

302425
UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO

Escuela de Psicología

Con Estudios Incorporados a la Universidad Nacional Autónoma de México

METODO PSICOPROFILACTICO, SU EFICIENCIA RESPECTO AL
NIVEL DE ANSIEDAD EN UNA INSTITUCION PUBLICA
Y UNA PRIVADA

Tesis que para obtener el título de Licenciada en Psicología

Presenta

IDALI DELGADO MELGOZA

Director de Tesis: Dr. Jesús Quintanar Márquez

México, D.F.

~~1999~~

2001

Vo. B.


Vo. B.




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.

INDICE

INTRODUCCION

JUSTIFICACION

CAPITULO 1 EMBARAZO	1
1.1. Factores Fisiológicos en el Embarazo	3
1.2. Factores Emocionales en el Embarazo	8
CAPITULO 2 ANSIEDAD	18
2.1. Definición	20
2.2. Desarrollo de la Ansiedad	25
2.3. Teoría de la Ansiedad de Spielberger	33
2.4. Embarazo y Ansiedad	42
CAPITULO 3 METODO PSICOPROFILACTICO	45
3.1. Antecedentes Históricos del Método Psicoprofiláctico	46
3.2. Condicionamiento Pavloviano.	49
3.3. ¿Qué es el Método Psicoprofiláctico?	54
3.4. Bases Biológicas y Psicossociales que sustentan la existencia del Método Psicoprofiláctico.	59

3.5. Sufrimiento Fetal por Anestesia.	61
3.6. Sufrimiento Fetal por Posición de la Madre durante el Parto.	63
3.7. Importancia de la Vivencia del Parto.	64
3.8. Dolor del Parto.	66
3.9. La Palabra como Agente de Cambio.	68
3.10. Importancia de la Lactancia.	71
CAPITULO 4 METODOLOGIA	78
4.1. Planteamiento del Problema	79
4.2. Hipótesis	79
4.3. Objetivos	79
4.4. Población y Muestra	80
4.5. Obtención de Datos	81
4.6. Tipo de Investigación	82
4.7. Nivel de Investigación	82
4.8. Diseño de la Investigación	83
4.9. Procedimiento	83
4.10. Análisis Estadístico	84
CAPITULO 5 RESULTADOS	85
5.1. Presentación de Resultados	86
5.2. Discusión de Resultados	97

CONCLUSIONES

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

En la época actual la Obstétrica trata de centrar el interés en la familia, en donde la pareja tiene un rol más activo frente al embarazo, por lo que es importante el desarrollo de nuevas técnicas que agrupen al trinomio madre-padre-bebé. Con el fin de que el embarazo sea vivido por ambos, en donde la pareja sea la embarazada y no solamente la mujer.

Uno de tantos métodos que intenta lograr la integración de dicho trinomio es el método psicoprofiláctico.

La Psicoprofilaxis Obstétrica como corriente educativa se enfoca principalmente a dar una información completa acerca del embarazo, y proporciona experiencias satisfactorias en el desarrollo del embarazo y del parto. Esta preparación prevee técnicas de respiración y de relajación con el fin de reducir el dolor y la incomodidad, fomentar la participación de la pareja, para que ambos vivan la experiencia de ser padres.

En este trabajo se investiga la influencia del método psicoprofiláctico con respecto al nivel de ansiedad en las mujeres primigestas, en dos instituciones diferentes; una pública y una privada. La aplicación del método en estas instituciones es diferente, esta circunstancia y los procesos fisiológicos y psicológicos asociados al embarazo se analizan para conocer el efecto en la ansiedad

de las primigestas, así como la efectividad del método de cada una de las instituciones.

Como marco de referencia, en el capítulo 1 se presentan los factores fisiológicos y emocionales que influyen durante el proceso del embarazo; por ejemplo náuseas, vómitos, estreñimiento, entre otros fisiológicos, y los procesos de regresión, miedos y fantasías entre los psicológicos; todos los anteriores que seguramente pueden influir en el nivel de ansiedad.

En el siguiente capítulo se presentan algunas teorías y definiciones de ansiedad que permiten medir y caracterizar la conducta de las primigestas. Posteriormente se correlaciona la ansiedad con los factores fisiológicos y emocionales del embarazo.

En el capítulo 3 se define y se presentan algunos detalles del método psicofiláctico y se describe como se aplica en cada una de las instituciones.

Finalmente en los capítulos 4 y 5 mediante un análisis estadístico se plantea e investiga la eficacia del método psicofiláctico en los niveles de ansiedad. Como parámetro de medición se utiliza el test de ansiedad IDARE, el cual mide 2 tipos de ansiedades; la ansiedad que siente la primigesta en ese momento (SXE Ansiedad-Estado) y la ansiedad que la primigesta siente generalmente (SXR Ansiedad-Rasgo). Se considera a la SXE como la carga emocional producida por el embarazo.

JUSTIFICACION

El principal motivo del trabajo es conocer los factores emocionales de las mujeres embarazadas, en su primera gesta; específicamente nivel de ansiedad durante el segundo y tercer trimestre del embarazo.

Desde hace mucho tiempo se han impartido cursos de psicoprofilaxis obstétrica a nivel privado, obteniéndose buenos resultados en el momento del alumbramiento, es bajo el porcentaje de cesáreas, de la utilización de fórceps, de sufrimiento fetal, etc.

Actualmente se han implementado cursos de psicoprofilaxis obstétrica en clínicas del IMSS, en las cuales los cursos constan de dos pláticas y de sesiones de ejercicios quincenales, en donde no hay participación de la pareja como lo hay a nivel privado.

Por lo anterior, es de suma importancia saber si realmente los cursos de psicoprofilaxis obstétrica reducen el nivel de ansiedad en las primigestas.

Es importante el manejo de la ansiedad, durante los últimos meses del embarazo, ya que hay una serie de mitos, fantasías y miedos con respecto al embarazo y parto. Todo esto se ha transmitido de forma oral entre amigas, familia-

res, conocidos, etc. Estos miedos son en realidad el desconocimiento de lo que va a pasar con su cuerpo, con el bebé; es un miedo a lo desconocido, a morir durante el parto o a perder el bebé.

Es necesario impartir mejores cursos de psicoprolaxis obstétrica a nivel de hospitales públicos, que contengan un programa adecuado, con información acerca de lo que es el embarazo, el conocimiento corporal y las emociones de la mujer embarazada y de su pareja, así como la reducción de la ansiedad, fantasías y miedos que se dan durante el período de embarazo y parto.

CAPITULO 1

EMBARAZO

El embarazo es el término que designa el período que transcurre desde la fecundación al nacimiento.

Una de las más grandes maravillas del ser humano es el poder engendrar seres similares a él. Es una historia que se repite desde hace millones de años. Cada vez que un bebé nace, la humanidad está expresando su anhelo de continuar preservando la especie. Conocemos la metamorfosis a partir del huevo de la mariposa, primero es una larva, luego una pupa y al final es un insecto perfecto. Sin duda, es el movimiento, la vida, en esa metamorfosis lo que causa gran interés. La vida en efecto, se caracteriza por el movimiento, así como la mariposa sufre una metamorfosis, el hombre ha pasado por una lenta evolución de las especies durante millones de años, evolución relacionada con las diferentes necesidades según cambian los tiempos. Heackel (en Vellay, 1985) dice “pocas personas saben que el hombre, en el curso de su desarrollo, pasa por una serie de transformaciones tan asombrosas como la famosa metamorfosis de la mariposa”. Esa metamorfosis en el hombre se produce en la matriz de la madre y no se puede ver, sin embargo, el desarrollo de la ciencia ha puesto a disposición del hombre, el conocimiento de los cambios que se producen durante la gestación.

1.1. Factores Fisiológicos en el Embarazo

Durante el embarazo el cuerpo de la mujer tiene notables alteraciones anatómicas. El organismo va creando una nueva situación a la cual deben adaptarse los órganos y aparatos, los cuales están acostumbrados a realizar sus funciones en otras condiciones que no son las del embarazo. Por ello, es normal que en el inicio de este nuevo estado se presenten desequilibrios, especialmente en el sistema nervioso y endócrino, los cuales contribuyen a crear una serie de síntomas cuya finalidad es: asegurar el desarrollo del embrión (durante los primeros meses) y del feto posteriormente; adaptar el cuerpo para albergar al feto; prepararse para futuras necesidades nutricionales.

Al parecer los cambios más comunes en el embarazo siguen tres principios básicos importantes:

- a) Cambios que constituyen una adaptación temporal y producen efectos nocivos no permanentes en la madre.
- b) Cambios que preparan a la madre para satisfacer y preveer posibles necesidades y demandas del feto.

b.1) Cambios estructurales y fisiológicos procedentes a cualquier demanda del feto y que comúnmente ocurren al inicio del embarazo.

b.2) Acumulación de reservas para prevenir necesidades del feto.

c) El medio interno materno se altera para proporcionar condiciones favorables al feto.

El metabolismo total durante el embarazo está aumentado debido a las demandas del feto, al trabajo extra del corazón y los pulmones.

El aumento en el metabolismo se debe a una estimulación hipofisiaria anterior de tiroides, la glándula hipertiroidea se hipertrofia, para la madre el embarazo requiere material extra.

La gestante con frecuencia pierde peso en el primer trimestre y lo gana notablemente alrededor del cuarto o quinto mes. Pierde la ligereza que tenía y con facilidad se fatiga, los pulmones no se expanden con la misma facilidad que antes del embarazo, razón por la cual se le dificulta la respiración. El útero ocupado representa un obstáculo para la circulación sanguínea. La postura que adopta la mujer embarazada en los últimos meses y su forma de andar, demuestran las dificultades mecánicas y la tendencia a la pérdida del equilibrio a que está expuesta.

La presencia de estos signos y síntomas en el organismo repercuten en el estado anímico de la mujer en su interrelación y por lo cual es importante el conocimiento claro y preciso para auxiliarla en el adecuado manejo de esto.

Soifer (1977) habla de siete etapas que se dan durante el embarazo:

1) Comienzo de la gestación: uno de los síntomas que permite descubrir si hay fecundación, es la amenorrea o ausencia de la menstruación. Los síntomas que se dan en esta etapa son la abundancia de salivación, náuseas, vómito por lo general matutino, aumento del volumen de los pechos, mayor sensibilidad en ellos; se instala el huevo fecundado en el útero después de aproximadamente ocho días. Hay una hipersomnia (necesidad de dormir más de lo normal).

2) Durante la formación de la placenta (segundo y tercer mes): en esta etapa se acentúan las náuseas y vómitos; se añade a la sintomatología la diarrea y el estreñimiento, todo lo anterior debido a que los intestinos se desplazan de su posición normal. La placenta tiene la función de alimentar al feto por medio del cordón umbilical, pasándole la madre todos los nutrientes necesarios para el buen desarrollo del feto.

3) Percepción de los movimientos fetales (tres meses y medio en adelante): el abdomen en esta etapa ha crecido moderadamente, por lo regular, la sensación de los movimientos fetales se da alrededor del cuarto o quinto mes, sin embargo, se pueden iniciar al tercer mes y medio. Comienza una serie de pequeñas molestias al caminar, sensación de cansancio, continúa la hipersomnia. Algunas mujeres retienen líquidos por lo que se les hinchan las manos y los pies. Comienzan a acentuarse los cambios de pigmentación de la piel; la aréola de los senos se oscurece, así como la línea que va del punto inferior del esternón y atraviesa el abdomen por su línea media hasta la pelvis (llama-

da línea alba). Algunas mujeres presentan cloasma del embarazo (pequeñas manchas oscuras o amarillentas que aparecen en los pómulos o en la frente).

4) La instalación franca de los movimientos fetales (quinto mes): hay una sensación de endurecimiento del vientre por momentos y después regresa a su estado normal, lo cual causa algunas molestias, ya que en ocasiones estos movimientos suceden al estar caminando o al estar durmiendo, lo que hace que la madre tenga que cambiar de posición o dejar de caminar por un momento. Ya hay en los senos un líquido amarillento llamado calostro. Si no se le da el debido cuidado a la piel se puede estriar, debido a la distensión de la piel. Aparece una línea oscura entre el pubis y el ombligo.

5) Versión interna (seis meses y medio en adelante): es la etapa en la cual el feto comienza a rotarse hacia abajo, con el fin de irse acomodando para el momento del parto. Este movimiento de acomodamiento en ocasiones es muy molesto, ya que durante más de seis meses se ha mantenido en determinada posición, el hecho de cambiar de posición causa un desequilibrio postural en la madre, pues la cabeza del bebé se comienza a encajar en el conducto de parto. Empiezan a sentirse contracciones uterinas de vez en cuando. En ocasiones se presentan nuevamente vómitos, diarreas y estreñimientos. Hay ya un crecimiento considerable del útero, lo que provoca una presión en la vejiga reduciéndole su volumen, lo que ocasiona mayores ganas de orinar. El útero también presiona los pulmones, y provoca disnea o respiración dificultosa en la madre.

6) Comienzo del noveno mes: el feto tiende a desarrollarse más rápidamente ganando peso y volúmen. Las contracciones uterinas son cada vez más frecuentes. Se da un cansancio acentuado por la carga extra de peso. Hay cambios posturales al momento de caminar, sentarse y dormir. En ocasiones se da un periodo de insomnio, por la misma mala postura, exceso de peso, movimientos intensos del feto, contracciones uterinas frecuentes, etc.

7) Días previos al parto: son los mismos síntomas de la etapa anterior, aünados a toda la carga afectiva que se da en esta etapa.

1.2. Factores Emocionales en el Embarazo

Durante el embarazo se produce en la mujer una evolución psicológica correlativa a la evolución fisiológica. La actitud de la mujer embarazada durante el primer trimestre, depende en gran medida de la salud psíquica, de su capacidad de percibir al bebé en el interior de ella misma y de anticipar su llegada.

En nuestra sociedad los trastornos del embarazo, los dolores, las dificultades y angustias del parto son tan frecuentes, que hasta cierto punto se les ha llegado a considerar “normales”; dichos trastornos provienen de conflictos psicológicos y de la identificación con otras mujeres ya trastornadas en su feminidad.

La causa fundamental por la cual la mujer desea tener un hijo es biológica, psicológica y social. El instinto maternal exige esta gratificación directa. Este, como parte integrante de la sexualidad femenina, gratifica a través de su realización múltiples deseos de la mujer: desea un hijo porque ésto significa recuperar a su propia madre y también porque le permite identificarse con ella. También anhela un hijo para comprobar su propia fertilidad. El deseo de un hijo puede corresponder a su deseo infantil de regalar un niño a su padre. El feto puede representar para su inconsciente el pene anhelado (Deutsch, 1947).

Desde luego en su deseo de maternidad influyen también causas más cons-

cientes o racionales. Puede anhelar un hijo para revivir su propia infancia en él o para darle precisamente lo que ella no tuvo. Puede desear un hijo por rivalidad con las demás mujeres o para retener a su marido o por necesidad de status o por cualquier otra causa actual. Pero, en el fondo, el deseo de la mujer de dar a luz un hijo, proviene de su necesidad psicobiológica de desarrollar todas sus capacidades.

Hay algunos estudios que investigan los factores causales de las mujeres embarazadas. Leonard (1973) encontró que las mujeres con actitudes más favorables hacia su embarazo, eran significativamente diferentes que las mujeres con actitud menos favorables, siendo menos neuróticas y habiendo tenido relaciones más estrechas con sus madres, una vida de hogar más feliz, mejor ajuste matrimonial y seguridad económica. Hamilton (1955) encontró que las mujeres con embarazos sin dificultades y tranquilos, tenían mejor ajuste sexual y matrimonial con menores fuentes de culpabilidad y experiencias corporales negativas en el pasado en menor grado.

Las variadas manifestaciones psicósomáticas que presenta una mujer en las distintas etapas de sus funciones reproductivas han sido influenciadas por todo su ámbito familiar y social. La sociedad transmite a través de sus costumbres y pautas culturales, una serie de hábitos, generalmente en forma de tabúes, que determinan la actitud de la mujer y ésta a su vez, influye en su medio, posibilitando de esta manera una imagen del embarazo.

