

728 799



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

**DESAJUSTE MARITAL Y PROBLEMATICA
EMOCIONAL EN MUJERES CON
EMBARAZO DE ALTO RIESGO.**

T E S I S

Que para obtener el título de:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a n :

**Rosa María Calderón Apodaca
María Concepción Ramos de la Vega**

Asesores: Lic. Francisco Morales Carmona
Lic. Sofía Rivera Aragón



México. D. F.

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A mis padres:

RODOLFO CALDERON GARFIAS y
MARIA DE LOS ANGELES APODACA DE CALDERON.

Con todo cariño y admiración

A mis hermanos:

ESTEBAN
RODOLFO
RUTH y
NORMA LETICIA.

A mis cuñadas y cuñado
ANGELICA, BLAS, ANGELICA.

A mis amigos:

DIANA, PATY, NORMA, CRISTY, ROCIO.L.
LUIS M. LUIS A. DIEGO.

A mis profesores
A mis primos y tios
A mi abuelito VICTOR APODACA.

R. M. C. A.

A mis padres, hermanos y cuñadas
que por su esfuerzo y dedicación
me he superado.

A la memoria de mi hermano
ENRIQUE.

A RICARDO Y BENJAMIN, los amigos
con los que uno puede contar
siempre.

A AIDA que aunque ausente se
encuentra presente en mi
recuerdo.

A SANTA, PURI, REBECA, SAMUEL y
ARMANDO por haber compartido y
vivido conmigo la mejor etapa de
estudiante.

A JOSE LUIS por permitirme estar
cerca de su corazón, ser amigo y
compañero.

C. R. V.

TPs-5028

T. Ps 5028

AGRADECIMIENTOS

A LOS MIEMBROS DEL JURADO
AL CONACYT
AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA.
A TODAS LAS MUJERES EMBARAZADAS.

RECONOCIMIENTO

Nuestro agradecimiento, en forma especial, a la Profesora SOFIA RIVERA ARAGON, quien no solo nos asesoró en la elaboración de esta tesis, sino que también hizo posible su realización con su estímulo.

R. M. C. A.
C. R. V.

"Los hombres luchan y se afanan
por la VERDAD, discuten por ella,
combaten por ella, y todo lo hacen
menos vivir ajustandose a ella".

BURKE

I N D I C E

INTRODUCCION.
MARCO TEORICO.

CAPITULO I:	Modelos Biológicos,Psicológico y Social del embarazo.....	2
1.1	Modelo Social.....	3
1.2	Modelo Psicologico.....	5
1.3	Modelo Medico.....	6
1.3.1	Consideraciones acerca del Alto Riesgo.	8
CAPITULO II:	Aspectos Psicologicos durante el embarazo.....	11
2.1	Fantasías inconscientes durante el embarazo.....	12
2.2	Investigaciones en relacion a los aspectos emocionales en el embarazo.....	15
2.3	Actitud de la pareja durante el embarazo.	18
CAPITULO III:	Comunicación y Satisfacción marital.....	21
3.1	Variables demograficas en la Satisfaccion marital.....	22
CAPITULO IV:	Metodología.....	25
4.1	Planteamiento del problema.....	25
4.2	Hipótesis.....	25
	Conceptuales.....	25
	De Trabajo.....	25
	Alternas.....	25
	Nulas.....	26
4.3	Variables.....	26
	Variable Independiente, definicion conceptual y operacional.....	26
	Variable Dependiente, definicion conceptual y operacional.....	27
4.4	Muestreo.....	27
4.5	Tipo de estudio.....	28
4.6	Diseño.....	28
4.7	Instrumentos.....	29
	Cuestionario General de Salud.....	29
	Validez y confiabilidad.....	30
	Escala de Satisfaccion Marital.....	34
	Validez y confiabilidad.....	34
	Cuestionario de Alternativa.....	35
	Validez y confiabilidad.....	36
4.8	Procedimiento.....	39
CAPITULO V:	Resultados.....	40
CAPITULO VI:	Discusión.....	63
CAPITULO VII:	Conclusiones.....	67
7.1	Sugerencias y limitaciones.....	68
BIBLIOGRAFIA	71
APENDICE	75

INTRODUCCION

La maternidad como experiencia individual es la expresión no solo de un proceso biológico sino también de una unidad psicológica que resume numerosas experiencias individuales, recuerdos, deseos y temores que han precedido por muchos años a la experiencia real.

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

El embarazo es un acontecimiento extremadamente importante en la vida de una mujer y su familia, y el curso del embarazo tiene efectos benéficos o perjudiciales para el niño que aun no ha nacido y que ella lleva dentro. Desde el punto de vista teórico, el embarazo es interesante de abordar debido a los cambios y efectos psicósomáticos y bioconductuales que pueden ocurrir.

Los cambios hormonales del embarazo pueden servir de base a los cambios emocionales que se observan frecuentemente. Por otra parte las actitudes y factores ambientales pueden contribuir a la formación de síntomas mentales y físicos negativos.

Este tema surge en su forma mas comun cuando una mujer embarazada pregunta a su médico: "Doctor, si tengo muchos problemas emocionales, si me pongo tensa o nerviosa, qué va a pasar con mi embarazo y qué efectos va a tener sobre mi hijo?". Como contestar?. No es sencillo, pero si de gran importancia.

Como psicólogos, podemos hacer un diagnóstico diferencial de la situación anímica de la mujer embarazada, ya sea que se trate de una reacción no patológica y pasajera o por el contrario, nos enfrentemos a una situación de crisis que

revista manifestaciones psicopatológicas severas.

Pensamos que si contamos con una evaluación objetiva de la situación emocional y marital de la mujer embarazada sería más fácil detectar situaciones provocadas o acentuadas por su preñez y que contribuyen para que la mujer presente ciertos trastornos psicósomáticos que alterarían el curso "normal" del embarazo. Dichos trastornos, además de incidir en el organismo de la mujer, interfieren en las relaciones interpersonales de la pareja, pudiendo provocar un desajuste marital y/o emocional.

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto consideramos de suma importancia abordar el estudio del embarazo de "alto riesgo" y su relación con el ajuste marital y la problemática emocional, considerando los elementos que intervienen en un embarazo "problemático", ya que si bien se considera que un embarazo sin problemas (normal) favorece al ajuste matrimonial, un embarazo con complicaciones (alto riesgo) va a provocar un desequilibrio en el aspecto emocional de la mujer que puede repercutir en su pareja, provocando, a su vez, un posible desajuste matrimonial.

CAPITULO I

MODELOS BIOLOGICO PSICOLOGICO Y SOCIAL DEL EMBARAZO.

El embarazo se ha tendido a explicar a partir de varios modelos, entre los que cabe mencionar principalmente tres : Médico, Sociológico y Psicológico. El modelo Médico resalta como principal postulado que los cambios hormonales del embarazo son los que tienden a causar síntomas incidiendo directamente sobre la fisiología materna, señalándolos como principal causante de dificultades obstétricas (Kaij y Nilsson, 1972); (Grim, 1976); (Chalmers, 1983). El modelo Sociológico que considera al embarazo como una crisis en la relación del matrimonio principalmente como un estrés significativo sobre ambos mujer y esposo. Y el tercer modelo que se refiere al embarazo como un conflicto intrapsíquico, es decir, parte de elementos psicológicos y cambios somáticos para explicar el resultado de conflictos internos experimentados por las mujeres, la forma en que ellas reaccionan al estrés de la reproducción; cabe señalar que los teóricos de la corriente psicoanalítica sumen tal modelo pero explicándolo desde una perspectiva más definida, ya que para ellos el embarazo trae consigo sentimiento inconscientes tales como la necesidad de dependencia y conflictos por identificación con la madre y se traducen a los aspectos relacionados con la identidad femenina (Deutsch, 1947); (Bibring, 1959); (Langer, 1964).

1.1 MODELO SOCIAL

Algunos autores refieren que el embarazo va a ser vivido y experimentado según las formas de pensar de las distintas culturas y las distintas épocas. En las sociedades donde el embarazo es vivido como un proceso difícil, que trae como consecuencia malestares físicos y complicaciones, se favorece y además se espera, que la mujer sufra el embarazo, se queje, etc. En otras sociedades donde el embarazo es vivido como proceso natural y que es un evento que no implica peligro, los embarazos suelen transcurrir con facilidad y sin mayores

incidentes. (Mead, 1961).

Granthy Dick Read (1950), observó que mujeres criadas en un ambiente y por madres que describían la experiencia del parto como angustiada y llena de dolor solían tener partos difíciles, mientras que pudo comprobar en mujeres que daban a luz con facilidad al haberse educado en un ambiente de enfoque opuesto. Este hecho también fue observado por Margaret Mead (1961). Aunque existían estas diferencias pertenecemos a una sociedad que por lo general ve en todas las funciones femeninas algo doloroso y lleno de peligro. Por eso también, por ejemplo, la primera visión que Freud tuvo de los procesos psicológicos que acompañan a la menarquia fue que la niña la vive como un proceso de castración. Sin embargo, aunque la actitud de cada mujer frente a su femineidad depende hasta cierto punto de la actitud del ambiente que la rodeó en su infancia e intervienen además factores mucho más personales que condicionan su conducta ulterior. Esto nos explica por qué en la sociedad y hasta en el mismo reducido círculo familiar cada mujer desarrolla un caudal de angustias, fantasías y trastornos distintos frente al embarazo y al parto.

Nuestra sociedad acepta como prácticamente normales las dificultades del embarazo y del parto. Sin embargo, últimamente un número siempre creciente de investigaciones dentro y fuera del tratamiento psicológico comprobaron que estas dificultades son la consecuencia de conflictos psicológicos.

Los determinantes sociales de la maternidad plantean ideales morales, religiosos y hasta artísticos; una mujer preñada está protegida por la ley y la costumbre y será considerado como un objeto sagrado mientras ella misma se sienta orgullosa y feliz en ese estado.

En el nacimiento las normas biológicas y los impulsos instintivos de la madre son garantizados y fortificados por la sociedad, que en muchas de sus costumbres, reglas morales e ideales hace de la madre la cuidadora del hijo; tal ocurre, hablando en términos generales tanto en las capas inferiores como en las superiores. Aunque se trate de una relación fundamental y biológicamente asegurada, existen ciertas

sociedades donde la costumbre y la laxitud de los impulsos innatos permiten notables aberraciones. Recordaremos el sistema de separar a los niños de su hogar desde el primer año de vida, para alojarlos en un lugar de adopción, una costumbre que en otro tiempo prevaleció entre la clase media de Francia, o el sistema casi tan peligroso de proteger los senos de la madre acudiendo a una madre adoptiva o sometiendo al niño a la lactancia artificial una costumbre que dominó entre las clases ricas, aunque en la actualidad es generalmente estigmatizada como antinatural.

1.2 MODELO PSICOLOGICO.

La maternidad como experiencia individual es la expresión no solo de un proceso biológico, sino también de una unidad psicológica que resume numerosas experiencias individuales, recuerdos, deseos y temores que han precedido por muchos años a la experiencia real.

El concepto de embarazo como una crisis maduracional fue introducido por Bibring (1972). El embarazo revive conflictos psicológicos de fases de desarrollo previas; si esta crisis que se presenta es bien aprovechada, se pueden resolver antiguos conflictos, logrando así un crecimiento psicológico. Este autor también menciona que el embarazo produce cambios que son inevitables; una vez que la mujer es madre ya no puede volver a ser una unidad simple otra vez.

En los últimos años la investigación en el ámbito perinatal se ha ido ampliando y extendiendo a otros tópicos que hacen referencia no solo a los aspectos obstétricos, sino también a los de tipo social y psicológico; investigaciones realizadas por Gorsuch y Key (1974), Nucklls et al (1972), McDonal (1968), Chalmers (1983) y Peterson (1983), son prueba de ello. Estos autores consideran que el embarazo está ligado no sólo a cambios de tipo fisiológico, sino también a los aspectos dinámicos en la psicología de la mujer.

1.3 MODELO MEDICO

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

1a. etapa. Que abarca el principio de la gestación, esencialmente cuando la mujer se entera de su embarazo alrededor de las cuatro semanas, en el momento que se establece el mecanismo hormonal que precede el cese de la menstruación, hasta los tres meses.

2a. etapa. Período central que abarca de los tres a los seis meses de gestación, calificándose como una etapa en la cual disminuyen las molestias somáticas.

3a. etapa. La cual representa la última fase del embarazo, mismo que abarca de los seis a los nueve meses de gestación; trimestre en el cual se tiende a aumentar ciertas molestias como insomnio, fatiga, ansiedad y miedos directamente relacionados con el parto, Hanford (1968).

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

SINTOMAS PRESUNTIVOS

1. Amenorrea (cese de menstruación).
2. Náusea y vómito por periodos prolongados en los primeros tres meses, presentandose con mayor frecuencia en las mañanas.
3. Dolor y hormigueo en las mamas, congestión de éstas, ocurriendo en las primeras semanas de embarazo, debido a la acción estrogénica y de la progesterona.
4. Poliuria y micción imperativa (aumento del deseo de

evacuar la vejiga, debido a la estructura de la pelvis y por la presión originada por el ensanchamiento del útero), sucediendo en los tres o cuatro meses del inicio del embarazo.

5. Constipación, como resultado de los cambios en los hábitos alimenticios.

6. Fatiga.

7. Aceleración (percepción de los primeros movimientos fetales que tienen lugar entre las 14 y 16 semanas de gestación).

8. Aumento de peso.

9. Efectos metabólicos.

10. Elevación de la temperatura.

SIGNOS PRESUNTIVOS

1. Pigmentación cutánea, melanosis facial, oscurecimiento de la frente, el dorso de la nariz y pómulos.

2. Epulis (hipertrofia de las papilas gingivales ocurridas en el primer trimestre).

3. Leucorrea (aumento de estrógenos y de progesterona que aumentan el moco cervical).

4. Cambios en mamas.

5. Crecimiento abdominal.

6. Cambios en los órganos pélvicos.

SINTOMAS PROBABLES

Se consideran como tales, a todos aquellos que fueron clasificados como presuntivos y además:

1. Crecimiento uterino.

2. Soplo uterino (sonido intenso que se puede escuchar bilateralmente sobre el pubis).

3. Contracciones uterinas.

SIGNOS POSITIVOS O DE CERTEZA

En general lo constituye todas aquellas evidencias médicas y legales del embarazo, haciéndose notar después del cuarto mes, fundamentalmente:

1. Auscultación del latido cardiaco fetal.

2. Palpitación del contorno fetal.

3. Reconocimiento de los movimientos fetales.

4. Demostración radiológica del esqueleto fetal.

5. Ultrasonografía.
6. Electrocardiograma fetal.

1.3.1 CONSIDERACIONES ACERCA DEL ALTO RIESGO.

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

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

La connotación social, la encontramos en las tres definiciones de alto riesgo adoptadas por el U.N.I.C.E.F y la C.E.P.A.L., propuestas por Theodore Tjossem y Eloisa E. de Lorenzo. (Citados en Nieto, R.G. 1986).

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

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

Alto riesgo ambiental o sociocultural : Se identifica en las condiciones de pobreza y marginalidad y se encuentra

frecuentemente asociados con el alto riesgo biológico. Este grupo representa la gran mayoría de los casos de retardo (Canemia, desnutrición, alcoholismo, drogadicción, etc.).

