

01981



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO <sup>1</sup> 2y'

FACULTAD DE PSICOLOGIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ALTERACIONES EMOCIONALES ASOCIADAS CON  
COMPLICACIONES GINECOOBSTETRICAS.  
PROPUESTA DE UN MODELO DE EVALUACION  
Y DE UN PROGRAMA PREVENTIVO

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
DOCTORA EN PSICOLOGIA  
(PSICOLOGIA CLINICA)

P R E S E N T A :

**MTRA. MARIA DE LAS MERCEDES HERMELINDA LUQUE COQUI**

DIRECTORA: DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO

COMITE DE TESIS: DRA. MARIA ELENA MEDINA MORA

DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ

DRA. SUSAN PICK STEINER

DR. HECTOR AYALA VELAZQUEZ

DRA. ISABEL REYES LAGUNES

DRA. LUISA ROSSI HERNANDEZ

MEXICO, D. F.

273066

TESIS CON  
FALLA DE 'CR...'

1999

10



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

Son varias las personas a las que tengo que agradecer su acompañamiento, sus palabras de ánimo, sus confrontaciones y sus muestras de cariño, y como tendría que escribir algunas hojas, mejor los nombro a todos y que cada quién se encuentre, para que se puedan leer y compartir, una vez más, este logro conmigo. Así pues, muchas gracias a: Benjamín, Violeta, Edgar D, Susana, Miriam, Sandra, Pili, Rocío G, Norma, Paty, Adriana, Gaby, Rosa Ma., Alejandra, Ana Ma., Memo, Claudia, Carlos, Maru, Sergio, Mina, Gerardo, Tere, Rocío L, Edgar H.

Mil gracias nuevamente a mis padres por su constante y amorosa presencia  
A tita por su incondicional cariño.

Muchas gracias a la Srita. Magdalena Flores, Secretaria de Estudios de Posgrado de la Facultad de Psicología, por su cálida ayuda y orientación en todo lo referente a lo administrativo. Quedo en deuda contigo.

A los miembros del H. Jurado:

DIRECTORA: DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO  
Comité de Tesis: DRA. MARIA ELENA MEDINA MORA  
DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ  
DRA. SUSAN PICK STEINER  
DR. HECTOR AYALA VELAZQUEZ  
DRA. ISABEL REYES LAGUNES  
DRA. LUISA ROSSI HERNANDEZ

Especialmente a la Dra. Ma. Elena Medina Mora: Muchas gracias por ser tan generosa en tus conocimientos y amistad.

Finalmente, deseo expresar un agradecimiento especial a El Colegio de México por haberme otorgado una beca para la realización de este trabajo.

## DEDICATORIA

...Soñamos juntos  
juntos despertamos  
...juntos vivimos  
sucumbimos juntos  
...ya nuestra intimidad  
es tan inmensa  
que la muerte la esconde  
en su vacío

(Mario Benedetti)

Francisco: esto es indudablemente cierto para ti quién has sido, por tanto tiempo, compañero, amigo, confidente, cómplice y colaborador de mis más caros y anhelados proyectos, tanto profesionales como personales, resaltando en esto último sin duda, el más trascendente de todos: nuestras dos hijas.

Tanto tú como Gabriela y Daniela (por separado y juntos), han posibilitado mi enriquecimiento como profesionista y mi plenitud como persona, y nunca se podrá decir una verdad tan grande como la que sin ustedes, jamás habría podido concluir este proyecto. Por lo tanto quiero dedicarles, con todo mi amor, este trabajo del cual son coautores.

Gracias por la enorme paciencia que han tenido para acompañarme a través de este taaaan largo y buscado proyecto de mi vida.

Gracias por ser, además de mi familia, mi equipo

LOS QUIERO MUCHO

# INDICE

Introducción	2
Capítulo I	
Antecedentes	6
• Malestar psicológico y su asociación con trastornos gineco-obstétricos	18
• Modelos de evaluación de una situación de estrés. Formas de afrontamiento	23
• Modelos teóricos evaluativos	26
Capítulo II	
Metodología	31
• Objetivos	31
• Diseño	32
• Muestra	32
• Procedimiento	33
• Criterios de inclusión	33
• Variables	34
• Instrumentos	34
♦ Cuestionario General de Salud de Goldberg	34
♦ Cuestionario de eventos cotidianos estresantes en el embarazo (diseño y construcción)	36
♦ Cuestionario de evaluación de redes de apoyo	40
♦ Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado	40
♦ Inventario de autoestima de Coopersmith	41

♦ Escala de automedición de la depresión de Zung	42
♦ Escala de respuestas para enfrentar sucesos importantes de Moss	43
• Descripción del programa de intervención	44
• Prueba piloto	46
Capítulo III	
Resultados	48
• Fase descriptiva	48
• Fase de intervención: evaluación del modelo	77
Capítulo IV	
Discusión	120
Conclusiones y Recomendaciones	132
Propuestas	136
Bibliografía	137
Resumen en español	145
Resumen en inglés	146
Anexos	
1. Cuestionario General de salud	148
2. Cuestionario de eventos importantes del embarazo	149
3. Cuestionario de red de apoyos	155
4. Inventario de ansiedad Rasgo-Estado	156
5. Escala de automedición de la depresión	157
6. Inventario de autoestima de Coopersmith	158
7. Escala de respuestas para enfrentar sucesos importantes	159

FALTA PAGINA

No.

1

## INTRODUCCION

"...y parirás con dolor", dice el libro del Génesis al referirse al castigo que Dios había impuesto a nuestra madre Eva, al ser expulsados del paraíso.

Más que un castigo, el embarazo y todo lo que está alrededor del proceso reproductivo es una realidad vital que le permite a algunos seres humanos encontrar fuentes de satisfacción. No obstante no todas las mujeres han podido vivir este evento como algo que les proporcione placer, por el contrario, lo experimentan como algo lleno de incertidumbre y temor, lo cual les impide disfrutar de su gestación.

Los conflictos y problemas alrededor del embarazo han sido un campo ampliamente estudiado por varias ramas del quehacer científico: ginecología, endocrinología y psicología entre otras. Esta última, concretamente ha ido incrementando su investigación con respecto a la incidencia de alteraciones emocionales en un proceso que anteriormente era visto como algo "tan natural", que era absurdo buscar apoyo psicoterapéutico como consecuencia de la "dulce espera". Aunado a esto, de forma paralela también han ido en aumento los investigadores que están interesados en saber cuál es la incidencia de estas alteraciones emocionales en la práctica médica general (Medina-Mora 1982).

Ambas problemáticas están estrechamente vinculadas entre sí en tanto



complican y afectan no solo a la persona que sufre de dichas alteraciones, sino que se amplía a su alrededor, llegando a involucrar a la institución, en la medida que se comienza a hacer uso inadecuado e indiscriminado de los servicios médicos, ya que el estado emocional condiciona el bienestar general del paciente, y si el primero está alterado, los aspectos físicos se ven comprometidos. De hecho la medicina psicosomática surge a partir de la observación causa-efecto entre salud mental y salud física (Chauchard, 1960).

También sabemos que el embarazo es un período crítico en la vida de la pareja y/o de la mujer y que existen suficientes alteraciones afectivas que han motivado a los interesados en el área, a tratar de esclarecer los niveles de ansiedad y depresión, y cómo es que enfrentan éstos problemas (Hamilton, 1955, Kaplan, 1983).

Sin embargo es importante mencionar que Morales y Colbs (1988), en una investigación realizada en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), encontraron síntomas que corresponden solo a una reacción de ajuste con algunas fluctuaciones del estado de ánimo, hipersensibilidad, pesimismo y preocupación e interés por su salud respecto al embarazo. Esto plantea divergencia con otras investigaciones que al respecto se han hecho.

Ejemplos de esto son algunos estudios realizados en el extranjero se refieren abundantemente a esta situación, al igual que algunas investigaciones en México, hechas en diferentes poblaciones que presenta problemas o complicaciones gineco-obstétricas, estableciendo que existen algunos estados emocionales alterados que se asocian a la ya de por sí comprometida situación ginecológica u obstétrica de la mujer (González-Forteza 1993).

Aún y cuando es de suma importancia buscar y establecer la prevalencia de dichos problemas respecto a la condición emocional, también pensamos que el solo hacer un diagnóstico hace parcial nuestro devenir profesional, limitando nuestro campo de acción. El poder esclarecer el proceso por medio del cual una persona llega a estar en una situación particular nos atañe de igual manera, pues solo así podremos entender el por qué y para que de su sintomatología.

Es así que este trabajo intentará complementarse al probar programas y modelos que coadyuven al abatimiento o mejoramiento de los síntomas, procurando ayudarles a buscar otras opciones para enfrentar los conflictos.

Se hace necesario entonces, diagnosticar y evaluar el proceso por medio del cual se alteran las emociones (estrés) así como, probar e implementar un programa preventivo de complicaciones mayores.

Es por todo esto que surge el interés de proponer esta investigación, en donde se abarcaron los siguientes aspectos, a saber:

a) Actualización de la información respecto a la incidencia de alteraciones emocionales tanto en pacientes ginecológicas como pacientes embarazadas.

b) Búsqueda de posibles relaciones entre las variables sociodemográficas, complicaciones obstétricas y estados emocionales alterados

c) Detección y evaluación de estresores potenciales en el embarazo.

d) Consecuencias a mediano y/o largo plazo: niveles de ansiedad y depresión.

e) Coadyuvar a posibles cambios en sus formas de afrontamiento, así como en sus niveles de depresión y ansiedad, después de la implementación de un programa preventivo de alteraciones emocionales.

Nuestra pretensión es reconocer quiénes son aquellas pacientes cuyo malestar psicológico les impide llevar a buen término un evento (embarazo) que no tendría porqué incapacitarlas (emocionalmente), conocer sus edades, niveles socioeconómicos, modos de enfrentar el estrés, sus niveles de ansiedad y depresión, indagar las complicaciones obstétricas y sus posibles relaciones con estados emocionales alterados, así como diagnosticar y tratar en forma eficaz y a tiempo su conflictiva.

Para tales efectos la investigación se dividió en 2 partes: en la primera se hizo un estudio epidemiológico para obtener información acerca de la incidencia de alteraciones emocionales en pacientes gineco-obstétricas de un hospital público de tercer nivel.

Para poder cumplir con este objetivo, se tomó una muestra de mujeres del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), dependiente de la SSA, y se les aplicó un instrumento específico (Cuestionario General de Salud de Goldberg-CGS) para la detección de dichas alteraciones, y así poder establecer una prevalencia que justificase la necesidad de hacer una evaluación e intervención efectiva.

Posteriormente se planeó e instrumentó una investigación para la detección, evaluación e intervención psicoterapéutica de mujeres embarazadas con alto riesgo del mismo Instituto. Este tuvo como finalidad probar un programa de intervención breve, orientado a la reducción de sintomatología de malestar psicológico. A dicho

programa se le llamó psicoeducativo. Con el fin de evaluar los cambios que pueden esperarse en un período corto de tiempo, se desarrolló y probó un instrumento de evaluación para sintomatología específica de embarazo.

Para llegar a la consecución de tales fines se formaron cuatro grupos, dos experimentales y dos controles para determinar la efectividad y utilidad tanto de la evaluación como de la intervención

La técnica que se utilizó en los grupos para poner a funcionar el programa es la de grupos tipo operativos, en función de que esta técnica permite, por un lado obtener información y por otro manejarla a nivel afectivo a través de la vivencia grupal.

Finalmente, es necesario hacer énfasis que ésta investigación fue creada y diseñada, principalmente, para tratar de cubrir un aspecto fundamental en el área de la Psicología Institucional que es la de encontrar un método de evaluación eficaz y de corto plazo que pueda detectar aquella problemática específica que permita, por un lado, implementar un tratamiento efectivo que abarque y beneficie a la mayor parte de la población de una institución de tercer nivel (como es el INPer); y por otro, su posible aplicación en Instituciones de primero y segundo nivel para así tratar de prevenir mayores complicaciones en la paciente, y reducir los costos institucionales.

# ANTECEDENTES

## ***PREVALENCIA DE ALTERACIONES EMOCIONALES EN LA PRACTICA MEDICA GENERAL***

Los intentos de entender la participación del estrés, y los factores psicológicos en la enfermedad son muy antiguos, teniéndonos que remontar hasta los tiempos de Hipócrates (446-375 A.C.), pues él y su escuela relacionaron el importante papel de los factores adaptativos en la salud y la enfermedad, enfatizando dos aspectos esencialmente:

- a) ambiente
- b) relación médico-paciente

Es un hecho que aún y cuando la relación "mente-cuerpo" era descrita y sugerida como algo importante a investigar, fueron muy pocos los investigadores de vanguardia que, en su época, se atrevieron a exponer sus teorías al respecto. Prueba de esto es que del año 1600 al 1800 (aproximadamente), se encuentran muy pocos médicos que dejan entrever el aspecto emocional y su relación con la enfermedad, algunos ejemplos son: Sydenham, Reil, Heinroth y Carus (Wittkower, 1977).

El aceptar que un estado emocional puede afectar a tales niveles es, hasta la fecha, difícil de admitir para algunos profesionistas que no están involucrados en la salud mental, por ello se explica el por qué en el siglo XIX los métodos científicos fomentaban y enfatizaban los aspectos puramente orgánicos, en donde toda explicación de corte psicológico o emocional quedaba excluida.

No obstante, las investigaciones de Freud, Pavlov y Cannon dieron la pauta para las formulaciones psicósomáticas actuales (Wittkower, 1977). Freud con su descubrimiento del inconsciente y la psicodinamia individual, Pavlov con su postura de los reflejos condicionados, en donde inducía y medía el estrés en asociación con emociones, y Cannon, por su lado, puntualizando que las

situaciones que producen miedo o ira podían conducir a cambios de tipo corporal.

Con estos tres desarrollos por separado, es que se inicia el siglo XX, en donde ya se tratan de unificar ambos modelos: el psicológico y el neurofisiológico, creándose técnicas cuyo objetivo es poder llegar a conocer los contenidos inconscientes.

Nace la teoría Psicoanalítica, que ha jugado un papel líder y muy significativo en las tempranas formulaciones de los desórdenes somáticos asociados al estrés, no quedando solo en el planteamiento explicativo, sino además Freud, Helen Deutsch y Melanie Klein generaron modelos teóricos que intentan explicar dichas enfermedades.

Al respecto Langer (1964) y Deutsch (1947) afirman que el embarazo representa una etapa de movilización de fuerzas dinámicas directamente vinculadas a la identidad femenina, y temprana relación madre-hija, pero en donde también es importante mencionar la influencia del contexto social y cultural dentro del cual la mujer está inmersa en el momento del embarazo. Este contexto que puede estar matizando el aspecto emocional puede darle una percepción diferente de acuerdo a la cultura en que se vive.

Esto significa que están implicados de manera significativa elementos tales como el apoyo social referido a relaciones que proporcionan ayuda emocional, afecto y sentido de la propia capacidad para tener confianza en sí mismo y confianza en los otros. Todo esto va (aunado el estrés) a modificar la actitud de la mujer hacia su embarazo.

Posteriormente Alexander (1950) introdujo su postulado acerca de los desórdenes psicosomáticos en términos de 3 variables:

- 1) Herencia, o vulnerabilidad adquirida del órgano en cuestión.
- 2) Conflictos psicológicos y mecanismos de defensa.
- 3) Situaciones de vida que precipitan la enfermedad.

Enfatizaba que algunos patrones psicológicos estaban asociados a algunas enfermedades tales como la colitis ulcerativa, asma bronquial, dermatosis y úlcera duodenal entre otras.

En términos generales, las iniciales formulaciones psicoanalíticas veían a los síntomas psicosomáticos como una respuesta fisiológica que estaba en asociación

con una regresión psicológica encubierta.

Desde esta perspectiva histórica, a finales de los años 50' se hacen importantes descubrimientos en los campos de neuroanatomía, neurofisiología y neuroendocrinología, los cuales contribuyen a explicar la intrincada relación que involucra la regulación interna del cuerpo, tales como el hipotálamo, el sistema límbico, el papel de la adrenalina, los efectos de las hormonas, etc. Es en esta época cuando se retoma lo relevante de los factores emocionales en la etiología de los llamados desórdenes psicosomáticos, tomando fuerza la aproximación psicobiológica con el trabajo de Selye.

Este autor introduce el término de "Síndrome General de Adaptación" para describir el sistema general de defensa del individuo (Selye, 1956) postulando básicamente en su sistema tres estados:

- a) alarma
- b) resistencia
- c) huida

En la evolución de su trabajo formula la tesis de que éste síndrome ocurre solo en ciertas clases de estrés, aunque sigue rechazando el punto de vista de agentes fisiológicos nocivos como única explicación de la producción de la enfermedad (Selye, 1974).

A partir de las concepciones de Selye, se desarrollaron muchos estudios de carácter de psicofisiológico, que hacen énfasis en conjuntar al hombre biológico con su medio ambiente.

Más tarde, el trabajo realizado por Holmes y Rahe (1967) examina la relación entre cambios de vida (recientes), y la incidencia de enfermedad, al puntualizar que no importa si estos cambios son positivos o negativos, ya que el individuo necesita, de todas formas, hacer ajustes para adaptarse a las situaciones.

Como vemos entonces, la investigación sobre los antecedentes que pueden llevar a la persona a presentar síntomas somáticos, tiene varias vertientes, siendo algunas de ellas las condiciones sociales y medio-ambientales, reconociendo que las experiencias de la vida pueden producir diversas emociones como la angustia, ira, miedo, soledad, resentimiento, culpa, tristeza, etc., que afectan en mayor o menor grado a la persona y que algunos pueden expresar este estrés en forma de

síntomas físicos.

Otra explicación es la que argumenta la importancia de los antecedentes psicológicos, como Luborsky (1973), que realiza una revisión de los principales antecedentes emocionales para la aparición de síntomas psicósomáticos, encontrando cinco que tuvieron un mayor impacto: hostilidad, frustración, depresión, ansiedad y desesperanza.

Una perspectiva más que se da para explicar el por qué se presenta o favorece la sintomatología somática, es la del "rol" de enfermo. Ford (1986) dice que la somatización es el proceso por medio del cual un individuo usa el cuerpo o síntomas corporales para propósitos psicológicos o ganancias secundarias. Tener dicho "rol" conlleva a que evitar responsabilidades en cuanto a sus obligaciones sociales, así permite que lo cuiden otros; y establece algunos aspectos etiológicos de la somatización, de los cuales mencionaremos los ocho más relevantes:

1.- Ganancias secundarias.

2.- Solución a problemas familiares. Desviación del conflicto.

3.- Encubrimiento de un desorden psiquiátrico, ej. depresión con concomitantes fisiológicos, siendo atendidos solo estos últimos.

4.- Comunicación indirecta a través del cuerpo (desordenes conversivos).

5.- Ser alexitímico.

6.- Interpretaciones culturales de estados psicológicos y psiquiátricos, enfocándose solo en aspectos somáticos. Ej. la depresión mayor es raramente diagnosticada en China.

7.- Muchos pacientes continúan enfatizando sus quejas somáticas, debido a que el médico solo hace un diagnóstico sintomático. Ej. insomnio, colitis espástica, etc., sin indagar si esto es solo una consecuencia de algún desorden de índole psiquiátrico o psicológico. Es decir, refuerzan los mecanismos de racionalización del paciente.

Ahora bien, para poder entender mejor el mecanismo de los padecimientos psicósomáticos, los investigadores sugieren que se ahonde más en el fenómeno de la angustia, siendo considerada por algunos teóricos de la personalidad como la emoción primordial, núcleo de la neurosis y generador de la patología orgánica.

También se ha mencionado que la asociación entre afecto depresivo y síntomas somáticos es prácticamente indivisible; un ejemplo de ellos son las cefaleas de tipo tensional.

Una sugerencia al respecto es que se tiene que establecer primero el tipo de problema somático de la persona, e investigar si existe algún evento de tipo emocional que pudiera explicar lo primero. Es decir, buscar algún desorden del afecto en la enfermedad física y dilucidar la contribución de la depresión, de la ansiedad o si es un desorden de la personalidad. Por otro lado, los contribuyentes sociales (idiosincráticos) se deben tomar en cuenta para hacer un buen diagnóstico diferencial.

De veinte años a la fecha, se han realizado una extensa cantidad de investigaciones en donde se ha podido demostrar que cuando las emociones se encuentran alteradas, el bienestar físico se puede ver comprometido.

Aún y cuando no puede hablarse de que esto sea un factor unilateral, ya que existen también elementos biológicos que coadyuvan a que el trastorno somático se de, sí es posible establecer la influencia que ejerce la salud mental sobre la salud física.

Por lo mismo, desde hace varios años algunos investigadores se han dado a la tarea de establecer cuál es la prevalencia de trastornos emocionales y/o psiquiátricos en pacientes que acuden a consulta médica general.

Esto significa que aún y cuando la enfermedad mental ha sido reconocida en casi cualquier contexto cultural, lo que se ha tratado de dilucidar es la forma en que se expresa (trastorno psíquico o somático), y como es que se le puede identificar.

Muchos pacientes que presentan múltiples quejas somáticas no son diagnosticados adecuadamente, ya que buscan atención y tratamiento para sus padecimientos físicos, cuando en el fondo su problema es emocional.

Cuando esto sucede, en ocasiones el médico no atiende lo que subyace a la queja inicial de la persona, y por ello no lo remite a consulta psicológica o psiquiátrica, dándole solo tratamiento a sus dolencias físicas.

Por ello se ha tratado de determinar qué tan alta o tan baja es la tasa de trastornos emocionales en pacientes que han cursado con una gran diversidad de problemas en su bienestar físico.



A continuación vamos a mencionar solo algunos de los estudios que han constatado que, desde hace por lo menos 60 años se ha investigado cual es la prevalencia de enfermedad mental en pacientes no psiquiátricos:

a) Bruce Pearson (1938) hizo el diagnóstico de neurosis en el 16% de 1297 pacientes.

b) Pemberton (1951) encontró que de 200 pacientes (durante y después de su internamiento), el 11% tuvieron algún tipo de desorden neurótico o psicótico.

c) En 1952, Roberts y Norton reportaron las 3/5 partes de pacientes con "quejas funcionales".

d) Rud (1953) demostró que el 4.8% de las personas estudiadas tuvieron que ser remitidas al departamento de psiquiatría.

e) En el Hospital General de Escandinavia, Helsborg (1954) realizó una investigación con 500 pacientes, y sus hallazgos demostraron que el 22% de ellos presentaron algún tipo de enfermedad psicósomática o trastorno psiquiátrico.

f) Zwerling en 1956 fue mucho más lejos en sus afirmaciones, ya que encontró que, de sus pacientes, solo el 1% presentó una adecuada salud mental.

Llama la atención la disparidad de resultados de estas investigaciones. Habría que preguntarse si esto se debe a los instrumentos utilizados para la medición de trastornos psiquiátricos, y saber acerca de los criterios de exclusión/inclusión de los participantes de estos estudios.

Finalmente, en esta revisión histórica mencionaremos 2 estudios: Mestitz (1957) y Shepherd (1959). El primero analizó las enfermedades de 1817 pacientes de consulta externa, de los cuales el 27% no presentaron evidencia de enfermedad orgánica. También encontró que estas personas habían requerido atención médica 10 veces más que los otros. En estos casos no se buscó ningún tipo de asesoría de su estado emocional, y por lo mismo no se pensó que sus síntomas podían ser de origen psicógeno.

El segundo encontró el 51% de pacientes con diferentes diagnósticos: reacción depresiva, reacción neurótica y desorden de personalidad, entre otros. Estos antecedentes nos demuestran la importancia que ha revestido la investigación en la prevalencia de trastorno mental-uso de servicio-problema físico.

Es importante mencionar, que en las investigaciones realizadas en México,

el porcentaje de enfermedad mental es menor, que las investigaciones mencionadas con anterioridad, podemos pensar que esto puede deberse, en parte, por la definición que se hizo en estos estudios de lo que es "caso". Se tiene que hacer una comparación de los parámetros que se utilizaron para determinar los puntos de corte que para los extranjeros es enfermedad mental o disturbio emocional.

Sin embargo, aún y cuando se difiera en cuanto a la definición de lo que es "caso", estos porcentajes y los encontrados en nuestro país, justifican plenamente el abordaje de esta problemática.

Ahora bien, la revisión de la literatura al respecto nos muestra que el porcentaje de trastorno emocional fue incrementándose, y ya en los años 70's se demostró el excesivo uso de servicios de salud por parte de pacientes que tenían un diagnóstico de trastorno emocional (Cassell, 1972), encontrando un mayor número de visitas al médico, que aquellas sin diagnóstico de perturbación mental. También reporta un aumento en la incidencia de morbimortalidad en estos pacientes.

En Estados Unidos de Norteamérica, Hooper (1980), intentando clarificar las razones por las cuales se observaba un incremento en el uso de servicios médicos de este tipo de pacientes, examinó las diferencias existentes entre personas con o sin diagnóstico de desorden mental, en una población de adultos de 18 a 64 años de edad. Consideró además el sexo y el diagnóstico médico. Los resultados patentizaron que el número de visitas al médico fue de 4 veces más por parte de este tipo de pacientes, ratificando la tendencia a enfermarse por parte de pacientes diagnosticados con algún tipo de trastorno emocional. Por ejemplo, hubo gran cantidad de enfermos con problemas respiratorios y cardiovasculares asociados a trastorno psiquiátrico, concluyéndose que la enfermedad mental y la física tienden a ocurrir al mismo tiempo.

Las explicaciones que se dieron acerca de este fenómeno fueron que, si una persona se percibe a si misma como más susceptible o vulnerable ante la enfermedad, entonces le será más fácil hacer uso con mayor frecuencia de los servicios médicos. Las mujeres, se sienten más cómodas que los hombres en este uso de servicios, ya que han tenido experiencias previas con cuidados obstétricos (para ellas) y pediátricos (para sus hijos). Esto por su parte explica las diferencias en sexo en cuanto a la asistencia periódica a consulta externa. Empero, los niveles de utilización de estos servicios por parte de los hombres incrementa, y casi se iguala en los grupos de mayor edad (45-64 años).

Kaplan y cols (1977), puntualizan que la percepción de vulnerabilidad y la

enfermedad física se asocian al sistema de apoyo social que le es viable a la persona. La pregunta que se hace es: si el apoyo social es pobre o nulo, ¿podría ser el servicio médico un sustituto de tal apoyo?. Es decir, que a falta de personas cercanas en las cuales poder confiar su sentir, estos pacientes convierten al médico en su confidente, para recibir cuidados y preocupación (aunque solo sea a nivel físico).

Más que tomar en cuenta las explicaciones un tanto reduccionistas de Hooper y Colbs., sería importante retomar la hipótesis de sustitución del médico por la familia.

Estas investigaciones revelan entonces, la urgente necesidad que existe de crear modelos diferentes de diagnóstico y tratamiento de pacientes con problemas emocionales, y que son subdiagnosticados por el médico. Estos, (al menos todavía en nuestro país) debido a su entrenamiento en un modelo biológico refuerzan la somatización al no evaluar el estrés psicológico y social que está detrás de la queja somática, dando tratamiento solo a esta última. No refieren al paciente al departamento de salud mental, ni buscan asesoría para tal fin.

En otros países ha quedado establecida esta necesidad, tal como lo señala Strain (1982), quien reporta que el 15% de la población general cursa con problemas de salud mental, y que del 30 al 60% de pacientes en hospitales generales sufren de una significativa disfunción psicológica o psicosocial, secundaria a su enfermedad física.

Aszkenazi (1984) encontró que más de la mitad de la población estudiada presentó algún tipo de psicopatología (51.4%), y el 23.3% con sospecha de ser "casos"; solo el 25.4% de esta muestra no presentó sintomatología psiquiátrica o psicológica. La mayor incidencia de enfermedad mental la encontró en mujeres, un 27.6% contra el 12.6% de los varones. Esto lo explican a través de 3 factores:

a) El doble papel que actualmente tiene la mujer, en tanto que trabaja fuera de casa, y tiene además su trabajo en casa.

b) Las llamadas amas de casa que, cultural y económicamente están condicionadas a no salir del ambiente en el que están, perdiendo así oportunidades de crecimiento profesional, no pudiendo canalizar ni sus aptitudes ni sus inquietudes.

c) La educación tan diferenciada que existe todavía en los países latinoamericanos que la hacen más propensa a exteriorizar sus emociones y dificultades en el vivir, intentando buscar y recibir ayuda especializada.

Los índices de depresión que se encuentran detrás de una enfermedad física son frecuentes, no porque antes no existieran, sino que en la actualidad se ha investigado exhaustivamente este fenómeno. Fava, en 1984 encontró un porcentaje del 58 en pacientes de 6 diferentes salas en un hospital general de Italia. Nuevamente aparece que las mujeres presentaron más síntomas de depresión que los hombres. Concluyeron que 6 de cada 10 pacientes son diagnosticados con algún tipo de desorden afectivo.

Bradshaw (1983) encontró que entre 1/3 y 1/4 de los pacientes que asisten al médico, tienen un desorden psiquiátrico. En esta muestra fueron la clase social baja y el ser mujer, los mejores predictores para el estado depresivo.

Esta prevalencia es muy alta, y se piensa que en algunos hospitales no se reconoce esta sintomatología por el hecho de que su prevalencia es mayor que los que no cursan con síntomas depresivos. Además surge el hecho de que el paciente que se encuentra en este estado está convencido de que la enfermedad física es la que le causa su cansancio, irritabilidad, insomnio, anorexia, etc.

Esto demuestra que los pacientes con gran preocupación somática puede cursar con sintomatología depresiva que está enmascarada con la enfermedad. Otro hecho importante es que este humor depresivo altera la percepción del paciente en cuanto a si mismo y al medioambiente que le rodea.

Una sugerencia importante que se deriva de estos estudios es que la conducta de un paciente con constantes quejas, muy preocupado por su salud, demandante en extremo de los servicios de salud e irritable, puede estar escondiendo un severo estado depresivo, y por lo tanto esto tiene que ser una señal de alarma que alerte al médico para investigar más a fondo y poder remitir a su paciente al especialista, redundando nuevamente a favor del costo-beneficio de la institución.

Como se apunta, es notorio que los trastornos emocionales han ido paulatinamente en aumento. Sabemos que muchas situaciones de la vida diaria producen altos niveles de estrés. Concretamente en nuestra Ciudad de México observamos los cambios tan importantes a nivel social y cultural que se ha ido dando a través de los años. Valores y normas han sufrido transformaciones, aunándose la sobrepoblación y la escasez de trabajo. Todos estos factores han llevado como consecuencia que los niveles de ansiedad se eleven y que exista un mayor número de personas que asistan al médico en busca de alivio a sus tensiones (muchas veces enmascaradas en forma de enfermedad física).

Es por esto que afirmamos que la necesidad de crear y desarrollar métodos para estudiar dichos trastornos, así como detectarlos, prevenirlos y tratarlos de manera oportuna, es imperativa.

En México, los estudiosos en la salud mental han estado incidiendo cada vez más en esta problemática para poder resaltar la importancia de establecer este tipo de investigaciones que permitan constatar:

- a) la prevalencia de trastornos emocionales en hospitales generales,
- b) las formas de medición que estén adaptadas a nuestra población mexicana, y,
- c) modelos de intervención oportuna.

Una de éstas fue la realizada por Medina-Mora (1982), que hace un estudio de corte epidemiológico para establecer, entre otras cosas, la patología psiquiátrica de diferentes poblaciones:

- 1) práctica médica privada (Hospital Español)
- 2) práctica médica pública (centro de salud, SSA)
- 3) Universitarios (UNAM, 1º y 3º semestre, ambos sexos)

Esta población no solicitó atención psiquiátrica en forma voluntaria, encontrándose que la prevalencia de trastorno emocional que ameritaba algún tipo de intervención (de breve a prolongada), fue de 36% en estudiantes (reacciones frecuentes de ansiedad), del 34% en el hospital privado y 52% en el centro de salud.

La diferencia importante en cuanto a porcentaje de estas dos instituciones de salud, se debe a que la alta prevalencia que se encontró en el centro de salud, se asoció con reacciones de adaptación (en mujeres principalmente, ya que fue del 0%), ante situaciones difíciles de índole socioeconómica.

La frecuencia de casos severos que ameritaron internamiento fue de 3%, 4%, y 5% respectivamente. Los diagnósticos más frecuentes en los 2 hospitales fueron los siguientes:

	PRIVADO	PUBLICO
<b>PSICOSIS</b>	5.4%	3.4%
<b>NEUROSIS</b>	22.5%	13.6%
<b>TRASTORNOS DE PERSONALIDAD</b>	0.33%	2.3%
<b>ALCOHOLISMO, DROGAS</b>	0.84%	1.9%
<b>ALTERACIONES PSICOSOMATICAS</b>	2.5%	29.1%

**MEDINA-MORA, 1985**

En los resultados que se obtuvieron por subgrupos, solo son reportados los que se hicieron en el hospital privado: la edad que se consignó tuvo un intervalo de 18 a 64 años de edad, y aún y cuando la prevalencia de este tipo de trastornos se presentó con más frecuencia en las mujeres (38%) que en los hombres (26%), la frecuencia de trastornos más severos que ameritaron internamiento se dio ligeramente mayor en hombres (5.4%), en comparación con las mujeres (4.13%).