El embarazo es la realización de los deseos y fantasías más tempranas de la niña, el cumplimiento de una promesa gratificante y un deber que en forma encubierta, la mujer percibe que tiene que cumplir no sólo para realizarse, sino también para sentirse aceptada.

En el embarazo y el parto, existe una regresión emocional, que moviliza las necesidades infantiles de dependencia afectiva, así como dudas, miedos irracionales y una profunda inseguridad en su capacidad para lograr el cumplimiento que un hijo implica.

En el primer trimestre del embarazo, la mujer no tiene una vivencia objetiva del producto; en esta primera fase, el embarazo es vivido como algo abstracto e irreal. El diagnóstico médico de embarazo es aceptado intelectualmente por parte de la mujer, pero emocionalmente queda la duda. Poco a poco la sensación de irrealidad se asocia a la vivencia del nuevo ser como parásito; ésta es fuente de rechazo y culpabilidad, apareciendo en la consciencia sólo por momentos y después es reprimida.

El proceso emocional más importante, es la identificación, que permite el desarrollo de los sentimientos maternos. Este proceso se acentúa cuando se percibe el movimiento fetal.

Deutsch (1947) interpreta el embarazo como consecuencia de una doble identificación. La mujer encinta se identifica con el feto, reviviendo así su propia

vida intrauterina; además el feto representa para el inconsciente de la mujer embarazada a su propia madre y especialmente a su superyó materno, por lo que su relación ambivalente con la madre es revivida con el futuro bebé.

En la doble identificación antes citada, si la mujer se identifica con el feto, proyecta sobre él su propia voracidad infantil, sus deseos de la primera infancia de comer a la madre. Cuando el feto representa a la madre, teme una venganza oral, por lo que el feto es experimentado como algo angustiante y destructor que lleva dentro. La mujer embarazada que teme ser destruída por el feto, experimenta a menudo el embarazo como una trampa peligrosa tendida por su madre, y el mismo embarazo se convierte en castigo. A ésto, la mujer embarazada suele reaccionar con intentos semiconscientes de abortar, seguidos por intensos sentimientos de culpa. Pero si el conflicto frente al embarazo es menos intenso y despierta menor ansiedad, la reacciones pueden ser más inofensivas. La más frecuente es de carácter oral y consiste en náuseas, vómitos y antojos. Otros síntomas frecuentes, son los de carácter anal, y son la diarrea y el estreñimiento.

Con respecto a los síntomas anteriores, surge una interrogante: si la gran frecuencia de éstos puede explicarse por los cambios fisiológicos que se van dando durante el embarazo, o si las tensiones psíquicas provocadas por el embarazo tienden a descargarse por determinada conversión.

Schwab (1978) consideró la hiperémesis incoercible (vómito que por su intensi-

dad pone en peligro la vida de la gestante) como una huelga de hambre contra el embarazo, y la muerte por heperémesis como suicidio.

Hupfer (1932) explica que los vómitos significan un rechazo de la gestación, y los antojos expresan el deseo de afirmación del embarazo y una repetición simbólica de la concepción.

Deutsch (1947) dice que la embarazada reacciona frente al feto en los primeros meses con ambivalencia oral, y trata de expulsarlo con los vómitos y de reincorporarlo con los antojos.

Evidentemente tanto los vómitos como los antojos son expresiones del conflicto de ambivalencia que el embarazo provoca en la mujer. El inconsciente elige para su protesta el tracto alimenticio por la persistencia de viejas teorías infantiles con respecto a la concepción. Freud (1948) habla de las fantasías del niño en su etapa libidinosa. La más frecuente es creer que la mujer se embarazó por haber comido algo. Este algo simboliza generalmente el pene. Otra es que el niño al no tener conocimiento de la vagina, la confunde con el ano, por lo que cree que los niños nacen como los desechos fecales, con lo cual es comparado.

Otra causa de los vómitos y los antojos, es que la angustia de la mujer embarazada proviene en gran parte de sus frustraciones orales y de su desconfianza y resentimiento oral hacia la madre.

El rechazo oral de la mujer embarazada, se desplaza en ocasiones sobre otros órganos. Cuando el rechazo del feto es tan intenso, que el síntoma oral no es suficiente para calmar la angustia, entonces el síntoma se desplaza hacia la parte terminal del intestino, provocando cólicos, diarreas, estreñimiento, contracciones de la matriz, por lo que se puede desencadenar un aborto, siendo estos síntomas aún más peligrosos para la continuación del embarazo.

Soifer (1977) detectó siete etapas emocionales específicas que se dan durante el embarazo:

1) En el comienzo de la gestación: se dan una serie de cambios orgánicos y hormonales que aún no son detectables y sin embargo, traen consigo cambios conscientes en la mujer embarazada, como es la hipersomnía (deseo de dormir más de lo habitual), esa necesidad de dormir corresponde, desde el punto de vista psicológico, a una regresión, es una identificación fantaseada con el feto. La hipersomnía favorece la regresión, la cual se da por la ambivalencia de aceptación o rechazo del embarazo, lo que conlleva a que se de en la mujer un estado de sopor, prefiere dormir a vivir con la angustia que causa la ambivalencia, la hipersomnía hasta cierto punto, resulta de gran ayuda, ya que constituye una defensa biológica adecuada, y proporciona al organismo un mayor reposo, necesario para la labor que se inicia.

2) Formación de la placenta (2o. y 3er. mes): el sistema nutritivo del embrión cambia, se inicia este proceso a través de la placenta. El proceso de anidación del huevo fecundado en el útero, es un acto agresivo que la mujer vive desde su inconsciente como persecutorio. Este período conocido como el período de

peligro de aborto, en él hay gran miedo de perder al bebé, se da una sensación de robo y vaciamiento. Se añade a este período la sintomatología de las náuseas y vómitos, que son la expresión del rechazo al hijo, ese rechazo involucra tan sólo un aspecto de la personalidad materna, pero es mucho mayor el deseo de ser madre. Si las vivencias persecutorias se intensifican, el síntoma suele ser desplazado hacia el plano anal y se manifiesta con diarrea o estreñimiento. Por un lado, con la diarrea se manifiesta el deseo de expulsar al bebé, mientras que con el estreñimiento, el poder contenerlo, nuevamente se presenta la ambivalencia deseo-rechazo.

3) La percepción de los movimientos fetales (3½ meses al 5o.): en la evolución fetal este período corresponde a la aparición de la motilidad. No todas las mujeres embarazadas perciben conscientemente el movimiento del bebé a los tres meses y medio, por lo regular al cuarto o quinto mes es cuando lo van percibiendo de forma consciente. La mujer presenta una sensación de molestia y enojo, por lo que utiliza el mecanismo de la proyección (inconscientemente), en el cual ve al bebé como algo terrorífico, como un ser peligroso, cuyos movimientos bruscos, agresivos y sádicos, pueden causarle un daño físico.

Además de la negación y la proyección, la mujer embarazada tiene mecanismos maníacos, fantasea tener un hijo hermoso, bueno, que la llene de felicidad; todo esto ayuda a que el embarazo llegue a feliz término, basado en el instinto maternal. El que la mujer presente mecanismos maníacos, es una

tendencia a reparatoria de la imagen materna, y la necesidad de recrearla mediante la gratificación. Estos mecanismos maniacos son una defensa ante la intensificación de un temor natural, que es, el tener un hijo deforme. Es sabido, que la malformación fetal (baja en porcentaje), es una posibilidad. Esta fantasía de poder tener un monstruo, tiene que ver con el temor de no poder ser capaz de criar y educar bien al hijo, lo cual llevaría a tener una criatura péfida o monstruosa.

4) La instalación franca de los movimientos fetales (5o. mes en adelante): hay una mayor percepción de las contracciones uterinas fisiológicas del embarazo. El vientre de la mujer embarazada se endurece por momentos y después se afloja. Con todo el movimiento del feto, se remueven nuevamente las fantasías del período anterior. Se da en la mujer una retracción narcicista como mecanismo de defensa. La sensación de los movimientos, se vive como una sensación de unión muy personal con el feto, ya que nada más ella puede sentir los movimientos.

5) Ansiedad producida por la versión interna (7 ½ meses en adelante): es la etapa en la cual el bebé se acomoda cabeza abajo a la entrada del canal de parto. Se da una crisis de ansiedad, la mujer tiene la sensación consciente de que algo raro está pasando, lo cual la asusta y desconcierta. Hay un dolor intenso en el bajo vientre, sensación de que le están empujando el hígado, etc. En ocasiones la sensación consciente de la versión interna es negada o se hace alguna conversión, desplazándola a algunos órganos. La emergencia

más grave que se puede dar por dicho desplazamiento, es el parto prematuro, el cual puede darse entre los seis u ocho meses cumplidos.

Por lo regular los movimientos extraños despiertan la sensación de pérdida y la fantasía del parto prematuro a nivel consciente.

Los síntomas psicósomáticos frecuentes en este período son: una reacción defensiva por medio de la hipertensión, ya que se da una disminución fisiológica de la presión sanguínea, propia del embarazo; lipotimias, se originan fantasías de vaciamiento y aniquilación, como si los movimientos extraños fueran realizados por algo o alguien que quiera robarle o matarle al bebé. Se da una confusión entre versión interna y parto; hiperémesis (vómito), es el deseo inconsciente de arrojar fuera al bebé; diarreas, tiene el mismo significado que la hiperémesis, nada más que el mecanismo se da por vía intestinal; constipación pertinaz (estreñimiento), es la defensa contra la sensación de vaciamiento; edemas y aumento excesivo de peso, también son una defensa contra la ansiedad de vaciamiento, es incorporar y retener; calambres en forma dolorosa, es la fantasía terrorífica de ser atacada físicamente, representan tanto el temor al hijo, así como el parto doloroso y traumático (cesárea, forceps).

6) Ansiedad del comienzo de 9o. mes: surgen modificaciones fisiológicas, el feto tiende a desarrollarse más rápidamente, ganando peso y volumen; las contracciones fisiológicas se acentúan, el cuerpo cambia nuevamente sus me-

canismos posturales; se suma a ésto la prohibición de la sexualidad.

Comienza la incertidumbre acerca de la proximidad del parto. Hay temor inconsciente a morir en el parto. La mujer embarazada utiliza como defensa habitual ante todos los acontecimientos el narcicismo infantil, el cual dispone del pensamiento mágico y de la omnipotencia de las ideas. Sin embargo, el narcicismo infantil no logra satisfacer totalmente todas las ansiedades, puesto que el embarazo continua.

7) Ansiedad de los días previos al parto: aparecen crisis intensas de ansiedad de duración variable, en las que se expresa conscientemente, el temor a la muerte en el parto, al dolor, al parto traumático por fórceps o cesárea, al hijo deforme y a la muerte del hijo. Por lo general estas crisis van marcando el progreso del proceso de emborrnamiento o preparación del cuello de la matriz y el avance progresivo en la instalación del trabajo de parto, así como del descenso de la cabeza del bebé, en busca del primer plano.

CAPITULO 2

ANSIEDAD

Se ha escrito mucho acerca de ansiedad y angustia, sin embargo hay autores que hablan de ansiedad como sinónimo de angustia, y hay autores que hacen diferencias y semejanzas entre ellas.

Se dice que la ansiedad es sinónimo de inquietud, afán, “estar ansioso por hacer algo”. La angustia es lo opuesto, es un efecto paralizador del comportamiento, “no saber qué hacer”. Para Diel (1966) la angustia es sinónimo de miedo o stress, sin embargo, para otros autores como Martín (1961), el miedo y la ansiedad son sinónimos, este autor descubrió que bajo diferentes estímulos, la respuesta a la ansiedad es la misma. Concibe a la ansiedad como una respuesta neurofisiológica que tiene manifestaciones específicas en los sistemas medular hipotalámico-simpático adrenal, en el sistema hipotalámico-pituitario-adrenal-cortical, y en el sistema reticular. La intensidad patológica y la persistencia de los reflejos de ansiedad, son reacciones crónicas en algunos aspectos de estos sistemas neurológicos. Estas reacciones son efectos medibles en sistemas de fisiología, conductuales y autorreportes. La respuesta de ansiedad, aunque es una capacidad innata del organismo humano, es altamente aprendida, pudiéndose convertir un estímulo neutral asociado a un estímulo aversivo o que provoque angustia, en un estímulo que evoque la misma respuesta (de ansiedad); ésto se conoce como condicionamiento clásico.

Para efectos del presente trabajo, la angustia y la ansiedad se utilizan como sinónimos.

2.1. Definición

La palabra ansiedad se deriva de las raíces griegas que denotan la impresión de estrechez. "ANXIOUS" es el término en latín, y sus derivados tienen la noción de pobreza, carencia, estrechez o constricción, usualmente asociadas con disconfort o incomodidad. No influye aquí la idea de incertidumbre y miedo que han sido características importantes en el uso moderno de la palabra, pero si tiende al stress depresivo e intranquilo, denota la sensación de estar "apretado", "ahogado" o "atrapado".

La ansiedad es una respuesta normal a amenazas dirigidas contra el sujeto, posesiones, modo de vida, seres queridos o valores acariciados. Se puede dar durante un esfuerzo extremo o en una situación de cambio que requiera una continua adaptación. Que la ansiedad sea normal o anormal dependerá de su intensidad, duración y de las circunstancias que la causen (Solomon y Vernon, 1976).

Freud (1948) define a la ansiedad como un estado afectivo, o sea, una unión de determinadas sensaciones de la serie placer-displacer, con las inervaciones de descarga a ellas correspondientes y a la percepción de las mismas.

La ansiedad parece ser una reacción ante la percepción de la ausencia del objeto amado o a la separación del mismo, por lo que la privación da lugar a un aumento de la tensión que exige alguna descarga de energía. Solamente

el yo puede experimentar ansiedad, la cual es signo de la debilidad de éste.

Freud (1926, en Hall y Lindzey, 1984) distinguió tres tipos de ansiedad: la real, la neurótica y la moral o sentimiento de culpa. La ansiedad real es el miedo a las amenazas que existen realmente en el mundo exterior. La ansiedad neurótica es el temor que tiene el individuo a que sus instintos se salgan de control y lo lleven a actuar de tal forma que sea merecedor de algún castigo, por lo que esta ansiedad neurótica no se basa tanto en el miedo a los instintos en sí, sino al miedo de ser castigado. Este temor es real ya que es el mundo representado por los padres y otras autoridades. La ansiedad moral, es el miedo a la consciencia moral; el individuo cuyo super-yo es muy estricto, tiende a sentirse culpable cuando hace, o incluso cuando piensa algo contrario al código moral con el cual ha sido educado.

La ansiedad puede ser producida por una amenaza imaginaria, por una tensión interna o por cualquier otro factor que el individuo experimenta como una amenaza. (Freud, 1936, en Wolman, 1981).

Una de las funciones de la ansiedad es el prevenir al sujeto de algún peligro inminente, es una señal dirigida al yo, de que el peligro puede incrementarse tanto, que puede ser destruído por éste, por lo cual el yo toma las medidas adecuadas para huir de tal situación. (Freud, 1926, en Hall y Lindzey, 1984).

Una de las funciones del yo es la de mantener la estabilidad emocional del

individuo, previniendo la experiencia consciente de la ansiedad, la cual nace de las amenazas del ello y del super-yo, dando lugar al surgimiento de los mecanismos de defensa y características de la personalidad. (Freud, 1926, en Hall y Lindzey, 1984).

Todas estas amenazas contra el yo se dan de muy distintas maneras en las diferentes fases del desarrollo. En la etapa infantil, la amenaza principal a la personalidad todavía inmadura, es la pérdida del objeto amado. La intrusión de pulsiones no permitidas en una etapa subsiguiente, amenaza al niño con la castración, y más adelante, los actos vedados traen consigo la reprobación social, la cual ocasionaría la exclusión de la misma. (Freud, 1948).

Frimm (en Thompson, 1955) considera que la ansiedad es producida por el conflicto entre las necesidades de establecer contacto, de obtener aceptación social y la de preservar la independencia. Enfatiza que algunas de las potencialidades del individuo pueden chocar con la reprobación de un padre destructivo o puede sacrificarse a causa de la obediencia a las normas de una determinada cultura. Por lo tanto, puede manifestarse ansiedad con cualquier intento que realice el individuo para expresar estas potencialidades.

