondientes al fetiche simbólico de la madre.

La etapa fetal de la vida es siempre actuante, pues se perciben sus huellas vitalizantes o desvitalizantes en las pruebas que se viven ulteriormente en los cuerpo a cuerpo de los humanos.

La clínica psicoanalítica referente a la neurosis precocísima de niños de apariencia orgánica sana en el momento del nacimiento nos enseña que se

trata casi siempre de perturbaciones de su estructuración de la imagen corporal y simbólica del Yo, de la época del narcisismo primario y por ende yuxtánatal.⁽³⁷⁾

COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS AL EMBARAZO

Problemas emocionales serios en el embarazo son raros ya que el embarazo parece proveer de su propia protección. Los suicidios durante el embarazo son casi inexistentes; generalmente las embarazadas posponen este evento por no involucrar a una segunda vida, que no sienten como parte de su destrucción, similarmente las mujeres que buscan abortos terapéuticos son raramente suicidas. En mujeres que desean hijos y que sin embargo son propensas a abortos espontáneos, se ha observado que usualmente son dependientes, particularmente de sus madres, tienen tendencia a la presencia excesiva de sentimientos culpígenos, un escaso control emocional y problemas para el alcance de una identidad femenino positiva. Parece ser que parte de estos problemas (su inmadurez emocional y su baja autoestima) son el resultado de la atención emocional de un repetido fracaso para completar un embarazo. Cualquiera que sea la causa, la psicoterapia ha demostrado ser un tratamiento exitoso para las mujeres que abortan habitualmente, las reacciones emocionales de nacimientos prematuros se parecen mucho a las de aborto, siempre hay una razón médica para sospechar que una mujer pueda dar a luz de manera prematura y con riesgo: mujeres que han dado a luz niños

prematuros generalmente son responsables de esto; siempre culpan a la tensión psicológica, a conflictos matrimoniales, a exceso de trabajo y así sienten que todas sus ideas emociones y hasta cosas que ellos ven afectan al feto.

La mujer puede inconcientemente desear complicaciones para de una u otra manera castigarse o tener una atención extra del departamento médico y más tarde contar sus experiencias conmovedoras. Estudios específicos detallan que las causas emocionales de nacimientos prematuros muestran más actitudes negativas en el embarazo, con una mayor conciencia hostil, rechazo al bebé y baja estabilidad emocional; estas características se encontrarán después del término del embarazo, por lo que no es fácil saber cómo fue el resultado de la tensión emocional y del sentimiento de fracaso en un parto prematuro, y qué tanto se presenta en la personalidad de la mujer antes de dar a luz, los problemas postparto frecuentemente llevan a la paciente a hospitalización u otro tratamiento psiquiátrico. Las dificultades emocionales en el embarazo y en el postparto parecen necesitar intervención psiquiátrica.

Tanto los embarazos no deseados como los deseados y dichosos pueden engendrar un fuerte estado emocional, ya que las parejas no se preparan a sí mismas para una posible pérdida del hijo y la aceptación de que el parto no llegue a término normal, esta idea puede convertirse en extrema y destructiva.

Cuando la mujer ya no puede quejarse de ciertas molestias que tenía en el embarazo, se presenta una ansiedad y depresión residual; la ansiedad más severa antes y después del embarazo parece ocurrir en los periodos de

maduración psicológica. Cuando la mujer confronta su nueva identidad maternal y conflictos con relación al pasado que se manifiestan en el sueño y las fantasías. La mujer embarazada por encontrarse en medio de múltiples crisis, es peculiarmente susceptible a las influencias del medio ambiente; su esposo, madre y amigos son clave para su readaptación.⁽³⁸⁾

Es conveniente reconocer que en el embarazo las psicosis tóxicas no causan psicosis como trastornos mentales. Cuando menos la mitad de los trastornos emocionales durante o inmediatamente después de la gestación son reacciones afectivas, debe tenerse precaución en el tratamiento medicamentos de estados maníaco-depresivos durante el embarazo ya que algunos medicamentos se transmiten a través de la placenta; la manía se presenta cíclicamente y puede remitir en forma espontánea. La paciente puede llegar a término teniendo un parto normal sin necesidad de medicamentos.

La esquizofrenia afecta particularmente a la adolescencia y a la adulta joven, puede hacer su aparición súbita en un embarazo que transcurría satisfactoriamente. En estos casos siempre se encuentran personalidades anormales, con síntomas anteriores. El desdoblamiento de la personalidad resulta de problemas psíquicos subyacentes y de la ineptitud para ajustarse a las demandas del estadio mutuo. Las mujeres anormalmente tímidas, quietas, reservadas y suspicaces, son las que tienen mayor tendencia a presentar reacciones esquizoides durante el embarazo, son extremadamente introspectivas, se ofenden fácilmente y son propensas a soñar despiertas. El pronóstico inmediato para la paciente embarazada esquizofrénica es de regular a bueno.

Las toxicósis exógenas o endógena causan alteraciones mentales o de la conducta, estas pueden ser drogas (alcohol, marihuana, barbitúricos, plomo); las insuficiencias cardíacas o renales, alteraciones metabólicas, traumatismos o infecciones agudas son causadas por toxicósis endógenas. El delirio se desarrolla raramente, a no ser que la paciente tenga eclampsia, un trabajo de parto prolongado, deshidratación o dosis excesiva de analgésicos. El delirio se disipa a retirar el agente causal.⁽³⁾

Pauline S. Powers (1986) realizó una investigación apoyada por el Departamneto de Psiquiatría y Medicina Conductual de la Universidad de Tampa en Florida sobre desordenes psiquiátricos en embarazo de alto riesgo. La muestra consistió en cincuenta mujeres embarazadas, identificadas como portadoras de alto riesgo fetal con ausencia aparente de trastornos emocionales, la muestra se tomó al azar, sin embargo todas ellas pertenecían a un estrato socioeconómico bajo.

Los primeros reportes existentes sobre las alteraciones emocionales frecuentemente no utilizan métodos estandarizados y a menudo se confían en las impresiones clínicas de los investigadores, las cuales tal vez sean válidas, pero no obstante, hacen un cruce de comparaciones cercenamente imposibles.

Muchos estudios de problemas psicológicos en el embarazo, han tratado de resguardar a grandes grupos de mujeres en prácticas generales obstétricas y clínicas, es posible que sólo un porcentaje pequeño de la variedad de complicaciones que existen en el embarazo se explicaran por factores psicosociales, como hipotetiza Chalmers (1982), pero pueda también que el grupo más vulnerable a los desordenes psicológicos no hayan sido aún estudiados. El proceso del embarazo ha sido definido de una manera muy

limitada: como supervivencias sin mayores complicaciones psicológicas, es posible también que las preguntas diseñadas para evaluar las actitudes no sean válidas o se cuestionen a un grupo erróneo. Por los motivos anteriores, el equipo investigador de manera interdisciplinaria utilizó: una entrevista diagnóstica programada elaborada en base al manual de diagnóstico estadístico y trastornos mentales III (DSM-III, 1980) y los criterios de entrevista programada del Instituto Nacional de Diagnóstico y Salud Mental (1981).

La entrevista diagnóstica programada se completó durante la primera semana en que las pacientes ingresaron al hospital. Se organizó a través de preguntas específicas en orden y no improvisadas, para evocar información que estableciera la presencia o ausencia de síntomas o diagnósticos determinados.

Atendiendo al DSM-III, se tomaron los criterios para la detección de trastornos somáticos de pánico, de dependencia del alcohol, abuso de drogas, más no dependencia de estas. También se aplicó de detección de la actitud materna hacia el embarazo (Blau A. 1964. MAPY Instrument) fue diseñado para medir ciertas aptitudes que los autores esperaba correlacionar con un mejor resultado en todo el proceso del embarazo, se pensaron en cuatro factores para refinar ciertas actitudes que describieron como: primero influye la actitud positiva durante el embarazo y la aceptación de este con sus respectivas fases sin ausencia del miedo. Segundo, influye la exageración de sentimientos de bienestar y orgullo durante el embarazo, sentimientos maternos positivos ante el niño y actitudes positivas hacia el doctor. Tercero, incluye un concepto inusual acerca del parto y la participación activa en este, con una actitud positiva hacia el amamantamiento natural. Cuarto, se

pensó en cuantificar una actitud positivamente especial hacia el bebé y la carencia concerniente a lo indebido y excesivo en la normalidad. Simultaneamente se aplicó el índice de cuidado maternal y salud del niño. (Nesvitt y Aubry, 1969. MCHCI Index.) diseñado para detectar embarazos de alto riesgo por medio de una lista completada por el obstetra en la primera visita prenatal.

Como resultado imprevisto, se encontraron setentainueve tipos de diagnósticos incluidos en el DSM-III, excluyendo la dependencia del tabaco la cual se considera como sustancia de abuso en este, algunas pacientes presentaron diagnósticos múltiples, incluyendo una paciente con seis diagnósticos, ella padecía desordenes distímicos, dependencia del alcohol sin abuso, dependencia de barbitúricos sin abuso, abuso de marihuana sin dependencia, fobia simple y disfunción psicosexual. La disfunción psicosexual fue el padecimiento de más frecuencia (22 pacientes), dependencia del tabaco (21 pacientes), fobia simple (13 pacientes), desordenes depresivos, ya sean distímicos o de depresión mayor (18 pacientes), abuso del alcohol o adicción (8 pacientes), personalidad antisocial (7 pacientes), abuso de marihuana o adicción (7 pacientes), agorafobia (5 pacientes); de las veintidós pacientes con disfunción psicosexual, catorce tenían diagnósticos adicionales del DSM-III, excluyendo la dependencia del tabaco.

Los resultados de la actitud maternal del embarazo, sugirió una actitud ambivalente hacia el bebé y su normalidad.

Algunos de estos desordenes psiquiátricos fueron consecuencia del embarazo, pero esto no es verosímil o probable.

Es importante planear y conocer las necesidades de las embarazadas de alto riesgo en el area fisiológica y psiquiátrica en términos de sus actitudes

hacia el embarazo y el bebé.⁽³⁹⁾

La noción de la mala adaptación a la maternidad ocurre cuando la mujer rechaza su rol femenino, este puede ser descompuesto en los siguientes puntos que son algunos de los significados que esta noción nos da en la investigación psicológica: a las mujeres les *disgusta* la menstruación, les *disgusta* el embarazo, les *disgusta* el parto, les *disgusta* amamantar en forma natural, les *disgustan* las relaciones sexuales, les *disgusta* su estatus como esposas, madres y amas de casa, les *disgustan* sus esposos, les *disgusta* el cuidado de los niños y estos mismos.

Por lo anterior, en el modelo del conflicto intrapsíquico cada ley de embarazo, nacimiento y maternidad es parte de un gran drama de femineidad. Los problemas menstruales, el no concebir, el abortar o dar a luz a niños prematuros, experimentar náusea y vómito, encontrarse deprimida después del parto, etc. son *dérbios* de una *función* reproductora que evidencian la falta de capacidad de la mujer para llegar a una femineidad madura.

Nilsson informa que las mujeres con dificultad de adaptación al postparto presentan una tendencia de negación hacia sus funciones reproductoras, como se vió en la presencia de síntomas en la esfera genital, por ejemplo: dismenorrea y otros síntomas relevantes incluyendo una historia clínica paranatal con ausencia aparente de enfermedades en su embarazo. En la sociedad occidental moderna, el rechazo de la maternidad es, en cambio reforzado por una exigencia de la mujer por ser socioeconómicamente productiva... No hay duda que la "emancipación" de la mujer ha aumentado

sus dificultades... (Kaigj y Nelson, 1972). Freud pudo no haber dicho que la anatomía es destino, pero esta declaración está contenida en gran parte en la investigación psicológica de la maternidad. Cualquier intento de imitar el papel del hombre, es tomado como prueba de un alejamiento del camino propiamente femenino.⁽⁴⁰⁾

**CAPITULO
II**

AUTOCONCEPTO

"Esta organización prenatal es desde luego, fundamental para todo lo que ha de seguirle, pero a su vez constituye el producto final de un extenso pasado. Visto en perspectiva biológica, el recién nacido es un viejísimo anciano pues ya ha recorrido la mayor parte de las etapas de su larga evolución racial."

Arnold Gesell

EL AUTOCONCEPTO

Antecedentes y Generalidades

Durante siglos teólogos, filósofos y laicos están de acuerdo en que los orígenes y efectos de las concepciones del "Self" merecen mucha atención, por ejemplo la famosa frase de Sócrates "Conócete a ti mismo." tiene su origen en la creencia de que tal conocimiento era importante para alcanzar la virtud.

El concepto de Hume, postulaba que el Self representaba gran diversidad de impresiones asociadas, esto fue un intento para enmarcarlo en un contexto de filosofía empírica y escéptica del conocimiento.

La idea que tiene Descartes acerca del Autoconcepto no se ha dado y que por lo tanto debe ser dado por Dios; fue su intento para reconciliar la duda con la fe y su posición es que no se ha puesto en duda hechos por pensadores modernos que proponen que sólo los seres humanos pueden tener experiencia con las concepciones del Self, como parte de un antiguo intento teórico y filosófico para descubrir algún aspecto del funcionamiento psicológico único

en nuestra especie.

En lo que concierne en los pensamientos de los laicos opinan que las percepciones del Self se encuentran ampliamente afectadas por la influencia social o educativa de un producto o actividad publicitaria.

Algunas de las proposiciones aceptadas por numerosos psicólogos contemporáneos, trabajadores sociales, psiquiatras y educadores suenan muy parecidas a las afirmaciones hechas por los laicos, sin embargo han habido muy pocos intentos para definir el término del Autoconcepto rigurosamente hablando lo suficientemente como para evaluar hasta qué punto los pensadores científicos, filósofos y laicos pudieran estar considerando la misma idea.

Al final del siglo XIX y mitad del presente siglo XX, unos pocos psicólogos y sociólogos mantuvieron vivas y desarrollaron las ideas concernientes al Self de una manera esencialmente abstracta o teórica. La rareza de los intentos en lo que se refiere a medición e investigación durante este periodo se debe por lo menos a tres factores: primero al poco interés que hubo hacia el trabajo científico por parte de la mayoría de los pensadores que consideraban los conceptos del Self importantes; segundo, la necesaria dificultad con la que uno se enfrenta a la investigación científica en esta área; tercero, las reacciones extremadamente negativas de los conductistas más conocidos y respetados que abarcan gran parte de la psicología en Estados Unidos en esta época que no quisieron admitir ninguna otra teoría en su pensamiento e investigación tan sistemática.

El estudio más famoso del siglo XIX acerca del Self fue realizado por el psicólogo William James en 1890, quien basó sus declaraciones en observaciones astutas y no controladas, que incluían su propia marca perceptible de introspección y sus procesos concientes.

Marie Calkins (1915), intentó dirigir el estudio de la concepción del Self al laboratorio psicológico, utilizando un método altamente artificial y controlado de introspección, entonces muy de moda en ciertos laboratorios, pero esta línea de trabajo pronto languideció, a medida que la utilidad de la técnica para estudiar cualquier tópico de psicología fuera desacreditado cada vez más por el poco éxito para dar efectos confiables.

Curt Koffka, incluía al Self para ser discutido por los psicólogos Gestalt, quienes utilizaron, la así llamada introspección fenomenológica en la cual los observadores reportaban sus experiencias concientes sin las limitaciones o análisis artificiales utilizados por Calkins.

Sociólogos como Cooley (1902) y M. Mead (1935), discutieron la importancia de las interacciones sociales que dan forma al Autoconcepto, las cuales se suponían que eran determinantes cruciales del comportamiento social, sólo que estas discusiones se basaron en observaciones personales y no en un proceso de investigación. Al mismo tiempo una larga lista de clínicos en Europa y Estados Unidos se interesaban en el tema, Freud (1933), Fromm (1939), Horney (1939), Jung (1928), Leckí (1945), Sullivan (1938), mantenían viva varias versiones sobre la idea de que las concepciones del Yo

(autoconceptos) eran importantes para obtener una interpretación clínica de los individuos y sus enunciados generales que encierran sus teorías respectivas de personalidad viéndolo como un todo, sin embargo sus ideas basadas casi en su totalidad en observaciones clínicas de casos individuales que parecían carecer de poder de verificación o quizás a veces parecía repudiar las suposiciones del Determinismo Científico, así sus puntos de vista fueron ignorados por muchas décadas por los grandes de la psicología de investigación en los Estados Unidos. Esto ocurría a pesar de que los Experimentalistas mismos fueran reconociendo que tales variables referentes al Self como el involucramiento del Ego, jugarían un papel en el comportamiento como sujetos de laboratorio, las ideas de los psicólogos de la Gestalt Alemana sobre los métodos y la utilidad de las introspecciones fenomenológicas, fueron obteniendo alguna aceptación por los Experimentalistas americanos preocupados por la percepción del aprendizaje y la motivación.

A través de todo este periodo fueron apareciendo gradualmente obstáculos en el modo de pensar de la generalidad y en la investigación psicológica, por lo tanto cuando Hilgard (1949) experimentalista, dirigió su discurso presidencial para la Asociación Psicológica Americana, muchos psicólogos estuvieron de acuerdo cuando decía que la época era buena para que los psicólogos aumentaran su interés hacia los componentes referentes al Self, para obtener una relación más verosímil y completamente teórica de la conducta humana.

En las siguientes tres décadas las variables de las concepciones del Self fueron consideradas importantes en un número y variedad creciente de teóricos orientados hacia la investigación como se muestra en los ejemplos

siguientes; Los psicólogos infantiles empezaron a explorar el desarrollo del conocimiento social y el conocimiento de uno mismo en relación a otros Schantz (1975), esto incluía tales cuestiones como el hecho que se dieran etapas cualitativamente diferentes en el conocimiento social Piaget (1980), Selman (1980) y el hecho de que las tendencias desarrollistas para la adquisición de un lenguaje ordinario estén asociadas con las concepciones del desarrollo del Self y otros. Bromley (1977). Además el tema de la influencia de comportamientos y características de los padres en los autoconceptos fue estudiada. Cooper Smith (1967) y la teorías o investigación del desarrollo moral eran obviamente importantes para la adquisición del Yo y sus ideales. Kohlberg (1969).

Los psicólogos sociales acordaron la importancia que tienen sus teorías de atracción interpersonal sobre comportamientos de persuasión y conformidad de los humanos y sobre disonancia cognositiva. La tendencia tan discutida de las personas para tratar de reconciliar inconsistencias en sus creencias y comportamientos por un lado y su comportamiento por el otro.

Wylie (1979) propone que las variables del Autoconcepto también se encuentran contenidas en la teoría de atribución que consideran las condiciones bajo las cuales se asignan influencias causales a ellos o a otros factores interpersonales. Gortitz (1980), opina que los psicólogos sociales se han unido a los sociólogos para considerar los objetos de tales variables como la edad, clase, raza y género en las concepciones del Self.⁽⁴⁾

Los teóricos sociales del aprendizaje desarrollaron argumentos sobre tales variables como Locus Control e invalidez evidente, ambas tratan sobre

las condiciones bajo las cuales una persona ve sus propias características o conducta como factores importantes que determinan resultados. Lefcourt (1976), Garbery Caligman (1963).

Psicólogos interesados en el conteo para fines vocacionales y de desempeño de acuerdo con la importancia teórica con tales ideas como el rol predominante, en las concepciones del Self y el desarrollo eventual del concepto vocacional (Super et al. 1963).

En la teoría de la personalidad, el interés en la concepción del Yo continuó y se extendió, por ejemplo, en el establecimiento de paralelos entre el uso de los conceptos del Self de corrientes en la guía del comportamiento diario y la manera de utilizar las hipótesis y teorías de los científicos para establecer ciertas conductas de investigación, Kelly (1955) y Epstein (1973).

Existen gran variedad de actitudes del Autoconcepto tales como la autosatisfacción, autoestima, autohabilidades, la congruencia o discrepancia entre el Self ideal del individuo y el Autoconcepto real y así sucesivamente. Mientras es claro que existen diferencias substanciales entre estos términos, por ejemplo: La autoaceptación significa respetarse así mismo, incluyendo nuestras limitaciones, mientras que la autoestima quiere mantener el orgullo en uno mismo tal vez aún creyendo que no se tienen limitaciones. Estos términos se encuentran tan entrecruzados y cercanos en la literatura que no es posible sacar su diferencias específicas.

DEFINICIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL AUTOCONCEPTO

La mayoría de teóricos o investigadores han considerado al Autoconcepto del Self consciente o fenomenológico, no el así llamado el concepto del self inconsciente; un aspecto teóricamente posible de personalidad que ha sido casi ignorado por la investigación, tal vez por las dificultades tan grandes para medirlo.⁽²⁾

El Autoconcepto: Criterio que se tiene una persona de sí misma, la descripción más completa que una persona es capaz de dar de sí misma en un momento dado. El énfasis recae en la persona como objeto de Autoconcepto, pero por lo general incluye el sentimiento de lo que la persona cree de como es él mismo. H. Fitts (1975).⁽³⁾

En 1941, Rogers, el primer clínico que inicia una investigación extensa sobre las concepciones del Self dándonos la siguiente definición: "El concepto del Self o estructura del Self, puede definirse como una configuración organizada de percepciones del Yo admisibles al conocimiento. Están compuestos de tales elementos como las percepciones de las características y habilidades de una persona, los autoconceptos del Self en relación a otros y al medio ambiente, las cualidades de valor que se perciben como asociadas experiencias y objetos, y metas e ideas que se perciben como teniendo una valencia positiva o negativa." Rogers (1951).