Las puntuaciones altas en la escala de síntomas somáticos se obtuvieron de mujeres y jefes de familia con escolaridad baja. Esto fue detectado a través del Cuestionario General de Salud (CGS), del cual se hablará ampliamente en el capítulo de instrumentos.

Uno de los aspectos más relevantes de esta investigación fue el de que se constató que el médico general detectó solo el 50% de los pacientes considerados "casos" (pacientes que requieren atención psicoterapéutica).

Observamos, entonces, que con frecuencia el paciente busca atención médica cuando, en realidad el problema que subyace es de tipo emocional o psiquiátrico. Existen varios estudios que demuestran que las personas que cursan con trastornos mentales utilizan los servicios médicos con mayor frecuencia que aquellos que no tienen este tipo de diagnóstico. (Hooper, 1980).

Esto incide directamente en el costo-beneficio en relación a paciente-institución, habiendo factores que afectan directamente en las instituciones que ofrecen servicios de salud:

- 1) La no detección y, por lo tanto, la no intervención psiquiátrica/psicológica

oportuna, y.

2) El tiempo de permanencia de los pacientes en la institución, cuando dicho diagnóstico no es adecuado ni oportuno.

Martínez-Lanz y Colbs (1985) demostraron que los sujetos que fueron clasificados como "casos" (de acuerdo al Cuestionario General de Salud de Goldgerg), y que requieren, por lo tanto, tratamiento psicológico o psiquiátrico especializado, hicieron un uso de mayor número de servicios médicos., por lo que concluyeron que este uso indiscriminado de servicios afecta directamente en los costos de la institución a la que asisten, siendo el beneficio menor de lo que se esperaba.

Los programas de atención que surgen de todas estas necesidades tienen la tendencia, entre otras de reducir costos y beneficiar realísticamente a la población a los que se les implementan. Algunos investigadores proponen programas de enseñanza a la comunidad, a través de la capacitación de personal no especializado en el área de la salud mental. Souza (1984) afirma que el objetivo general tendría que ser el de capacitar al personal médico (y yo agregaría al paramédico) para abordar la tarea de solucionar problemas concretos, no excluyendo la prevención de este esquema.

Los principios del esquema propuesto por Souza contiene los siguientes aspectos:

- a) Hacer más conscientes a los pacientes de sus problemas y necesidades
- b) Dar información-educación a la comunidad de una manera congruente y práctica
- c) Trabajar estrechamente con todo el equipo de salud.

Las posibilidades que abarcan estos programas pueden incluir una detección oportuna de problemática emocional, a fin de que los pacientes soliciten ayuda real en las primeras etapas del padecimiento.

El capacitar al personal no especializado, podría dar la pauta de hacer un diagnóstico oportuno, y por lo tanto abatir los costos institucionales, beneficiando en mayor grado a la población. Conjuntamente se elevaría la calidad de atención del paciente, así como su calidad de vida.

De todo lo revisado, se desprende la conclusión de que es necesario seguir

haciendo estudios de este tipo, para reducir los costos institucionales, y aumentar el grado de beneficio en el tratamiento del paciente. Solo se podrá hacer esto a través de una detección oportuna de parte del personal médico y paramédico, y si estos se sensibilizan más de la importancia de los aspectos emocionales que afectan el equilibrio biológico y social del paciente.

## ***MALESTAR PSICOLOGICO Y SU ASOCIACION CON TRASTORNOS GINECO-OBSTETRICOS***

Debido al surgimiento y desarrollo de la medicina psicosomática, los padecimientos del área reproductiva se han prestado para ser un terreno fértil a investigar. Dentro del campo de la salud reproductiva los padecimientos se dividen en: ginecológicos (esterilidad, infertilidad, climaterio), y obstétricos (embarazo).

Este último fue considerado durante mucho tiempo como un acontecimiento exclusivamente fisiológico normal en el ciclo de vida de la mujer, observando solo las molestias habituales (vómitos, náuseas, fatiga, sueño, etc.), soslayando los aspectos psicológicos invertebrados en este período.

Sin embargo, en las últimas tres décadas, se comenzaron a realizar investigaciones de los aspectos sociales y psicológicos que rodean al evento obstétrico. Prueba de ello son las teorías que vierten Freud (1900-1933), Deutsch (1974), Horney (1976) y Erikson (1960) entre otros, en donde ya señalan al embarazo como un acontecimiento que reviste mayor trascendencia que solo el aspecto biológico.

Estos autores señalan que la gestación es una época de crisis en donde la fisiología y la psicodinamia se vinculan con la madurez emocional de la mujer, su autoconcepto de femineidad, el resurgimiento de conflictos no resueltos y la evocación de la temprana relación con la madre.

Es pues el embarazo un evento que marca una crisis maduracional en la vida de la mujer. Como tal, compromete su entorno biológico, social y psicológico. Por sí mismo, conlleva un monto de estrés importante, y si se encuentra complicado médicamente, entonces la crisis se puede agravar o complicar, si se agrega una condición psicosocial llena de carencias, no le va a ser fácil a la mujer pasar por este proceso de una manera relativamente tranquila.

Uno de los hallazgos que se han hecho alrededor de este proceso del ciclo vital, es que cuando la mujer desconoce la sintomatología de este período, sus



temores y ansiedades aumentan en forma significativa (Salinas, 1991)

Al ser, como se mencionó con anterioridad, un período de crisis, se dan también una gran cantidad de movilizaciones a nivel interno que puede o no ayudar a la mujer a dar un paso hacia el crecimiento emocional, dándole un nuevo sentido a su femineidad, aunque no exenta de conflictos que afloran básicamente en la temprana relación madre-hija.

Todos estos cambios no solo inciden en el aspecto personal de la mujer embarazada, sino que afectan a su entorno (pareja, familia, etc.), y si la crisis se toma como una oportunidad, se podrá alcanzar un desarrollo psicológico de mayor madurez logrando hacer ajustes para ella y su entorno.

Es así que en la actualidad abunda la literatura que enfatiza tanto el modelo médico como el sociológico y el psicológico que rodea al proceso de embarazo. El primero hace énfasis a la influencia que tienen los cambios hormonales que pueden afectar el curso de la gestación. El sociológico se orienta hacia el sistema social y el grupo, en donde no puede dejarse de lado que el individuo cuenta con una experiencia en grupo. Es decir, que su identidad es tanto individual como grupal. Sería, por decirlo así, un representante del grupo familiar. Cuando este individuo se está desarrollando se va configurando su personalidad con base en sus aprendizajes familiares. Este enfoque da gran importancia al funcionamiento del individuo tomando en consideración a su grupo primario. No pueden ser independientes (individuo, familia, entorno social), ya que estos se interrelacionan e interactúan constantemente, y cuyas partes van cambiando y transformándose.

El modelo psicológico da algunas vertientes, dentro de las cuales está el enfoque que considera al fenómeno como una crisis en la relación de pareja, con un monto importante de estrés que recae en los dos (sistémico), ya que la llegada de un niño va a requerir de un espacio físico y emocional, teniendo que realizar una reestructuración en el contrato matrimonial. Al respecto Estrada (1989) menciona que son cuatro las áreas que se van a afectar durante y después del embarazo:

- 1) Identidad que es la constante reorientación interpersonal que ofrece el medio familiar, mediante la cual se fortalece el desarrollo de la personalidad. Cuando se da un embarazo es importante que la pareja encuentre apoyo emocional uno del otro, de lo contrario habrá una tendencia a la regresión.
- 2) Sexualidad cuyo acoplamiento e interacción tendrá como propósito buscar la congruencia entre el objetivo biológico (reproducción-embarazo), y psicológico (placer-bienestar). Cuando se da la gestación, se alteran las relaciones sexuales (sobre todo cuando dicho embarazo se ve

complicado). La intimidad de la pareja se va a ver afectada con un nuevo miembro.

- 3) Economía en donde se da la división de labores usualmente entre proveedor y quién cuida el hogar. En esta dinámica se espera que la pareja sea capaz de adaptarse a los cambios cuando hay un embarazo. La presión económica puede producir disrupciones en la pareja.
- 4) Fortalecimiento del Yo que se refiere al aprendizaje del papel madre-padre sin rigidizarse en estos "roles" pudiendo intercambiarlos cuando sea necesario. En este sentido la pareja tendría que protegerse mutuamente para tratar de evitar la gratificación neurótica infantil a través del hijo.

Otro enfoque psicológico nos habla de conflictos intrapsíquicos que se pueden traducir en cambios conductuales o somáticos como una forma de reaccionar ante el estrés de la reproducción. La corriente psicoanalítica nos dice que afloran sentimientos inconscientes tales como la necesidad de depender y conflictos de identificación con la madre, lo cual afecta la identidad femenina (Deutsch, Bribing, Langer).

Sobre el tema de embarazo, existe una extensa bibliografía que habla al respecto, algunos estudios nos muestran que este período es, básicamente de bienestar emocional (Robin, 1962; Hooke & Marks, 1962). Sin embargo, otros autores señalan que la gestación (principalmente la primera es un evento disruptor en la vida de la mujer y su pareja, así como también que hay un incremento de trastornos emocionales asociados al parto y al puerperio inmediato (Brockington, 1982; Kumar, 1982).

Morales (1988) realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar la confluencia de aspectos emocionales significativos en un embarazo de curso normal. Estudió 200 mujeres de entre 20 y 35 años de edad midiendo ansiedad, depresión y autoconcepto. Los resultados concluyen que no existe depresión, solo una reacción de ajuste con algunas fluctuaciones en el estado de ánimo. Tampoco se observó elevación de la ansiedad, ni modificaciones en su autoconcepto. Sin embargo si encontraron modificación en la autoestima en sentido positivo, promoviendo sentimientos de seguridad y confianza.

En el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), se han realizado investigaciones para delimitar la presencia de problemática emocional asociada al embarazo. Una de estas (González-Forteza y Colbs., 1993), dilucidó algunos elementos que estuvieron significativamente asociados al estado emocional al encontrar que los acontecimientos más estrechamente vinculados con malestar psicológico fueron; la desintegración de la pareja (divorcio), el tener que dejar de trabajar, y el cambio en la frecuencia de sus actividades recreativas. Es de

particular importancia para mantener la estabilidad emocional el contar con el apoyo del compañero, y el no restringir sus vínculos sociales. Concluyen que se requiere contar con los recursos personales y sociales necesarios para enfrentar las circunstancias de vida que son estresores potenciales.

Jiménez Gómez (1993) estudiaron la ansiedad durante el embarazo y en el posparto inmediato introduciendo un programa educativo e de entrenamiento para afrontar el parto, encontrando que la ansiedad aumenta conforme aumenta el número de embarazos, y que después del programa hay una sensible disminución de la misma.

En cuanto al apoyo social, se ha planteado que éste es fundamental para que una mujer pueda llevar embarazo sin excesiva ansiedad. Kalil (1995) orientó su investigación hacia este aspecto encontrando que las mujeres que contaban con pareja que las apoyaba emocionalmente, tuvieron puntos bajos de ansiedad tanto en estado como en rasgo. Sin embargo la percepción de ingresos económicos bajos se correlacionó con niveles elevados de ansiedad.

Alberscht (1989) investigó a 47 mujeres embarazadas de entre 20 y 40 años correlacionando los niveles de ansiedad , los comportamientos saludables y el apoyo emocional. Encontró una relación significativa entre: 1) altos niveles de ansiedad estado y rasgo con niveles bajos de apoyo social. Así mismo, Norbeck (1989) examinó la estabilidad y los efectos del estrés, el apoyo social y la ansiedad desde la mitad hasta el final del embarazo en 190 mujeres de entre 18 y 35 años, de bajos recursos económicos. Se les aplicó un cuestionario sobre eventos de la vida, otro de apoyo social y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. El resultado fue que ambas calificaciones fueron altamente consistentes ya que los efectos del estrés y el apoyo social sobre la ansiedad fueron similares en los dos períodos . Se asoció un estrés alto con bajo apoyo de parte de la pareja y niveles elevados de ansiedad.

Morales (1990) refiere que la ansiedad y la depresión son factores asociados a complicaciones obstétricas que se relacionan a partos anormales o a un tiempo prolongado de trabajo de parto. Estas alteraciones se han asociado a factores de tipo psicosocial tales como la tensión, ansiedad y falta de apoyo social (redes de apoyo). Este autor realizó una investigación comparando a mujeres con embarazo normal y mujeres con embarazo de alto riesgo, encontrando que el alto riesgo reproductivo modifica la situación emocional y marital de la embarazada.

En otro trabajo (Morales 1989), con relación a la situación marital, observa que éste es un elemento que sufre modificaciones pues la pareja tiene que reajustar tanto sus expectativas como su proyecto de vida. Además entran otros

factores como el económico, laboral, o los tiempos que la pareja disfrutaba juntos, complicándose esto si además existen conflictos internos no resueltos.

Collins (1993) hace una asociación entre bajo peso del neonato, puntajes de Apgar, depresión posparto y apoyo psicosocial, encontrando que entre mayor sea el apoyo y los recursos de la mujer, sus neonatos tienden a presentar mayor peso y mejor calificación en su Apgar; también decrecentó la incidencia de depresión después del parto.

En 1992, Jadresic evaluó 108 mujeres embarazadas cuyo promedio de edad fue de 27.7 años +/- 5.3, en las semanas 24 a 30 de gestación, donde se estudió el apoyo social, la situación marital y los niveles de depresión, encontrándose un 35,2% de prevalencia de trastornos emocionales. Los catalogaron de la siguiente manera:

	<b>PORCENTAJE</b>
<b>TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR</b>	<b>1.9</b>
<b>TRASTORNO DEPRESIVO MENOR</b>	<b>5.5</b>
<b>ANSIEDAD GENERALIZADA</b>	<b>1.9</b>
<b>ANIMO DEPRRESIVO</b>	<b>2.8</b>
<b>ANIMO ANSIOSO</b>	<b>23.1</b>

En cuanto al nivel socioeconómico fue medio, estando 87% casadas y 7.4% solteras. El 50% eran amas de casa.

En cuanto a la depresión Ferguson y colaboradores (1996) estudiaron las tasas de estas en una muestra de 9000 mujeres. La evaluación de la depresión se hizo entre las 18 y 32 semanas de gestación, y las 8 y 32 semanas posparto. Se midieron los cambios de estado de ánimo depresivo a través del tiempo. Los resultados mostraron que la transición del último período de embarazo al primero posnatal dieron evidencia de un incremento inestable (primero) para dar lugar a una remisión de la depresión. Los efectos de esto fueron que la tasa de depresión tuvo tendencia a declinar después del nacimiento del hijo.

## **MODELOS DE EVALUACION DE UNA SITUACION DE ESTRES. FORMAS DE ENFRENTAMIENTO**

Para poder evaluar lo que sucede en el embarazo, se ha tomado como marco de evaluación teórico el **Estrés Psicosocial** que contempla que existen diversos acontecimientos que se consideran estresantes y que dependiendo de su magnitud o cronicidad llegan a ser nocivos para la salud y el organismo en general.

Selye (1976) define el estrés como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, las cuales incluyen amenazas psicológicas. Ejemplo de estos pueden ser muertes, pérdidas (materiales o afectivas), etc.

Aunque no se pierde la relevancia de estas propuestas, no se tomaban en cuenta las diferencias individuales en la evaluación cognoscitiva de tales situaciones. Por lo mismo, Lazarus (1966) considera que el estrés no necesariamente tiene que ser negativo, sino que puede ser una situación organizadora para entender como es que se adapta el individuo ante tales hechos. Refuerza el concepto de proceso individual a nivel cognoscitivo, acciones específicas y estilos de vida que forman parte de la rutina diaria, y que no tienen que significar estrés (negativo).

En colaboración con Cohen (Lazarus,1977), proponen tres tipos de acontecimientos que inducen al estrés:

- 1) Cambios mayores que afectan a la mayoría de las personas
- 2) Cambios mayores que afectan a una o pocas personas
- 3) Los acontecimientos de la vida diaria

Las respuestas ante una situación de estrés pueden ser muy variables, dependiendo de la persona, ya que lo que para un individuo una situación es muy estresante, para otra (la misma situación) no lo es, o no lo es tanto. Es decir, que con independencia de la circunstancia que se viva, existen características individuales que se hace que se responda de determinada manera.

Lazarus y Folkman (1986), de acuerdo con esto definen al estrés psicológico como "una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por

éste como amenazante o desbordante de sus recursos, y que pone en peligro su bienestar".

Todo lo mencionado anteriormente ha enfatizado el "que pasa", por lo que es momento de poner atención al "como pasa". Es decir, se hace necesario revisar como es que se evalúa este proceso para poder saber la o las formas en que el individuo enfrenta el estrés.

El afrontamiento al estrés, "coping" en inglés, es un concepto que proviene de dos vertientes metodológicas diferentes:

a) La experimental con animales, que lo conceptualiza en función de los actos que controlan las condiciones adversas.

b) La psicología del yo que lo relaciona con los procesos cognoscitivos.

En los años 60's, el estudio sobre afrontamiento comenzó a consolidarse y sistematizarse. Murphy (1962) lo define como cualquier intento para dominar una situación nueva que puede ser potencialmente amenazante, frustrante, cambiante o gratificante. En esta definición, se le da gran importancia a la cognición.

Menninger (1963,1977), Haan (1969,1977) y Vaillant (1977) definieron el afrontamiento como un proceso maduro y organizado del yo, en primera instancia. Sin embargo, si esto no se da, la adaptación tendría que darse en forma de defensas neuróticas. Finalmente, de no ser posible tampoco esto, aparecería la fragmentación (Haan), o los niveles regresivos o psicóticos de conducta (Menninger).

En México, Díaz-Guerrero (1979) hace una diferenciación en el concepto de afrontamiento al estrés, en tanto que dice que la cultura es un factor significativo que moldea estos estilos.

Estilo y rasgo, conceptos que Lazarus y Folkman (1984) afirman se derivan de una perspectiva estructural y no como un proceso dinámico del yo. Para ellos, ambos términos se distinguen solo por cuestión de grado y dicen: "los rasgos de afrontamiento se refieren a las características del individuo que le predisponen a reaccionar en una forma determinada; estilo se refiere a formas más amplias de designar situaciones o individuos", es una cuestión de grado.

Existe una extensa literatura que habla de este concepto, y las investigaciones realizadas alrededor de él. Uno de estos fue el realizado por Folkman y Lazarus (1985) con estudiantes universitarios en el que evaluaron las

emociones y sus respuestas de afrontamiento ante una situación estresante (exámenes). Concluyen que para evaluar el afrontamiento como un proceso, se necesita cumplir con tres condiciones:

1.- Debe de examinarse dentro del contexto de un encuentro estresante específico.

2.- Que la persona indique lo que hace (como contraste a lo que haría, lo que corresponde a rasgo)

3.- Debe haber varias evaluaciones durante el encuentro, para observar los cambios en el afrontamiento a través del tiempo.

En 1978, Pearlin y Schooler abordaron la problemática de los estresores a partir de distintas áreas de la vida, en adultos entre 18 y 65 años de edad. Las áreas a estudiar fueron: conyugal, familiar, económica y ocupacional. Incorporaron características de personalidad tales como autoestima, y el medio ambiente como fuente de apoyo social, pues deseaban conocer las consecuencias en la sintomatología depresiva. Encontraron que la disminución de la autoestima fue un factor importante en la vulnerabilidad para experimentar estrés, y en consecuencia en la depresión.

Kanner, Coyne, Schaeffer y Lazarus (1981) hicieron un estudio con adultos entre 45 y 64 años de edad, para evaluar los eventos de vida, los estresores cotidianos (trabajo, salud, familia, amigos y ambiente), a los satisfactores cotidianos (en las mismas áreas), y su impacto sobre la sintomatología psicológica, emociones positivas y emociones negativas. Encontraron que la escala de estresores cotidianos fue el mejor predictor de ocurrencia y persistencia de los síntomas psicológicos.

En otra investigación, Folkman y Colbs (1986) encontraron que las respuestas de afrontamiento se relacionaron significativamente con las opciones de afrontamiento. Dichas respuestas también se diferenciaron según las situaciones o encuentros satisfactorios o estresantes.

En 1988 Gruen, Folkman y Lazarus introducen el concepto de centralidad de los estresores cotidianos, en un intento para evaluar el significado diferencial de los estresores cotidianos, en donde un estresor cotidiano central es definido como aquel que refleja mayor trascendencia en la vida del individuo. Encontraron que la dimensión de centralidad desempeña un papel significativo en la predicción de los síntomas psicológicos.

Nuevamente Folkman y Lazarus (1988) a partir de los resultados que obtuvieron en sus estudios con parejas de adultos, proponen que las respuestas de afrontamiento son una variable mediadora entre la inicial evaluación cognitiva (que realiza la persona) del estresor y sus consecuencias emocionales. Es decir, ante dos momentos: las emociones antes y después de utilizar las respuestas de afrontamiento.

Finalmente, DeLongis y Colbs. (1988) encontraron una relación significativa entre el estrés cotidiano y la ocurrencia y persistencia de problemas de salud como dolores de cabeza, dolores de espalda, etc. Algo importante en este estudio es que las personas que reportaron no tener apoyo social y una autoestima baja, fueron los que tendieron a experimentar un incremento en sus problemas emocionales y somáticos. Esto sugiere que aquellos que no cuentan con suficientes recursos psicológicos se encuentran más vulnerables ante la enfermedad, así como en su estado anímico la cual presenta más disturbios si el estrés se incrementa, aún y cuando no sea a un alto nivel.

## ***MODELOS TEORICOS EVALUATIVOS***

Hasta aquí hemos revisado que la relación entre estrés y afrontamiento; entendida como un proceso, propone como consecuencia la alteración en el estado emocional del individuo. Ahora revisaremos someramente los modelos teóricos de evaluación del proceso y sus consecuencias ante los diferentes tipos de afrontamiento. Así mismo se presentará el modelo propuesto para esta tesis.

**1. Modelo propuesto por Pearlin y Colbs. (1978):** establecen que entre un evento disruptivo y los cambios en el estado anímico, hay variables mediadoras que influyen en el impacto de la relación estrés-estado emocional.

En cuanto a las respuestas de afrontamiento, las consideraron como conductas protectoras de daño psicológico hacia el individuo. La función protectora de la conducta de afrontamiento se puede expresar en tres formas:

a.- Haciendo una eliminación o modificación de las condiciones dadas por el problema: serían respuestas directas activas dirigidas a cambiar la fuente del estrés.

b.- Teniendo una percepción diferente al significado de la experiencia, en



aras de neutralizar su carácter de problemático, se cambia el significado psicológico o el impacto del estrés experimentado.

c.- Intentando mantener dentro de los límites de la tolerancia las consecuencias emocionales que se derivan de la situación estresante; resignación o aceptación del evento que causa estrés.

Proponen llevar a cabo una distinción entre recursos sociales, recursos psicológicos y respuestas de afrontamiento. Los primeros son los apoyos de su medio ambiente; los segundos, las características personales del individuo para asumir la amenaza de los eventos disruptivos que se presentan en su vida. Estos dos recursos están involucrados en las respuestas de afrontamiento.

**2. Modelo propuesto por Moss y Colbs. (1983):** plantean que el sistema ambiental (I), y el sistema personal (II) influyen en la relación de la evaluación cognitiva que se hace de un evento estresante y la respuesta de afrontamiento (IV), siendo también antecedentes de la relación que existe entre las circunstancias estresantes y las redes de apoyo social (III).). Estos autores diseñaron y adaptaron (entre otros) un instrumento que evalúa el método y el enfoque de afrontamiento, que caracterizaron así:

Método de afrontamiento:

1. Cognitivo activo
2. Conductual activo
3. Evitativo

Enfoque de afrontamiento

- a. Análisis lógico
- b. Búsqueda de información
- c. Resolución del problema
- d. Regulación afectiva
- e. Descarga emocional

**3. Modelo propuesto por Cervantes y Castro (1985):** Este modelo multivariado de estrés, resulta por demás interesante, ya que se deriva de su aplicación en grupos hispanos (principalmente México-Americanos residentes en Estados Unidos).

Afirman (Ibid) que la incorporación de mediadores tales como apoyo social, recursos internos, evaluación del estrés y respuestas de afrontamiento en la investigación del estrés y sus consecuencias emocionales han hecho que este modelo sea más sensible para detectar diferencias individuales y grupales. La base de este modelo se fundamenta en la interacción de la persona con su ambiente, y en las variables situacionales dentro de un contexto temporal (Cox, 1978; Coyne y Lazarus, 1980).

Cervantes y Castro, al trabajar su modelo en población hispana, han contribuido a elaborar un modelo que se ajuste más a las necesidades culturales y sociales de este tipo de población.

Su modelo tiene 7 pasos:

1.- estresores potenciales: estos pueden ser los llamados universales (terremotos, accidentes, etc.), y los simbólicos (baja autoestima, pérdida de objeto, etc.). Este último tiene que ser medido dependiendo del contexto cultural de la persona.

2.- Evaluación del estrés potencial: situaciones que generan mayor o menor estrés en las diferentes áreas de la vida.

3.- Mediadores internos: rasgos de personalidad, actitudes, valores, capacidad de adaptación, creencias culturales, etc.

4.- Redes de apoyo social

5.- Respuestas de afrontamiento: estas pueden ser conductuales o cognitivas que tienen la finalidad de reducir el significado estresante de un evento.

6.- Consecuencias a corto o largo plazo en el plano emocional y/o física.

**4.- Modelo propuesto para esta tesis:** Con base en los modelos mencionados con anterioridad, se va a plantear el presente modelo, tomando como estructura el propuesto por Cervantes y Castro, específicamente se va a abordar la problemática del estrés, y sus consecuencias emocionales en el embarazo, con

mujeres mexicanas del Instituto Nacional de Perinatología.

El primer aspecto a tomar en consideración es el embarazo mismo, que como hemos estado revisando, se trata de una etapa crítica en la vida de la pareja, y básicamente de la mujer. Los cambios que experimenta la persona ante un embarazo son múltiples: físicos, hormonales, emocionales, sociales, personales, de pareja, económicos, etc.

Todos estos cambios inciden de tal forma, que se tienen que hacer ajustes en todas las áreas.

Al delimitar esta etapa, estamos proponiendo un modelo que podría ser aplicado en las instituciones que se dediquen a los fenómenos de la reproducción, coadyuvando así a mejorar la calidad del servicio, logrando que se haga un tratamiento integral.

1. **Estresores psicosociales cotidianos:** En este punto estudiaremos los acontecimientos de la vida que inducen al estrés en el embarazo, ya que existen eventos específicos que tienen un impacto emocional sobre la mujer gestante.

2. **Evaluación cognitiva de estrés psicosocial:** Como se ha mostrado, la vulnerabilidad de los estresores potenciales cotidianos es grande, ya que si para una mujer un estrés cotidiano puede ser muy estresante, para otra no lo será tanto. Aquí se van a confrontar las variables personales y ambientales que tengan influencia en la evaluación del estrés cotidiano.

3. **Variables mediadoras internas:** Como variable mediadora interna vamos a tomar en consideración la autoestima, ya que hemos visto como ésta puede influir en la mujer para hacer una evaluación de sí misma como positiva o negativa, pudiendo convertirse en una fuente de estrés.

4. **Variables mediadoras externas:** En este rubro cobren importancia las redes de apoyo tanto familiares como sociales con las que cuenta la mujer. Está incluido el apoyo de la pareja. Es conocida la influencia de esta variable como mediadora en la evaluación del estrés.

5. **Respuestas de afrontamiento:** Se evaluarán las respuestas de afrontamiento ante situaciones de estrés. Esto es una situaciones que se da en forma personalizada. (respuestas de afrontamiento adaptativas y maladaptativas).

6. **Consecuencias sobre el estado emocional:** Como hemos mencionado con anterioridad, el estado emocional se puede asociar al impacto estresante de la vida

diaria estando de por medio tanto las variables internas, como externas. El estado emocional, y sus consecuencias a corto y largo plazo, serán evaluadas a través de instrumentos que midan ansiedad y depresión, ya que se sabe que estos estados se complican si no se resuelve la crisis del embarazo con efectividad.

# METODOLOGIA

Esta investigación se dividió en 2 fases. *La primera fase descriptiva y la segunda de intervención, tuvieron como objetivos generales y específicos los siguientes:*

## **OBJETIVOS GENERALES**

1. Conocer las alteraciones emocionales en pacientes gineco-obstétricas de un hospital público de tercer nivel de atención médica.

1.1 Reconocer las características del estado emocional de las pacientes que acuden al Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

1.2 Indagar las posibles relaciones entre alteraciones emocionales y complicaciones obstétricas.

2. Probar un programa de intervención breve.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Fase descriptiva

1.1 Reconocer la incidencia de alteraciones emocionales de pacientes con trastornos ginecológicos y obstétricos del INPer.

1.2 Realizar un seguimiento de complicaciones obstétricas de estas mujeres, y observar si se asocian a estados emocionales alterados.

1.3 Estratificar con base en características sociodemográficas (estado civil, edad, escolaridad, nivel socioeconómico y número de hijos), tomando como variable dependiente el malestar psicológico.

2. Fase de intervención

2.1 Probar la efectividad de un programa de intervención corto (de 8 semanas), para reducir los niveles de ansiedad y depresión de éstas mujeres.

2.1 Probar un instrumento específico de eventos estresantes en el embarazo.

2.2 Reducir sus niveles de ansiedad y depresión después de la implementación del programa.

2.3 Promover cambios en sus métodos de enfrentamiento y en sus niveles de autoestima.

2.4 Coadyuvar a la búsqueda de redes de apoyo

## **DISEÑO DE INVESTIGACION**

### **Fase descriptiva**

Se trata de una investigación de tipo replicativo, transversal, no experimental, cerrado, estudio de población, prospectivo, descriptivo.

### **Fase de intervención**

Este fue un diseño de pre-postest con grupo experimental y grupo control

## **MUESTRA**

### **Fase descriptiva**

Se conformó con mujeres de primer ingreso para su atención en el INPer, obteniéndose 225 pacientes obstétricas y 103 pacientes ginecológicas, que en acuerdo a las políticas de admisión de la institución respecto al tipo de paciente guardan una proporción 70% de las primeras y 30% de las segundas. El ingreso de estas mujeres a la investigación se hizo de acuerdo al porcentaje que marca la institución, capturándose todas y cada una de las pacientes que fueron aceptadas para su atención en el Instituto Nacional de Perinatología, pertenecientes a ambos grupos. Esto significa que tanto mujeres ginecológicas como obstétricas formaron parte de la muestra que representa al total de pacientes del INPer.

### **Fase de intervención**

Las mujeres que conformaron la muestra fueron en total 193, las cuales fueron captadas por cuota, estableciendo un criterio por tiempo. Es decir, todas aquellas pacientes que reunieron los criterios de inclusión, durante un período de un mes. Los criterios para ingresar a la investigación fueron los siguientes:

1. ser casadas, o estar en unión libre

2. Tener un embarazo de 12 semanas de gestación como máximo
3. No psicóticas o debilidad mental (criterio clínico)
4. Saber leer y escribir como mínimo.

## **PROCEDIMIENTO**

### **Fase descriptiva**

Las 328 pacientes se capturaron en 3 meses, siendo seleccionadas 10 diariamente hasta que se cubrió la cuota. Se les informó verbalmente de los fines de la investigación, y se les dio a firmar un formato de consentimiento aplicándoles de inmediato el instrumento elegido.

### **Fase de intervención**

Después de invitarlas a participar en la investigación, se les aplicaron los instrumentos propuestos, en un cubículo de Psicología de la Consulta Externa del Instituto Nacional de Perinatología.

No hubo tiempo límite para contestarlos, habiendo tenido un promedio de duración para responder de 30 minutos.

Se ingresaron al programa pacientes clasificadas como "caso" y "no caso", explicándoles la finalidad y el tiempo de duración del mismo. Fueron sesiones, una vez por semana, de una hora y media cada sesión. Al finalizar el programa se reaplicaron los mismos instrumentos.

## **CRITERIOS DE INCLUSION**

- Pacientes que acudieron al INPer para su atención
- No psicóticas (criterio clínico)
- No retraso mental (criterio clínico)

## VARIABLES

### DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

Variable Independiente:

Intervención psicoterapéutica a través de la asistencia al programa psicoeducativo.

Variables dependientes:

a) Autoestima: cambios en la calificación del Inventario de Autoestima de Coopersmith

b) Ansiedad: Cambios en la calificación de Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE)

c) Depresión: Cambios en la calificación de la Escala de Automedición de la depresión (ZUNG)

d) Afrontamiento: Cambios en el modelo de enfrentamiento

## INSTRUMENTOS

### Fase descriptiva

**Cuestionario General de Salud de Goldberg.**- Versión de 30 reactivos. Es un instrumento autoaplicable, originalmente desarrollado por D. Goldberg (Goldberg D.P. 1972), el cual está orientado hacia la detección de trastornos mentales no psicóticos en población general. El cuestionario está integrado por 60 reactivos en forma de preguntas con cuatro opciones de respuestas y que proporciona información del estado actual del entrevistado, por lo que no puede ser una medida de atributos duraderos, ni evalúa la probabilidad de recaer en el futuro.