El surgimiento y adopción de definiciones con una marcada connotación social, se debe a que en los últimos años ha crecido considerablemente la población con requerimientos especiales con problemas generados por la marginación y la privación sociocultural, esto se confirma en las estadísticas médicas que señalan:

"En los países subdesarrollados como México el 19.5% de todos los niños nacidos vivos presentan probabilidades de riesgo", en contrapartida con el 9% de países como Estados Unidos. (Rodríguez Romero, 1977).

Además de los aspectos señalados con el Alto Riesgo, deben ser considerados los antecedentes materno obstétricos que también son determinantes:

1. Edad de la madre: menos de 20 o más de 35 años.
2. Talla: menos de 1.50 metros; peso alto o bajo.
3. Desnutrición, anemia.
4. Débito cardíaco menor de 600 c.c. por minuto.
5. Intervalo de embarazo menor de un año.
6. Múltipara después del 5o. embarazo.
7. Utero infantil, fibromas, aborto habitual.
8. Angustia (generalmente en madres solteras).
9. Bajo nivel socioeconómico.
10. Embarazo múltiple; prematuros previos (considerando que aún en embarazos de término se consideran como prematuros los productos de menos de 2.500 Kg. o con tallas inferiores a 45 cm.).
11. Madre infectada; cardiopatas; toxémica; drogadicta; diabética; isoimmunización al RH, ABO, etc.
12. Parto: distócico; rápido; prolongado; cesárea repetida; ruptura prematura de membrana (mayor de 12 horas en medio séptico o de 24 horas en medio aseptico); sufrimiento fetal.

ANTECEDENTES NEONATALES

1. Hipoxia.
2. Apgar menor a 6.
3. Maniobras de resucitación.
4. Depresión respiratoria.
5. Depresión neurológica.
6. Insuficiencia respiratoria.
7. Prematurez.
8. Posmadurez.
9. Macrosomia (Hipertrofico).
10. Hipotrofia.
11. Malformaciones congénitas.
12. Infección.

Es importante que al señalar todos estos indicadores no se pretende decir que deben estar presentes simultáneamente, se pueden presentar sólo alguno de ellos en la madre, y correlativamente algunos de los señalados para el neonato.

CAPITULO II

ASPECTOS PSICOLOGICOS DURANTE EL EMBARAZO.

El embarazo es un estado biológico que causa cambios físicos y químicos, estos cambios tienen una gran influencia en las conductas y emociones de la mujer y por esto produce una cierta "personalidad" la mujer embarazada (Bibring, 1972). Esta personalidad ha sido caracterizada por introversión, pasividad y narcisismo. Se cree que estas características están determinadas por el aumento de la progesterona, así como también depende de factores psicológicos.

A través de los nueve meses de embarazo, la mujer va pasando por situaciones emocionales distintas y diferentes; estas emociones van a cambiar según el trimestre del embarazo (Colman & Colman, 1971).

Al inicio del primer trimestre existe la duda de si la ausencia de la menstruación realmente se debe a la presencia del embarazo; los sentimientos de amor - odio, frustración - satisfacción, dependencia - relación, cercanía - distancia que son parte de toda relación madre - hija se vuelven más centrales durante ésta etapa. Tanto para las primíparas como para las múltiparas es importante eliminar lo negativo y rescatar lo positivo de la relación con su madre. Este proceso provoca ansiedad, sentimientos de culpa y empieza una etapa de crisis para la embarazada. Lo que se encuentra con mayor frecuencia es labilidad emocional.

La capacidad de la embarazada para manejar estas tensiones va a depender de su estructura de personalidad, el tipo de presiones reales que rodean el embarazo y la calidad del apoyo que reciba. La ansiedad puede exacerbar los síntomas del embarazo, provocando aumento en la sensación de náusea o en el vómito, cansancio, etc.

En el segundo trimestre del embarazo se caracteriza por ser el más estable. El temor al aborto pasa y también disminuyen o desaparecen los malestares del inicio del embarazo.

Con la percepción de los movimientos del feto, se tiene

una mayor conciencia del ser que se está gestando, se percibe su vitalidad, lo que favorece que la mujer pueda empezar a diferenciar a su producto de ella misma. Existe una criatura que se mueve sin que ella pueda evitarlo y que va adquiriendo en la fantasía cierta personalidad. Los cambios corporales y los movimientos fetales pueden provocar en la embarazada regresión y temor.

En el tercer trimestre del embarazo, este puede ser vivido como una experiencia de plenitud y orgullo. A veces se presentan momentos de ansiedad ante la eminencia del parto y el malestar físico actual y venidero. La ansiedad se puede manifestar a través de sueños de bebés, niños y partos en los que con frecuencia los bebés soñados se pierden o se confunden.

El octavo mes generalmente es difícil. El bebé casi tiene su tamaño y peso completo y tiene que acomodarse adecuadamente para el momento del nacimiento y esto genera angustia en la madre. La incomodidad física va en aumento y existe temor al no poder ser capaz de aguantar hasta el final del embarazo.

A veces en el noveno mes se observa un aumento en la energía y la mujer realiza más actividades. Esto puede estar sucediendo como una defensa al temor de perder el control en el momento del parto, temor a que algo salga mal y la anticipación de la responsabilidad de ser madre. Hay miedo a que se presente el parto inesperadamente y temor a la separación del bebé.

2.1 FANTASIAS INCONSCIENTES DURANTE EL EMBARAZO

Varios estudios longitudinales excelentes realizados en Suecia (Nilsson, Uddenberg & Almgren, 1971) han indicado que la mujer con una adecuada y positiva identificación con su propia madre, no presenta tantas complicaciones durante el embarazo como las mujeres que tienen problemas con respecto a esta identificación. Las actitudes de la mujer ante el embarazo, el parto y la maternidad se han encontrado relacionadas entre actitudes por un lado muy negativas o por otro lado demasiado idealizadas con diversos problemas de adaptación bio - psico -

social ante el proceso reproductivo (Colman & Colman,1971; Cohler,Weiss & Grunebaum,1970). Dependiendo del contexto cultural y momento histórico, una actitud demasiado positiva puede ser una manifestación de negación ante la realidad. La actitud más favorable de la mujer moderna podría ser más moderada, en la que la mujer plantea,entiende y acepta ciertas limitaciones que el embarazo y la maternidad acarrearán para ella pero que a la vez esta dispuesta a confrontarlas. Hamilton (1955) encontró que las mujeres con embarazos tranquilos y sin dificultades tenían mejor ajuste sexual y matrimonial.

Las causas de trastornos que se descubren en una investigación psicológica pueden ser múltiples, pero siempre la aparición de trastornos significa un rechazo provocado a menudo por circunstancias económicas adversas, sociales, por desamor al marido, etc.. Por ejemplo, tres autores norteamericanos (Klein,Polter,y Dick, 1950) realizaron un estudio estadístico durante la última guerra, investigando en un ambiente social y económico sumamente pobre las ansiedades provocadas por el embarazo y el parto en 27 primerizas. Parte de las mujeres embarazadas eran solteras, otras vivían separadas de sus maridos y otras habían sido abandonadas por sus esposos. Casi ninguna disponía de un hogar propio y de cierta seguridad económica para ella y su futuro hijo. Estas circunstancias influían visiblemente en los trastornos y ansiedades en el embarazo. Sin embargo, aún en este ambiente había mujeres que aceptaban y toleraban muy bien su embarazo. Los autores las denominan personalidades más maduras y destacan que provenían de hogares afectivamente bien estabilizados.

Durante el embarazo y el parto, la mujer repite especialmente su relación primitiva con su propia madre. La doble identificación de la mujer embarazada y sus manifestaciones de conflicto frente a la maternidad son captados básicamente cuando ésta se identifica con el feto, reviviendo así su propia vida intrauterina; además, el feto representa para el inconsciente de la mujer a su propia madre

y especialmente a su superyó materno. El feto puede adquirir otras representaciones para la mujer, la más frecuente es la de algo robado de la madre ó como el pene del padre que la madre lleva adentro; así, nos encontramos con las fantasías tempranas 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 mujer puede interpretar la esterilidad como un castigo impuesto por la madre, en contraste con ello, la mujer embarazada que teme ser destruída por el feto experimenta a menudo el embarazo como una trampa peligrosa tendida por su madre y el mismo embarazo se convierte también en castigo.

La propia frustración oral que lleva al rechazo del feto suele expresarse también en una negativa desafiante de alimentarlo, como si dijera: "Cómo puedes pedir que yo dé lo suficiente a mi hijo si tu no me has dado lo necesario?".

La mujer estéril se embaraza impulsada por su necesidad de reparación. Pero mientras el niño crece dentro de ella, siente que su persecuidor le atacara desde dentro todo lo bueno que tiene. Impresiona a menudo la intensidad de angustia que sienten muchas mujeres al principio de un embarazo deseado concientemente, si la angustia se vuelve intolerable intentarán liberarse 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, que ocurre a menudo sin poder ser frenada por ninguna medida preventiva o medicación.

Si el conflicto del embarazo es menos intenso y despierta menos ansiedad, sus manifestaciones serán menos inofensivas. La más frecuente es de carácter oral y consiste en náuseas, vómitos y antojos. Otro síntoma frecuente de carácter anal es el estreñimiento. Surge de la interrogante de si la gran frecuencia de estos dos tipos de síntomas pueden explicarse por los cambios fisiológicos de la mujer durante el embarazo o si las tensiones psíquicas provocadas por el embarazo tienden

a descargarse por determinada conversión.

Susana Hupfer (1932), explica los vómitos y su contraparte, el antojo de la mujer grávida, señalando la relación inconciente que existe entre estos trastornos y la teoría infantil de la concepción. Sostiene que la hipermesis significa un rechazo a la gestación, en el antojo se expresa un deseo de afirmación del embarazo y una repetición simbólica de la concepción. Según Helene Deutsch, la embarazada reacciona durante los primeros meses del embarazo frente al feto con ambivalencia oral y trata de expulsarlo con vómitos y reincorporarlo con antojos.

Marie Langer (1964), agregó que las angustias de la mujer embarazada provienen en gran parte de sus frustraciones orales y de su desconfianza y resentimiento oral hacia su madre. Además la embarazada en su identificación con el feto vive una profunda regresión a la primera infancia, y por ello en sus trastornos recurre a los mecanismos por los cuales ya el lactante rechaza lo que es desagradable o nocivo, es decir, los vómitos y la diarrea. También el antojo, que es un hambre incontenible expresa una conducta muy infantil, que parece asociarse al proceso regresivo.

2.2 INVESTIGACIONES EN RELACION A LOS ASPECTOS EMOCIONALES EN EL EMBARAZO.

En lo que se refiere a la ansiedad y la depresión ambos resultan factores asociados a complicaciones obstétricas, llegando a provocar partos anormales o quizá un prolongado tiempo de labor de parto; por ejemplo, en un estudio en el que se seleccionó láminas del Test de Apercepción Temática (TAT), se encontró un síndrome de alienación entre las mujeres con complicaciones obstétricas y labor de parto, en tanto que el egocentrismo, pesimismo, hostilidad, resentimiento, estuvo acompañado de pesimismo con relación al futuro del niño, (Davis y DeVault, 1960) es decir, que existe una relación directa entre la angustia exteriorizada y oculta, con la duración del parto, entre los dolores físicos durante el

embarazo y la ansiedad manifiesta. De manera que las mujeres que durante el embarazo sienten angustia y están más preocupadas acerca del curso de su gestación, son con frecuencia las más propicias para que sus hijos corran riesgos al nacimiento, tal y como lo reporta Bakow (1973).

Por otra parte, las alteraciones emocionales durante el embarazo han sido asociadas a factores de índole psicosocial, tales como el estrés de la vida, ansiedad y apoyo social, habiendo sido abordados desde éste punto de vista los estudios realizados por Davis y DeVault (1962), Devis, DeVault y Talmadge (1962), Gorsuch y Key (1974), Norbeck y Tilder (1980), Peterson (1983). De manera que la depresión, la ansiedad e inclusive la autoestima son variables del estado emocional patentes en el estado de embarazo, los cuales que al exacerbarse afectan la adaptación al mismo, debido a que la seguridad económica, las circunstancias adversas y la incompatibilidad sexual y social con la pareja no se encuentren en un nivel óptimo, Despress (1937).

Sacks B., Frank, J. (1985), realizaron un estudio con 20 mujeres embarazadas que no tenían una historia de desórdenes psiquiátricos, pertenecientes en su gran mayoría a la raza blanca, donde 5 eran multíparas, 15 primíparas, 3 no casadas y el resto con pareja. Los resultados mostraron que el 60% de las mujeres representaron ansiedad, tristeza y melancolía durante las 26 primeras semanas del embarazo y en las 6 semanas después del parto; similares resultados han encontrado Pitt (1968), Yalom (1968), Elliot (1983), Colman & Colman (1973), etc..

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

del embarazo.

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

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

- Ansiedad en relación a su estado, a su esposo y hacia otros miembros de la familia (Hamilton, 1955; Bibring, 1959; Blum, 1980).

- Depresión, (Hall y Mohr, 1933; Elliot, 183; Riffaterre, 1966).

- Regresión y dependencia, (Benedeck, 1959; Hamilton, 1955; Wenner, 1966).

- Interés corporal, (Zuckerber, 1972; Fisher, 1970).

- Resentimiento, sensibilidad y labilidad emocional, (Hook y Marcks, 1962; Caplan, 1960; Benedeck, 1959; Ayres, 1980). (Citados por Valderrama, B.G. 1988).

Sin embargo, tales alteraciones no se presentan aisladamente, sino que al igual que otros síntomas físicos ya señalados, dependerán de la etapa de gestación que se esté presentando.

2.3 ACTITUD DE LA PAREJA DURANTE EL EMBARAZO.

Despress (1937), encontró que las mujeres con actitudes más favorables hacia sus embarazos eran significativamente diferentes a las mujeres con actitudes desfavorables, siendo menos neuróticas y habiendo tenido relaciones más estrechas con sus madres, una vida de hogar más feliz, mejor ajuste matrimonial y seguridad económica.

Helene Deutsch (1947), define como característico de la mujer femenina, un juego armonioso entre las tendencias narcisistas y la disposición masoquista para sacrificarse y amar dolorosamente. En la mujer maternal, el deseo narcisista de ser amada, tan típico de la mujer femenina se transforma; se transfiere desde el yo hasta el hijo o su sustituto. Sin embargo, a pesar de esta transformación altruista, puede observarse claramente que se conservan los elementos narcisistas. Por ejemplo, el amor de la madre para el hijo se asocia muchas veces con el hecho de que ella se considera absoluta y exclusivamente indispensable para él. En la mujer notablemente narcisista, la intensidad del amor maternal disminuye cuando en sus hijos va desapareciendo la necesidad de ser cuidados por ella.

La pareja embarazada va a manifestar diferentes estados emocionales que varían en complejidad. Se habla de tres formas diferentes de reacción que la pareja puede tener ante la confirmación del embarazo. El primer tipo: la pareja manifiesta alegría, ternura, sensación de grandeza y dice que existe un grado aceptable de adaptación al embarazo. Ante este primer tipo de reacción, la pareja se favorece y refuerza su unión matrimonial. (H. Deutsch, 1960).

En el segundo tipo de reacción, la mujer y su pareja manifiesta tristeza, sensación de pérdida, dependencia, vulnerabilidad y ansiedad. En estas condiciones se observa claramente que la pareja tiene dificultades para adaptarse al embarazo.