El Autoconcepto "Es un Gestalt consistente y organizado, compuestos de las percepciones de las características del "Yo" o a Mí y las percepciones de las relaciones del "Yo" a "a Mí" con otros y con varios aspectos de la vida, junto con los valores ligados a estas percepciones. Esta es una Gestalt que es facilitadora del conocimiento, pero no una Gestalt fluida y cambiante de un proceso que en un momento dado es una identidad específica." Rogers

(1959)(2)

Rogers (1959), construyó su definición de una persona funcionando ampliamente, cuando las experiencias del Self son simbolizadas correctamente, entonces son incluidas en el Autoconcepto y así hay un estado de congruencia con la experiencia. Postuló una tendencia hacia la diferenciación. La experiencia del Self es considerada como una parte de la experiencia del individuo de la cual viene la diferenciación como conciencia de ser o Autoconcepto, no como un evento que ocurre como algo particular, pero si como un proceso continuo. Concluye diciendo que : "Esta representación de conciencia del ser y funcionalidad van a elaborarse a través de la interacción del medio ambiente." El concepto de elaboración implica que el individuo tiene una alta diferenciación del Self, ya que el organismo obtiene altos niveles de actualización del Self.

Para Rogers el organismo, psicológicamente, es el sitio de la experiencia. La experiencia incluye todo aquello que es potencialmente accesible a la conciencia y que está al alcance del organismo en cualquier momento.

La totalidad de experiencias constituye el "Campo Experiencial" o el "Campo Fenoménico", es decir, que el Campo Fenoménico incluye todo lo que es experimentado por el organismo, ya sea que estas experiencias sean percibidas conscientemente o no; la experiencia pueda hacerse consciente en el momento en que ciertas sensaciones pasan a un primer plano, porque están asociadas con la satisfacción de alguna necesidad. El Campo Fenoménico es el marco de referencia individual que solamente puede ser conocido por la propia persona, este puede llegar a ser conocido por otra persona de una manera parcial a través de la influencia empática.

Para Rogers el Self "Es una parte del campo perceptual o fenoménico que

se va diferenciando gradualmente. ", es decir, es un conjunto organizado y cambiante de percepciones que se refieren a características, atributos, cualidades, límites, valores y relaciones que el sujeto conoce como descriptivos de sí mismo. El Self valora aquellas experiencias que se perciben como vitalizadoras, más no amenazantes hacia el sujeto, por lo que lo Self sería el resultado de la interacción con el ambiente y particularmente al resultado de la interacción valorativa con los demás. Rogers (1959)⁽⁴⁾

Para analizar los enunciados complejos de Rogers y analizar cientos de escritos sobre las concepciones del Self que se han hecho recientemente, uno pudiera extraer una cantidad de aspectos de Autoconcepto conciente o fenomenológico que se enunera de la siguiente forma:

1) Concepto del Self con nivel personal: Son atributos de las características de comportamiento vistas desde una perspectiva personal, estas características pueden ir desde las muy específicas, como por ejemplo: "Tengo ojos cafés", "soy un niño", "patino muy bien", a las más generales como: "soy inteligente", "me inhiben los demás", "soy un trabajador poco capaz", etc. No tememos que el concepto del Self a nivel personal incluya no solamente características físicas de comportamiento y características internas, sino también tales aspectos como identidad en cuanto a género (el reconocimiento que hace una persona de sí mismo en tanto que es de sexo femenino o masculino), identidad racial étnica, identidad de clase socioeconómica, identidad en cuanto a edad y un sentido de continuidad del Self como individuo en algunos aspectos, el mismo individuo a través del tiempo.

A pesar de que gran parte de los escritos sobre las características del

concepto del Self a nivel personal implica su generalidad en situaciones, personas y tiempos, un individuo podría tener un punto de vista capaz en lo que concierne a muchas de ellas. En otras palabras, una persona podría sentir que un atributo es descriptivo del Self sólo bajo ciertas circunstancias o en relación a otras personas en determinados momentos (Bronley 1977). Por ejemplo uno podría decir "no considero un padre paciente excepto cuando tengo dolores de cabeza". Tales descripciones podrían ser una parte muy importante del reporte verbal del Autoconcepto, pero raramente se extraen o analizan por los investigadores quienes casi siempre lo han manejado con listas de adjetivos, escalas de clasificaciones simples o en enunciados generales que requieran como respuesta si o no. Así las clasificaciones introducidas en este párrafo, también se aplica del enunciado dos al seis.

2) Concepto del Self a nivel social: Estos son atributos del self o características del comportamiento. James (1890) indicó que uno posee una gran diversidad de conceptos del Self sociales aplicables respectivamente a varios individuos y grupos con quienes uno interactúa. Estas características también van desde las muy específicas a las muy generales y pueden o no estar de acuerdo con los atributos que ve uno y que caracterizan al Self desde un punto de vista personal.

Los conceptos del Self a nivel social, pueden o no estar de acuerdo con un Self a nivel personal. Por ejemplo, podría decir "yo pienso que otros creen que soy inteligente", "yo pienso que otros creen que generalmente soy abierto (mientras yo me considero tímido).

3) Los ideales del Self en relación al concepto del Self a nivel personal: Estos son conceptos de como uno ve personalmente, que le gustaría tener. Otra vez tenemos esta lista que va de lo específico a lo general. Por ejemplo "me gustaría tener ojos azules" o "me gustaría actuar inteligentemente", "me gustaría ser una persona abierta".

4) Los ideales del Self con relación al concepto del Self a nivel social: Estas son concepciones de lo que a uno le gustaría que los otros vieran de él. Esto es continuación del enunciado número dos; ya que uno puede tener una gran variedad de ideales diferentes del Self en relación a los conceptos del Self a nivel social, aplicables respectivamente a diferentes individuos y a grupos con los que uno interactúa. Nuevamente estas características van de lo específico a lo general.

5) Evaluaciones de las concepciones del Self a nivel personal en forma descriptiva en relación a los ideales y la imagen que se tiene de sí mismo: Esto es refiriéndose a la concepción del Self del primer enunciado en relación al tercero. Por ejemplo, uno podría decir, "No estoy contento porque soy inteligente." o "No es tan importante para mí el que yo patine bien." o "Mi condición como negro es un motivo de orgullo."

6) Evaluaciones de los Conceptos del Self (Autoconceptos) a nivel personal en forma descriptiva en relación a los ideales del Autoconcepto que se tienen de uno mismo. Estos se refieren al punto cuarto. Por ejemplo, uno podría decir: "Es importante para mí que otros piensen que soy inteligente" o "Me gusta que sientan que soy abierto (piense o no que es la mejor palabra

para describirme)"(42).

A. Adler (1935), afirmaba respecto al Self "lo que es frecuentemente rotulado como "el Yo", no es otra cosa que el estilo de vida del individuo". Es decir, es lo que el individuo siente que es vital y central en su proceso de desarrollo, cambio y lo que pertenece a la periferia de su ser.

Aquellos aspectos característicos del individuo que son peculiarmente suyos y que dan sentido de unidad a su personalidad han sido designados con distintos nombres por diversos autores, "Self" por W. James, "Ego" por Freud, "Autoestima" por Sullivan, "Propium" por Allport: algunos psicólogos que admiten la existencia del Propium, que incluye todos los aspectos de la personalidad que determinan su unidad interna, utilizan tanto el término "sí mismo" como el de "Yo", a menudo intercambiables.(43)

Jacobson (1954), define al Self como aquello que se experimenta como la propia realidad subjetiva interna que se pueda objetivamente delimitar de la realidad externa.(46)

Jung (1957), explica que el Yo es el centro de la conciencia, y el Self es el centro más la circunferencia total, que abarca tanto al consciente como al inconsciente, estos últimos "no están necesariamente en mutua oposición, sino que se complementan para formar una totalidad". El sí mismo permite la integración de la personalidad.(47)

Kohut y Wolf (1978), mantienen que "el Self es una estructura interna de la mente. Es un contenido del aparato psíquico, pero no es ninguna de sus instancias. Es el núcleo de la personalidad".(48)

Estos mismos autores dicen: "un Self fuerte nos permite tolerar incluso acentuadas oscilaciones de la autoestima frente a la victoria o la derrota, al éxito o el fracaso".⁽⁴⁹⁾

E. Jacobson (1954), inspirada en las ideas de Hartman, propone al Self como aquello que experimentamos como nuestra realidad subjetiva interna. Para ella Self se refiere a la persona total del individuo incluyendo su cuerpo y sus partes.⁽⁵⁰⁾

Para Mahler (1965), "no existe ningún concepto del Self antes de que el niño emerja de la órbita simbólica con el proceso gradual de separación-individualización."⁽⁵¹⁾

Para Spitz (1972), el Self "es la toma de conciencia del individuo que es una entidad aparte y distinta de los objetos y del ambiente, y de esta manera siente y actúa."⁽⁵¹⁾

C. Horton Cooley (1902), habla de un Self social, ya que este está etiquetado y lo llama "el Self al que se mira a través de un cristal". ("The Looking-Glass Self"). La premisa básica de Cooley es que el Self imagina una percepción de sí mismo en las mentes de los demás y esto afecta necesariamente su conducta. La idea del Self de Cooley contiene tres elementos básicos:

- 1.- La supuesta o imaginada personificación de nosotros ante los demás.
- 2.- La valorización imaginaria o supuesta de esa apariencia.
- 3.- Alguna clase de sentimiento valorativo del Self, tal como pueden ser,

la vergüenza o el orgullo.

En 1934, George Herbert Mead, describe las características de la concepción del Self desde un opunto de vista de interacción social. Mead parte de la postura en la que el Self es experimentado y enfatizado en una interacción social y como parte integral del desarrollo del concepto del Self (Autoconcepto).

Taylor (1953), propone que como resultado de la actividad exploratoria y la experiencia de nuestro propio cuerpo, los límites del Self empiezan a definirse y esto ocurriría aproximadamente entre los seis o siete meses de edad. Durante este período temprano de la vida, el concepto del Self del individuo estaría basado fundamentalmente en la propia percepción de sí mismo. Más tarde esta visión de sí mismo se extenderá y tomará en cuenta los valores adquiridos de las interacciones con la otra gente.

Jersild (1960), propone que el desarrollo del concepto del Self incluye en sus inicios un proceso de diferenciación. Empieza sintiéndose parte de su madre, aunque lento, se vá dando el proceso de diferenciación, y como proponen Coms y Snygg, con el desarrollo del lenguaje este proceso se acelera. La habilidad de utilizar el lenguaje posibilita al niño a establecer las diferencias entre él y el resto del mundo, y de simbolizar y entender sus experiencias.⁽⁵²⁾

Coms y Snygg (1949), definen al mundo fenomenológico como "El mundo psicológico del individuo". Concluyen diciendo que la familia le dá al individuo sus primeras experiencias en: sentimientos de adecuación o inadecuación, sentimientos de aceptación o de rechazo, oportunidades de identificación

expectativas que incluyen metas aceptable y valores y conductas. De los familiares y después de otras personas significativas, el individuo aprende los valores que después asigna a su propia percepción del Self. El Self fenomenológico es el Self que el individuo observa, vive y juzga como parte de sí mismo, es el Self del cual él está conciente. La suma de la totalidad de estas percepciones es la imagen de sí mismo, es lo que conforma el concepto del Self que interactúa en un todo *unificado* y *dinámico*. Sus distintas partes interactúan libremente pero también cohesivamente unos con otros. En su totalidad o en sus partes pueden encontrarse actuando entre sí con el mundo exterior.

Sullivan utiliza el término de "valores reflejados" (reflecte-appraisals), para referirse a las evaluaciones del Self hechas por la persona basadas en la percepción que en su conducta tiene en los demás. En otras palabras, Sullivan sugiere que en un grado considerable la persona es tratada o juzgada por los demás vá a determinar la manera en cómo se vé a sí misma. Existen teorías similares como la de Cooley, (1902) y la de Meade, (1954).

En la conceptualización fenomenológica (W. H. Fitts) existen tres partes principales del Self: el Self objeto (Self de identidad); el Self actuante (Self conductual); y el Self observador y de juicio (Self juez):

Self de Identidad: Este contiene probablemente los aspectos más relevantes del concepto del Self. ¿Quién soy? contiene las etiquetas y los símbolos asignados al individuo para describirse y establecer su identidad. En el niño pequeño, estas etiquetas son tan simples como "yo soy Juan" y más tarde será "yo soy Juan Pérez", "vivo en una casa blanca", "soy inteligente,

alto pequeño, etc." Conforme el niño crece, se irán aumentando cualidades o aptitudes y etiquetas tanto propias como de los otros que lo irán describiendo y ayudando en la búsqueda de sus respuestas para encontrar su identidad. Cada uno de los elementos de su identidad irán influenciando su percepción del mundo fenomenológico, de la manera que vá a responder y a interactuar en él. Estos elementos de identidad o de "etiquetas" continúan expandiéndose junto con el crecimiento y desarrollo de las facultades individuales, actividades, pertenencia de grupos, y fuentes de identificación de cada individuo. Es muy probable que la fuente principal del material que conforma el Self de identidad provenga del Self conductal. El comportamiento o conducta precede a la identidad en el infante y lo acompaña en mayor grado a través de toda su existencia. En realidad ninguno de nosotros puede decir que es un carpintero o tenista sin antes haber participado en una actividad concerniente a estos. Por ello en el niño pequeño, en la mayoría de los casos, su identidad es su conducta. Antes de que el Self se llene de complejidades a través de su crecimiento, es el cómo lo hace o el cómo lo siente.

Los teóricos del Self enfatizan mucho la influencia del Self de identidad o el Self como objeto sobre la conducta de cada uno. La influencia es clara si, por ejemplo, me llaman a "cantar" y el canto no es parte de mi identidad o no está incluido en el repertorio de mis conductas, entonces tal vez me rehúse a hacerlo. Sin embargo en muchas ocasiones la influencia de la conducta sobre la identidad no es reconocida tan fácilmente. Para ser alguien, uno generalmente tiene que hacer algo y para ser algo uno tiene que ser alguien. Por ejemplo, para cantar tengo que ser cantante, para ser cantante tengo que saber cantar.

Self Conductual: Tomando como base un hogar , padres normales y un medio ambiente adecuado, el Self deberá desarrollarse libremente en el niño. El hace lo permitido tanto como por su mundo de estímulos externo como interno. Las consecuencias internas refuerzan la conducta, la conducta es practicada y dominada, y la capacidad para sostener dicha conducta forma parte de su propia identidad, es decir, el niño siente la necesidad de caminar y por tanto disfruta del caminar, recibe una enorme satisfacción por lo que hace y esto es reforzado internamente; también, y de manera inconsciente su Self de identidad incluye el ser "caminante" y el conocimiento de que puede caminar.

Agregado a esto , existen consecuencias externas de su conducta. Los padres y otras personas seguramente estarán muy orgullosos de que su hijo pueda caminar y de esta manera lo refuerzan positivamente. Sin embargo existen ciertas conductas cuyas consecuencias son más complejas. Escribir sobre las paredes puede traer consecuencias internas favorables, pero consecuencias externas desfavorables que van a causar conflicto. Los padres se enojan y acusan al niño de tal forma que el niño aprende que esa conducta es "mala", pero las consecuencias internas siguen siendo positivas. Así el niño aprende que esa conducta suya hacia la búsqueda de la diversión propia tiene consecuencias negativas. Esto pueda en otros casos llevar al niño a experimentar formas más dramáticas de entendimiento. Por ejemplo, cuando el niño perciba alguna conducta suya como no adecuada, pueda decir "yo hice esto y por ello soy malo", se está etiquetando en su totalidad del ser y no en una conducta particular. La alternativa saludable en este caso sería "yo hice esto que es malo, por ello ya no lo volveré a hacer."

estabilidad del Autoconcepto, si bien también provoca desadaptación, es la tendencia del individuo a encontrar la seguridad por medio de la resistencia al cambio. Horrocks⁽⁵³⁾

El Autoconcepto es una variable importante significativa del comportamiento humano. Existe en la persona que resume todo lo que ya es y para lo que sirve como supramoderador de su funcionamiento, existe un tipo de información vital y relevante sobre una persona que sobrepasa otras cosas en importancia al individuo y que expresa su verdadera razón de ser, por lo tanto, el Autoconcepto satisface tal función.

El conocimiento del Autoconcepto mejora la comprensión y la predicción de la conducta humana relacionado con el desenvolvimiento personal como un correlativo de índice de auto actualización.

La persona que posee un Autoconcepto claro, consistente, positivo y realista se comportará generalmente de manera sana, confidente, constructiva y eficaz. Tales personas se asustan menos ante situaciones y tareas difíciles. H. W. Fitts y colaboradores (1965-71)⁽⁶⁵⁾

"El Yo tiene el privilegio del ejercicio de la prueba de la realidad que es el que da la fe de la realidad para el sujeto, el contexto está fuera de dudas, el Yo está como espejismo lo que Freud llamó el ideal del Yo." Lacan (1955).⁽³⁶⁾

Según Freud: Para cumplir con éxito la adaptación al medio ambiente y la supervivencia, es necesario tener en cuenta la realidad exterior, ya sea acomodándose él mismo al mundo o afirmando su predominio sobre él, tal transacción entre la persona y el mundo requiere la existencia de un sistema

que es el "Yo"

La formación del Yo: Freud postuló que la personalidad se integra en tres instancias psíquicas: El Ello, que incluye todas las necesidades básicas, los instintos y las predisposiciones hereditarias del infante. Opera de acuerdo al principio del placer, su propósito es evitar el dolor y obtener el "máximo" placer.

El Yo, se desarrolla a medida que el infante crece y el Ello satisface menos sus necesidades. La función del Yo actuando de acuerdo al principio de realidad, adecúa la conducta en función de los rasgos objetivamente reales del medio ambiente.

El Super Yo, o conciencia moral de la personalidad se desarrolla gradualmente a medida que el niño internaliza los valores ético-morales de la sociedad.⁽⁵⁴⁾

El objetivo primario del Super Yo, es el lograr la aprobación mediante la distinción de lo correcto y lo incorrecto de acuerdo con las normas de la sociedad.

El término Self (Yo) se usa con frecuencia en un sentido extraordinariamente ambiguo, incluso entre los psicoanalistas. Es una subestructura de la personalidad y se define por sus funciones. Muchos aspectos del Self pueden ser descritos como: actividades de rodeo que fomentan un forma más específica y segura de ajuste; esta tendencia podemos denominarla interiorización que incluye también la señal de peligro y otras funciones pertenecientes a la anticipación. Un amplio sector de las funciones del Self pueden ser descritas también desde el ángulo de su naturaleza inhibitoria, la defensa es una expresión específica de esta; otra función del Self

es lo que se denomina el carácter de una persona y las tendencias coordinadoras o integradoras son conocidas como función sintética.

Se describe al Yo como el mediador de las demandas conflictivas que plantean el Ello y el Super Yo, en pocas palabras, el Yo es nuestra personalidad consciente, nuestro Autoconcepto, nuestro conocimiento de qué y quien somos.

El Self como objeto incluye las actitudes, sentimientos y percepciones de la persona misma como un objeto; esto es como si uno pudiera estar fuera de sí mismo y evaluara lo que ve desde determinado punto de vista: en este sentido el Self es lo que una persona piensa de sí misma. El Self como proceso es en la gente que realiza ciertos hechos en el sentido que incluye un grupo activo de procesos tales como el pensar, recordar y percibir. El Self al expresarse es un fenómeno complejo que significa diferentes cosas para todas las personas. Parece ser que hay dos Selves con los que hay que tratar: Primero, el asociado a una acción compleja que incluye percepción, estímulos externos y pensamiento. Segundo, un Self que no actúa y que es reflejado como opuesto a servir a la percepción y que se distingue por un sentimiento de distancia entre el Self percibido; aún cuando el Self puede parecer de naturaleza dual bajo diferentes circunstancias, la teoría sostiene que sólo hay un Self que puede ser llamado "como agente causal"; este Self es una estructura psicológica con manifestaciones observables y funciones comunes como: percibir, pensar y actuar.

El niño alcanza su capacidad de conciencia del Self cuando aprende que el Self es un objeto en el mundo.