La serie de investigaciones efectuadas en México, se han enfocado a varios aspectos:

a) estandarización y validación del instrumento (Castro, 1982, Martínez-Lanz, 1983, Medina-Mora, 1983, Padilla P, 1984).

b) búsqueda de formas abreviadas del cuestionario para que sea más sencillo y su aplicación de menor tiempo (Ezban, 1985, Medina-Mora, 1983).



c) detección de pacientes con algún grado de desorden emocional en poblaciones que acuden a solicitar atención médica general (Padilla GP, 1984; Padilla P, 1984).

d) determinar la utilización de servicios de asistencia en pacientes con problemas de salud mental (Martínez-Lanz, 1984).

e) detección de alteraciones emocionales en pacientes obstétricas y ginecológicas (Gómez EM, Morales CF, 1990).

Los estudios de validez utilizando como criterio externo el juicio clínico psiquiátrico por medio de la entrevista psiquiátrica estandarizada de Goldberg y Colbs (Medina-Mora, 1983), dan como resultado una sensibilidad entre 72 y 78.7%, con una especificidad de entre el 72.98 y 78%, que demuestran un instrumento equilibrado que permite identificar "casos potenciales" en la población general.

Las investigaciones sobre prevalencia de trastornos mentales en la práctica médica general, mostraron frecuencias que fluctuaron entre el 25.6 y 51.6%, de los cuales alrededor de un 5% presentaron síntomas de suficiente severidad para recibir atención psiquiátrica hospitalaria.

En cuanto al estudio sobre la utilización de servicios de salud en pacientes determinados por el cuestionario como "casos", se observó que estos solicitaban mayor número de consultas médicas ( $p < 0.01$ ), tomaban mayor número de medicamentos y duraban más tiempo hospitalizados ( $p < 0.001$ ) que aquellos pacientes reportados como "no casos" por el instrumento.

Por medio de análisis factoriales se han obtenido versiones reducidas y escaladas con 28 y 30 reactivos, con una sensibilidad del 72% y una especificidad del 73% para ambas.

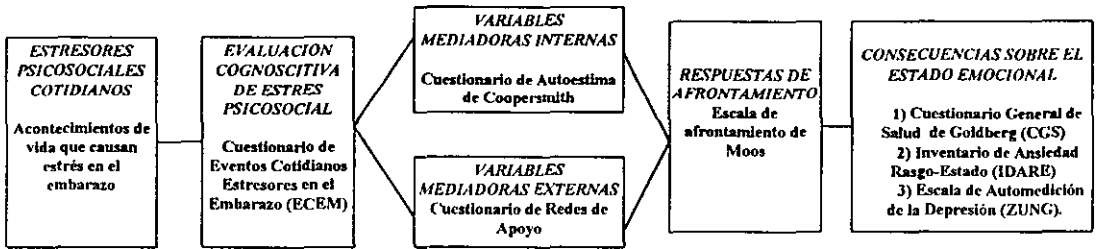
Esta es una prueba autodescriptiva, en la que el paciente puede catalogar una respuesta en 4 posibles opciones, señaladas cada una. Tiene una duración aproximada de aplicación de 10 minutos y es, como se señaló anteriormente, autoaplicable. Se solicitan respuestas de los síntomas anotados cuando éstos han ocurrido durante los últimos 15 días. Su calificación es manual y consiste en sumar los reactivos contestados en las columnas 3 y la columna 4.

## Fase de intervención

Se aplicaron los siguientes instrumentos:

1. Cuestionario de Eventos cotidianos estresores en el embarazo (EC). Diseñado y elaborado por la autora de esta investigación
2. Inventario de Autoestima de Coopersmith
3. Cuestionario de Red de apoyos. Diseñado y elaborado por la autora de esta investigación.
4. Escala de afrontamiento de Moss
5. Cuestionario General de Salud de Goldberg
6. Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE)
7. Escala de Automedición de la depresión (ZUNG)

Fueron elegidos estos instrumentos con base a la propuesta de modelo de evaluación de situación de estrés en donde:



## DISEÑO DEL CUESTIONARIO DE EVENTOS COTIDIANOS ESTRESORES EN EL EMBARAZO.

Este cuestionario se diseñó, en principio, para ser utilizado en la evaluación del proceso, y seguidamente para poder crear un instrumento que pueda ser útil para detectar problemática específica psicosocial que comprometa la situación emocional de la mujer gestante.

## CONSTRUCCION DEL CUESTIONARIO

El primer paso que se siguió fue un estudio piloto con 50 mujeres del INPer, para obtener una lista de los estresores cotidianos alrededor de su embarazo, en relación a los conflictos con la pareja, familia, sexualidad, ingreso económico, salud e hijos, y otros aspectos de su vida. En este último rubro, 43 de las 50

mujeres expresaron su deseo de obtener trabajo, continuar en el mismo o tener un ingreso económico que les permitiera independizarse de lo que les daba el marido. Por lo tanto se decidió incluir reactivos que tuvieran que ver con aspectos laborales.

A partir de este estudio, se realizó el cuestionario final, agregándole la intensidad de la molestia que le causó el conflicto, para darle más fuerza a la pregunta. Este cuestionario es autoaplicable, con 40 afirmaciones de SI o NO, describiendo la conflictiva de cada una de las áreas.

Los reactivos del instrumento se analizaron por medio de un análisis factorial, utilizando el programa SPSS para Windows, versión 5.0 de factores principales, con iteraciones y rotación varimax

En un principio se hizo un análisis de los componentes principales, de donde se obtuvieron 13 factores con un valor eigen mayor o igual a 1.00, que correspondieron al 61.7% de la varianza total. (Tabla 4)

FACTOR	VALOR EIGEN	% DE VARIANZA	VARIANZA ACUMULADA
1	4.89037	12.2	12.2
2	3.39676	8.5	20.7
3	2.16439	5.4	26.1
4	1.99782	5.0	31.1
5	1.83057	4.6	35.7
6	1.75964	4.4	40.1
7	1.53498	3.8	43.9
8	1.33047	3.3	47.3
9	1.25252	3.1	50.4
10	1.23987	3.1	53.5
11	1.14171	2.9	56.3
12	1.08322	2.7	59.1
13	1.06478	2.7	61.7

**Tabla 4:** Valores eigen de los factores mayores a 1.

Debido a que fueron muchos factores, se realizaron otros dos análisis factoriales con una solución obligada a 6 y 5 factores respectivamente. La mejor conceptualización se derivó de la primera opción. Aquí fue explicado el 40.1% de a varianza total (tabla 5).

FACTOR	VALOR EIGEN	% DE VARIANZA	VARIANZA ACUM
1	4.89037	12.2	12.2
2	3.39676	8.5	20.7
3	2.16439	5.4	26.1
4	1.99782	5.0	31.1
5	1.83057	4.6	35.7
6	1.75964	4.4	40.1

**Tabla 5:** Solución factorial obligada a 5 factores.

Después se identificaron cada uno de los 6 factores con un mayor número de reactivos de peso alto y significativo ( $> .40$ ), obteniéndose escalas más puras. Se sacó un factor por no tener más de dos reactivos en él.

De esta forma fue posible reconocer 5 subescalas:

1. Relaciones positivas
2. Relaciones negativas
3. Embarazo y limitación
4. Economía y Trabajo
5. Entorno Social.

FACTOR 1 RELACIONES POSITIVAS	FACTOR 2 RELACIONES NEGATIVAS	FACTOR 3 EMBARAZO Y LIMITACION	FACTOR 4 ECONOMICO- LABORAL	FACTOR 5 ENTORNO SOCIAL
16) Mi pareja me ha dado apoyo económico .70	10) A Mi pareja le ha molestado que no lo atienda .55	27) He tenido complicaciones en mi embarazo .52	11) He gastado mucho en medicinas, consultas, estudios. .44	21) Hemos estado viviendo con mis padres (o suegros) .48
20) Tenemos diversiones .44	2) Mi pareja se impacienta más fácilmente conmigo .63	28) He tenido molestias en mi embarazo .61	12) Por mi embarazo he tenido que faltar o dejar de trabajar .42	23) Mi madre o mi padre se ha angustiado por mi salud .41
38) Mi pareja desea tener relaciones sexuales .48	32) Me he vuelto enojona desde mi embarazo .63	30) Tengo miedo de perder este bebé .49	13) Ha alcanzado el gasto .55	25) Mi madre desahoga sus problemas conmigo .66
3) Mi pareja me pone mucha atención .70	40) Mis otros hijos se han vuelto rebeldes .45	33) Me he sentido inútil .49	17) Mi pareja se quedó sin trabajo .59	35) Muchas gentes opinan sobre mi embarazo .45
4) Mi pareja me dice lo que siente y piensa .75	5) Han aumentado los problemas en mi matrimonio .52	34) He perdido capacidades físicas desde el embarazo .58	18) Estamos limitados económicamente .57	
6) Mi pareja coopera con las labores del hogar .68		39) Mi embarazo limita que atienda a mis otros hijos .46	19) Mi pareja ha estado muy preocupado por la falta de dinero .55	
7) Mi pareja ha sido un apoyo emocional .78				
8) Mi pareja me ha acompañado a mis consultas .60				

Alpha Total: .6207

Esta solución produjo factores independientes, solo 1 reactivo pesó en más de un factor, mismo que se dejó en el factor donde fue mayor su peso.

## CUESTIONARIO DE EVALUACION DE REDES DE APOYO

Para saber cuales fueron las principales redes de apoyo con los que contaba la mujer, se diseñó una cédula de registro para poder identificar las más importantes fuentes de apoyo, tanto familiares como sociales. Esto, se hizo haciendo la aseveración "cuando tengo problemas con", y se agregaba una fuente de conflicto, para que pudiera responder en el rubro de "acudo a". Las opciones de respuesta que permitieron identificar a quienes acudían cuando tenían problemas fueron: pareja, padre/madre/hermanos, amigos, médico. Se agregó una opción llamada "nadie", para saber la frecuencia con que se contestaba este rubro.

## INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (DARE)

Este es un instrumento que intenta cuantificar los fenómenos de ansiedad. La construcción de esta escala se inició en 1964 en Estados Unidos de Norteamérica, con la meta de desarrollar una prueba que tuviera medidas objetivas de auto-evaluación tanto de la ansiedad estado (A-Estado), como de la ansiedad rasgo (A-Rasgo). Estados Unidos ha generado una gran cantidad de investigaciones que han demostrado la utilidad y versatilidad del instrumento en la medición de la ansiedad. También se ha verificado que su contenido, su confiabilidad y validez de constructo se correlacionara favorablemente con otras pruebas que miden ansiedad (Ysseldyke, 1981).

Este instrumento fue construido por Spielberger y Gorsuch en 1964, y su utilización primera fue para realizar investigación (Dfáz-Guerrero, 1975).

Consta de 2 cuestionarios de 20 reactivos cada uno, destinados a medir ansiedad rasgo y ansiedad estado respectivamente. Las preguntas utilizan la sintomatología más característica de la ansiedad y se responde de acuerdo a una escala cualitativa y progresiva de 4 opciones. La calificación se hace por medio de una plantilla que presenta los valores correspondientes a la respuesta de cada reactivo.

En 1967, el instrumento se utilizó con individuos emocionalmente perturbados, a través de los cuales se logró mostrar sus ventajas. Además se ha correlacionado con otras pruebas y con instrumentos que miden la depresión, obteniendo repetitivamente confiabilidad y validez (Spielberger, 1967).

Como se ha revisado, el IDARE ha demostrado cubrir las condiciones necesarias para ser considerado un adecuado instrumento de medición, ya que por su estructura contiene un buen nivel de objetividad, cumpliendo con los requisitos teóricos y metodológicos que se exigen para que se considere una escala eficaz (Redondo, 1967).

A continuación se nombrarán 3 investigaciones que han correlacionado el IDARE con otras escalas que miden ansiedad, y con pruebas de personalidad:

1) Hodges y Felling (1979), y Lamb (1969) obtuvieron, con escalas de ansiedad, las correlaciones más altas bajo condiciones en que se vio amenazada la autoestima.

2) Jackson aplicó el IDARE y su prueba de personalidad, encontrando que las calificaciones promedio A-Rasgo y A-Estado de personas con problemas emocionales, resultaron ser significativamente superiores a los que tenían problemas educacionales o vocacionales.

En 1989 se realizó una normalización de este instrumento (Morales C, González C, 1990), con mujeres que cursaban embarazo sin patología médica. Dicho estudio se realizó en el INPer.

El objetivo de tal investigación es el de ajustar las normas del IDARE, en una población específica (embarazadas). Esto permitió:

- a) adaptar este instrumento a las características poblacionales de México.
- b) establecer (a través de lo anterior) parámetros de evaluación terapéutica.
- c) tener una base para continuar la investigación clínica.
- d) medir o cuantificar la ansiedad en este período de la reproducción humana.

Se obtuvieron normas distintas en puntuación T para la muestra. La media fue de 34.72 con una desviación estándar de 8.25 para la dimensión estado, y 37.75, con desviación estándar de 9.25 para rasgo.

Por lo que, los puntajes brutos que se tomarán en esta investigación serán:

\*A-Estado = 43

\*A-Rasgo = 47

### **INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH (IAC)**

Este es un instrumento de tamizaje de medición de la autoestima. La primera escala fue destinada para niños de 5º y 6º grados de primaria, en 1967. La creó

Coopersmith y consta de 58 reactivos y se tomó como base para el desarrollo de la versión para adultos.

En 1959 comenzó un estudio sobre autoestima, la cual define como "el juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia si mismo. Es una experiencia subjetiva que se trasmite a los demás por reportes verbales o conducta manifiesta". La versión para adultos consta de 25 afirmaciones con respuestas dicotómicas (SI o NO). Se califica sumando los reactivos directos e inversos. El "SI" tiene una calificación de 0 (cero) y el "NO" de 1 (uno) en los directos, y es al contrario en los inversos (SI = 0, NO = 1).

En 1993, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, se abocó a la tarea de estudiar la confiabilidad y la validez de constructo y concurrente de esta escala en su versión de adultos en población mexicana, así como las diferencias en autoestima por edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación. Fue traducido al Español con base en la traducción del mismo inventario en su versión para niños, en el cual se usó el procedimiento de traducción doble. Además se aplicó el cuestionario de personalidad de Eysenck (CPE) cuyos datos sobre validez y confiabilidad para población mexicana se han reportado (Eysenck y Lara-Cantú, 1989). Con este cuestionario correlacionaron el IAC.

Participaron en este estudio 411 personas: 211 mujeres y 200 hombres de la Ciudad de México. Se seleccionaron personas con diversas ocupaciones, escolaridad, estado civil y edad.

Los resultados mostraron una adecuada validez y confiabilidad del instrumento en la población que se estudió (Lara-Cantú, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993).

**ESCALA DE AUTOMEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN (EAMD).**- Esta prueba mide cuantitativamente la intensidad de la depresión sin tomar en cuenta el diagnóstico (Zung, 1965). Comprende 10 reactivos positivos y 10 reactivos negativos; en cada uno de los reactivos existen cuatro posibilidades de respuestas, y estos son contestados inmediatamente ante la lectura de la pregunta. Ahora bien, aún y cuando se han desarrollado una gran variedad de escalas para saber la respuesta clínica en estudios terapéuticos de depresión, son pocas las que se emplean; la EAMD ha mostrado sensibilidad para diferenciar pacientes deprimidos antes y después del tratamiento, en comparación con un grupo control no deprimido.

En 1972, Zung y Brown demostraron una significativa correlación entre las escalas 2 (Depresión) del MMPI y la EAMD; Kerner y Jacobs (1988) trataron de



relacionar los puntajes de la escala de depresión de Beck con la de Zung, y encontraron que ambas escalas se asociaron en forma significativa. En la escala de Beck no se identifican las diferencias de género, peso si de edad, ocurriendo lo contrario en la EAMD.

En cuanto a la normatización, Knight y Colbs (1985), aplicaron esta escala en Nueva Zelanda, llegando a enfatizar la necesidad de establecer normas específicas en esta población, esto a pesar de que la prueba mostró una fuerte consistencia interna.

En 1993, González y Morales realizaron la normalización del instrumento en mujeres que cursaban con un embarazo normal. Los resultados permitieron agrupar a una muestra de 109 pacientes considerando una sola aplicación y se ajustaron los baremos a una escala de 25 a 100 normalizados. De acuerdo a la distribución de la muestra, se obtuvo una media de 36.46 y una desviación estándar de 7.91. Esto significa una variación de 4 puntos en bruto para alcanzar el punto de corte del instrumento.

### ESCALA DE RESPUESTAS PARA ENFRENTAR SUCESOS IMPORTANTES

Esta escala es una sección del Cuestionario sobre Salud y Hábitos de Vida de Moss (1983). Está compuesta por una serie de opciones de respuestas con las cuales una persona puede enfrentarse a los problemas o sucesos que considera de importancia, para indicar la frecuencia en una escala tipo Likert de 3 puntos (1=no, nunca; 2=si, a veces; 3=si, con frecuencia). La clasificación de estas respuestas de afrontamiento se puede hacer de dos formas: la primera corresponde al método utilizado para enfrentarse al problema que puede ser: a) cognitivo activo, b) conductual activo y c) evitativo. La segunda clasificación se basa en el enfoque que se le da al afrontamiento: a) análisis lógico, b) búsqueda de información, c) solución del problema, d) regulación afectiva y e) descarga emocional. La forma de calificación se hace sumando las opciones de respuestas de afrontamiento afirmativas incluidas en cada clasificación. Para esta investigación solo se tomaron en cuenta los métodos de afrontamiento del problema.

# DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

## EMBARAZO

A continuación se expone el programa tal y como se planeó, llevando la parte informativa con base en los planteamientos del "Ciclo Vital de la Familia" de Lauro Estrada Inda (1989).

El embarazo es un acontecimiento al que se le ha adjudicado una gran cantidad de mitos y expectativas que pueden llenar de angustia y zozobra cuando la persona no cumple con ellas.

Enumeremos algunas de ellas:

1. El embarazo es la única posibilidad de "realización" de la mujer.
2. Uno ama al hijo desde que está en "las entrañas"
3. El embarazo une a la pareja que está desunida
4. Quejarse mucho del embarazo significa rechazo al bebé.

Los estudios que se han realizado alrededor del embarazo indican que este, por muy deseado y planeado que haya sido, promueve la generación de emociones encontradas. Ej: miedo hacia sí misma, el bebé, incertidumbre y dudas. Esto se puede dar sobre todo porque se limitan las actividades, y más aún si el embarazo está complicado o se está en el último trimestre.

También se sabe que el hecho de estar embarazada provoca una conducta de ensimismamiento, que puede ser fácilmente confundida con sentimientos de tristeza que la mujer no entiende y que puede provocar culpa. Ej: ¿Porque si yo quería este bebé me siento triste?.

Las molestias físicas pueden ser múltiples: náuseas, vómitos, calambres, dolor de espalda, etc., que se exacerban -en algunas mujeres- porque puede existir un fondo depresivo y ansioso.

Es por estas razones que se propone este programa para probar el modelo propuesta en esta investigación.

## OBJETIVO GENERAL

Probar un programa psicoeducativo a través de la técnica de grupo operativos, con mujeres embarazadas.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Coadyuvar a la utilización del método de afrontamiento cognitivo-activo
- Disminuir los niveles de ansiedad
- Disminuir los síntomas depresivos

## ENCUADRE

Lugar: cámara de Gesell del Departamento de Psicología del INPer

Horario: Viernes de 9-10:30, 11-12:30, 12:30-14:00 hrs.

Frecuencia: una vez por semana

No. de sesiones: 12 (doce)

Composición de los grupos: heterogéneos en escolaridad, ocupación, número de hijos, estado civil y antecedentes gineco-obstétricos.

## PROCEDIMIENTO

- a) Formación de los grupos: se aceptaron por cada grupo, un número mínimo de 10 y un máximo de 20 que tuvieran 20 semanas o menos de gestación.
- b) Se les dió la información general acerca de los aspectos formales del trabajo grupal: duración, horario, temas, modalidad de trabajo
- c) Secuencia de sesiones: se pretendió dar un programa estructurado, cuya secuencia temática estuvo previamente elaborada. Sin embargo, esto fue ser flexible dadas las necesidades y el momento grupal. No se pretendió que el grupo se llevara solo nociones "intelectuales" que serían olvidadas en poco tiempo. Tampoco se tuvo como objetivo que el grupo se convirtiera en psicoterapéutico. Lo que se quiso lograr fue que el grupo pudiera llegar a establecer un clima cordial y de acercamiento que diera la apertura para que se manifestaran los temores y contenidos que fuesen más importantes para ellas.

Fue, entonces, un grupo semi-estructurado para disminuir las ansiedades básicas del primer momento que impedirían dar la pauta de cohesión grupal, lo cual no les permitiría tener una experiencia vivencial.

## MODALIDAD

En la primera sesión se hicieron las presentaciones entre los miembros del grupo, y su motivación de estar ahí. Se solicitó se presentasen y

platicasen algo de su vivencia en el embarazo.

A continuación se expuso el tema, con duración de no más de 20 minutos, dejando el tiempo restante para que el grupo trabajara sobre el material informativo presentado.

De acuerdo a las ansiedades que surgieron de los emergentes, se fue conduciendo la temática para las siguientes sesiones. El grupo determinó los contenidos. También la secuencia en el uso de materiales se hizo en función del propio proceso grupal.

## TECNICA

Se escogió la técnica de grupo operativo, porque se puede trabajar con contenidos informativos y cognoscitivos que remueven fuertes emociones. Esto se toma en consideración para promover que el material informativo sea asimilado e incorporado al repertorio interno de quien lo recibe. Existió, entonces, o se pretendió que hubiera comunicación y aprendizaje, haciendo explícito lo implícito.

## TEMAS

Embarazo y:

- a) pareja
- b) hijos
- c) economía
- d) sexualidad
- e) expectativas
- f) salud

Como se mencionó anteriormente, al finalizar el programa se reaplicaron los mismos instrumentos.

## PRUEBA PILOTO

### FASE DESCRIPTIVA

Se aplicaron 50 cuestionarios a las pacientes, mismas que no fueron parte de la muestra, para observar el procedimiento y las dificultades que pudieran surgir con la aplicación. Esta prueba piloto duró una semana.

## **TECNICAS DE ANALISIS ESTADISTICO**

Se emplearon medidas de resumen para describir los datos sociodemográficos, tales como frecuencias, medias, etc. Se hizo uso de gráficas y tablas para la mejor comprensión de los datos. Estos fueron procesados con métodos de estadística multivariada, mediante el paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS).

## **RESULTADOS**

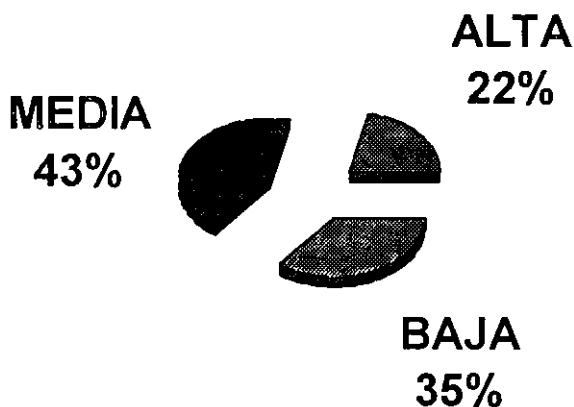
### **FASE DESCRIPTIVA DE LA INVESTIGACION**

Se capturaron en total 328 pacientes, de las cuales el 52.1% resultaron "caso" con el CGS, considerando como punto de corte 7/8, tal como fue calibrado para una población semejante en la misma institución (Gómez, 1990). A continuación se desglosan los resultados de la *muestra total*.

#### **DATOS SOCIODEMOGRAFICOS**

##### **Clasificación socioeconómica**

Al 34.5% de la población le fue asignada la clasificación baja, en la clase media se encontró el 43%, y al 21.6% le correspondió la clase alta (de acuerdo a los criterios establecidos por el Departamento de Trabajo Social del INPer)<sup>1</sup> (Gráfica 1)

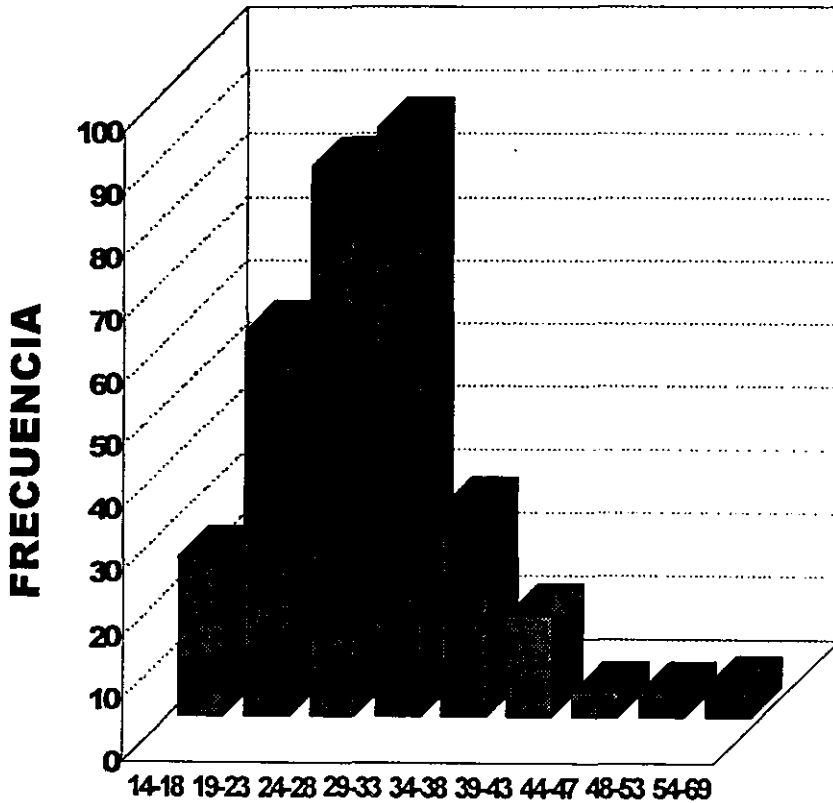


**Gráfica 1: Clasificación socioeconómica muestra total**

<sup>1</sup> La clasificación socioeconómica se tomó con base a los criterios establecidos por el Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Perinatología. Dicha clasificación va de la "A" (más baja) a la "J" (más alta).

### Edad

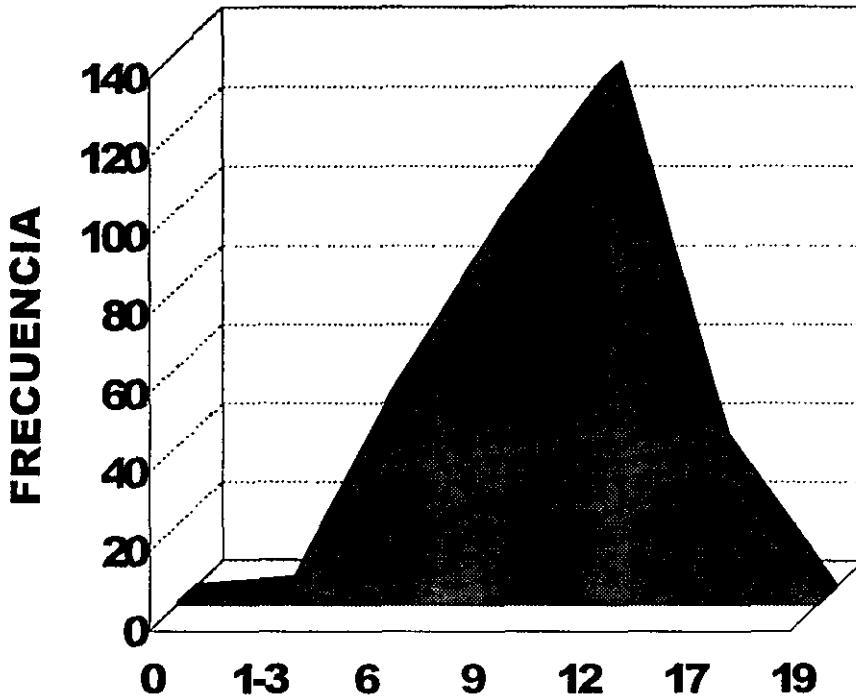
La edad promedio fue de 28.4 +/- 7.8 años, distribuyéndose por grupos de edad que fueron de los 14 a los 69 años de edad, siendo la media más alta la del grupo que abarcó de los 29 a los 33 años (28.3%). (Gráfica 2).



Gráfica 2: Edad de la muestra total.

### Escolaridad (en años)

El 0.3% de la muestra era analfabeta, 0.9% sabía leer y escribir, 16.5% primaria, 29.6% secundaria, 40.5% preparatoria, 11.9% profesional y 0.3% tenía estudios de posgrado (Gráfica 3).

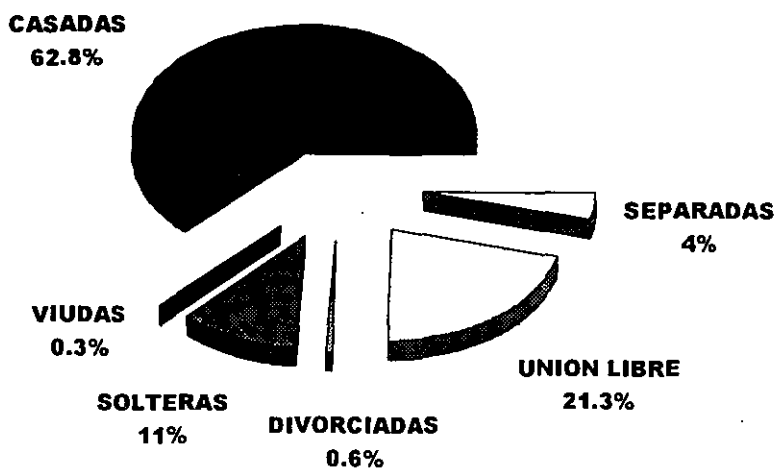


Gráfica 3: Escolaridad de la *muestra total*



## Estado Civil

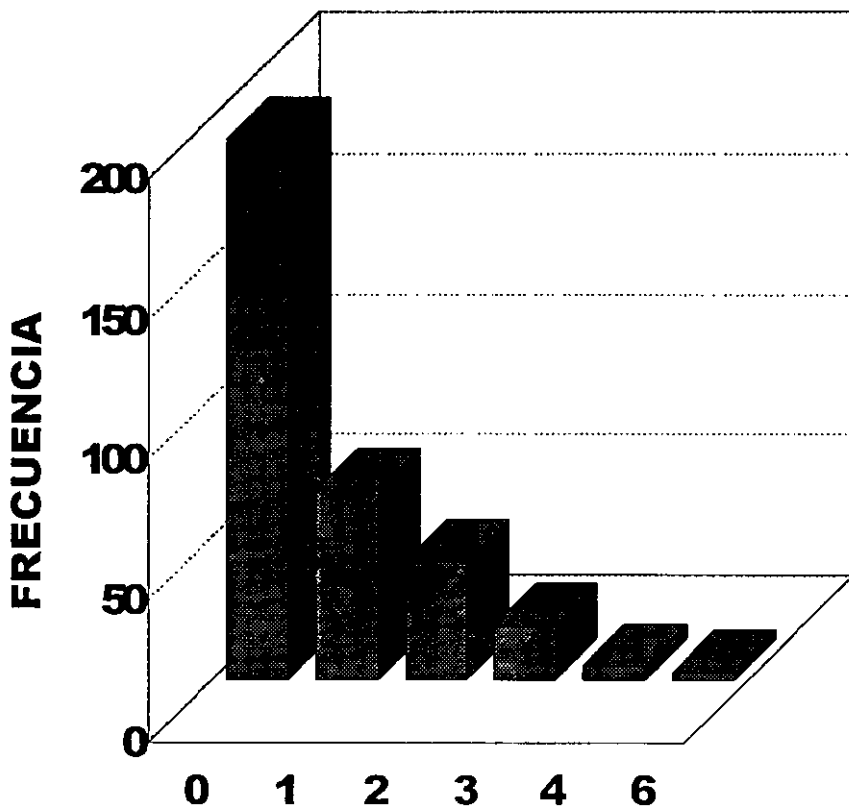
El 62.8% de estas mujeres estaban casadas, 21.3% unión libre, 11% solteras, 4% separadas, 0.6% divorciadas y 0.3% viudas (Gráfica 4).