La pareja que manifiesta el tercer tipo de reacción, expresa sentimientos de culpa, angustia ante la

vulnerabilidad, minusvalía, pérdida total o parcial de la autoestima y distanciamiento entre ambos cónyuges. Este tipo de reacción es muestra clara de que la pareja se encuentra en franca desadaptación ante el embarazo.

La mujer embarazada manifiesta ciertas necesidades básicas, como son: aceptación, auto-suficiencia y afecto.

La primera necesidad a satisfacer es la auto-suficiencia que se refiere al deseo de asumir el poder sobre uno mismo y por tanto sobre el propio futuro. El hecho de tener un embarazo de alto riesgo conlleva una atención médica muy específica, la cual va a disminuir en gran parte el riesgo inicial al mejorar el resultado perinatal. Cuando una mujer embarazada presenta problemas que requieren un reposo absoluto, lucha por ser autosuficiente, advierte que otras personas toman las decisiones que ordinariamente tomaba por sí sola, lo que puede anular su capacidad cotidiana de tomar decisiones y muchas veces se torna pasiva, incapaz y dependiente, buscando que todos la dirijan en cuanto qué hacer y cómo hacerlo. Detrás de este comportamiento suele haber ansiedad, hostilidad y falta de confianza en sí misma y en su pareja. (Lucille.C.A., 1968).

La necesidad de aceptación se refiere a establecer y conservar una relación satisfactoria. La mujer muestra esta necesidad por el deseo de atención y el interés de los demás. Se presenta con más frecuencia en mujeres rechazadas por su pareja y/o familia. En esta circunstancia, es indispensable hacer sentir a la mujer que es importante y valiosa.

La tercera necesidad básica es la de afecto, éste representa la necesidad de establecer con otra persona una relación de concesiones mutuas basadas en la simpatía por ambas partes. Esta necesidad por lo general la satisfacen los miembros de la familia, el cónyuge y los amigos cercanos.

Se considera que el embarazo no representa tan sólo un proceso somático, pues tiene relación con aspectos psicológicos profundos y decisivos, contemplándose la posibilidad de que en muchas de las pacientes haya sido o no planeado su embarazo, se presenten sentimientos confusos,

ambivalentes, de resentimiento, temor, ansiedad y desencadenamiento de regresiones (Hamilton, 1955), (Bibring, 1959) tornándose más sensibles y necesitadas de amor y afecto (Kaplan, 1983).

Por otra parte la importancia concedida al período de gestación se ha justificado no sólo porque implique una etapa de crisis en donde la mujer se enfrenta a serios cambios, sino también porque en ello va implícito una etapa de maduración, es decir, se prevee que ante tal evento la mujer logra alcanzar un desarrollo psicológico, presentándosele la oportunidad en el mejor de los casos, de obtener un ajuste en las relaciones con su pareja. Por lo cual se hace necesario abordar la situación que atraviesa la mujer embarazada en relación a su situación emocional y la interacción con su pareja.

CAPITULO III

COMUNICACION Y SATISFACCION MARITAL.

El matrimonio es una forma de interacción social y como tal se basa en un sistema de significados compartidos por los miembros que interactúan con él (Wittich, 1974). Cuando no existe una forma de expresión de estos significados, la interacción disminuye o aparecen deficiencias en ellos. La comunicación ha sido considerada una parte inherente del matrimonio, ya que una comunicación abierta y afectiva es básica para que la relación conyugal tenga éxito (Hicks y Platt, 1970).

Se ha considerado que la comunicación marital es uno de los elementos más importantes para una interacción marital positiva (Berman y Lief, 1975; Burke, Weir y Harrison, 1976; Powers y Hutchinson, 1979; Singer 1981). Esto se basa en hallazgos que la relacionan con la capacidad de compartir actitudes y creencias personales (Grinker, 1967; Jourard, 1964) así como cantidad y grado de información que se intercambia con ajuste marital (Waring y cols., 1981) y su funcionalidad en la relación marital.

Uno de los pocos estudios que se han llevado a cabo en éste campo en México encontró que el 68.9% de las parejas que reportaban altos grados de satisfacción marital también indicaban que se comunicaban con frecuencia con sus conyuges con respecto a una amplia gama de temas (Elú de Leñero, 1971).

Una variable importante para el desarrollo y establecimiento de una relación marital es la autodivulgación (ad), (Jourard, 1971; Derlega y Chaikin, 1975; Miller, Corrales y Wackman, 1975; Gilbert, 1976; Singer, 1981). A través de éste proceso se espera que los conyuges tengan un intercambio de sentimientos, percepciones, miedos y otros aspectos de sí mismos; a partir de lo cual se han llevado a cabo varios estudios sobre diferentes aspectos de la autodivulgación marital.

El hecho de que las esposas autodivulgen más en su relación marital que los esposos ha sido demostrado por varios

estudios, por lo que se considera este resultado como uno de los más consistentes (Levinger y Senn, 1967; Jourard, 1971; Burke, Weiss y Harrison, 1976; Singer, 1981).

En la mayoría de las investigaciones sobre autodivulgación marital se demuestra una relación positiva y lineal entre ésta y la satisfacción marital. Esto es, al aumentar los niveles de autodivulgación en una relación marital aumenta la satisfacción de los cónyuges. Este modelo se conoce como el lineal y dentro de éste se postulan distintos tipos de autodivulgaciones, por ejemplo, para Katz y otros (1963), la satisfacción marital en las mujeres se asocia a la frecuencia de divulgaciones negativas (por ejemplo problemas y angustias). A mayor divulgación mayor satisfacción marital.

La comunicación es un buen predictor de satisfacción marital (Katz y otros, 1963), y la satisfacción marital puede ser un posible indicador de la estabilidad y felicidad en una relación marital (Hichs y Platt, 1970).

3.1 VARIABLES DEMOGRAFICAS EN LA SATISFACCION MARITAL

En lo referente a investigaciones realizadas sobre la satisfacción marital, es notable que éstas se centran en el estudio de los factores sociales tales como variables demográficas y de interacción, que pueden contribuir a la satisfacción en el matrimonio.

Sobre el efecto del sexo del cónyuge en relación a la satisfacción, uno de los resultados más consistentes es que los hombres tienden a estar más satisfechos con su matrimonio que las mujeres (Rhyne, 1981). Para Will, Weiss y Petterson (1974) la diferencia entre los sexos se debe al significado que tiene para cada uno el concepto de satisfacción marital. Estos autores afirman que para los hombres son más importantes las conductas instrumentales (conductas necesarias para el funcionamiento mecánico del matrimonio), mientras que las mujeres consideran más importantes las conductas afectivas (que son aquellos factores que ayudan a mantener la atracción

interpersonal entre el esposo y su pareja).

Otra de las variables demográficas estudiadas en relación a la satisfacción marital son los años de casados sobre lo cual algunos autores (Pineo, 1961; Luckey 1966) plantean un descenso en la satisfacción matrimonial al aumentar los años de matrimonio; las investigaciones de Elú de Leñero en 1972, confirman los resultados obtenidos en la familia mexicana.

Otra variable demográfica con efectos psicológicos es el ciclo familiar el cual se ha analizado en relación a la satisfacción marital con el objeto de poder explicar en que etapas de la vida familiar siente mayor satisfacción la pareja conyugal. (Rollins y Feldman, 1970; Burr, 1970; Rollins y Cannon, 1974) demuestran que la satisfacción marital disminuye con el nacimiento del primer hijo, se mantiene estable en las etapas subsiguientes de la vida familiar y aumenta en la etapa de jubilación o cuando los hijos abandonan el hogar. A su vez la satisfacción marital, considerada como un indicador del grado de estabilidad y felicidad de los cónyuges (Hicks y Platt 1970), es una de las pocas variables que se han estudiado en relación con el número de hijos. Se ha observado que la satisfacción y la interacción marital entre las parejas que tienen hijos, es inferior a la de aquellas que no los tienen (Feldman, 1964). En otro estudio se menciona que las parejas que se encontraban en el proceso de crianza de los hijos estaban menos satisfechas con su relación conyugal, que las parejas sin hijos o los matrimonios cuyos hijos ya eran adultos y vivían lejos del hogar materno (Renne, 1970).

Respecto al tamaño de la familia, ya desde los años treinta se mencionaba que había una relación negativa entre el número de hijos y los diferentes aspectos de la adaptación de los esposos (Burgess y Cottrell, 1939; Lang, 1932). La satisfacción es menor en personas con tres o más hijos que en aquellas que tienen uno, dos o bien no tienen hijos. (Pick de Weiss, S., y Andrade P.P. 1987).

Baltes (1968) sugiere que los cambios en el ajuste marital en diferentes etapas, son simplemente función de la edad de los cónyuges y de percepciones relacionadas con ésta y

no de los cambios en la relación conyugal.

Otra variable que ha sido ampliamente estudiada en relación con la satisfacción marital es el nivel socioeconómico. Renne (1970) encontró que personas que desempeñan ocupaciones de poco prestigio, con bajos ingresos y bajo nivel de escolaridad estaban más insatisfechas con sus matrimonios.

Para medir satisfacción marital se han desarrollado diferentes escalas que incluyen básicamente dos tipos de definiciones: una en términos de ajuste de pareja (Spanier, 1976; Locke y Wallace, 1959) y otra en relación a las actitudes hacia la relación marital. En este sentido Roach, Frazier y Bowder (1981) son los primeros autores en utilizar una definición de satisfacción marital, en términos de la actitud hacia la relación marital, controlando deseabilidad social y convencionalización de las respuestas. En el presente estudio se tomó como base esta última definición, ya que se intenta tener una forma de medir cambios en la percepción o en la posición del individuo y no una evaluación del matrimonio en sí.

A través del escrito se mencionaron las diferentes reacciones psicológicas tan intensas y variadas por las que pasa la mujer y su pareja en un lapso de tiempo tan relativamente corto en donde se tienen que ir realizando una gran cantidad de ajustes.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1 Existe desajuste marital y problemática emocional en mujeres de 20 a 35 años de edad con embarazo de alto riesgo?

4.2 HIPOTESIS.

CONCEPTUAL: "Las mujeres con embarazos tranquilos y sin dificultades presentan mejor ajuste matrimonial y sexual" (Hamilton, 1955).

"Las mujeres que antes del embarazo han presentado inestabilidad emocional, con más facilidad presentarán problemas durante esta etapa, debido a la tensión adicional que trae consigo el embarazo" (Fernández A, Arcelus M. 1988).

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

TRABAJO: (1) "Habrá diferencias en la problemática emocional en mujeres que presenten un embarazo de alto riesgo y las que presenten uno de curso normal".

(2) "Habrá diferencias en el desajuste marital en las mujeres que presenten un embarazo de alto riesgo y las que presenten uno de curso normal".

ALTERNAS: (1) "Existen diferencias estadísticamente significativas en el desajuste marital en mujeres con embarazo normal y embarazo de alto riesgo".

(2) "Existen diferencias estadísticamente significativas en la problemática emocional en mujeres con embarazo normal y embarazo de alto riesgo".

NULAS: (1) "No existen diferencias estadísticamente significativas en el desajuste marital en mujeres con embarazo normal y embarazo de alto riesgo".

(2) "No existen diferencias estadísticamente significativas en la problemática emocional en mujeres con embarazo normal y embarazo de alto riesgo".

4.3 VARIABLES.

I) Variables independientes: a) Embarazo de alto riesgo.

b) Embarazo normal.

Definición de embarazo de alto riesgo.

a) CONCEPTUAL: "Se denomina embarazo de alto riesgo, al grupo de mujeres en gestación menores de 18 años y mayores de 35 que presenten problemas, así como aquellas que presenten enfermedades del corazón, riñón, hígado, vesícula, bazo, tuberculosis, diabetes y padecimientos infecciosos con RH negativo, entre otras" (Lozada. Montes de Oca, 1988).

b) OPERACIONAL: "Mujeres en gestación, sean primigestas o multigestas que presenten o hayan presentado cualquiera de los siguientes factores: pérdidas, violación, producto de incesto, intercurrentia (cardiopatías, diabetes, amenaza de aborto, embarazo múltiple, embarazo ectópico, etc.) psicosis, productos malformados, sangrado, infecciones urinarias, amenaza de parto pretérmino, toxemia".

Definición de embarazo normal.

a) CONCEPTUAL: "Evento que tiene lugar por medio de la fecundación, en el cual se produce la unión del espermatozoide con el óvulo maduro, unión que habitualmente se da en el tercio extremo de la trompa de falopio" (Beck, 1977).

b) OPERACIONAL: "Mujeres en gestación sean primigestas o multigestas que no presenten ni hayan presentado: violación, producto de incesto, intercurrentias (cardiopatías, diabetes, amenaza de aborto, embarazo múltiple, embarazo ectópico, etc) psicosis, productos malformados, infecciones urinarias, amenaza de parto pretérmino, toxemia".

- II) Variables dependientes: a) Desajuste marital.
b) Problemática emocional.

Definición de desajuste marital.

a) CONCEPTUAL: "Satisfacción marital es el grado de favorabilidad (actitud) hacia aspectos del cónyuge y de la interacción conyugal". (Pick de Weiss S. y Andrade P.P., 1987).

b) OPERACIONAL: "Probabilidad de que se presente o no un desajuste marital en ambos grupos, embarazadas de curso normal y alto riesgo; tal probabilidad será medida por medio de la Escala de Satisfacción Marital, considerándose un nivel significativo de desajuste a partir de un puntaje de 2.4 a 3 (mal ajuste); 1.7 a 2.3 (regular ajuste); 1 a 1.6 (buen ajuste)".

Definición de problemática emocional.

a) CONCEPTUAL: "Se caracteriza por componerse de varias emociones, todas ellas relacionadas con el mismo objeto o situación pero con signo distinto y a menudo conflictivo". (Diccionario de Psicología, 1965).

b) OPERACIONAL: "Probabilidad de que se presente o no problemática emocional en ambos grupos, embarazo de curso normal y alto riesgo; tal probabilidad será medida a través del Cuestionario General de Salud de Goldberg (1984), considerándose como "caso" aquellos cuyo puntaje sea equivalente al punto de corte 7/8 de la forma de 30 reactivos basado en la estandarización realizada por Medina-Mora y cols. (1983)".

4.4 MUESTREO

La selección de los sujetos se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) debido a que es ahí donde se encuentran concentradas el mayor número de mujeres con embarazo de alto riesgo.

La selección fue realizada por medio de un muestreo no probabilístico intencional. No probabilístico ya que no todas las sujetos tuvieron la misma probabilidad de ser elegidas;

intencional de acuerdo a ciertas características como son el tipo de embarazo y el tiempo de gestación.

La muestra estuvo constituida por dos grupos de 40 mujeres para cada uno, haciendo un total de 80 pacientes. La muestra fue tomada de Consulta Externa 1a. vez y aquellas que reunieron los requisitos de inclusión se les invito a participar aplicandoseles los instrumentos.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Grupo I) Mujeres que cursen con embarazo normal

Grupo II) Mujeres que cursen con embarazo de alto riesgo.

a) Primigestas o multigestas (máximo dos hijos vivos).

b) Escolaridad mínima de primaria completa.

c) Mayores de 20 y menores de 35 años.

d) Que vivan con su pareja (casadas o en unión libre).