Los estados de objetividad y subjetividad del Self consciente tienen características secundarias que producen el efecto de una identificación dual

del Self. Por ejemplo, cual estado objetivo el Self aparecería como pasivo porque está siendo reflejado por la conciencia. (55)

En la teoría del Self consciente objetivo, el Self también puede aparecer como impotente o atrapado por las fuerzas del medio ambiente. Esta inmovilidad o impotencia tiene lugar esencialmente por las siguientes razones: el agente causal del Self es figurativamente removido del organismo, en tanto que el organismo existe en el presente separado del organismo que aparece en el pasado. (56)

Las acciones del agente causal del Self se encuentran encerradas en la inmutabilidad del pasado, esta acción puede ser reflejada, pero el agente causal del Self contemporáneo al reflejarse en comportamientos previos no pueda hacer nada por alterarlos. El Self en el presente puede cambiar la interpretación de ese comportamiento pero no puede regresar al organismo a determinada posición en el tiempo, en donde el error puede ser borrado. Su único poder es resolver para erradicar aquellas discrepancias que surjan en el futuro o tratar de removerse el mismo de las condiciones creando una conciencia de un Self objetivo. Aunque nunca se tiene conciencia directa de la totalidad de las propias naturalezas y ni siquiera de una amplia porción de esa totalidad, el Self proporciona a cada quien el único criterio seguro de la existencia e identidad personal.

El pasado es captado por el recuerdo de una sucesión de momentos conscientes, que se superponen hasta llegar a los primeros etapas de la infancia

No todas las experiencias tienen referencia al Yo ; algunas ocurren simplemente sin que el sujeto sienta que la experiencia está ligada de algún

modo a sus intereses, recuerdos y su vida personal. Allport sostuvo que "todas las experiencias de dolor, frustración y en especial las de ridículo social engendran estados agudos de autoconciencia que dejan efectos permanentes."(57)

El Sentido de Sí Mismo: Desempeña un papel primordial en nuestra conciencia, en nuestra personalidad y en nuestro organismo. Viene a ser como un núcleo en nuestro ser.

La conciencia de sí mismo es una adquisición que se realiza gradualmente durante los cinco o seis primeros años de nuestra vida; esta adquisición avanza más rápidamente con el inicio del lenguaje en el segundo año de vida, aunque es un proceso gradual es el desarrollo más importante en toda la vida de una persona.

Probablemente el primer aspecto del sí mismo se desarrolla en el sentido del sí mismo corporal. El sentido del Yo corporal se forma y desarrolla, no solamente a partir de sensaciones orgánicas repetidas, sino también despertados por las frustraciones procedentes del exterior.

Durante toda la vida el sentido del Yo corporal constituye un testimonio básico de la existencia. "Nuestras sensaciones y nuestros movimientos nos demuestran constantemente que yo soy yo."

Otro aspecto es el sentido de la identidad de sí mismo, que es un fenómeno sorprendente, puesto que el cambio es norma inexorable del crecimiento y de la vida, cada experiencia origina una modificación del cerebro, por lo que es imposible que se produzca una experiencia idéntica. Por esta razón todo pensamiento y todo acto cambia con el tiempo, pero la identidad de sí mismo continúa aunque se sepa que el resto de la personalidad

ha cambiado.⁽⁵⁸⁾

Hartman, al hablar del sí mismo, examina la conciencia libidinal del Yo en el narcisismo y llega a la conclusión de que se trata más bien de un sí mismo que está catetizado. Aboga por el término de autorrepresentación para diferenciarlo de la representación del objeto.

Para Jung, el sí mismo ha llegado a ser sólo en forma muy gradual y se ha convertido en parte de nuestra experiencia a costa de un gran esfuerzo; el sí mismo también es el fin de nuestra vida.

Se denomina individualización al proceso por el que se facilita el desarrollo de las diferentes partes de la personalidad.

La meta de la individualización consiste en liberar el sí mismo de falsas protecciones de la persona por un lado y de los negativos polos de la imagen inocente por otro.⁽⁵⁹⁾

Welman (1965), establece que el sí mismo se desarrolla gradualmente a partir de los conflictos internos durante los años de prueba y experiencia. Se puede hablar que la identidad del Yo cuando examinamos el poder sintetizador del mismo a la luz de su función potencial central y de su identidad de sí mismo cuando estudiamos la integración de las imágenes de sí mismo y del rol del individuo.⁽⁶⁰⁾

Se entiende por el "Yo" el concepto de identidad del ser humano que percibimos como entidad ontológica a través de su vida. El Autoconcepto forma parte del Yo estrechamente vinculado al Ego y los diversos sí mismos de la personalidad, el Autoconcepto es lo que yo sé de mí propio Yo. Según los

diferentes teóricos que hablan de la formación de la identidad; Erickson menciona que la expresión del Self a través de sus obras vá conformando la personalidad; se desarrolla al ser reconocido por los demás y por sus creaciones. Pero si los demás explotan al "Yo" y sus obras son quitadas pierde el sentido de lo que es llamado "mismidad" de la identidad. Al perder el verdadero Self, la identidad no se expande hacia lo social, sino que tiene que renunciar a lo social y fabricar una pseudoidentidad.

Erickson propone ocho etapas del desarrollo de la identidad en donde cada etapa dá la solución positiva con su contraparte negativa:

1.- *Confianza versus Desconfianza (etapa oral-sensorial)*. Es un sentimiento de desconfianza básica, una actitud penetrante hacia uno mismo y hacia el mundo, derivadas de las experiencias del primer año de vida, confianza y seguridad plena de los otros y también un sentimiento fundamental de la propia confiabilidad. De esta etapa surge el más temprano sentimiento de identidad.

2.- *Autonomía versus Duda y vergüenza (etapa anal)*. Es una etapa de maduración muscular; surgen actitudes hostiles o bondadosas, es un sentimiento de autocontrol sin la pérdida de la autoestima. Da origen a un sentimiento perdurable de buena voluntad y orgullo. La pérdida de autocontrol dá origen a una propensión, a la duda y la vergüenza.

3.- *Iniciativa versus Culpa (etapa genital)*. Es la disposición del niño para aprender rápidamente, y se hace más grande el sentimiento de compartir la obligación y la actividad. Está ansioso y es capaz de hacer las cosas en forma cooperativa, de construir, planear y de identificarse con los prototipos ideales. El peligro de esta etapa radica en un sentimiento de culpa con respecto a las metas planeadas y a los actos iniciados en el propio placer, experimentando

ante el nuevo placer locomotor y mental, características de esta etapa.

4.- *Laboriosidad versus Inferioridad (lectancia)*. Es decisiva desde el punto de vista social, determinando la entrada del niño a la vida escolar. El peligro del niño en esta etapa radica en un sentimiento de inadecuación e inferioridad entre los demás. Puede renunciar a la identificación con ellos y regresar a la rivalidad familiar más aislada, considerándose mediocre e inadecuado.

5.- *Identidad versus Confusión del rol*. Marca el inicio de la juventud, pubertad y adolescencia, se caracteriza por la duda de parte del adolescente de todos los conceptos hasta entonces adquiridos, y en los cuales él confiaba si la Identidad del Yo se reestructura satisfactoriamente en esta etapa. Existe el riesgo de que el papel que ha de desempeñar como individuo se le presente difuso, cuestión que pondrá en peligro su desarrollo anterior.

6.- *Identidad versus Aislamiento (adulto joven)*. Surge la búsqueda de la identidad y su insistencia en ella. Está preparado para la intimidad, que es la capacidad para entregarse a la afiliación y asociación concreta, desarrolla la fuerza ética necesaria para cumplir con tales compromisos; se presenta un temor a la pérdida del Yo, lo cual puede originar un profundo sentimiento de aislamiento.

7.- *Fecundidad versus Estancamiento (edad adulta)*. En esta etapa se da la generatividad y fecundidad, se preocupa por guiar a las nuevas generaciones, anhela sentirse necesitado e inicia la búsqueda para tener a quién transmitir sus conocimientos y experiencias de aquello que ha producido y que debe cuidar. Cuando faltan estas experiencias tiene lugar una regresión a una necesidad obsesiva de pseudo-intimidad, acompañada algunas veces por estancamiento y empobrecimiento personal.

8.- Integridad del Yo versus Desesperación (madurez). Es una seguridad acumulada del Yo con respecto al orden y al significado. Es la aceptación del propio ser y su estilo de vida como poseedor de una integridad. La pérdida de esta integración yoica acumulada, se manifiesta con temor a la muerte. La desesperación se expresa en el sentimiento respecto al corto tiempo que queda para intentar otra vida y para probar caminos alternativos hacia una mejor identidad. (61) (62)

AUTOESTIMA

Yo soy yo misma, en todo el mundo no hay nadie como yo, existen personas que tienen partes mías, pero finalmente nadie es exacto a mí, por lo tanto, todo lo que viene de mí es auténticamente mío porque yo sola lo elegí, todo lo mío me pertenece, mi cuerpo incluyendo todo lo que hace, mi mente incluyendo todos sus pensamientos e ideas; mis ojos incluyendo todas las imágenes de todo lo que perciben; mis sentimientos cualesquiera que sean enojo, alegría, frustración, amor, decepción, excitación; mi boca y todas las palabras que salen de ella, correctas, dulces o amargas, correctas e incorrectas, mi voz fuerte o suave y todas mis acciones, ya sea hacia otras personas o hacia mí misma.

Me pertenecen mis fantasías, mis sueños, esperanzas y temores, mis triunfos y mis éxitos, mis fracasos y errores.

Porque yo me pertenezco a mí misma yo puedo llegar a tener una relación

intima conmigo.

Y haciendo esto me puedo querer a mí misma y puedo ser amiga conmigo misma en todas mis partes.

Puedo entonces hacer lo posible que toda yo, trabaje para mi propio bien.

Ya es que hay aspectos de mí misma que me confunden y otros aspectos que no conozco. Pero mientras yo sea amigable y cariñosa conmigo misma y puedo con valentía y esperanza, buscar las soluciones a las rompecabezas y maneras para descubrir sobre sí misma. Sin embargo observo y escucho todo lo que digo y hago, y todo lo que pienso y siento.

En un momento dado en la vida es lo que soy.

Esto es auténtico y representa dónde estoy en ese momento de la vida.

Cuando reposo después lo que observé y escuché, lo que dije e hice, y cómo pensé y sentí, algunas partes podrían no ajustarse.

Puedo dejar a un lado lo que no se ajusta y quedarme lo que sí ajusta, e inventar algo nuevo para lo que dejé a un lado; yo puedo ver, oír, sentir, pensar, decir y hacer.

Tengo las herramientas para sobrevivir, para estar cerca de otros, ser productiva y que el mundo de gente y lo que me rodea tenga sentido y orden.

Me pertenezco.

Y por lo tanto puedo ser mi propio arquitecto.

Yo soy yo misma

y estoy bien.

Virginia Satir (1975)(6)

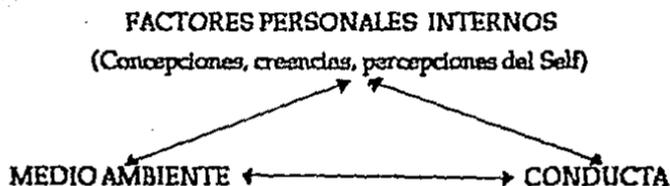
CONCEPTOS Y DEFINICIONES

El término ha sido utilizado para referirse a un nivel global de

autoevaluación o *autoimagen*. La suposición que se hace comúnmente es que la autoestima en un sentido global esta contenida o basada en una combinación de autoevaluaciones referentes a aspectos de ambos , el Autoconcepto a nivel personal y el Autoconcepto a nivel social.

Gran parte de los escritos y de la investigación teórica en el area del Autoconcepto trata sobre la autoestima. El término aceptación ha sido muy utilizado en los escritos del Autoconcepto para referirse a la aceptación o respeto que se tiene uno mismo a medida que reconoce sus fallas. En la práctica ha habido tanta sobreposición entre las medidas dadas de la autoestima y la autoaceptación, que no se han demostrado ni diferenciado claramente entre ambas (Wylie 1974). Por lo tanto no ha habido una definición para considerar estos términos separadamente.

Uno podría pensar que el rechazo de los padres produce una autoestima muy baja, la cual a su vez origina un desempeño académico bajo. Sin embargo ha sido casi siempre imposible especificar aún teóricamente tales consecuencias; por ejemplo, la autoestima baja podría causar un desempeño académico bajo y viceversa también sería válido. De acuerdo con esto, los investigadores se han conformado con predecir y reportar correlaciones sólo entre variables, en lugar de las relaciones de causa y efecto que se sugieren en seguida: Mc. Guire (1933) y Bandura (1978) entre otros, se han dado cuenta más sistemáticamente de estas dificultades, y han propuesto ciertas modificaciones al modelo siguiente expresado por Bandura; que es compatible con su punto de vista de los análisis de referencia del Self de la teoría social del aprendizaje.



De acuerdo a este diagrama, el medio ambiente puede afectar la conducta, y viceversa. Sería aún más importante la idea de que los factores personales internos y ambientales pueden influenciarse mutuamente uno al otro, como sucede en el caso de los factores personales internos y la conducta.

Wicklund (1979), ha hecho las siguientes sugerencias sobre las relaciones observables entre las autoconcepciones y los comportamientos respectivos que son más fuertes cuando la persona se encuentra en un estado de autoconciencia consciente. Este estado puede ser inducido de la siguiente forma: ante una cinta que tenga grabada la voz de la persona, que podría ser un estado característico para ciertas personas en comparación a otras.

Se ha pensado que cientos de factores relacionados con las autoconcepciones y miles de estudios de investigación tienden a estar ampliamente difundidos (Wylie, 1979).

Los logros están dados en factores que los investigadores han tratado de relacionar con variables de autoconcepciones, la mayor concentración de estudios se ha dado en la capacidad de logro y la creatividad; la edad, el nivel de desarrollo, el autoritarismo y dogmatismo, género, atracción interpersonal, psicoterapia, estatus étnico racial y estatus socioeconómico (Wylie, 1979).

Es muy probable que una reformulación más sofisticada de la teoría de la autoestima pudiera llevarnos a descubrimientos más útiles e interesantes; por ejemplo, se debería de poner más atención a los siguientes problemas:

1.- El examen de los componentes de la autoestima.

2.- La manera en la cual aspectos separados de la autoconcepción (Self conceptions), logran prominencia para determinar la autoestima. Lo más probable es que difiera de individuo a individuo. La posibilidad de que ni los niños ni los adultos se comparen ellos mismos, ya que existe una gran cantidad de grupos de referencia supuestamente importantes para los investigadores que desean estudiar la influencia del sexo, raza o clases que ejercen en la autoestima (Rosenberg y Simmons, 1972). Además, los estudios sobre los tipos de determinismo recíprocos sugeridos por Bandura podrían jugar un papel muy importante para la realización de descubrimientos más accesibles.

También en la investigación actual se sugiere que los descubrimientos positivos se den con más probabilidad en el momento que una examina aspectos del Autoconcepto más limitados y más válidos.⁽⁴¹⁾

Freud (1914), en su trabajo sobre narcisismo dice "El amar en sí, como ansia y privación, rebaja la autoestima. Mientras que ser amado, hallar un objeto de amor o poseer el objeto amado, vuelve a elevarla". En este trabajo encontramos los orígenes del concepto de autoestima. Posteriormente, en 1923, en "La Descomposición de la Personalidad Psíquica", opina que la autoestima dependerá en mayor o menor grado de la aprobación o desaprobación del Super Yo.⁽⁶⁵⁾

Se ha mencionado con anterioridad la tendencia del hombre a asignar

valores a sus distintas percepciones. Estas valoraciones pueden ser deseadas o indeseadas, y sobre todo, radica en si el individuo considera estos sentimientos como buenos o malos, y actúa según ellos. Esta tendencia evaluativa del Self, es el componente primario de la percepción del Self, y provee el material de la autoestima (Coopersmith, 1967).

Comb y Snygg (1959), proponen que todo aquello que mejora al Self, aumenta la autoestima. Maslow (1954-1959), también remarca la importancia de la autoestima. En su jerarquía de necesidades, una autoestima positiva es el requerimiento final para la formación de la actualización del Self. Una vez lograda la autoestima, el individuo puede dedicarse libremente al ejercicio de sus potenciales. Coopersmith (1967), Rogers (1951-1961), y Purkey (1970), consideran también a la autoestima como el componente primario de la percepción del Self.

W. Fitts (1965), expresa que la percepción que el individuo tiene de sí mismo es multidimensional, y para él los factores más importantes son: el Self físico, el Self personal, el Self familiar, el Self social, el Self ético moral, la identidad, la autoaceptación, el comportamiento y la autocrítica. La suma de estos elementos nos va a dar el nivel determinado de autoestima. W. Fitts (1965) y Korman (1968), dicen que algunas veces autoestima y Autoconcepto tienen el mismo significado, ya que las dos nacen de las evaluaciones que la persona tiene de sí misma y esto es determinante en su conducta.⁽⁵²⁾

Para E. Jacobson (1954), la autoestima se expresa en la armonía y discrepancia entre las representaciones del Self y los ideales del Self.⁽⁵⁰⁾

Para Lindgren, existe una interacción recíproca entre lo que piensan los otros de una persona y lo que la persona siente con respecto a sí misma. Si

existe una actitud favorable hacia sí mismo, hay una alta autoestima, y por el contrario, el valor total que atribuimos a nuestro Self constituye nuestra autoestima.⁽⁶⁴⁾

Del hombre dormido puede decirse que es catatónico: se transforma totalmente en un niño que disfruta de la posesión en el interior del claustro materno y que en su aislamiento narcisista, no escucha en absoluto promesas del mundo exterior. Por otra parte, Freud dijo "que el hombre no nace nunca completamente, ya que pasa la mitad de su vida en el seno materno, porque a esta equivale el dormir"

S. Ferenczi

EL AUTOCONCEPTO DESDE UN PUNTO DE VISTA NO FENOMENOLOGICO

La mayoría de los autores que han expuesto sus puntos de vista sobre el comienzo de la organización psíquica referente al Self (Yo) como indiferenciado o inexistente al nacer, con una insistencia unánime así como escasamente fundada. No obstante la preocupación dominante en una investigación psicoanalítica en los últimos decenios se ha dirigido al estudio de la relación del Yo con los objetos internos. Este mundo endopsíquico fue progresivamente estimado y la experiencia clínica demostró que las relaciones con los objetos existían desde el comienzo inicial del desarrollo del

Yo y que además entre los objetos con que se realizaba la evolución dinámica del individuo debían incluirse tanto los objetos externos reales como los objetos internos endopsíquicos; A. Ranscovsky y sus colaboradores (1977), fundamentándose en teóricos como: S. Freud, M. Klein, O. Rank, O. Fenichel y sus proseguidores. El punto focal de las concepciones del psiquismo fetal se fundamentaron en las siguientes características que surgen de algunos hechos esenciales que marcan reacciones totalmente diversas a las que rigen la posición postnatal:

a) La inexistencia relativa de los objetos del mundo externo real y la inoperancia de los mecanismos fundamentales de adaptación al mundo exterior. Este funcionamiento se desarrolla crecientemente a partir del corte umbilical que es cumplido por el organismo materno durante el periodo embrionario fetal.

b) La inexistencia del desequilibrio interno de tensiones creadas por el trauma del nacimiento y el surgimiento del subsiguiente proceso psíquico de incremento de la tensión y el logro de la satisfacción.

c) La inexistencia de la represión primaria y por consiguiente la existencia de una permeabilidad total entre el Yo y el Ello. El Yo recibe así el suministro instintivo y su corolario mental, es decir, la fantasía inconciente se da en forma constante e indefectible.

d) El Yo fetal es el doble de aspectos parciales del Ello.

e) El Yo fetal es un Yo ideal y el ideal del Yo estaría en el Ello, con el trauma del nacimiento y la institución de la represión primaria se integra al ideal del Yo con los aspectos sádicos del Super Yo.

f) La percepción interna del Yo es un fenómeno de registro plástico monocfocal, bidimensional que recibe la imagen del Ello. Los registros

olfativos, acústicos o de otra índole sensorial son convertidos plásticos para su registro en el Ello, y cuando son evocados, el Yo los puede reintegrar su cualidad sensorial y original.

g) La intercomunicación entre el Yo y el Ello se rige por las leyes mágicas de contacto y simpatía. La idealización y lo omnipotencia son mecanismos del Yo fetal que aparecen como remanentes arcaicos en la posición esquizoparanoide ulterior.

h) El Yo fetal contiene una unidad de coherencia que se disocia por el impacto del trauma del nacimiento y por lo tanto su integridad es superior a la existencia en la posición esquizoparanoide ulterior y la capacidad perceptiva del Yo fetal que alcanza cualidades que se inhiben con la instalación de la represión primaria. Estas cualidades extrasensoriales parapsicológicas, se readquieren en las regresiones muy profundas. Las regresiones muy profundas, espontáneas o inducidas mediante la exacerbación de las ansiedades paranoides por procedimientos frustrantes o agresivos (ayunos, abstinencias, aislamiento, flagelaciones, silencio, intoxicaciones, circuncisión) intensifican la relación y los mecanismos arcaicos existentes entre el Yo y el Ello a expensas del abandono de la integración con los objetos reales. El análisis de los sueños ha representado un instrumento básico para la investigación de este fenómeno.⁽⁶⁷⁾

Todas estas características emanadas de la formación fetal del Yo, podrían trascender como elementos componentes del Autoconcepto.