Gráfica 4: Estado Civil de la *muestra total*

### Número de hijos vivos

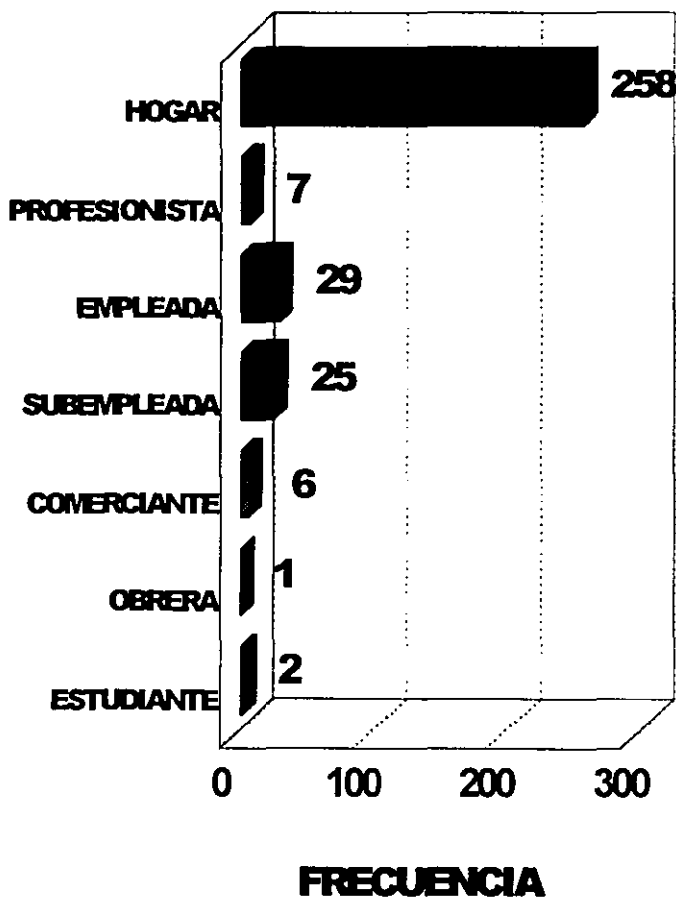
Sin hijos 58.5%; un hijo 20.4%; dos hijos 12.8%; tres hijos 5.8%; cuatro hijos 1.5% y seis hijos 0.9% (Gráfica 5).



Gráfica 5: Número de hijos vivos  
*muestra total*

## Ocupación

El 78.7% de la población se dedicaban a las labores del hogar, el 2.1% era profesionistas, 8.8% empleadas, el 7.6 subempleadas, el 1.8% comerciantes, el 0.3% obreras y 0.6% estudiantes (Gráfica 6).



Gráfica 6: Ocupación de la *muestra total*

A continuación se presentarán los resultados de cada grupo por separado. El grupo 1 será el de las pacientes Ginecológicas, y el grupo 2 el de las pacientes embarazadas (Obstétricas).

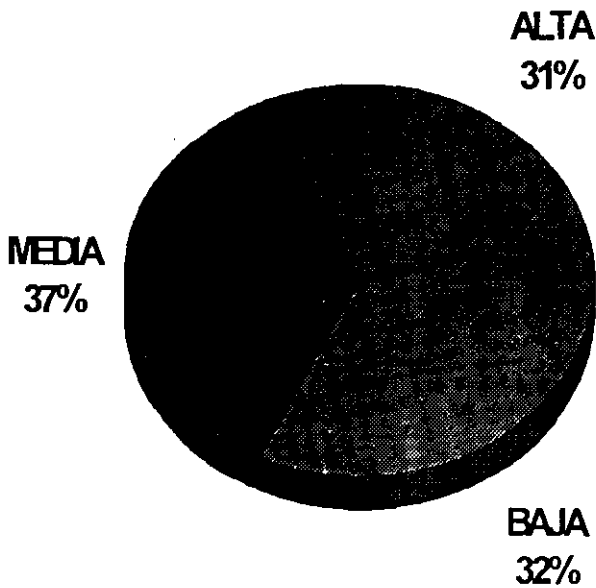
### GRUPO 1 GINECOLOGICAS

De las 328 pacientes 103 fueron ginecológicas. De éstas el 30.1% puntuó con suficientes síntomas positivos como para ser consideradas como "caso".

#### DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

##### Clasificación socioeconómica

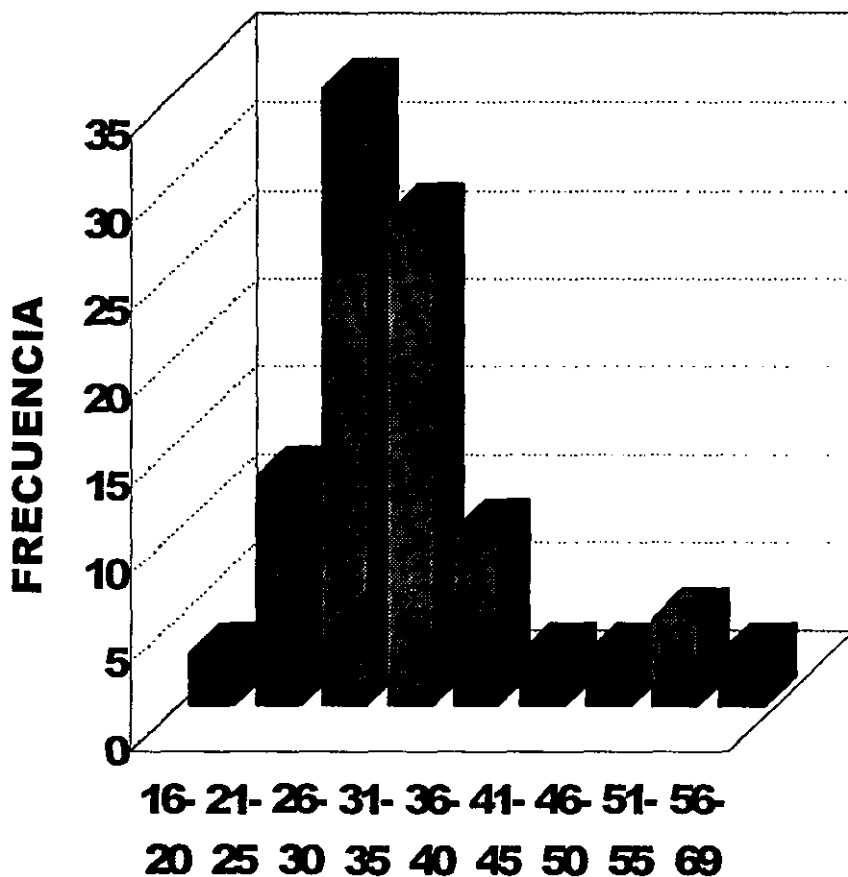
El 32% tuvo una clasificación baja, el 36.9% media, y el 31.1% alta (Gráfica 7).



Gráfica 7: Clasificación socio-económica Ginecológicas

## Edad

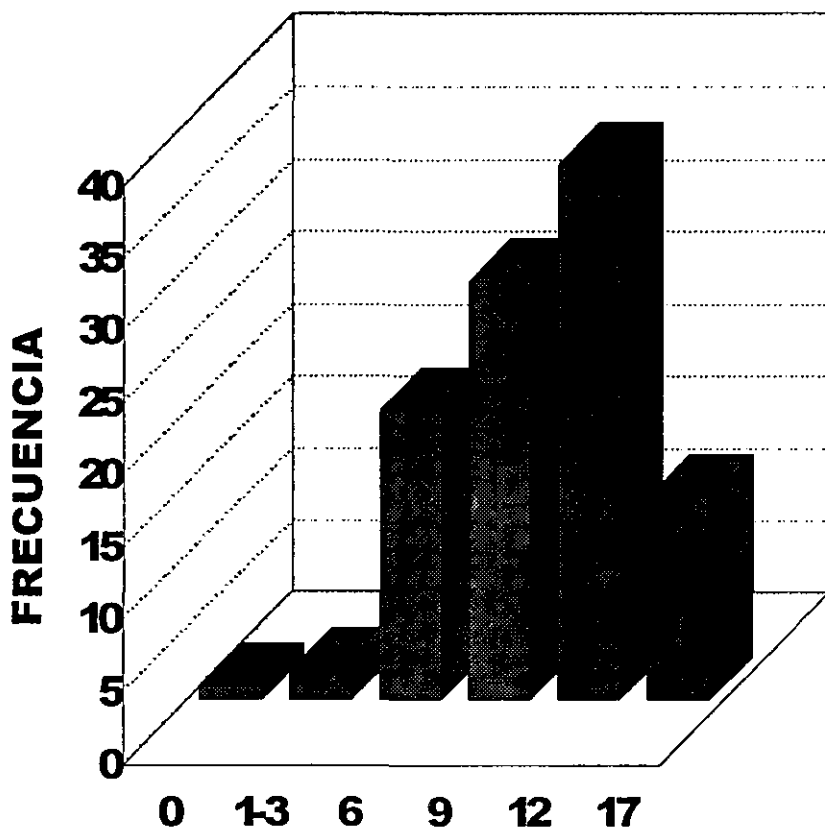
La edad promedio fue de 32.5 +/- 9.2 años, siendo el porcentaje de edad por grupos el siguiente: 16-20 2.9%, 21-25 12.6%, 26-30 34.3%, 31-35 27.1%, 36-40 9.7%, 42-44 2.9%, 47-50 2.9%, 51-53 4.8%, 57-69 2.9% (Gráfica 8)



Gráfica 8: Edad *Ginecológicas*

### Escolaridad (en años)

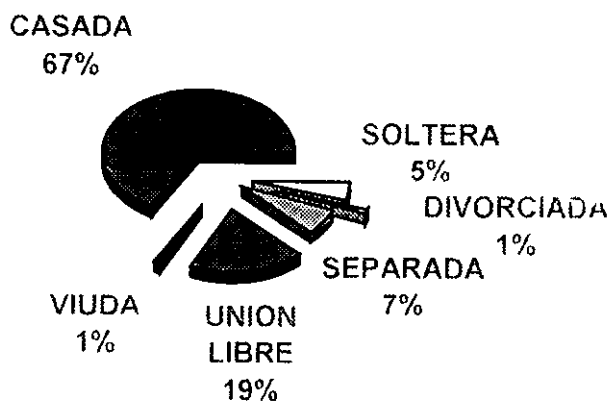
El 1% de la muestra era analfabeta, el 2% solo leía y escribía, el 19.4% tenía la primaria, el 28.2% la secundaria, 35.9% preparatoria y 13.6% profesional (Gráfica 9).



Gráfica 9: Escolaridad *Ginecológicas*

## Estado Civil

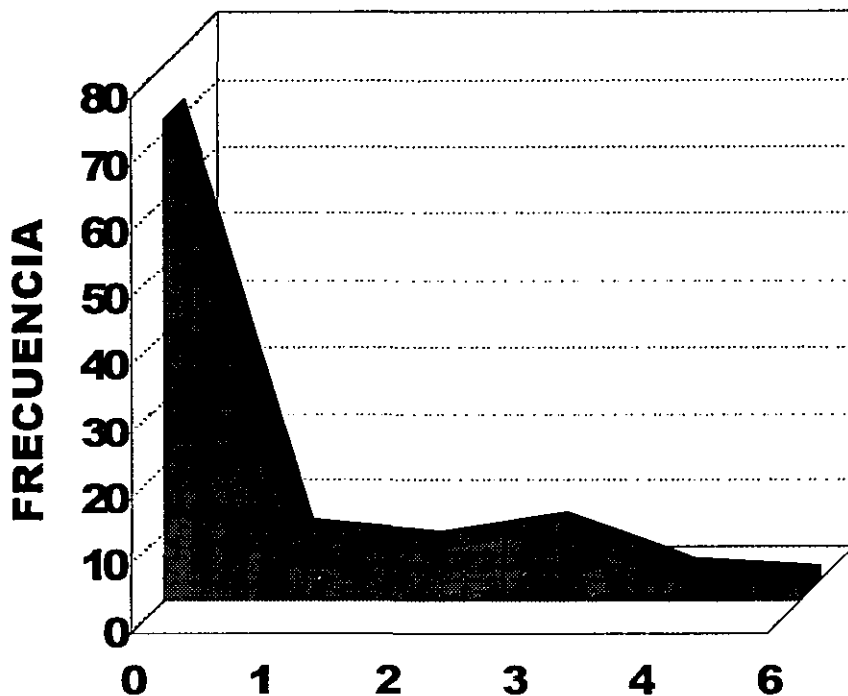
De esta muestra el 67% eran casadas, 19.4% unión libre, 4.9% solteras, 6.8% separadas, 1% divorciadas, teniendo el mismo porcentaje las viudas (Gráfica 10).



Gráfica 10: Estado Civil *Ginecológicas*

### Número de hijos vivos

El 69.9% no tenía hijos, 8.7% un hijo, 6.8% dos hijos, 9.7% tres hijos, 2.9% cuatro hijos y 1.9% seis hijos vivos (Gráfica 11).

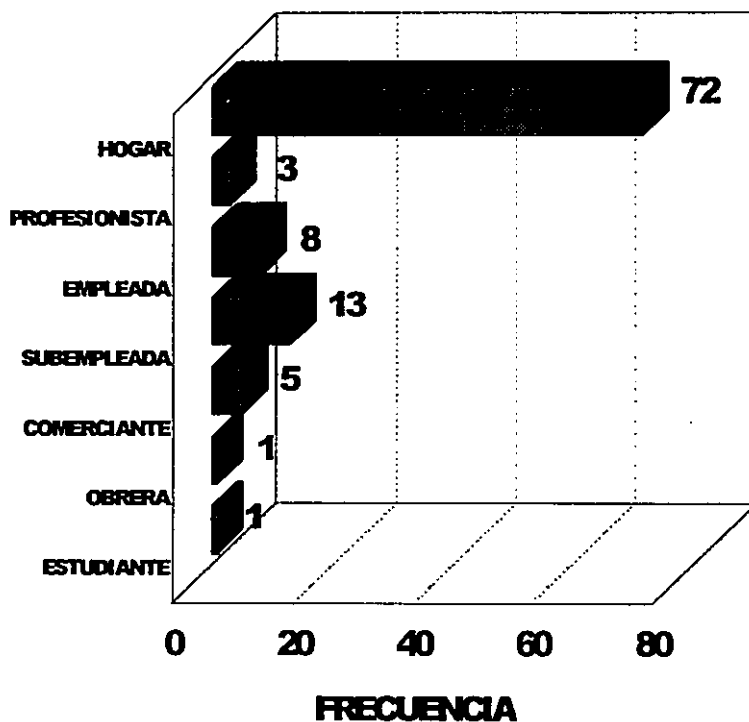


Gráfica 11: Número de hijos vivos  
*Ginecológicas*



## Ocupación

De esta población el 62.9% se dedicaban al hogar, 2.9% profesionistas, 7.8% empleadas, 12.6% subempleadas, 4.9% comerciantes. 1% obreras y 1% también, estudiantes (Gráfica 12)



Gráfica 12: Ocupación *Ginecológicas*

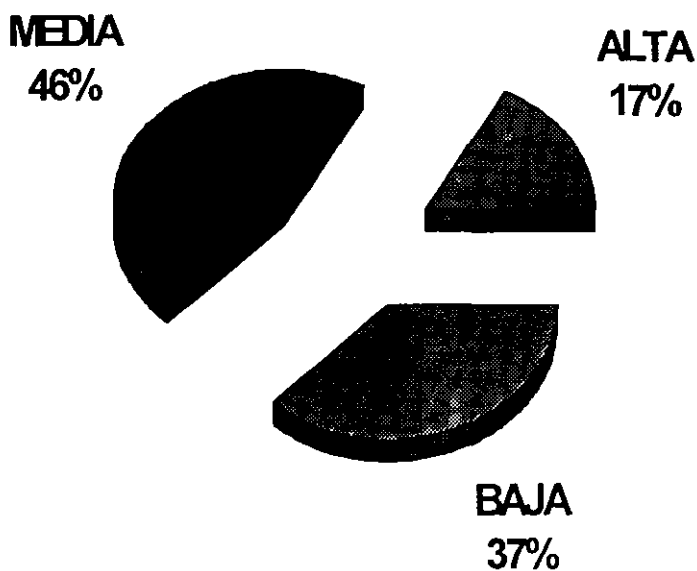
## **GRUPO 2 EMBARAZADAS (OBSTETRICAS)**

De la muestra total, las embarazadas fueron 225 de las cuales, en el CGS, el 62.2% resultó ser "caso"

### **DATOS SOCIODEMOGRAFICOS**

#### **Clasificación socioeconómica**

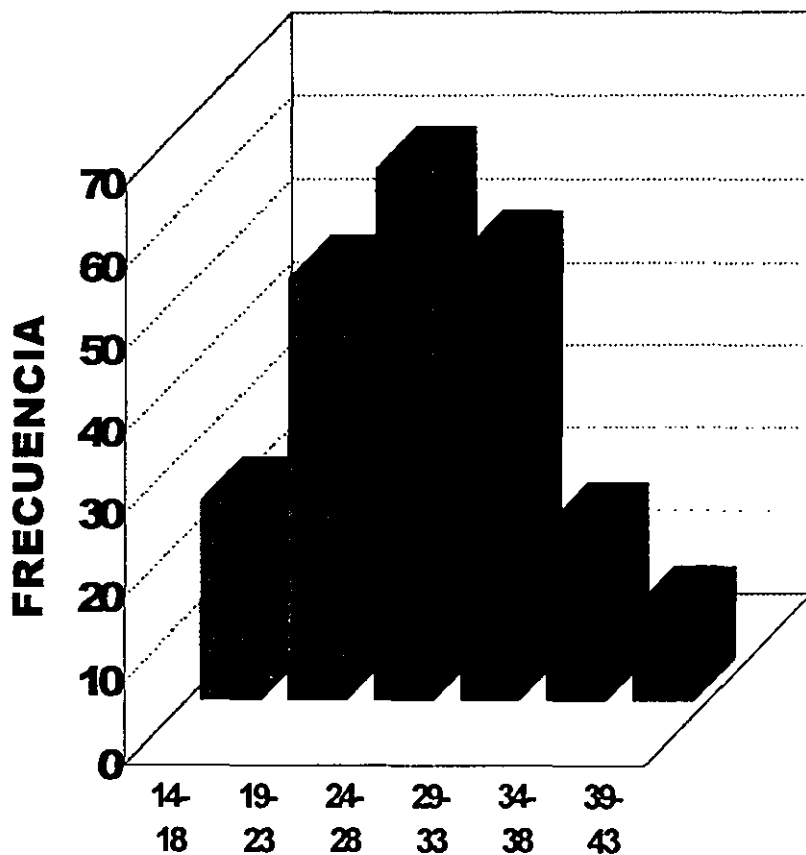
El 36.9% obtuvo clasificación baja, 45.7% media y 17.3% alta (Gráfica 13)



**Gráfica 13:** Clasificación socioeconómica. *Obstétricas*

## Edad

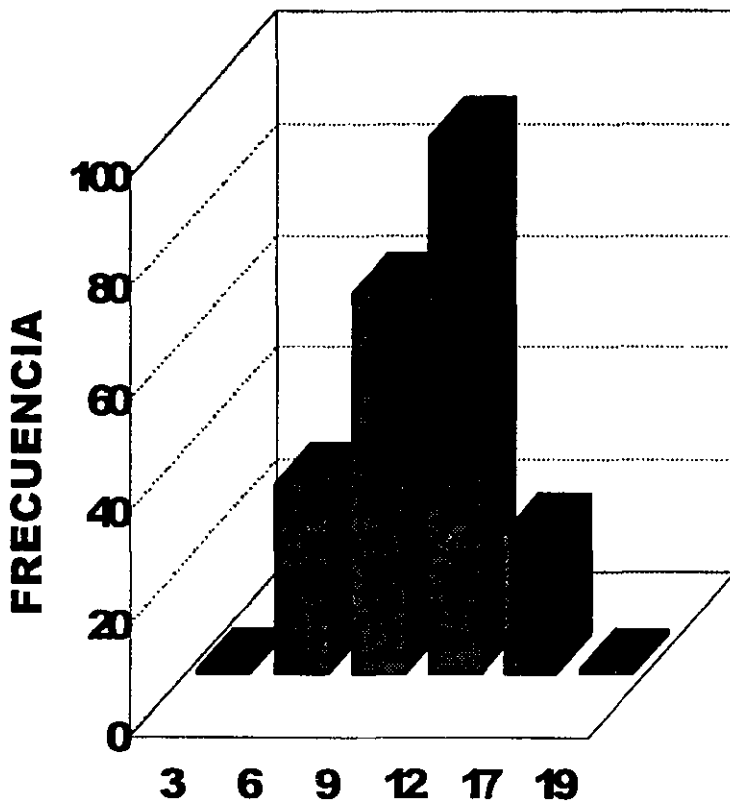
La edad promedio fue de 26.5 +/- 6.3 años. El porcentaje por grupos de edad fue el siguiente: 14-18 10.6%, 19-23 22.6%, 24-28 28.4%, 29-33 24%, 34-38 9.3%, 39-43 4.8% (Gráfica 14).



Gráfica 14: Edad *Obstétricas*

### Escolaridad (en años)

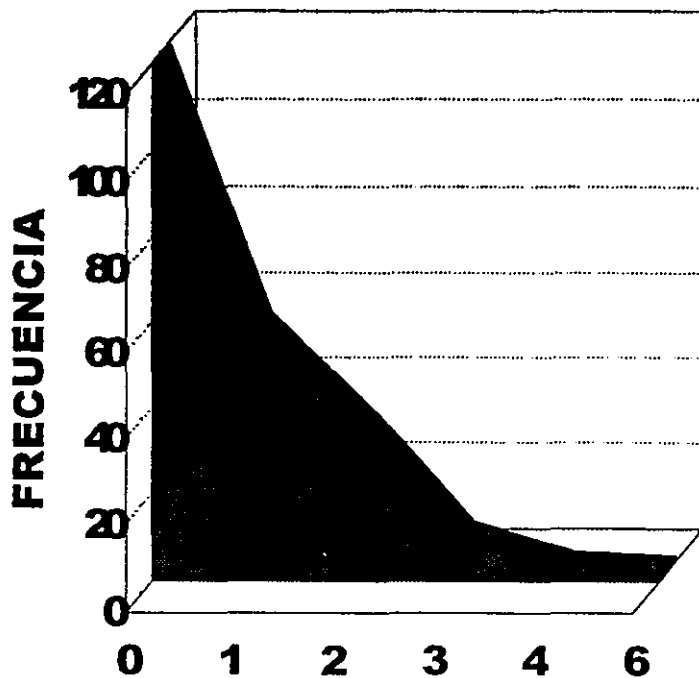
El promedio de escolaridad fue de 10.7 +/- 3.1. El 0.4% de esta población sabía leer y escribir, el 15.1% tenía primaria, el 30.2% secundaria, 42.7% preparatoria y 11.5% profesional (Gráfica 15)



Gráfica 15: Escolaridad *Obstétricas*

### Número de hijos vivos

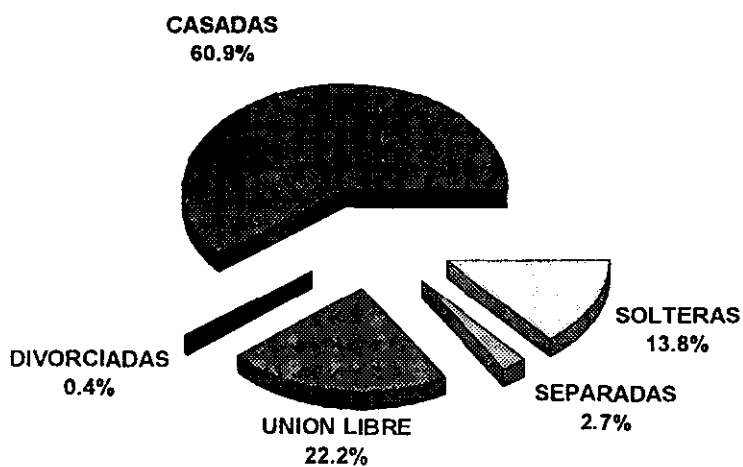
El 53.3% no tenía hijos, el 25.8% un hijo, 15.6% dos hijos, 4% tres hijos, 0.9% cuatro hijos, 0.4% seis hijos (Gráfica 16)



Gráfica 16: Número de hijos vivos *Obstétricas*

## Estado Civil

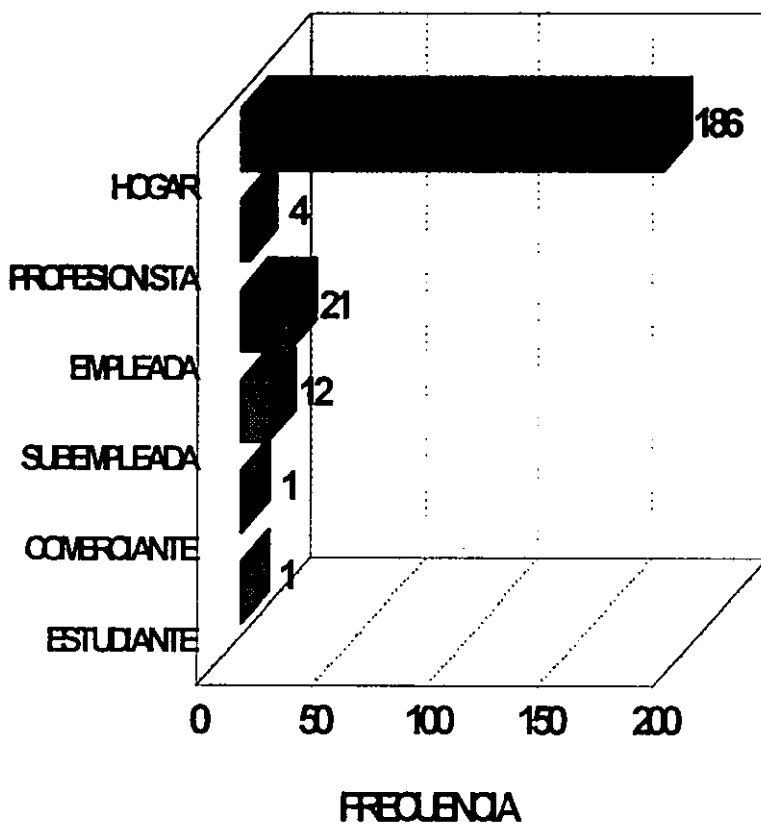
De esta muestra el 60.9% eran casadas, 22.2% estaban en unión libre, 13.8% solteras, 2.7% separadas y 0.4% divorciadas (Gráfica 17).



Gráfica 17: Estado Civil *Obstétricas*

## Ocupación

El 82.7% se dedicaban al hogar, el 1.8% profesionistas, el 9.3% empleadas, 5.3% subempleadas, 0.4% y 0.4% comerciantes y estudiantes respectivamente (Gráfica 18).



Gráfica 18: Ocupación *Obstétricas*

A continuación se presentan los datos sociodemográficos de ambas submuestras

	<b>GINECOLOGICAS GRUPO 1</b>	<b>OBSTETRICAS GRUPO 2</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>CASO</b>	<b>30.1</b>	<b>62.2</b>
<b>NO CASO</b>	<b>69.9</b>	<b>37.8</b>
<b>Clasif. Socioeconómica</b>		
<b>Baja</b>	<b>32</b>	<b>36.9</b>
<b>Media</b>	<b>36.9</b>	<b>45.7</b>
<b>Alta</b>	<b>31.1</b>	<b>17.3</b>
<b>Edad</b>		
<b>Media</b>	<b>32.5</b>	<b>26.5</b>
<b>16-20</b>	<b>2.9</b>	<b>10.6</b>
<b>21-25</b>	<b>12.6</b>	<b>22.6</b>
<b>26-30</b>	<b>34.3</b>	<b>28.4</b>
<b>31-35</b>	<b>27.1</b>	<b>24</b>
<b>36-40</b>	<b>9.7</b>	<b>9.3</b>
<b>42-44</b>	<b>2.9</b>	<b>4.8</b>
<b>47-50</b>	<b>2.9</b>	
<b>51-53</b>	<b>4.8</b>	
<b>57-69</b>	<b>2.9</b>	
<b>Escolaridad (años)</b>		
<b>Analfabeta</b>	<b>1</b>	
<b>Leer y escribir</b>	<b>2</b>	<b>0.4</b>
<b>Primaria</b>	<b>19.4</b>	<b>15.1</b>
<b>Secundaria</b>	<b>28.2</b>	<b>30.2</b>
<b>Preparatoria</b>	<b>35.9</b>	<b>42.7</b>
<b>Profesional</b>	<b>13.6</b>	<b>11.5</b>
<b>Estado Civil</b>		
<b>casadas</b>	<b>67</b>	<b>60.9</b>
<b>unión libre</b>	<b>19.4</b>	<b>22.2</b>
<b>solteras</b>	<b>4.9</b>	<b>13.8</b>
<b>separadas</b>	<b>6.8</b>	<b>2.7</b>
<b>divorciadas</b>	<b>1</b>	<b>0.4</b>
<b>viudas</b>	<b>1</b>	
<b>No. hijos vivos</b>		
<b>sin hijos</b>	<b>69.9</b>	<b>53.3</b>
<b>uno</b>	<b>8.7</b>	<b>25.8</b>
<b>dos</b>	<b>6.8</b>	<b>15.6</b>
<b>tres</b>	<b>9.7</b>	<b>4</b>
<b>cuatro</b>	<b>2.9</b>	<b>0.9</b>
<b>seis</b>	<b>1.9</b>	<b>0.4</b>
<b>Ocupación</b>		
<b>Hogar</b>	<b>62.9</b>	<b>82.7</b>
<b>Profesionistas</b>	<b>2.9</b>	<b>1.8</b>
<b>Empleadas</b>	<b>7.8</b>	<b>9.3</b>
<b>Subempleadas</b>	<b>12.6</b>	<b>5.3</b>
<b>Comerciantes</b>	<b>4.9</b>	<b>0.4</b>
<b>Obreras</b>	<b>1</b>	
<b>Estudiantes</b>	<b>1</b>	<b>0.4</b>



## COMPARACION DE SINTOMAS ENTRE OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS

Se hizo una revisión de los reactivos (30 en total) del Cuestionario General de Salud de Goldberg (CGS), para saber cuales de ellos fueron más frecuentemente contestados en forma sintomática, y solamente consideramos aquellos que hubiesen sido contestados positivamente por al menos el 25% de la muestra. (Tablas 1-3)\*

REACTIVO	%	FACTOR
1	25.2	SINTOMAS SOMATICOS
2	27.2	SINTOMAS SOMATICOS
9	25.2	TRASTORNOS DEL SUEÑO
10	26.2	TRASTORNOS DEL SUEÑO
11	32.0	TRASTORNOS DEL SUEÑO
20	31.1	ANSIEDAD
22	31.1	DEPRESION CON I. SUICIDAS
26	26.2	ANSIEDAD

**Tabla 1:** Reactivos que obtuvieron una calificación positiva en un mínimo de 25% de la muestra de pacientes *Ginecológicas*.

\*La tabla 1 es de pacientes *ginecológicas*; la tabla 2 de *obstétricas* y la 3 pertenece a la *muestra total*.

REACTIVO	%	FACTOR
1	55.1	SINTOMAS SOMATICOS
2	67.6	SINTOMAS SOMATICOS
3	47.1	SINTOMAS SOMATICOS
4	48.0	SINTOMAS SOMATICOS
5	36.9	SINTOMAS SOMATICOS
6	42.6	SINTOMAS SOMATICOS
7	42.6	TRASTORNOS DEL SUEÑO
8	61.3	SINTOMAS SOMATICOS
9	40.4	TRASTORNOS DEL SUEÑO
10	57.8	TRASTORNOS DEL SUEÑO
11	57.3	TRASTORNOS DEL SUEÑO
12	32.9	INADECUACION SOCIAL
13	47.1	INADECUACION SOCIAL
19	40.0	INADECUACION SOCIAL
20	57.8	ANSIEDAD
21	38.7	ANSIEDAD
22	56.4	DEPRESION CON I. SUICIDAS
26	33.8	ANSIEDAD

**Tabla 2:** Reactivos que obtuvieron una calificación positiva en un mínimo de 25% de la muestra de pacientes *Obstétricas*.

REACTIVO	%	FACTOR
1	45.7	SINTOMAS SOMATICOS
2	54.9	SINTOMAS SOMATICOS
3	39.9	SINTOMAS SOMATICOS
4	38.7	SINTOMAS SOMATICOS
5	31.1	SINTOMAS SOMATICOS
6	34.5	SINTOMAS SOMATICOS
7	36.6	TRASTORNOS DEL SUEÑO
8	49.7	SINTOMAS SOMATICOS
9	35.7	TRASTORNOS DEL SUEÑO
10	47.9	TRASTORNOS DEL SUEÑO
11	49.4	TRASTORNOS DEL SUEÑO
12	27.7	INADECUACION SOCIAL
13	39.0	INADECUACION SOCIAL
19	31.7	INADECUACION SOCIAL
20	49.4	ANSIEDAD
21	32.3	ANSIEDAD
22	48.5	DEPRESION CON I. SUICIDAS
26	31.4	ANSIEDAD

**Tabla 3:** Reactivos que obtuvieron una calificación positiva en un mínimo de 25% de la *muestra total* de pacientes.

También se obtuvieron las medias y las desviaciones estándar (DE) de las columnas 3 y 4, y del CGS total (Tabla 4). La columna 3 (C3) indica malestar psicológico, y la columna 4 (C4) disturbio psicológico. Si la sumatoria de ambas rebasa el punto de corte 7/8 significa que la paciente se considera "caso", es decir que presenta suficiente sintomatología como para requerir atención profesional en salud mental.