4.5 TIPO DE ESTUDIO.

El tipo de estudio que se utilizó fue descriptivo, de campo y transversal. Descriptivo porque se describe el fenómeno en cuanto a su frecuencia, aparición y desarrollo De campo porque se recurrió al INPer y transversal porque se realizó en un período determinado del embarazo.

4.6 DISEÑO.

El diseño que se utilizó a lo largo de la investigación fue de dos muestras independientes, ya que se trabajó con dos grupos del INPer y se compararon entre sí con respecto a las variables dependientes. La evaluación de las mujeres se efectuó durante su embarazo.

4.7 INSTRUMENTOS.

Se aplicó de manera individual a las 80 pacientes el Cuestionario General de Salud (CGSD) y la Escala de Satisfacción Marital, ambos instrumentos en una sola aplicación. Asimismo, se utilizó un Cuestionario de Alternativa.

El Cuestionario General de Salud (C.G.S.) de Goldberg (1984), es un instrumento autoaplicable, diseñado para la detección o identificación de pacientes que presentan alteración mental y ameritan tratamiento especializado. Por la forma como está estructurado, permite valorar el desorden psiquiátrico en el momento en que se contesta, es decir, proporciona información acerca del estado mental actual del paciente y del grado de severidad de su padecimiento, de manera que la calificación (puntaje) es alta si el cuestionario se contesta durante el período de enfermedad, pero es baja si se contesta en un período de salud. Por lo tanto, el cuestionario no es una medida de atributos duraderos ni evalúa la posibilidad de recaída en el futuro (APENDICE I). En México se han realizado varios estudios con el propósito de probar su sensibilidad (proporción de casos correctamente identificados por una prueba) y la especificidad (proporción de casos normales correctamente identificadas al mismo tiempo) que posee en distintas poblaciones. La sensibilidad y la especificidad encontradas oscilaron entre el 72% y el 78%. El cuestionario fue eficaz para la detección de dos terceras partes de los pacientes; la tasa de error reportada fue similar a la reportada en otros países, esto es, aceptable para un instrumento autoaplicable que si bien no pretende sustituir al juicio clínico, puede proporcionar información útil en un primer nivel de detección.

En un estudio posterior (Medina-Mora M.E., et al; 1983) se desarrolló una forma breve con escalas del C.G.S.; los datos obtenidos en el hospital privado fueron sometidos a un análisis de factores con rotación varimax. De éste análisis pudieron derivarse dos versiones del cuestionario: una con 6 escalas de 5 reactivos cada una, y otra con 4 escalas de 7

reactivos, ambas con niveles de sensibilidad y especificidad similares a la versión de 60 reactivos. Las escalas permitieron conceptualizar las principales áreas que intenta medir el cuestionario; estas son: la de síntomas somáticos, que abarca síntomas como dolores de cabeza y sensación de estar enfermo; la de trastornos en el sueño que explora síntomas relacionados con dificultades para dormir, insomnio, pesadillas, etc.; la inadecuación social, que abarca aspectos relacionados con la autopercepción, los sentimientos de devaluación y las relaciones interpersonales; la de ansiedad, que explora temores irracionales hacia el medio, preocupaciones e inseguridad; y finalmente, el área de depresión con ideas suicidas, que intenta medir síntomas de depresión severa, deseos e ideas de quitarse la vida, etc.

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

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

Aunque su validez ha sido demostrada (Goldberg, D.P. 1972, 1978), existe la necesidad de revalidar y recalibrar el Cuestionario General de Salud cuando se utiliza en lugares diferentes o en poblaciones con distintas características (Tarnopolsky y cols., 1979) dado que su efectividad como prueba de tamizado puede variar de acuerdo a la población que haya sido identificada, con la forma de presentar las preguntas y con la prevalencia total de trastornos en una población específica como es el caso de mujeres embarazadas.

VALIDEZ.

Para obtener la validez se hizo un análisis de los componentes principales y después se realizó una rotación varimax. En éste análisis se obtuvieron 8 componentes con un

valor Eigen mayor o igual a 1, que explica el 62.3% de la varianza total acumulada. (ver tabla 1).

Tabla 1 Análisis de los componentes del Cuestionario General de Salud.

FACTOR	VALOR EIGEN	VARIANZA QUE EXPLICA (%)	VARIANZA ACUMULADA (%)
I	5.57845	18.6	18.6
II	2.68268	8.9	27.5
III	2.59887	8.7	36.2
IV	1.98130	6.6	42.8
V	1.80325	6.0	48.8
VI	1.50424	5.0	53.8
VII	1.35671	4.5	58.4
VIII	1.18150	3.9	62.3

Después de la rotación los factores pudieron conceptualizarse fácilmente dado que pesaban más reactivos en cada uno de ellos. Tomando los reactivos que obtuvieron mayores pesos en cada factor fue posible constituir 8 escalas ($\geq .44$), (ver tabla 2), (APENDICE II).

Tabla 2. Pesos factoriales obtenidos en cada uno de los factores del C.G.S.

FACTOR	REACTIVO	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
ENFERMEDAD GENERAL	¿Se ha sentido bien y con buena salud?	.76							
	¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	.74							
	¿Ha tenido la sensación de estar enfermo?	.44							
	¿Ha tenido escalofríos o bochornos?	.64							
	¿Se ha sentido lleno de vida y energía?	.62							
TRASTORNOS DE SUEÑO	¿Se despierta demasiado temprano y ya no puede volverse a dormir?	.54							
	¿Ha tenido dificultad para dormirse o conciliar el sueño?	.80							
	¿Ha tenido dificultad para dormir de un jalón toda la noche?	.81							
	¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?	.82							
INADECUACION SOCIAL	¿Ha sentido que por lo general, hace las cosas bien?			.84					
	¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?			.73					
	¿Disfruta de sus actividades diarias?			.69					
ANSIEDAD	¿Se ha sentido irritado y de mal humor?				.52				
	¿Se ha sentido nervioso y "a punto de estallar" constantemente?				.66				
	¿Ha notado que a veces no puede hacer nada a causa de sus nervios?				.70				
DEPRESION LEVE	¿Ha sentido que está jugando con un papel útil en la vida?					.72			
	¿Ha pensado que usted no vale nada?					.84			
IDEACION SUICIDA	¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?						.77		
	¿Ha deseado estar muerto y lejos de todo?						.90		
SINTOMAS SOMATICOS	¿Ha tenido dolores de cabeza?							.63	
	¿Ha tenido pesadez en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va a estallar?							.82	
DEPRESION	¿Se ha sentido asustado y con mucho miedo sin que haya una buena razón?								.78
	¿Se ha sentido triste y deprimido?								.58

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

- FACTOR I: Enfermedad general.-Abarca aspectos relacionados con la sensación o percepción de estar enfermo.
- FACTOR II: Trastornos de sueño.- Explora síntomas relacionados con la dificultad para dormir, insomnio, pesadillas, etc.
- FACTOR III: Inadecuación social.-Abarca aspectos relacionados con la autopercepción, sentimientos de autodevaluación y relaciones interpersonales.
- FACTOR IV: Ansiedad.- Explora temores irracionales hacia el medio, preocupaciones e inseguridad.
- FACTOR V: Depresión leve.- Explora elementos relacionados al autoconcepto, fatiga y apatía.
- FACTOR VI: Ideación suicida.- Incluye deseos e ideas de quitarse la vida.
- FACTOR VII: Síntomas somáticos.- Abarca síntomas como alergia y dolores de cabeza.
- FACTOR VIII: Depresión.- Intenta medir síntomas de depresión severa, miedos y angustias.

CONFIABILIDAD.

Para obtener la confiabilidad del Cuestionario General de Salud se aplicó el coeficiente Alpha de Cronbach (1981) el cual permitió obtener la consistencia interna entre los factores. (ver tabla 3).

Tabla 3. Consistencia interna del C.G.S. en su versión de 30 reactivos.

FACTOR	No. DE REACTIVOS	ALPHA
Enfermedad general	5	.78
Trastornos de sueño	4	.82
Inadecuación social	3	.77
Ansiedad	3	.62
Depresión leve	2	.64
Ideación suicida	2	.66
Síntomas somáticos	2	.82
Depresión	2	.56

La Escala de Satisfacción marital fue diseñada por Pick de Weiss S. y Andrade P.P (1985) en el INPer y se tomó como base la siguiente definición de satisfacción marital: grado de favorabilidad (actitud) hacia los aspectos del cónyuge y de la interacción conyugal.

Con base en instrumentos anteriores y en entrevistas abiertas, llevadas a cabo con hombres y mujeres casados de nivel socioeconómico medio y medio bajo en la ciudad de México (García y Valdéz, 1984), se elaboraron para el primer estudio 64 reactivos dicotómicos (me gusta como está pasando - me gustaría que pasara diferente lo que está pasando) que se referían a diferentes aspectos de la relación conyugal. Dentro de estos aspectos se incluyen actitudes hacia la interacción marital y hacia el cónyuge (APENDICE III).

Al igual que la escala de Satisfacción Marital de Roach, Frazier y Bowden (1981), uno de los criterios para la construcción de la escala fue el de incluir únicamente ítems que midieran algún aspecto del objeto actitudinal bajo consideración, que no implicara el uso de memoria. A diferencia de otras escalas (Roach, Frazier y Bowden, 1981), no se construyeron los reactivos con base en el patrón tradicional ya que generalmente no discriminan en poblaciones mexicanas con niveles bajos y medios de educación (Pick de Weiss y Jones, 1981). Se decidió por lo tanto usar el sistema de frases con opciones de respuesta en términos de estar agusto con lo que está pasando o no estarlo. Dado que en el primer estudio algunas personas expresaban que algunas cosas preferirían que fueran muy diferentes y en otras algo diferentes, se decidió incluir en el segundo estudio una tercera opción, por lo cual se ofrecen tres opciones de respuesta que son: me gustaría como está pasando, me gustaría algo diferente, y me gustaría muy diferente.

En primer término se realizó un análisis de frecuencia de cada reactivo encontrándose que todos los reactivos discriminaban, por lo tanto se llevó a cabo un análisis factorial de componentes principales con rotación oblicua. Se obtuvieron 7 factores principales con autovariables mayores a

1 que explican el 49.7% de la varianza total de la escala. De los 7 factores se eligieron por su claridad conceptual las 3 primeras que explican el 45.7% de la varianza total. Los criterios para seleccionar los ítems que conformarían cada factor fueron los siguientes: (1) que el ítem tuviera un peso factorial mayor a .30, (2) que el peso del ítem fuera mayor en un factor que en otro.

De acuerdo al contenido de los ítems, se definieron los factores:

FACTOR I: Satisfacción con la interacción conyugal.

FACTOR II: Satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge.

FACTOR III: Satisfacción con los aspectos estructurales del cónyuge.

La consistencia interna de cada factor se obtuvo por medio de Alpha de Cronbach, encontrándose para el Factor I=.90 (10 reactivos); Factor II=.81 (5 reactivos); Factor III=.85 (9 reactivos).

Para medir satisfacción marital se utilizó la escala de Satisfacción Marital compuesta de 30 reactivos con 3 opciones de respuesta.

Otro instrumento utilizado fue el Cuestionario de Alternativa que se diseñó con el fin de conocer cuál era la situación emocional y marital previa al embarazo actual de las mujeres del INPer que participaron en la investigación; y de esta manera tener una visión más general de la situación de pareja.

El Cuestionario de Alternativa consta de 9 reactivos que exploran aspectos específicos de la situación de pareja involucrando elementos de comunicación, convivencia, cooperación, relaciones familiares y de pareja y específicamente las circunstancias de su actual embarazo.

La aplicación se realizó de manera individual, en donde el investigador leía el reactivo y anotaba la dirección + ó - de la respuesta y la paciente únicamente se limitaba a contestar como era la situación que se le planteaba antes y después de saber que estaba embarazada; los reactivos 8 y 9

que se refieren a la planeación y deseo de embarazo fueron evaluados como positivo (+) cuando la pareja había tomado la decisión y positivo-negativo (+ -) cuando sólo uno de ellos lo hacía. (APENDICE IV).

VALIDEZ.

Para obtener la validez del Cuestionario de Alternativa se hizo un análisis de los componentes principales y después se realizó una rotación oblicua. En éste análisis se obtuvieron tres componentes con un valor Eigen mayor o igual a 1, que explica el 63.3% de la varianza total acumulada.

Después de la rotación, los factores pudieron conceptualizarse fácilmente dado que pesaban más reactivos en cada uno de ellos. Tomando los reactivos que obtuvieron mayores pesos en cada factor fue posible construir 3 escalas ($\geq .45$). (ver tablas 4 y 5).

Tabla 4. Análisis de los componentes del Cuestionario de Alternativa.

FACTOR	VALOR EIGEN	VARIANZA QUE EXPLICA (%)	VARIANZA ACUMULADA (%)
I	2.74496	30.5	30.5
II	1.92368	21.4	51.9
III	1.05355	11.7	63.6

Tabla 5. Pesos factoriales obtenidos en cada uno de los factores del Cuestionario de Alternativa.

FACTOR	REACTIVOS	I	II	III
Embarazo	-Por quién fue planeado su embarazo? Ambos,el,ella.	.62		
	-Su embarazo fue deseado? Ambos,el,ella.	.92		
Relaciones familiares y de pareja.	-Las relaciones con su familia eran mejor?		.65	
	-Las relaciones con la familia de su pareja eran mejor?		.54	
	-Los momentos de plática con su pareja eran más frecuentes?		.65	
Comunicación y cooperación	-Los disgustos con su pareja eran más frecuentes?			.53
	-El pasear y divertirse juntos era más frecuente?			.45
	-La colaboración en sus respectivas actividades era mayor?			.47
	-Las manifestaciones de afecto entre uds. eran más frecuentes?			.63

Los factores obtenidos en el Cuestionario de Alternativa son definidos de la siguiente manera:

FACTOR I: Embarazo.- Explora la decisión o indecisión de un posible embarazo.

FACTOR II: Relaciones familiares y de pareja.- Involucra aspectos de convivencia y de relaciones interpersonales con la familia de la pareja.

FACTOR III: Comunicación y cooperación.- Abarca elementos de convivencia y afecto entre la pareja así como la mutua ayuda en sus diferentes actividades.

CONFIABILIDAD.

Para obtener la confiabilidad del Cuestionario de Alternativa se aplicó el coeficiente Alpha de Cronbach (1961) el cual permitió obtener la consistencia interna entre los diferentes factores. (ver tabla 6).

Tabla 6. Consistencia interna del Cuestionario de Alternativa.
(Antes-después del embarazo).

FACTOR	REACTIVOS	ALPHA (ANTES-DESPUES)	
Relaciones Familiares.	3	.55	.42
Comunicación y Cooperación.	4	.23	.57
Embarazo	2	.65	.72

4.8 PROCEDIMIENTO.

La captación de pacientes se llevó a cabo en el Servicio de Consulta Externa primera vez del INPer, cuyos encargados dieron paso a las pacientes que reunían los requisitos de inclusión al Departamento de Psicología, en donde se corroboraban dichos criterios y se procedía a informar a las pacientes el objetivo de la investigación pidiéndoles su colaboración.