CONSIDERACIONES SOBRE LA MEDICION DEL AUTOCONCEPTO

Mientras el Self ha tenido una larga historia en la filosofía y psicología, es solamente desde el desarrollo de la fenomenología de Carl Rogers, que se han hecho grandes esfuerzos dirigidos hacia la medición apropiada del Autoconcepto; antes de examinar estos esfuerzos para desarrollar índices visibles del Self debemos aclarar el término; El la psicología moderna el término Self parece haber desarrollado significados distintos.

1) El Self se define como un proceso o agente, esto es, como un grupo de procesos psicológicos que gobiernan la conducta y la adaptación. El Self en este caso es al activo, involucra tales procesos como el pensar, recordar y percibir.

2) Definición que involucra los sentimientos de él mismo y las actitudes hacia él mismo, por lo tanto, en esta segunda definición el Self es considerado como un producto cambiante y fluido, esta definición del Self como producto se ha utilizado para elaborar las mediciones actuales del Autoconcepto; así sugieren la existencia de cuatro aspectos importantes para el Self:

- a) cómo una persona se percibe a ella misma.
- b) qué piensa la persona de ella misma
- c) qué valor se da a ella misma.
- d) cómo la persona intenta a través de varias acciones

enaltadores o defensores de alguna creación.

Así es que si aceptamos esta conceptualización, cualquier medida que nos reporte el Self por medio de cuestionarios de personalidad (M.M.P.I), inventarios de valores, tests con creencias incompletas, con frases de referencia personal tales como "Yo siento", todo esto podría representar medidas para evaluar el Autoconcepto. La medida del Autoconcepto es de particular interés para aquellos psicólogos fenomenológicos y humanísticos; los más comunes por su mayor grado de confiabilidad que se han utilizado para evaluar el Autoconcepto se adecúan a la postura de C. Rogers. Para él y sus seguidores, el Autoconcepto juega un papel central en la psicología del individuo; sugieren que el Autoconcepto o la autoestructura pueden ser consideradas como una configuración organizada de percepciones del Self las cuales lleven al conocimiento. Está compuesto de elementos tales como las percepciones de las características y habilidades de una persona; las percepciones y conceptos del Self en relación a otros y al medio ambiente; las cualidades de valor que se perciben asociadas con experiencias y objetos; y las metas e ideales percibidos como si tuvieran una valencia positiva o negativa. Las medidas que se han desarrollado para determinar tal concepto han sido:

1) Medidas de autoimagen consciente, ya sea en su totalidad o sobre una dimensión específica: a) La que más se ha utilizado es la de Tennessee, test de Autoconcepto (W. H. Fitts, 1965) constituido por cien enunciados tales como "Tengo un cuerpo muy sano", "Soy parte de una familia feliz". Sus enunciados fueron seleccionados de la literatura del Autoconcepto con una corriente humanística fenomenológica y por autoinformes de pacientes. Sus

registros darán al examinador un perfil completo y complejo del Autoconcepto (motivo por el cual se eligió este instrumento para elaborar el presente estudio).

b) Inventario de Orientación Personal (I.O.P) (E. Shostrom, 1966). Es un instrumento de autoinforme diseñado para evaluar actitudes, valores y comportamientos derivados del concepto de autoactualización de Maslow. Mientras que el concepto de autoactualización es un concepto muy diferente del Autoconcepto, el I.O.P ha llegado a ser el instrumento favorito de psicólogos fenomenológicamente y humanísticamente orientados, particularmente en la investigación que intenta medir el resultado de sus esfuerzos terapéuticos. El I.O.P consiste en cincuenta enunciados en pares tales como "Tengo miedo de ser Yo mismo", "No tengo miedo de ser Yo mismo", la persona elige el enunciado que más la describe. El I.O.P nos da medidas de introspección y de vida en el presente. La investigación en la relación que existe entre autoactualización y las diversas medidas del Autoconcepto son de gran interés para la comprensión de ambos conceptos.

c) Tipo "Q" es el tipo evaluativo del Autoconcepto, comienzo metodológico de la medición, sin embargo, se duda de su validez por no presentar una definición operacional aceptable del Autoconcepto. Se basa en los conceptos de W. Stephenson (1954) de la Universidad de Chicago. Tal vez sea el enfoque más amplio que se ha utilizado para medir el autoconcepto en su totalidad. Los enunciados de tipo "Q" más utilizados fueron los de J. Butler y G. Haigh (1954); cien enunciados elegidos al azar de protocolos de terapia. En el tipo "Q" a la persona se la da cien tarjetas, cada una lleva un enunciado tales como: "soy una persona sumisa", "lo consigo bien a la gente", y así sucesivamente las lee y las acomoda de arriba a abajo en función de sus

mayores cualidades a las que menos este considere que tenga. La confiabilidad de gran parte de estos grupos "Q" aún se desconocen.

d) El índice de adaptación y valores de R. Bills, E. Vance y O. McLean (1951) es un cuestionario de medidas de Autoconcepto ya un tanto antiguo. Existen modelos tradicionales de medidas, pero se duda de su utilidad (escala de Autoconcepto del niño). E. Piers (1969).

2) Medidas de Autoconcepto inconciente: Todos tenemos una configuración organizada de percepciones del Self la cual uno desconoce. Rogers (1959) en su definición reconoce que estas percepciones podrán no estar dentro del conocimiento aunque deberían estar disponibles al conocimiento. Ciertamente puede uno argumentar que por lo menos, para algunas personas, su problema es que ciertos de sus propios problemas están bloqueados y no permiten el acceso al conocimiento. El tipo de medidas en este campo es pobre, sin embargo, algunos de los investigadores han buscado índices no verbales y tal vez inconcientes del Autoconcepto.

Al comienzo de los años 30's, hubo un interés en la cultura expresiva como conjunto de índices del Self.

G. Allport (1965), argumentó que el estilo en el que un acto se lleva a cabo tal como el escribir, hablar o caminar representan una clave central para la naturaleza de la persona, incluyendo su Autoconcepto. En función de este enfoque Allport creó una nueva técnica que denominó "Análisis de la Estructura Personal" la cual elaboró por medio de una serie de cartas a las que llamó "Cartas para Jenny", las cuales sugieren la expresión de contenidos inconcientes.

W. Wolff (1943), demostró que gran parte de las personas no reconocen

sus propios productos expresivos tales como su escritura y su voz. Estas investigaciones son muy prometedoras ya que evitan el problema de la confabulación deliberada que plagia todas las medidas del autoinforme.

Fisher y Cleveland (1958) han desarrollado un conjunto de técnicas para evaluar la imagen del cuerpo como un aspecto del Autoconcepto. Sus técnicas incluyen el dibujo de figuras, la percepción de las partes del cuerpo mismo al usar lentes anisclóricas, y el registro de Rorschach Barrier. Este se valió en función de las respuestas que las personas daban ante las láminas del Rorschach que tenían distintas superficies, como cadiduras cerradas o la propiedad de funcionar como recipiente. Fisher y Cleveland creen que los registros de Rorschach Barrier proyectan actitudes generales que tiene la persona hacia su cuerpo como un objeto social.

También algunas investigaciones han usado el test de percepción temática (T.A.T) y el Rorschach para el estudio de algunos aspectos de Autoconcepto.

Se han realizado varios intentos de estudio para medir el Autoconcepto inconciente, pero aún no se ha establecido una validez clara y constructiva de los diversos enfoques.⁽⁴²⁾

CAPITULO
III

METODOLOGIA

METODOLOGIA

Planteamiento del Problema

Siendo el embarazo una etapa crítica en la vida de la mujer, se pueden presentar problemas en esta, por lo tanto, ¿Qué diferencia existe en el nivel de autoconcepto entre un grupo de mujeres embarazadas normales, en comparación con un grupo de mujeres embarazadas de alto riesgo?

Objetivo General

Detectar el nivel de autoconcepto comparando un grupo de ochenta mujeres embarazadas de alto riesgo, con un grupo de ochenta mujeres con embarazo normal mediante la aplicación individual de la escala de Autoconcepto de Tennessee.

Hipótesis Principal

H_1 : Hipótesis de Trabajo

Existen diferencias estadísticamente significativas en el perfil de Autoconcepto entre las mujeres embarazadas normales y embarazadas de alto riesgo.

H_0 : Hipótesis Nula

No existen diferencias estadísticamente significativas en el perfil de Autoconcepto entre las embarazadas normales y de alto riesgo.

Hipótesis Secundarias

I.- H_{A1} : Hipótesis de Trabajo 1

Existen diferencias estadísticamente significativas en las columnas de Self Físico, Self Etico-Moral, Self Personal, Self Familiar y Self Social, al comparar el grupo de embarazadas normales con el grupo de embarazo de alto riesgo.

H_{01} : Hipótesis Nula 1

No existen diferencias estadísticamente significativas en las columnas del Self Físico, Self Etico-Moral, Self Personal, Self Familiar y Self Social al comparar el grupo de embarazadas normales con el de embarazo de alto riesgo.

II.- H_{A2} : Hipótesis de Trabajo 2

Existen diferencias estadísticamente significativas en las hileras de identidad, autosatisfacción y conducta, al comparar el grupo de embarazadas normales con el grupo de embarazo de alto riesgo.

H_{02} : Hipótesis Nula 2

No existen diferencias estadísticamente significativas en las hileras de identidad, autosatisfacción y conducta, al comparar el grupo de embarazadas normales con el grupo de embarazo de alto riesgo.

III.- H_{A3} : Hipótesis de Trabajo 3

Existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total de autocrítica al comparar el grupo de embarazadas normales con el grupo de embarazo de alto riesgo.

H_{03} : Hipótesis Nula Alterna 3.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total de autocrítica al comparar el grupo de embarazadas normales con el grupo de embarazo de alto riesgo.

Criterios de Inclusión y Variables

Tiempo de Aplicación: Periodo comprendido entre el mes de junio a diciembre de 1987.

Sexo: El estudio incluyó ochenta mujeres embarazadas normales y ochenta mujeres embarazadas de alto riesgo, haciendo un total de ciento sesenta mujeres.

Edad: De veinte a treinta y cinco años.

Estado Civil: Casadas civil y/o religiosamente o en unión libre.

Escolaridad: Alfabetas

Tiempo de Evolución: De la primera a la veinticincoava semana de embarazo (del primero al segundo semestre del embarazo).

Nivel Socioeconómico: No se incluyó en el estudio, fue tomado al azar, sin embargo obtuvo los siguientes resultados recopilados en función de los criterios específicos de clasificación de nivel socioeconómico realizado por el Departamento de Trabajo Social en el INP^{CR}, el cual, mediante un orden jerárquico de las primeras letras del abecedario (A a J) clasifica los niveles

socioeconómicos del nivel más bajo que equivale a la letra A hasta el de mayor solvencia económica representado por la letra J. (ver cuadro 1, Criterios para Clasificación)

Resultados del estudio realizado.

CLASIFICACION SOCIOECONOMICA	EMBARAZO NORMAL No. de pacientes	EMBARAZO DE ALTO RIESGO No. de pacientes
A	3	10
B	13	31
C	22	22
D	19	7
E	7	2
F	3	4
G	2	2
H	1	0
I	5	1
J	5	1

Variables : Variable Independiente corresponde al embarazo. La variable dependiente corresponde al autoconcepto.

Muestra : Para efectos del presente estudio la muestra se seleccionó en base a los criterios de inclusión anteriormente enunciados. Los sujetos cuyas características sean diferentes a las descritas anteriormente, quedarán excluidas de la población a investigar. La muestra fue de ciento sesenta mujeres, la muestra fue dividida en dos muestras independientes: La primera

I INGRESO PER CAPITA

TOTAL DE INGRESOS POR MES _____
 NUMERO DE VECES EL SALARIO MINIMO _____
 TOTAL DE MIEMBROS DE LA FAMILIA _____
SUBTOTAL _____

II TRABAJO ESTABLE Y TIPO DE OCUPACION

SIN EMPLEO _____
 SUBEMPLEADO _____
 OBRERO O EMPLEADO _____
 COMERCIANTE EN PEQUEÑO _____
 NIVEL MEDIO _____
 EMPRESARIO _____
 MESES POR AÑO _____
SUBTOTAL _____

III VIVIENDA

TIPO DE PROPIEDAD
 PROPIA _____
 RENTADA _____
 PRESTADA _____
 OTROS _____

SERVICIOS PUBLICOS
 AGUA, LUZ, TELEFONO _____
 SOLO DOS _____
 SOLO UNO _____
 NINGUNO _____

MATERIALES DE CONSTRUCCION
 MANPOSTERIA _____
 MADERA, LAMINA, CARTON _____
 OTROS _____

DORMITORIOS POR VIVIENDA _____
 NUMERO DE PERSONAS POR DORMITORIO _____

ZONA DE UBICACION
 URBANA _____
 SUEJBURBANA _____
 RURAL _____
SUBTOTAL _____

IV ALIMENTACION

DIAS/SEM Puntos
 PRINCIPALMENTE CARBOHIDRATOS _____
 DIETA ESPECIAL _____
 ALIMENTOS CHATARRA _____

ALIMENTOS DIAS POR SEMANA PUNTOS
 CARNE _____
 LECHE _____
 HUEVOS _____
 FRUTA _____
 VERDURAS _____
SUBTOTAL _____

V PROCEDENCIA

ZONAS ECONOMICAS SALARIALES
 A _____
 B _____
 C _____
 D _____
SUBTOTAL _____

VI ESCOLARIDAD

	N° POR FAMILIA	PUNTOS
<input type="checkbox"/> NO ESTUDIAN	_____	_____
<input type="checkbox"/> PRE ESCOLAR	_____	_____
<input type="checkbox"/> PRIMARIA	_____	_____
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	_____	_____
<input type="checkbox"/> MEDIA SUPERIOR	_____	_____
<input type="checkbox"/> PROFESIONAL	_____	_____
<u>SUBTOTAL</u>		_____

VII ESTADO DE SALUD FAMILIAR

	NUMERO	PUNTOS
ENFERMOS CRONICOS	_____	_____
ENFERMOS EN REHABILITACION	_____	_____
<u>SUBTOTAL</u>		_____
CRITERIOS		PUNTOS
I INGRESO PER CAPITA	_____	_____
II TRABAJO ESTABLE Y TIPO DE OCUPACION	_____	_____
III VIVIENDA	_____	_____
IV ALIMENTACION	_____	_____
V PROCEDENCIA	_____	_____
VI ESCOLARIDAD	_____	_____
VII ESTADO DE SALUD FAMILIAR	_____	_____
<u>TOTAL DE PUNTOS</u>		_____

CLASIFICACION _____

TRABAJADORA SOCIAL _____ CLAVE _____

integrada por embarazadas de alto riesgo (ochenta mujeres) como grupo experimental; la segunda por un grupo de embarazo normal (ochenta mujeres) como grupo control.

Escenario : Bajo la supervisión del jefe del departamento de Psicología; la investigación se desarrolló para el grupo de embarazo normal y de alto riesgo en el Instituto Nacional de Perinatología (INP^{SA}); institución de tercer nivel con carácter normativo en el área de salud correspondiente (Montes Urales 800, Lomas Virreyes C.P 1100 Mex D.F.)

Instrumento de Medición :Para la medición del Autoconcepto del grupo estudiado se utilizó la escala de Autoconcepto de Tennessee (W. H. Fitts, 1965), por ser el instrumento más utilizado en esta área y dar al examinador un perfil completo de Autoconcepto.

La escala se autoadministra y se aplica en forma individual o grupal. Puede utilizarse con sujetos que tengan un nivel de lectura mínimo, por lo menos de educación primaria, puede aplicarse a personas sanas y aún a pacientes psiquiátricos.⁽⁴⁵⁾

La escala se encuentra disponible en dos formas, una para Orientación o de Consulta Psicológica y la otra es una Forma Clínica. En esta investigación se utilizó la Forma de Consulta Psicológica. Las dos formas utilizan el mismo folleto y con los mismos reactivos, las diferencias entre las dos normas se centran en la calificación y en los perfiles. La forma para Orientación se califica más rápida y fácilmente pues incluye menos variables y puntajes, es apropiada para la autointerpretación. La forma Clínica es más compleja en cuanto a la calificación e interpretación se refiere, además de que no es apropiada para la autointerpretación. La calificación para ambas formas puede realizarse en forma manual o computarizada. La mayoría de los

sujetos contestan la escala en diez o veinte minutos, la calificación manual requiere de diez minutos como tiempo aproximado para la forma de Consulta Psicológica y aproximadamente 20 minutos para la forma Clínica.

En el desarrollo original de la escala, el primer paso fue recopilar una gran variedad de conjuntos de ítems autodescriptivos. El conjunto ítems original se derivó de otros instrumentos que medían el Autoconcepto incluyendo los desarrollados por Bolester (1956), Engel (1956) y Taylor (1953). Los ítems también se derivaron de autodescripciones escritas por pacientes sanos, enfermos y no pacientes. Después de un análisis considerable, se desarrolló un sistema fenomenológico para clasificar los reactivos sobre la base de lo que ellos mismos decían. Esto evolucionó hasta el esquema bidimensional 3x5 empleado en la hoja de puntajes de ambas formas. Noventa de los cien enunciados de la prueba, evalúan el Autoconcepto y diez pertenecen a la escala de mentira de M.M.P.I., son utilizados para detectar disímulo y componen la escala de autocrítica. Existen cinco alternativas de respuesta para cada enunciado que va de lo "completamente verdadero" a lo "completamente falso en mí". Los enunciados se distribuyen en cinco categorías por medio de columnas:

- 1) Self Físico
- 2) Self Ético -Moral
- 3) Self Personal
- 4) Self Familiar
- 5) Self Social

Estas clasificaciones se dividen a su vez en tres hileras:

- 1) Identidad (lo que yo soy).

- 2) Autoaceptación (cómo yo me siento conmigo misma, por lo que soy).
- 3) Conducta (lo que yo hago)

El registro total para los noventa enunciados es la medida en su totalidad del autoestima. (42-43)

Naturaleza y Significado de los Puntajes (Forma para orientación o consulta psicológica).

A) El puntaje de autocritica (SC). Esta escala está compuesta por diez ítems tomados de la escala del M.M.P.I. todas ellas son afirmaciones ligeramente derogatorias que la mayoría de la gente acepta como ciertas con respecto a ellas mismas. Los individuos que niegan la mayoría de estas afirmaciones son generalmente defensivos y están realizando un esfuerzo deliberado para presentar una imagen favorable de sí mismos. Los puntajes altos generalmente indican una apertura normal y saludable, y capacidad para la autocritica. Los puntajes extremadamente altos (sobre el percentil 99), indican que al individuo pueden faltarle defensas y puede, de hecho, encontrarse patológicamente indefenso. Los puntajes bajos indican defensividad, y sugieren que los puntajes positivos pueden estar artificialmente elevados a causa de esta defensividad.

B) Los puntajes positivos (P). Estos puntajes derivan directamente del esquema de clasificación fenomenológica ya mencionado. En el análisis general del conjunto de ítems, las afirmaciones parecían comunicar tres mensajes primarios: 1.- Esto es lo que yo soy. 2.- Esto es como yo me siento conmigo mismo, y 3.- Esto es lo que yo hago. Sobre la base de estos tres tipos de informaciones se formaron las tres categorías horizontales. Estas

aparecen en la hoja de puntajes como hilera; Hilera 1, Hilera 2, e Hilera 3 y así nos referiremos a ellas en adelante. Los puntajes Hilera constituyen tres subpuntajes, que al final dan como resultado el total positivo o puntaje total (TP). Estos puntajes representan un marco interno de referencia dentro del cual el individuo se describe a sí mismo.

El estudio más profundo de los ítems actuales indicó que estos también variaban considerablemente en términos de un arco de referencia más externo. Aún dentro de la misma categoría de Hilera las afirmaciones pueden variar ampliamente en cuanto a su contenido. Por ejemplo; con la Hilera 1 (la categoría, lo que yo soy), las afirmaciones se refieren a lo que yo soy físicamente, moralmente, socialmente, etc. En consecuencia, el conjunto de ítems fué ordenado de nuevo de acuerdo a estas categorías verticales, que son los cinco puntajes columna de la hoja de puntajes. Así el conjunto total de ítems se encuentra dividido de dos maneras: verticalmente en columnas (marco externo de referencia), y horizontales en hileras (marco interno de referencia), contribuyendo cada ítem y cada celdilla a dos puntajes diferentes.

1.- Puntaje total (TP). Este es el puntaje que puede considerarse por sí solo como el más importante de la forma para orientación o consulta psicológica. Refleja el nivel total de autoestima. Las personas con puntajes altos tienden a estar contentos consigo mismos, sienten que son personas valiosas y dignas, tienen confianza en sí mismas y actúan de acuerdo a esta imagen. La gente con puntajes bajos duda de su propio valer, se ven a ellos mismos como indeseables, con frecuencia se sienten ansiosos, deprimidos e infelices, y tienen poca fé en ellos mismos.