	OBSTETRICAS		GINECOLOGICAS		MUESTRA TOTAL	
	MEDIA	D. E.	MEDIA	D. E.	MEDIA	D. E.
C3	7.48	4.76	3.89	5.06	6.36	5.13
C4	2.41	3.60	1.40	3.53	2.10	3.60
CGS	9.90	6.37	5.29	7.12	8.45	6.94

**Tabla 4:** Medias y Desviaciones estándar de las columnas 3 y 4, y del CGS.

Se observa una diferencia entre los dos grupos, en donde las pacientes del grupo 2 (obstétricas) respondieron en promedio más reactivos positivamente (9.90) comparativamente con las del grupo 1 (ginecológicas) quienes tuvieron un promedio 5.29 reactivos afirmativos. Es de notar que las pacientes embarazadas rebasaron el punto de corte del instrumento.

Se obtuvieron, además, correlaciones por grupo de este instrumento con algunas variables sociales, de las cuales se consignan las que fueron significativas, que solo corresponden al subgrupo de pacientes ginecológicas (Tablas 5).

VARIABLES	COLUMNA 3		COLUMNA 4		CGS		N
	r	P	r	P	r	P	
EDAD	0.4240	0.000	0.5007	0.000	0.5495	0.000	103
ESTADO CIVIL	0.4019	0.000	0.5107	0.000	0.5388	0.000	103
NUMERO DE HIJOS	0.4696	0.000	0.5306	0.000	0.5968	0.000	103

**Tabla 5:** Correlaciones estadísticamente significativas entre el CGS y las variables sociodemográficas en pacientes *ginecológicas*

Con base en lo anterior, se empleó la prueba t para buscar diferencias significativas entre las medias con relación a variables sociodemográficas, encontrándose que las variables escolaridad y número de hijos son las que arrojan puntajes con un nivel de significancia de .05 o menos. En la muestra completa se observa que entre menor escolaridad (< 12 años), mayor es el puntaje tanto en C3, C4 y CGS total (Tabla 6).

VARIABLE	N	COLUMNA 3		COLUMNA 4		CGS	
		D.M.	P	D.M.	P	D.M.	P
ESCOLARIDAD	328	1.13	0.045	1.52	0.000	2.65	0.000
GRUPO	328	3.55	0.000	1.00	0.20	4.55	0.000

**Tabla 6:** Correlaciones estadísticamente significativas entre la escolaridad y la *muestra completa*

Dividiendo nuevamente el grupo, se buscaron correlaciones entre el Cuestionario General de Salud y algunas variables sociodemográficas encontrando que, en el grupo 1 (ginecológicas) hubo relación entre escolaridad y la C3 (0.036), C4 (0.006) y CGS (0.004). También en cuanto al número de hijos vivos, existe una diferencia de medias con las obstétricas, ya que las primeras tuvieron elevada puntuación en mayor número de reactivos de C3, C4 y CGS que las segundas. De hecho, en las embarazadas no se observó ninguna diferencia significativa en cuanto a las variables de número de hijos (Tabla 7)

VARIABLE	N	COLUMNA 3		COLUMNA 4		CGS	
		D.M.	P	D.M.	P	D.M.	P
ESCOLARIDAD	102	2.09	0.036	1.92	0.006	4.01	0.004
NUMERO DE HIJOS	102	3.46	0.001	3.37	0.000	6.38	0.000

**Tabla 7:** Correlaciones estadísticamente significativas entre el CGS, el número de hijos y la escolaridad en pacientes *ginecológicas*.

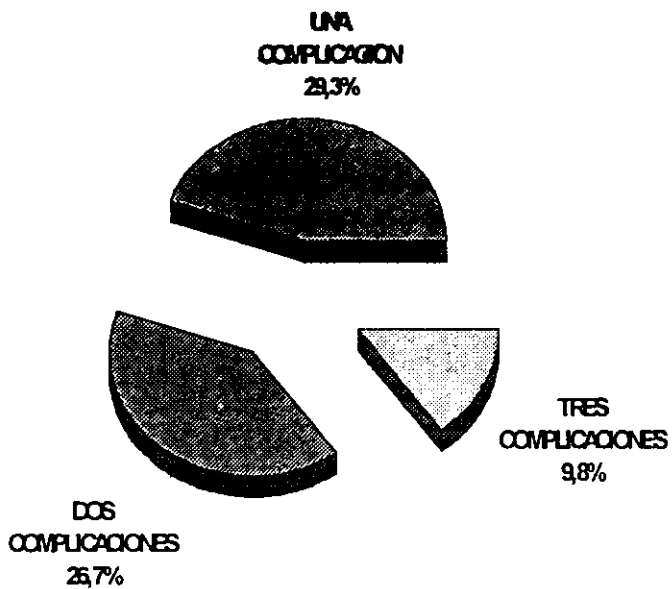
En el grupo se embarazadas también la escolaridad fue la variable en la que se encontró correlación, sin embargo solo hubo significancia en C4 (0.003) y en el CGS total (0.005) (Tabla 8).

VARIABLE	N	C4		CGS	
		D.M.	P	D.M.	P
ESCOLARIDAD	225	1.42	0.003	2.37	0.005

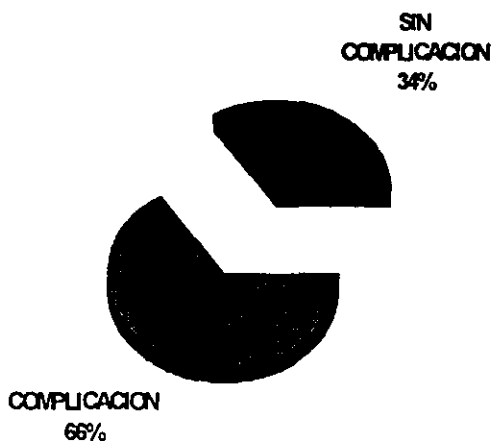
**Tabla 8:** Correlaciones estadísticamente significativas entre el CGS y la escolaridad, en pacientes *obstétricas*.

## COMPLICACIONES EN PACIENTES OBSTETRICAS

Se realizaron porcentajes del número y total de complicaciones al resolverse el evento obstétrico de las 225 pacientes, encontrándose que el 65.8% presentaron complicaciones contra el 34.2% que no presentaron ninguna (Gráfica 20). Desglosando el número de éstas tenemos que, con una complicación hubo un 29.3% (66 pacientes), con dos complicaciones 26.7% (60 pacientes), y con 3 complicaciones 9.8% (22 pacientes) (Gráfica 19).



**Gráfica 19:** Número de complicaciones en pacientes *obstétricas*



**Gráfica 20:** Porcentaje de complicaciones *obstétricas*

Así mismo, revisamos las frecuencias y porcentajes de cada una de las complicaciones, encontrando que las cinco que puntuaron más altas fueron, en orden decreciente, cesáreas (32.9%), fórceps (14.7%), enfermedad hipertensiva asociada al embarazo (9.7%), ruptura prematura de membranas (6.2%) y abortos (5.8%). Hubo 37 deserciones, lo cual implica un 16.4% de la población total (Tablas 9a y 9b).



COMPLICACION	NOMBRE	FRECUENCIA	%
1	PARTO PRETERMINO	7	3.1
2	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	14	6.2
3	EMBARAZO GEMELAR	6	2.6
4	DESERCIÓN	37	16.4
5	RH- NO ISOINMUNIZADA	3	1.3
6	PARTO INDUCTO-CONDUCCION	2	0.9
7	INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA	1	0.4
8	CERVICO-VAGINITIS	2	0.9
9	ENFERMEDAD HIPERTENSIVA ASOCIADA AL EMBARAZO	22	9.7
10	FORCEPS	33	14.7
11	ABORTO	13	5.8
12	INFECCION DE VIAS URINARIAS	4	1.7
13	CARDIOPATIA	6	2.7
14	DESPROPORCION CEFALO-PELVICA	5	2.2
15	CESAREA	74	32.9
16	MIOMATOSIS	3	1.2
17	HASC	3	1.3
18	EPILEPSIA	6	2.7
19	OBESIDAD	2	0.8
21	RECIEN NACIDO DE BAJO PESO	1	0.4
22	PRODUCTO MACROSOMICO	5	2.2
24	ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL	2	0.8
25	LITIASIS VESICULAR	2	0.8

**Tabla 9a:** Frecuencias y porcentajes de complicaciones *obstétricas*

COMPLICACION	NOMBRE	FRECUENCIA	%
26	HISTERECTOMIA	1	0.4
27	TAQUICARDIA FETAL	5	2.2
28	R.N. HIDROCEFALICO	1	0.4
29	SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	1	0.4
30	DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA	1	0.4
31	DMGTI	1	0.4
32	HIPOMOTILIDAD FETAL	2	0.9
33	CARIOAMNIOITIS	2	0.9
34	ATONIA UTERINA	2	0.9
35	ANENCEFALO	1	0.4
37	OLIGOHIDRAMNIOS	1	0.4
38	ASMA BRONQUIAL	3	1.3
39	BRADICARDIA FETAL	3	1.3
40	DISTOCIA DE PARTES BLANDAS	1	0.4
41	PLACENTA ACRETA	1	0.4
42	TROMBOSIS M.I.	1	0.4
43	R.N. CON CEFALOHEMATOMA	1	0.4
44	OBITO	2	0.8
45	POLIHIDRAMNIOS	1	0.4
50	PROBLEMA ENDOCRINO	1	0.4
51	LEGRADO UTERINO	2	0.8
52	ANEMIA	1	0.4
53	RH- ISOINMUNIZADA	1	0.4
54	EMB-DIU IN SITU	1	0.4

**Tabla 9b:** Frecuencias y porcentajes de complicaciones *obstétricas*

Así mismo, se realizó una prueba t para muestras independientes, con el objeto de observar las posibles diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación del CGS y las complicaciones de las pacientes obstétricas, encontrándose que hubo una diferencia significativa del total de la prueba (CGS) entre las medias de las pacientes con una o más complicaciones, en comparación con las que no tuvieron complicaciones. Es decir que a mayor número de complicaciones, menor malestar psicológico.

De las 225 pacientes, 77 no cursaron con complicaciones y 148 si las tuvieron. Aquí es importante señalar que ambas poblaciones (con y sin complicaciones obstétricas) rebasaron el punto de corte del Cuestionario General de Salud (CGS) que es de 7/8, no obstante las mujeres que tuvieron complicaciones presentaron puntajes más bajos, y manifestaron tener menor malestar psicológico que las pacientes sin complicaciones. Esto es, 9.22 puntos para las de una o mas complicaciones, contra 11.9 para las mujeres sin complicaciones.

## FASE DE INTERVENCIÓN Y EVALUACIÓN DEL MODELO

De esta parte de la investigación se capturaron en total 126 pacientes. A todas se le explicó el objetivo de la investigación y accedieron voluntariamente.

De estos 126 pacientes, se subdividieron en 4 subgrupos dependiendo de si eran "caso" o "no caso, y cuales de éstas iban a ser integradas al programa que se propuso, quedando finalmente dichos grupos así:

- Grupo 1 "casos" con intervención
- Grupo 2 "no casos" con intervención
- Grupo 3 "casos" sin intervención
- Grupo 4 "no casos" sin intervención

Las mujeres clasificadas como "caso" y que no fueron integradas al programa, fueron aquellas que por razones de distancia y/o tiempo no pudieron asistir. Las que calificaron como "no caso", no fueron invitadas por no requerir de ayuda especializada.

Siguiendo el diseño de pre-postest, con la aplicación de todos los instrumentos, quedaron finalmente 67 pacientes, habiendo tenido una muerte de la muestra de 59 casos.

La siguiente gráfica nos muestra el total de pacientes de cada uno de los 4 grupos, antes y después de la implementación del programa.

GRUPO	PRETEST	POSTEST	TOTAL DESERCIÓN
caso con intervención	36	20	16
no caso con intervención	24	16	8
caso sin intervención	38	19	19
no caso sin intervención	28	12	16

**Total de pacientes que desertaron en el postest**

Haciendo un análisis de las mujeres que desertaron de la muestra y las que no lo hicieron, observamos que existieron estas diferencias en cuanto a los puntajes del CGS, IDARE (RASGO Y ESTADO), ZUNG, COOPERSMITH (AUTOESTIMA) y EDAD. Se hizo una comparación de medias, encontrándose lo siguiente (Tablas 1 y 2):

GRUPO	CGS	COOPER	IDARE-E	IDARE-R	ZUNG	EDAD
caso con intervención	14.06	15.81	46.68	48.37	45.37	26.06
no caso con intervención	2.00	18.50	37.50	40.00	38.62	25.62
caso sin intervención	13.26	17.42	43.68	43.63	42.94	27.10
no caso sin intervención	2.87	19.00	36.87	37.06	36.93	31.31

**Tabla 1.** Comparación porcentual entre los 4 grupos que desertaron

GRUPO	CGS	COOPER	IDARE-E	IDARE-R	ZUNG	EDAD
caso con intervención	11.76	17.52	41.19	41.85	41.33	26.45
no caso con intervención	3.87	19.56	37.25	38.00	36.81	26.87
caso sin intervención	13.26	14.15	48.94	48.42	45.05	27.94
no caso sin intervención	3.00	18.09	36.72	36.81	38.81	29.63

**Tabla 2.** Comparación porcentual entre los 4 grupos que no desertaron

Lo que resalta de este análisis es que el grupo 1 (caso con grupo) de mujeres que desertaron, muestran tener puntajes más altos en las pruebas aplicadas, que las del mismo grupo que no lo hicieron.

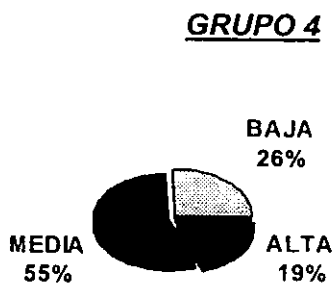
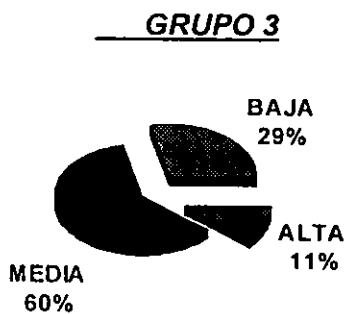
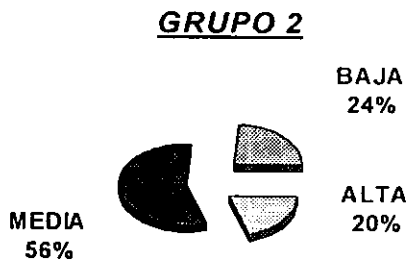
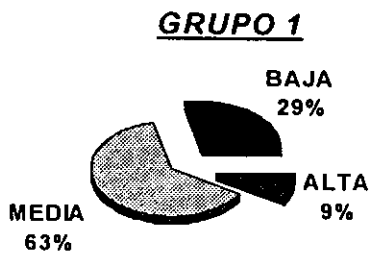
Del grupo 2, las mujeres que desertaron muestran puntajes más bajos que aquellas que no lo hicieron.

A continuación se desglosarán los datos socioeconómicos y los antecedentes gineco-obstétricos por grupo, anotándose las frecuencias del grupo total que conformó la muestra.

### RESULTADOS DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS

#### Clasificación socioeconómica (Gráfica 1)

	BAJA	MEDIA	ALTA
caso con intervención	10	22	3
no caso con intervención	6	14	5
caso sin intervención	10	21	4
no caso sin intervención	8	17	6

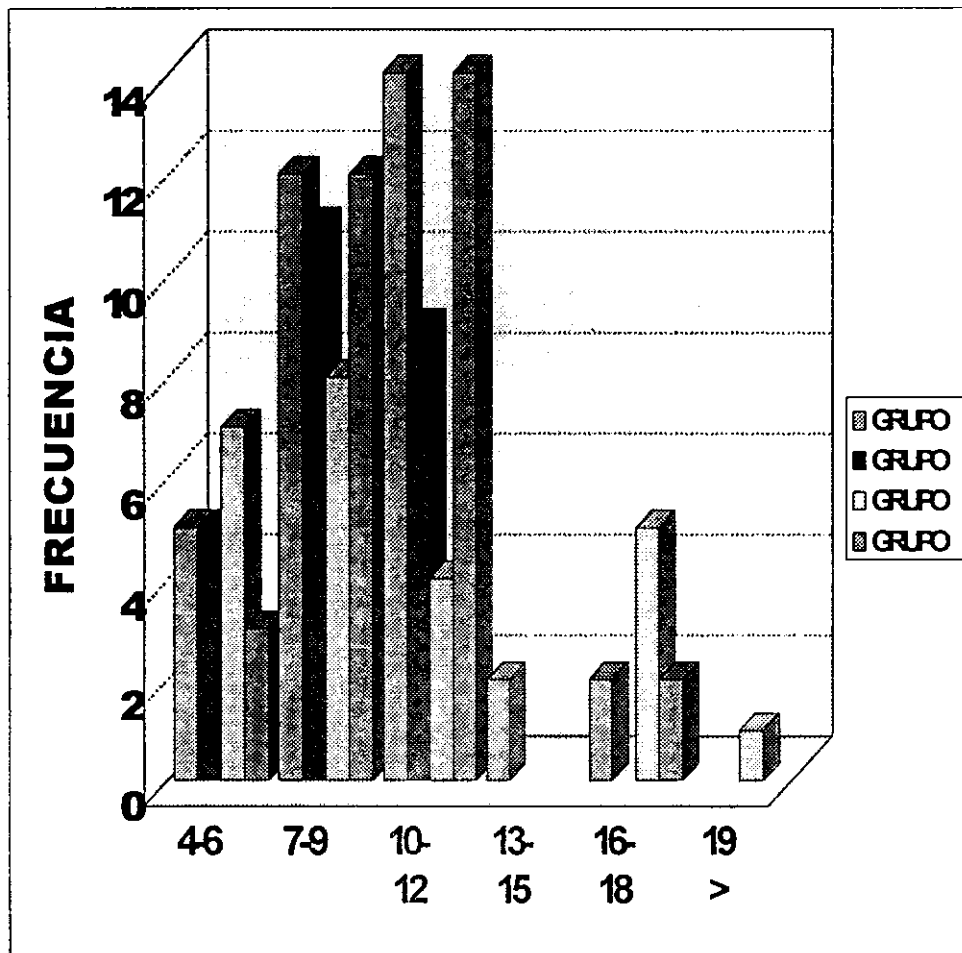


**Gráfica 1: Clasificación Socioeconómica.**

En cuanto a la escolaridad, los 4 grupos obtuvieron una escolaridad de 4 años como mínimo y 19 años de estudio como máximo (Tabla 3)

<b>AÑOS</b>	<b>GRUPO 1 CASO CON INTREVENCION</b>	<b>GRUPO 2 NO CASO CON INTERVENCION</b>	<b>GRUPO 3 CASO SIN INTERVENCION</b>	<b>GRUPO 4 NO CASO SIN INTERVENCION</b>
<b>4</b>		<b>1</b>		
<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>3</b>
<b>8</b>			<b>1</b>	
<b>9</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>12</b>
<b>10</b>	<b>2</b>		<b>1</b>	<b>2</b>
<b>11</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
<b>12</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>7</b>
<b>13</b>	<b>1</b>			
<b>15</b>	<b>1</b>			
<b>16</b>			<b>1</b>	<b>1</b>
<b>17</b>	<b>2</b>		<b>4</b>	<b>1</b>
<b>19</b>			<b>1</b>	

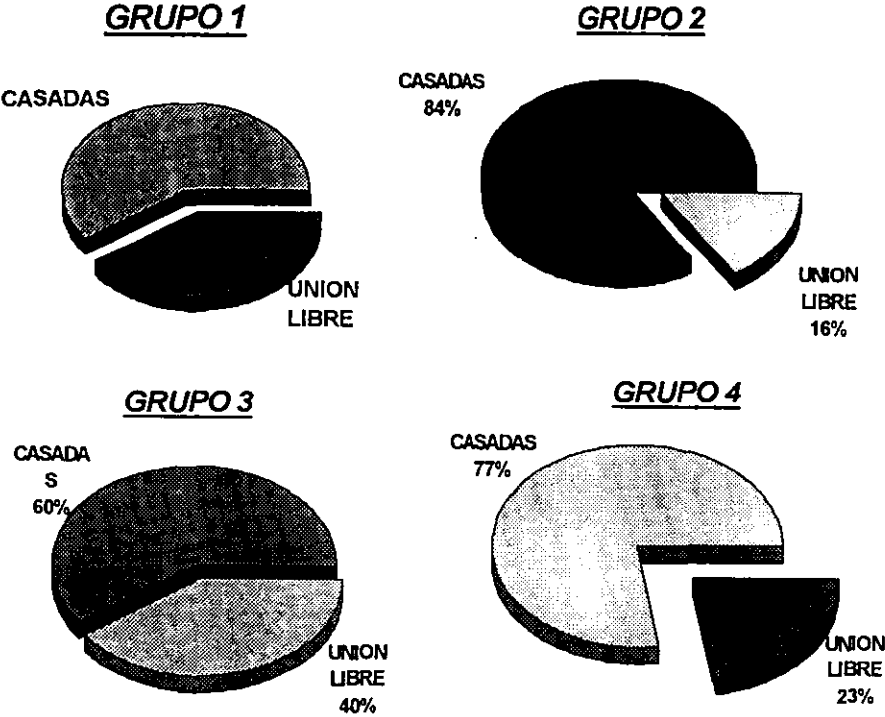
En la siguiente gráfica comparativa podemos observar como se agrupan estos mismos datos (Gráfica 2):



Gráfica 2: Escolaridad.

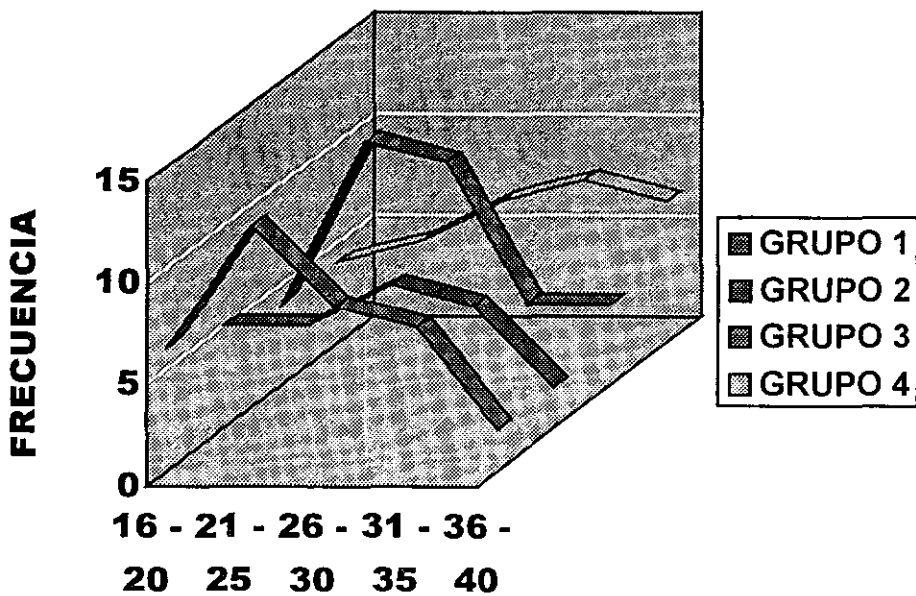


En cuanto al estado civil, solo se tomaron en cuenta las casadas y las de unión libre, obteniéndose los siguientes resultados (gráfica 3):



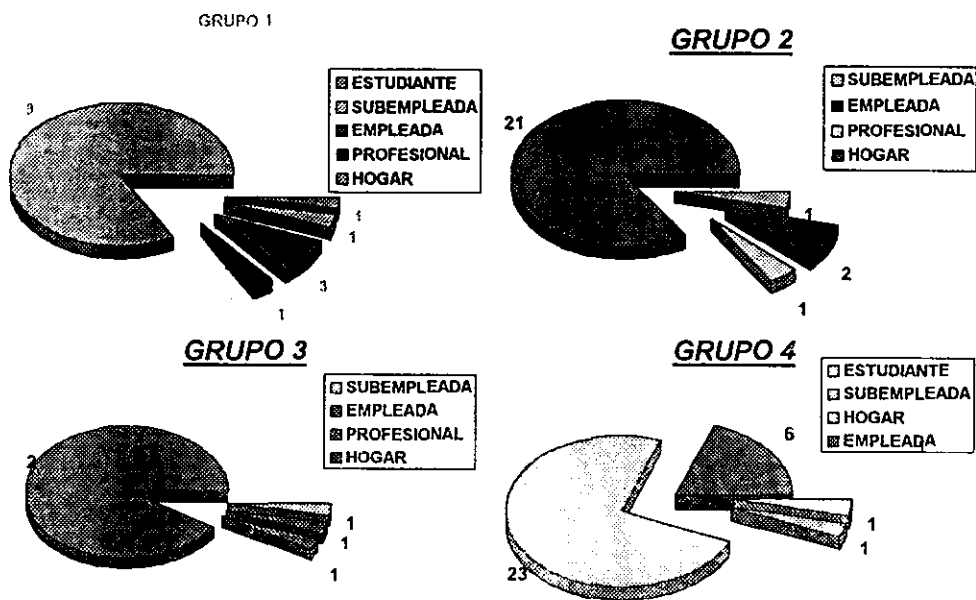
Gráfica 3: Estado civil.

Con respecto a la edad, se hicieron cinco intervalos, que se repartieron de la siguiente manera: de 16 a 20 años se agruparon 19 mujeres en los cuatro grupos; de 21 a 25 años, 34 pacientes; de 26 a 30 años, 33; de 31 a 35 años, 25; de 36 a 40, 15 mujeres. (gráfica 4):



Gráfica 4: Edad.

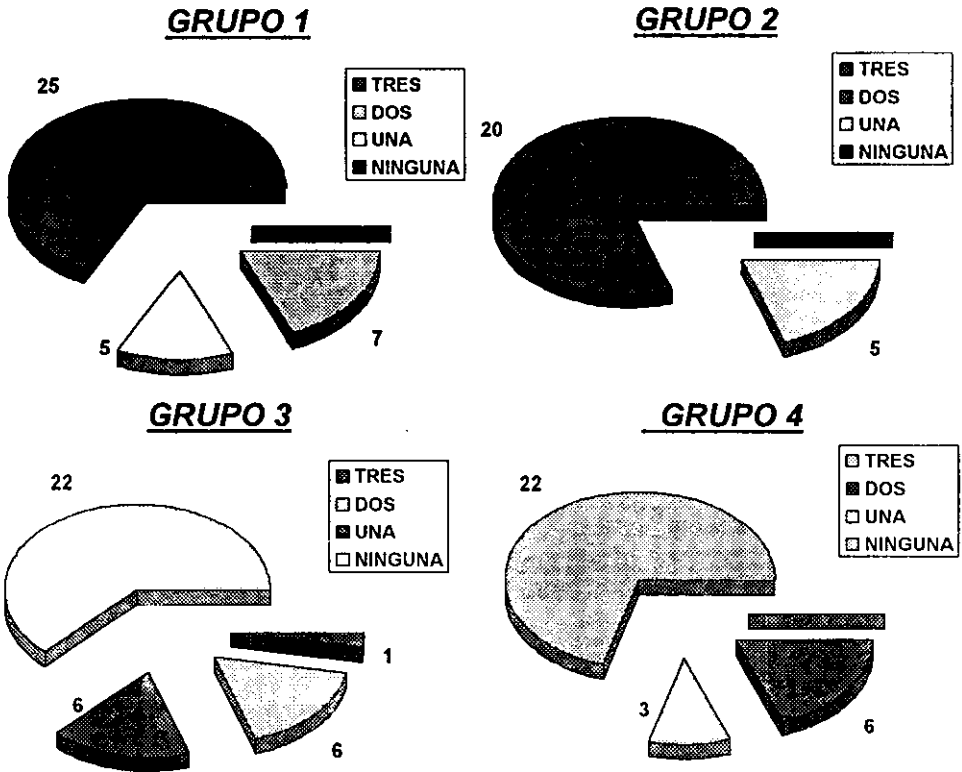
Respecto a la ocupación, se agruparon de la siguiente manera en los cuatro grupos: 105 mujeres se dedican al hogar; 3 son profesionistas; 12 empleadas; 4 subempleadas y 2 estudiantes. (Gráfica 5):



Gráfica 5: Ocupación.

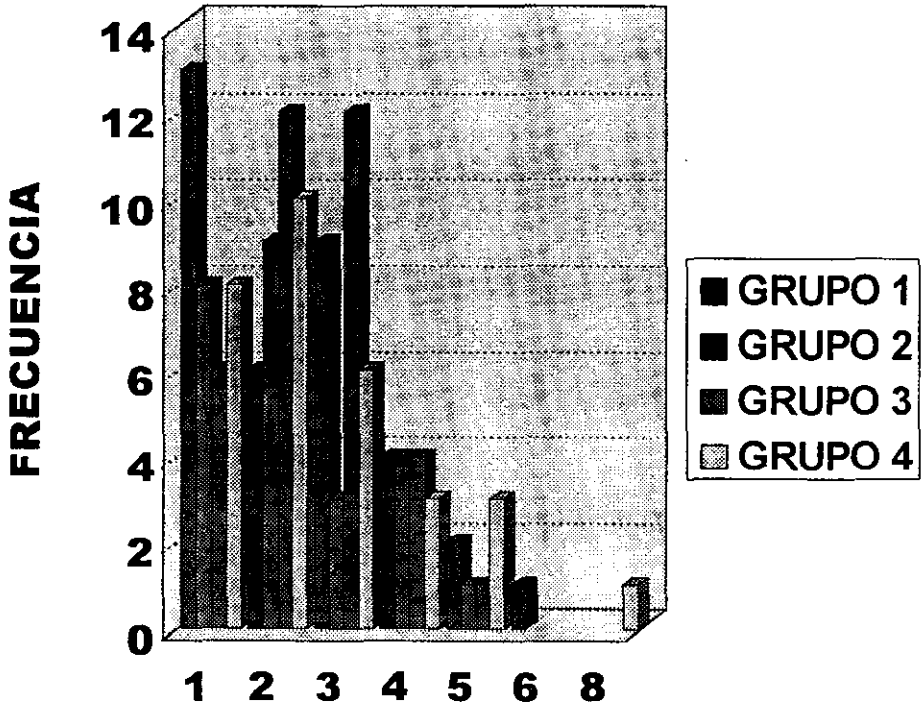
**ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS**

En lo referente a sus antecedentes gineco-obstétricos, se obtuvo que en cuanto a cesáreas, 89 mujeres no tuvieron ninguna; 19 una; 19 dos y 1 tres. (Gráfica 6):



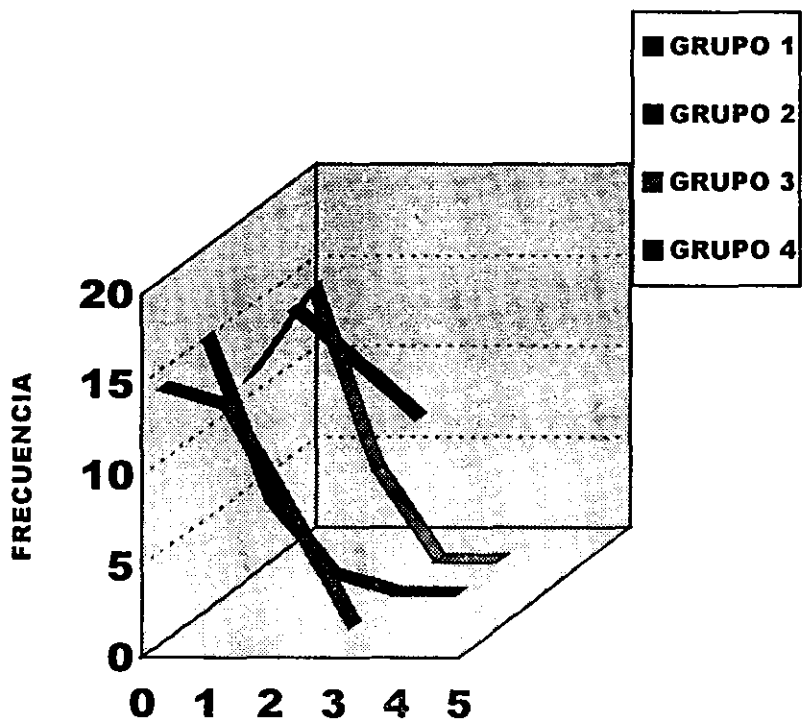
**Gráfica 6: Antecedentes Gineco-obstétricos.**

En cuanto a gestas, se observó que, en los 4 grupos hubo con 1 treinta y cinco mujeres; 2 treinta y siete; 3 treinta; 4 quince; 5 siete y con 6 una. (Gráfica 7):



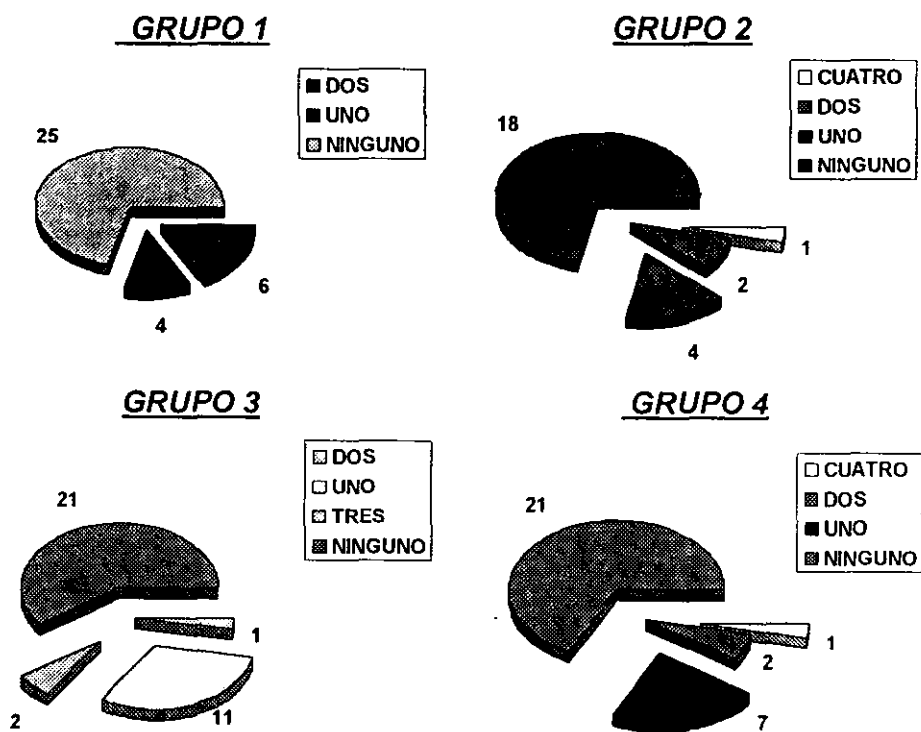
Gráfica 7: Número de gestaciones.