Los instrumentos se aplicaron a mujeres que cursaban con embarazo de alto riesgo y normal, formandose de ésta manera dos grupos; el primer instrumento aplicado fue el Cuestionario de Alternativa con el fin de explorar la situación de la pareja previa y posterior al embarazo, el investigador leía cada uno de los reactivos y anotaba la dirección + ó - de la respuesta; posteriormente el Cuestionario General de Salud y la Escala de Satisfacción Marital se les entregaba a las pacientes para que éstas los contestaran, una vez que

entregaban los instrumentos se revisaba que no hubieran quedado reactivos en blanco que invalidaran los instrumentos, en su caso se les pedía se sirvieran en contestarlos.

Por otra parte, fue necesario validar y confiabilizar el Cuestionario General de Salud y el Cuestionario de Alternativa para la población obstétrica del INPer. (Ver apartado de instrumentos).

CAPITULO V
RESULTADOS.

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

El primer programa aplicado fue el de frecuencias, el cual permitió hacer un estudio descriptivo de la muestra basado en las variables sociodemográficas y en los totales obtenidos en los instrumentos aplicados (Cuestionario General de Salud y Escala de Satisfacción Marital), tanto para la población total como por grupo. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Descripción de la Población Total.

Con respecto a la edad, la mayoría de la población estuvo compuesta por mujeres de 27 años, el 50% de la población tiene un promedio de edad de 26.9 años. (ver tabla 7).

Tabla 7. Edad de los grupos.

EDAD	SUJETOS	%
27	10	12.5
20	7	8.8
23	7	8.8
24	7	8.8
30	7	8.8
32	7	8.8
29	6	7.5
26	5	6.4
21	4	5.0
35	3	3.7
22	3	3.7
25	3	3.7
28	3	3.7
34	3	3.7
31	2	2.5
33	2	2.5
Total	n=80	%=100

En cuanto a la escolaridad, la mayoría de la población presentaron un nivel de escolaridad de 9 años, el 50% de la población tiene un promedio de 9.29 años de estudio, lo cual nos indica estudios equivalentes a nivel secundaria o técnica. (ver tabla 8).

Tabla 8. Nivel de escolaridad de la población.

ANOS DE ESTUDIO	SUJETOS	%
6	8	10.0
7	2	2.5
8	3	3.7
9	34	42.5
11	1	1.3
12	15	18.3
13	2	2.5
14	2	2.5
15	2	2.5
16	5	6.3
17	6	7.5
Total	n=80	%=100

En lo que respecta al nivel socioeconómico, el 46.3% de la población son mujeres con un nivel socioeconómico medio bajo (clasificación C-D); el 50% de la población se encuentra en este mismo nivel. (ver tabla 9).

Tabla 9. Clasificación Socioeconómica de los grupos.

CLASIFICACION	SUJETOS	%
(A,B) BAJO	9	11.3
(C,D) MEDIO BAJO	37	46.3
(E,F) MEDIO	11	13.8
(G,H) MEDIO ALTO	4	5.0
(I,J) ALTO	19	23.7
Total	n=80	%=100

En gestaciones el 31.3% de las mujeres están cursando su segunda gestación, y el 1.3% cursan su octava gestación; el 50% de la población son mujeres que cursan de su segundo a tercer embarazo. (ver tabla 10).

Tabla 10. Número de Gestaciones.

GESTACION	SUJETOS	%
1	14	17.5
2	25	31.3
3	22	27.5
4	14	17.5
5	2	2.5
6	2	2.5
8	1	1.3
Total	n=80	%=100

En lo que respecta a partos se observó que el 53.8% de las mujeres son primigestas y el 46.2% son multigestas. (ver tabla 11).

Tabla 11. Número de partos en la población total.

PARTOS	SUJETOS	%
0	43	53.8
1	30	37.5
2	6	7.5
3	1	1.2
Total	n=80	%=100

Por otro lado, el 62.5% de las mujeres no han presentado ningún aborto y el 37.5% restante han presentado de 1 a 4 abortos. (ver tabla 12).

Tabla 12. Número de abortos en la población total.

ABORTOS	SUJETOS	%
0	50	62.5
1	16	20.0
2	6	7.5
3	6	7.5
4	2	2.5

Total n=80 %=100

Para óbitos el 88.8% de la población no han presentado ninguno, y el 11.2% restante han presentado un óbito. (ver tabla 13).

Tabla 13. Obitos en la población total.

OBITOS	SUJETOS	%
0	71	88.8
1	9	11.2

Total n=80 %=100

Cabe señalar, que en lo que se refiere a cesáreas el 68.8% de las mujeres no la han presentado y el 31.2% restante han tenido de una a dos cesáreas. (ver tabla 14).

Tabla 14. Número de cesáreas en la población.

CESAREAS	SUJETOS	%
0	55	68.8
1	17	21.2
2	8	10.0

Total n=80 %=100

Por otra parte, el 92.5% de las mujeres no han presentado muertes neonatales y el 7.5% restante han presentado una muerte neonatal. (ver tabla 15).

Tabla 15. Muerte neonatal de los grupos.

MUERTE NEONATAL	SUJETOS	%
0	74	92.5
1	6	7.5
Total	n=80	%=100

En cuanto al número de hijos vivos, el 45% de la población son mujeres con un hijo vivo; el 38.8% son mujeres primíparas o primigestas; y el 16.2% son mujeres con 2 hijos vivos. (ver tabla 16).

Tabla 16. Número de hijos vivos.

NUMERO DE HIJOS VIVOS	SUJETOS	%
0	31	38.8
1	36	45.0
2	13	16.2
Total	n=80	%=100

A continuación se describen los resultados obtenidos a través del Cuestionario General de Salud (C.G.S.) y la Escala de Satisfacción Marital en la población total.

El 43.8% de la población [35] mujeres fueron detectadas por el C.G.S. como no casos debido a que obtuvieron un puntaje inferior al punto de corte 7/8; puntaje estandarizado para mujeres del INPer. El 56.2% de la población restante [45] mujeres, fueron detectadas como posibles casos ya que obtuvieron un puntaje que va de 8 a 19 puntos. (ver tabla 17)

Tabla 17. Puntajes obtenidos en el Cuestionario General de Salud por la población total.

PUNTAJE C. G. S.	SUJETOS	%
0	5	6.3
1	5	6.3
2	3	3.7
3	4	5.0
4	5	6.3
5	4	5.0
6	3	3.7
7	6	7.5
8	7	8.8
9	2	2.5
10	10	12.5
11	3	3.7
12	7	8.8
13	4	5.0
14	4	5.0
15	2	2.5
16	1	1.3
17	2	2.5
18	2	2.5
19	1	1.3

Total n=80 %=100

ESCALA DE SATISFACCION MARITAL.

Satisfacción con la interacción conyugal (FACTOR I)

Se observa que el 67.5% de la población [54] mujeres obtuvieron un puntaje de [1] que equivale a un buen ajuste en la satisfacción con la interacción conyugal; el 31.2% [25] mujeres obtuvieron un puntaje de [2] que equivale a un regular ajuste en dicho factor y el 1.3% [1] de la población obtuvieron un puntaje de [3] equivalente a un mal ajuste en la satisfacción con la interacción conyugal. (ver tabla 18)

Tabla 18. Puntaje en la Satisfacción con la interacción conyugal (FACTOR I).

PUNTAJE	SUJETOS	%
1	54	67.5
2	25	31.2
3	1	1.3

Total n=80 %=100

Satisfacción con los Aspectos Emocionales. (FACTOR II).

Por otra parte, el 52.5% de las mujeres [42] obtuvieron un puntaje de 2 que equivale a una regular satisfacción con los aspectos emocionales; el 40% de las mujeres [32] obtuvieron un puntaje equivalente a una buena satisfacción; el 7.5% restante [6] mujeres obtuvieron un puntaje de 3 que equivale a un mal ajuste en la satisfacción con los aspectos emocionales. (ver tabla 19).

Tabla 19. Puntajes en la Satisfacción con los aspectos emocionales (FACTOR II).

PUNTAJE	SUJETOS	%
1	32	40.0
2	42	52.5
3	6	7.5

Total n=80 %=100

Satisfacción con los aspectos estructurales del cónyuge (FACTOR III).

Finalmente, el 61.3% de las mujeres [49] obtuvieron un puntaje de 1 equivalente a un buen ajuste en los aspectos estructurales del cónyuge; el 36.2% de las mujeres [29] obtuvieron un puntaje de 2 equivalente a un regular ajuste en este factor y el 2.5% restante [2] obtuvieron un puntaje de 3 equivalente a un mal ajuste en la satisfacción con los aspectos estructurales del cónyuge. (ver tabla 20).

Tabla 20. Puntaje en la Satisfacción con los aspectos estructurales del cónyuge (FACTOR III).

PUNTAJE	SUJETOS	%
1	49	61.3
2	29	36.2
3	2	2.5

Total n=80 %=100

Descripción de los resultados por grupos de comparación
(Embarazo de alto riesgo y embarazo normal).

En relación a la edad, se encontró que la mayoría de las mujeres con embarazo de alto riesgo tienen 27 años de edad, a diferencia de las mujeres con embarazo normal que tienen 20 años. (ver tabla 21).

Tabla 21. Edad de las poblaciones. Embarazo de alto riesgo y normal.

EMBARAZO ALTO RIESGO			EMBARAZO NORMAL		
EDAD	SUJETOS	%	EDAD	SUJETOS	%
20	1	2.5	20	6	15.0
21	3	7.7	21	1	2.5
22	1	2.5	22	2	5.0
23	2	5.0	23	5	12.5
24	2	5.0	24	5	12.5
25	2	5.0	25	1	2.5
26	2	5.0	26	3	7.5
27	7	17.5	27	3	7.5
28	2	5.0	28	1	2.5
29	2	5.0	29	4	10.0
30	4	10.0	30	3	7.5
31	1	2.5	31	1	2.5
32	6	15.0	32	1	2.5
33	1	2.5	33	1	2.5
34	2	5.0	34	1	2.5
35	2	5.0	35	2	5.0

Total n=40 %=100

Total n=40 %=100

En cuanto al nivel de escolaridad, ambas muestras comparten 9 años de estudio en promedio, en el embarazo normal y alto riesgo. (ver tabla 22)

Tabla 22. Años de escolaridad por grupos.

EMBARAZO ALTO RIESGO			EMBARAZO NORMAL		
AÑOS DE ESTUDIO	SUJETOS	%	AÑOS DE ESTUDIO	SUJETOS	%
6	3	7.5	6	5	12.5
7	2	5.0	7	-	-
8	2	5.0	8	1	2.5
9	18	45.0	9	16	40.0
11	-	-	11	1	2.5
12	10	25.0	12	5	12.5
13	2	5.0	13	-	-
14	1	2.5	14	1	2.5
15	1	2.5	15	1	2.5
16	1	2.5	16	4	10.0
17	-	-	17	6	15.0
Total	n=40	%=100	Total	n=40	%=100

En lo que respecta al nivel socioeconómico, en ambos grupos de embarazo (alto riesgo y normal) comparten en promedio el nivel medio bajo. (ver tabla 23).

Tabla 23. Clasificación socioeconómica por grupos.

EMBARAZO ALTO RIESGO			EMBARAZO NORMAL		
CLASIFICACION	SUJETOS	%	CLASIFICACION	SUJETOS	%
(A,B) BAJO	4	10.0	(A,B) BAJO	5	12.5
(C,D) M. BAJO	21	52.5	(C,D) M. BAJO	16	40.0
(E,F) MEDIO	4	10.0	(E,F) MEDIO	7	17.5
(G,H) M. ALTO	3	7.5	(G,H) M. ALTO	1	2.5
(I,J) ALTO	8	20.0	(I,J) ALTO	11	27.5
Total	n=40	%=100	Total	n=40	%=100

En el embarazo de alto riesgo se observa mayor número de gestaciones [8] a diferencia del embarazo normal que presenta como máximo 4 gestaciones; encontrándose un porcentaje elevado en la 4a. gestación en el embarazo de alto riesgo a diferencia del embarazo normal que se incrementa en la 2a. gestación. (ver tabla 24).

Tabla 24. Número de gestaciones por grupo.

EMBARAZO ALTO RIESGO			EMBARAZO NORMAL		
GESTACIONES	SUJETOS	%	GESTACIONES	SUJETOS	%
1	2	5.0	1	12	30.0
2	10	25.0	2	15	37.5
3	11	27.5	3	11	27.5
4	12	30.0	4	2	5.0
5	2	5.0	5	-	-
6	2	5.0	6	-	-
8	1	2.5	8	-	-
Total n=40 %=100			Total n=40 %=100		

En lo que respecta a partos, se observa que no hay diferencias significativas en el grupo de alto riesgo y normal. (ver tabla 25).

Tabla 25: Número de partos por grupo.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO			EMBARAZO NORMAL		
PARTOS	SUJETOS	%	PARTOS	SUJETOS	%
0	21	52.5	0	22	55.0
1	15	37.5	1	15	37.5
2	3	7.5	2	3	7.5
3	1	2.5	3	-	-
Total n=40 %=100			Total n=40 %=100		

En cuanto a abortos, se observa que en el embarazo de alto riesgo se incrementa al doble el porcentaje de mujeres que han presentado abortos a diferencia de las mujeres con embarazo normal. (ver tabla 26).

Tabla 26: Número de abortos en los grupos.

EMBARAZO ALTO RIESGO			EMBARAZO NORMAL		
ABORTOS	SUJETOS	%	ABORTOS	SUJETOS	%
0	18	40.0	0	34	85.0
1	12	30.0	1	4	10.0
2	4	10.0	2	2	5.0
3	6	15.0	3	-	-
4	2	5.0	4	-	-

Total n=40 %=100

Total n=40 %=100

En el embarazo de alto riesgo se observa un incremento de mujeres que han presentado óbitos a diferencia de las mujeres con embarazo normal. (ver tabla 27).

Tabla 27. Obitos en los grupos.

EMBARAZO ALTO RIESGO			EMBARAZO NORMAL		
OBITOS	SUJETOS	%	OBITOS	SUJETOS	%
0	32	80.0	0	39	97.5
1	8	20.0	1	1	2.5

Total n=40 %=100

Total n=40 %=100

Con respecto a cesáreas, no se observaron diferencias en los grupos de embarazo de alto riesgo y embarazo normal. (ver tabla 28).

Tabla 28. Número de cesáreas por grupo.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO			EMBARAZO NORMAL		
CESAREAS	SUJETOS	%	CESAREAS	SUJETOS	%
0	27	67.5	0	28	70.0
1	7	17.5	1	10	25.0
2	6	15.0	2	2	5.0

Total n=40 %=100

Total n=40 %=100

No hubo diferencias en el grupo de embarazo de alto riesgo y normal en relación a muerte neonatal. (ver tabla 29).

Tabla 29. Muerte neonatal por grupos.

EMBARAZO ALTO RIESGO			EMBARAZO NORMAL		
MUERTE NEONATAL	SUJETOS	%	MUERTE NEONATAL	SUJETOS	%
0	38	95.0	0	36	90.0
1	2	5.0	1	4	10.0
Total	n=40	%=100	Total	n=40	%=100

En cuanto al número de hijos vivos se observa una homogeneidad en los grupos de alto riesgo y normal. (ver tabla 30).

Tabla 30. Número de hijos vivos por grupo.