Si el puntaje de autocritica (SC) es bajo, los puntajes P altos se tornan sospechosos, y son probablemente el resultado de una distorsión defensiva.

Los puntajes extremadamente altos (generalmente sobre el 99 percentil), son anormales y suelen encontrarse solamente en personas perturbadas tales como esquizofrénicos paranoides; quienes como grupo muestran muchos puntajes extremos, tanto altos como bajos.

2.- Hilera 1, Puntaje P-Identidad. Estos son los reactivos que corresponden a "lo que yo soy" Aquí el individuo describe su identidad básica, lo que él es, basado en como él se vé.

3.- Hilera 2, Puntaje P-Autosatisfacción. Este puntaje viene resultando de aquéllos ítems en los que el individuo describe cómo se siente con respecto al "sí mismo" que percibe. En general este puntaje refleja el nivel de autosatisfacción o autoaceptación. Un individuo puede tener puntajes muy altos en las hileras 1 y 3 y puntuar bajo en la hilera 2, debido a los estándares y expectativas demasiado altas que tiene sobre sí mismo, o bien puede tener una pobre opinión de sí mismo, indicado por los puntajes de Autosatisfacción altos según la hilera 2. Por lo tanto los subpuntajes son mejor interpretados cuando se comparan uno con el otro y con el puntaje total (TP).

4.- Hilera 3, Puntaje P-Conducta. Este puntaje proviene de aquéllos ítems que dicen "esto es lo que yo hago o esta es la manera en que yo actúo". Por lo tanto este puntaje mide la percepción del individuo sobre su propia conducta o la forma en que él funciona.

5.- Columna A - Self Físico (Yo físico). Aquí el individuo presenta la visión que tiene sobre su cuerpo, su estado de salud, su apariencia física, habilidades y sexualidad.

6.- Columna B - Self Ético-Moral (Yo ético-moral). Este puntaje describe al Self desde un marco de referencia ético-moral/valía-moral, sus relaciones con Dios, sentimientos de ser una persona "buena" o "mala" y satisfacción

con la propia religión.

7.- Columna C - Self Personal (Yo personal). Este puntaje refleja el sentido que el individuo tiene de su valor personal, su sentimiento de adecuación como persona y la evaluación de su personalidad independientemente de su cuerpo o de sus relaciones con otros.

8.- Columna D - Self Familiar (Yo familiar). Este puntaje refleja los propios sentimientos de adecuación, mérito y valor como miembro de una familia. Se refiere a la percepción que el individuo tiene de sí mismo en relación a su círculo y allegados más cercanos e inmediatos.

9.- Columna E - Self Social (Yo social). Esta es otra categoría del "Self como se percibe en relación a otros", pero pertenece a los "otros" en un sentido más general. Refleja el sentido de adecuación y valor de la persona en su interacción social con otras personas en general.

C) Puntajes de Variabilidad (B). Los puntajes B proporcionan una medida simple de los puntajes de variabilidad o inconsistencia de una área de autopercepción a otra. Los puntajes altos significan que el sujeto o la persona es muy variable en este aspecto, mientras que los puntajes bajos indican una variabilidad baja que puede ser considerada como rigidez, si es extremadamente baja (por abajo del primer percentil).

1.- B Total (B). Esto representa el monto total de variabilidad para todo el registro. Los puntajes altos indican que el autoconcepto de la persona varían tanto de una área a otra que refleja poca unidad o integración. Las personas con altas puntuaciones tienden a encasillar ciertas áreas de su autoimagen y a visualizarlas como muy separadas del resto del self. Las personas bien integradas generalmente obtienen una puntuación por debajo de la media.

pero por encima del primer percentil.

2.- Columna Total V. Este puntaje mide y resume las variaciones dentro de las columnas.

3.- Hilera Total V. Este puntaje es la suma de las variaciones a través de las diferentes hileras.

D) Puntaje de Distribución (D). Representa la suma que el individuo tiene por la manera en que distribuye sus respuestas entre las cinco opciones que se le presentan para contestar los ítems de la Escala. Se puede interpretar también como una medida adicional de autopercepción (percepción del Self); la certeza o seguridad sobre la manera en que uno se ve a sí mismo. Un puntaje alto indica que el sujeto está muy definido y seguro en lo que dice sobre sí mismo, mientras que un puntaje bajo significa todo lo contrario. A veces también se encuentran bajas puntuaciones en personas que asumen actitudes de defensa y reserva. Estas se evaden y evitan entregarse, confiarse realmente mediante el empleo de opciones "3" en la hoja de respuestas.

Los puntajes extremos en esta variable en cualquier dirección, son poco deseables y generalmente se obtienen en personas perturbadas. Por ejemplo; a menudo los pacientes esquizofrénicos utilizan casi exclusivamente respuestas "5" y "1", dando lugar a puntajes D muy altos. Otros pacientes perturbados son extremadamente inseguros y desconfiados en sus autodescripciones, con predominio de respuestas "2", "3" y "4" y puntajes D muy bajos.

E) Puntaje de Tiempo. Este puntaje es simplemente una medida de tiempo que el sujeto requiere para completar la escala. Sólo recientemente el autor

ha realizado algún estudio de ésta variable y hasta el momento es poco lo que se sabe con respecto a su significado o significancia, la mayoría de los sujetos completan la escala en menos de veinte minutos cuando poseen suficiente educación, inteligencia y habilidad de lectura para manejar estas tareas . Se ha encontrado que los pacientes psiquiátricos en general requieren más tiempo que los que no son pacientes clínicos. Esto es particularmente cierto con respecto a aquéllos que son exageradamente compulsivos, paranoicos o depresivos (2)

Aplicación

El proceso de selección y aplicación psicométrica a la muestra ya descrita, se realizó acudiendo al Departamento de Trabajo Social, para identificar a las pacientes que cumplieran con las características requeridas; posteriormente se concertaron citas en el Departamento de Psicología (consulta Externa).

Inicialmente se realizó una entrevista para verificar los datos de las pacientes, y a su vez tener un conocimiento más amplio de ellas. Una vez que la paciente aceptaba colaborar, se le indicaba cuidadosamente la forma de contestar la prueba. Se les proporcionó el folleto de preguntas y la hoja de respuestas con sus respectivas instrucciones (ver apéndice).

Por último se citó a las pacientes con el objeto de darles conocimiento de sus resultados y así corroborar estos.

La entrevista y aplicación de la prueba se llevó a cabo dentro de los cubículos del Departamento de Psicología en los cuales pueden trabajar

cuatro mujeres sentadas simultáneamente, siendo éste un espacio de ventilación e iluminación adecuada.

Tratamiento Estadístico

Una vez aplicados y calificados los Tests (100), se procedió a codificar los resultados obtenidos, ésto se realizó al variar los puntajes brutos de la Escala de Autoconcepto de Tennessee.

Los grupos quedaron integrados de la siguiente forma:

- 1.- 60 mujeres embarazadas con sintomatología normal .
- 2.- 60 mujeres embarazadas con sintomatología de alto riesgo.

A fin de obtener los perfiles de autoconcepto de los grupos arriba mencionados, se empleó el análisis de frecuencia con la siguiente fórmula estadística:

$$\text{Media: } X = \frac{\sum x}{N}$$

$$\text{Desviación Estándar: } S = \sqrt{\frac{\sum f (x - \bar{x})^2}{N - 1}}$$

En la que: Σ = Suma de ...
 x = Puntaje individual
 \bar{x} = Media de los datos
 N = Número de datos

$$F = \frac{\text{varianza entre columnas}}{\text{varianza dentro de columnas}}$$

Se utilizó la prueba "t" de Students para dos muestras independientes. Fué la más adecuada, ya que cuenta con un nivel intervalar y analiza dos muestras independientes. La fórmula a usar es:

$$t \text{ student } 1. - \frac{\sqrt{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}}{\sqrt{\frac{(s_1)^2}{n_1} + \frac{(s_2)^2}{n_2}}}$$

en donde:

$\sqrt{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}$ = el valor de t para las dos series de datos.

$\sqrt{s_1}, \sqrt{s_2}$ = desviación estándar de las series de datos respectivamente

n_1, n_2 = números de datos de la series

2.- Nivel de Significancia: $\alpha = 0.05 = 5\%$. Error tipo II, posibilidades de rechazar una Hipótesis Nula (H_0) cuando debería ser aceptada. El nivel de significancia (α) propuesto para este estudio fue de 0.05 en consecuencia se tiene un 0.95 de confianza e infinitos grados de libertad, dado que 158 corresponden a infinitos grados de libertad.

A continuación se calculó la diferencia ($\bar{X}_1 - \bar{X}_2$) en valores absolutos. Este resultado deberá estar comprendido entre el límite de confianza, de no ser así estos valores rechazan la Hipótesis Nula y se acepta la Hipótesis de Trabajo.⁽⁶⁷⁾

$$\text{Límite de confianza} = 3 - 0 + \left(\sqrt{\bar{\chi}_1 - \bar{\chi}_2} \right) \cdot (t_{0.95, 158})$$

$$\text{Grados de libertad} = N_1 + N_2 - 2 = 80 + 80 - 2 = 158 \text{ gl}$$

CAPITULO

I V

RESULTADOS

Resultados de la Hipótesis Principal

H₁ Hipótesis de Trabajo

Existen diferencias estadísticamente significativas en las columnas de Self Físico, Self Ético-Moral, Self Personal, Self Familiar y Self Social, al comparar el grupo de embarazadas normales con el grupo de embarazo de alto riesgo.

H₀ : Hipótesis Nula

No existen diferencias estadísticamente significativas en el perfil de Autoconcepto entre las embarazadas normales y de alto riesgo.

Resultados:

Se observó que si existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en donde las embarazadas normales muestran un perfil de Autoconcepto de niveles más altos que las embarazadas de alto riesgo, por lo que TP en embarazo normal fue de 363.225 y TP en embarazo de alto riesgo fue de 328.975.

Hipótesis Secundarias

I- H_{A1}: Hipótesis de Trabajo 1

Existen diferencias estadísticamente significativas en las columnas del Self Físico, Self Ético-Moral, Self Personal, Self Familiar y Self Social al comparar el grupo de embarazadas

normales con el grupo de embarazo de alto riesgo.

H_{01} : Hipótesis Nula. 1

No existen diferencias estadísticamente significativas en las columnas del Self Físico, Self Ético-Moral, Self Personal, Self Familiar y Self Social, al comparar el grupo de embarazadas normales con el grupo de embarazo de alto riesgo.

Resultados:

Se observó que sí existen diferencias estadísticamente significativas en las columnas propuestas, en donde las embarazadas de alto riesgo mostraron puntajes más bajos que las embarazadas normales. Los resultados de mayor a menor puntaje fueron los siguientes:

Embarazo normal	Embarazo de alto riesgo
Self Ético-Moral 73.2375	Self Ético-Moral 69.5
Self Familiar 72.7375	Self Familiar 67.55
Self Personal 71.6076	Self Personal 65.64198
Self Físico 71.2125	Self Social 62.81482
Self Social 68.53165	Self Físico 61.825

En la totalidad de estos resultados se acepta la hipótesis de trabajo y se rechaza la hipótesis nula.

II.- H_{A2} : Hipótesis de Trabajo 2

Existen diferencias estadísticamente significativas en las hileras de Identidad, Autosatisfacción y Conducta, al comparar el grupo

de embarazo normal con el grupo de embarazo de alto riesgo .

H_{02} : Hipótesis Nula 2

No existen diferencias estadísticamente significativas en las hileras de Identidad, Autosatisfacción y Conducta, al comparar el grupo de embarazo normal con el grupo de embarazo de alto riesgo.

Resultados:

Se observó que sí existen diferencias estadísticamente significativas en las hileras mencionadas, en donde las embarazadas de alto riesgo muestran resultados más bajos que las embarazadas normales, por lo que los resultados fueron los siguientes de mayor a menor puntaje:

Embarazo normal	Embarazo de alto riesgo
Identidad 124.93	Identidad 115.3125
Conducta 118.725	Conducta 110.3375
Autosatisfacción 112.9241	Autosatisfacción 102.8375

Por lo anterior la hipótesis de trabajo se acepta, y la hipótesis nula se rechaza.

III.- H_{A3} : Hipótesis de Trabajo Alterna 3

Existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total de autocrítica, al comparar el grupo de embarazadas

normales con el grupo de embarazo de alto riesgo.

H_{03} : Hipótesis Nula 3.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total de autocrítica, al comparar el grupo de embarazadas normales con el grupo de embarazo de alto riesgo.

Resultados:

Se observó que no existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de autocrítica al comparar ambos grupos, por lo que los resultados fueron los siguientes:

Embarazo normal

Autocrítica (SC) 28.375

Embarazo de alto riesgo

Autocrítica (SC) 28.8875

Por lo anterior, la hipótesis de trabajo se rechaza y la hipótesis nula se acepta.

TABLAS DE RESULTADOS ESTADISTICOS

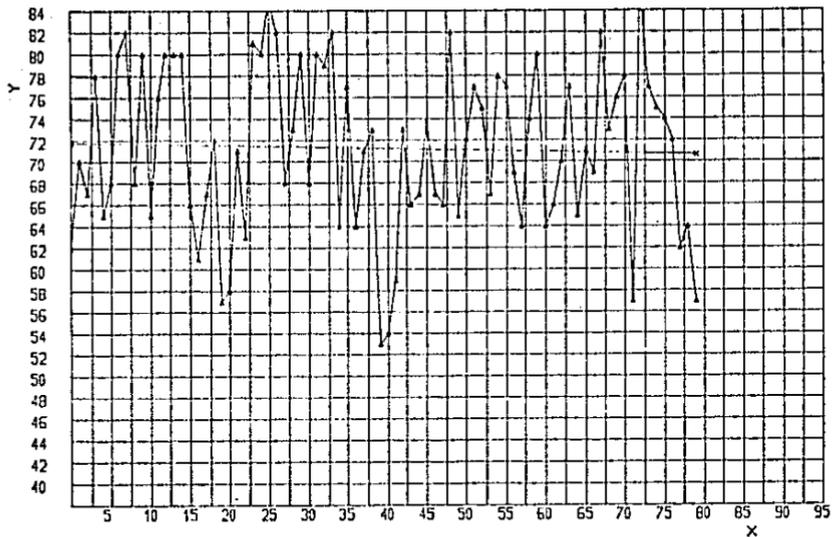
Escala	grupo	media	d. standar	error st.	t	razón F	gl	α	Total R
S. Píndico	grupo 1	71.2125	7.015425	0.1097	0.0527	3.04	158	0.05	No Ho
	grupo 2	61.825	7.627026	0.1234	0.0527	3.04	158	0.05	
S. E-M	grupo 1	73.2375	7.216795	0.0965	1.1057	9.936829	158	0.05	No Ho
	grupo 2	69.5	7.770441	0.1118	1.1057	9.936829	158	0.05	
Self .P	grupo 1	71.6076	3.003537	0.1129	1.5573	14.05713	158	0.05	No Ho
	grupo 2	65.64198	11.34384	0.1728	1.5573	14.05713	158	0.05	
Self.F	grupo 1	72.7375	7.215916	0.0992	1.2684	16.72739	158	0.05	No Ho
	grupo 2	67.55	8.753879	0.1296	1.2684	16.72739	158	0.05	
Self.S	grupo 1	68.53165	7.539359	0.11	1.5414	13.92781	158	0.05	No Ho
	grupo 2	62.81482	11.54243	0.1838	1.5414	13.92781	158	0.05	
S.C	grupo 1	28.375	5.90296	0.208	0.9526	0.2894627	158	0.05	Si Ho
	grupo 2	28.8875	6.14832	0.2128	0.9526	0.2894627	158	0.05	
Ident.	grupo 1	124.9375	14.09582	0.1128	2.0730	21.55712	158	0.05	No Ho
	grupo 2	115.3125	12.0459	0.1045	2.0730	21.55712	158	0.05	
A.S	grupo 1	112.9241	15.67846	0.1388	2.5107	16.13994	158	0.05	No Ho
	grupo 2	102.8375	16.07691	0.1563	2.5107	16.13994	158	0.05	
Cond.	grupo 1	118.725	12.64108	0.1065	2.0221	17.20515	158	0.05	No Ho
	grupo 2	110.3375	12.93503	0.1172	2.0221	17.20515	158	0.05	
T.T.	grupo 1	363.225	68.60241	0.1894	8.6168	15.79896	158	0.05	No Ho
	grupo 2	328.975	34.7305	0.1056	8.6168	15.79896	158	0.05	

TABLA DE RESULTADOS ESTADISTICOS

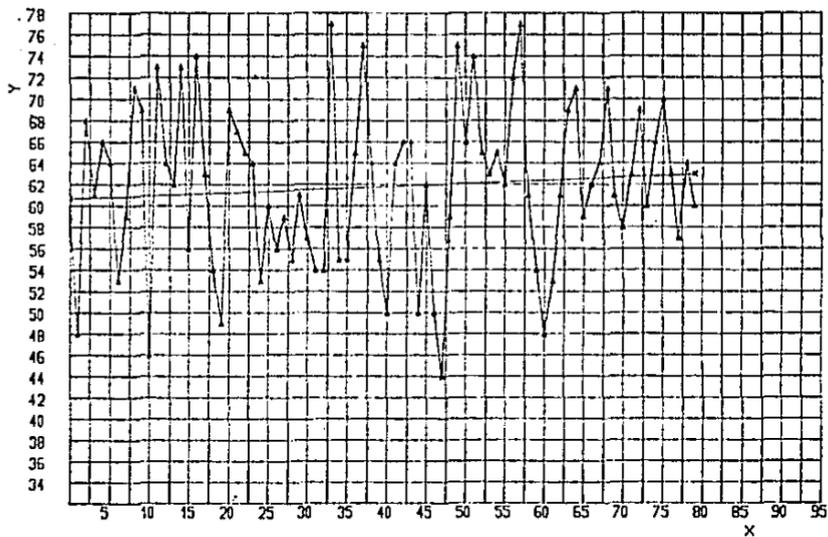
En donde: el Grupo 1 = Embarazo Normal
el Grupo 2 = Embarazo de Alto Riesgo

En donde: No H_0 = Se rechaza la Hipótesis Nula
Si H_0 = Se acepta la Hipótesis Nula

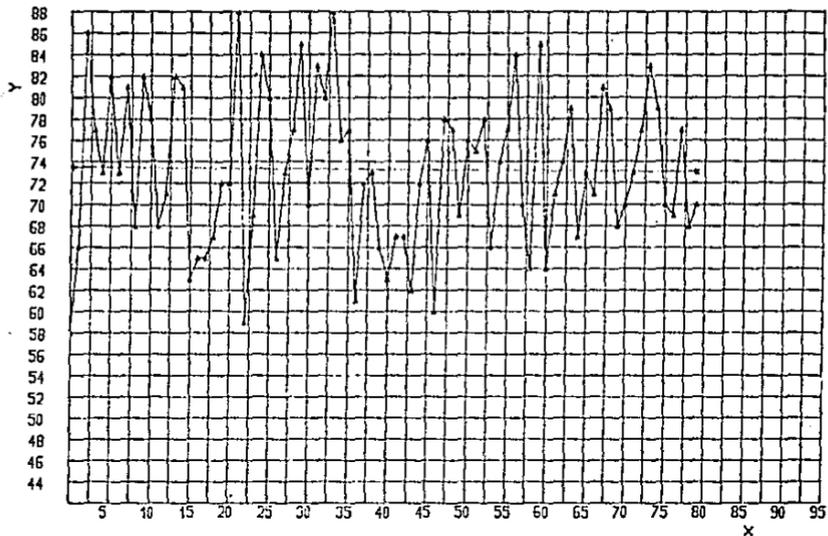
GRAFICAS DE RESULTADOS ESTADISTICOS



1. SELF PHYSICAL (EMBARAZO NORMAL)

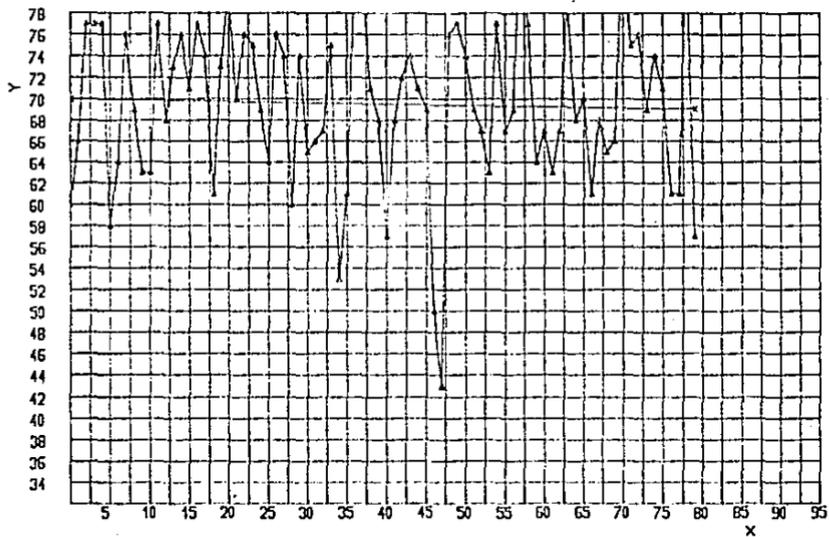


2.- SELF FISICO (EMBARAZO CON RIESGO)