En el rubro de número de hijos vivos, encontramos lo siguiente: sin hijos 53; 1 cuarenta y cinco; 2 veintidós; 3 tres; 4 dos y con 5 uno. (Gráfica 8):



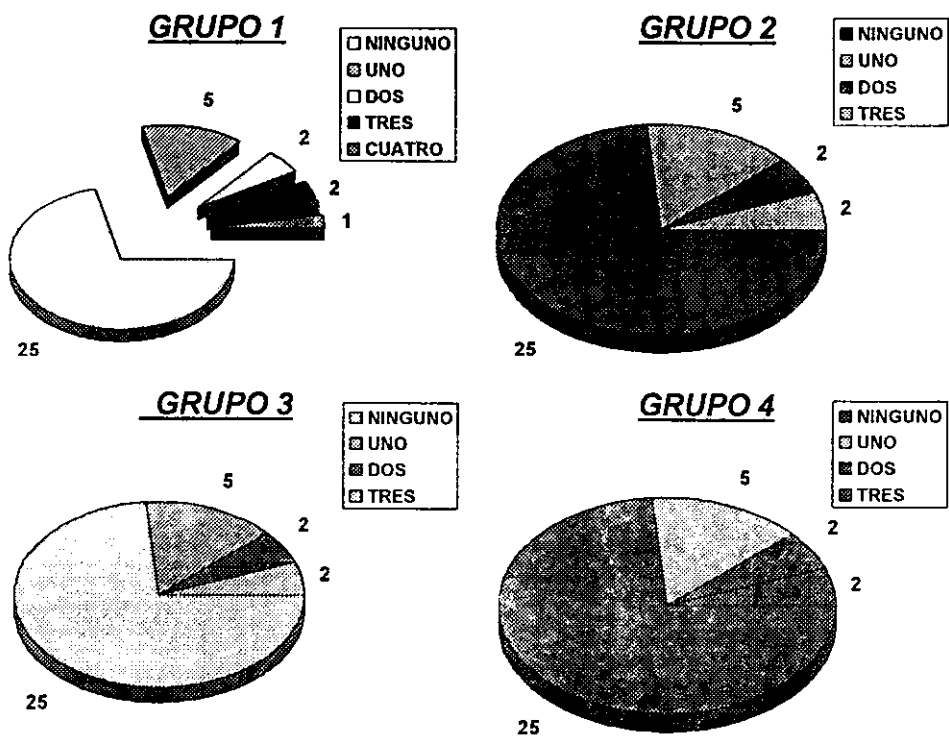
Gráfica 8: Número de hijos vivos.

En lo que se refiere al parto, tenemos que 85 son nulíparas; 26 un parto; 11 dos; 3 dos y 4 dos. (Gráfica 9):



Gráfica 9: Número de partos.

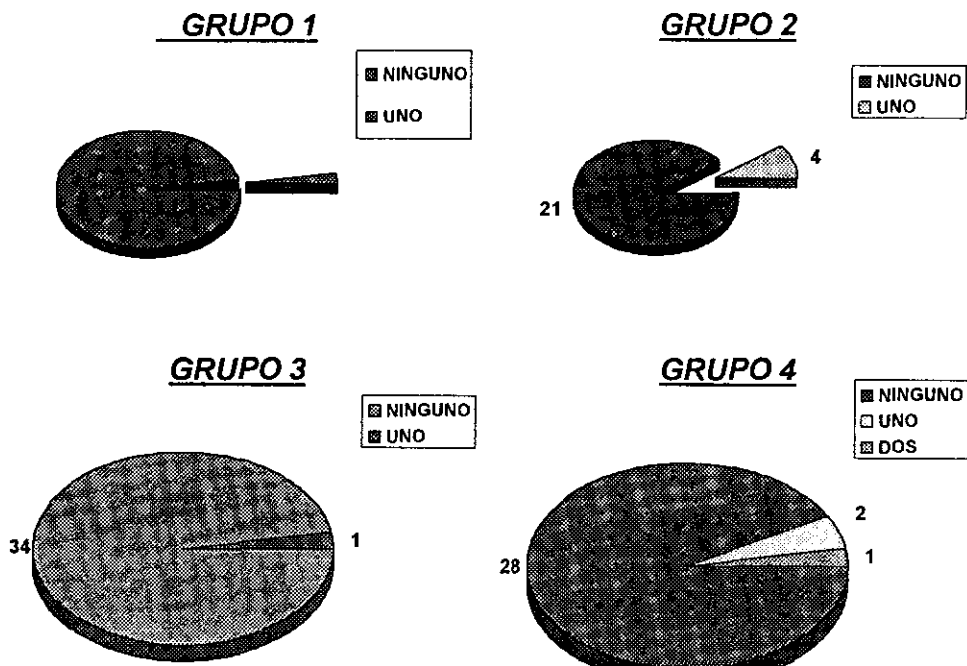
Las mujeres que cursaron con abortos, se agruparon de la siguiente manera: sin ningún aborto 85; con uno 25; con dos 10; con tres 5 y uno con 4. (Gráfica 10).



Gráfica 10: Número de abortos.



Finalmente, en cuanto a óbitos, se observó que hubo 87 mujeres sin óbitos; 8 con uno y 1 con dos. (Gráfica 11)



Gráfica 11: Número de óbitos.

## DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS CON Y SIN INTERVENCIÓN

Los estilos de afrontamiento se evaluaron con el cuestionario de Moss, con esta muestra se realizó una comparación de medias antes y después de la intervención con los grupos 1 y 3 por ser "caso" ambos y haber sido grupo experimental y grupo control, (con y sin programa) respectivamente. Siguiendo la hipótesis de que con programa iba a haber un cambio en el método de afrontamiento (de evitativo a cognitivo-activo y/o conductual-activo), a diferencia del grupo que no tuvo programa. Se hizo el análisis cuantitativo reactivo por reactivo.

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	2.78	55.56	41.64
SIN INTERVENCION	5.26	42.11	52.63

**REACTIVO 1. COGNITIVO ACTIVO. 1º APLICACION**

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION		35	65
SIN INTERVENCION		47.37	52.63

**REACTIVO 1. COGNITIVO ACTIVO. 2º APLICACION**

En la primera aplicación hay una diferencia entre estos grupos, en donde el grupo 1 presenta menor porcentaje en cuanto a esta respuesta de afrontamiento. Sin embargo se observa una diferencia a favor del grupo 1 pues aumenta en un 24% a Si frecuentemente, mientras que el grupo 3 se mantiene igual.

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	16.67	52.78	30.56
<b>SIN INTERVENCION</b>	15.79	42.11	42.11

**REACTIVO 9. COGNITIVO ACTIVO. 1º APLICACION**

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	5	50	45
<b>SIN INTERVENCION</b>	5.26	78.95	15.79

**REACTIVO 9. COGNITIVO ACTIVO. 2º APLICACION**

Se observan cambios en ambos grupos, per se aprecia que el grupo 1 equilibra la diferencia teniendo con mayor frecuencia una respuesta cognitivo-activa, en comparación con el grupo 3 que lo hace ocasionalmente.

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	16.67	50	33.33
<b>SIN INTERVENCION</b>	28.95	42.11	28.95

**REACTIVO 12. COGNITIVO ACTIVO. 1º APLICACIÓN**

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	35	35	30
SIN INTERVENCION	15.79	63.16	21.1

**REACTIVO 12. COGNITIVO ACTIVO. 2º APLICACION**

Aquí el grupo 3 tiene un mayor porcentaje en la conducta de cognitivo-activo, superando al grupo 1 en las tres respuestas.

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	27.78	47.22	25
SIN INTERVENCION	28.95.	55.26	15.79

**REACTIVO 13. COGNITIVO ACTIVO. 1º APLICACION**

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	30	40	35
SIN INTERVENCION	26.32	57.90	15.79

**REACTIVO 13. COGNITIVO ACTIVO. 2º APLICACION**

Hay una mayor aprovechamiento del grupo 1 de sus experiencias pasadas en comparación al grupo 3. Existe mayor porcentaje de conducta cognitivo-activo en el rubro de Si frecuentemente (20%).

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	27.78	33.33	39.89
SIN INTERVENCION	18.42	47.37	34.21

**REACTIVO 14. EVITATIVO ACTIVO. 1° APLICACION**

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	35	45	20
SIN INTERVENCION	42.10	36.48	21.10

**REACTIVO 14. EVITATIVO ACTIVO. 2° APLICACION**

Un 24% del grupo 3 pasa a la respuesta de NO en comparación del grupo 1 que presenta un 7.2%, aún y cuando en este grupo disminuye la conducta en la respuesta de frecuentemente.

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	27.78	50	22.22
SIN INTERVENCION	26.31	47.37	26.31

**REACTIVO 15. CONDUCTUAL ACTIVO. 1° APLICACION**

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	20	55	25
SIN INTERVENCION	15.79	63.16	21.10

**REACTIVO 15. CONDUCTUAL ACTIVO. 2º APLICACION**

Ambos grupos cambian su actitud de afrontamiento en tanto que disminuye el porcentaje de NO, siendo equilibrado el Si Ocasionalmente y Si frecuentemente.

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	8.33	52.78	38.89
SIN INTERVENCION	18.42	44.74	36.85

**REACTIVO 17. COGNITIVO ACTIVO. 1º APLICACION**

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	10	55	35
SIN INTERVENCION	10.53	52.63	36.48

**REACTIVO 17. COGNITIVO ACTIVO. 2º APLICACION**

En ambas aplicaciones hay cambios en los dos grupos, sin embargo es más favorable para el grupo 3. Disminuye el No y aumenta el Si Ocasionalmente, mientras que en el grupo 1 disminuye el Si Frecuentemente y cambia a NO.

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	11.11	50	38.89
<b>SIN INTERVENCION</b>	18.42	44.74	36.85

**REACTIVO 19. COGNITIVO ACTIVO. 1º APLICACION**

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	15	45	20
<b>SIN INTERVENCION</b>	10.53	63.10	26.32

**REACTIVO 19. COGNITIVO ACTIVO. 2º APLICACION**

El cambio es a favor del grupo 3 teniendo un 89.42% en este tipo de afrontamiento, contra el 65% del grupo 1.

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	11.11	41.67	47.22
<b>SIN INTERVENCION</b>	10.53	60.53	28.59

**REACTIVO 23. COGNITIVO ACTIVO. 1º APLICACION**

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	10	45	45
SIN INTERVENCION	15.79	47.37	36.48

**REACTIVO 23. COGNITIVO ACTIVO. 2° APLICACION**

El grupo 1 aumenta ligeramente en Si Ocasionalmente y Si frecuentemente, mientras que el grupo 3 disminuye de estas categorías a No.

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	13.89	33.33	52.78
SIN INTERVENCION	13.15	55.26	31.58

**REACTIVO 26. CONDUCTUAL ACTIVO. 1° APLICACION**

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	25	50	25
SIN INTERVENCION	26.32	52.63	21.10

**REACTIVO 26. CONDUCTUAL ACTIVO. 2° APLICACION**

Ambos grupos presentan igualdad de resultados entre la primera y la segunda aplicación. Demostraron ocasionalmente sus sentimientos, pasando de la respuesta 3 a la 2.



	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	25	36.11	38.89
<b>SIN INTERVENCION</b>	21.10	44.74	34.21

**REACTIVO 28. CONDUCTUAL ACTIVO. 1° APLICACION**

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	20	40	40
<b>SIN INTERVENCION</b>	21.10	63.16	15.79

**REACTIVO 28. CONDUCTUAL ACTIVO. 2° APLICACION**

El grupo 1 aumento su porcentaje de Si Ocasionalmente y Si Frecuentemente, mientras que el grupo 3 disminuye sus puntajes en estas respuestas, quedando igual en la categoría de NO.

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	8.33	38.89	52.78
<b>SIN INTERVENCION</b>	7.90	23.69	68.42

**REACTIVO 2. CONDUCTUAL ACTIVO. 1° APLICACION**

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	5	45	50
<b>SIN INTERVENCION</b>	15.79	36.84	47.37

**REACTIVO 2. CONDUCTUAL ACTIVO. 2° APLICACION**

El grupo 1 aumenta sus respuestas de conductual activo, mientras que el grupo 3 disminuye un 16%, pasando a dar respuestas de NO.

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	47.22	38.89	13.89
<b>SIN INTERVENCION</b>	57.90	28.95	13.15

**REACTIVO 3. CONDUCTUAL ACTIVO. 1° APLICACION**

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	45	45	10
<b>SIN INTERVENCION</b>	57.90	36.48	5.26

**REACTIVO 3. CONDUCTUAL ACTIVO. 2° APLICACION**

El grupo 1 pasa de NO a Si Ocasionalmente aumentando un 7%; disminuye ostensiblemente el grupo 3, pues baja el porcentaje de Si Frecuentemente y pasa a Si Ocasionalmente conservándose el 58% en NO.

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	55.56	30.56	13.89
<b>SIN INTERVENCION</b>	57.90	26.31	15.79

**REACTIVO 4. CONDUCTUAL ACTIVO. 1° APLICACION**

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	50	25	25
<b>SIN INTERVENCION</b>	57.90	42.10	

**REACTIVO 4. CONDUCTUAL ACTIVO. 2° APLICACION**

Existe una diferencia entre la primera y segunda aplicación en ambos grupos, ya que el 1 muestra un aumento en su respuesta conductual activa (12%) 2 y 3, mientras que el grupo 3 baja un 16% en la respuesta 3.

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	50	44.44	5.56
<b>SIN INTERVENCION</b>	50	26.31	23.69

**REACTIVO 11. CONDUCTUAL ACTIVO. 1° APLICACION**

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	45	25	30
SIN INTERVENCION	36.84	36.80	26.32

**REACTIVO 11. CONDUCTUAL ACTIVO. 2° APLICACION**

Aún y cuando solo disminuye un 5% de No, el grupo 1 presenta un aumento del 25% a Si frecuentemente, en comparación al grupo 3 con solo el 19% que pasa a Si Ocasionalmente.

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	30.56	61.11	8.33
SIN INTERVENCION	42.11	42.11	15.79

**REACTIVO 16. COGNITIVO ACTIVO. 1° APLICACION**

	NO	Si ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	30	45	25
SIN INTERVENCION	52.63	42.10	5.26

**REACTIVO 16. COGNITIVO ACTIVO. 2° APLICACION**

El grupo 1 cambia favorablemente su conducta de afrontamiento, mientras que el 3 lo hace en forma negativa.

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	30.56	52.78	16.67
<b>SIN INTERVENCION</b>	34.21	47.37	18.42

**REACTIVO 18. CONDUCTUAL ACTIVO. 1º APLICACION**

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	30	65	5
<b>SIN INTERVENCION</b>	47.37	42.10	10.53

**REACTIVO 18. CONDUCTUAL ACTIVO. 2º APLICACION**

El grupo 1 rebasa al grupo 3 en su conducta de afrontamiento, tanto en la primera como en la segunda aplicación.

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	25	44.44	30.56
<b>SIN INTERVENCION</b>	13.75	36.58	50

**REACTIVO 21. CONDUCTUAL ACTIVO. 1º APLICACION**

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	20	55	25
<b>SIN INTERVENCION</b>	5.26	57.90	36.84

**REACTIVO 21. CONDUCTUAL ACTIVO. 2º APLICACION**

Ambos grupos están equiparados en las dos aplicaciones.

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	63.89	25	11.11
<b>SIN INTERVENCION</b>	68.42	26.31	5.26

**REACTIVO 27. CONDUCTUAL ACTIVO. 1º APLICACION**

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	55	35	10
<b>SIN INTERVENCION</b>	52.63	36.48	10.53

**REACTIVO 27. CONDUCTUAL ACTIVO. 2º APLICACION**

Ambos grupo están equiparados en las dos aplicaciones.

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	22.22	30.56	47.22
<b>SIN INTERVENCION</b>	13.15	42.11	44.77

**REACTIVO 5. EVITATIVO. 1º APLICACION**

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	15	35	50
<b>SIN INTERVENCION</b>	5.26	57.90	36.48

**REACTIVO 5. EVITATIVO. 2º APLICACION**

Hay conducta evitativa en ambos grupos. El grupo 1 tiene un 85% en respuestas 3 y 4, y el grupo 3 del 94.38% (evitar ocasional y frecuentemente).

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	41.67	44.44	13.89
<b>SIN INTERVENCION</b>	63.16	28.59	7.90

**REACTIVO 6. COGNITIVO. 1º APLICACION**

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	30	45	25
SIN INTERVENCION	73.69	26.32	

**REACTIVO 6. COGNITIVO. 2º APLICACION**

El grupo 1 se presentó un aumento en su método de afrontamiento en comparación con el 3.

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	33.33	44.44	22.22
SIN INTERVENCION	31.58	57.90	10.53

**REACTIVO 7. EVITATIVO. 1º APLICACION**

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	25	60	15
SIN INTERVENCION	21.10	52.63	26.32

**REACTIVO 7. EVITATIVO. 2º APLICACION**

El grupo 1 presenta un índice menor de conducta evitativa, en comparación del grupo 3.



	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	38.89	44.44	16.67
SIN INTERVENCION	55.26	34.21	10.53

**REACTIVO 8. EVITATIVO. 1º APLICACION**

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	55	40	15
SIN INTERVENCION	63.16	26.32	10.53

**REACTIVO 8. EVITATIVO. 2º APLICACION**

Disminuye la conducta de evitación en ambos grupos, aunque es más evidente en el grupo 3.

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	11.11	58.33	30.56
SIN INTERVENCION	31.58	34.21	34.21

**REACTIVO 10. EVITATIVO. 1º APLICACION**

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	5	65	30
SIN INTERVENCION	36.84	57.90	5.26

**REACTIVO 10. EVITATIVO. 2° APLICACION**

Mayor conducta de evitación en el grupo 1, en comparación al grupo 3.

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	38.89	55.56	5.56
SIN INTERVENCION	42.11	44.74	13.15

**REACTIVO 20. EVITATIVO. 1° APLICACION**

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	35	45	20
SIN INTERVENCION	42.10	57.90	

**REACTIVO 20. EVITATIVO. 2° APLICACION**

Se observa mayor conducta evitativa en el grupo 3 en comparación al grupo

1.

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	52.78	30.56	16.67
<b>SIN INTERVENCION</b>	44.74	34.21	21.10

**REACTIVO 22. EVITATIVO. 1° APLICACIÓN**

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	55	30	15
<b>SIN INTERVENCION</b>	47.37	47.37	5.26

**REACTIVO 22. EVITATIVO. 2° APLICACION**

El grupo 1 se mantiene casi igual entre la primera y la segunda aplicación, mientras que el grupo 3 reduce sus respuestas de Si Frecuentemente a Si Ocasionalmente.

	<b>NO</b>	<b>Si Ocasional</b>	<b>Si Frecuente</b>
<b>CON INTERVENCION</b>	38.89	33.33	27.78
<b>SIN INTERVENCION</b>	31.58	52.63	15.79

**REACTIVO 24. EVITATIVO. 1° APLICACION**

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	35	50	15
SIN INTERVENCION	31.58	84.21	5.26

**REACTIVO 24. EVITATIVO. 2º APLICACION**

3. Nuevamente el grupo 1 presenta mayor conducta de evitación que el grupo

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	36.11	38.89	25
SIN INTERVENCION	31.58	42.11	26.31

**REACTIVO 25. EVITATIVO. 1º APLICACION**

	NO	Si Ocasional	Si Frecuente
CON INTERVENCION	30	55	15
SIN INTERVENCION	36.84	52.63	10.53

**REACTIVO 25. EVITATIVO. 2º APLICACION**

Lo mismo sucede con este reactivo, en donde el grupo 3 tiene una conducta evitativa en menor porcentaje que el grupo 1.

## VARIACIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

El estado emocional se evaluó a través del cuestionario general de salud (CGS), ansiedad rasgo estado (IDARE), autoestima con el cuestionario de Cooper y depresión con la escala de autodescripción de Zung, con los que se realizaron análisis de varianza de Kruskal-Wallis, con el objeto de buscar las posibles diferencias entre la primera y segunda aplicación, arrojando los siguientes resultados por grupo

ESCALA	CHI CORREGIDA	GL	P
C3	3.5679	1	.058
C4	6.1515	1	.013
CGS	9.8081	1	.001
COOPER TOTAL	1.1049	1	.293
SXE	1.1808	1	.277
SXR	2.2687	1	.132
ZUNG	3.4198	1	.064*

**GRUPO 1. ANALISIS ANOVA DE UNA VIA**

\*Marginal

ESCALA	CHI CORREGIDA	GL	P
C3	.2126	1	.644
C4	.0586	1	.808
CGS	.2390	1	.625
COOPER TOTAL	1.0339	1	.309
SXE	.0375	1	.846
SXR	2.2750	1	.131
ZUNG	.0008	<u>1</u>	.977

**GRUPO 2. ANALISIS ANOVA DE UNA VIA**

ESCALA	CHI CORREGIDA	GL	P
C3	2.3385	1	.126
C4	5.4977	1	.019
CGS	6.1736	1	.013
COOPER TOTAL	.0012	1	.972
SXE	.6205	1	.430
SXR	1.1946	1	.274
ZUNG	.0414	1	.838

**GRUPO 3. ANALISIS ANOVA DE UNA VIA**

ESCALA	CHI CORREGIDA	GL	P
C3	1.2900	1	.256
C4	1.8571	1	.173
CGS	1.2887	1	.256
COOPER TOTAL	.0372	1	.847
SXE	.0369	1	.847
SXR	.0055	1	.941
ZUNG	.0035	1	.952

**GRUPO 4. ANALISIS ANOVA DE UNA VIA**

Además se realizaron análisis factoriales de cada una de las escalas, encontrándose los siguientes resultados:

ESCALA	NUMERO DE FACTORES	VARIANZA TOTAL
CGS	7	65.9%
SXE	3	60.4%
SXR	5	61.7%
COOPER	6	55.9%
ZUNG	5	54.8%

**ANALISIS FACTORIAL CON VALOR EIGEN DE 1 ó MAS**

### VARIACION EN LAS REDES DE APOYO. ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Se aplicó un cuestionario antes y después del programa, obteniéndose los porcentajes de la utilización de apoyos, en cada uno de los problemas que se les presentaron. Estos fueron formulados de la siguiente manera:

Cuando he tenido problemas con.....

1. mi pareja
2. mi familia de origen (padres, hermanos)
3. mi familia política (suegros, cuñados)
4. otros hijos
5. mi embarazo
6. mi sexualidad
7. mi salud

8. mi ingreso económico
9. mis temores y fantasías respecto al futuro bebé
10. mis deseos de "desahogarme" (llorar, hablar) en relación a mi embarazo acudo a.....

1. mi pareja
2. Padres, hermanos
3. Amigos
4. Médico
5. Nadie

Con base en esto se hizo la comparación entre las aplicaciones 1 y 2, así como entre los grupo 1 y 3 (experimental y control), para saber cuantas de estas mujeres acudieron en busca de apoyo en cada uno de sus problemas, y si hubo un cambio de actitud antes y después del programa.

GRUPO 1 (CASO CON INTERVENCION)		GRUPO 3 (CASO SIN INTERVENCION)	
	ANTES %	DESPUES %	
1	25	25	21.1
2	38.9	25	36.8
3	11.1	10.0	10.5
4	2.8		
5	22.2	40.0	31.6

**PROBLEMA 1. CON LA PAREJA**

El grupo 1 sigue acudiendo por apoyo con la pareja después del programa, sin embargo aumenta un 7.8% la falta de apoyo en la segunda aplicación. El grupo 3 disminuye un 3% con la pareja, aumentando su búsqueda con familiares cercanos y amigos.



GRUPO 1 CON INTERVENCION			GRUPO 3 SIN INTERVENCION	
	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
1	61.1	55.0	44.7	63.2
2	16.7	15.0	13.2	
3	5.6	5.0	18.4	10.5
4				
5	16.7	25.0	23.7	26.3

**PROBLEMA 10. DESEOS DE "DESAHOGARSE"**

El grupo 1 busca menos a la pareja y prefiere no acudir por ayuda en la segunda aplicación en comparación con el grupo 3 que lo hace inversamente, ya que aumenta su búsqueda de apoyo con la pareja, aunque lo disminuye con los amigos.

GRUPO 1 CON INTERVENCION			GRUPO 3 SIN INTERVENCION	
APO	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
1	66.7	60.0	65.8	68.4
2	8.3	10.0	13.2	10.5
3	11.1	5.0	2.6	5.3
4		5.0		
5	13.9	20.0	18.4	15.8

**PROBLEMA 2. FAMILIA DE ORIGEN (PADRES, HERMANOS)**

El grupo 1 extiende su red de apoyos, pero no con la persona adecuada, pues cambia de amigos a médico, aunque aumenta su conducta de resolver el problema con quien lo ocasiona. El grupo 3 lo hace inversamente, en el sentido de que no resuelve el problema con los que lo originan y acude a la pareja y amigos para solicitar apoyo.

GRUPO 1 CON INTERVENCION			GRUPO 3 SIN INTERVENCION	
APO	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
1	33.3	50	57.9	68.4
2	27.8	10	13.2	5.3
3	8.3	10	7.9	5.3
4				
5	30.6	30	21.1	21.1

**PROBLEMA 3. FAMILIA POLITICA (SUEGROS, CUÑADOS)**

Ambos grupos buscan apoyo con la pareja, incrementándose en la segunda aplicación, disminuyendo su porcentaje con la familia de origen y los amigos.

GRUPO 1 CON INTERVENCION			GRUPO 3 SIN INTERVENCION	
APO	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
1	50.0	55.0	60.5	57.9
2	16.7	5.0	7.9	15.8
3	2.8		5.3	5.3
4		10.0		
5	30.6	30.0	26.3	21.1

**PROBLEMA 4. OTROS HIJOS**

El grupo 1 se presenta más asertivo ya que acude con la pareja para resolver el problema, mientras que el grupo 3 contrariamente, disminuye. Este grupo busca más apoyo con la familia de origen y con amistades.

GRUPO 1 CON INTERVENCION			GRUPO 3 SIN INTERVENCION	
APO	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
1	55.6	30.0	39.5	26.3
2	13.9	15.0	18.4	26.3
3			7.9	
4	30.6	50.0	31.6	42.1
5		5.0	2.6	5.3

**PROBLEMA 5. MI EMBARAZO**

El grupo 1 acude por ayuda un 20% más con el médico y menos con la pareja en la segunda aplicación, aunque el grupo 3 lo hace, es en menor porcentaje.

GRUPO 1 CON INTERVENCION			GRUPO 3 SIN INTERVENCION	
APO	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
1	58.3	45	42.1	36.8
2	5.6	10	10.5	5.3
3			2.6	
4	13.9	15	13.2	15.8
5	22.2	30	31.6	42.1

**PROBLEMA 6. SEXUALIDAD**

En la segunda aplicación, ambos grupos buscan menos apoyos con la pareja, pero el grupo 1 aumenta esta búsqueda con la familia de origen en comparación del grupo 3 que la disminuye. Además de que este grupo aumenta un 10.5% su no apoyo, contra el 7.8% del primer grupo.

El grupo 1 distribuye su red de apoyos en un 70%, en comparación con el 57.9% de grupo 2 en la segunda aplicación. El porcentaje de apoyos de la familia de origen se invierte en ambos grupos, y también en los dos baja con la pareja.

GRUPO 1 CON INTERVENCION			GRUPO 3 SIN INTERVENCION	
APO	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
1	41.7	25.0	36.8	10.5
2		5.0	5.3	21.1
3			2.6	
4	58.3	70.0	52.6	63.2
5			2.6	5.3

#### PROBLEMA 7. SALUD

El grupo 1 acude en busca de ayuda en un 70% al médico en la aplicación 2, y distribuye el otro 30% entre la pareja y la familia de origen. El grupo 3, baja importantemente en relación a la pareja y lo aumenta con la familia de origen. Además un 5.3% no busca a nadie por apoyo.

GRUPO 1 CON INTERVENCION			GRUPO 3 SIN INTERVENCION	
APO	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
1	52.8	50	57.9	57.9
2	27.8	35	28.9	15.8
3	2.8		2.6	
4				
5	16.7	15	10.5	26.3

#### PROBLEMA 8. INGRESO ECONOMICO

El 85% del grupo 1 acude en busca de apoyo entre la pareja y familiares en la segunda aplicación, disminuyendo su no apoyo en un 1.7%. (La primera

aplicación dio un 83.4%). El grupo 3, disminuye su red de apoyos, sobre todo con familiares, aumentando su no apoyo en un 15.8%. El global de este grupo fue de 73.7% que acude por ayuda, en comparación con la primer aplicación que reportó un 89.5%.

GRUPO 1 CON INTERVENCION			GRUPO 3 SIN INTERVENCION	
APO	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
1	69.4	65	71.1	57.9
2	13.9	15	15.8	10.5
3			2.6	10.5
4	8.3	15		
5	8.3	5	10.5	21.1

**PROBLEMA 9. TEMORES Y FANTASIAS RESPECTO AL FUTURO BEBE**

La búsqueda de apoyos del grupo 1 es más asertiva aquí, ya que aunque se reduce el acudir a la pareja, buscan al médico y a la familia de origen en busca de apoyo. Se observa disminución en el rubro de NADIE, habiendo, finalmente un 95% de estas mujeres que acuden en busca de ayuda para sus temores. El grupo 3, sin embargo, disminuye importantemente su búsqueda de apoyos, aumentando el rubro NADIE, y confiando sus temores y fantasías menos a su pareja y familia.

## DISCUSION

Como puede observarse en los resultados de la fase descriptiva, se obtuvieron los porcentajes de los datos sociodemográficos de la población total, para después subdividirlos en las dos categorías de tipo de pacientes, ginecológicas y obstétricas.

En este capítulo se seguirá el mismo formato de presentación, en donde se discutirán primero los resultados de la muestra total, para después hacer lo mismo con los dos subgrupos (GINECOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS).

En el grupo total, la clasificación socioeconómica<sup>2</sup> de la clase media fue la que obtuvo un porcentaje mayor (43.9%) prevaleciendo sobre el nivel bajo que estuvo en un segundo término (34.5%), y la clase alta del 21.6% (siendo ésta última la mitad de la primera).

En cuanto a la edad la mayor parte de las mujeres de esta muestra (28.3%) oscilan en un intervalo que va de 29 a 33 años, teniendo estudios de preparatoria el 40.5% de ellas, cuya ocupación fue la de ser amas de casa en un 78.7%. Observamos que menos de la cuarta parte de la población trabaja fuera de su casa y como consecuencia no obtienen una remuneración económica por ello.

El 84.1% contaban con una pareja estable, y más de la mitad de ellas no tenían hijos (58.5%). De donde se colige que se trata, en su mayoría, de una población de mujeres maduras, de clase y educación escolar media, amas de casa, con una pareja estable, y más de la mitad sin hijos.

Al dividir la población total, podemos observar que en el grupo de pacientes ginecológicas, la clasificación socioeconómica está proporcionada en las tres clasificaciones, obteniendo un porcentaje de un poco más del 30% cada una.

Con respecto a la edad, se subdividieron los grupo en 3, para hacer comparaciones con el estudio realizado por Gómez y Cols en 1986 (1990) en la misma población, encontrándose en nuestra muestra que de 16 a 25 años hubo un 15.5%, de 26 a 35 años se obtuvo un 61.4%, y de 36 años en adelante, el 23.2%. Al compararlo con el estudio anteriormente mencionado, el primer grupo

---

<sup>2</sup> La clasificación socioeconómica fue tomada con base a los criterios establecidos por el Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Perinatología. Dicha clasificación va de la más baja ("A"), hasta la más alta ("J").

contó con un 37%, el segundo con 52% y el tercero con 10%, Hecho que nos plantea que en la edad de 26 a 25 años hubo una disminución del 22 % y un aumento de 10% en la edad de 26 a 35 años, al igual que en el último grupo, hubo un aumento del 13% en nuestro estudio.

Esto último puede ser el resultado de que la población que busca tener hijos ha aumentado en edad, por la concientización de uso de métodos anticonceptivos en esta población, y el aumento en grados de escolaridad. Siendo pertinente recordar que la muestra conformada por ginecológicas tiene un alto índice de mujeres con diagnóstico de esterilidad en edad reproductiva.

Por otra parte obtuvimos una media de edad de 32.5, misma que está por arriba de lo encontrado por González-Forteza en 1990, que obtuvo una media de 29.6 de años de edad.

En la variable la escolaridad observamos que, comparativamente con el estudio de Gómez (Ibid), nuestra muestra obtuvo un porcentaje mayor en este nivel, pues alcanzaron la preparatoria casi el 36%, en comparación con el estudio antes mencionado que obtuvo 25%. Cabe mencionar que en los estudios de secundaria también se vio un aumento del 10% en nuestra muestra (28.2%). datos que nos sugiere que las mujeres que asisten actualmente a Perinatología, cuentan con un mayor número de años de estudios que hace 10 años. En la investigación de González-Forteza (1990) se reporta una media de escolaridad del 8.9 años, siendo en comparación con la nuestra de 10.3 años de escolaridad.

También mencionaremos que en cuanto a su ocupación, el grupo de ginecológicas mostró que el 40% tenía trabajo fuera de casa, en comparación con el grupo total (menos del 15%), así como del estudio del González-Forteza, que reportó 30.4% de mujeres que trabajaban y/o estudiaban.

En cuanto al estado civil, el 86% de nuestra población tuvo una pareja estable, en comparación con el 90% del estudio de Gómez (1990) y González-Forteza (1990). Estos datos son muy semejantes, teniendo solo un 4% de disminución en cuanto a tener una relación de pareja estable. De igual forma se observa una ligera disminución en cuanto a la característica de soltería en nuestro grupo y un aumento en porcentaje de divorcios/separación [7.8% en nuestra población, contra 4.9% de Espinoza (1990) y 2.9% de González-Forteza (1990)].

La muestra mostró casi un 70% en la variable de no tener hijos, contra un 30% con hijos vivos. Nuevamente se puede deber a que muchas mujeres están en Perinatología por el hecho de no poder tener hijos, y que al respecto, González-Forteza muestra un 66% sin hijos y un 34% con uno o más hijos vivos.

Del grupo de pacientes obstétricas encontramos nuevamente un incremento en la clasificación socioeconómica, ya que la clasificación media obtuvo casi un 46%, mientras la alta un 17% y la baja un 37%, esto significa que prevalecen mayoritariamente entre las embarazadas, mujeres de la clase media.

De la variable edad, volvimos a subdividir a este grupo, pero ahora en 4 para mayor funcionalidad de comparación con el estudio de Gómez (1990), encontrando en nuestra muestra que, de 14 a 18 años hubo un 10.6%, de 19 a 28 años se agruparon 51% de mujeres, de 29 a 38 años el porcentaje fue de 33.3%, y por último de 39 años o más un 4.8%, siendo reportados los mismos porcentajes en el estudio con el cual comparamos nuestros datos. Por otra parte, nuestra media se encontró en 26.5% y la de González-Forteza (1990) en 26.2%.

Para la escolaridad se encontró el mismo fenómeno que con las ginecológicas, en el sentido que aumentó el nivel de escolaridad, de 26% en el estudio de Gómez (1990) al 42.7% en el nuestro, con una media de 10.7% en contraste con la de González-Forteza que fue del 9.4%.

De la variable ocupación, casi el 83% se dedicaban al hogar, es decir que menos del 20% tienen un trabajo remunerado económicamente que comparativamente con lo hallado por González-Forteza (1990) que reporta el 74% de amas de casa, existiendo entonces que obtuvo un 9% menos que nuestra población de obstétricas.

Del estado civil se puede decir que concuerdan nuestros resultados con los estudios de Gómez (1990) y González-Forteza (1990), ya que ambos reportaron el 83% y 83.8 % respectivamente de mujeres con una relación de pareja, y nosotros encontramos un 83.1%.

Por último, ésta población mostró un 53.3% de mujeres sin hijos contra 51.2% de González-Forteza (1990).

Así mismo, se realizó un análisis de los reactivos del Cuestionario General de Salud (CGS) que más frecuentemente fueron contestados en forma positiva, encontrando que las mujeres de la población ginecológica dieron 8 reactivos que rebasaron al menos el 25% de la muestra: síntomas somáticos (2 reactivos), trastornos del sueño (3 reactivos), ansiedad (2 reactivos), depresión con ideas suicidas (1 reactivo); y las obstétricas mostraron 18 de dichos síntomas: síntomas somáticos (7 reactivos), trastornos del sueño (4 reactivos), inadecuación social (3 reactivos), ansiedad (3 reactivos), deoresión con ideas suicidas (1 reactivo). Es importante señalar que ambos grupos estuvieron por arriba de este porcentaje en



los reactivos que calificaron con similar sintomatología, agregando la inadecuación social en las obstétricas. Sin embargo, este último grupo duplicó el porcentaje en 18 reactivos. Esto nos hace afirmar que en la muestra total, los síntomas dependen de la submuestra de pacientes obstétricas.

En cuanto a las medias de los reactivos contestados, se observó que en la columna 3 es de 7.48 reactivos, y en la columna 4 de 2.41 para las obstétricas, haciendo una media total de 9.90 reactivos, lo cual rebasa en casi 2 reactivos el punto de corte (7/8), por lo que se clasificaron como "caso".

En la muestra de ginecológicas, la media para columna 3 fue de 3.89 reactivos, y 1.40 reactivos para la columna 4, con una media total de 5.29 reactivos, lo cual está por debajo del punto de corte, debido a lo cual se clasificaron como "no caso".

Si observamos que en la muestra total las medias son para la columna 3 de 6.36 reactivos, 2.10 reactivos para la columna 4 y 8.45 reactivos para el instrumento total (CGS), podemos concluir que se rebasa el punto de corte por parte de las pacientes obstétricas, que están presentando malestar psicológico, en comparación con las ginecológicas que no lo muestran.

Haciendo un análisis de las columnas por separado, se puede apreciar que la carga en toda la muestra, está en la columna 3, y que en la columna 4 hay menos respuestas sintomáticas. Aunque el instrumento no plantea una medición de la severidad, si se puede afirmar que estas mujeres muestran malestar moderado, siendo las obstétricas las que plantearon mayor alteración.

Se realizó un análisis de correlación, del cual se consignan aquellas correlaciones al menos moderadas y significativas ( $r \geq 0.40$  y  $P = 0.05$ ).

La columna 3 (C3) correlacionó con edad, estado civil y número de hijos, de donde podemos inferir que a mayor edad, sin pareja y con al menos un hijo, se incrementan los reactivos de las columnas 3, 4 y total de la prueba.

Este resultado es por demás interesante, ya que una gran mayoría de las pacientes ginecológicas están en Perinatología con el diagnóstico de esterilidad, y precisamente acuden porque están buscando tener otro hijo, no obstante son las que presentaron menor malestar psicológico. Esto es, nuestras observaciones clínicas se orientan hacia que las pacientes con diagnóstico de esterilidad o infertilidad primaria o secundaria, se someten a un sin fin de procedimientos dolorosos y con riesgos implícitos para lograr el objetivo de concebir y/o culminar un embarazo. Esto las lleva, en ocasiones a soslayar las demás áreas de sus vidas,

manifestando gran ansiedad poco antes de la fecha de su próxima menstruación y con la consiguiente decepción (traducida en síntomas depresivos), cuando ésta llega. Sin embargo las puntuaciones registradas en el CGS no muestran malestar psicológico.

Por otro lado, con la muestra total, se aplicó una prueba t, y la variable de escolaridad fue significativa en columna 3, columna 4 y el instrumento total a favor de las de menos escolaridad, lo que significa que a menor escolaridad, mayor malestar psicológico y que con relación al subgrupo, las obstétricas presentan mayor malestar.

Aunque las ginecológicas no rebasan el punto de corte del CGS, se encontró que el estado civil y el número de hijos son variables que se asocian a más altos puntajes. Es decir, que las casadas, con más hijos y menos de 12 años de escolaridad tuvieron más respuestas positivas en los reactivos del cuestionario.

Con relación a las obstétricas, es la escolaridad la que marca la diferencia en columna 4 y el instrumento total, es decir, entre menor escolaridad, mayor malestar psicológico.

En lo que se refiere al número de "casos" que se reportaron a través del CGS, nuestra muestra arrojó que el 52.1% de las pacientes lo eran, en comparación con el 29% que reporta Gómez en 1986 (1990), y con el 35.2% de Jadresic (1992). Esto se puede explicar a que los criterios de aceptación de pacientes al Instituto Nacional de Perinatología se han hecho más estrictos, ya que actualmente se reciben pacientes con mayor riesgo reproductivo, en comparación con la población que aceptaban en 1986, agregando que la investigación de Jadresic incluyó mujeres con embarazos normales.

En cuanto a las complicaciones, se trató de establecer si existía una posible asociación entre el evento obstétrico y su resultado final. Lo primero que se observó fue un alto porcentaje de mujeres que tuvieron complicación al final del embarazo (65.8%), en comparación con un 34.2% que no presentaron complicación alguna, lo cual nos está indicando una población de riesgo importante.

El análisis estadístico (t student para muestras independientes) reveló una significancia estadística entre el número de complicaciones y malestar psicológico. Aquí cabe cuestionar si acaso el malestar psicológico las lleva a no tener una adecuada adherencia al tratamiento médico, a través de negar o soslayar signos de alarma. En ocasiones esta actitud las lleva a consultar a otros médicos al mismo tiempo, produciéndoles confusión, que da como resultado un descuido en forma

de sub o sobre medicación. Sin embargo, lo que se muestra es que esta asociación debe de ser tomada en cuenta en esta población de riesgo biológico y riesgo psicológico.

En lo que se refiere a la *fase de intervención* de la investigación, se pudo constatar que hubo un 17% de muerte de la muestra, es decir, las pacientes que no ingresaron al programa. Estas pacientes obtuvieron puntajes más altos en el CGS, en comparación con las que si asistieron al programa. Ambas eran "caso".

Esto nos podría hacer pensar que el malestar psicológico presentado en las que no desertaron todavía se puede considerar egodistónico, lo cual les permitió recibir la ayuda ofrecida. Por el contrario, las que no asistieron podrían haberse adaptado a su malestar, o negarlo y considerar su sintomatología como egosintónica.

Inversamente presentaron resultados las del grupo considerado como "no caso", ya que las que decidieron no asistir al grupo obtuvieron menor puntaje que las que si entraron al programa. Esto significa que, aún sin llegar al malestar psicológico, estas pacientes mostraron que entre más puntaje, mayor la necesidad de ayuda. Entonces observamos que las clasificadas como no caso-alto porcentaje, asistieron a grupo en comparación con las que entraron a la clasificación de caso-alto porcentaje que desertaron.

Una explicación tentativa sería que éstas mujeres están negando su malestar o lo consideran como una parte inherente a su embarazo.

En cuanto a su situación social y económica, todas las pacientes tuvieron en su mayoría una clasificación socioeconómica de media, seguida por clase baja y finalmente alta.

La escolaridad si fue diferente entre los 4 grupos, ya que tanto el grupo control (grupo 3) como el experimental (grupo 1) tuvieron mayor grado de estudios. Estos grupos fueron diagnosticados como "caso", pero el primero no entró al programa, y el segundo si lo hizo.

Todas tuvieron en su mayoría un estado civil de casadas, dato que concuerda con la población estudiada en el INPer. Lo mismo sucede con la ocupación, ya que el 80%, con independencia del grado de estudios, son amas de casa; esto significa que nuestra población, al menos en estos rubros es parecida a la población general que asiste al Instituto.

Por ser ésta una institución que atiende, entre otros, embarazos de alto

riesgo, todas las pacientes de este estudio presentaron problemática, sin embargo no destacó problemas a nivel de antecedentes de pérdidas perinatales, sino que fueron aceptadas al INPer por diversos diagnósticos de enfermedades agregadas al embarazo, siendo ejemplo de esto la diabetes, la enfermedad hipertensiva del embarazo, etc. Es decir, que el riesgo es potencial, no actual.

Por lo tanto, podemos afirmar que esta población no difiere sustancialmente al general que acude a la Institución, y que por lo mismo puede ser llamada representativa de ella. Es así que, entonces, los resultados aquí obtenidos solo pueden ser generalizados a las mujeres que acuden al Instituto Nacional de Perinatología.

Ahora bien, para seguir un orden, se discutirá el **modelo de evaluación y la utilidad de los instrumentos propuestos**.

### **ESTRESORES PSICOSOCIALES COTIDIANOS**

Tenemos, en primer lugar la evaluación cognoscitiva del estrés psicosocial que se determinó por medio del Cuestionario de Eventos Cotidianos Estresantes en el embarazo (EC), el cual como ya se mencionó, fue elaborado por la autora de esta investigación partiendo de la premisa de que es necesario un instrumento específico que detecte los sucesos que se viven día con día y que le son altamente estresantes a una mujer embarazada.

Este cuestionario resultó ser un instrumento útil para la detección de esta problemática, ya que es específico de esta época del ciclo vital, y como tal es importante, tal como lo señalan González-Forteza y Colbs (1990), pues al presentarse éstos, se va añadir estrés al de por sí tensionante embarazo.

Mucho se ha escrito acerca de esto, González-Forteza (1990, 1991, 1993), González, Morales, (1990), Salinas (1991), y se llega a la conclusión de la necesidad de intervenir en este momento vital para evitar que se aumente el nivel de estrés, y que además la mujer que lo vive, lo considere como algo normal, inherente al embarazo, y por lo tanto aumente su resistencia a solicitar ayuda psicoterapéutica. Evitar la acumulación de tensión, y ayudar a que se resuelvan dudas y confusiones, en un foro adecuado, puede permitirle a la mujer buscar los canales pertinentes para afrontar asertivamente los problemas que se le presentan, y lograr que el maternaje no sea un cúmulo de estrés que la va a llevar inevitablemente a la depresión.

El cuestionario de eventos cotidianos, podría probarse en una muestra mucho más grande, para obtener mayor especificidad y sensibilidad como

instrumento detector de riesgo, con el objetivo de que sea factible a ser utilizado por personal no especializado, y así contar con un instrumento que además de ser útil, contenga mayor especificidad para la detección de conflictos específicos que provocan estrés en el embarazo, pudiendo canalizar rápida y eficazmente a estas mujeres con los profesionales de la salud mental.

### **VARIABLES MEDIADORAS INTERNAS**

Se utilizó el cuestionario de autoestima de Coopersmith; y si revisamos los reactivos desde el punto de vista cualitativo se observa que ambas poblaciones elevan el puntaje del cuestionario en la segunda aplicación, siendo la calificación global del grupo 1 mayor que la del grupo 3, no habiendo significancia estadística.

En este sentido se podría sugerir que se favorecieron cambios positivos (mejor autoestima), corroborando lo encontrado por Morales (1988) en donde plantean modificación a este nivel debido a que al acercarse la resolución exitosa del embarazo, se autorevaloran en función de su capacidad reproductiva obteniendo así mayor seguridad, confianza y en general mayor autoestima.

Esto se explica debido a que todavía se está inmerso en la ideología de la cultura, en donde se sigue haciendo énfasis y promoción a la actitud y la idea de que casándose y/o teniendo hijos, es que la mujer adquiere valor. También podría deberse a lo que plantea Ferguson (1996) acerca de que en las etapas finales del embarazo existe una tendencia a que decline la sintomatología depresiva. Por otro lado, tendríamos que argumentar que es probable que lo reducido de las sesiones del programa, no fueron suficientes para producir un cambio en el grupo 1, sobre todo de algo tan estructural como la autoestima. Quizá para este tipo de problemática se tendría que hacer un abordaje cognitivo-conductual, enfocado a elevar sus niveles de autoestima.

### **VARIABLES MEDIADORAS EXTERNAS**

Se utilizó el cuestionario de redes de apoyo. En lo que se refiere a los resultados arrojados en cuanto a la búsqueda de apoyos que las contengan en el embarazo presentan divergencias importantes, ya que el grupo clasificado como caso con programa limita su búsqueda de apoyos, disminuyendo el contacto con el exterior (relaciones con otros) incrementándose al mismo tiempo una actitud de aislamiento. Solo cuando existen problemas de salud alrededor del embarazo acuden al médico. En contraste con éste, el grupo 3 clasificado como caso sin programa aumenta su búsqueda de apoyos al exterior.

Una explicación de este suceso es que al cercarse el momento de

resolución del embarazo el grupo 1 comenzó a adoptar una actitud de retraimiento, lo que ha sido ampliamente descrito en la literatura, en donde se vuelven más introspectivas disminuyendo de este modo su contacto con el exterior, es una forma psicológica de prepararse a la culminación del embarazo. Esto pudo haber sucedido después de que estas mujeres dejaron de sentir malestar psicológico, lo que les permitió poner su energía vital en ellas mismas como un mecanismo protector que les permitió satisfacer sus necesidades y comenzar a vincularse con el producto, y no a las complicaciones, limitaciones o problemas del embarazo (Morales 1989).

En contraste, el grupo 3, que incrementa su búsqueda de apoyos, que entre paréntesis no es muy asertiva, ya que si analizamos reactivo por reactivo nos podemos percatar que ésta búsqueda no se da con las personas adecuadas para el tipo de problema que plantean. Por ejemplo, cuando se pregunta que si tienen problemas con los hijos, la respuesta es acudir a buscar apoyo con la familia de origen o con los amigos, dejando a un lado a la pareja. Esto se dio inversamente en el grupo 1 que planteó un acercamiento a su pareja para la resolución de este problema. Además el grupo 3 continuó con malestar psicológico, por lo que la posible explicación es que ésta búsqueda es más un síntoma de su malestar (como en algunos estados de ansiedad) psicológico, que una real búsqueda. Esto significaría que el grupo 1, después del programa, fue capaz de dirigir su petición de ayuda de una manera más adecuada, a diferencia del grupo 3.

También es posible deducir que el tiempo de intervención (programa) fue demasiado corto como para esperar cambios drásticos en estas formas de afrontamiento.

## **RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO**

Para tal efecto se empleó la escala de Moss. El análisis de los reactivos de **afrontamiento** mostraron que después del programa, en el postest, ambos grupos presentaron similares respuestas en sus conductas de enfrentar en forma cognitiva-activa, y evitativa. Sin embargo, en las respuestas clasificadas como conductual-activo, el grupo experimental presentó más y variadas respuestas al afrontar un problema. Pareciera ser que, entonces pudieron lograr asimilar algunos aprendizajes derivados del programa, pudiendo deberse a:

a) Los contenidos educativos del programa les permitieron asimilar aprendizajes que derivaron en la obtención de más opciones respecto a la problemática particular que presentaban.

b) El grupo contuvo y ayudó a metabolizar aquellas situaciones que vivieron como crónicas. Ejemplo de esto es el embarazo, la salud y la relación de pareja.

c) El manejo de las ansiedades surgidas de su malestar, mostrándoles la necesidad de visualizar más y mejores opciones a corto y mediano plazo.

Esto da la pauta para explicar que el grupo que asistió a sus sesiones, bajó sus niveles de depresión, (desde un análisis cualitativo) mientras que el grupo control los conservó. Parece ser, entonces, que estando menos deprimidas, pueden actuar con mayor asertividad, en tanto que el otro grupo permanece sin modificaciones.

### **CONSECUENCIAS SOBRE EL ESTADO EMOCIONAL**

Para la evaluación del estado emocional se usó el cuestionario general de salud (CGS), el inventario de ansiedad rasgo estado y la escala de automedicación de la depresión de Zung. El análisis de los resultados dio una diferencia significativa entre la primera y segunda aplicación en las mediciones del grupo 1 (caso), tanto en la calificación total, como en los puntajes de la columna 3 (C3 malestar psicológico), y la columna 4 (C4 disturbio psicológico). Es decir que en este grupo (caso con grupo) desaparece el malestar psicológico. En cuanto al grupo 3 (caso sin programa), disminuye la sintomatología de la columna 4, no siendo así la de la columna 3, significando esto que pasaron de disturbio a malestar psicológico, y aunque se disminuyen los síntomas, se siguen considerando caso.

Con la afirmación anterior se podría plantear que la reducción en los síntomas podría deberse al mero paso del tiempo, sin embargo surge la pregunta de ¿por qué no desapareció el malestar del grupo 3 (caso sin grupo), que se expresa a través de la C3?

Ambos grupos fueron diagnosticados como caso, y si el mero paso del tiempo hubiese logrado que las pacientes se sintieran menos alteradas, entonces las mujeres del grupo 3 no presentarían calificaciones elevadas en la columna 3 del CGS, tal y como se dio.

Por lo anteriormente expuesto se puede afirmar que los cambios a este nivel se debieron al efecto del programa psicoeducativo, que ayudaron a disminuir el malestar y/o disturbio psicológico. Ahora bien, al no ser este un grupo psicoterapéutico, podemos aseverar que el objetivo planteado en este rubro se cumplió, en tanto que se logró que el grupo tuviera o mostrara un nivel de funcionamiento más adecuado.

Sin embargo también nos plantea la necesidad de ampliar las sesiones del programa para lograr que estas mujeres lleguen al final del embarazo sin malestar psicológico. Esto lo justifica Jiménez-Gómez (1993) al observar que el malestar disminuye después de tomar un curso educativo, ya que como menciona Salinas (1991) entre más desconoce la mujer lo que ocurre alrededor de su embarazo mayor será su ansiedad.

También se observa una disminución en los niveles de ansiedad-estado (IDARE), por parte del grupo 1 (caso con grupo) después de su asistencia al programa, y aunque la disminución no es significativa estadísticamente hablando, al revisar las medias y medianas, se constata que el grupo 3 no baja el punto de corte establecido en ambos instrumentos, mientras que el grupo 1 pasa del diagnóstico de ansiedad-estado, a no ansiedad-estado.

Por otro lado, tenemos que preguntarnos si el instrumento elegido para medir ansiedad fue el adecuado para detectar esta sintomatología en este tipo de pacientes.

En cuanto a la sintomatología depresiva, expresada a través de los puntajes de la escala de automedición de la depresión de Zung, se observó que entre la aplicación 1 y 2 se dio una diferencia a un nivel de significancia de .06, el cual es mayor que el .05 necesario para rechazar la hipótesis nula. Sin embargo desde el punto de vista cualitativo, la media de rangos de la aplicación 1, en comparación con las de la aplicación 2, disminuyó importantemente (de 31.50 a 23.10 respectivamente).

En este punto tenemos de cuestionarnos acerca de esta sintomatología depresiva, que no muestra realmente ser patológica. En este sentido tiene congruencia con lo expresado por diversos autores en relación a que, si bien es cierto que en la mujer embarazada se genera depresión por las limitaciones de sus actividades y la reedición de sus conflictos infantiles no resueltos, se considera que éstos síntomas son más una reacción de ajuste, y por lo tanto superable (Morales 1989, Fergusson 1996).

De todo lo anteriormente expuesto se puede decir que los instrumentos utilizados para este modelo no vierten las calificaciones estadísticamente significativas que se esperaban después del programa. Vale la pena plantearse si debido a la escolaridad de las pacientes les fue difícil entender los reactivos, o los instrumentos en sí mismos no tienen la suficiente especificidad y sensibilidad para captar los cambios finos. Excepto el Cuestionario General de Salud (CGS), que sí pudo hacer la diferencia, todos los demás no lo hicieron.



La intervención psicológica no produjo los cambios esperados, desde el punto de vista estadístico. Sin embargo la observación clínica permitió reconocer una movilización de los estados de ansiedad y depresión, hecho que posibilitó la expresión de comportamientos de mayor adaptación. En consecuencia el modelo de intervención en sí mismo parece mejorar las condiciones de las pacientes, y es muy probable que esto pueda ser corroborado mediante otros instrumentos de mayor especificidad.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### I NECESIDAD DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

Con base en los datos obtenidos en ambas investigaciones, podemos afirmar que las pacientes que acuden al INPer (Ginecológicas y Obstétricas), muestran diferencias tanto en sus características sociodemográficas, como en su sintomatología y su malestar psicológico. Esto probablemente explique las diferencias tanto en dichas características, como en los resultados de las pruebas.

Es decir, las pacientes ginecológicas tienen mayores ingresos económicos, más tienen un trabajo remunerado y una pareja estable. En cambio, las pacientes obstétricas dependen más, en su mayoría económicamente de su pareja, se dedican más a las labores del hogar, y es menor el porcentaje que tiene una pareja estable. La literatura apoya estos resultados en tanto que se afirma que entre más escolaridad y redes de apoyos, menor malestar psicológico presentará la persona (Kafil 1995, Albretch 1989, Norbreck 1989, González-Forteza 1993)

Los resultados que se obtuvieron demuestran que la paciente embarazada que acude al INPer manifiesta suficiente malestar psicológico como para justificar plenamente una intervención a este nivel, que aminore dicha molestia y las ayude a pasar con menor dificultad su proceso de embarazo.

En relación a la paciente ginecológica, no debemos descartar que la mayoría de estas mujeres acuden a esta institución buscando un embarazo porque no tienen hijos, o desean otro más. El que su calificación en el CGS no haya rebasado el punto de corte podría deberse, en parte, porque este tipo de paciente tiene un diagnóstico de esterilidad de larga evolución (de 2 años o más), y como tal se trata de un proceso crónico al cual ya se adaptó la paciente no viviéndolo como angustiante, sino hasta que se va incrementando su edad y/o se quedan sin pareja, tal y como se observó en las correlaciones que se hicieron, y como lo demostró Morales (1995) en su investigación con mujeres estériles.

Por lo mismo la intervención psicoterapéutica de estas pacientes tendría que

darse con un planteamiento diferente, es decir, implementar un programa específico para pacientes con padecimientos crónicos. También es claro que las pacientes embarazadas mostraron suficiente malestar psicológico que requiere algún tipo de intervención especialidad. Esto se concluye a partir de los resultados obtenidos en la primera parte de esta investigación, en donde se constató que las obstétricas mostraron altos puntajes en el CGS ( $>8$ ).

## 2 COMO EVALUAR

En cuanto a los instrumentos, se hizo patente la necesidad de crear uno que evaluara la circunstancia psicosocial específica que afecta a la mujer gestante. Este tipo de instrumentos pueden resultar más útiles en la detección de problemática relacionada con el evento reproductivo, ya que se circunscribe a él, y como tal, puede dar la pauta para una intervención más temprana. El Cuestionario de Eventos Estresantes puede ser perfeccionado para una detección rápida, y una intervención efectiva que beneficie tanto a la paciente (que logre un embarazo con menor malestar), como a la institución (que el costo sea mínimo, y el beneficio alto).

Lo anterior puede afirmarse a partir de la disminución de los puntajes del CGS, y la variación de las respuestas en el cuestionario de afrontamiento. También fue importante observar que al terminar el programa, las pacientes de este grupo se adhirió al programa de Educación para la reproducción del INPer, tratando de buscar más información y respuestas a sus múltiples dudas.

El cuestionario de Eventos cotidianos en combinación con el CGS, pueden ser suficientes para detectar estresores específicos y malestar psicológico. Este cuestionario tendría que probarse con una muestra más grande, para darle mayor especificidad.

Sin embargo, tal como se elaboró, demostró ser un instrumento útil, ya que como se dijo anteriormente, pudo establecer eventos de malestar específico que disturban el embarazo.

Por todo esto es posible afirmar que el método de evaluación tiene que tomar en cuenta los aspectos psicosociales que están alrededor de la población que se estudia, por lo que se puede concluir que es posible que instrumentos como el Idare, Zung, y Coopersmith no son los adecuados para detectar cambios finos en este tipo de población. Tendría que, por lo tanto, buscarse instrumentos

con mayor sensibilidad y especificidad para este tipo de población.

### 3. INTERVENCIÓN

Debido a las características del INPer, el departamento de Psicología trabaja de acuerdo a los objetivos de la institución, en donde se atienden pacientes con alto riesgo médico. Por lo mismo, el tipo de intervención tiene que ser corto y de objetivos limitados.

La intervención psicológica realizada en esta investigación, no pretendió modificar estructuras de personalidad, sino que se abocó a la tarea de probar un modelo (no crearlo) de intervención que le diera un viraje a la sintomatología, y abriera más opciones de ayuda a estas mujeres.

Se puede afirmar que el grupo psicoeducativo cumplió su cometido, ya que el malestar psicológico disminuyó (pasaron de ser "caso" a "no caso" las pacientes del grupo 1), sus niveles de depresión disminuyeron (cualitativamente) y sus métodos de afrontamiento variaron, pues de la cognición (pensar) pasaron a la acción (conducta). Es probable que al disminuir la sintomatología depresiva, pudieran estar en posibilidad de actuar más asertivamente.

Es importante resaltar que las observaciones que se hicieron a este nivel fueron de tipo clínico, ya que la motivación en la mujer embarazada que ha intentado por largo tiempo llevarlo a buen término es tal, que cuando finalmente vislumbra que esto puede ser posible, ya no le importa si esta gestación ha sido de alto riesgo. Al final, afrontarían este hecho sin evidentes manifestaciones de depresión. Es decir, consideran que el costo emocional es alto, pero el beneficio, lo es más, lo cual indica que es necesario seguir puntualizando acerca de la necesidad de crear y/o buscar instrumentos de mayor especificidad que puedan detectar de manera más adecuada la problemática estudiada.

Se demuestra así que una intervención corta, dirigida y con objetivos específicos y circunscritos al momento de vida de la persona, cumple ampliamente tanto con los objetivos institucionales, como con la tarea del psicólogo en una institución no psiquiátrica.

Quizá sería conveniente revisar el número de sesiones, ya que se podrían aumentar de 8 a 12, pudiendo disminuir algunos tópicos que podrían ser repetitivos. Esto se observó en el grupo, ya que la preocupación principal de estas pacientes giró alrededor del embarazo y la pareja. Tanto la sexualidad, hijos, dinero, salud y familiar estuvieron siempre dependiendo de la relación establecida

con la pareja, y las decisiones por ellos tomadas.

#### 4. LINEAS DE INVESTIGACION

A partir de todo esto, se resaltan algunas líneas de investigación que podría ser retomadas:

- a. Métodos más específicos y sensibles de evaluación del evento a estudiar
- b. Investigación más específica sobre el cuestionario de eventos del embarazo
- c. Evaluación de depresión posparto a mujeres que se someten a este tipo de tratamiento, pues sería interesante observar y evaluar lo que sucede durante el maternaje, en particular con las primigestas.
- d. Evaluación de la reducción costo-beneficio de la institución a través del número de consultas, exámenes de gabinete y laboratorio, así como complicaciones pre e intraparto.
- e. Medición de cambios en cuanto a malestar psicológico, durante el proceso grupal.

## PROPUESTAS

A partir de los resultados que se observaron tanto en la evaluación como en la intervención, se hacen las siguientes propuestas:

### EVALUACION

- a. Buscar instrumentos más sensibles, que puedan detectar cambios a corto plazo.
- b. Evitar instrumentar pruebas que midan cuestiones tan internas como lo es la autoestima, ya que esto no puede ser modificable en tan corto tiempo.
- c. Crear instrumentos específicos para la problemática a tratar.

### INTERVENCION

- a. Seleccionar a las pacientes de acuerdo a la severidad de su psicopatología, ya que un programa como el propuesto en esta tesis, solo ayuda a crearles consciencia de su estado emocional.
- b. Pacientes con disturbo emocional, deberán pasar a un grupo psicoterapéutico.
- c. Ampliar el número de sesiones del programa de intervención y, de 8, ampliarlas a 12 ó 16.
- d. Seleccionar a las pacientes con 20 semanas de gestación o menos, ya que al ampliar el número de sesiones no se tendría tiempo de terminar si tienen más de 20 semanas de amenorrea.
- e. Quitar temas que fueron repetitivos a lo largo de las sesiones. Se observó que estas mujeres giraron dependieron de sus parejas, y cualquier evento lo asociaron con ellos.

## BIBLIOGRAFIA

ALBESRCHT S, RANKIN M (1989): Anxiety levels, health behaviors and support systems of pregnant women. Maternal Child Nursing Journal, 18 (1). 40-60

ALEXANDER, F (1950). Psychosomatic Medicine: its principles and applications. Nueva York, Norton

ASKENAZI M, CASULLO M (1984) Factores socioculturales y presencia de psicopatología en poblaciones de distintas localidades argentinas. Acta psiquiátr psicol amer lat 30, 11-20

BRADSHAW J (1990) Homecoming. Nueva York, Bantam Books

BROCKINGTON I F, WINOKUR G, DEAN C: Puerperal psychosis. En: Motherwood and mental illness. Londres, Academic Press, 1982, 37-69.

CASELL W A, FRASER H N, SPELLMAN A (1972). Psychiatric morbidity and utilization of insured health services. Can. Psychiatr assoc J. 17, 417-421.

CASTRO RR, MEDINA MORA ME, MATINEZ LP. (1982) Poder discriminativo de un cuestionario que detecta padecimientos emocionales entre sujetos que requieren y no requieren atención especializada, con nivel bajo de escolaridad. Revista de enseñanza e Investigación en Psicología. 8, 229-235.

CHAUCHARD P. (1960) Medicina Psicósomática Ed. Paidós, Buenos Aires

CERVANTES R C, CASTRO F G. (1985) Stress, coping, and Mexican American mental health: a systematic review. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 7 (1), 1-73.

COX, T. (1978) Stress. Baltimore, MD: University Park Press.

COYNE J C, LAZARUS R S. (1980). Cognitive style, stress perception, and coping. En I.L. Kutash y L.B. Schlesinger, Handbook on stress and anxiety (pp. 144-158).

DIAZ-GUERRERO R, SPIELBERGER C D. (1975). IDARE, Inventario ansiedad: Rasgo-Estado. Manual e instructivo. México, D.F. El Manual Moderno.

DIAZ-GUERRERO R. (1979). The development of coping style. Human development 22, 320-331.

DeLONGIS A, FOLKMAN S, LAZARUS R S. (1988). The impact of daily stress on health and mood: Psychological and social resources as mediators. Journal of Personality and Social psychology, 54 (3), 486-495.

DEUTSCH H. (1947). Psicología de la Mujer. Vol I, 158-167; Vol II, 25-29, 129-190, 210-212. Buenos Aires, Lozada.

ERIKSON E. (1960). En Pohlmane. Unwanted conceptions. Quarterly, 14, 143-154.

EYSENCK S, LARA-CANTU M A. (1989). Un estudio transcultural de la personalidad en adultos mexicanos e ingleses. Salud Mental, 12 (3), 14-20.

EZBAN B M, PADILLA G P, MEDINA-MORA M E, GUTIERREZ C E. (1985) Aplicación de un cuestionario de detección de casos psiquiátricos en dos poblaciones de la práctica médica general. Salud Pública Mex. 27, (5), 384-390.

FAVA G, ZIELEZNY, PILOWSKY I, Trombini G (1984) Patterns of depression and illness behavioral in general hospital patients. Psychopathology 17: 105-109

FERGUSON D, HORWOOD J, THORPE K (1996). Paediatric and Perinatal Epidemiology 10, 279-293

FOLKMAN S, LAZARUS R S. (1988). Coping as a mediator of emotion. Journal of Personality and social Psychology, 54, 466-475.

FOLKMAN S, LAZARUS R S, GRUEN R J, DeLONGIS A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. Journal of Personality and Social Psychology, 50 (3), 571-579.

FOLKMAN S, LAZARUS RS (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. Journal of Personality and Social Psychology, 48 (1) 150-170.

FORD CH. (1986) The somatizing disorders Psychosomatics, 27 (5).

FREUD S (1900). Teorías Sexuales Infantiles. Obras completas. Vol 2, 1262-1271. Biblioteca Nueva.



GOMEZ EM, MORALES CF, ARIETA PA, GUTIERREZ E: (1990) Detección de alteraciones emocionales en pacientes obstétricas y ginecológicas. Ginecología y Obstetricia de México, 58: 112-116

GOLDBERG D P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley Monograph. Londres, Oxford University Press.

GONZALEZ FORTEZA C, MORALES C F, MAS CONDE C, CARAVEO J (1990) El malestar psicológico y su relación con los eventos de la vida: estudio comparativo entre mujeres embarazadas y mujeres con trastornos ginecológicos. La psicología Social en México AMEPSO Eds. Vol III 56-60

GONZALEZ-FORTEZA C, MORALES C F, GUTIERREZ C E. (1993). Detección oportuna de pacientes gineco-obstétricas con disfunción psicosocial. Ginec y Obstet de México, 61, 15-21.

GONZALEZ CG, MORALES CF. (1993). Normalización de un instrumento para medir la depresión (EAMD) en mujeres embarazadas. Perinatología y Reproducción Humana, 7 (3), 110-113.

HAAN N (1969). A tripartite of ego functioning. Values and clinical research applications. Journal of Nervous and Mental disease, 148, 14-30.

HAAN N (1977). Coping and defending: processes of self environment organization. Nueva York, Academic Press.

HELSEBORG H C. (1958) Psychiatric investigations of patients in a medical department. Acta psychiat. scand 33, 303-335.

HODGES E F, FELLIG J P (1970). Types of stressful situations and their relation to trait anxiety and sex. J of consulting and Clin Psychol 34, 333.

HOEPER E W, NYCZ G R, REGIER D A, GOLDBER I D, JACOBSON A, HANKIN J. (1980) Diagnosis of Mental disorder in adults and increased use of health services in four outpatients setting. Am. J. Psychiatry, 137.

HOOKE J F, MARKS P A. (1962). MMPI Characteristics of pregnancy. J Clin Psychol, 18 316.

HOLMES T H, RAHE R H. (1967) The social readjustment rating scale. J. Psychosom 11, 213-218.

HORNEY K (1976). Psicología Femenina. 53-70. Buenos Aires, Psique.

JACKSON D N (1967). Personality research form manual. Nueva York, Goshen.

JADRESIC E, JARA C, MIRANDA M, ARRAU B, ARAYA E (1992). Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres. Rev. Chil. Neuro-Psiquiat. 30: 99-102.

JIMENEZ GF, MERINO BV, SANCHEZ CG (1993). La ansiedad en la mujer embarazada. Psiquis, 14 (9), 323-333

KALIL S, GUBER J, CONLEY J, SYTNIAC M (1993). Social and family pressures on anxiety and stress during pregnancy. Pre and Perinatal Psychology Journal, 8 (2), 113-118.

KAPLAN B H, CASSEL J C, GORES (1977). Social Support and health. Med Care, May, 47-58.

KANNER A D, COYNE J C, SCHAEFFER C, LAZARUS R S. (1981). Comparison of two models of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life events. Journal of Behavioral Medicine, 4, 1-39.

KERNER S A, JACOBS K W. (1988). Correlations between scores on the Beck Depression Inventory and the Zung Self-rating Depression Scale. Psych Reports, 53, 969.

KNIGHT R G, HENDRIKA J, MANNING W, SPEARS G F. (1985). Some norms and reability data for the State.Trait Anxiety Inventory and the Zung Self-Rating Depression Scale. Brit. J. Clin. Psychol. 22, 245.

KUMAR R. Neurotic disorder in childbearing women. En: motherhood and mental illness. Londres, Academic Press, 1982, 71.118.

LAMB D F (1969). The effects of public speaking on self report, phisyological and behavioral measures of anxiety. Tesis doctoral de Florida. EUA.

LANGER M. (1964). Maternidad y Sexo. 29-56, 180-211. Buenos Aires, Paidós.

LARA-CANTU A, VERDUZCO A, ACEVEDO M, CORTES J. (1993). Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Coopersmith para adultos, en población mexicana. Revista Latinoamericana de Psicología, 25 (2), 247-255.

LAZARUS R S (1966). Psychological stress and the coping process. Nueva York, McGraw-Hill.

LAZARUS R S, COHEN J B. (1977). Environmental stress . En Altman I; Wohlwill j f. (eds), Human and the environment: current theory and research. Nueva York, Plenum.

LAZARUS R S, FOLKMAN S (1984). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, Martínez Roca.

LUBORSKY L, DOCHERTY J P, PENICK S (1973). Onset conditions for psychosomatic symptoms: a comparative review of immediate observation with retrospective research. Psychosomatic Medicine, 35 (3).

MARTINEZ-LANZ P, MEDINA-MORA ME, PADILLA P, CARAVEO J, CAMPILLO S C.(1983). Prevalencia de trastornos emocionales en personas de edad avanzada. Salud Pública Mex. 25 (6), 612-619.

MARTINEZ-LANZ P, MEDINA-MORA ME, CAMPILLO S C.(1984). Evaluación del costo de utilización de servicios en la práctica médica general. Salud Mental 7, (3), 63-67.

MEDINA-MORA ME, PADILLA G P, CAMPILLO S C, MASS C C, EZBAN M, CARAVEO J, CORONA J. (1983) The factor structure of the GHQ: a scaled version for a hospital's general practice service in México. Psychol Med 13,(2), 355-362.

MEDINA-MORA ME, PADILLA GP, MASS C C, EZBAN BM, CARAVEO AJ, CAMPILLO SC, CORONA J. (1985). Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. Acta Psiquiat Psicol Amer Lat 31, 53-61.

MENNINGER K, (1963). The vital balance: the life process in mental health and illness. Nueva York, Viking.

MENNINGER K. (1977). Regulatory devices of the ego under major stress. En A. Mopnat, R.S. Lazarus (eds), Stress and coping: an anthology (pp 148-158). Nueva York, Columbia University Press.

MESTITZ P. (1957). A series of 1817 patients seen a casualty department. Brit. med. J. 1108-1109.

MORALES C F, GONZALEZ C G. (1990). Normalización del instrumento de ansiedad (IDARE) en mujeres embarazadas. Revista Mexicana de Psicología, 7 (1 y 2).

MORALES C F, GONZALEZ C G, VALDERRAMA B G (1988). Perfil de Personalidad de un grupo de mujeres embarazadas. Perinatol Reprod Hum Vol. 2 No. 4 Oct-Dic 1988

MORALES C F. (1989) Repercusiones emocionales de la reproducción. Revista de Perinatología, 4 (4), 111-119.

MORALES CF, GONZALEZ CG, RAMOS VC, CALDERON-APODACA RM (1990): Situación marital y emocional de un grupo de mujeres gestantes de alto riesgo. Perinatología y Reproducción Humana, 9 (2), 99-105.

MORALES C F. Estudio psicológico de mujeres que se someten a fertilización asistida. Tesis Doctoral. UNAM, 1995

MOSS R H. (1984) Context and coping: toward a unifying conceptual framework. Division 27 distinguished contributions award, Plenum Publishing Corporation.

MOSS R H, CONKITE R C, BILLINGS A G, FINNEY J W. (1983). Health and daily living form manual. Social ecology laboratory. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences. Palo Alto, California.

MURPHY LB. (1962). The widening world of childhood: pathways toward mastery. Nueva York, Basic Books.

NORBECK J, ANDERSEN N (1989) Life stress, social support and anxiety in mild and late pregnancy among low income women. Research in Nursing and Health, 12 (5). 281-287

PADILLA P, MASS C, EZBAN M, MEDINA-MORA ME, PELAEZ O. (1984). Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un centro de salud. Salud Mental, 7 (3), 72-78.

PADILLA G P, EZBAN B M, MEDINA-MORA ME, MASS CC, CAMPILLO SC. (1984) El médico general en la detección de trastornos emocionales. Salud Pública Mex, 26 (2), 138-145.

PADILLA P, PELAEZ O. (1985) Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica. Salud Mental 8, (3), 66-72.

PEARLIN L, SCHOOLER C (1978). The structure of coping. Journal of health and social behavior, 19 2-21.

PEARSON RS. (1938). Psychoneurosis in hospital practice. Lancet, 451-456.

PEMBERTON J.(1951) A sociomedical study of 200 hospital medical patients. Lancet, 224-228.

REDONDO JM, ORTIZ VM. (1976). Efectos de la ansiedad Rasgo-Estado sobre la inteligencia, en la práctica quirúrgica. Tesis de Maestría inédita. Fac. de Psicología, UNAM, México.

REDONDO J P (1979). Estudio transcultural del IDARE en universitarios primerizos de UNAM y UNC de México y Colombia. Tesis doctoral inédita. Fac. de Psicología, UNAM. México.

ROBIN A A. (1962) The psychological changes of normal parturition. Psychiat Quart 36,129.

ROBERTS BH, NORTON NM. (1952). Prevalence of psychiatric illness in a medical out-patient clinic. New Engl. J Med. 246, 82-86.

RUD F. (1953). Psychiatric activities and instruction at a general hospital. J. Clin. Psychopath 14, 139-158.

SELYE H. (1956) (1976 rev ed). The stress of life. Nueva York, Mc Graw-Hill.

SELYE H. (1974) Stress without distress. Philadelphia, Lippincott.

SHEPHERD M, BRIAN D, CULPAN R Psychiatric illness in general practice. 518-525 London: Oxford. University Press

SOUZA M (1984) La atención primaria y la educación para la salud mental. Salud Mental V 7 No. 3 Otoño

SPIELBERGER CD, GORSUCH R L, JUSHENE RR (1967). State trait anxiety inventory. Preliminary test manual. form B. Florida State Univ., Tallahassee.

STRAIN JJ. (1982) Needs for psychiatry in the General Hospital. Hospital & Community psychiatry, 33, 12.

VAILLANT G. Adaptation to life (1977). Boston, Little Brown and Co

WITTKOWER E D. (1977). Historical perspective of contemporary psychosomatic medicine. En Lipowsky-Lipsitt and Whybrow, Psychosomatic Medicine: current trends and clinical applications. Nueva York, Oxford University Press.

YSSELDYKE S J. (1981). Assessment in special and remedial education (2a. ed). Boston, Mifflin, Co.

ZUNG WW, DURHAM N.(1965) Self-rating depression scale. Arch. Genepsychiat, 12, 63.

ZUNG WW, RICHARDS CB, SHORT MJ.(1965). La medición de la depresión. Arch. Gen. Psychiat, 13, 508.

ZWERLING I. (1956) Personality disorder and relationship of emotion to surgical illness in 200 surgical patients. Am. J. Psychiat, 112, 270-277.

## RESUMEN

Los conflictos y problemas alrededor del embarazo han sido un campo ampliamente estudiado por varias ramas del quehacer científico: ginecología, endocrinología y psicología entre otras. Esta última, concretamente ha ido incrementando su investigación con respecto a la incidencia de alteraciones emocionales en un proceso que anteriormente era visto como algo "tan natural", que era absurdo buscar apoyo psicoterapéutico como consecuencia de la "dulce espera". Aunado a esto, de forma paralela también han ido en aumento los investigadores que están interesados en saber cual es la incidencia de estas alteraciones emocionales en la práctica médica general.

Aún y cuando es de suma importancia buscar y establecer la prevalencia de dichos problemas respecto a la condición emocional, también pensamos que solo establecer un diagnóstico hace parcial nuestro devenir profesional, limitando nuestro campo de acción. El poder esclarecer el proceso por medio del cual una persona llega a estar en una situación particular nos atañe de igual manera, pues solo así podremos entender el por qué y para que de su sintomatología.

Es así que este trabajo se dividió en dos partes que se complementaran, la primera, buscando elementos de incidencia y la segunda probando programas y modelos que coadyuvaran al abatimiento o mejoramiento de los síntomas, procurando ayudarles a buscar otras opciones para enfrentar los conflictos, mediante los siguientes objetivos:

- a) Actualizar la información respecto a la incidencia de alteraciones emocionales tanto en pacientes ginecológicas como pacientes embarazadas.
- b) Buscar las posibles relaciones entre las variables sociodemográficas, complicaciones obstétricas y estados emocionales alterados.
- c) Detectar y evaluar los estresores potenciales en el embarazo.
- d) Reconocer las posibles consecuencias tanto a mediano como a largo plazo en función de los niveles de ansiedad y depresión.
- e) Coadyuvar a posibles cambios en sus formas de afrontamiento, así como en sus niveles de depresión y ansiedad, después de la implementación de un programa preventivo de alteraciones emocionales.

El diseño de investigación fue de tipo replicativo, transversal, no experimental, cerrado, estudio de población, prospectivo y descriptivo. La muestra se conformó con mujeres de primer ingreso para su atención en el INPer, obteniéndose 225 pacientes obstétricas y 103 pacientes ginecológicas, que en acuerdo a las políticas de admisión de la institución respecto al tipo de paciente guardan una proporción 70% de las primeras y 30% de las segundas. El ingreso de estas mujeres a la investigación se hizo de acuerdo al porcentaje que marca la institución, capturándose todas y cada una de las pacientes que fueron aceptadas para su atención en el Instituto Nacional de Perinatología, pertenecientes a ambos grupos. Esto significa que tanto mujeres ginecológicas como obstétricas formaron parte de la muestra que

representa al total de pacientes del INPer. El procedimiento consistió en capturar 328 pacientes, por ser la cuota para representatividad, en 3 meses, siendo seleccionadas 10 diariamente hasta que se cubrió la cuota. Se les informó verbalmente de los fines de la investigación, y se les dio a firmar un formato de consentimiento aplicándoles de inmediato el instrumento elegido, el Cuestionario General de Salud de Goldberg, versión de 30 reactivos. Para la segunda parte, las mujeres que conformaron la muestra fueron en total 193, las cuales fueron captadas por cuota, estableciendo un criterio por tiempo. Se ingresaron al programa pacientes clasificadas como "caso" y "no caso", explicándoles la finalidad y el tiempo de duración del mismo. Fueron sesiones, una vez por semana, de una hora y media cada sesión. Al finalizar el programa se reaplicaron los mismos instrumentos. El grupo fue semi-estructurado para disminuir las ansiedades básicas del primer momento que impidieran dar la pauta de cohesión grupal, lo cual les permitió tener una experiencia vivencial.

Los resultados que se obtuvieron demuestran que la paciente embarazada que acude al INPer manifiesta suficiente malestar psicológico como para justificar plenamente una intervención a este nivel, que tenga como finalidad aminorar dicha molestia y les ayude a cursar con menor dificultad su proceso de embarazo. Se puede afirmar que el grupo psicoeducativo cumplió su cometido, ya que el malestar psicológico disminuyó (pasaron de ser "caso" a "no caso" las pacientes del grupo 1), sus niveles de depresión disminuyeron (cualitativamente) y sus métodos de afrontamiento variaron, pues de la cognición (pensar) pasaron a la acción (conducta). Es probable que al disminuir la sintomatología depresiva, pudieran estar en posibilidad de actuar más asertivamente.



from both groups were captured. This means that gynecologic as well as obstetrics patients were part of the sample representing the totality of patients seen at INPer. The proceeding consisted in the capture of 328 patients which is the representative quota in a three month period; ten patients were daily selected until the quota was completed.

The purpose of the research was informed to the patients and they were asked to sign a consent form; immediately after signing the instrument selected Goldberg's general health questionnaire, (30 reactivities version), was applied. In the second part, the sample was conformed by 193; patients were captured by quota with previously established criteria. Patients were classified as "case" or "non-case". The purpose and the length of the study were explained to all patients. Rounds of one and a half hours once in a week were performed. At the end of the program the same instrument was applied once more; in order to diminish the anxiety of the first contact which could interfere with the cohesion group, the group was semi-structured, in this way a lively experience was allowed.

The results indicated that pregnancy patients attended at the INPer expressed psychological distress, and to have fewer disturbances during pregnancy. The goal of the psycho-educative group was accomplished because the psychological distress diminished (group 1 patients pass from case to non-case), their depression levels diminished (qualitatively) and their methods to cope the problems changed: from cognition (to think) to action (conduct).

This is probably due to that when depressive symptoms diminished patients could act in an proper manner.

**Subdirección General de Investigación  
División de Investigación Clínica  
Departamento de Psicología**

NOBRE \_\_\_\_\_

FORMA \_\_\_\_\_ NO. DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

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

**CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD**

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. ¿Ha 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	

(1)

(2)

(3)

(4)

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 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, \_\_\_\_\_

Nombre de quien realizó la encuesta: \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO

Con este cuestionario nos gustaría saber un poco de usted. No es necesario que escriba su nombre, porque la información es confidencial. Por favor conteste todas las preguntas y escriba con sinceridad lo que piensa y siente.

1. ¿Cuántos años tiene? \_\_\_\_\_
2. ¿Que tiempo tiene de embarazo? \_\_\_\_\_
3. tiempo de vivir con su pareja \_\_\_\_\_
4. Escolaridad \_\_\_\_\_
5. ¿Trabaja? \_\_\_\_\_ ¿en que? \_\_\_\_\_

Todos sabemos que hay diversas situaciones que nos molestan en relación a los demás y a uno mismo. Piense en los problemas que ha tenido en los últimos 6 meses y que le hayan "dolido" más. Escríbalos según corresponda, anote lo que acostumbre hacer cuando se le han presentado y coloque un número para indicar lo que hace: (1) resuelve el problema  
(2) no me ayuda en nada  
(3) empeora el problema

Un ejemplo sería:

PROBLEMAS CON:

ACOSTUMBRO

FAMILIA:

mis padres se meten en mis decisiones

no regreso a su casa por días (3)

SU PAREJA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SU FAMILIA DE ORIGEN (PADRE, HERMANOS, ETC)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SU FAMILIA POLITICA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OTROS HIJOS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SU EMBARAZO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SU SEXUALIDAD**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SU SALUD**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SU INGRESO ECONOMICO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OTROS ASPECTOS DE SU VIDA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha tenido, en éstos últimos 6 meses, algún deseo o expectativa en relación a su vida?

¿Ha hecho algo para realizar éstos deseos o expectativas?

Explique

Nos gustaría saber su opinión acerca de este cuestionario:

¿Le parecieron claras las instrucciones?

¿Tuvo alguna dificultad para contestarlo?

¿Cuál?

¿Hay algo que quisiera sugerir acerca de lo que se le ha preguntado?

¿Qué?

**GRACIAS POR SU COLABORACION**

## CUESTIONARIO DE EVENTOS COTIDIANOS DEL EMBARAZO

EN LOS 3 ULTIMOS MESES	¿ME HA PASADO?		¿QUE TANTA MOLESTIA/ESTRES ME CAUSÓ?		
	SI	NO	Nada o poco	Moderada	Mucha
1. Me ha faltado comunicación con mi pareja	SI	NO	1	2	3
2. Mi pareja se impacienta más fácilmente conmigo	SI	NO	1	2	3
3. Mi pareja me pone mucha atención	SI	NO	1	2	3
4. Mi pareja me dice lo que siente (o piensa)	SI	NO	1	2	3
5. Han aumentado los problemas en mi matrimonio	SI	NO	1	2	3
6. Mi pareja coopera con las labores del hogar	SI	NO	1	2	3
7. Mi pareja ha sido un apoyo emocional	SI	NO	1	2	3
8. Mi pareja me ha acompañado a mis consultas	SI	NO	1	2	3
9. Mi pareja bebe con frecuencia	SI	NO	1	2	3
10. A mi pareja le ha molestado que no lo atienda	SI	NO	1	2	3
11. He gastado mucho en medicinas, consultas, estudios, etc.	SI	NO	1	2	3
12. Por mi embarazo he tenido que faltar o dejar de trabajar.	SI	NO	1	2	3
13. Ha alcanzado el gasto	SI	NO	1	2	3
15. He deseado trabajar y desarrollarme profesionalmente	SI	NO	1	2	3
16. Mi pareja me ha dado apoyo o estabilidad económica	SI	NO	1	2	3

EN LOS 3 ULTIMOS MESES	¿ME HA PASADO?		¿QUE TANTA MOLESTIA/ESTRES ME CAUSO?		
			Nada o poco	Moderada	Mucha
17. Mi pareja se quedó sin trabajo	SI	NO	1	2	3
18. Estamos limitados económicamente	SI	NO	1	2	3
19. Mi pareja ha estado muy preocupado por la falta de dinero	SI	NO	1	2	3
20. Tenemos diversiones	SI	NO	1	2	3
21. Hemos estado viviendo con mis padres (o suegros)	SI	NO	1	2	3
22. Mi madre (o padre) se ha estado metiendo en mis decisiones	SI	NO	1	2	3
23. Mi madre o padre se ha angustiado por mi salud	SI	NO	1	2	3
24. He tenido problemas con la familia de mi pareja	SI	NO	1	2	3
25. Mi madre desahoga sus problemas conmigo	SI	NO	1	2	3
26. Mi familia critica mucho a mi pareja	SI	NO	1	2	3
27. He tenido complicaciones en mi embarazo	SI	NO	1	2	3
28. He tenido molestias en mi embarazo (nauseas, vómitos, mareos, dolor de espalda, etc.)	SI	NO	1	2	3
29. He perdido a un bebé (o más)	SI	NO	1	2	3
30. Tengo miedo de perder este bebé	SI	NO	1	2	3
31. Me disgustan los cambios de mi cuerpo	SI	NO	1	2	3
32. Me he vuelto enojona desde el embarazo	SI	NO	1	2	3



EN LOS 3 ULTIMOS MESES	¿ME HA PASADO?		¿QUE TANTA MOLESTIA/ESTRES ME CAUSO?		
			Nada o poco	Moderada	Mucha
33. Me he sentido inútil	SI	NO	1	2	3
34. He perdido capacidades físicas desde el embarazo	SI	NO	1	2	3
35. Muchas gentes opinan sobre mi embarazo	SI	NO	1	2	3
36. Ha disminuido mi deseo sexual	SI	NO	1	2	3
37. Han disminuido mis relaciones sexuales	SI	NO	1	2	3
38. Mi pareja quiere tener relaciones sexuales	SI	NO	1	2	3
39. Mi embarazo limita que atienda a mis otros hijos	SI	NO	1	2	3
40. Mi(s) otro(s) hijo(s) se ha(n) vuelto rebelde(s)	SI	NO	1	2	3

## CUESTIONARIO RED DE APOYOS

Le voy a pedir que indique con una "x" la opción más importante para usted:

La mayoría de las veces, ¿a quién acude para ayuda, consejo, consuelo?

(Escoja sólo una opción en cada inciso)

CUANDO HE TENIDO PROBLEMAS CON:	PAREJA	PADRES HERMANOS	AMIGOS	MEDICO	NADIE
a) mi pareja acudo a:					
b) mi familia de origen (padres, hermanos) acudo a:					
c) mi familia política (suegra, cuñados) acudo a:					
d) otros hijos acudo a:					
e) mi embarazo acudo a:					
f) mi sexualidad acudo a:					
g) mi salud acudo a:					
h) mi ingreso económico acudo a:					
i) mis temores y fantasías respecto al futuro bebé acudo a:					
j) si tengo deseos de "desahogarme" (llorar, hablar) en relación a mi embarazo, acudo a:					



**IDARE  
INVENTARIO DE AUTOEVALUACION**

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

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

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

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

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21.- Me siento bien.....	①	②	③	④
22.- Me canso rápidamente.....	①	②	③	④
23.- Siento ganas de llorar.....	①	②	③	④
24.- Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.....	①	②	③	④
25.- Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente.....	①	②	③	④
26.- Me siento descansado.....	①	②	③	④
27.- Soy una persona "tranquila, serena y sosegada".....	①	②	③	④
28.- Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas.....	①	②	③	④
29.- Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	①	②	③	④
30.- Soy feliz.....	①	②	③	④
31.- Tomo las cosas muy a pecho.....	①	②	③	④
32.- Me falta confianza en mí mismo.....	①	②	③	④
33.- Me siento seguro.....	①	②	③	④
34.- Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades.....	①	②	③	④
35.- Me siento melancólico.....	①	②	③	④
36.- Me siento satisfecho.....	①	②	③	④
37.- Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.....	①	②	③	④
38.- Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.....	①	②	③	④
39.- Soy una persona estable.....	①	②	③	④
40.- Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado.....	①	②	③	④



**Dirección de Investigación**  
**Subdirección de Investigación Clínica**  
**Departamento de Psicología**

**ESCALA DE AUTOMEDICION DE DEPRESION**

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

Expediente: \_\_\_\_\_

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

	Muy pocas Veces	Algunas veces	La Mayor parte del Tiempo	Continuamente
1. Me siento abatido y melancólico				
2. En la mañana me siento mejor				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche				
5. Como igual que antes solía hacerlo				
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales				
7. Noto que estoy perdiendo peso				
8. Tengo molestias de constipación (estreñimiento)				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10. Me canso sin hacer nada				
11. Tengo la mente tan clara como antes				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14. Tengo esperanza en el futuro				
15. Estoy más irritable de lo usual				
16. Me resulta fácil tomar decisiones				
17. Siento que soy útil y necesario				
18. Mi vida tiene bastante interés				
19. Creo que les haría un favor a los demás muñéndome				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas				

**DIRECCION DE INVESTIGACION  
SUBDIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
COOPERSMITH-INVENTARIO**

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

De las siguientes afirmaciones, señale la opción que se aplique a usted. Solo es SI o NO

- 1.- Generalmente los problemas me afectan muy poco ..... SI NO
- 2.- Me cuesta mucho trabajo hablar en público ..... SI NO
- 3.- Si pudiera cambiaría muchas cosas de mi ..... SI NO
- 4.- Puedo tomar una decisión fácilmente ..... SI NO
- 5.- Soy una persona simpática ..... SI NO
- 6.- En mi casa me enoja fácilmente ..... SI NO
- 7.- Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo ..... SI NO
- 8.- Soy popular entre las personas de mi edad ..... SI NO
- 9.- Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos ..... SI NO
- 10.- Me doy por vencido (a) fácilmente ..... SI NO
- 11.- Mi familia espera demasiado de mi ..... SI NO
- 12.- Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy ..... SI NO
- 13.- Mi vida es muy complicada ..... SI NO
- 14.- Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas ..... SI NO
- 15.- Tengo mala opinión de mí mismo (a) ..... SI NO
- 16.- Muchas veces me gustaría irme de mi casa ..... SI NO
- 17.- Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo ..... SI NO
- 18.- Soy menos bonita que la mayoría de la gente ..... SI NO
- 19.- Si tengo algo que decir generalmente lo digo ..... SI NO
- 20.- Mi familia me comprende ..... SI NO
- 21.- Los demás son mejor aceptados que yo ..... SI NO
- 22.- Siento que mi familia me presiona ..... SI NO
- 23.- Con frecuencia me desanimo en lo que hago ..... SI NO
- 24.- Muchas veces me gustaría ser otra persona ..... SI NO
- 25.- Se puede confiar muy poco en mí ..... SI NO



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
 DIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA  
 SUBDIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA  
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Escala de Respuestas de Afrontamiento

Escoja algún problema al cual se haya tenido que enfrentar últimamente.

Por favor escriba usted aquí ese problema.

---



---



---



---

Indique por favor, cuáles de las siguientes situaciones se acercan más a lo que hizo usted frente al problema.

	NO (1)	SI ocasionalmente (2)	SI con frecuencia (3)
1. Trató de entender mejor la situación			
2. Platicó sobre el problema con el cónyuge u otro familiar			
3. Platicó con un amigo sobre el problema			
4. Habló con algún profesionista (médico, abogado, sacerdote)			
5. Rezó para encontrar guía o fortaleza			
6. Se preparó para lo peor			
7. No se preocupó, pensó que todo se resolvería			
8. Cuando se sintió triste o enojado se desquitó con otra persona			
9. Trató de verle el lado positivo a la situación			
10. Para olvidarse del problema se mantuvo ocupada en otra cosa			

	NO (1)	SI ocasio- nalmente (2)	SI con frecuencia (3)
11. Elaboró y siguió un plan de acción			
12. Para manejar el problema tomó en cuenta varias alternativas			
13. Aprovechó la experiencia de situaciones similares en el pasado			
14. No demostró sus sentimientos			
15. Tomó las cosas con calma una por una de acuerdo a como se presentaron			
16. Trató de apartarse del problema para verlo con más objetividad			
17. Analizó repentinamente el problema para tratar de atenderlo			
18. Trato de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación			
19. Se dijo a si misma cosas que la ayudaron a sentirse mejor			
20. Se alejó momentáneamente del problema			
21. Supo lo que se tenía que hacer y luchó para lograrlo			
22. En general evitó estar cerca de la gente			
23. Se prometió a si misma que las cosas serían diferentes la próxima vez			
24. Se negaba a creer que eso hubiera sucedido			
25. Lo aceptó, nada se podía hacer			
26. Demostró sus sentimientos de alguna manera			
27. Buscó ayuda de personas o grupos con experiencia similares			
28. Intentó o se sometió a sacar algo positivo de la situación			



29. Si algún familiar de los aquí señalados ha fallecido, favor de anotar la edad que usted tenía cuando ocurrió

Padre\_\_\_\_\_ Madre\_\_\_\_\_ Hermano (a)\_\_\_\_\_

Hijos\_\_\_\_\_

30. Alguna otra persona con la que tuvo una estrecha relación, que haya fallecido

¿Quién?\_\_\_\_\_ Edad de ud.\_\_\_\_\_

31. Si sus padres de prepararon y/o divorciaron, ¿qué edad tenía ud.?\_\_\_\_\_

32. ¿En alguna época de su vida se ha sentido sola o abandonada? si su respuesta es afirmativa ¿qué edad tenía ud.?\_\_\_\_\_

33. ¿Cuándo era niña, con quiénes vivió?

Padre\_\_\_ Madre\_\_\_ Abuelos\_\_\_ Tío\_\_\_ Otros familiares\_\_\_

Otros no familiares\_\_\_

34. Si no vivió con sus padres, ¿A qué se debió?

Separación de sus padres\_\_\_ Muerte de sus padres\_\_\_ Abandono de hogar\_\_\_ Otros \_\_\_ Especifíque \_\_\_\_\_

35. Durante su infancia y adolescencia considera usted que la relación con las siguientes personas fué:

	Buena	Mala	Regular
Padre	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____
Otros_____	_____	_____	_____