EMBARAZO ALTO RIESGO			EMBARAZO NORMAL		
NUMERO DE HIJOS VIVOS	SUJETOS	%	NUMERO DE HIJOS VIVOS	SUJETOS	%
0	15	37.5	0	16	40.0
1	17	42.5	1	19	47.5
2	8	20.0	2	5	12.5
Total	n=40	%=100	Total	n=40	%=100

Por otro lado, el 32.5% de las mujeres con embarazo de alto riesgo y el 40% de las mujeres con embarazo normal fueron detectadas por el C.G.S. como "no casos" debido a que obtuvieron un puntaje inferior al punto de corte 7/8, puntaje calibrado para mujeres del INPer.

El 60% de las mujeres con embarazo de alto riesgo y el 52.5% de las mujeres con embarazo normal fueron detectadas como posibles "casos" ya que obtuvieron un puntaje que va de 8 a 19 puntos. (ver tabla 31).

Tabla 31. Puntajes obtenidos por el C.G.S. en ambos grupos de embarazadas.

EMBARAZO ALTO RIESGO			EMBARAZO NORMAL		
TOTAL C. G. S.	SUJETOS	%	TOTAL C. G. S.	SUJETOS	%
0	2	5.0	0	3	7.5
1	3	7.5	1	2	5.0
2	-	-	2	3	7.5
3	-	-	3	4	10.0
4	3	7.5	4	2	5.0
5	3	7.5	5	1	2.5
6	2	5.0	6	1	2.5
7	3	7.5	7	3	7.5
8	3	7.5	8	4	10.0
9	-	-	9	2	5.0
10	5	12.5	10	5	12.5
11	3	7.5	11	-	-
12	3	7.5	12	4	10.0
13	2	5.0	13	2	5.0
14	3	7.5	14	1	2.5
15	1	2.5	15	1	2.5
16	1	2.5	16	-	-
17	1	2.5	17	1	2.5
18	1	2.5	18	1	2.5
19	1	2.5	19	-	-
Total	n=40	%=100	Total	n=40	%=100

ESCALA DE SATISFACCION MARITAL.

Satisfacción con la interacción conyugal (FACTOR I)

Se observa que el 67.5% de las mujeres con embarazo de alto riesgo y embarazo normal obtuvieron un puntaje de [1] que equivale a un buen ajuste con la satisfacción conyugal; el 30% de las mujeres con embarazo normal obtuvieron un puntaje de [2] que equivale a un regular ajuste en dicho factor al igual que el 32.5% de las mujeres con embarazo de alto riesgo; el 2.5% restante de las mujeres con embarazo normal obtuvieron un puntaje de [3] equivalente a un mal ajuste en la satisfacción conyugal. (ver tabla 32).

Tabla 32. Puntajes en la Satisfacción con la interacción conyugal (FACTOR I) por grupos.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO			EMBARAZO NORMAL		
PUNTAJE	SUJETOS	%	PUNTAJE	SUJETOS	%
1	27	67.5	1	27	67.5
2	13	32.5	2	12	30.0
3	-	-	3	1	2.5

Total n=40 %=100

Total n=40 %=100

Satisfacción con los aspectos emocionales (FACTOR II).

El 50% de las mujeres con embarazo de alto riesgo y el 30% de las mujeres con embarazo normal obtuvieron un puntaje de [1] que equivale a un buen ajuste en la satisfacción con los aspectos emocionales; el 45% de las mujeres con embarazo de alto riesgo y el 60% de las mujeres con embarazo normal obtuvieron un puntaje equivalente a un regular ajuste en dicho factor; y el 5% de las mujeres con embarazo de alto riesgo así como el 10% de embarazo normal obtuvieron un puntaje de [3] equivalente a un mal ajuste en la satisfacción con los aspectos emocionales. (ver tabla 33).

Tabla 33. Puntajes en la Satisfacción con los aspectos emocionales (FACTOR II) por grupos.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO			EMBARAZO NORMAL		
PUNTAJE	SUJETOS	%	PUNTAJE	SUJETOS	%
1	20	50.0	1	12	30.0
2	18	45.0	2	24	60.0
3	2	5.0	3	4	10.0

Total n=40 %=100

Total n=40 %=100

Satisfacción con los aspectos estructurales del cónyuge (FACTOR III).

Finalmente, el 65% de las mujeres con embarazo de alto riesgo y el 57.5% de las mujeres con embarazo normal obtuvieron un puntaje de [1] equivalente a un buen ajuste en el FACTOR III, el 35% de las mujeres con embarazo de alto riesgo y el 37.5% de las mujeres con embarazo normal obtuvieron un puntaje de [2] que equivale a un regular ajuste en la satisfacción con los aspectos estructurales del cónyuge; por último el 5% de las mujeres con embarazo normal obtuvieron un puntaje de [3] equivalente a un mal ajuste en dicho factor. (ver tabla 34).

Tabla 34. Puntajes en la Satisfacción de los aspectos estructurales del cónyuge (FACTOR III) por grupos.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO			EMBARAZO NORMAL		
PUNTAJE	SUJETOS	%	PUNTAJE	SUJETOS	%
1	26	65.0	1	23	57.5
2	14	35.0	2	15	37.5
3	-	-	3	2	5.0
Total n=40 %=100			Total n=40 %=100		

El segundo progama obtenido fue el ANOVA (Análisis de varianza) el cual permitió aceptar o rechazar las hipótesis estadísticas planteadas en base a los grupos de comparación (embarazo de alto riesgo y normal) y las variables dependientes; en éste caso, los puntajes obtenidos por el C.G.S. y la Escala de Satisfacción Marital. Se aplicó un análisis de varianza simple y un análisis factorial de varianza ya que se obtuvieron tanto efectos principales como interacciones. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Para el total de C.G.S. no se encontraron efectos principales en las variables número de gestaciones y tipo de embarazo, sin embargo se obtuvo una interacción entre ellas ya que se obtuvo una F de 3.36 con una significancia de .02 por

lo tanto "Si existen diferencias estadísticamente significativas en la problemática emocional debido al número de gestaciones y al tipo de embarazo". Observándose mayor problemática emocional en mujeres con embarazo de alto riesgo ($X=8.98$) que con embarazo normal ($X=7.45$), en la medida en que se incrementa el número de gestaciones ($X=14$). (ver tabla 35).

En relación a la puntuación total del C.G.S. se obtuvo un efecto principal para la variable "nivel socioeconómico" observándose una F de 2.47 con una significancia de .03 . Por lo tanto, "Si existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del C.G.S. y el nivel socioeconómico"; mostrando una mayor problemática emocional en mujeres con un nivel socioeconómico medio ($X=9.09$), no encontrando interacción con el tipo de embarazo.(ver tabla 35)

En lo que respecta a los puntajes obtenidos por el Cuestionario General de Salud se encontraron efectos principales para las variables "óbitos y tipo de embarazo". Para la variable óbitos se tiene una F de 3.60 con un nivel de significancia de .06 , aún cuando el nivel de significancia obtenido es mayor a .05 se considera significativa ya que es marginal, por lo tanto "Si existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales del C.G.S. y el número de óbitos". Por otra parte, la variable "tipo de embarazo" tuvo una F de 3.47 con una significancia de .06 que como la anterior variable se considera marginal, por lo tanto "Si existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales del C.G.S. y el tipo de embarazo". Observando que existe una mayor problemática emocional en mujeres con embarazo de alto riesgo ($X=8.98$) que con embarazo normal ($X=7.45$). (ver tabla 35).

Por otro lado, se obtuvo un efecto principal de la variable "muerte neonatal" con respecto a las puntuaciones del C.G.S.; con un valor F de 10.76 y un nivel de significancia de .002 indicando diferencias estadísticamente significativas en la problemática emocional y muerte neonatal. ($X=14.0$) no habiéndose encontrado interacción con el tipo de embarazo. (ver tabla 35).

Tabla 35. Diferencias significativas obtenidas en el C.G.S. a través del ANOVA.

VARIABLES	F	S
Escolaridad	1.45	.17
Nivel socioeconómico	2.47	.03*
Tipo de embarazo por Gestaciones	3.36	.02*
Abortos	1.29	.27
Obitos	3.60	.06***
Cesáreas	1.44	.24
Muerte neonatal	10.76	.002**
No. de hijos vivos	1.65	.18
Partos	0.83	.47
Tipo de embarazo	3.47	.06***

* sig. ≤ .05
 ** sig ≤ .01
 *** Marginal

Se obtuvo el programa estadístico ANOVA (Análisis de varianza) el cual permitió aceptar o rechazar las hipótesis estadísticas planteadas en base a los grupos de comparación (embarazo de alto riesgo y normal) y las variables dependientes, en éste caso, los puntajes obtenidos en los 8 factores que componen el Cuestionario General de Salud.

Para el factor de Inadecuación Social (FACTOR III) se encontró una interacción con la variable tipo de embarazo ya que se obtuvo una F de 5.14 con una significancia de .02 por lo tanto "Si existen diferencias estadísticamente significativas en la Inadecuación Social (FACTOR III) y el tipo de embarazo". Observando que existe mayor Inadecuación Social en el embarazo de alto riesgo (X=.42) que en el embarazo normal (X=.23). (ver tabla 36).

Por otro lado, se encontró una interacción de la variable tipo de embarazo y el FACTOR VIII denominado Depresión, ya que se obtuvo una F de 4.23 con una significancia de .04 por lo tanto, "Si existen diferencias estadísticamente significativas en la Depresión (FACTOR VIII) y el tipo de embarazo".

Observándose que las mujeres con embarazo de alto riesgo se encuentran más deprimidas ($X=.42$) que las mujeres con embarazo normal ($X=.25$). (ver tabla 36).

No se encontraron diferencias significativas en los FACTORES: Enfermedad General (FACTOR I), Trastornos de Sueño (FACTOR II), Ansiedad (FACTOR IV), Depresión Leve (FACTOR V), Ideación Suicida (FACTOR VI), Síntomas Somáticos (FACTOR VII), en relación al tipo de embarazo alto riesgo y normal. (ver tabla 36).

Tabla 36. Diferencias significativas obtenidas por factores en el Cuestionario General de Salud (C.G.S.) a través del ANOVA entre mujeres con embarazo de alto riesgo y embarazo normal.

FACTOR	F	S
I Enfermedad general	1.11	.29
II Trastornos de sueños	.01	.88
III Inadecuación social		
X embarazo	5.14	.02*
IV Ansiedad	.85	.35
V Depresión leve	.35	.55
VI Ideación suicida	.67	.41
VII Síntomas somáticos	.14	.70
VIII Depresión X embarazo	4.23	.04*

* sig. $\leq .05$

ESCALA MARITAL

Satisfacción con la interacción conyugal (FACTOR I).

Para la satisfacción con la interacción conyugal FACTOR I se obtuvo un efecto principal para la variable "partos" observando una F de 2.89 con una significancia de .04 por lo tanto, "Si existen diferencias estadísticamente significativas en la Satisfacción con la Interacción Conyugal y el número de partos". Después del tercer parto se incrementa la insatisfacción ($X=2.40$) con la interacción conyugal, no encontrando interacción con el tipo de embarazo. (ver tabla 37).

En cuanto a las variables "muerte neonatal y tipo de embarazo" no se encontraron efectos principales en relación al FACTOR I, sin embargo se encontró una interacción entre ellas ya que se obtuvo una F de 3.74 con una significancia de .05 por lo tanto, "Si existen diferencias estadísticamente significativas en la Satisfacción con la interacción conyugal dependiendo del número de muertes neonatales y el tipo de embarazo". Observando que existe mayor insatisfacción con la interacción conyugal en el embarazo de alto riesgo (X=1.90) que con el embarazo normal (X=1.33) a razón de la muerte neonatal. (ver tabla 37).

Por otro lado, se encontró una interacción de las variables "número de hijos vivos y tipo de embarazo" con el FACTOR I, observando una F de 3.19 con un nivel de significancia de .04 por lo tanto, a mayor número de hijos vivos se incrementa la insatisfacción con la interacción conyugal en el embarazo de alto riesgo (X=1.60 que con el embarazo normal (X=0.00). (ver tabla 37).

Tabla 37. Diferencias significativas obtenidas a través del ANOVA en la Escala Marital (FACTOR I).

VARIABLES	F	S
Satisfacción con la interacción conyugal (FACTOR I)		
Tipo de embarazo:		
X Muerte neonatal	3.74	.05*
X No.hijos vivos	3.19	.04*
Partos	2.89	.04*
Escolaridad	0.55	.84
Nivel socioeconómico	1.16	.33
Gestaciones	1.60	.16
Abortos	0.52	.71
Obitos	0.74	.39
Cesareas	0.04	.95

* sig. ≤ .05

No se encontró ninguna interacción ni efecto principal en la Satisfacción con la Interacción conyugal (FACTOR I) con las variables escolaridad, nivel socioeconómico, gestaciones, abortos, óbitos y cesáreas.

Satisfacción con los Aspectos Emocionales (FACTOR II).

En lo que se refiere a la Satisfacción con los Aspectos Emocionales no se encontraron efectos principales en las variables gestaciones y tipo de embarazo, sin embargo se encontró una interacción entre ellas ya que se obtuvo una F de 2.23 con un nivel de significancia de .09, por lo tanto aún cuando la significancia es mayor a .05 "No existen diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción con los aspectos emocionales y el tipo de embarazo alto riesgo o normal", se encuentra que existe un incremento en la insatisfacción con los aspectos emocionales en el embarazo de alto riesgo ($X=2.10$) al incrementarse el número de gestaciones, es decir, a mayor número de gestaciones mayor insatisfacción con los aspectos emocionales en el embarazo de alto riesgo. (ver tabla 38).

Se observa una interacción de las variables "abortos y tipo de embarazo" en relación a la satisfacción (FACTOR II) encontrando una F de 4.35 con un nivel de significancia de .01 por lo tanto "Si existen diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción con los aspectos emocionales en el embarazo de alto riesgo". A mayor número de abortos en el embarazo de alto riesgo ($X=2.10$) mayor insatisfacción con los aspectos emocionales. (ver tabla 38).

Por otra parte, se obtuvo un efecto principal para la variable "tipo de embarazo" observando una F de 3.65 con una significancia de .06; aún cuando el nivel de significancia obtenido es mayor a .05 se considera significativa ya que es marginal por lo tanto "Si existen diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción con los aspectos emocionales en el embarazo normal ($X=1.80$), cuando éstas han presentado un óbito se incrementa la problemática. (ver tabla 38).

Tabla 38. Diferencias significativas obtenidas a través de ANOVA en la Escala Marital (FACTOR II).

VARIABLES	F	S
Satisfacción con los aspectos emocionales (FAC. II)		
Tipo de embarazo:		
X Gestaciones	2.23	.09**
X Abortos	4.35	.01*
Tipo de embarazo	3.65	.06**
Escolaridad	0.92	.51
Nivel socioeconómico	1.08	.37
Partos	1.27	.29
Obitos	1.57	.21
Cesárea	0.36	.69
Muerte neonatal	0.45	.50
No. de hijos vivos	0.50	.67

* sig. \leq .01

** Marginales

No se encontraron diferencias significativas para la Satisfacción con los aspectos emocionales (FACTOR II) con las variables: Escolaridad, Nivel Socioeconómico, Partos, Obitos, Cesáreas, Muerte Neonatal y Número de hijos vivos.

Para la Satisfacción con los Aspectos Estructurales del Conyuge (FACTOR III) no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas. (ver tabla 39).

Tabla 39. Diferencias significativas obtenidas en la Escala Marital (FACTOR III) a través del ANOVA.