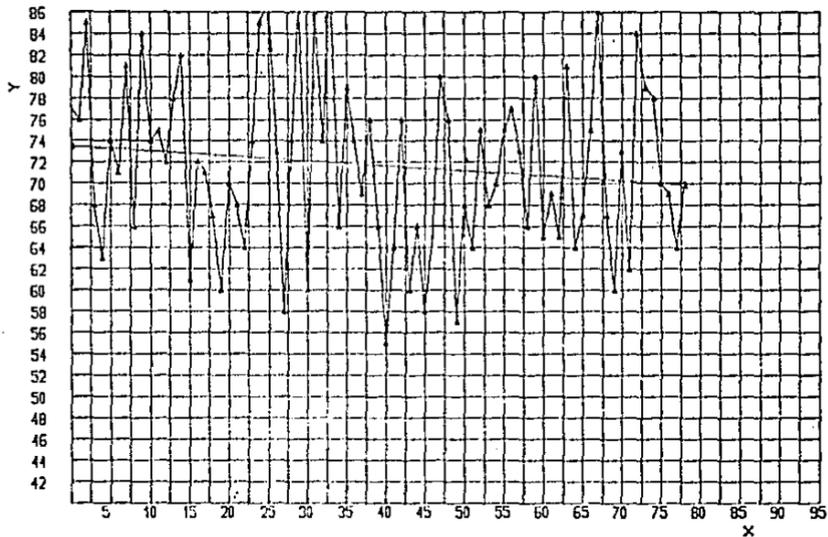


MORAL ETHICAL SELF
 MORAL ETHICAL

3. MORAL ETHICAL SELF (EMBARAZO NORMAL)

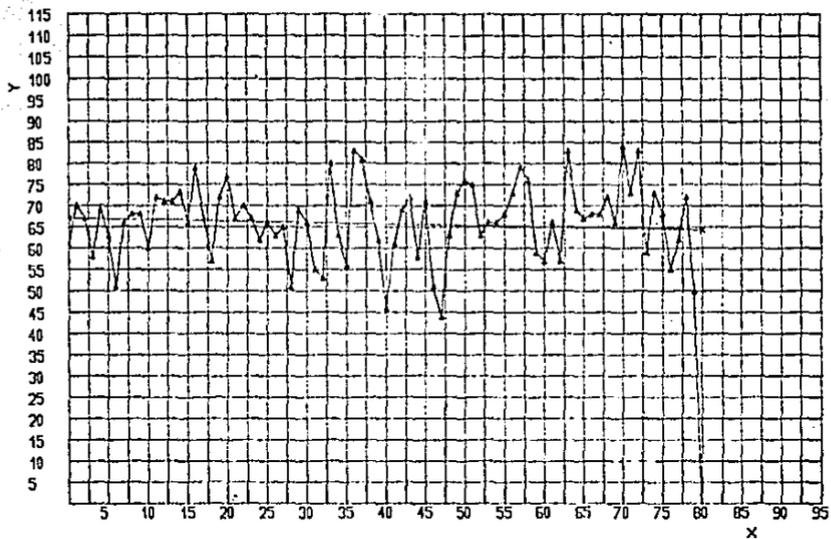


MORAL ETHICAL SELF (EMBARAZO CON RIESGO)

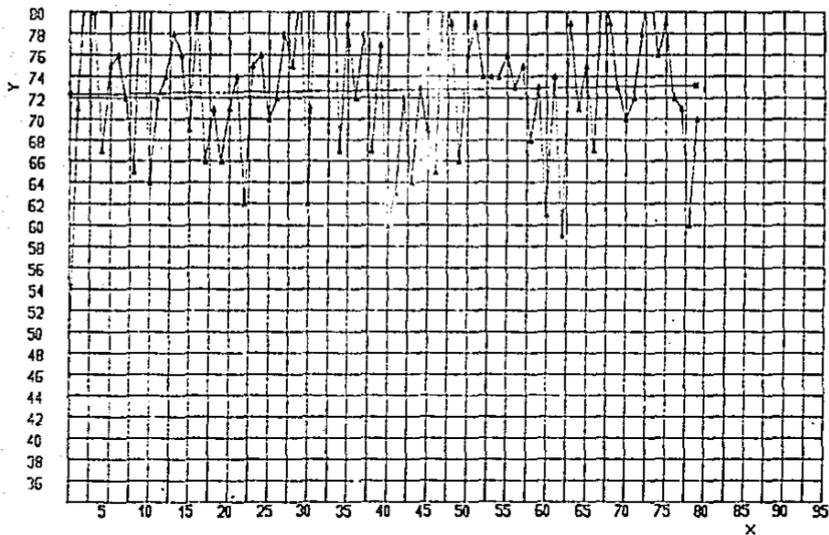


PERSONAL SELF
PERSONAL SELF

5. PERSONAL SELF (EMBARAZO NORMAL)



G. PERSONAL SELF (EMBARAZO CON RIESGO)

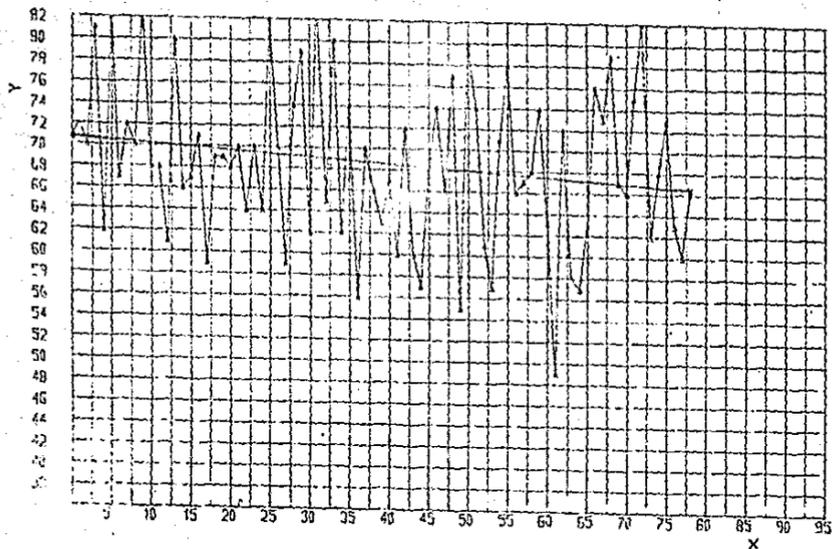


FAMILY SELF
 SELF FAMILY

7. FAMILY SELF (EMBARAZO NORMAL)

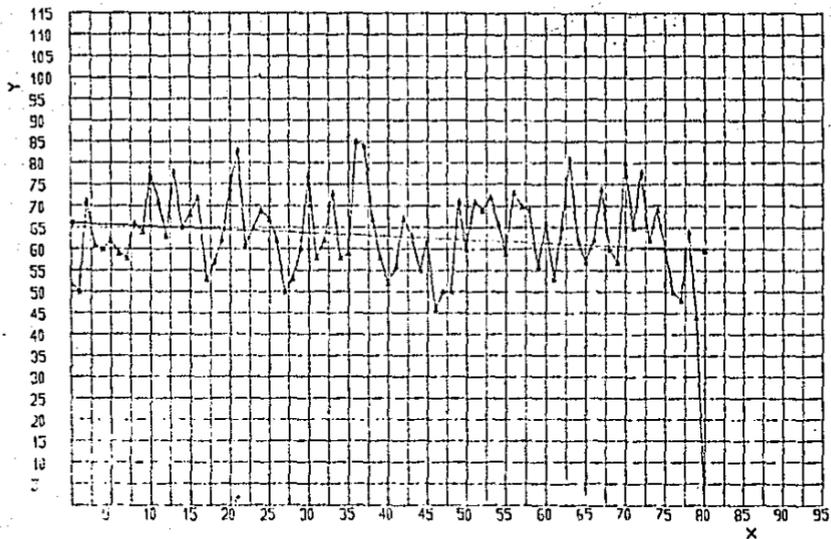


8. FAMILY SELF (EMBARAZO CON RIESGO)

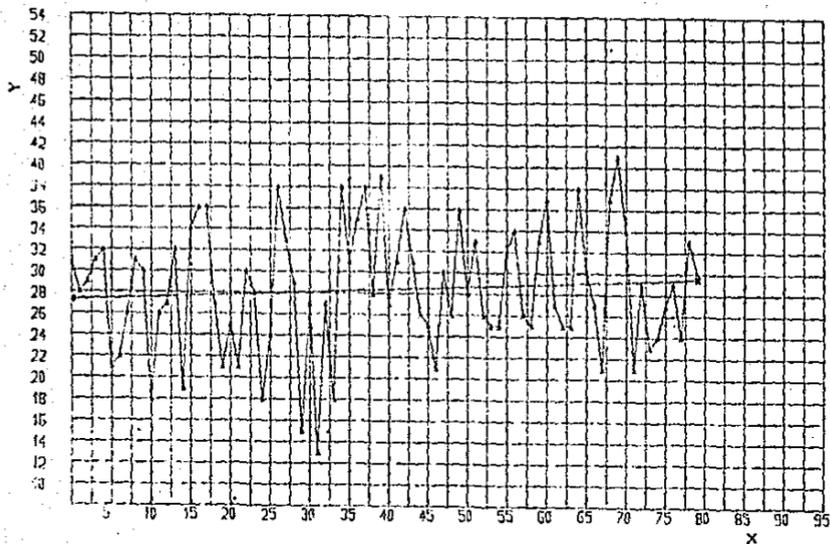


3. SOCIAL SELF (EMBARAZO NORMAL)

SOCIAL SELF
SELF SOCIAL

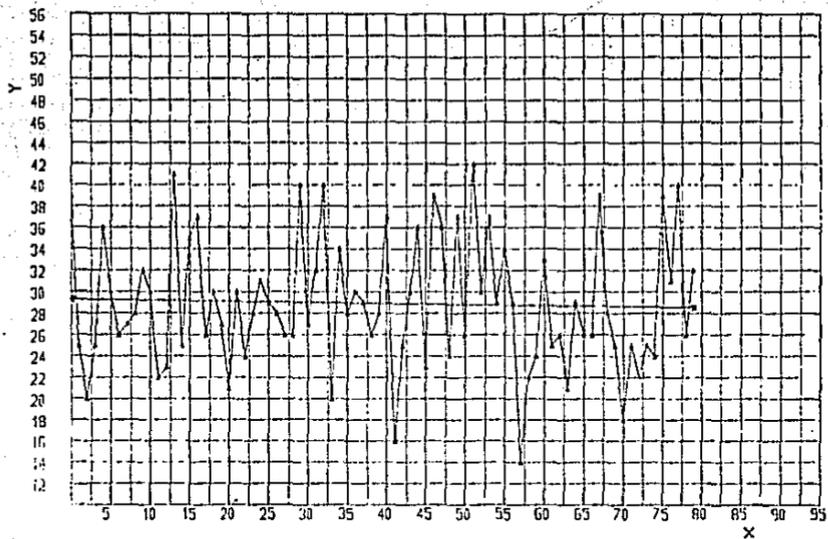


10. SOCIAL SELF (EMBARAZO CON RIESGO)

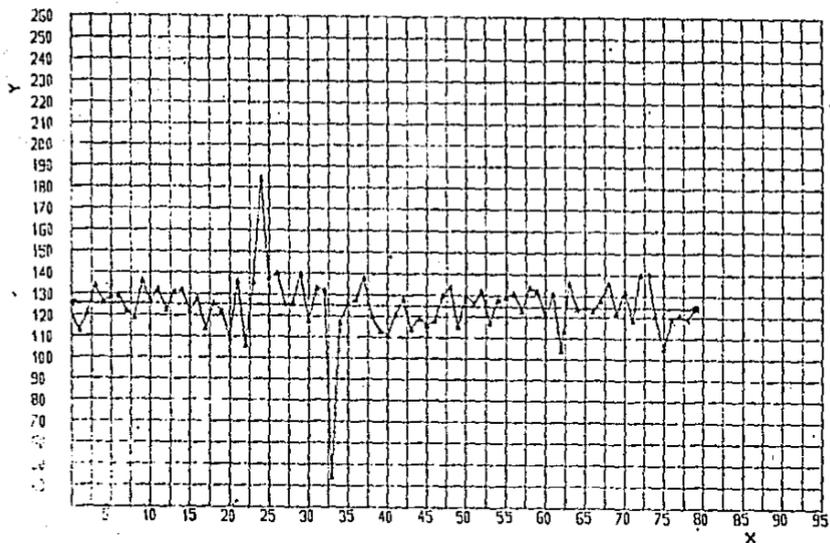


11.SELF CRITICISM (EMBARAZO NORMAL)

SELF CRITICISM

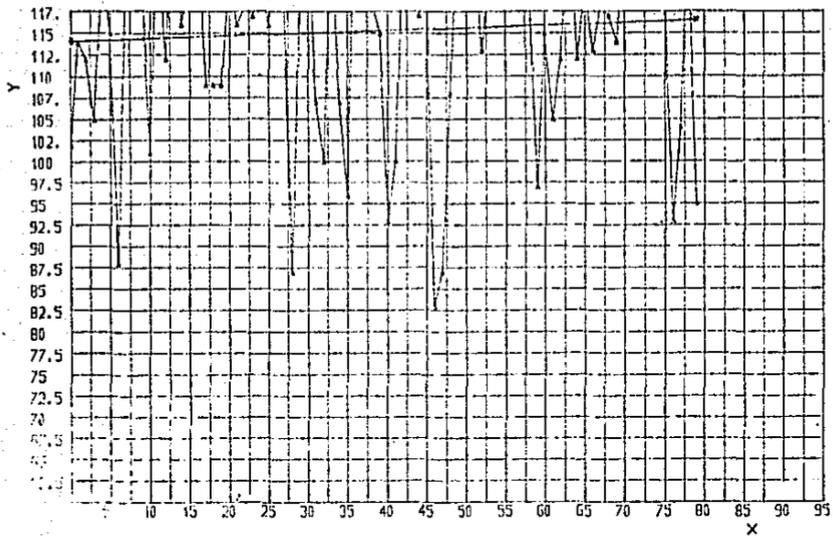


12. SELF CRITICISM (EMBARAZO CON RIESGO)



IDENTITY
IDENTITY

13. IDENTITY (EMBARAZO NORMAL)

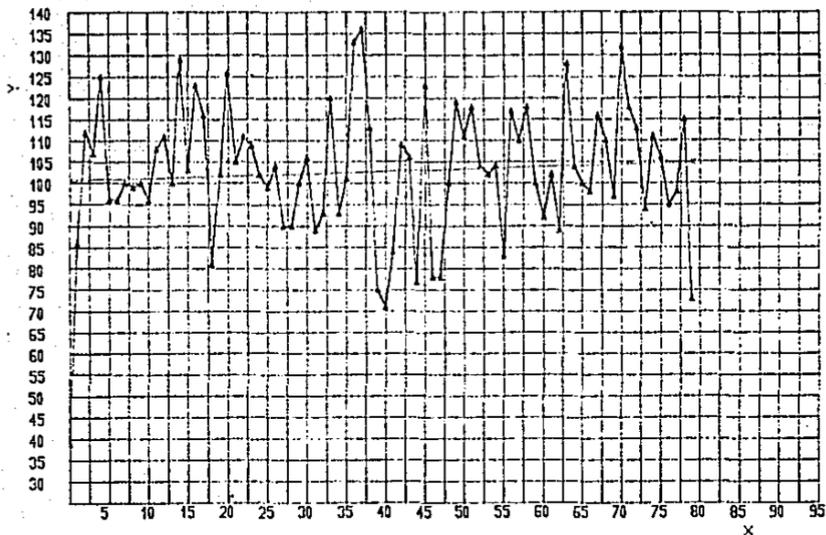


IDENTITY
IDENTITY WHAT HE IS

14. IDENTITY (EMBARAZO CON RIESGO)

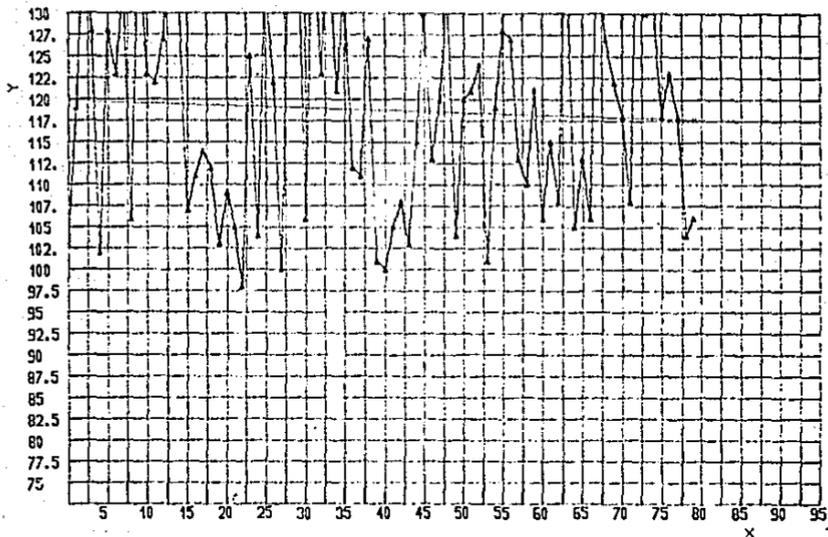


15. SELF SATISFACTION (EMBARAZO NORMAL)



SELF SATISFACTION
 SELF SATISFACTION

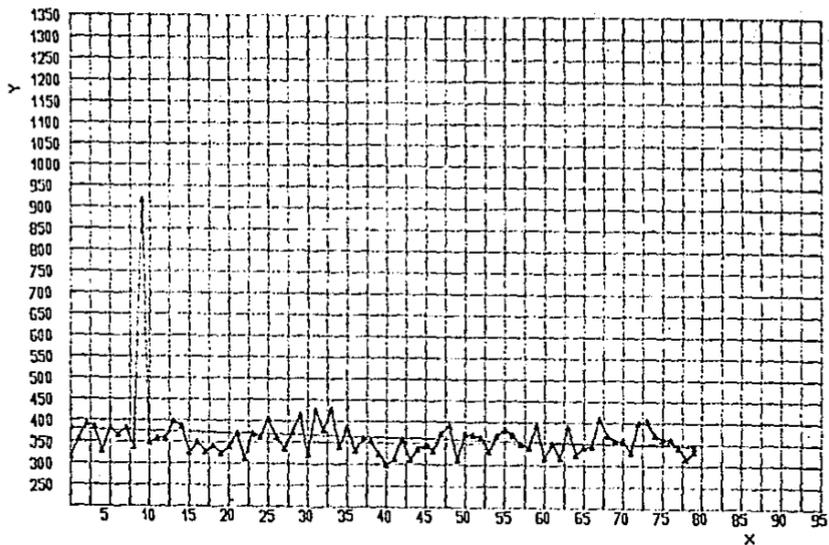
10. SELF SATISFACTION (EMBARAZO CON RIESGO)



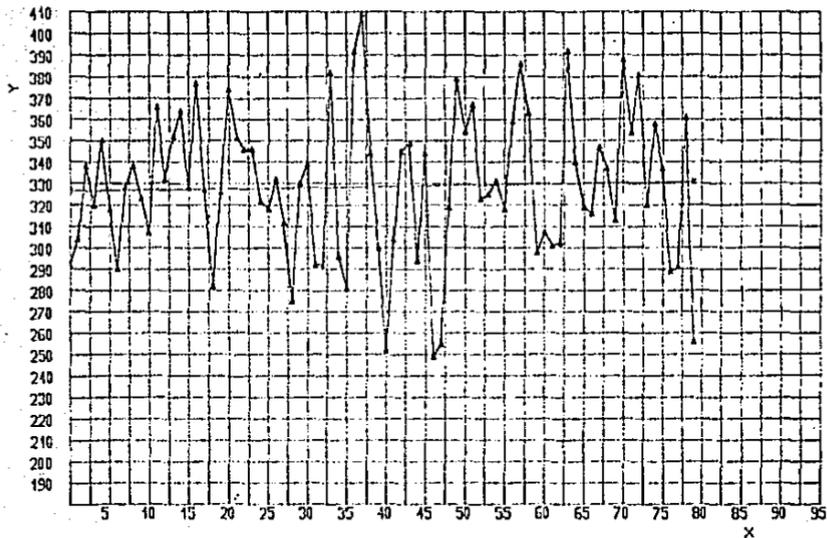
17. BEHAVIOR (EMBARAZO NORMAL)



16. BEHAVIOR (EMBARAZO CON RIESGO)



19. TOTAL POSITIVE (EMBARAZO NORMAL)



20. TOTAL POSITIVE (EMBARAZO CON RIESGO)

TOTAL POSITIVE
TOTAL POSITIVE

Interpretación de los Resultados

Atendiendo a la concentración de los resultados finales se observó que al comparar los dos tipos de estudio, en ambos existe una diferencia estadísticamente significativa, lo cual corrobora la hipótesis principal de trabajo. Las embarazadas de alto riesgo poseen un nivel general de autoconcepto con índices menores que las embarazadas normales.