Para Sullivan (1966) la ansiedad es la experiencia de tensión resultante de amenazas reales o imaginarias a la propia seguridad. Su intensidad varía de acuerdo con la gravedad de la amenaza y la eficacia de los dispositivos de seguridad al alcance del sujeto. Una gran ansiedad reduce la eficacia del indivi-

duo en lo que atañe a satisfacción de sus necesidades, y crea confusión en su pensamiento.

En un principio, Sullivan (1966), llamó a la ansiedad “euforia”, la cual se da cuando el niño adquiere un sentimiento de bienestar y se presenta la aceptación por parte de los adultos en general; este elemento es fundamental en el ambiente en que se desarrolla el ser humano. La reprobación provoca un sentimiento de pérdida de la euforia, una situación incómoda, que después llamó ansiedad.

Para Horney (1986) el concepto clave es la ansiedad básica, la cual define como una sensación de aislamiento y desamparo que el niño experimenta en un mundo potencialmente hostil. En general, todo lo que perturba la seguridad del niño en relación con sus padres, produce ansiedad básica.

Horney (1986) dice que la frustración tiende a hacer hostil al niño, por lo que el niño siente que el mundo es hostil; esta creencia aumenta sus sentimientos de desamparo. Se desarrolla una segunda angustia como defensa ante la primera angustia, formando un círculo vicioso, la primera angustia produce defensas que a su vez provocan nuevas angustias y así sucesivamente.

Por último, se considera o se señala la definición que da Spielberger (1980), ya que para el presente trabajo es la que utiliza y se explica más ampliamente.

El autor menciona que en la teoría acerca de la ansiedad debe hacerse una distinción conceptual y operacional de ésta, como un estado transitorio y como un rasgo relativamente estable de la personalidad, y define los siguientes conceptos:

Ansiedad-Estado, es una reacción emocional transitoria que consiste en sensaciones subjetivas de tensión, temor, nerviosismo y preocupación, así como una elevación en la actividad del sistema nervioso autónomo. Este tipo de ansiedad varía en intensidad y fluctúa en el tiempo. El nivel de ansiedad puede incrementarse bajo situaciones que son percibidas como amenazantes, independientemente de la presencia real de un peligro.

El otro concepto es la Ansiedad-Rasgo; la define como las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a percibir el mundo como algo peligroso y en la frecuencia con la cual se siente el estado de ansiedad durante un amplio lapso.

2.2. Desarrollo de la Ansiedad

El desarrollo de la ansiedad se da desde los primeros momentos de la vida. Es un estado en que el organismo es inundado de cantidades de excitación que están más allá de su capacidad de control; a estos estados se les llama “traumáticos”. Las sensaciones de esta “angustia primaria” pueden considerarse en parte como la forma en que es sentida la tensión y en parte como la percepción de descargas vegetativas involuntarias de emergencia. Freud (1948) sugiere que el acto de nacer puede considerarse como una experiencia en que queda establecido el síndrome de esta angustia primaria.

La angustia primaria se crea por estímulos externos e internos, aún no controlados, y en la medida en que se experimenta como una sensación dolorosa consciente, se siente pasivamente, como algo que le ocurre al yo y que se debe soportar. (Fenichel, 1987).

Más tarde, el niño aprende gradualmente a controlar su motilidad, las simples reacciones de descarga son reemplazadas por actos dotados de un propósito. El niño puede prolongar ahora el tiempo que media entre el estímulo y la reacción, y demostrar cierta capacidad de tolerancia a la tensión (Fenichel, 1987).

Todo ser humano tiene una imaginación anticipatoria y el planeamiento de actos subsiguientes; debido a ésto, el hombre puede saberse o sentirse en una

situación de peligro, lo que ocasiona que el yo se ponga en alerta y juzgue la situación que aún no es traumática pero que puede convertirse en tal. Todo lo anterior el yo lo vive en forma de angustia.

Solomon (1976) menciona que las manifestaciones somáticas comunes de la ansiedad son las siguientes;

- a) Respiración excesiva.
- b) Tensión musculoesquelética: cefalagia tensional, constricción de la parte posterior del cuello y del pecho, voz temblorosa, dolor de espalda.
- c) Respiraciones suspirantes.
- d) Síndrome de hiperventilación: disnea, vértigo, parestesias.
- e) Trastornos funcionales gastrointestinales: dolor abdominal, anorexia, náusea, mal sabor de boca, diarrea, constipación, sensación de “vacío” en el estómago.
- f) Irritabilidad cardiovascular: hipertensión pasajera, taquicardia, desfallecimiento.
- g) Disfunción genitourinaria: frecuencia urinaria, disuria, impotencia, dolor pélvico en mujeres y frigidez.

Los síntomas psicósomáticos de la ansiedad según Kielholz (1976), son los siguientes:

- a) Inquietud, tensión interior.

- b) Temblor, sobretodo de finas oscilaciones.
- c) Opresión cefálica y cefalea.
- d) Palidez facial.
- e) Crisis sudorales.
- f) Sequedad de boca.
- g) Sensación de vértigo.
- h) Alteraciones del sueño.
- i) Pavor nocturno en niños.

Cuando se da un estado de ansiedad, todos los órganos del cuerpo se alteran, por ejemplo:

Organos de los sentidos:

- a) Hiperestesia sensorial general.
- b) Midriasis.
- c) Reflejo pupilar psicógeno.
- d) Ensanchamiento de la hendidura palpebral.
- e) Escotomas, “moscas volantes”.

Sistema Circulatorio:

- a) Taquicardia.
- b) Jaqueca.
- c) Presión arterial elevada.

Sistema Respiratorio:

- a) Sensación de ahogo.
- b) Hiperventilación.
- c) Asma bronquial.

Tracto Gastrointestinal:

- a) Sequedad de boca.
- b) Anorexia.
- c) Bulimia.
- d) Hipo.
- e) Opresión gástrica.
- f) Meteorismo.
- g) Espasmos intestinales.
- h) Diarrea y estreñimiento.

Sistema Urogenital:

- a) Poliuria.
- b) Espasmo de esfínter vesical.
- c) Trastornos de la menstruación.
- d) Dismenorrea.

Piel:

- a) Dermografismo.
- b) Prurito.

c) Fenómenos alérgicos.

Spielberger (1975) define a la ansiedad como un estado transitorio y como un rasgo relativamente estable de la personalidad. Da dos conceptos de ansiedad: la Ansiedad-Estado (A-Estado), y la Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo).

La ansiedad-estado la define como una reacción emocional transitoria, que consiste en sensaciones subjetivas de tensión, temor, nerviosismo y preocupación, así como una elevación en la actividad del sistema nervioso autónomo.

La ansiedad-rasgo la define como las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a percibir el mundo como algo peligroso y en la frecuencia con la cual se siente el estado de ansiedad durante un amplio lapso.

La ansiedad como rasgo implica un motivo o disposición conductual adquirido, que predispone al individuo a percibir un amplio rango de circunstancias objetivas no peligrosas pero amenazantes, y responde a éstas con reacciones de ansiedad-estado desproporcionadas en la intensidad a la magnitud del peligro objetivo.

Para la mujer embarazada, la ansiedad-estado es la reacción que tiene frente a ese pequeño ser que lleva dentro, esa reacción o estado emocional solamente es transitorio. Hay una gran tensión por todos los temores que se reviven durante el embarazo; la regresión de niveles inconscientes provocan estados

traumáticos en donde la reacción emocional depende de las vivencias propias de cada gestante en cuanto al tiempo e intensidad. Lo anterior está relacionado con la ansiedad-rasgo, ya que depende de la personalidad y de la fortaleza que se tenga en el yo.

Spielberger (1975) se interesa básicamente en aclarar las diferencias entre la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado, detallando las características de los agentes estresores, los cuales evocan los diferentes niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo, tomando en cuenta la evaluación cognoscitiva del sujeto ante estos estímulos evocadores de ansiedad, así como la importancia de los mecanismo de defensa (procesos cognitivos y motores) que sirven para eliminarla o reducirla.

La ansiedad-estado surge de una secuencia completa de eventos internos, y el evento puede ser activado por un estímulo interno o externo. El hecho de estar embarazada provoca un bombardeo de información en la mayoría de las veces errónea, acerca de lo que significa el embarazo y el parto, lo que provoca una ansiedad-estado, la cual es transitoria y despierta en la mujer gestante una serie de temores no fundamentados. Estos estímulos, ya sean externos o internos pueden provocar un alto nivel de ansiedad durante el desarrollo del embarazo y una gran crisis en el momento del parto. Esto está influenciado por la educación y el criterio de cada mujer.

Los supuestos principales de la Teoría de la Ansiedad Rasgo-Estado son los

siguientes:

1. En situaciones que son apreciadas como amenazantes por un individuo, una reacción de ansiedad-estado debe ser evocada a través de mecanismos de retroalimentación sensorial y cognitiva. Los altos niveles de ansiedad-estado se experimentan como displacenteros.
2. La intensidad de una reacción de ansiedad-estado debe ser proporcional al monto de la amenaza que posee la situación para el individuo.
3. La duración de una reacción ansiedad-estado depende de la persistencia de la interpretación individual de la situación como amenazante.
4. La elevación de ansiedad-estado tiene estímulos y manejan propiedades que pueden ser expresadas directamente en la conducta o pueden servir a las defensas psicológicas iniciales, que han propiciado efectivamente la reducción de ansiedad-estado en el pasado.
5. Un alto nivel de ansiedad-rasgo individual es percibido por situaciones o circunstancias que implican debilitamiento o peligro hacia sí mismo, con mayor amenaza que en los casos de personas que tienen un bajo nivel de ansiedad-rasgo.

Algunas veces la expectación de un peligro, en vez de precipitar un temor vo-

luntario que pudiera utilizarse para evitar un estado traumático, precipita precisamente un estado traumático.

La forma en que el yo normal aprende a superar sus angustias primitivas y aún desconocidas es muy característico. Cada vez que el organismo se ve inundado de una cantidad muy grande de excitación, intenta liberarse de ella mediante repeticiones activas subsiguientes de la situación que produjo la excitación.

La angustia desaparece cuando el yo se siente seguro de sí mismo y ya no mantiene, a la espera de los hechos, una actitud de ansiosa expectativa (Fenichel, 1987).

2.3. Teoría de la Ansiedad de Spielberger

Spielberger (1980) en su teoría de la ansiedad, establece una diferenciación entre stress y amenaza.

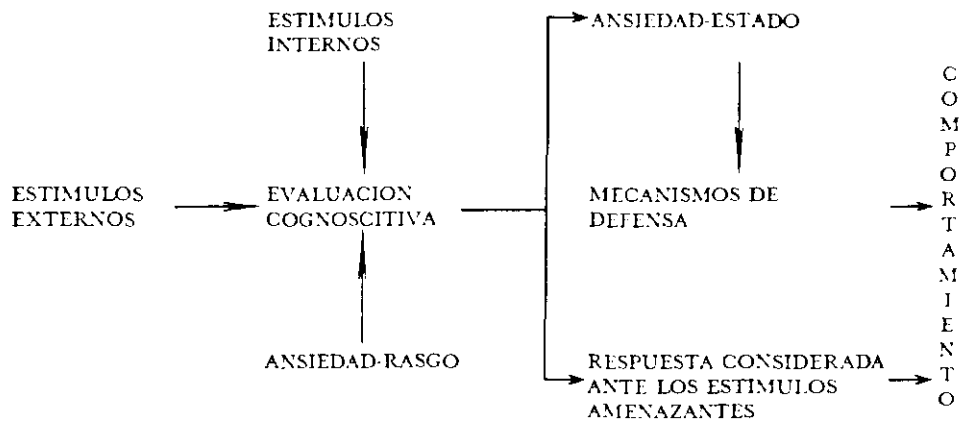
El stress se refiere al estímulo objetivo propio de una situación que se caracteriza por algún grado de cambios físicos y psicológicos. Este tipo de stress aparece durante el embarazo, ya que los cambios físicos que se dan mes con mes, son muy rápidos, por lo que repercuten en el estado psicológico de la mujer gestante.

La amenaza se refiere a la percepción del individuo de una situación como menos o más peligrosa, o como una amenaza hacia su integridad. Para la mujer primigesta, esta amenaza se da en el temor a morir por el embarazo, por el miedo al dolor durante el parto, o simplemente el hecho de sentirse amenazada en su salud o por los mismos cambios físicos que se van dando.

Una situación de peligro específico, como es el embarazo y el parto, se interpretan como amenazantes, dependiendo de la subjetividad del individuo (ideosincracia), en base a sus experiencias pasadas en situaciones similares o por el aprendizaje que tiene de otras personas ante situaciones similares, productos de sus recuerdos o pensamientos evocados por dicha situación.

6. Las situaciones estresantes que se encuentran frecuentemente, pueden causar en el individuo, el desarrollo específico de imitación de respuestas o el despliegue de mecanismos de defensa psicológicos, los cuales están destinados a reducir o evitar el estado de ansiedad.

ESQUEMA DE ANSIEDAD DE SPIELBERGER



Cada una de las partes del diagrama, muestra un componente importante en las interacciones de los estímulos angustiosos con los procesos internos, así como las reacciones conductuales que provocan. Las flechas indican la secuencia de las interacciones entre los elementos y las posibles influencias de un elemento sobre otro.

Para Spielberger (1980) los estímulos internos son los pensamientos, sensa-

ciones y necesidades biológicas.

La evaluación cognitiva se refiere a las respuestas aprendidas ante estímulos amenazantes; frente a situaciones similares, se recurre por medio del recuerdo.

El mayor atributo del test de ansiedad de Spielberger es que sea capaz de medir la ansiedad rasgo y la ansiedad estado. Los inventarios tienen una validez interna, que es el autoreporte de ansiedad, tensión y nerviosismo en el sujeto, y una validez externa, que es lo observable en el sujeto, a criterio del evaluador. Ambas dependen de una consistencia entre los índices bien establecidos de ansiedad y el instrumento.

Los tests miden la ansiedad como un rasgo de la personalidad, como un síntoma y como un síndrome.

Existen dos tipos de tests para la medición de la ansiedad:

1. Pruebas proyectivas y cuestionarios que miden la ansiedad como concomitante de otros factores de la personalidad.
2. Escalas o cuestionarios dirigidos a medir la ansiedad específicamente.

Las pruebas proyectivas se utilizan en el área clínica, y tienen la ventaja de que el sujeto desconoce el fin real de la prueba; estando libre de presiones se facilita

la expresión y la manifestación abierta de sus acciones respecto de la prueba. Sin embargo, este tipo de pruebas tienen sus limitaciones, ya que el diagnóstico que se hace por medio de la prueba es la interpretación que hace cada psicólogo, algunas pruebas no se pueden aplicar grupalmente; en otras se dificulta establecer los niveles y correlaciones de significancia estadística. Por todo lo anterior, las pruebas proyectivas se consideran poco objetivas para fines experimentales.

Las escalas o cuestionarios de medición y evaluación específica de la ansiedad aparecen en los años '50 y se utilizan hasta la fecha. A continuación se mencionan algunos.

A. MAS (MANIFEST ANXIETY SCALE)

Este cuestionario fue creado por Janet Taylor. La forma original consiste en 50 reactivos que más tarde redujo a 20. Desarrolló también una forma de ansiedad manifiesta para niños. Consta de 5 factores:

1. Conocimiento de sí mismo.
2. Sudoración, frío y calor.
3. Insomnio.
4. Sentimiento de inadaptación insuperable.
5. Fatiga.

Las respuestas al cuestionario pertenecen al grupo de "cierto o falso", y el puntaje se obtiene de los reactivos que ha marcado el sujeto.

B. MAACL (LISTA MULTIPLE DE ADJETIVOS AFECTIVOS)

Este cuestionario fue hecho por Zucherman en 1964, mide los estados afectivos. El sujeto marca el ítem que describa mejor la intensidad de un sentimiento específico. Cubre tres dimensiones afectivas:

1. Ansiedad.
2. Hostilidad.
3. Depresión.

Consta de 132 adjetivos, que están clasificados en 21 de ansiedad, 28 de hostilidad y 40 de depresión. Los ítems restantes sirven como amortiguadores, de los cuales se puede derivar una escala adicional.

C. TASC de Sarason.

Mide la ansiedad en niños, mide rasgo y estado en situaciones de prueba. Consiste en 36 reactivos que incluyen síntomas fisiológicos.

D. IPAT (INSTITUTE FOR PERSONALITY AND ABILITY TESTING)

Este cuestionario fue desarrollado por Catell, su objetivo es medir rasgos de

la personalidad. Consta de 40 reactivos que pueden aplicarse individualmente o en grupo, no tiene tiempo fijo, sus instrucciones son sencillas y de fácil comprensión. Los reactivos están estructurados con una elección entre tres opciones:

1. Observación directa de la conducta del sujeto sin aplicación de pruebas (L DATA).
2. Mediante un cuestionario (Q DATA).
3. Mediante pruebas objetivas (T DATA).

E. FREEMAN MANIFEST ANXIETY TEST.

El objetivo de este test, es medir la estructura nuclear de la ansiedad, su neurosis e implicaciones psicósomáticas.

Consta de seis categorías, tres tipos estructurales y de cinco partes divididas de la siguiente manera:

1. 51 preguntas de sí o no.
2. 21 preguntas de 1 y 2.
3. 11 preguntas de 1, 2 y 3.
4. 5 preguntas de elección propia.
5. 52 preguntas de marque con una X.

F. S-R INVENTORY OF ANXIOUSNES de Perkins.

Mide la inclinación de la ansiedad. Consta de once situaciones básicas, en las cuales los sujetos indican, en una escala de 5 puntos, la intensidad con que experimentan cada una de las catorce tendencias de respuesta a la situación.

G. IDARE (INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO) de Spielberger.

El IDARE es la versión en español del test State Trait Anxiety Inventory (STAI), el cual consta de dos escalas separadas de autoevaluación, las cuales miden dos dimensiones distintas de ansiedad: la ansiedad-rasgo (A-Rasgo), determinada por la escala SRX y la ansiedad-estado (A-Estado), determinada por la escala SXE.

El inventario fue hecho originalmente para investigar los fenómenos de ansiedad, en sujetos adultos sin síntomas psiquiátricos; se comprobó también que se puede utilizar en estudiantes de secundaria y bachillerato, así como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos. (Spielberger, 1975).

El inventario IDARE fue desarrollado por Charles D. Spielberger y R. L. Gorsuch en 1964, en la Universidad de Verdebilt; más tarde las investigaciones se siguieron realizando en la Universidad de Florida.

El test consta de dos escalas y cada una de ellas a su vez consta de 20 reactivos. Los reactivos se contestan marcando uno de los números que ahí se presenta, éstos van del número 1 al 4.

1. no, en lo absoluto.
2. un poco.
3. bastante.
4. mucho.

Las afirmaciones anteriores corresponden a la escala SXE, ansiedad-estado. Para la escala SRX, ansiedad-rasgo las afirmaciones son las siguientes:

1. casi nunca.
2. algunas veces.
3. frecuentemente.
4. casi siempre.

La escala SXE explora el “Estado de Ansiedad”. La ansiedad-estado, es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. (Spielberger & Díaz, 1975).

La escala SXR explora la Ansiedad-Rasgo, la cual se refiere a las diferencias

individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado (Spielberger y Díaz, 1975).

La aplicación del IDARE puede ser autoadministrable, y puede ser aplicada ya sea individualmente o en grupo. El inventario no tiene límite de tiempo.

La validez del inventario se fundamenta en el supuesto de que el examinado entiende claramente que en las instrucciones que se le dan, en relación con el "estado" él debe reportar cómo se siente en ese momento específico y, que las instrucciones que se le dan en relación con el "rasgo" se le pide que indique cómo se siente generalmente.

2.4. Embarazo y Ansiedad

El embarazo como ya se dijo, es un estado temporal en el cual la mujer mantiene un contacto más estrecho con ella misma y con el bebé en gestación. Esta introversión hacia sí hace que la mujer entre en contacto con sus emociones y sentimientos, ya que el embarazo provoca una hipersensibilidad.

Hay una cierta regresión en la mujer embarazada, que permite revivir traumas y conflictos de la infancia. A esta situación se agrega el gran desconocimiento de lo que es el embarazo en sí, en ocasiones las mujeres no saben ni por qué están embarazadas, no saben de todos los cambios físicos y emocionales que se dan durante el embarazo.

Los cambios físicos ya mencionados provocan ansiedad, debido tal vez, a la no aceptación del embarazo o simplemente el creer que con su nueva figura de embarazada va a perder el amor o aceptación de su pareja. Esta ansiedad puede provocar distintos trastornos durante la gestación como podrían ser depresión materna, bajo peso tanto en el bebé como en la madre, problemas en el desarrollo del bebé, etc.

La mayoría de las primigestas creen que el estar embarazadas es sinónimo de ser madres sin ninguna complicación, y no son conscientes en una primera instancia de lo que realmente significa el embarazo. Cuando la mujer percibe

la magnitud del evento, éste le provoca gran incertidumbre, lo que la lleva a un estado de ansiedad, el cual se ve reflejado en el momento del parto.

La ansiedad que se da con respecto al parto, es todo ese miedo a lo desconocido, a no saber en qué momento se inicia el trabajo de parto o cómo van a ser las contracciones, todo lo anterior provoca fantasías de muerte.

Otro de los grandes temores de las mujeres primigestas es el de no tener un bebé sano, completo, hay la fantasía de poder dar a luz a un monstruo.

La ansiedad que se genera en el embarazo puede ser por varios motivos como el miedo a lo desconocido, al parto, temor a tener un hijo con malformaciones, a no sentirse aceptada, etc. Todo lo anterior debido a la mala información o a la ignorancia de la mujer. Esto se ha transmitido generacionalmente, en donde el embarazo es sinónimo de sufrimiento y dolor.

El mayor o menor nivel de ansiedad va a depender de la historia personal de cada mujer, así como de su fortaleza yoica.

Cuando la mujer toma consciencia de su embarazo, busca los medios para obtener información adecuada de lo que es el embarazo y lo que pasa durante el parto.

El método psicoprofiláctico es uno de tantos medios o métodos que hay ac-

tualmente, que sirve para dar información de lo que es el embarazo, el parto, post parto y lo más importante, la integración y convivencia de la pareja como un gran binomio ante las nuevas situaciones.

CAPITULO 3

METODO PSICOPROFILACTICO

3.1. Antecedentes Históricos del Método Psicoprofiláctico

Se cree que el método psicoprofiláctico es la técnica por la cual la mujer va a parir sin dolor. Por lo que al método también se le ha llamado “parto sin dolor”. Esto se debe a todos los antecedentes históricos del médico.

Los primeros experimentos sobre el parto sin dolor se basaban en la hipnosis, la cual también se usó con cierto éxito como anestésico en la cirugía. En 1880 y 1890 se llevaron a cabo muchos intentos, algunos de los cuales obtuvieron un éxito parcial; debido a que las pacientes eran consideradas como casos especiales, ya que eran enfermas histéricas. Sin embargo, en 1890, Luys, Menant des Chesnais, Panton y después Auvard realizaron experimentos con mujeres normales y obtuvieron excelentes resultados, pero la hipnosis sólo podría ser usada por especialistas y hasta cierto límite.

Más tarde se hicieron numerosas investigaciones para mejorar el método. En 1889, Joire usó la sugestión cuando la paciente estaba despierta, pero no pudo experimentarlo en gran escala.

Mientras tanto, en Alemania, Bélgica, Inglaterra y Austria se hacían experimentos, pero no fue sino en Rusia donde el método progresó más; en 1902 el método aún era empírico y fue entonces que los trabajos de Pavlov dieron la base científica de la hipnosis explicando su mecanismo psicológico y abriendo nuevas perspectivas a la investigación.

Los estudios de Pavlov son tomados por los soviéticos para ser aplicados al problema del dolor en el parto, surgiendo un método preciso, racional y experimental que desde el año de 1950 es una ley en la Unión Soviética proporcionar a todas las mujeres en condiciones normales para tener un parto sin dolor.

En 1920, Platanov, Vlevoski y Nicolaiev, intentaron perfeccionar sus trabajos e hicieron que la mujer diera a luz estando despierta, pero bajo la influencia posthipnótica.

En 1949 Nicolaiev declaró que el dolor del alumbramiento, su manifestación, su carácter y su fuerza, depende del sistema nervioso y de las relaciones entre la corteza y el subcórtez, y propuso el término psicoprofilaxis. Todo lo anterior fundamentado científicamente por los trabajos realizados por Pavlov.

Psicoprofilaxis significa prevención por medios psíquicos. La psicoprofilaxis obstétrica, aplicada al parto, cae en dos categorías: preparación psíquica y adiestramiento físico.

Sólo un 30% del trabajo de parto corresponde al aspecto físico, mientras que el 70% restante se maneja con la experiencia emocional y psicológica de la madre. En este campo es donde realmente actúa la psicoprofilaxis. (Wright, 1989).

En 1951 el doctor Lazame quien se había establecido en Rusia para conocer el método regresa a Francia y lo introduce en dicho país. En un principio, el doctor Lazame y sus colaboradores tenían muy poca literatura científica; se limitaban a usar las notas que habían traído de Rusia y pidieron a las mujeres que escribieran relatos de su experiencia. Poco a poco, las diversas experiencias influyeron favorablemente en las otras para provecho común. El método francés originado en Rusia, agregó innovaciones, que a su vez fueron valiosas para los rusos. Más tarde el método se extendió a cuarenta y cuatro países.

3.2. Condicionamiento Pavloviano

La forma fundamental de la actividad nerviosa es el reflejo; la actividad refleja se da a partir del segmento inferior de la médula espinal, se complica progresivamente y adquiere una gran complejidad en la corteza cerebral.

Pávlov describió dos tipos de reflejos:

1. Reflejos absolutos, como el reflejo de defensa o el reflejo salival, que son hereditarios; su centro nervioso se encuentra en el mesencéfalo, bulbo o médula espinal. Estos reflejos aseguran las primeras reacciones del ser humano al mundo exterior, pero no pueden mantener el equilibrio entre el individuo, que varía continuamente, y el medio en que vive.

2. Reflejos temporales adquiridos, que dependen del efecto del medio y constituyen los reflejos condicionales. El más conocido es el reflejo salival.

Cuando se da alimento a un perro, acompañado del sonido de una campana, basta el sonido para hacerlo salivar.

El mundo en que vivimos no es caótico, no está formado por una acumulación accidental de objetos; lo rigen leyes objetivas y los estímulos no actúan sobre el cuerpo en forma anárquica. En su infinita variedad se pueden distinguir una sucesión de señales que se repiten de manera relativamente estable.

A un grupo de señales dadas responde en el sistema nervioso una estructura funcional (un estereotipo) que puede actuar por sí misma en cierta medida (estereotipo dinámico). (Pávlov, 1967).

Los reflejos simples o complejos no son independientes, sino que contribuyen a crear estructuras nerviosas funcionales a las cuales ha dado Pávlov el nombre de “estereotipos dinámicos”. Son una especie de fórmula de acondicionamiento, diferente de la suma de simples conexiones. La fórmula persiste mientras duran los estímulos (aún cuando se les invierta), pero se destruye si se introduce un nuevo estímulo. Pueden crearse fórmulas muy diferentes, más o menos complicadas.

“Durante el alumbramiento, no son los pequeños estímulos aislados los que actúan, sino las señales agrupadas en estereotipos dinámicos” (Vermorel, en Vellay, 1985).

El estereotipo dinámico es la base fisiológica de las actividades del ser humano. Las diversas fórmulas, más o menos complicadas, corresponden a la situación de nuestra vida diaria, a la que podemos enfrentarnos de este modo y, en consecuencia, nos adaptamos de manera constante a nuestro medio.

Sin embargo, la organización de tales estereotipos tiene sus límites. Nuestro sistema nervioso debe seleccionar los estímulos que recibe; de otra manera habría anarquía y no podríamos proseguir una actividad continua. La

selección se realiza mediante una especie de equilibrio entre dos nerviosos fundamentales: excitación positiva y excitación negativa (inhibición o frenado).

En el proceso de equilibrio entre el organismo y el mundo exterior intervienen los dos procesos. (Pávlov, 1967).

Cualquier excitación positiva en la corteza tiende a difundirse, pero esta difusión induce el proceso opuesto: la inhibición. Se entabla entonces una lucha entre la actividad positiva y la actividad negativa, que termina con una concentración y selección en los centros de actividad, eliminando cualquiera otra actividad secundaria. La actividad negativa puede ser condicionada, lo mismo que la actividad positiva. Así a partir de un estímulo, puede crearse un estímulo condicionado inhibitorio.

Toda la obra de Pávlov consiste en experimentos exactos y cuidadosos, y es por eso que surge la posibilidad de que exista una relación entre la participación activa de la mujer en el alumbramiento y la inhibición de estímulos provenientes del útero: la eliminación del dolor.

A la corteza llegan dos tipos de estímulos:

1. Los que provienen del mundo exterior y son transmitidos por los órganos de los sentidos, que constituyen la exterocepción.

2. Los que provienen de nuestras vísceras y constituyen la interocepción.

Pávlov demostró la unidad de ambos sistemas, y que su equilibrio es condición de la existencia.

En los estereotipos dinámicos hay una estrecha asociación de señales internas y externas. En el hombre existe una forma especial de señales: el lenguaje, al que Pávlov dió el nombre de segundo sistema de señales. La palabra, por su significado, permite que el ser humano forme estereotipos dinámicos precisos y complejos, muy superiores a los formados por el animal mediante señales directas. Para adaptar a una mujer al parto, no hay mejor instrumento que el lenguaje.

Las mujeres que dan a luz sin preparación de algún método están sometidas a la influencia de tres factores desfavorables:

1. La postración, aumentada por la emociones y temores causados por su ignorancia y la de la gente que la rodea. Es incapaz de actuar positivamente en el parto, de inhibir los estímulos que provienen del útero (interoceptores uterinos).

2. La mala educación, produce una relación condicionada entre el parto y el dolor imaginado. El ambiente en que da a luz hace que la mujer reemplaze la palabra “alumbramiento” con la palabra “dolor”.

3. La desorganización cortical completa, consecuencia de la falta de estereotipos dinámicos apropiados. Sumando a la participación pasiva, impide la creación de una inhibición adecuada.

Para que la mujer pueda tener una actividad bien dirigida, debe recibir una educación racional. Hay que suprimir las emociones negativas y demostrar que el parto es un acto fisiológico natural. Hay que crear emociones fuertemente positivas, mostrar el valor y el enriquecimiento que significa el nacimiento de un bebé. Es necesario crear un clima de absoluta confianza.

La mujer debe aprender a dar a luz como aprende a leer y escribir, y comprender el valor que tiene su participación activa y consciente en el alumbramiento. Es necesario que conozcan cuál es su papel durante el parto y demostrarles que éste es un proceso que pueden seguir, controlar y dirigir. Finalmente, por medio de la educación práctica, podrán crear mecanismos de defensa y adaptar su organismo al alumbramiento.

3.3. ¿Qué es el Método Psicoprofiláctico?

Para Vellay (1985), la psicoprofilaxis es una analgesia verbal que se basa en la educación racional de la embarazada y es fundamentalmente distinta de los demás métodos de analgesia obstétrica. Recurre a las palabras como agentes terapéuticos (segundo sistema de Pávlov). Se basa en el uso de los reflejos condicionados que estudió Pávlov y sus discípulos y que fueron aplicados a la obstetricia por algunos médicos rusos, como Velvoski y Nicolaiev.

Su propósito es el de equilibrar la corteza cerebral de la mujer embarazada, creando durante el embarazo cadenas complejas de reflejos condicionados que serán aplicables en el alumbramiento. La embarazada aprende a dar a luz como un niño aprende a leer o nadar.

Gracias a esta educación, las mujeres pierden la actitud pasiva durante el parto. Saben lo que va a suceder y aprenden a adaptarse y a controlar las modificaciones que ocurren en su organismo durante el alumbramiento.

Desde hace mucho tiempo, los médicos han aliviado el dolor del parto con anestecia, o diversos mecanismos. Cuatro han sido los modos de atacar el dolor:

- 1) Reducir la sensibilidad del útero.
- 2) Interrumpir la transmisión de las sensaciones dolorosas entre el útero y el cerebro (Epidural, caudal continua, infiltración de los ganglios o ner-

vios que interesan al útero).

- 3) Disminuir o suprimir la consciencia del dolor (escopolamina, etc.).
- 4) Actuar sobre los tres factores locales de transmisión de la sensación por medio de la anestesia total o parcial de la mujer (analgesia moderna por circuito cerrado).

Todos estos métodos fueron interesantes y útiles y han soportado la prueba del tiempo; pero el uso de medicamentos no carece de peligros tanto para la madre como para el bebé. Se necesitaba un método que tuviera en cuenta dos principios fundamentales:

- A) Falta de toxicidad para la madre y el bebé.
- B) Participación activa y completa de la mujer y su pareja, y del bebé que viven uno de los episodios más importantes de su vida.

El método psicoprofiláctico satisface ambas condiciones de una manera perfecta.

Desde que se inició el método psicoprofiláctico ha sufrido modificaciones tanto en las técnicas de su aplicación, así como en su denominación, siendo conocido actualmente como Psicoprofilaxis Obstétrica, atendiendo a los objetivos que persigue.

El concepto actual de psicoprofilaxis obstétrica es el de ser un método cuyo

objetivo fundamental es la educación. Educación a favor de la salud y bienestar físico y mental de la madre, el padre y el bebé. Esta educación va dirigida a diversas esferas: trata de hacer higiene mental, en el área Gineco-Obstetra, lo cual se logra, mediante la exposición de una serie de temas, que muestran los aspectos anatómicos y fisiológicos de los órganos reproductivos. Estos temas abarcan desde la concepción hasta el momento del parto, facilitando a la pareja una mejor interpretación de lo que mes con mes acontece con el desarrollo del bebé, de los cambios emocionales en la mujer, etc.; proceso tan importante de conocer para desterrar falsos conceptos, temores exagerados y ansiedades, que al deformar la realidad pueden llegar a incapacitar a la futura madre para el desempeño de sus funciones, repercutiendo en la buena evolución de su embarazo y parto.

La participación del padre es fundamental, ya que al recibir la orientación éste toma conciencia de su paternidad tempranamente, ya que participa junto con su pareja en todo lo que acontece desde los primeros meses del embarazo, hasta el final del mismo; va adquiriendo una educación, responsabilidad e identificación con su pareja y su futuro hijo.

Santibañez (1968), lo define como “método educativo que capacita a la pareja para participar positivamente en el proceso reproductivo” y su objetivo general es el de “lograr el bienestar físico y mental de la pareja durante el estado gravídico y puerperal”, alcance que va más allá del período del embarazo y del parto. Durante el puerperio la nueva madre debe adaptarse a una nueva

serie de relaciones interpersonales. Debe adquirir suficiencia y habilidad para cuidar física y psíquicamente al nuevo binomio esposo-hijo.

Los cambios emocionales en el postparto constituyen el síndrome normal del puerperio, caracterizado por falta de energía, fatiga, depresión, temores especialmente relacionados con el cuidado del bebé, preocupación por su estado físico, actitudes muy susceptibles hacia la pareja, etc.

La psicoprofilaxis tiene la labor de despejar todos aquellos conceptos acerca del embarazo "ideal", logra la integración del hombre en todo lo concerniente al embarazo, el parto y la educación de su futuro hijo, por lo que la familia se cohesionan.

En el método psicoprofiláctico se incluyen ejercicios físicos, destinados a mejorar el tono muscular, se dan ejercicios de respiración los cuales son de gran ayuda durante el trabajo de parto, y por último se da la relajación. Los ejercicios de respiración son esenciales durante el trabajo de parto, ya que dan una mayor oxigenación al bebé, lo cual activa un centro cortical en la madre, que le va ayudar a mantener una buena relajación. Se usan gran variedad de respiraciones, como son, la profunda, diafragmática, lenta, superficial, rápida y el jadeo. El papel que juega la respiración durante el parto es la analgésica, ya que las técnicas de respiración alteran la percepción del dolor, permitiéndole a la mujer experimentar contracciones con menor umbral de dolor. (Scott, 1976).

En el aspecto psicoterapéutico, el método psicoprofiláctico trata de cambiar las aptitudes en la mujer embarazada y en su pareja, acerca de los falsos conceptos y prejuicios que se dan en nuestra cultura acerca del embarazo y el parto, lo que hace posible que todos los mitos e ideas mágicas que imposibilitan el funcionamiento adecuado de este proceso, sean desechados, promoviendo la integración de la pareja en sus capacidades reproductivas y de nuevas adaptaciones.

3.4. Bases Biológicas y Psicosociales que sustentan la existencia del

Método de Psicoprofilaxis Obstétrica

La forma actual de conducir el parto incluye maniobras y administración de drogas que se aplican dogmáticamente en forma rutinaria desde hace años, sin haber realizado un análisis científico y objetivo de sus ventajas e inconvenientes (Caldeyro, 1979). Muchas de ellas se han introducido contemplando la conveniencia del Obstetra. Un claro ejemplo es la posición horizontal (posición supina) durante todo el trabajo de parto. Esta posición fue introducida por el partero francés Francois Mauriceau en el siglo XVII y tiene como única finalidad el tornar más cómodas la maniobras Gineco-Obstetras. También la sedación y analgesia Obstétricas usadas indiscriminadamente tiene como objetivo acortar la duración del parto, dejando de lado el papel tan importante que juega la mujer como madre participante junto con su pareja en el recibimiento del nuevo integrante de la familia.

Por lo tanto es importante una preparación Psicológica Profiláctica con el fin de interesar y preparar al grupo familiar.

El interés central de este método estriba en permitir la conducción fisiológica natural del parto, sin intervenciones innecesarias, con esto no se quiere negar que en algunos casos, estas intervenciones son indispensables; pero el objetivo de esta preparación es atender el funcionamiento biológico del embarazo y el parto, libres de aditamentos.

Mediante una apropiada educación y psicoprofilaxis, el temor al parto desaparece, siendo reemplazado por la sensación de felicidad que acompaña a la maternidad.

La grávida normal y la parturienta, no son consideradas como “pacientes” sino como “madres”, o sea mujeres sanas que tienen sus hijos. Estas mujeres tienen necesidades fisiológicas, psíquicas, afectivas y sociales que deben ser satisfechas adecuadamente. No se mira al parto como un procedimiento médico-quirúrgico, sino es considerado como un episodio fisiológico y natural de la vida, el cual representa una fuente de felicidad para la familia.

Estas son las bases biológicas y psicosociales que atiende el método y tratando de cubrir estas necesidades biopsicosociales, se apega al aspecto educativo de la pareja y del equipo médico con el cual interactúa ésta, apoyándose en los fundamentos teóricos que lo sustentan.

3.5. Sufrimiento Fetal por Anestesia

Este factor es considerado de importancia para hacer Profilaxis en la pareja, haciendo un intento para que el sufrimiento fetal no se dé en el momento del nacimiento del niño, contribuyendo con su participación aunada al equipo médico.

El sufrimiento fetal está determinado por las condiciones físicas inmediatas del recién nacido.

Los métodos escalares de Apgar y de Silverman son utilizados por los pediatras para poder integrar el diagnóstico de sufrimiento fetal y emitir un pronóstico del infante.

Estos procedimientos de valoración atienden a las características de vida en el niño (movimientos, tono muscular, coloración de la piel, presencia de meconio: materia fecal inhalada), y no a la función del Sistema nervioso Central, lo cual significa que su utilidad pronóstica es de orden mínimo, porque una calificación satisfactoria de 8-9 o seguir de 6-7, no representa necesariamente que el neonato se libere de presentar secuelas posteriormente, incluso parálisis cerebral (Díaz, 1974). También la calificación de Silverman queda considerada en este plano por el mismo autor, atribuyéndole mayor utilidad diagnóstica en comparación con el Apgar.

Sin embargo esta calificación es un indicador de la afectación que pueda tener

el niño al nacer, ya sea por la aplicación de barbitúricos o estrechez del canal de parto, o por la posición a la que ha sido expuesta la mujer en el momento del parto, ya que son las 48 horas posteriores a la ruptura de las membranas las que determinan que exista sufrimiento fetal, siendo las horas periféricas al parto un transcurso importante que va a ser momento decisivo en el futuro del niño.

Esto quiere decir que un neonato bien oxigenado en el momento de nacer, tiene mejor pronóstico que aquel que carece de dicha oxigenación, y esta va a depender de la asistencia adecuada del equipo médico y su intervención acertada en los casos necesarios.

3.6. Sufrimiento Fetal por Posición de la Madre durante el Parto

También la posición para el parto demuestra ser un factor determinante en el sufrimiento fetal. Las posiciones primitivas fueron: en cuclillas, de pie, colgadas de una persona o un objeto, para facilitar el transcurso del parto. Fue en Francia, como ya se mencionó anteriormente, en donde se empleó la posición acostada (decúbito drsal), para facilitar el ejercicio de las maniobras del médico, pero no en beneficio de la parturienta y del niño, sino atendiendo a la comodidad de los Obstetras, desde entonces se adquirió esta posición.

Las experiencias adquiridas por Méndez Daver (Méndez, 1976) en Chicago y Caldeyro-Barcia (Caldeyro, 1978) en Montevideo, demuestran que las embarazadas deber adquirir posiciones diferentes a las acostumbradas durante el período de dilatación y del trabajo de parto. La primera recomendación de estos autores es eliminar el decúbulo dorsal, para evitar el sufrimiento fetal que se puede ocasionar debido a la presión que ejerce el útero gravídico sobre los vasos pélvicos como son la arteria aorta y la vena cava, comprometiendo tanto la circulación arterial como la del retorno. La influencia de la gravedad facilita el parto y evita molestias dolorosas. Por esto se enfatiza en la posición de pie o en cuclillas.

Recientemente se están tratando de reimplantar las posiciones más favorables en pro del niño, tratando de evitar en lo posible el sufrimiento fetal que tiene consecuencias nefastas y en ocasiones irreversibles.

3.7. Importancia de la Vivencia del Parto

¿Son características de la conducta paterna, el vivenciar el embarazo y el parto como un gran acontecimiento?

Los estados de la conducta pueden ser específicos de la especie o características de la especie, debiendo ser estables y uniformes entre una especie particular y otra.

(Darrell, 1978) hizo un estudio comparativo de actitudes paternas espontáneas en un ambiente condicionado en donde registró por medio de video tape (gravaciones), las conductas paternas ante el nacimiento de su hijo. Encontró en un grupo donde la disposición paterna era de cooperatividad durante el embarazo y el parto (se les había preparado) en comparación con padres que experimentaron el cuidado rutinario de Hospitalización Obstétrica, que estas conductas sí son características de la especie.

El primer contacto físico madre-hijo del recién nacido, ha sido estudiado en diversas formas, denunciando que éste tiene alcances en el desarrollo emocional del niño. (Spitz, 1987) enfatiza la importancia de la estimulación temprana: contactos con el niño, acariciarlo, hablarle, tocarlo; encontrando mayor cociente de desarrollo psicomotor en niños mayormente estimulados que aquellos con menor estimulación en el primer año de su vida. Buena parte de nuestro desarrollo se basa en procesos de maduración, algunas actitudes

fundamentales del adulto como la afección, el temor y la agresión, maduran mediante pautas de experiencias sociales que normalmente tiene cada individuo con su madre o la figura primaria que funge como ésta, en las primeras etapas de su infancia. El niño aprende como actitud fundamental el enfoque positivo de que se puede afianzar a sus semejantes, confianza original que se puede convertir en desconfianza original teniendo serias consecuencias y merece un concepto especial de cuidado, porque es la responsable de su capacidad de identificación con un grupo y de relacionarse adecuadamente con él.

Según Darrell, estas conductas pueden estar determinadas culturalmente, más que ser características propias de los padres. La importancia de la relación Padre-hijo, actualmente es más acentuada que en el pasado, debido a que en el sistema familiar contemporáneo, los padres contribuyen en la planificación de los hijos, en el cuidado físico y primer contacto emocional del recién nacido, jugando un rol más activo dentro de la familia.

Sería interesante estudiar la importancia de la conducta en la relación Padre-hijo recién nacido en nuestro contexto cultural.

3.8. Dolor de Parto

Toda clase de emociones, incluidas las sensaciones dolorosas, estarán reflejadas en la corteza cerebral. Existen emociones de tono positivo y de tono negativo. Las emociones de tono positivo o agradables, posibilitan el buen funcionamiento de aparatos y sistemas. Las emociones de tono negativo, incapacitan este buen funcionamiento.

¿Cuál es el origen del dolor de parto?

Los aspectos neurológicos del dolor de parto, están bien establecidos por la existencia de receptores de la sensibilidad en el tracto vaginal, que son estimulados por distintos factores durante el trabajo de parto. Las vías del dolor uterino y de los órganos vecinos neurologicamente son las que determinan el aspecto especial del dolor de parto, que es un conjunto de reflejos escalonados a distintos niveles del Sistema Nervioso Central: Reflejos de axón intramurales (ritmo), del axón extramurales (vejiga y recto), medulares (contracciones musculares de las regiones correspondientes), reflejos bulvares (modificación del pulso y pupila), reflejos sub-corticales (modificaciones neurovegetativas y endocrinianas, con variaciones de acetilcolina, adrenalina e histamina). Toda esta interacción determina la intensidad del dolor, cuyo dominante es cortical y por este hecho, influenciado por la palabra.

El dolor del parto es considerado por Velvosi y Plamenov, como un dolor psi-

cógeno complejo, desarrollado con actividad nerviosa superior, modificada por el embarazo y desencadenada por la estimulación de los receptores genitales al sufrir cambios por este estado fisiológico de embarazo. Este produce modificaciones en la esfera endocriniana y neurovegetativa que repercuten en el Sistema Nervioso Central.

El dolor es una sensación caracterizada por fenómenos objetivos y subjetivos, alteración de la actividad nerviosa superior y modificación de las actividades del individuo.

El dolor en el parto se desencadena con la presencia de las contracciones uterinas (no quiero decir que la contracción provoca el dolor). La mujer ha vinculado las palabras dolor y contracción uterina, es una vinculación condicionada, y esta vinculación es reforzada por su ignorancia del fenómeno fisiológico del parto y por diferentes estados anímicos como el temor, la angustia, o por el conocimiento de experiencias anteriores traumáticas. Este desequilibrio cortical y los desarreglos funcionales forman un verdadero círculo vicioso y las percepciones internas que parten de él, son cada vez más violentas, y las sensaciones dolorosas más intensas.

La preparación de la mujer para el parto sin dolor es, en suma, reorganizar su actividad cortical, suprimiendo los reflejos condicionados dolorosos, creando reflejos condicionados útiles susceptibles de vincular la contracción uterina a una actividad positiva fuerte no dolorosa de la corteza cerebral, que inducirá negativamente al frenado de las percepciones internas.

3.9. La Palabra como Agente de Cambio

Gracias a la corteza cerebral tiene lugar la conjunción de todas las funciones en la reacción del organismo como un todo, lo cual asegura el equilibrio del mismo con el medio ambiente.

(Pavlov, 1967), al descubrir las leyes que rigen la actividad nerviosa superior en los animales superiores, supuso que la actividad nerviosa superior del hombre estaba sometida a las mismas leyes, sin embargo ésta posee un suplemento relacionado con la actividad laboriosa y social (se refiere a la función elocutiva) que introduce un nuevo principio en la actividad de los hemisferios cerebrales del hombre, y que constituye el 2o. Sistema de Señalización de la realidad, propio sólo del hombre. Combinándose diariamente en las condiciones de interrelación con el medio, con los diversos estímulos del primer Sistema de Señalización, la palabra a consecuencia de esto, es para el hombre un estímulo condicionado omnímodo, que constituye el fundamento de todo el complejo Sistema de Señalización Interhumana.

Los estímulos verbales representan una abstracción de la realidad y permiten la generalización, constituyendo las bases del pensamiento, facultad superior específica del hombre. La abstracción de la realidad, característica del 2o. Sistema de Señalización, se obtiene gracias a que la imagen de los objetos y las acciones, expresadas en palabras y conceptos, substituyen la acción concreta de aquellas sobre el organismo (Platonov, 1958).

Cobra importancia que a consecuencia de la combinación repetida de a estímulo verbal con otro del mismo género, se originen conexiones temporales muy complejas, que se estratifican en el transcurso de la experiencia vital del hombre.

El origen y desarrollo de las funciones elocutivas contribuyeron a la formación del lenguaje, que es uno de los factores fundamentales de la existencia del pensamiento, registra y consolida en palabras el trabajo del pensamiento y la labor cognoscitiva del hombre, haciéndose posible el intercambio de ideas en la sociedad humana.

Siendo la palabra, la unidad estructural fundamental del lenguaje, su fuerza como estímulo condicionado real reside en que actúa sobre los procesos de la actividad nerviosa superior del hombre, y ésta a su vez, está determinada por las condiciones sociales.

La valoración de la significación de la palabra como factor fisiológico importante, se ha llevado a cabo en investigaciones clínicas y de laboratorio. Estas han establecido que la palabra dista mucho de ser indiferente para el organismo humano, y que es capaz de provocar en condiciones determinadas, alteraciones diferentes dependiendo de la significación ideológica de la misma.

Además se ha hecho evidente que no sólo el contenido ideológico de la palabra sino también la entonación con que se pronuncia, provoca una reacción

equivalente a una reacción incondicionada (Platonov, 1958).

Tanto el 1er. Sistema de Señalización como el 2o., están regidos por las mismas leyes fisiológicas, que según los postulados de Pavlov, constituyen puntos de partida para explicar el mecanismo de acción de la palabra sobre el 2o. Sistema de Señalización y a través de éste, sobre el 1o. y las zonas subcorticales.

La acción de la palabra sobre factores psicogénicos, al tener estos un común denominador, el miedo, en la embarazada debilita el sentimiento de maternidad.

La acción equilibrada de la palabra sobre la corteza y subcorteza, trae consigo la transformación completa de los diversos reflejos escalonados, a distintos niveles del Sistema Nervioso Central ya mencionados, y ocasionados por estimulación de los genitales durante el embarazo y el parto.

El sistema de Psicoprofilaxis Obstétrica, al combatir las emociones de tono negativo, mediante la motivación, información y capacitación de la embarazada, hace profilaxis en las emociones negativas, sobre todo del miedo, contrarrestando el umbral de sensibilidad (no lo elimina).

Todos los anteriores aspectos teóricos constituyen la base de la educación para el parto, considerándose factores potenciales para continuar en el ejercicio de la Psicoprofilaxis Obstétrica.

3.10. Importancia de la Lactancia

El deseo de amamantar al hijo, la forma de hacerlo, el destete y la presencia o ausencia de leche en la mujer, tienen estrecha relación con la aceptación de la maternidad o el rechazo franco o encubierto hacia ésta.

Los Pediatras modernos con conocimientos psicológicos, dan reconocida importancia al proceso de amamantamiento al acrecentarse su interés en el hijo.

En la actualidad es un hecho demostrable que la actividad secretora de las glándulas lácteas varía por la acción de influencias psíquicas. El flujo de leche producido en una mujer tiene una fuente emotiva. La mayor parte de las dificultades en la lactancia son psicógenas (Deutsch, 1947).

Tanto la mujer salvaje como la civilizada llegan a resultados finales análogos, en sus dificultades hacia la lactancia a pesar de las diferentes culturas y sus distintos propósitos u objetivos para amamantar a sus hijos.

La influencia social dicta que la mujer al criar a los hijos, pierde belleza, libertad, comodidad, etc. (Malinowski, 1973), ésto le crea conflicto ante la necesidad de elegir una opción; privarse de una fuente de placer o estar cómoda, bella y tranquila. Pero al parecer la mujer cuando elige la segunda opción, se libera de dicho conflicto.

Hace tiempo el Psicoanálisis ha intentado estudiar cómo fue el período de lactancia en los individuos normales y en los patológicos, y se ha demostrado claramente la importancia del trauma del destete y su relación con las neurosis y psicosis, siendo su aportación extraída de un rico material clínico (Malinowski, 1973).

3.11. Desarrollo actual en el Instituto Mexicano del Seguro Social

El método psicoprofiláctico en la clínica 60 del IMSS se implementó hace aproximadamente dos años, no como método en sí, sino como un apoyo que se les da durante el desarrollo del embarazo.

El método consiste en dos platicas una sobre el desarrollo fisiológico del embarazo y la otra sobre nutrición durante el embarazo. Las primera platica la da un médico general y la segunda ya sea una trabajadora social o una nutrióloga. Estas platicas se dan cada quince días y siempre son las mismas. Lo anterior además está apoyado con ejercicios psicoprofilácticos, que también se dan cada quince días.

Al asistir la paciente a su visita mensual con su médico, éste la invita a una consulta con la enfermera de cuidado prenatal, y ésta a su vez la invita a las platicas y ejercicios que se imparten dentro de la clínica.

Sin embargo, no hay una secuencia en éste método debido a que hay una gran afluencia de pacientes, y cada platica o ejercicios hay pacientes nuevas y en ocasiones a punto de dar a luz.

La clínica no tiene un espacio específico para este tipo de trabajos, ya que donde se imparte el curso es un salón en donde se dan platicas de muy diver-

esos temas, por lo que el salón está amueblado con bancas con paleta, las cuales para una mujer embarazada son muy incómodas, por lo que la falta de comodidad influye de manera importante en la concentración de la plática.

En las sesiones en que se imparten los ejercicios, se trata de acoplar dicho salón quitando todas las bancas para poder trabajar en el piso, sin embargo, debido a que hay una sobre población el espacio no es suficiente para que trabajen perfectamente, lo que provoca una gran incomodidad y que algunas mujeres no hagan los ejercicios, por lo tanto no los aprenden.

Durante las sesiones de ejercicios que se dan cada quince días, la enfermera que los imparte les habla acerca de lo que es el embarazo, cuáles son los músculos que se utilizan durante el trabajo de parto, de los cuidados nutricionales, de la comunicación y cuidados que deben tener con el bebé, las motiva a realizar trabajos manuales para el futuro bebé, etc.

El grupo de psicoprofilaxis también es apoyado por el voluntariado, las cuales enseñan a las pacientes los cuidados básicos para el bebé.

Existe un gran interés por parte de la dirección de educación médica en ayudar y mejorar el curso. Están consientes de las carencias dentro del Instituto, así como la necesidad de ampliar el programa de pláticas para las mujeres embarazadas, pero lo más importante es que saben que la mujer embarazada es un paciente, un ser humano que merece respeto y atención y no sólo es un número de afiliación más.

3.12. Desarrollo Actual en un Hospital Privado

Actualmente el método psicoprofiláctico se compone de una serie de ejercicios y pláticas para los futuros padres.

Los ejercicios que se enseñan son para mejorar la elasticidad de los músculos de la pelvis, entre pierna, brazo, etc. Músculos que se utilizan en el momento del parto. Estos ejercicios se hacen al inicio de cada una de las sesiones. Hay una gran participación de la pareja, ya que él al igual que la mujer embarazada realiza los ejercicios o ayuda a su pareja a realizarlos. Así también se les enseña técnicas de masaje, relajación y respiración; con el fin de que en el momento de dar a luz, la pareja pueda ayudar a relajar o a dar masaje en el momento necesario.

Posteriormente se da una plática del programa de psicoprofilaxis a la pareja, con duración aproximada de hora y media, en la cual se expone el tema y se pide que participen las parejas, por lo que hay una gran retroalimentación. Las pláticas son apoyadas con videos, esquemas o maniqués.

El program de psicoprofilaxis obstétrica dura 15 sesiones, aproximadamente tres meses y medio, ya que las sesiones son semanales con duración de dos horas.

PROGRAMA DE INSTRUCCION EN PSICOPROFILAXIS

PARTE I

INTRODUCCION

- 1.- ¿Qué es Psicoprofilaxis?
- 2.- Miedos y cambios.
- 3.- Nutrición. Cuidados de uno mismo y la pareja.
- 4.- Dolor, placer y sexualidad.

PARTE II

EL NACIMIENTO

- 5.- Parto Normal. ¿En qué consiste?
- 6.- ¿Es esto normal? Complicaciones.
- 7.- Alternativas de atención al Parto Natural.
- 8.- Planear tu parto.
- 9.- Prevención de Cesárea.

PARTE III

EL BEBE

- 10.- Necesidades del Bebé.
- 11.- Vinculación con el Bebé.
- 12.- Crisis postparto.
- 13.- Lactancia. Problemas y soluciones.

PARTE IV

FINAL

- 14.- Repaso general.
- 15.- Despedida. Dinámica de Evaluación.

CAPITULO 4

METODOLOGIA

4.1. Planteamiento del Problema

¿Existen diferencias en el nivel de ansiedad de las mujeres primigestas que asisten al curso de psicoprofilaxis obstétrica en un hospital privado y en el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social)?

4.2. Hipótesis

H.1 Existen diferencias en el nivel de ansiedad de las mujeres primigestas que asisten al curso de psicoprofilaxis obstétrica en un hospital privado y en el IMSS.

H.o No existen diferencias en el nivel de ansiedad de las mujeres primigestas que asisten al curso de psicoprofilaxis obstétrica en una institución privada y en el IMSS.

4.3. Objetivos

Objetivo General: Determinar si existen diferencias en el nivel de ansiedad de las mujeres primigestas que asisten a un curso de psicoprofilaxis obstétrica en un hospital privado y en el IMSS.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Objetivos Específicos:

4.3.1. Determinar el nivel de ansiedad en un grupo de mujeres primigestas que asisten al curso de psicoprofiláxis obstétrica en un hospital privado.

4.3.2. Determinar el nivel de ansiedad en un grupo de mujeres primigestas que asisten al curso de psicoprofiláxis obstétrica en el IMSS.

4.3.3. Comparar los niveles de ansiedad de ambos grupos.

4.4. Población y Muestra

Población: mujeres primigestas que acuden a cursos de psicoprofiláxis obstétrica en un hospital privado y en el IMSS.

Muestra: se seleccionan dos grupos de embarazadas. Las sujetos deben tener las siguientes características: ser primigestas y estar cursando actualmente el segundo y tercer trimestre de embarazo y su edad oscilando entre los 20 y 30 años.

Un grupo se toma de una institución privada y el otro de la clínica 60 del IMSS.

4.5. Obtención de Datos

El inventario de Ansiedad Rasgo - Estado (IDARE), está constituida por dos escalas separadas de autoevaluación, que se utilizan para medir dimensiones distintas de la ansiedad:

a) Ansiedad - Rasgo (A-Rasgo)

Esta escala consiste de veinte afirmaciones. Se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad. Se le pide al sujeto que conteste cómo se siente generalmente.

b) Ansiedad - Estado (A-Estado)

Esta escala también consiste de veinte afirmaciones, pero aquí se le pide al sujeto que conteste cómo se siente en un momento dado. La A-Estado es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.

La confiabilidad del IDARE se basa en la aplicación a más de 3000 estudiantes universitarios y de bachillerato, en su última revisión. Además se han obtenido datos normativos de más de 600 pacientes neuropsiquiátricos y médicos, y aproximadamente de 200 reclusos jóvenes.

El IDARE es un instrumento útil y versátil para la medición, tanto de la an

siedad rasgo como de la ansiedad estado y su contenido, su validez de construcción y concurrente se compran favorablemente con otras pruebas de ansiedad publicadas.

La validez en la construcción del IDARE es satisfactoria, ya que se requirió que los reactivos individuales llevarán los criterios de validez prescritos, para la ansiedad rasgo y la ansiedad estado, en cada una de las etapas del proceso de construcción del inventario a fin de poder ser conservados para la evaluación y validación.

4.6. Tipo de Investigación

El tipo de investigación es un estudio de campo, ya que se estudia a un determinado grupo de personas en su ambiente natural. En este caso se estudió al grupo de mujeres primigestas que asisten al curso de psicoprofilaxis obstétrica en el IMSS y en institución privada.

4.7. Nivel de Investigación

El nivel de la investigación es de tipo confirmatorio y explicativo, ya que se trata de conocer más a fondo el fenómeno, basado en el marco teórico y en estudios exploratorios previos. En este tipo de investigación se rechaza o acepta una hipótesis y se llega a conclusiones generales.

4.8. Diseño de la Investigación

El diseño de la Investigación es Pre-Experimental.

4.9. Procedimiento

Se presentó ante las autoridades de enseñanza médica del IMSS el anteproyecto de tesis, con el fin de que se autorizará la aplicación del test IDARE a pacientes embarazadas que asistieran al curso de psicoprofiláxis obstétrica dentro de la clínica No. 60.

Después de haber cumplido con todos los requisitos que el IMSS solicitó, se autorizó la aplicación grupal de tests IDARE, así como la observación a las sesiones del curso.

Se realizó la aplicación de test en forma grupal a 27 mujeres embarazadas. De esas 27 aplicaciones se descartaron 7, debido a que no cumplían con las variables establecidas como son: mujeres primigestas entre 20 y 30 años, que estén cursando el último trimestre del embarazo. Finalmente el grupo experimental quedó con 20 primigestas.

Para el segundo grupo, se asistió a la institución privada, se pidió la autorización de la instructora del curso de psicoprofiláxis obstétrica para aplicar el test IDARE, a las mujeres que cumplieran con los requisitos antes mencionados. Se autorizó y se aplicó el test en forma grupal a 15 mujeres.

4.10. Análisis Estadístico

Consiste en un conteo del número de casos (primigestas) de cada categoría, en este estudio las categorías son los dos trimestres. Posteriormente se toma en cuenta los tamaños relativos de unos casos respecto a otras. Finalmente para tipificar los grupos de primigestas se utiliza la medida de tendencia que se denomina media geométrica expresada por:

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i}{n}$$

donde \sum = Suma

x_i = Valor de cada caso

n = Número de casos

En otras palabras la media geométrica representa el promedio del tamaño, medida o cantidad que se está analizando.

CAPITULO 5

RESULTADOS

5.1. Presentación de Resultados

Para investigar la influencia del método psicoprofiláctico en el nivel de ansiedad que sienten las mujeres primigestas durante su embarazo, se midió la ansiedad en dos grupos diferentes; uno en la clínica 60 del IMSS y el otro en una institución particular.

La aplicación del método psicoprofiláctico en cada grupo es diferente, y la descripción de cada procedimiento se explicó en el capítulo 3.

El método de medición de la ansiedad consiste en la aplicación del test IDARE a cada uno de los grupos seleccionados.

El grupo del IMSS, consta de 20 primigestas, nueve de las cuales estaban en el segundo trimestre de gestación y las otras once en el tercer trimestre.

El grupo de la institución particular, se forma de 15 primigestas, 10 de ellas en su segundo trimestre de gestación y las 5 restantes en el tercero. El resumen de los datos obtenidos de la aplicación del test se muestra en la tabla 1, en donde se relaciona para cada primigesta (individuo), la institución a la que pertenece, su trimestre de gestación y su respectivo nivel de ansiedad, estado y rasgo.

Por separado se analiza los resultados de cada grupo, para ello se presenta:

la distribución de ansiedades por individuo en cada uno de los trimestres y la distribución de las ansiedades por trimestre.

a) Grupo IMSS

Este grupo se formó con 20 primigestas, 9 de las cuales están en el segundo trimestre y las 11 restantes en el tercer trimestre de embarazo.

La distribución de la ansiedad para cada uno de los trimestres se muestra en las figuras 1 y 2, respectivamente. Mientras que en la figura 1 del segundo trimestre, se aprecia que la ansiedad estado (SXE) y rasgo (SXR) tiende a distribuirse con la misma tendencia respecto a la ansiedad media; en cambio la distribución de dichas ansiedades en el tercer trimestre, tienden a separarse entre sí; la ansiedad estado tiende a ser mayor respecto a la media, en contraste la ansiedad rasgo tiende a ser menor respecto a la media.

Lo anterior también puede notarse cuando se gráfica el valor de la media aritmética de las distribuciones (figura 3). En esta figura se representan los promedios de cada una de las distribuciones de ansiedad, de esta manera se ve que los promedios casi son iguales en el segundo trimestre y diferentes durante el tercer trimestre; **es decir la ansiedad estado es mayor que la ansiedad rasgo.**

b) Grupo Institución Privada

Este grupo se constituyó de 15 primigestas, 10 de las cuales cursaban el segundo trimestre de gestación y las otras 5, el tercero.

Al igual, que el grupo, anterior se presentan las distribuciones de ansiedad por primigestas para cada trimestre. Se observa, en la figura 4, que la ansiedad estado (SXE) y rasgo (SXR), tienden hacia la misma distribución, esto es no aprecia una diferencia significativa. Lo mismo sucede en la distribución del tercer trimestre que se presenta en la figura 5.

Al representar los promedios de las distribuciones (figura 6), se aprecia mejor las características descritas anteriormente.

Notese como para el segundo trimestre, las promedios de las ansiedades estado (SXE) y rasgo (SXR) son practicamente iguales; también en el tercer trimestre casi no hay diferencia entre las ansiedades.

Al comparar entre los dos grupos se nota que:

- 1) En los dos grupos y durante el segundo trimestre, casi no se incrementa la ansiedad estado respecto a la ansiedad rasgo.
- 2) Durante el tercer trimestre y en los dos grupos, hay un incremento de la

ansiedad estado respecto a la ansiedad rasgo,

3) El decremento de la ansiedad rasgo durante el tercer trimestre es más significativo en el grupo del IMSS, respecto al segundo,

4) En general los niveles de ansiedad estado y rasgo caen dentro del rango de valores correspondientes a una ansiedad media,

5) Durante el tercer trimestre la ansiedad estado es mayor en la institución privada que en el IMSS.

De todo lo anterior, se puede concluir que se cumple la hipótesis H_1 ; es decir, existen diferencias en los niveles de ansiedad de las mujeres primigestas que asisten a los cursos de psicoprofilaxis en una institución privada y en el IMSS.

Tabla 1.- Resultados del test de ansiedad IDARE

Individuo	Institución	Trimestre	Ansiedad-Estado (SXE)	Ansiedad-Rasgo (SXR)
1			50	39
2			51	42
3			36	35
4			56	53
5	IMSS	SEGUNDO	55	62
6			60	49
7			48	44
8			26	50
9			57	53
10			42	43
11			40	41
12			50	41
13			50	35
14			47	37
15	IMSS	TERCERO	61	49
16			48	35
17			57	45
18			47	44
19			57	37
20			46	37
21			50	62
22			56	51
23			54	50
24			51	49
25	PARTICULAR	SEGUNDO	44	40
26			52	57
27			26	34
28			61	62
29			39	40
30			63	51
31			56	48
32			31	40
33	PARTICULAR	TERCERO	62	65
34			46	48
35			64	45

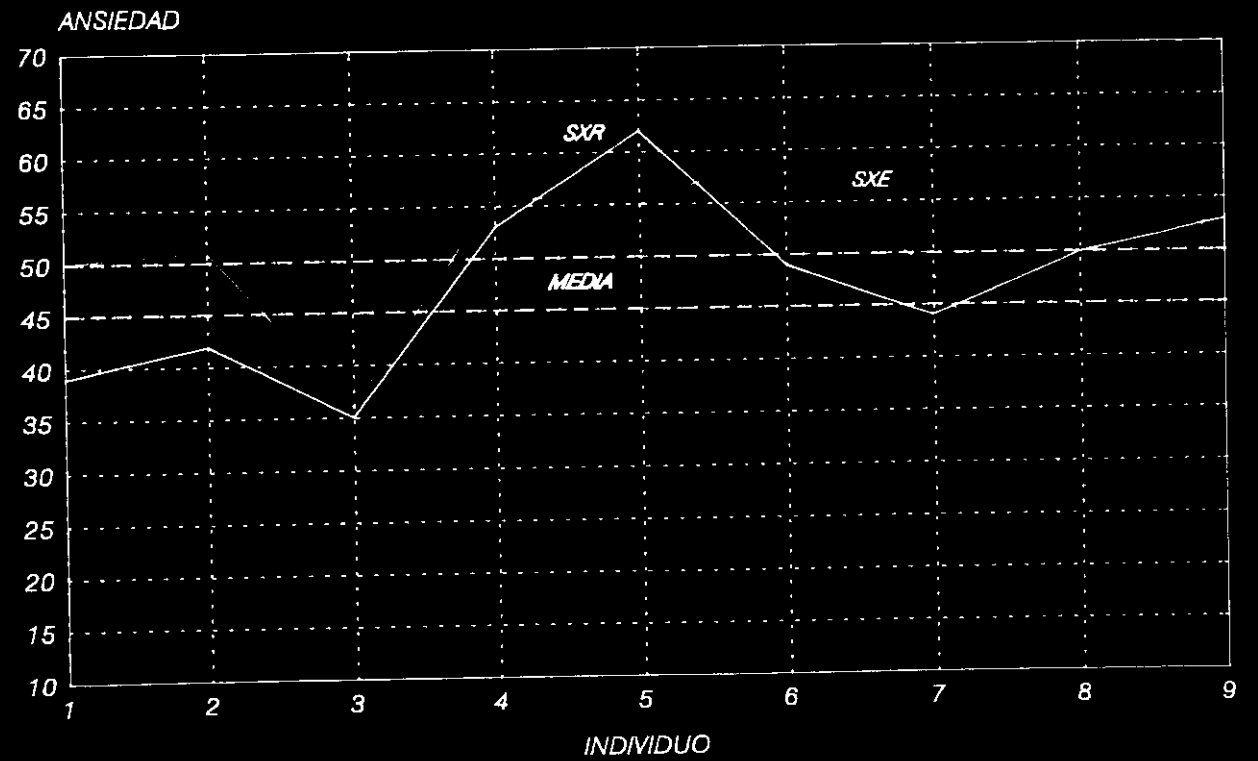


Figura 1.- Ansiedad en el IMSS (Segundo Trimestre)
SXE= Ansiedad Estado
SXR= Ansiedad Rasgo

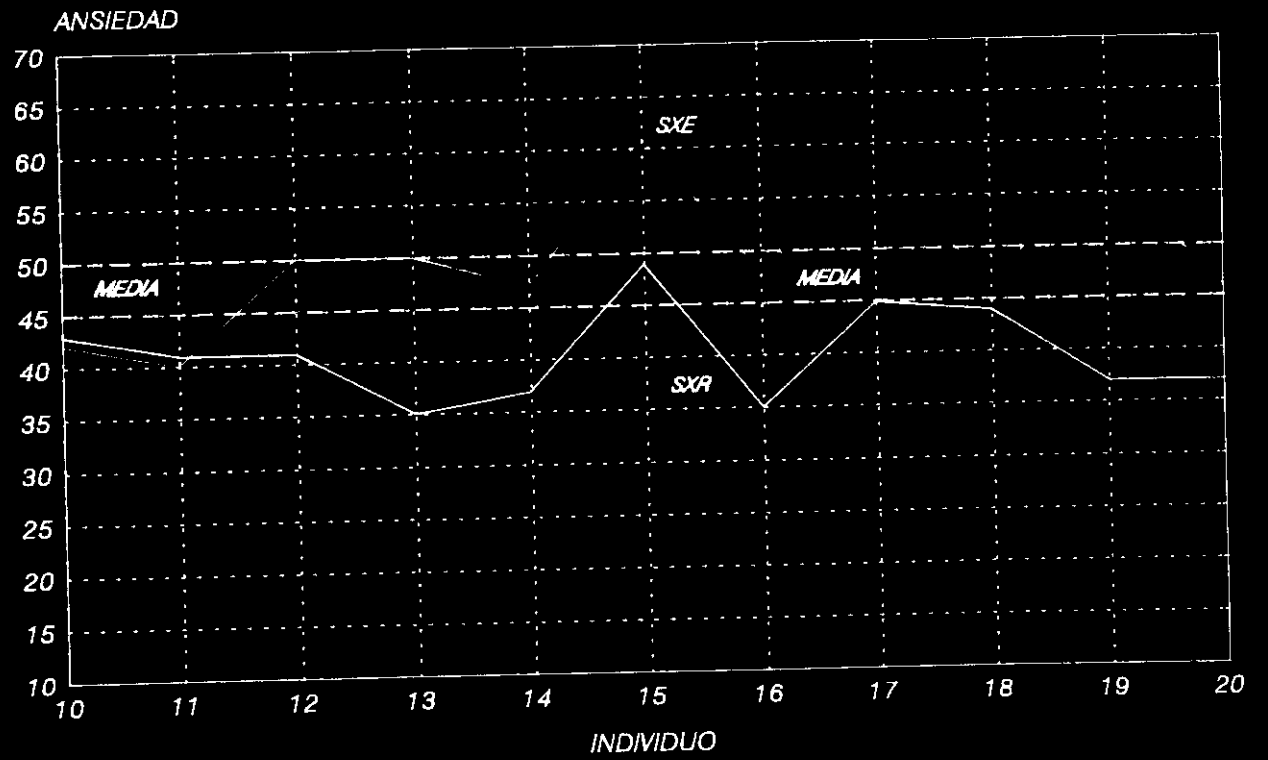


Figura 2.- Ansiedad en el IMSS (Tercer Trimestre)
SXE= Ansiedad Estado
SXR= Ansiedad Rasgo

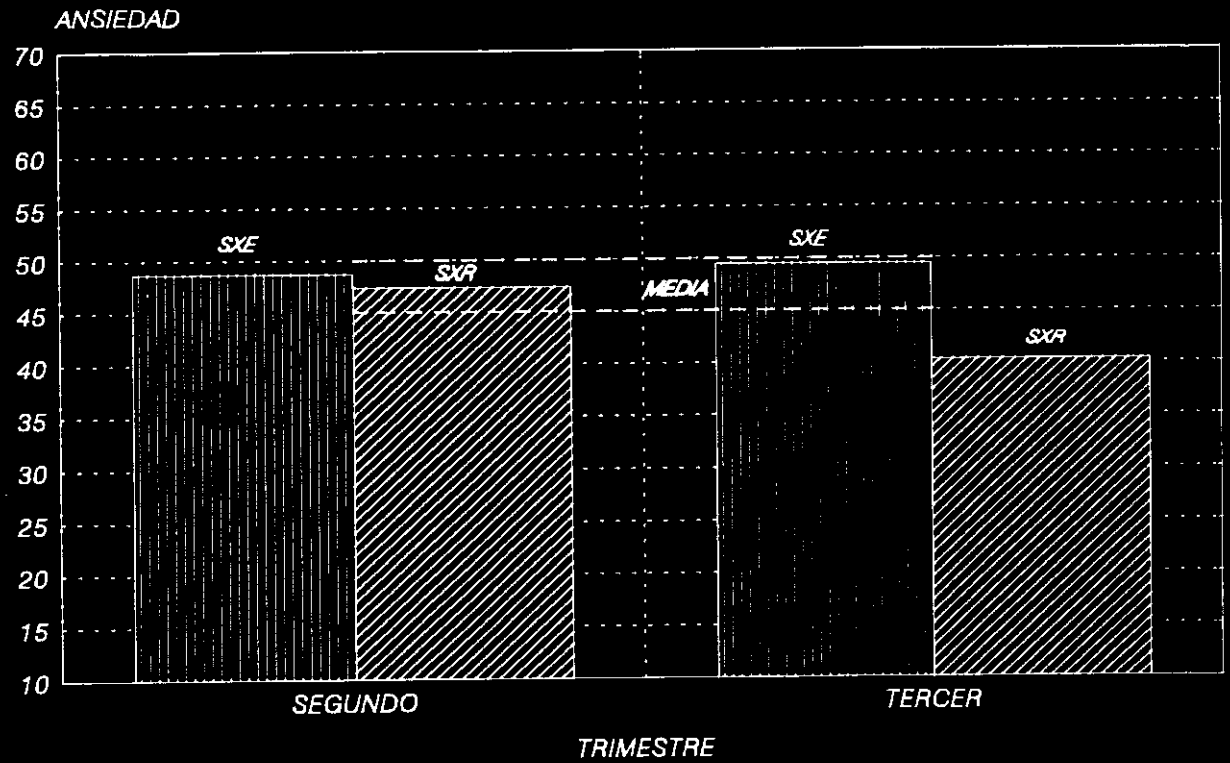


Figura 3.- Promedios de ansiedad por trimestre (IMSS)

SXE= Ansiedad Estado

SXR= Ansiedad Rasgo

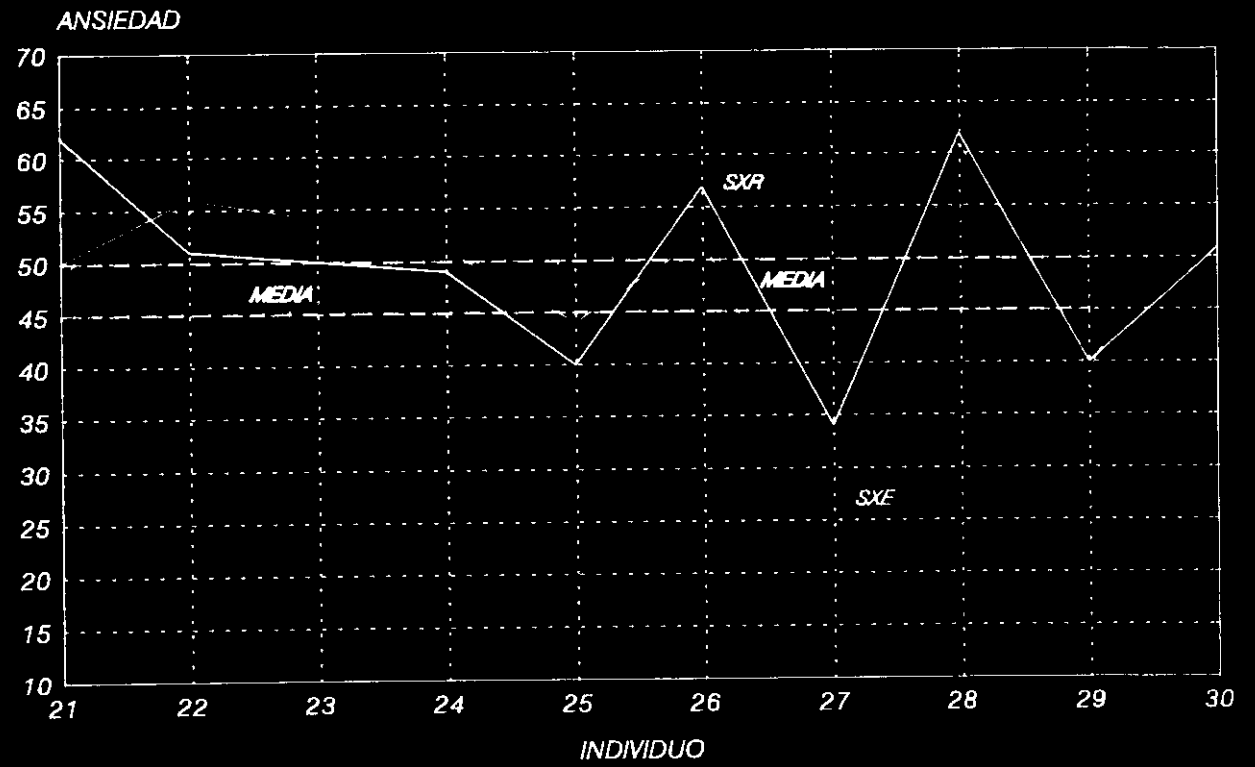


Figura 4.- Ansiedad en Institución Privada (Segundo Trimestre)

SXE= Ansiedad Estado

SXR= Ansiedad Rasgo

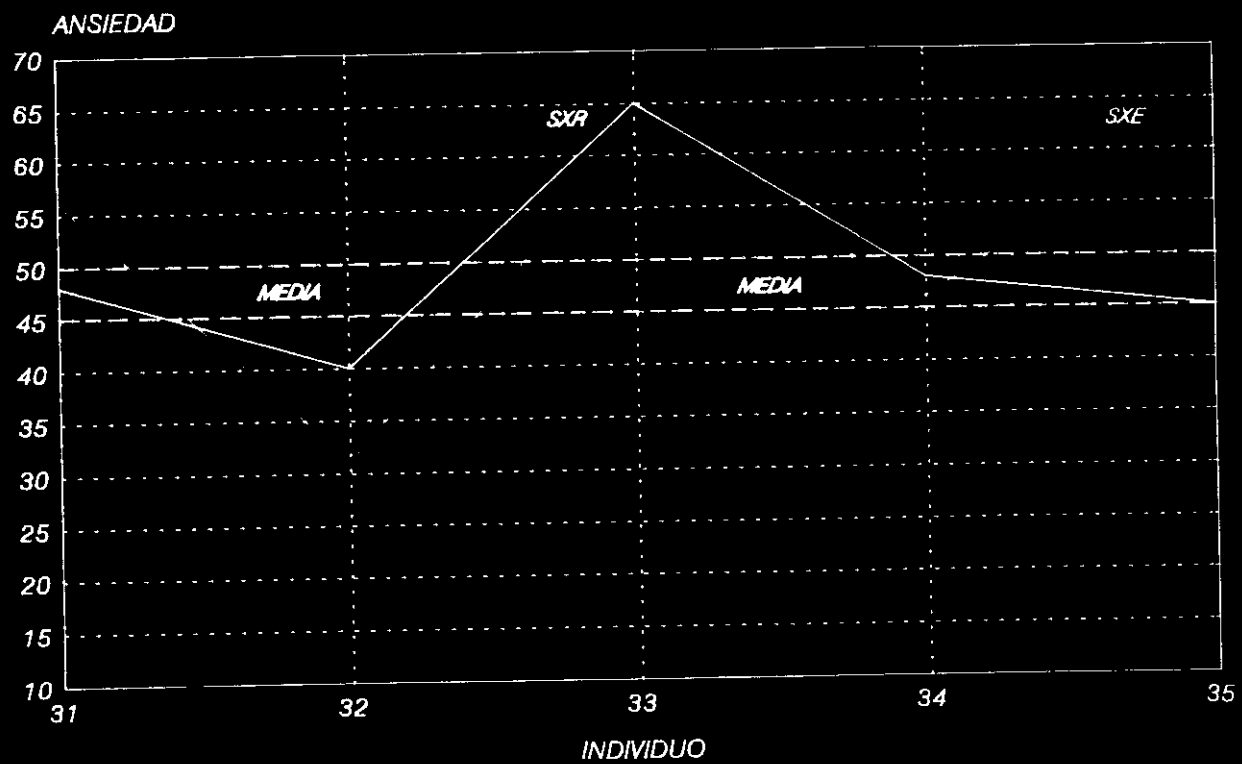


Figura 5.- Ansiedad en Institución Privada (Tercer Trimestre)
SXE= Ansiedad Estado
SXR= Ansiedad Rasgo

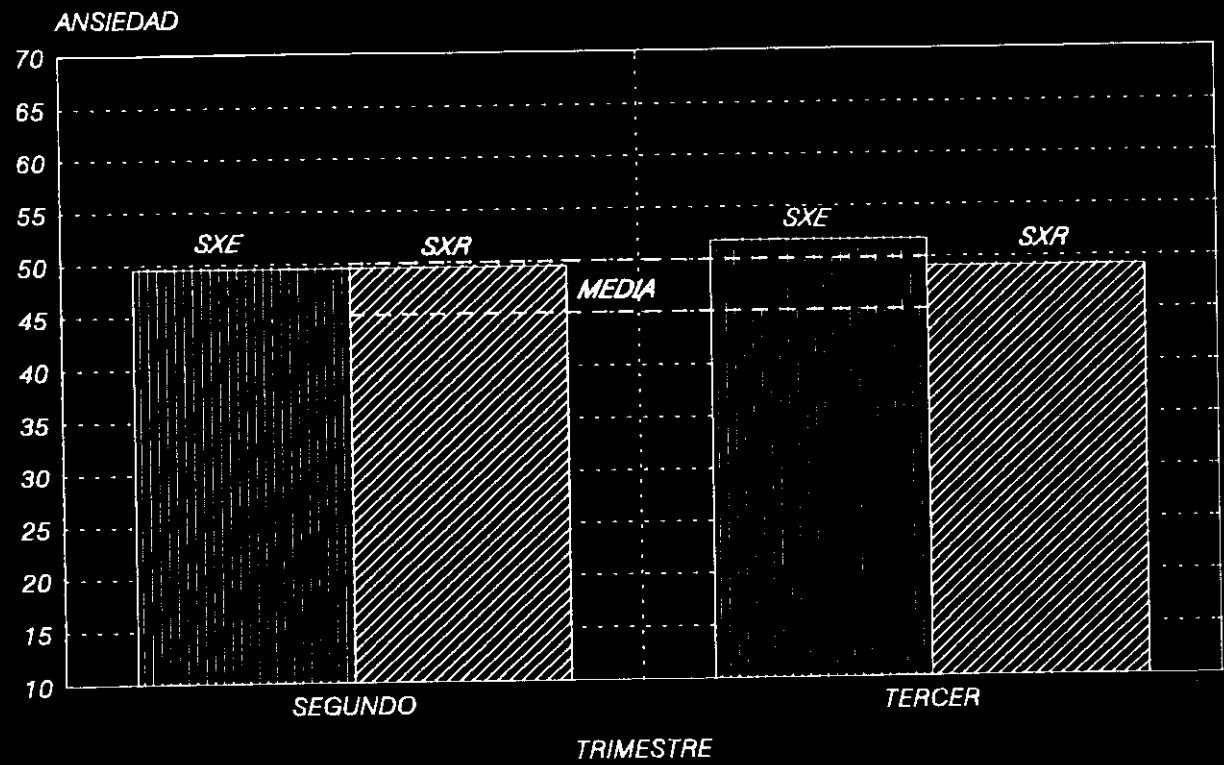


Figura 6.- Promedios de ansiedad por trimestre (Institución Privada)

SXE= Ansiedad Estado

SXR= Ansiedad Rasgo

5.2. Discusión de Resultados

Se encontró en los resultados del test IDARE aplicado en el IMSS que la ansiedad-estado (SXE) se eleva de manera poco significativa del segundo al tercer trimestre de embarazo. Los resultados de la SXE caen dentro de la media, siendo para el segundo trimestre de 48.7 y para el tercero de 49.5.

Lo anterior puede deberse a que la información que se da durante el curso de psicoprofilaxis obstétrica no sea lo suficientemente profunda e impactante en este periodo, por lo que el nivel de ansiedad-estado solamente se eleva un poco. Este nivel de ansiedad se da por los acontecimientos que se dan en este periodo, ya que es mucho más consciente el próximo nacimiento del bebé. Hay una gran sensación de responsabilidad, ya que el hijo puede representar su realización plena como mujer o puede ser el lazo afectivo hacia su pareja. (Deutsch, 1947).

Sin embargo, los resultados obtenidos en la ansiedad-rasgo (SXR) incluírlos bajaron considerablemente del segundo al tercer trimestre, debido tal vez a que toda la atención está enfocada al próximo acontecimiento que es el parto, por lo que la SXR, que representa el cómo se siente generalmente la primigesta, baja. Hay que recordar que en este periodo de embarazo la mujer entra en un estado de regresión, hay un gran contacto emocional entre el bebé y ella, y en el tercer trimestre se acentúa (Freud, 1948). Por lo que la existencia del mundo externo es poco importante.

Lo anterior habla de que la SXE aumenta ligeramente del segundo al tercer trimestre, saliendo de la media aritmética. Lo cual significa que las mujeres primigestas en el tercer trimestre de embarazo tienen un nivel de ansiedad estado arriba de lo normal, debido tal vez a que durante el curso de psicoprofilaxis obstétrica la información recibida fue tan impactante que la ansiedad normal por el embarazo se aumenta. La información que se da a nivel privado provoca que las fantasías y miedos que tiene la primigestas con respecto al embarazo, parto y bebé, se aumentan.

Otra causa por la cual la ansiedad puede elevarse durante el último trimestre es debido a que hay diversas sensaciones extrañas y en donde la mujer está consciente de que algo raro está pasando, lo cual asusta y desconcierta. Estas sensaciones se deben al acomodamiento que tiene el bebé en posición correcta para nacer, en contracciones frecuentes debido a la cercanía del parto, y el no saber en qué momento se puede iniciar el trabajo de parto, cuánto va a doler o molestar, etc. Se despiertan las fantasías de un parto prematuro, de poder perder al bebé o morir durante el parto. (Soifer, 1977).

Al comparar los resultados obtenidos en ambas instituciones, se observa que la ansiedad-estado es mayor en la institución privada, lo cual es significativo. También se observa que la ansiedad-rasgo en ambas instituciones baja, lo cual comprueba las diversas teorías acerca de la introversión y regresión que se dan durante el embarazo.

Todo lo anterior da como consecuencia que la hipótesis H1 sea aceptada, la cual dice que “si existen diferencias en el nivel de ansiedad de las mujeres primigestas que asisten al curso de psicoprofilaxis obstétrica en un hospital privado y en el IMSS”.

C O N C L U S I O N E S

L I M I T A C I O N E S Y S U G E R E N C I A S

CONCLUSIONES

1.- El método psicoprofiláctico a nivel de institución pública mantiene más o menos estable el nivel de ansiedad-estado, aumentando un poco durante el tercer trimestre, pero debido más bien al miedo y fantasías que representa el embarazo, parto y bebé, las cuales son normales durante este periodo.

2.- El método psicoprofiláctico a nivel privado ayuda a subir el nivel de ansiedad durante el tercer trimestre de embarazo, debido a la angustia que existe del saber lo que va a pasar durante el embarazo y el parto.

3.- El método psicoprofiláctico no baja el nivel de ansiedad-estado, sino que lo aumenta, sin embargo baja el nivel de ansiedad-rasgo.

4.- La ansiedad producida por el embarazo se puede incrementar al obtener la información acerca del mismo.

5.- El método psicoprofiláctico ayuda a la mujer y a su pareja a conocerse y a relacionarse de mejor forma, pero no ayuda para quitar miedos y fantasías por lo que el enfoque del método va dirigido más a la participación activa

de la pareja ante el embarazo y menos a la problemática emocional que representa el embarazo para ambos.

6.- Las pequeñas manualidades que se realizan para el bebé, dentro del curso de psicoprofilaxis obstétrica en el IMSS, parece ser que sirven como distractor para mantener la ansiedad-estado en un nivel dentro de la media.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

El tamaño de la muestra limita los resultados de esta investigación, así mismo, cabe añadir que no pertenecen al mismo nivel cultural.

En el IMSS la población es flotante, por lo tanto no hay un seguimiento adecuado ya que asisten en forma irregular.

Los temas tocados en ambas instituciones difieren, al igual que las actividades, lo cual constituye otro limitante.

Es conveniente que el programa que lleva el IMSS sea complementado e incluya la participación de la pareja.

En estudios posteriores se controlen las siguientes variables: escolaridad, nivel socioeconómico, mujeres con pareja o sin ella, tiempo de haber participado en el curso.

En estudios posteriores tomar una población mayor para que los resultados sean aún más confiables.

La aplicación del test antes de iniciar el curso y posteriormente terminado el mismo hacer un retest, para así observar el incremento o decremento de la ansiedad durante el curso.

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

BIBLIOGRAFIA

ARCHUNDIA, Blanca Nivel de ansiedad en una muestra de 40 mujeres embarazadas, bajo influencias de dos métodos de preparación para el parto; Tesis UNAM, 1981.

CALDEYRO, B.G. (1979) Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal; Publicación Científica, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano de Montevideo; No. 858.

CATELL, R. B. Handbook for the IPAT Anxiety Scale; Inst for Pers. and All Testing, 1957

DARRELL, L. (1978) Birth and The Family. Importancia de la Vivencia del Parto; Journal Birth; No. 3 (Vol. 5).

DEUTSCH, Helen La Psicología de la Mujer Ed. Losada; Buenos Aires, 1947.

DIAZ DEL CASTILLO, Ernesto Avances en Perinatología; Ed. Francisco Méndez Oteo; México, 1974.

- DIEL, Paul El Miedo y la Angustia; Ed. Fondo de Cultura Económica; México, 1966.
- FENICHEL, Otto Teoría Psiconalítica de las neurosis; Ed. Paidós; México, 1987.
- FREUD, Sigmund Algunas consecuencias psicológicas de la diferencia anatómica de sexo obras completas, vol. XIV; Ed. Biblioteca Nueva; Madrid, 1948.
- FREUD, S. Inhibición, Síntoma y Angustia; Obras Completas Tomo III, Ed. Biblioteca Nueva; Madrid, 1973.
- Hall, C; LINDZEY, G. La Teoría Psicoanalítica de la personalidad; Ed. Paidós; México, 1984.
- HORNEY, Karen La personalidad neurótica de nuestro tiempo; Ed. Paidós; México, 1986
- HUGHER, M. J. (1978) Maternal and fetal outcome of Lamaze prepared parents; Obstetric Gynecology; No. 6 (Vol. 51); 643.

- KIELHOLZ, P. Angustia: aspectos psíquicos y somáticos; Ed. Morata; Madrid, 1976.
- LEONARD, R. F. Evaluation of selection tendencies of patients preferring prepared childbirth; Obstet Gynecology; 1973.
- MALINOWSKI, B. Sex and represión in a savage society; Obras Completas, Tomo III; Ed. Biblioteca Nueva; Madrid, 1973.
- MARTIN, B. (1961) The Assessment of anxiety by physiological behavioral measures; Psychology, Bull; No. 58; 234-255.
- MENDEZ, BAUEN C. (1976) Influence of Maternal Position in Moving and duration of labor; Journal Perinatal Medicine; No. 3 (Vol. 89).
- NICOLAIEU, P. A. El Parto sin Dolor; Ed. Cártago; Buenos Aires, 1957.
- PAVLOV, I. P. Reflejos Condicionados e Inhibiciones; Ed. Península, Barcelona, 1967.
- PICK, S. Cómo investigar en ciencias sociales; Ed. Trillas; México, 1990.

- PLATONOV, K. La palabra como factor fisiológico y terapéutico; Ed. en Lenguas Extranjeras, 29 Edición; Moscú, 1958.
- SANTIBAÑEZ, G. (1977) La psicoprofilaxis en el curso del trabajo de parto frente a las técnicas de analgesia medicamentosa; Boletín Oficial de la Sociedad Internacional de Psicoprofilaxis Obstétrica; No. 20 (Vol. 8); 20-80.
- SANTIBAÑEZ, G. Experiencia Clínica en el Método Psicoprofiláctico en clientela privada en México; Gineco Obstétrica; México, 1968.
- SCHWANTZ, R. (1978) Efectos de la posición vertical materna sobre la evolución del parto; Clin. Investigación Gineco Obstétrica; Barcelona; 101.
- SCOTT, James (1976) Effect of Psychoprophylaxis (Lamaze preparation); The New England Journal of Medicine No. 22 (Vol. 294); 1205-1207.
- SOIFER, Raquel Psicología del Compartimiento del embarazo, parto y puerperio; Ed. Kargieman; Buenos Aires, 1977.
- SOLOMON, P; Y VERNON, P. Manual de Psiquiatría Ed. Manual Moderno; México, 1976.

- SPIELBERGER, Charles Tensión y Ansiedad; Ed. Harla; México, 1980
- SPIELBERGER, C.; DIAZ GUERRERO, R. IDARE. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado; Ed. Manual Moderno; México, 1975.
- SPITZ, R. El Primer año de Vida; Ed. Fondo de Cultura Económica; México, 1987.
- SULLIVAN, H. El Nuevo Psicoanálisis; Ed. Fondo de Cultura Económica; México, 1966.
- THOMPSON, Clara El Psicoanálisis; Ed. Fondo de Cultura Económica; México, 1955.
- VELLAY, Pierre, Parto sin Dolor, Método Psicoprofiláctico, Ed. Azteca; México, 1985.
- VELLAY, P. (1968) Evolución, situación perspectiva del método psicoprofiláctico; Bol. of Sociedad Internacional Psicoprofilaxis Obstétrica; No. 33 (Vol. 8).
- WOLMAN, Benjamín Teorías y Sistemas Contemporáneos en Psicología; Ed. Martínez Roca; Barcelona, 1981.

WRIGHT, E. Parto Psicoprofiláctico; Ed. Pax México; México, 1989.

ZUCHERMAN, M. (1966) Comparison of Stress effects of perceptual and Social Solution; Archivo General de Psiquiatría; (Vol. 14); 356-365.