VARIABLES	F	S
Satisfacción con los aspectos Estructurales del conyuge (FACTOR III)		
Escolaridad	0.61	0.79
Nivel socioeconómico	1.51	0.26
Gestaciones	0.35	0.80
Partos	0.33	0.80
Abortos	0.63	0.63
Obitos	1.11	0.29
Cesareas	0.37	0.69
Muerte Neonatal	0.00	0.98
No. de hijos vivos	1.90	0.13

Finalmente se obtuvo la prueba T-test con la finalidad de aceptar o rechazar las hipótesis estadísticas planteadas en base a los grupos de comparación y las variables dependientes, en este caso; los puntajes obtenidos en los tres factores que componen el Cuestionario de Alternativa. Los resultados se reportan en primera instancia para el embarazo de alto riesgo y posteriormente para el embarazo normal.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO.

Para el factor denominado Embarazo (FACTOR I) se obtuvo un valor T de -0.78 con un nivel de significancia de $.44$, por lo tanto "No existen diferencias estadísticamente significativas en la decisión de embarazarse en las mujeres con embarazo de alto riesgo antes y después de saber que están embarazadas". (ver tabla 40).

En lo que respecta a Relaciones Familiares (FACTOR II) se obtuvo un valor T de 4.71 y un nivel de significancia de $.00$, por lo tanto "Si existen diferencias estadísticamente significativas en las Relaciones Familiares en las mujeres con embarazo de alto riesgo antes y después de saber que están embarazadas" Las Relaciones Familiares son más favorables después de saber que está embarazada ($X=.51$) y no antes de su embarazo ($X=.05$) por lo tanto el embarazo de alto riesgo va a favorecer las relaciones familiares. (ver tabla 40).

En el FACTOR III Comunicación y Cooperación, se obtuvo un valor T de 2.58 con un nivel de significancia de $.01$, por lo tanto "Si existen diferencias estadísticamente significativas en la Comunicación y Cooperación en las mujeres con embarazo de alto riesgo antes y después de saber que están embarazadas" La Comunicación y Cooperación es más favorable después de saber la mujer que está embarazada ($X=.33$) y no antes de su embarazo ($X=.01$), por lo tanto el embarazo de alto riesgo favorece la Comunicación y la Cooperación. (ver tabla 40).

Tabla 40. Diferencias significativas del Cuestionario de Alternativa en mujeres con embarazo de alto riesgo a través de la prueba T-test.

FACTOR	T	S
I Embarazo	-0.78	.442
II Relaciones Familiares	4.71	.000*
III Comunicación y Cooperación	2.58	.014*

* sig. \leq .01

EMBARAZO NORMAL.

Para el FACTOR I "Embarazo" se obtuvo un valor T de -1.78 con un nivel de significancia de .08 por lo tanto "No existen diferencias estadísticamente significativas en la decisión de embarazarse en las mujeres con embarazo normal" aún cuando antes de embarazarse existe una decisión mutua con su pareja ($X=.37$) a diferencia de después ($X=.22$) de saber que están embarazadas. (ver tabla 41).

En el FACTOR II "Relaciones Familiares" se obtuvo un valor T de 3.20 con una significancia de .003, por lo tanto "Si existen diferencias estadísticamente significativas en las Relaciones Familiares en las mujeres con embarazo normal antes y después de saber que están embarazadas". Las Relaciones Familiares se favorecen después de saber que la mujer está embarazada ($X=.65$) y no antes de su embarazo ($X=.31$). (ver tabla 41).

Finalmente en el factor denominado Comunicación y Cooperación (FACTOR III) se obtuvo un valor T de 1.76 con un nivel de significancia de .08, por lo tanto "No existen diferencias estadísticamente significativas en la Comunicación y Cooperación en las mujeres con embarazo normal antes y después de saber que están embarazadas". (ver tabla 41).

Tabla 41. Diferencias significativas del Cuestionario de Alternativa en mujeres con embarazo normal a través de la prueba T-test.

FACTOR	T	S
I Embarazo	-1.78	.083
II Relaciones Familiares	3.20	.003*
III Comunicación y Cooperación	1.76	.086

* sig. \leq .01

CAPITULO VI

DISCUSION

El propósito del presente estudio fue determinar si en un embarazo de Alto Riesgo los aspectos emocionales se incrementan y de que manera la satisfacción marital se ve modificada tomando en cuenta los factores de riesgo, por lo cual se trabajó sobre la base de medición de los aspectos emocionales y la satisfacción marital a través del Cuestionario General de Salud y la Escala de Satisfacción Marital, así como el Cuestionario de Alternativa; utilizando dos grupos de mujeres pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) uno con embarazo de Alto Riesgo y otro con embarazo Normal, mismo que funcionó como grupo control. De manera que para obtener los resultados correspondientes a cada uno de los grupos, se conocieron los niveles precisos de tales variables que caracterizan al grupo de embarazadas con alto riesgo y con embarazo normal, lo que permitió hacer inferencias más generales atribuibles al estado emocional y marital durante el embarazo de alto riesgo, mismo que representó el tema central de interés.

Los hallazgos del presente estudio coincidieron así en lo encontrado por Lucille C.A. (1988) quien menciona que el hecho de tener un embarazo de alto riesgo conlleva una atención médica muy específica que torna a la mujer en un ser pasivo, incapaz, dependiente y falta de confianza en sí misma mostrándose ansiosa y hostil; esto se confirma en los resultados obtenidos en donde la mujer con embarazo de alto riesgo presenta una mayor inadecuación social.

Por otro lado, en lo que se refiere particularmente al nivel de depresión, los resultados evidencian estadísticamente que en un estado de embarazo de alto riesgo se hace patente mayor depresión que la que se presenta en un estado de embarazo normal, lo cual apoya la opinión vertida por algunos clínicos, como son Deutsch, 1944; Langer, 1964; Hall y Mohr, 1933. (Citados en Valderrama B.G., 1988).

En lo que respecta a enfermedad general, trastornos de

sueño, ansiedad, depresión leve, ideación suicida y síntomas somáticos no se encontraron diferencias significativas para ambos grupos de embarazadas aun cuando las medias en el embarazo de alto riesgo tienden a incrementarse; lo cual se puede tomar como base que para toda mujer embarazada sin importar que éste sea normal o de alto riesgo tienden a presentar una serie de cambios fisiológicos, de molestos síntomas que se presentan generalmente en el primer trimestre de embarazo (Bushell, 1961), requiriendo adaptación por parte de la mujer, empero, tales elementos no llegan a un nivel patológico.

Por otra parte, la comunicación ha sido considerada una parte inherente del matrimonio ya que una comunicación abierta y afectiva es básica para que la relación conyugal tenga éxito (Hicks y Platt, 1970); tal supuesto encuentra apoyo en los hallazgos significativos en el presente estudio respecto a que el embarazo de alto riesgo favorece la comunicación y cooperación ya que debido a la problemática física de éstas mujeres la pareja presenta una actitud más positiva ante la relación conyugal.

Ahora bien, cabe señalar que las relaciones familiares se incrementan y favorecen una vez que la mujer sabe que esta embarazada independientemente de que exista o no algún elemento de riesgo, este hallazgo encuentra su apoyo en lo mencionado por Deutsch (1960) con respecto a que la mujer embarazada esta protegida por la ley y la sociedad y será considerada como un objeto sagrado mientras ella misma se sienta orgullosa y feliz en ese estado.

En lo que se refiere a la Escala de Satisfacción Marital, los resultados muestran que para el Factor I las mujeres con embarazo de alto riesgo tienen mayor insatisfacción con la interacción conyugal en la medida en que se incrementa el número de hijos vivos; tal supuesto apoya los hallazgos encontrados por Pick de Weiss y Andrade P. (1987) quienes mencionan que la satisfacción es menor en parejas con tres o más hijos. Así también el número de partos contribuye a ésta insatisfacción ya que después del tercer parto se incrementa.

Ahora bien, con respecto al Factor II se incrementa la insatisfacción en las mujeres con embarazo de alto riesgo y normal cuando éstas han presentado óbitos; el segundo grupo de mujeres aunque "medicamente" fueron diagnosticadas como mujeres con embarazo "normal" el hecho de haber perdido un bebé hace que la mujer sienta amenazada la relación con su cónyuge, sin que presente problemas en los aspectos emocionales de la mujer.

Por otra parte, para las mujeres con embarazo de alto riesgo existe una mayor insatisfacción en los aspectos emocionales al incrementarse el número de gestaciones y el número de abortos ya que como menciona Bibring (1972) el embarazo representa una crisis maduracional la cual revive conflictos psicológicos de fases de desarrollo previas, al no terminar satisfactoriamente el periodo de gestación se ve frustrada en su situación de mujer y por tanto no logra un nivel de maduración ya que la maternidad plantea ideales morales, religiosos y hasta artísticos lo cual impide que ésta mujer asuma una actitud más positiva ante una nueva gestación, encontrandonos con una relación lineal entre número de gestaciones y abortos con respecto a la insatisfacción conyugal.

La consideración antes mencionada confirma otra parte de los hallazgos respecto a la problemática emocional, ya que las mujeres con embarazo de alto riesgo presentan mayor problemática emocional al incrementarse el número de gestaciones y óbitos, no siendo así en las mujeres con embarazo normal detectadas "medicamente" mismas que no presentan problemas emocionales en el caso de haber tenido un óbito sin embargo éste hecho afecta la relación de pareja.

En relación a la muerte neonatal se encontró que en mujeres con embarazo de alto riesgo el hecho de haber presentado muerte neonatal se ven afectadas tanto emocionalmente como en la relación conyugal debido posiblemente al hecho de sentirse incapaces de lograr otro embarazo satisfactorio a diferencia de las mujeres con embarazo "normal" las cuales unicamente se ven afectadas

emocionalmente y no en su relación conyugal debido posiblemente a que estas se encuentran en mejores condiciones físicas para su nueva gestación.

Finalmente, respecto al nivel socioeconómico este representa una preocupación de la madre por garantizarle a su hijo un bienestar óptimo en función de lo físico como de lo material, en donde las mujeres con embarazo de alto riesgo y normal se ven afectadas, y son precisamente aquellas que corresponden a las clasificaciones C y D considerado un nivel MEDIO-BAJO.

Cabe señalar que se está efectuando una movilización de aspectos dinámicos, lo cual compete al equipo de salud y en particular al psicólogo tener presente los factores emocionales y en general los de personalidad, ya que el embarazo no se puede limitar a una consideración en términos fisiológicos, en donde exclusivamente el punto de vista que se sostenga sea el de éstas funciones, debido a que si bien se ven intensificados los cambios hormonales también cabe considerar que implica factores de otra índole, extendiéndose al plano de las emociones que las mujeres experimentan ante tales cambios físicos, removiendo toda una gama de situaciones pasadas experimentadas por la mujer en su infancia y que está en relación directa con su identidad femenina; Deutsch, 1944; Bibring, 1959; (citados en Valderrama, B.G. 1988).

Tomando en cuenta que los resultados del presente estudio muestran que las mujeres con embarazo de alto riesgo presentan problemática emocional e insatisfacción marital con su pareja se hace necesario que sea un equipo interdisciplinario compuesto por psicólogos, médicos, trabajadoras sociales, etc., le brinde atención y ayuda especializada principalmente a este grupo de mujeres sin dejar de lado a aquellas mujeres detectadas "medicamente" con embarazo normal ya que como se menciona en el capítulo de resultados éstas también presentan problemas durante su embarazo.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

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

La muestra de embarazo de Alto Riesgo estuvo constituida por 40 mujeres con un promedio de edad de 27 años y las 40 mujeres con embarazo Normal tienen en promedio 20 años; ambos grupos pertenecientes a un nivel socioeconómico medio-bajo y con 9 años de escolaridad en promedio.

Fueron detectadas como posibles casos patológicos 24 mujeres con embarazo normal y 27 mujeres con embarazo de alto riesgo a través del Cuestionario General de Salud.

Se pudo observar que existe mayor problemática emocional en mujeres de nivel socioeconómico medio-bajo en ambos grupos de embarazadas.

Tomando en cuenta las variables que indican riesgo perinatal (gestaciones, óbitos, muerte neonatal, número de hijos vivos, partos y abortos) se observó que existe mayor problemática emocional en mujeres con embarazo de alto riesgo en la medida en que se incrementa el número de gestaciones y el número de óbitos a diferencia del embarazo normal.

Por otro lado, existe mayor problemática emocional en la medida en que se incrementa la muerte neonatal en ambos grupos de embarazadas.

Los resultados del Cuestionario General de Salud muestran diferencias en el FACTOR III (Inadecuación social) y en el FACTOR VIII (Depresión) en relación al tipo de embarazo. Existe mayor inadecuación social y depresión en las mujeres con embarazo de alto riesgo a diferencia del grupo de mujeres con embarazo normal; no se encontraron diferencias en los factores restantes en relación al tipo de embarazo, sin embargo existe una tendencia de incremento en las medias del embarazo de alto riesgo.

En lo que respecta a la Escala de Satisfacción Marital para el FACTOR I, después del tercer parto y en la medida en que se incrementa el número de hijos vivos y la muerte

neonatal se incrementa la insatisfacción con la interacción conyugal en el embarazo de alto riesgo.

Por otro lado, para el FACTOR II, se observa que a mayor número de abortos mayor insatisfacción con los aspectos emocionales en el embarazo de alto riesgo; en tanto que para el embarazo normal, cuando éstas han presentado un óbito también se incrementa la insatisfacción. Cabe señalar que aún cuando no se encontraron diferencias significativas en relación al número de gestaciones existe una mayor insatisfacción en los aspectos emocionales al incrementarse el número de gestaciones en el embarazo de alto riesgo.

En cuanto al Cuestionario de Alternativa se concluye que las Relaciones familiares son más favorables después de que la mujer sabe que está embarazada y no antes aún cuando se presente o no algún elemento de riesgo; la Comunicación y cooperación de la pareja se incrementa únicamente en el embarazo de alto riesgo a diferencia del embarazo normal.

Finalmente, en lo que se refiere a la Planeación y decisión de un embarazo, no existen diferencias en el embarazo de alto riesgo y normal antes y después de haberse tomado la decisión.

8.1 SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.

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

La captura de la muestra de embarazo normal representó una de las principales limitaciones dada la baja incidencia de mujeres con embarazo normal que son aceptadas en el INPer por ser ésta una Institución que acoge principalmente a mujeres con problemas durante la gestación, por lo tanto y dado que por reglamento del propio Instituto no fue posible la búsqueda de éstas mujeres en otros Hospitales o Instituciones de salud fue necesario acudir al Archivo General del INPer y

revisar los expedientes medicos, encontrandonos que muchas mujeres catalogadas inicialmente con embarazo problematico eran "diagnosticadas" como "normales", no obstante que presentaran o hubieran presentado interurrencias en sus anteriores gestaciones; por lo que seria conveniente en próximas investigaciones que requieran en su muestra mujeres con embarazo normal recurrir a la Institución en donde se atiende a mujeres con embarazo sin complicaciones de ninguna naturaleza.

Ahora bien, una de las serias limitantes lo represento sin duda alguna la fundamentación teórica, ya que la mayor parte de los supuestos teóricos referentes a los aspectos emocionales y maritales durante el embarazo fueron planteados por teóricos en los años 48's y 60's, existiendo escasa o nula información sobre estudios al respecto en nuestro país y particularmente enfocados al embarazo sin complicaciones, de manera que los pocos estudios realizados al respecto proceden de Norteamérica o Inglaterra.