Ambos grupos describieron su apariencia física inadecuada, con una visión empobrecida de su sexualidad; independientemente que para el grupo de embarazo normal, el factor de percepción en su interacción social proyectó ser más "débil" que el factor apariencia física inadecuada. Ambos grupos proyectaron educación en el área de interacción familiar y valores ético-morales.

Una característica relevante a observar, es que el perfil de auto crítica no mostró diferencias estadísticamente significativas, así también fué el puntaje más bajo en ambos grupos, lo cual indica un alto grado de defensividad en donde el paciente se esfuerza por presentar la imagen más favorable de ellas mismas. Esto concuerda con la teoría de la resistencia crítica al cambio, antes que se lleve a cabo la adaptación al nuevo estilo de vida. El embarazo representa una transición que lleva consigo infinidad de variables de resistencia y progreso, en donde la mujer no expresa sus fantasías y temores más vívidos respecto a su estado.

En el puntaje de auto crítica, ninguno de los resultados fué extremadamente alto (arriba del percentil 99), lo cual indica que el grupo de estudio no está patológicamente indefenso. En este período los sentimientos de la embarazada con respecto a la forma de relacionarse con su contorno social es bajo, lo cual concuerda con el puntaje bajo del Self Social. Sus

intereses se centralizan en el embarazo.

La embarazada de alto riesgo describe su apariencia física inadecuada y devaluada, paralela a su estado de salud, lo cual se observa en el puntaje del Self Físico.

Los niveles de Autosatisfacción (cómo se aceptan a ellas mismas) e Identidad (qué soy yo), son bajos más no anormales.

Ambos grupos proyectaron gran importancia a las relaciones que establecen con Dios y sus sentimientos acerca del bien y del mal, tomando el acto de crear como algo intrínsecamente bueno en sus vidas.

El Autoconcepto de las mujeres embarazadas normales es más elevado que el Autoconcepto de las mujeres embarazadas con alto riesgo .

CAPITULO

V

CONCLUSIONES

En referencia a la investigación de campo realizada y fundamentada en al aplicación del instrumento de Autoconcepto de Tennessee referida a la psicología de la mujer embarazada, obtuve las siguientes conclusiones:

La experiencia directa con el material humano resultó ser la más enriquecedora, en continua retroalimentación de elementos del conocimiento psicológico y científico de un momento histórico dado.

La interacción paciente-investigador fue gratificante en cuanto a sus resultados gracias a la empatía creada en un ambiente psicológico favorable.

Ante los tabús y axiomas emocionales contaminados acerca del embarazo y el parto, ciertas tareas de ayuda psíquico-obstétrica son indispensables.

Sólo la experiencia podrá mostrar el número de generaciones que deban transcurrir para producir un cambio en las normas y valores profundamente enraizados en el tópico de las crisis gestacionales.

Las sociedades tecnificadas tienden considerablemente a alejar a la mujer del cumplimiento de sus roles referentes a su identidad maternal .

El embarazo de alto riesgo representa un grave conflicto entre la mujer y su femineidad , por lo que éstos son susceptibles a tratamiento

psicoterapéutico.

La vida psicofísica de los estadios de la mujer y sus conflictos provocados por el alejamiento de su unión con la naturaleza en su función reproductora, ha sido investigada y abordada ampliamente, en su mayoría, por estudiosas de la psique femenina.

Las motivaciones y expectativas emocionales de la primigesta y la múltipara son distintas; independientemente de que cada embarazo se vivencia de manera única.

Para lograr una estabilidad con pronósticos favorables de embarazo, es indispensable contar con el apoyo afectivo del futuro padre.

No existen pedecimientos mentales específicos asociados al embarazo.

El área de estudio del Autoconcepto vá ligado necesariamente al entendimiento global del episodio del embarazo.

En este estudio, ambos grupos de investigación proyectaron muy semejante grado de defensividad ante su situación, dando parámetros de autocritica difusa, lo cual no significa que estén patológicamente indefensas.

La medicina debe ser abordada desde un punto de vista psicosomático, para un mejor entendimiento integral de los problemas reproductivos de la mujer.

SUGERENCIAS

Dado que México es un país con una alta tasa de natalidad, los servicios de atención y cuidado interdisciplinario como los que proporciona el Instituto Nacional de Perinatología, deberían hacerse extensivos a todas las comunidades. Es recomendable que las áreas de trabajo social, psiquiátricas, psicológicas y de guarderías, pongan atención a los componentes psíquico-críticos que afectan a los miembros de la familia durante el embarazo, parto y posparto.

La preparación psicológica prenatal debe estar dirigida a la pareja, ya que ambos presentan un cambio de rol a enfrentar, con complicaciones específicas.

Compartir experiencias similares entre grupos de mujeres grávidas con asesoría de un profesional de la salud, representa un alivio a las tensiones emocionales en el curso de este evento creativo, a su vez éste provee funciones de autoprotección psíquica que el feto brinda a la madre.

La paciente que indique síntomas de embarazo de alto riesgo, deberá ser canalizada de inmediato a tratamiento psicoterapéutico.

El cometido de la educación sexual femenina impartida en el hogar y las instituciones educativas, han de dirigirse hacia la estimulación de una consolidación madura para lograr el máximo de satisfacción en el embarazo y por lo tanto en la maternidad.

JUSTIFICACION

Ha sido una preocupación de todos los tiempos entender las diferencias biopsicosociales entre el hombre y la mujer, en donde ella juega un papel trascendente e irrevocable al incubar un nuevo ser que estará dispuesto a recibir los cuidados maternos, que dependerán de las potencialidades circunstanciales de la madre psicológica.

El aumento de serias complicaciones en el embarazo normal y de alto riesgo, obliga al investigador a detectar el origen y las motivaciones conscientes e inconscientes de la patología en las funciones naturales femeninas, las respuestas genéticas y los códigos sociales anti-instintivos, por lo que todo estudio que de aportaciones, estará respondiendo a las necesidades actuales del mejor entendimiento de nuestra sociedad y los procesos de rehabilitación de la gestante.

Afortunadamente, la importancia dinámica de la autoimagen está ampliamente reconocida en la psicología actual, y a pesar de que el progreso en el área de la medición ha sido detenida por la complejidad en el conjunto de variables involucradas, los registros de medición completos y de índices más apropiados, como los que aporta el Test de Autoconcepto de Tennessee, me permitieron corroborar y aportar datos objetivos el mejor entendimiento de la autoimagen de la mujer embarazada normal y la de alto riesgo.

A través de todo el período de gestación

existe una revaloración del sistema del Self, lo que imposibilita el estudio del embarazo como un episodio aislado relacionado con síntomas específicos de esta etapa.

Actualmente en el Instituto Nacional de Perinatología (INP^{en}), se realizan estudios de estandarización de diversos instrumentos psicométricos de la personalidad de la mujer embarazada, en los cuales se incluyó esta muestra de investigación que contribuirá a la solución de futuros problemas.

LIMITANTES

Una importante limitante de esta investigación fué el instrumento que utilizé; Escala de Autoconcepto de Tennessee, por no haber sido estandarizada aún en nuestro país, y aunque el autor de la misma concluye después de numerosas publicaciones, que no es necesario establecer normas por separado en cuanto a la edad, sexo, raza, nivel socioeconómico u otra variable, las normas de conducta y escalas valorativas de las mujeres embarazadas no son las mismas entre la sociedad Estado-Unidense y la Mexicana. La mayoría de las investigaciones concernientes a la psicología del embarazo son publicaciones extranjeras.

Otra limitante fué la de no haber realizado un estudio de retest en el período posparto.

Incluye la muestra sólo mujeres con embarazo de alto riesgo no

TABLAS DE RESULTADOS ESTADISTICOS

hospitalizadas representó otra limitante a considerar.

La situación conyugal de los sujetos de estudio fué limitante en el sentido unívoco (todas tenían pareja), estaban bajo supervisión médica, pertenecían a la clase media-baja: A-B-C-D, (niveles manejados de clasificación socio-económica del INP²¹).

APENDICE

ADAPTACION AL ESPAÑOL DE LOS FORMATOS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE.

Durante los últimos años se han estado utilizando algunos instrumentos para medir la autoimagen. Sin embargo se ha continuado la necesidad de tener una escala que sea sencilla para el sujeto, ampliamente aplicable y multi dimensional en su descripción de la autoimagen.

En 1965 El Dr. William Fitts inició uno de los programas más completos de investigación sobre autoconcepto. Una de sus primeras contribuciones ha sido el desarrollo y estandarización de la Escala Tennessee de Autoconcepto, quizá la más confiable que tenemos hasta ahora para la medición del mismo. El programa de Fitts a diez años de duración abarca no solo el desarrollo de formas de medición, sino también busca dar respuesta a las muchas interrogantes que nos presenta todavía el autoconcepto, como por ejemplo; el autoconcepto en relación a la adaptación, los factores que contribuyen al desarrollo del autoconcepto y como se puede predecir la conducta partiendo de él.

La Escala de Autoconcepto de Tennessee fue desarrollada para satisfacer esta necesidad, puesto que la autoimagen se ha convertido en un medio popular y tan importante para estudiar y comprender el comportamiento humano, también se pensó que una escala adecuada para medir el autoconcepto proporcionaría el lazo que ataría los descubrimientos que se han logrado a través de las investigaciones y del trabajo clínico.

Se ha demostrado que la imagen que el individuo tiene de sí mismo es de gran influencia en su comportamiento y está directamente relacionada con su personalidad y con el estado de su salud mental. Las personas que se ven a sí mismas como lo indeseable o "malas" tienden a actuar de acuerdo con esta idea.

Aquellas que tienen un concepto poco realista de sí mismas, tienden a enfocar la vida y a otras personas en forma también poco realista.

Aquellas que tienen autoconceptos desviados tienden a comportarse en forma desviada. Así pues, el conocimiento de cómo el individuo se percibe a sí mismo es muy útil para poder ayudarle o para evaluarlo.

La escala puede usarse para varios propósitos; en la consulta psicológica, evaluación y diagnóstico clínico, investigación en las ciencias del comportamiento, selección de personal, etc.....

La escala consiste en cien afirmaciones autodescriptivas que el sujeto usa para describir la imagen que tiene de sí mismo.

La escala se autoadministra y se aplica a individuos o a grupos. Puede usarse con sujetos desde los catorce años que sepan leer. Es aplicable no solamente a personas bien ajustadas y sanas, sino también a pacientes psicóticos.

La escala está disponible en dos formas: Forma para Consulta Psicológica y Forma Clínica y de investigación. Con las dos formas se usa el mismo libreto y los mismos ítems. La diferencia estriba en la calificación y en el sistema de perfiles. La forma para consulta psicológica es apropiada para la autointerpretación y para comentarla en la entrevista con el sujeto y requiere menos sofisticación en psicometría y en psicopatología. La escala requiere de 10 a 20 minutos para ser contestada.

A continuación se describen las variables de la escala y su significado.

PUNTAJE DE AUTOCRITICA: (SC).

Esta escala está compuesta de 10 ítems. Estas son afirmaciones ligeramente derogatorias que la mayor parte de las personas admiten que son ciertas de sí mismas, los individuos que niegan la mayoría de estas afirmaciones con frecuencia están siendo defensivos y están haciendo un esfuerzo deliberado de presentar una imagen favorable de sí mismos.

Los puntajes altos generalmente indican una capacidad normal, amplia y sana para la autocrítica. Los puntajes extremadamente altos (arriba del percentil 99), indican que al individuo pueden faltarle defensas y puede de hecho estar patológicamente indefenso. Los puntajes bajos indican defensividad y sugieren que los puntajes positivos están posiblemente elevados por esta defensividad.

PUNTAJES POSITIVOS: (P).

Estos puntajes se derivan directamente de un esquema de calificación fenomenológica. De un número de afirmaciones auto-descriptivas que parecen contener tres mensajes primarios: 1) Esto es lo que yo soy. 2) Esto es como yo me siento conmigo mismo, por lo que soy. 3) Esto es lo que yo hago. Estos marcos de referencia se encuentran en las hojas de calificación distribuidos en tres categorías horizontales y cinco verticales.

PUNTAJE TOTAL: (P).

Este es el puntaje que puede considerarse por sí solo como el más importante en la forma de consulta psicológica. Refleja el nivel total de autoestima. Las personas con puntajes altos tienden a estar contentos consigo mismos, se sienten que valen, tienen confianza en sí mismos y actúan de acuerdo con esta imagen.

Las personas con puntajes bajos dudan de su propio valor, se ven así mismos como indeseables, con frecuencia se sienten llenos de ansiedad, deprimidos, e infelices; tienen poca fe y confianza en sí mismos.

HILERA I PUNTAJE P: IDENTIDAD.

Estas son las afirmaciones sobre "lo que soy". El individuo describe su identidad básica partiendo de cómo se ve a sí mismo.

HILERA 2 PUNTAJE P: AUTOSATISFACCION.

Afirmaciones con la que el individuo describe sus sentimientos acerca del yo que el percibe. En general releva el nivel de satisfacción y autoaceptación.

HILERA 3 PUNTAJE P: COMPORTAMIENTO'

Afirmaciones que dicen " esto es lo que yo hago" o " esta es la forma en que actúo " Mide la percepción que el individuo tiene de su comportamiento y de la forma en que funciona.

COLUMA A: YO FISICO.

Presenta la visión del propio cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad.

COLUMA B: YO ETICO MORAL.

Descripción del yo desde un marco de referencia ético-moral Relaciones con Dios, Sentimientos de ser "buenos" o " malos " Satisfacción con la religión o con la falta de ésta.

COLUMNA C: YO PERSONAL:

Refleja el sentido de valer personal que tiene el individuo de si mismos, el grado en el que se siente adecuado como persona y su evaluación de si mismo, aparte de la percepción de su cuerpo y de sus relaciones con los demás.

COLUMA D: YO FAMILIAR.

Refleja los sentimientos propios de valer personal y de efectividad en las relaciones familiares. Se refiere a la percepción de sí mismo en relación con los miembros más cercanos del círculo familiar.

COLUMNA E: YO SOCIAL.

Refleja los sentimientos de la persona respecto a su forma de relacionarse con las personas en general.

PUNTAJE DE VARIABILIDAD (V).

Proporcionan una medida sencilla de variabilidad o inconsistencia de un área de autopercepción a otra.

V T O T A L .

Representa el total de variabilidad entre todos los puntajes. Está en relación con la unidad o integración personal.

COLUMNA V TOTAL:

Mide y resume las variaciones dentro de las columnas.

HILERA V TOTAL:

Representa la suma de las variaciones en las diferentes hileras.

PUNTAJE DE DISTRIBUCION (D):

Representa la suma que el individuo obtiene en la distribución de sus respuestas por medio de las cinco opciones que le presentan al contestar cada afirmación de la escala.

Se puede interpretar como una medida adicional de la autoimagen: la certeza o seguridad de como se percibe uno a si mismo.

Las variables hasta aquí descritas se incluyen tanto en la forma para consulta psicológica como en la clínica y de investigación.

A continuación se presentan aquellas variables que solamente se incluyen en la forma clínica y de investigación.

PROPORCION VERDADERO-FALSO (T/F).

Esta es una medida de los patrones de respuestas, una indicación de fiel enfoque del sujeto hacia la tarea = tiene una fuerte tendencia a estar de acuerdo o en desacuerdo, independientemente del contenido de las afirmaciones = (Fitts, 1961).

El significado de la proporción V/F puede considerarse desde tres puntos de vista:

- 1.- Solamente como una medida de patrones de respuestas..
- 2.- Como una medida de comportamiento que tiene significado en términos de validez empírica. Distingue entre pacientes y no pacientes y tiene una correlación significativa con otros tests.
- 3.- En relación con la psicología del YO. Grado en el que el individuo ha logrado la definición de su YO o su autodescripción.

PUNTAJES NETOS DE CONFLICTO:

Tienen una relación estrecha con el puntaje V/F miden el grado de conflicto que existe entre las respuestas del individuo a afirmaciones positivas con afirmaciones negativas en la misma área de autopercepción. Esto representa una aplicación y definición operacional del término " conflicto " .

El puntaje p-n es una medida de conflicto. Existen dos diferentes tipos de conflicto:

CONFLICTO DE ASENTAMIENTO:

Fenómeno que ocurre cuando P resulta mayor que N. Significa que el sujeto está sobre-afirmando sus atributos positivos.

CONFLICTO DE NEGACION:

Lo opuesto al anterior N es mayor que P. Significa que el sujeto exagera la negación de sus atributos negativos.

TOTAL DE PUNTAJES CONFLICTIVOS:

Están en relación con la ausencia o presencia de confusión, contradicción y conflicto general en la autopercepción.

ESCALAS EMPIRICAS:

Se trata de seis escalas que diferencian a un grupo de sujeto de otros.

ESCALA DEFENSIVA POSITIVA: DP).

Proporciona una medida de defensividad más sutil. que la escala SC, se basa en una hipótesis de la teoría del self que postula que los individuos con problemas psiquiátricos definidos registran conceptos negativos del YO a determinados niveles de consciencia a pesar de que es un instrumento de este tipo presentan una descripción positiva de sí mismos. El puntaje es significativo en los dos extremos. Un puntaje alto indicaría una autodescripción positiva que resulta de una distorsión definitiva. Un puntaje demasiado bajo indicaría la falta de defensa necesarias para mantener la autoestima.

ESCALA DE DESAJUSTE GENERAL: (GM).

Se componen de 24 ítems que diferencian a los pacientes psiquiátricos de los sujetos normales, pero no diferencian entre un grupo psiquiátrico y otro. Sirve como un índice general de ajusta-desajuste.

ESCALA DE PSICOSIS: (PSY).

Se basa en 23 ítems que diferencian entre psicóticos y otros grupos.

ESCALA DE DESORDENES DE PERSONALIDAD: PD).

Consta de 27 ítems que diferencian este amplio grupo de diagnóstico de los demás grupos.

ESCALA DE NEUROSIS: (N).

Consta de 27 ítems, indica la similitud con el grupo neurótico.

ESCALA DE INTEGRACION DE LA PERSONALIDAD: (PI).

Consta de 25 items que diferencian a este grupo de otros. Este grupo se formó con personas que fueron juzgadas a través de varios criterios, como normales por su nivel de ajuste o integración de personalidad.

NUMERO DE SIGNOS DE DESVIACION: (NDS).

Diferencia entre pacientes y no pacientes. Es el mejor índice de perturbación psicológica que la escala presenta.

A continuación se anexa el cuadernillo que contiene las instrucciones, los cien reactivos y las cinco opciones con que estos pueden ser respondidos y que constituyen la Escala de Autoconcepto de Tennessee.

ESCALA TENNESSEE DE AUTOCONCEPTO.

I N S T R U C C I O N E S

Escriba su nombre y el resto de la información solicitada en los espacios indicados en la hoja de respuestas. Deje para después la información de los tres últimos espacios = relativa al tiempo. Escriba solamente en la hoja de res = puestas y no escriba en este folleto.

En este folleto encontrará una serie de afirmaciones en = las cuales Usted se describe a si mismo, tal como usted se ve. Conteste como si usted se estuviera describiendo a si mismo, y no ante ninguna otra persona. NO OMITA NINGUNA = AFIRMACION, lea cada afirmación cuidadosamente y después = escoja una de las cinco respuestas. En la hoja de respue = tas. ENCIERRE EN UN CIRCULO el número de la respuesta que usted escogió; si desea cambiar la respuesta después de haber hecho el círculo no horre; escriba una "X" sobre la respuesta marcada y después ponga el círculo en la respue = ta que usted desea.

Cuando esté listo para empezar, localice en su hoja de = respuestas el espacio que dice " HORA EN QUE EMPEZO" y ano = te la hora; cuando haya terminado anote la hora en que ter = minó dentro del espacio que dice " HORA EN QUE TERMINO ". Al comenzar asegúrese que la hoja de respuestas y este fo = lleto estén colocados de tal manera que los números de las afirmaciones y los de las respuestas coincidan. Recuerde =

trazar un CIRCULO alrededor del número de la respuesta que usted ha escogido para cada afirmación.

R E S P U E S T A S :

completamente falso	casi totalmente falso	parte falso y parte verdadero.
1	2	3
casi totalmente verdadero		totalmente verdadero
4		5

Esta escala se ha reproducido al pié de cada página a fin de ayudarle a recordar.

No pase a la página siguiente si no ha comprendido claramente las instrucciones.

Dichas instrucciones se encontraban indicadas en la cubierta interior del folleto. Debemos hacer notar que hay un punto que requiere la atención especial del examinador. La hoja de respuestas está organizada en tal forma que el sujeto responda en forma alterada a los items en la Hoja de Respuestas.

Algunos sujetos pueden confundirse momentáneamente en relación a este punto, y es por tanto conveniente que el examinador esté preparado para esta posibilidad.

REACTIVOS :

A continuación se presentan los cien reactivos que integran la Escala, según versión y adaptación castellana = por Blanca M. de Alvarez y Guido A. Barrientos, y Distribuido por el Instituto Interamericano de Estudios Psicológicos y Sociales que se encuentra ubicado en Chihuahua, Chih., México y que fué utilizada en este trabajo.

Al calce de cada hoja del cuadernillo se encuentran impresas las cinco opciones con que pueden ser contestados los reactivos.

completamente. falso	casi totalmente. falso	parte falso y parte verdadero.
1	2	3
casi totalmente verdadero.		totalmente verdadero.
4		5

I T E M .

No.

- 1.- Gozo de buena salud.
- 3.- Soy una persona atractiva.
- 5.- Me considero una persona muy desarreglada.
- 19.- Soy una persona decente.
- 21.- Soy una persona honrada.
- 23.- Soy una persona mala.
- 37.- Soy una persona alegre.
- 39.- Soy una persona calmada y tranquila.

- 41.- Soy un don nadie.
- 55.- Mi familia siempre me ayudaría en cualquier problema
- 57.- Pertenezco a una familia feliz.
- 49.- Mis amigos no confían en mí.
- 73.- Soy una persona amigable.
- 75.- Soy popular con personas del sexo masculino.
- 77.- Lo que hacen otras gentes no me interesa.
- 91.- Algunas veces digo falsedades
- 93.- En ocasiones me enojo.
- 2.- Me agrada estar siempre arreglado y pulcro.
- 4.- Estoy lleno de achaques.
- 6.- Soy una persona enferma.
- 20.- Soy una persona muy religiosa.
- 22.- Soy un fracaso en mi conducta moral.
- 24.- Soy una persona moralmente débil.
- 38.- Tengo mucho dominio sobre mí mismo.
- 40.- Soy una persona detestable.
- 42.- Me estoy volviendo loco.
- 56.- Soy importante para mis amigos y para mi familia.
- 58.- Mi familia no me quiere.
- 60.- Siento que mis familiares me tienen desconfianza
- 74.- Soy popular con personas del sexo femenino.
- 76.- ESToy disgustado con todo el mundo.
- 78.- Es difícil entablar amistad conmigo.
- 92.- De vez en cuando pienso en cosas tan malas que no pueden mencionarse
- 94.- Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy de mal humor
- 7.- No soy ni muy gordo ni muy flaco.
- 9.- Me agrada mi apariencia física.
- 11.- Hay partes de mi cuerpo que no me agradan.
- 25.- Estoy satisfecho de mi conducta moral.
- 27.- Estoy satisfecho de mis relaciones con Dios.
- 29.- Debería asistir más a menudo a la Iglesia.
- 43.- Estoy satisfecho de lo que soy.
- 44.- Mi comportamiento hacia otras personas es precisamente como debería ser.

- 47.- Me desprecio a mí mismo.
- 61.- Estoy satisfecho con mis relaciones familiares.
- 63.- muestreo tanta comprensión a mis familiares como debería.
- 65.- Debería depositar mayor confianza en mi familia.
- 79.- Soy tan sociable como quiero ser.
- 81.- Trato de agradar a los demás pero no me excedo.
- 83.- Soy un fracaso en mis relaciones sociales.
- 95.- Algunas de las personas que conozco me caen mal.
- 97.- De vez en cuando me dan risa los chistes colorados.
- 8.- No soy ni muy alto ni muy bajo.
- 10.- No me siento tan bien como debería.
- 12.- Debería ser más atractivo con personas del sexo opuesto.
- 26.- Estoy satisfecho con mi vida religiosa.
- 28.- Quisiera ser más digno de confianza.
- 30.- Debería mentir menos.
- 44.- Estoy satisfecho con mi inteligencia.
- 46.- Me gustaría ser una persona distinta.
- 48.- Quisiera no darme por vencido tan fácilmente.
- 62.- Trato a mis padres tan bien como debiera.
- 64.- Me afecta mucho lo que dice mi familia.
- 66.- Debería amar a mis familiares
- 80.- Estoy satisfecho con mi manera de tratar a la gente.
- 82.- Debería ser más cortés con los demás.
- 84.- Debería llevarme mejor con otras personas.
- 96.- Algunas veces me gusta el chisme.
- 98.- Algunas veces me dan ganas de decir malas palabras.
- 13.- Me cuido bien físicamente.
- 15.- Trato de ser cuidadoso con mi apariencia.
- 17.- Con frecuencia soy muy torpe.
- 31.- Mi religión es parte de mi vida diaria.
- 33.- Trato de cambiar cuando se que estoy haciendo algo que no debo.
- 35.- En algunas ocasiones hago cosas muy malas.
- 49.- Puedo cuidarme siempre en cualquier situación
- 51.- Acepto mis flatas sin enojarme.
- 53.- Hago cosas sin haberlas pensado antes.

- 67.- Trato de ser justo con mis amigos y familiares.
69.- Me intereso sinceramente por mi familia.
71.- Siempre cedo a las exigencias de mis padres.
85.- Trato de comprender el punto de vista de los demás.
87.- Me llevo bien con los demás.
89.- Me es difícil perdonar.
99.- Prefiero ganar en los juegos.
14.- Me siento bien la mayor parte del tiempo.
16.- Soy malo para el Deporte y los juegos.
18.- Duermo mal.
32.- La mayoría de las veces hago lo que es debido.
34.- A veces me valgo de medios injustos para salir adelante.
36.- Me es difícil comportarme en forma correcta.
50.- Resuelvo mis problemas con facilidad.
52.- Con frecuencia cambio de opinión.
54.- Trato de no enfrentar mis problemas.
68.- Hago el trabajo que me corresponde en casa.
70.- Riño con mis familiares.
72.- No me comporto en la forma que desea mi familia.
86.- Encuentro buenas cualidades en toda la gente que conozco.
88.- Me siento incomodo cuando estoy con otras personas.
90.- Me cuesta trabajo entablar conversación con extraños.
100.- En ocasiones dejo para mañana lo que debería hacer hoy

completamente
falso

1

casi totalmente
falso

2

parte falso y parte.
verdadero.

3

casi totalmente
verdadero.

4

totalmente verdadero.

5

TENNESSEE SERI CONCEPT SCALE

ANSWER SHEET

ITEM NO.	PAGES 3 AND 4	ITEM NO.	PAGES 3 AND 4	ITEM NO.	PAGES 1 AND 2
13	1 2 3 4 5	7	1 2 3 4 5	1	1 2 3 4 5
14	1 2 3 4 5	8	1 2 3 4 5	2	1 2 3 4 5
15	1 2 3 4 5	9	1 2 3 4 5	3	1 2 3 4 5
16	1 2 3 4 5	10	1 2 3 4 5	4	1 2 3 4 5
17	1 2 3 4 5	11	1 2 3 4 5	5	1 2 3 4 5
18	1 2 3 4 5	12	1 2 3 4 5	6	1 2 3 4 5
31	1 2 3 4 5	25	1 2 3 4 5	19	1 2 3 4 5
32	1 2 3 4 5	26	1 2 3 4 5	20	1 2 3 4 5
33	1 2 3 4 5	27	1 2 3 4 5	21	1 2 3 4 5
34	1 2 3 4 5	28	1 2 3 4 5	22	1 2 3 4 5
35	1 2 3 4 5	29	1 2 3 4 5	23	1 2 3 4 5
36	1 2 3 4 5	30	1 2 3 4 5	24	1 2 3 4 5
49	1 2 3 4 5	43	1 2 3 4 5	37	1 2 3 4 5
50	1 2 3 4 5	44	1 2 3 4 5	38	1 2 3 4 5
51	1 2 3 4 5	45	1 2 3 4 5	39	1 2 3 4 5
52	1 2 3 4 5	46	1 2 3 4 5	40	1 2 3 4 5
53	1 2 3 4 5	47	1 2 3 4 5	41	1 2 3 4 5
54	1 2 3 4 5	48	1 2 3 4 5	42	1 2 3 4 5
67	1 2 3 4 5	61	1 2 3 4 5	55	1 2 3 4 5
68	1 2 3 4 5	62	1 2 3 4 5	56	1 2 3 4 5
69	1 2 3 4 5	63	1 2 3 4 5	57	1 2 3 4 5
70	1 2 3 4 5	64	1 2 3 4 5	58	1 2 3 4 5
71	1 2 3 4 5	65	1 2 3 4 5	59	1 2 3 4 5
72	1 2 3 4 5	66	1 2 3 4 5	60	1 2 3 4 5
85	1 2 3 4 5	77	1 2 3 4 5	73	1 2 3 4 5
86	1 2 3 4 5	80	1 2 3 4 5	74	1 2 3 4 5
87	1 2 3 4 5	81	1 2 3 4 5	75	1 2 3 4 5
88	1 2 3 4 5	82	1 2 3 4 5	76	1 2 3 4 5
89	1 2 3 4 5	83	1 2 3 4 5	77	1 2 3 4 5
90	1 2 3 4 5	84	1 2 3 4 5	78	1 2 3 4 5
99	1 2 3 4 5	95	1 2 3 4 5	91	1 2 3 4 5
100	1 2 3 4 5	96	1 2 3 4 5	92	1 2 3 4 5
		97	1 2 3 4 5	93	1 2 3 4 5
		98	1 2 3 4 5	94	1 2 3 4 5

NAME	DATE	SCORE	PERCENT	GRADE	TEACHER	SCHOOL	CITY	STATE
------	------	-------	---------	-------	---------	--------	------	-------



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

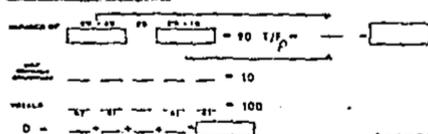
SCORE SHEET

Cloninger and Svrcek from
Temperament and Character Scales

HOW THE INDIVIDUAL PERCEIVES HIMSELF

IN TERMS OF:	COLUMN A PHYSICAL SELF	COLUMN B MORAL-ETHICAL SELF	COLUMN C PERSONAL SELF	COLUMN D FAMILY SELF	COLUMN E SOCIAL SELF	SELF CRITICISM	ROW TOTALS
ROW 1: IDENTITY WHAT HE IS	P-1 P-2 P-3 N-1 N-2 N-3 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1 2 2 2	P-1BP-2BP-3BP N-1BN-2BN-3BN 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1 2 2 2	P-1CP-2CP-3CP N-1CN-2CN-3CN 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1 2 2 2	P-1DP-2DP-3DP N-1DN-2DN-3DN 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1 2 2 2	P-1EP-2EP-3EP N-1EN-2EN-3EN 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1 2 2 2	P-1FP-2FP-3FP N-1FN-2FN-3FN 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1 2 2 2	91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110
ROW 2: SELF SATIS- FACTION TOWARD ASPECTS IDENTITY	P-1 P-2 P-3 N-1 N-2 N-3 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1 2 2 2	P-1BP-2BP-3BP N-1BN-2BN-3BN 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1 2 2 2	P-1CP-2CP-3CP N-1CN-2CN-3CN 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1 2 2 2	P-1DP-2DP-3DP N-1DN-2DN-3DN 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1 2 2 2	P-1EP-2EP-3EP N-1EN-2EN-3EN 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1 2 2 2	P-1FP-2FP-3FP N-1FN-2FN-3FN 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1 2 2 2	95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110
ROW 3: BEHAVIOR TOWARD AGE	P-1 P-2 P-3 N-1 N-2 N-3 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1 2 2 2	P-1BP-2BP-3BP N-1BN-2BN-3BN 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1 2 2 2	P-1CP-2CP-3CP N-1CN-2CN-3CN 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1 2 2 2	P-1DP-2DP-3DP N-1DN-2DN-3DN 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1 2 2 2	P-1EP-2EP-3EP N-1EN-2EN-3EN 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1 2 2 2	P-1FP-2FP-3FP N-1FN-2FN-3FN 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1 2 2 2	95 100 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110
COLUMN TOTALS	SUM PHYSICAL 15P + 15N	SUM MORAL-ETHICAL 15BP + 15BN	SUM PERSONAL 15CP + 15CN	SUM FAMILY 15DP + 15DN	SUM SOCIAL 15EP + 15EN	SUM SELF CRITICISM 15FP + 15FN	Total Scores at P = 100 Total Mean Control (P - N) Total Control Calc. Tot. V.

DISTRIBUTION OF RESPONSES



EMPIRICAL SCALES

DF = _____
GM = _____
PSY = 100 _____
PD = _____
N = _____
PI = _____

PUBLISHED BY
COLUMBIA UNIVERSITY AND TEST
CORPORATION, NEW YORK, N.Y.
REPRODUCED FROM THE
TEMPERAMENT AND CHARACTER SCALES

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Deustch H. An Introduction to the Discussion of the Psychological Problems in Pregnancy, in Problems of Early Infancy. Jcsiah Macy Jr. Fundation, New York 1957.
- 2.- Colman A. Pregnancy The Psychological Experience. The Seabury Press, New York 1983.
- 3.- Instituto Nacional de Perinatología. Normas y Procedimientos de Obstetricia] B.Y.K México D.F 1983.
- 4.- Manual de Ginecología y Obstetricia R C Benson. Manual Moderno México 1985.
- 5.- Fisiología Médica. Ganon México 1984.
- 6.- Enciclopedia de la Salud. Tomo IV . Descleé de Brower S.A. México 1983.
- 7.- Dalto F. Sexualidad Femenina. Biblioteca de Psicología Profunda. Paidos España 1982.
- 8.- Langer M. Maternidad y Sexo. Nueva Bilioteca Psicoanalítica. Paidos

España 1982.

9.- Cohen J Kohn. J Terjman G. Veroux. *Enciclopedia de la Vida Sexual de la Fisiología a la Psicología*. Argos Vergara. España 1973.

10.- Smith. *On Parturition and the Principles and Practice of Obstetrics*. *Lancet* 1. U.S.A. 1901

11.- Read G.D. *Discomforts of Childbirth*. *B.R. Journal Medical* 1:26 1983.

12.- Richardson P. *Woman's Perception of their Important Dyadic Relationship During Pregnancy* *Matern Child Nurs.* 10: 3 1981.

13.- Refé Y. *Psycho-Social Factors and Blood Pressure During Pregnancy and Delivery* *Psychophysiology* 19:1 1982.

14.- Elum B. L. *Psychological Aspects of Pregnancy, Birthing and Bonding*. Volume IV in the Series. Chapter 13, by R. Barry. Human Sciences Press. New York 1980.

15.- Williams J.H. *Psychology of Women Selected Readings*. Chapter 27. Turrini P. W. Norton Company Inc. New York 1979.

16.- Rubin R. *Maternal Identity and the Maternal Experience*. Springer Publishing Company Inc. New York 1984.

17.- Lederman E. et al. Predictions of Multiparous Mothers Satisfaction with Infant Care, paper presented at the Nineteenth Annual Convention of the American Psychological Association, Washington, D.C. 1982.

18.-Ver Bibliografía No. 14.

19.- Dunbar F. Effect of the Mother's Emotional Attitudes on the Infant Psychosomatic Med. 56: 156. 1981.

20.- Kreger W. Freed S. Ginecología Psicosomática. Salvat España 1970.

21.- Ballinger C. B. Emotional Disturbances During Pregnancy and Following Delivery. J. Psychosom. Res. 26: 6 1982.

22.- Ancill R. Depressive Symptoms in Pregnancy. Br. J. Psychiatry. 145 1984.

23.- Read G. D. Correlation of Physical and Emotional Phenomena of Natural Child Birth. J. Obstret. Gynecol. 53, 1980.

24.- Lee R. Lectures on the Theory and practice of Midwifery. Barrington and Howell, Philadelphia 1979.

25.- Head. H. Certain Aspects of Pain. Br. Medical Journal 1:26 1980

26.- Ver Bibliografía No. 10.

27.- Brown W. L. Fear and Pain. *Lancet* 2, 1984.

28.- Bolton B. Carmichael Williams D.J. Mechanism of Peripherial Vascular Responses to changes in Blood in Man. *Journal Physiology*. 88, 1971.

29.- Adrian E.D. The Organization of the Nervous System. *Hrben Lectures*. London 1975.

30.- Benedek T. The Psychosomatic Implications of the Primary Unit Motherchild Psychosomatic. *Med*. 19:1, 1981.

31.- Tanzar D. *Why Natural Childbirth*. Doubleday. New York 1969.

32.- Canfrani T. *A Short History of Obstetrics and Gynecology*. Springfield Charles C. Thomas, 1960.

33.- Ver Bibliografía No. 14.

34.- Langer M. *Maternidad y Sexo*. Nueva Biblioteca Psicoanalítica. España 1982.

35.- Deucht H. *Psicología de la Mujer*. Losada. Buenos Aires 1982.

36.- Lacan J. El Seminario. Libro III. La Psicosis 1955-56. Paidos España 1985.

37.- Ver Bibliografía No. 7

38.- Colman A. Pregnancy. The psychological Experience. The Seabury Press. New York. Chapter 5. 1973.

39.- Powers P. S. Johnson T. Knuppel R. Cupoli J. Psychiatric Disorders in High-Risk Pregnancy. Comprehensive Psychiatric. Volume 27 No.2 1986.

40.- Oakley A. Woman Confined Toward Sociology of Childbirth. Schocken Books. New York. 1980.

41.- Encyclopedia of Psychology. Vol.III. Corsini R.J. Wiley A. International Publication U.S.A. 1984.

42.- International Encyclopedia of Psychology , Psychoanalists and Neurology Vol 11. Wolman B.B. Editor New York, 1967.

43.- Fitts W.H. Tennessee Self Concept Scale. manual Nashville Tennessee Counselor Recordings and Test. 1965.

44.- Rogers C.R. Psicoterapia Centrada en el Cliente. Paidos Buenos Aires. 1972.

45.- Allport G. W. Desarrollo y Cambio. Consideraciones Básicas para una Psicología de la Personalidad. Paidós. España. 1985.

46.- Jacobson E. Federn's Contributions to Ego Psychology and the Psychosis. Journal of Abnormal psychology. As. XI 1954.

47.- Jung C.G. The Undiscovered Self. New American Library. New York 1957.

48.- Kohut H. Wolf E. The disorders of the Self and their Treatment. Int. Journal of Psychoanalysis. 1978.

49.- Op. Cit. Vol. 59 Part 4

50.- Kernberg O.F. Self, Ego, Affects and Drives. Presented at the Panel on Psychoanalysis Meeting. Washington 1980.

51.- Blum H.P. MD Choice of the Self and Psychoanalytic Concept. Meeting of Psychoanalytic Association. New York. Dec. 1980.

52.- Fitts W.H. et al. The Self Concept and Self Actualization. Monograph No. 3 Library of Congress. Nashville Tennessee 1971.

53.- Psicología de la Adolescencia. Trillas. México 1984.

- 54.- Compendio de Psicología Freudiana. Paidós Buenos Aires 1984.
- 55.- Duval S. Wicklund R.A. Theory of Objective Self. Academic Press. New York 1972.
- 56.- Harnachek D. E. Encounters with the Self. Rinehart and Winston inc. U.S.A. 1961.
- 57.- Allport G. Psicología de la personalidad. Paidós Buenos Aires. 1961.
- 58.- Allport G. La Personalidad. Configuración y Desarrollo. Herder. Barcelona 1966.
- 59.- Cueli J. Reidl L. Teorías de la Personalidad. Trillas. México 1982.
- 60.- Allport S.W. y otros. El Conocimiento de Sí mismo y de los Demás. Paidós Buenos Aires 1969.
- 61.- Erikson E.H. Identidad, Juventud y Crisis. Paidós Buenos Aires, 1970.
- 62.- Erikson E.H. Infancia y Sociedad. Horme Buenos Aires 1980.
- 63.- Satir V. Self Esteem. Celestial Arts. California 1975.
- 64.- Hall C.S. Compendio de Psicología Freudiana. Paidós Buenos Aires 1964.

65.- Freud S. Obras Completas. Biblioteca Nueva. Madrid 1981.

66.- Fitts W.H. The Self Concept and Performance. Research Monograph No. 5 Library of Congress. Nashville Tennessee. 1972.

67.- Rascovsky A. El Psiquismo Fetal. Investigaciones Psicoanalíticas sobre el desenvolvimiento primitivo del individuo. Paidós Buenos Aires 1977.

68.- Cochram G.W. Métodos Estadísticos. Secsa México 1981.

69.- Dr. Canales P Dr. Zarate A. Ginecología . Fransisco Méndez C. México 1983.

70.- Mendieta Alatorre A. Tesis Profesionales. Porrúa. México 1982.

"El hombre moderno piensa que pierde el tiempo si no actúa con rapidez; sin embargo no sabe que hacer con el tiempo que gana, salvo matarlo."

Eric Fromm.