Los resultados del presente estudio no se extienden para otras poblaciones debido a que la población fue limitada en cuanto a cantidad por lo tanto los resultados son atribuibles unicamente a la población del INPer.

Por otra parte, se sugieren estudios longitudinales desde el inicio hasta el final del embarazo con el fin de evaluar los cambios que ocurren durante el periodo de gestación en la pareja y no unicamente evaluar la visión que la mujer tiene de la situación por la que está atravesando en ese momento.

Otra posible medida referida a un estudio con una muestra de mujeres embarazadas podría ser el de contemplar otro tiempo de gestación, es decir, si el presente estudio se realizó hasta las 20 semanas de gestación, estudios posteriores pueden estar dirigidos en diferentes periodos de gestación. A partir de lo cual se podría desprender si el periodo de embarazo marca diferencias significativas en el estado emocional y marital. La aplicación de técnicas de diagnóstico y tratamiento (ultrasonografía, demostración radiológica del esqueleto fetal, electrocardiograma fetal, etc.) que en

ocaciones son desconocidas o novedosas para las pacientes (por su nivel cultural) eventualmente generan angustia ante la expectativa de que su salud o la de su bebé sea más grave de lo que pensaba. Asimismo, el impacto económico que suponen tales estudios repercuten en la pareja que si no está bien constituida tienden a recurrir al aborto en lugar de continuar con un embarazo que además de riesgoso sería costoso. Por lo tanto, la labor terapéutica de apoyo por parte del psicólogo debe ser desarrollada desde el ingreso de la paciente al Instituto hasta una fase casi inmediata previa al parto y aun continuarse en caso necesario.

Uno de los estudios que también podría contemplarse es aquél dirigido a encontrar diferencias entre mujeres embarazadas por primera vez (primigrávidas) y aquellas que han tenido múltiples embarazos (multigrávidas) con respecto a las alteraciones emocionales y maritales. Asimismo, mujeres con embarazo normal (actual) pero con óbitos anteriores en relación a mujeres con embarazo de alto riesgo pero con las mismas características que el normal además de controlar variables tales como: número de hijos vivos y periodo de gestación.

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

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, se pone de manifiesto la importancia del estudio de los procesos que convergen durante el periodo de gestación en las mujeres en donde la participación del psicólogo se hace indispensable ya que en el ámbito perinatal la psicología es un área que poco a poco se ha ido situando como disciplina necesaria.

B I B L I O G R A F I A

- Aguila Medina M. G. (1972). "Fantasias inconscientes durante el embarazo" TESIS, Facultad de Psicología U.N.A.M.
- Arcelus Mercedes, Fernández Mc Gregor A. Tolbert K. (1988). "La psicología en el ámbito perinatal". Instituto Nacional de Perinatología (INPer) p.p. 134-189 106-133.
- Bibring, G. (1959). Some considerations of the Psychological Process of pregnancy in the Psychoanalytic Study of the child. "International Universities Press". N.Y., V. XIV 16, 113-121.
- Bibring, G. L. Dwyer, T.F., Huntigton, D.S. y Valenstein, A.F. (1961). A study of the Psychological processes in pregnancy and of the earliest mother child relationship. "The Psychoanalytic. Study of the child". 16: 9-7.
- Chalmers, B (1983). Psychosocial factors and obstetrics complications. "Psychological Medicine". Great Britain, 13: 333-339.
- Davis, A. y DeVault, S. (1960). Use of TAT and Human figure drawings in research on personality, pregnancy and perception, "Journal of Projective Techniques" 24: 362-365.
- Deutsch, H. (1947). "Psicología de la mujer". Editorial Lozada, Buenos Aires. V.I 158-167, V.II 25-59, 125-190 210, 212.
- Ezbán M., Medina-Mora M.E., Peláez O., Padilla P. (1984). "Sensibilidad del Cuestionario General de Salud de Goldberg para detectar la evolución de pacientes en tratamiento psiquiátrico". Salud Mental 7(7): 68.
- Ezbán M., Medina-Mora M.E., Peláez O., Padilla P. Gutierrez C.E. (1985). "Aplicación de un cuestionario de detección de casos psiquiátricos en dos poblaciones de la práctica médica

- general". *Salud Mental* 27(5): 384-389.
- Freud, S. (1900). "Teorías sexuales infantiles". Obras completas de S.F. Editorial Biblioteca Nueva V.2. 1262-1271.
- Freud, S. (1933). "Sobre la sexualidad femenina". Obras completas de S.F. Editorial Biblioteca Nueva. V.3, 3164-3177.
- Gorsuch, R.L. y Key, M.K. (1979) Abnormalities, of Pregnancy as a function of anxiety and life stress. "Psychosomatic Medicine." 36(4), 353-362.
- Grim, E.R.(1967). "Psychological and Social,factors in Pregnancy delivery and outcome".In childbearing: its social and Psycholocal Aspects. Edit. S.A. Richardson and A.F.,Guttmacher, Williams and Wilkins Baltimore. 1-52.
- Hamilton, E. (1955). "Emotional aspects of pregnancy an intensive study of fourteen normal primipare: TESIS DOCTORAL.
- J. Chasseguet-Smirgel (1984). "La sexualidad femenina". Editorial Laia/Barcelona.
- Kaij, L. y Nilsson, A. (1972). "Emotional and Psychotic illness following childbirth". In *Modern Perspectives in Psycho-Obstetrics*. Edited by Howells J.G, Oliver & Boyd, London..
- Kaplan, B.J. (1983) Causes and Atributions of Depression during Pregnancy. "Women & Health". Vol. 8 (4): 23-33.
- Klein, Potter y Dick (1950). "Anxiety in Pregnancy and childbirth". New York, 186-206.
- Kuman, R. y Key, M.R. (1984) A prospective study of Emotional Disorders in childbearing women."British Journal Psychiatry". 144: 33-47.
- Langer, Marie (1964). "Maternidad y sexo". Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Martinez-Lanz P., Medina-Mora M.E., Campiño Serrano C. (1984). "Evaluación del costo de la utilizaación de

- servicios en la práctica médica general".
Salud Mental 7(7): 63.
- McDonald. R.L. y Parham, K.J. (1964). Relation of Emotional changes during Pregnancy Obstetrics Complications in Unmarried Primigravidas. "American Journal of Obstetrics and Gynecology". 90:197-201.
- McDonald, R.L. (1968) The Role of Emotional factor in Obstetric Complications "Areview". Psychosomatic Medicine. 30:222-237.
- Mead, M. (1973). "Adolescencia y Cultura en Samoa". Buenos Aires, Editorial Abril.
- Mead, M. (1961). "Sexo y temperamento". Editorial Abril, Buenos Aires.
- Morales Carmona y cols.(1988) "Perfil de personalidad en un grupo de mujeres embarazadas". Revista de Perinatología (INPer) Vol. 2, 4; p.p.165-172,
- Nieto, R.G.(1987). "Una guía para estimular los primeros años de desarrollo del niño" Editorial Aguirre y Beltrán, México.
- Nina Estrella, R. (1985). "Autodivulgación y Satisfacción Marital en matrimonios en México y Puerto Rico". TESIS de maestria, Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Nuckolls, et al. (1972). Psychosocial Assets, Life, Crisis, and the Prognosis of pregnancy "American Juornal of Epidemiology". 95: 431-444.
- Odeberg Fridman, L. (1969). "Motivaciones psicológicas en el embarazo". TESIS de licenciatura Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Padilla-P. Mas Carmen, Ezbán M, Medina-Mora M.E. (1984). "Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general en un centro de salud". Salud Mental 7 (7):72
- Peterson. V. (1983). The relation of life stress and social support of emotional disequilibrium during pregnancy. "Research in Nursing and Health". 6:

- Peterson, V. T. y Norbeck, J. S. (1983). Life stress, Social support and emotional disequilibrium in complications of pregnancy: A prospective, Multivariate study. "Journal of Health and Social Behavior". Vol. 24 (3): 30-46.
- Pick de Weiss S, Andrade P. (1987) "Desarrollo y validación de la Escala de Satisfacción Marital". Instituto Nacional de Perinatología-U.N.A.M.
- Pick de Weiss S, Andrade P. (1987) "Escala de comunicación personal marital. Desarrollo y validación". Revista de Psicología Social y Personalidad. Vol. 3 No. 2 p.p. 39-49.
- Pick de Weiss S, Andrade P. (1988) "Relación entre el número de hijos, la satisfacción marital y la comunicación con el cónyuge". Salud Mental, Vol. 11 (3).
- Rodríguez, Romero (1977). "Nueva Guía para el diagnóstico y tratamiento del paciente pediátrico" Impresiones modernas. México.
- Romero Mendoza. M. (1987) "Validez de una versión del Cuestionario General de Salud, para detectar psicopatología en estudiantes universitarios" Salud Mental. Vol. 10 (3): 90-94.
- Sacks, B. F. (1985) "Depressed Mood during Pregnancy and the Puerperium:" Clinical Recognition and Implications for clinical Practice. American Journal Psychiatry. 146 (6): 720-730.
- Sherman, Julia A. (1978). "Psicología de la mujer". Ed. Marova, Madrid.
- Solfer, Raquel (1968). "Psicología del embarazo y el parto". Ed. Kargieman.
- Valderrama Bianco G. (1988). "Perfil psicológico de pacientes del INPer con embarazo normal" TESIS de Licenciatura, Facultad de Psicología. U.N.A.M.

A P E N D I C E

APENDICE I

Cuestionario General de Salud (Goldberg, 1984)

NOMBRE _____ NUMERO DE EXPEDIENTE _____
FORMA _____ FECHA _____

CUESTIONARIO GENERAL

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

Es importante que los conteste en forma individual.

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

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

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

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

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



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

SUMA DE LAS COLUMNAS 3 Y 4 _____

ENCUESTADOR: _____

APENDICE II

Cuestionario General de Salud de Goldberg, validado y confiabilizado para la población del INPer.

NOMBRE: _____ NUMERO DE EXPEDIENTE _____
 FORMA _____ FECHA _____

CUESTIONARIO GENERAL

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

Es importante que los conteste en forma individual.

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

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

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

9. ¿Ha tenido dificultad para dormirse o conciliar el sueño?	No.	No más que antes.	Más que antes.	Mucho más que antes.	
10. ¿Han tenido dificultad para dormir de un jalón toda la noche?	No.	No más que antes.	Más que antes.	Mucho más que antes.	
11. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?	No.	No más que antes.	Más que antes.	Mucho más que antes.	
12. ¿Ha sentido que por lo general, hace las cosas bien?	Mejor que antes.	Igual que antes.	Peor que antes.	Mucho peor que antes.	
13. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	Más que antes.	Igual que antes.	Menos que antes.	Mucho menos que antes.	
14. ¿Ha sentido que está jugando con un papel útil en la vida?	Más que antes.	Igual que antes.	Menos útil que antes.	Mucho menos útil que antes.	
15. ¿Disfruta sus actividades diarias?	Más que antes.	Igual que antes.	Menos que antes.	Mucho menos que antes.	
16. ¿Se ha sentido irritado y de mal humor?	No, para nada.	No más que antes.	Más que antes.	Mucho más que antes.	
17. ¿Se ha sentido asustado y con mucho miedo sin que haya una buena razón?	No.	No más que antes.	Más que antes.	Mucho más que antes.	
18. ¿Se ha sentido triste y deprimido?	No, para nada.	No más que antes.	Más que antes.	Mucho más que antes.	
19. ¿Ha pensado que usted no vale nada?	No, para nada.	No más que antes.	Más que antes.	Mucho más que antes.	
20. ¿Se ha sentido nervioso y "a punto de estallar" constantemente?	No.	No más que antes.	Más que antes.	Mucho más que antes.	
21. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?	No, para nada.	No creo.	Alguna vez.	Sí	
22. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada a causa de sus nervios?	No.	No más que antes.	Más que antes.	Mucho más que antes.	

23. ¿Ha deseado estar --- muerto y lejos de to- do ?	No.	No más que antes.	Más que an- tes.	Mucho más que antes	
--	-----	----------------------	---------------------	------------------------	--

SUMA DE LAS COLUMNAS 3 Y 4 _____

ENCUESTADOR: _____

APENDICE III

Escala de Satisfacción Marital
Pick de Weiss y Andrade P. (1985)

Cada uno de nosotros espera diferentes cosas de su matrimonio, y en base a lo que espera le gusta o no lo que está pasando.

A continuación se presenta una lista con tres opciones de respuesta, por favor conteste cada una de las preguntas en base a la siguiente lista de opciones:

Me gustaría muy diferente (3)

Me gustaría algo diferente (2)

Me gustaría como está pasando (1)

1. El tiempo que mi cónyuge dedica a nuestro matrimonio	1	2	3
2. La frecuencia con la que mi cónyuge me dice algo bonito	1	2	3
3. El grado el cual mi cónyuge me atiende	1	2	3
4. La frecuencia con que mi cónyuge me abraza	1	2	3
5. La atención que mi cónyuge pone en mi apariencia	1	2	3
6. La comunicación con mi cónyuge	1	2	3
7. La conducta de mi cónyuge enfrente de otras personas	1	2	3
8. La forma como me pide que tengamos relaciones sexuales	1	2	3
9. El tiempo que dedica a mí	1	2	3
10. El interés que mi cónyuge pone en lo que yo hago	1	2	3
11. La forma como se porta cuando está triste	1	2	3
12. La forma como se comporta cuando está enojado	1	2	3
13. La forma como se comporta cuando está preocupado	1	2	3
14. La forma como se comporta cuando está de mal humor	1	2	3
15. La reacción de mi cónyuge cuando no quiero tener relaciones sexuales	1	2	3
16. El tiempo que dedica a sí mismo	1	2	3
17. La forma como se organiza mi cónyuge	1	2	3
18. Las prioridades que tiene en la vida mi cónyuge	1	2	3
19. La forma como pasa su tiempo libre	1	2	3
20. La puntualidad de mi cónyuge	1	2	3
21. El cuidado que mi cónyuge le tiene a su salud	1	2	3
22. El tiempo que pasamos juntos	1	2	3
23. La forma como mi cónyuge trata de solucionar los problemas	1	2	3
24. Las reglas que mi cónyuge hace para que se sigan en casa	1	2	3

APENDICE IV

Cuestionario de Alternativa

NOMBRE: _____ NUMERO DE EXPEDIENTE _____
FECHA _____

	EMBARAZO	
	ANTES	DESPUES
1. Las relaciones con su familia eran mejor	+ -	+ -
2. Las relaciones con la familia de su paraja eran mejor...	+ -	+ -
3. Los momentos de plática con su pareja eran más frecuentes	+ -	+ -
4. Los disgustos con su pareja eran más frecuentes....	+ -	+ -
5. El pasear y divertirse juntos era más frecuente....	+ -	+ -
6. La colaboración en sus respectivas actividades era mayor...	+ -	+ -
7. Las manifestaciones de afecto entre ustedes eran más frecuentes ...	+ -	+ -
8. Por quién fue planeado su embarazo? Ambos. El. Ella.	+ -	+ -
9. ¿Su embarazo fue deseado? Ambos. El. Ella.	+ -	+ -

TOTAL =

OBSERVACIONES:
