



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**“EL NIVEL DE ANSIEDAD EN UNA MUESTRA DE 40
MUJERES EMBARAZADAS, BAJO LA INFLUENCIA DE
DOS METODOS DE PREPARACION PARA EL PARTO”**

T E S I S

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a :

BLANCA ARMINDA ARCHUNDIA SANCHEZ

M-0034269



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.

A mis padres:

M. RINA SANCHEZ DE ARCHUNDIA
AMADOR ARCHUNDIA LIMA

*Mi mayor agradecimiento por todo lo bueno que me han enseñado
y por lo mucho que han significado para mí como ejemplo a seguir.*

Con el amor de siempre para TI OMAR:

*Por el tiempo, apoyo y esfuerzo que hemos compartido juntos,--
haciendo votos porque siempre sea así.*

A mis hermanos:

*RALL, por tu cariño
TERESA, por tu confianza
ELOINA, por ser mi mejor amiga
RUBEN, por tu valioso apoyo*

A mis sobrinos:

ISRAEL

IVÁN

DIANA

Porque el mañana sea un despertar de ilusiones.

Al LIC. CELSO SERRA PADILLI, por su valiosa asesoría en la realización de este trabajo.

A todas las personas que en alguna forma contribuyeron en esta tarea.

A LOS MIEMBROS DEL JURADO



SIGNIFICADO

La mujer "3-Pedennal" está adornada por la "Serpiente Emplumada" que según el Dr. Caso (†) se puede interpretar precisamente como símbolo de realeza y que, en interpretación libre, podemos señalar que, dado que en todas las culturas antiguas y actuales, la serpiente se identifica con la medicina, en este caso pudiera significar: "La acción médica protegiendo al parto para evitar daño a la recién nacida".

(†) Caso, Alfonso: "Reyes y reinos de la Mixteca". Fondo de Cultura Económica, México, 1977. pp. 11-39.

I N D I C E

CAPITULO 1

INTRODUCCION.....	2
-------------------	---

CAPITULO 2

MARCO TEORICO

2.1 Aspectos Teoricos de la Psicoprofilaxis Obstétrica.....	6
2.1.1. Antecedentes Históricos de la Psicoprofilaxis Obstétrica.....	6
2.1.2 Concepto de Anestesia en Obstetricia..	9
2.1.3 Investigaciones del Método Psicoprofilaxis Obstétrica en relación a la Aplicación de Anestesia.....	10
2.1.4 Investigaciones del Método Psicoprofilaxis Obstétrica en relación a la Ansiedad.....	11
2.1.5 Concepto Actual de Psicoprofilaxis Obstétrica.....	13
Breve Historia de la Obstetricia en México.	
2.1.6 Factores Emocionales en las Actitudes de las Mujeres Embarazadas.....	21
Factores Fisiológicos que intervienen en el Estado de Embarazo; Importancia de la Lactancia.	

2.1.7	Bases Biológicas y Psicosociales que sustentan la Existencia del Método -- Psicoprofilaxis Obstétrica.....	30
	El Término Psicósomático; Influencias Culturales sobre el Proceso Reproductivo; Sufrimiento Fetal por Anestesia; por Posición de la Madre durante el Parto; Importancia de la Vivencia del Parto; Condicionamiento Pavloviano;.. Concepto de Emoción; Dolor de Parto;-- La palabra como Agente de Cambio.....	
2.1.8	Aplicación y Evaluación del Método -- Psicoprofilaxis Obstétrica en México y en otros Países.....	44
	Antecedentes del Método Psicoprofiláctico en México.....	46
2.2	Aspectos Teóricos de la Psicoterapia.....	48
2.2.1	Antecedentes de la Psicoterapia.....	49
2.2.2	Definición de Psicoterapia.....	50
2.2.3	Contribución Freudiana a la Psicoterapia.....	
2.2.4	Contribuciones no Freudianas a la Psicoterapia.....	52
2.2.5	Diferentes Enfoques y Formas de Psicoterapia.....	53
2.2.6	Clasificación de la Psicoterapia..... Terapia de Apoyo; Terapia de Insight (Tabla II)	59
2.2.7	Definición de las Técnicas Aplicadas en la Psicoterapia.....	62
2.3	Aspectos Teóricos de la Ansiedad.....	64
2.3.1	Antecedentes Históricos.....	65
2.3.2	Problemas de Definición de Ansiedad..	66

Consideraciones Etimológicas de la <u>A</u> nsiedad; Diferencias y Semejanzas entre <u>A</u> nsiedad y <u>A</u> ngustia; Diferenciación -- entre <u>A</u> nsiedad y las Conductas <u>D</u> efensivas o de Solución a la <u>A</u> nsiedad; <u>D</u> efinición de <u>A</u> nsiedad Utilizada en la <u>P</u> resente Investigación; Teoría de la <u>A</u> nsiedad de Spielberger.....	73
2.3.3. Diferentes Técnicas de Medición de la <u>A</u> nsiedad; Instrumento de Medición Utilizado en el Presente Estudio; <u>C</u> onfiabilidad y <u>V</u> alidez del Método; <u>C</u> orrelación del Método con otros Instrumentos de <u>M</u> edición de la <u>A</u> nsiedad.	
2.3.4 Estudios sobre la <u>A</u> nsiedad con el <u>I</u> nventario IDRE en México.....	81

CAPITULO 3

METODO

3.1 Planteamiento del Problema.....	83
3.1.1 Objetivo.....	83
3.1.2 Sujetos.....	84
3.2 Variables que se Controlaron.....	84
3.2.1 Variables Independientes.....	84
3.2.2 Variables de Investigación (Variables Dependientes).....	85
3.3. Procedimiento.....	85
3.4 Métodos de Preparación: Psicoprofilaxis Obstétrica; Terapia de Apoyo (Cuadros 1 y 2).....	86
3.5 Formulación de las Hipótesis.....	89
3.6 Tratamiento de los Datos; Tratamiento Estadístico.....	91

CAPITULO 4

RESULTADOS

4.1 Cuadros Ilustrativos de los Resultados.....	95
4.2 Descripción de los Cuadros.....	107
4.3 Análisis de los Resultados.....	107
4.4 Discusión.....	110
4.5 Conclusiones.....	113
4.6 Limitaciones.....	114
4.7 Sugerencias.....	115

CAPITULO 5

APORTACIONES PERSONALES.....	117
BIBLIOGRAFIA.....	123

CAPITULO 1
INTRODUCCION

En una época en la cual la Obstetricia conviene en centrar su interés en la familia en la que tanto las mujeres como su pareja deciden tener un rol más activo en el proceso reproductivo, es importante evaluar científicamente el valor de las nuevas técnicas empleadas para contribuir al logro de este propósito.

La Psicoprofilaxis Obstétrica como corriente educativa se enfoca principalmente a proporcionar experiencias satisfactorias durante el embarazo y el parto. La educación de la mujer y su pareja reducen la ansiedad, debida ésta a la falta de conocimiento acerca de estos procesos. Esta preparación previene técnicas de respiración y de relajación para reducir y controlar el dolor y la incomodidad, fomentando la participación de la pareja para que ambos interactúen en la experiencia de ser padres.

La Terapia de Apoyo como medida terapéutica para auxiliar a la pareja en su proceso reproductivo, también actúa como agente facilitador del desvanecimiento de los estados ansiosos de la mujer haciendo uso de la palabra como agente de cambio.

Durante mi colaboración dentro del Instituto Nacional de Perinatología (INPer-DIF) mucho me llamó la atención el que dos métodos de preparación para la mujer embarazada se emplearan en forma complementaria dentro de esta institución con el mismo objetivo: Orientar, informar y apoyar a la mujer para el logro de un adecuado desarrollo tanto emocional y físico de su embarazo, así como proporcionante los requerimientos mínimos de conocimiento para aplicarlos en su proceso de parto.

En atención al estado psicológico de la embarazada, los métodos de preparación se aloca además de los componentes educativo y físico, a dar atención al estado emocional de la mujer, preparando para reducir la ansiedad.

Para poder decir que los métodos intervienen en el nivel de ansiedad del embarazo, cabe señalar que existen en la literatura evidencias de que el embarazo en sí mismo, es un estado en la mujer que renueva emociones generando ansiedad, ésta surge ante el miedo a lo desconocido, ante una situación que implica riesgo o se vive como amenazante (DELUCCI, 1945) "el miedo y el dolor --

vencidos por el esfuerzo consciente, permiten que la mujer experimente seguridad y autoconfianza, que es la base para la tarea de ser madre" (BARBERO, 1977).

Siendo de fundamental importancia un adecuado manejo del estado emocional de la mujer durante su embarazo, debido a que la presencia de ansiedad en este período es un predictor de efectos perinatales no deseables y consecuencias nefastas consideré importante establecer cómo los métodos antes descritos pueden auxiliar a la mujer embarazada en el manejo de la ansiedad durante su gestación, tomando en cuenta que esto permite ampliar el campo de la participación del Psicólogo en la Gineco-Obstetricia, promoviendo con su intervención el desarrollo de la mujer en su contexto personal, familiar y social.

Esta investigación tuvo por objeto analizar la influencia de dos técnicas: La Psicoprofilaxis Obstétrica y la Terapia de Apoyo, que intervienen en la preparación de la mujer embarazada y relacionarlas con el nivel de ansiedad de la misma.

La población estudiada son 40 mujeres, de las cuales se formaron dos grupos con 20 mujeres, cada uno bajo la influencia de los dos métodos ya mencionados.

Se aplicó el inventario de ansiedad Rasgo-Estado ID:RE a todas las mujeres entre los meses 4-6 de gestación antes de ingresar a la preparación por los métodos, siendo administrado un retest a los 8 meses de embarazo.

El análisis de los datos se efectuó a través de t de Student para encontrar las diferencias del test-retest encontrando diferencias significativas en direcciones opuestas: La Psicoprofilaxis Obstétrica aumentó la ansiedad de las mujeres y la Terapia de Apoyo la disminuyó. Para conocer si estas diferencias persistían en las mujeres tomando en cuenta su paridad se subdividieron los grupos en multigestas y primigestas, encontrando que no hubo diferencias en los grupos, solo las multigestas bajo Terapia de apoyo disminuyeron significativamente la ansiedad.

Se utilizó el análisis de varianza ANOVA para detectar las diferencias entre los grupos y entre los métodos, no encontrando diferencias entre los métodos pero sí entre los grupos de mujeres.

En el Capítulo 2 se hace una revisión teórica de los dos métodos utilizados en la preparación de las mujeres, analizando - sus bases y fundamentos por los cuales la Obstetricia y la Psicología conviene en hacer uso de su aplicación.

También se revisan los métodos de medición del estado s mociional ansioso y las técnicas aplicadas para dar solución a la ansiedad bajo diferentes enfoques y perspectivas de quienes las - practican. Se hace mención de las investigaciones realizadas en - otros países y las llevadas a cabo en México sobre este tema.

El Capítulo 3 menciona el planteamiento del problema, el escenario, la población estudiada, las variables y su control, y - el procedimiento empleado en general.

En el Capítulo 4 se muestran los resultados y las conclu siones a las que se llegaron con el presente estudio.

CAPITULO 2
MARCO TEORICO

2.1.- ASPECTOS TEORICOS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA

En la literatura encontramos diferentes métodos de preparación para el parto, cada uno con diferentes nomenclaturas y enfoques, distinguiéndose también en algunas ocasiones por los objetivos que pretenden alcanzar cada uno en su aplicación. La meta inicial del método se abocó exclusivamente a la preparación de la mujer para el proceso de parto, contemplando el efecto anestésico que esta preparación ejerce sobre dicho mecanismo.

Este principio se fué desarrollando progresivamente hasta alcanzar en su evolución el concepto de ser un método educativo.

Es necesario dar a conocer algunos factores de la fundamentación y desarrollo del método como punto de referencia para la ubicación del presente estudio.

2.1.1.- ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA

El método tiene sus orígenes en Rusia en el año de 1920, por los médicos Platonov, Velvoski y Nicolaiev (VELVOSKI, 1963) y de aquí se derivan modificaciones de la técnica en Francia y en Estados Unidos, siendo extendido su reconocimiento de manera internacional.

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 proporcionarlo a todas las mujeres en condiciones normales para tener un parto sin dolor.

Es impresionante el número de folletos, revistas y libros publicados con el tema "Embarazo y nacimiento" que indican el incremento de interés en las técnicas de enseñanza a los futu

nos padres y la existencia de organismos y sesiones grupales es establecidos para este propósito.

El Doctor Leon Chentok norteamericano practicante de medicina psicosomática (WATSON, 1975) hace una revisión exhaustiva de los métodos, indicando que son esencialmente tres, a se ben en orden cronológico:

1.- Sugestión hipnótica.

Describiendo a la hipnosis como "una manera particular de la forma exagerada e intensiva de la relación psicoterapéutica". Así parece haber un consenso de que la sugestión hipnótica es un elemento esencial en el parto natural y en el método psicoprofiláctico. (VELVOSKI, 1963) un psiquiatra ruso, hablando de esto en 1949, lo llamó el método "Psicoterapéutico de analgesia obstétrica". Basándose en Chentok L., fué en 1950 que Nicolaiev sugirió en lugar de ese nombre el término Psicoprofilaxis que hoy conocemos, cambiando el énfasis del tratamiento en prevención. Por el tiempo y la energía requeridos de los médicos ocupados en la instrucción y atención al parto, esta técnica ha sido restringida e impráctica en su uso.

2.- Parto Natural.

Método que fué el resultado de la "intuición fructifera" (READ, 1949) venida de la observación de muchos partos hecha por este médico británico que se cuestionó porque algunas mujeres no experimentaban dolor en el parto.

Los principios y técnicas de esta preparación se deben al gineco-obstetra Grantly Dick Read, quien elaboró su hipótesis misdo-tensión-dolor y desarrolló las bases que se designaron a asistir a la parturienta atendiendo a la anatomía y fisiología del parto, en base a ejercicios físicos, de respiración y técnicas de relajación que son el contenido de este método. Sus teorías fueron desdeñadas por miembros de la profesión obstétrica, pero aceptadas por el público.

Chertok examina el aspecto de relajación de esta técnica y sus efectos sobre la actividad o pasividad requeridas por la embarazada en el momento del parto, encontrando algunas contraindicaciones en su aplicación.

3.º El Método Psicoprofiláctico.

Se inicia en Rusia por el neuropsiquiatra Velvoustki que se enfocó en el miedo (temor) y ansiedad al dolor producido en el parto reconociendo su significado para rescatar la posibilidad producir analgesia a través de la sugestión verbal. Basado en la teoría del reflejo condicionado de Pavlov, el método Psicoprofiláctico se extendió más rápidamente en los Estados Unidos. (Thoms, 1954) después de haberse introducido primero en la Francia por el doctor Fernand Lamaze (LMAZE, 1952) en la mitad de los años cincuentas. El libro de Karmel, M. "Thank your Dr. Lamaze" popularizó el método psicoprofiláctico como "Parto sin dolor".

Estos tres métodos se asemejan en sus objetivos y sus procedimientos más que en consideraciones teóricas. Sus diferencias están marcadas en los ejercicios de relajación, de respiración y físicos en el campo de la fisioterapia.

Existen tres factores comunes en los métodos de preparación: el factor educativo (Cognoscitivo), el fisioterapéutico y el psicoterapéutico. (3)

Se han difundido enormemente las ventajas o desventajas objetivas y subjetivas para la madre y para el hijo de estos métodos tanto para la madre como para el hijo y aun hay contraindicaciones en los puntos de vista para su aplicación. Dentro de los beneficios considerados se mencionan: menor duración del trabajo de parto, menor necesidad de intervención quirúrgica, menor necesidad de anestesia al parto, menor pérdida sanguínea, menor incidencia de laceraciones del canal del parto, menor incidencia de hipertensión, menor incidencia de prematuridad, mayor "satisfacción materna", "mejores neonatos", "neonatos más felices" y "madres más contentas" con menor convalecencia al tener neo-

(3) Ver clasificación de los tres factores comunes en los métodos. en las pags 45 y 46

natos menos deprimidos al nacer y con mortalidad perinatal menor (DAVENPORT, 1974) (HUGLEY, 1978) y (SCOTT, 1976).

Mientras que hay hallazgos que no han encontrado estos resultados o difieren en cuanto a estas ventajas, otros investigadores señalan que es el tipo de mujer que selecciona el método quien posee las características apropiadas para una maternidad más favorable y por consiguiente estos beneficios son debidos a un mayor control del embarazo y no resultantes del método en sí mismo (LEONARD, 1973) y que es más importante la personalidad de la mujer que se inclina por la preparación para determinar sus efectos de la misma (DAVIS, 1962) concluyendo que la que la preparación no influye en las complicaciones obstétricas.

2.1.2.- CONCEPTO DE ANESTESIA EN OBSTETRICIA

El primer recurso que se tuvo a la mano para enfrentar la supresión del dolor del parto fué la utilización de los anes-tésicos generales, para efectuar la terapéutica del dolor al fi-nal del parto, Simpson en 1847, empleó el cloroformo y Snow en 1853 también lo utilizó. A principios de este siglo se inició - el empleo de la morfina y la escopolamina, obteniendo un sueño crepuscular durante el parto (SANTIBÁÑEZ, 1979).

El conocimiento profundo de la anatomía, la fisiología y la patología del dolor en general y la del dolor obstétrico en particular, han sido desde entonces a la actualidad, los requeri-mientos para las investigaciones sobre la acción de los analgési-cos y narcóticos en el curso del parto y el comportamiento del -feto antes y después del mismo.

Los anestésicos generales sin excepción deprimen el -sistema nervioso de la madre y por consiguiente afectan al feto al atravesar la placenta (SANTIBÁÑEZ, 1979).

2.1.3- INVESTIGACIONES DEL METODO PSICOPROFILAXIS OBSTETRICIA EN RELACION A LA APLICACION DE ANESTESIA

En cuanto a las bondades del método Psicoprofilaxis Obstétrica en relación al uso de analgesia y anestesia, (GAZTANO, -- 1979) (CHARLES, 1978) y (ZIX, 1975) encontraron bajos niveles de aplicación de barbitúricos tanto en mujeres multíparas como en primíparas, habiendo estrecha relación entre la preparación de las mujeres mediante el método niveles bajos de dolor, altos niveles de placer durante el parto; y estos beneficios psicológicos no disminuyeron cuando se controlaron la paridad (Número de embarazos), estrato socioeconómico y cuatro características psicológicas y actitudinales de las madres.

Los anestésicos regionales han sido mas aceptados por sus beneficios reportados como anestesia y sus efectos casi nulos sobre el recién nacido, aunque cabe mencionar el índice de hipertensión materna hasta de un 75% según reportes de (PEREZ, 1972).

La aplicación de anestésicos debe cubrir los requerimientos mínimos de inocuidad tanto para la madre como para el hijo, -- siendo apoyado por diversos autores que su uso esté disponible según las circunstancias específicas que lo requieren, cuidando de no interferir con la fisiología normal del parto, dado que además de los efectos colaterales ya mencionados, es causa frecuente de recién nacidos con calificación de Apgar bajo (*) e interviene negativamente en la relación temprana entre madre e hijo (CALDEYRO, 1979) y (FLORES, 1961). Estos autores sustentan que la educación, el entrenamiento y psicoprofilaxis de la madre futura y su pareja, son facilitadores para desvanecer o desaparecer totalmente el miedo, el temor y la ansiedad durante el embarazo y el parto, que permiten a la mujer vivenciar este proceso como un episodio fisiológico y natural de la vida, que representa una fuente de felicidad para ella y su familia eliminando así en la mujer la sensación de "enfermedad", de ser "paciente" o tener que ser sometida a un procedimiento médico-quirúrgico, en el cual se administran drogas y se realizan maniobras a veces innecesarias.

(*) Ver definiciones en la página 14

Al respecto (RODRIGUEZ, 1974) y (FERNANDEZ, 1975) difieren en cuanto a que consideran que el método Psicoprofiláctico no es una panacea, dado que la hiperventilación tan exagerada a que recurren sus aplicadores causen posiblemente daños en el feto, -- que pueden ser permanentes y en la madre, que pueden ser transitorios. Al igual que los anteriores autores, éstos sugieren cantidades moderadas de anestésicos y tranquilizantes bajo estricto control y manejo eficiente con las máximas seguridades tanto para la madre como para el niño.

Sin embargo, en un estudio hecho por James Scott y Col. determinó que el vigor materno de hiperventilación durante el parto, no disminuye el nivel de oxígeno del niño fisiológicamente hablando y por lo tanto no arriesga al feto, indicando que la técnica de Psicoprofilaxis Obstétrica no es dañina para la diada madre-hijo (SCOTT, 1976).

2.1.4.- INVESTIGACIONES DEL METODO PSICOPROFILIXIS OBSTETRICA EN RELACION A LA ANSIEDAD

Pocas investigaciones aluden a la relación del método psicoprofiláctico con la ansiedad. (ZIX, 1975) midió la ansiedad a los siete meses de embarazo, aplicando un retest a los ocho meses de preñez después de la preparación por la técnica, sin encontrar datos que apoyen la reducción de la ansiedad. La escala de ansiedad (IPAT) fue utilizada en este estudio para medir este estado emocional.

Existen evidencias de que la ansiedad influye en forma directa en la presencia de anomalías obstétricas en el embarazo (GORSUCH, 1974) y que a mayor nivel de ansiedad durante éste, -- mayor es el número de complicaciones en su transcurso y en el parto de la mujer que tiene niveles altos de ansiedad (DAVIDS, 1961) y (NUCKOLLS, 1972) .

Otros hallazgos sugieren (JONES, 1978) que no hay relación entre los factores psicológicos o sociales, ansiedad o características de personalidad de la mujer embarazada con las compli-

caciones obstétricas, encontrando que el stress psicosocial y las actitudes maternas tienen pocos efectos sobre la duración del parto, peso del recién nacido, duración de la gestación, complicaciones prenatales, intraparto y postparto (HIGHT, 1980).

(NUCKOLLS, 1972) y (JONES, 1978) encontraron que "los cambios de vida" denominando así a (ausencia o ruptura con un ser querido, cambios en la forma de vida, de casa, de trabajo, en las finanzas, etc) sí son predictores potenciales de complicaciones obstétricas en el transcurso del embarazo y en el proceso del parto. (ST NOLLEY, 1979) encontró relación estrecha entre la ansiedad de la madre y los efectos indeseables en el niño, siendo que a mayor ansiedad de la madre, el infante presentaba inmadurez motora o neurológica. No así en la madre, quien prácticamente no alcanzó los niveles de significancia entre ansiedad y complicaciones obstétricas. También (NEWTON, 1979) denota relación entre la presencia de stress y número de cambios de vida en la madre con el nacimiento de niños prematuros. Aunque los estudios de Newton se le han reputado en cuanto a su metodología empleada en este estudio, indicando que la incidencia del 37% de partos prematuros encontrada en su investigación es baja (LUMLEY, 1979) y (CREED, 1979).

Newton da respuesta a estos autores apoyando su hipótesis de que los partos prematuros sí son precipitados por los eventos de la vida y el stress, en que excluyó de su muestra experimental a los partos inducidos, cesáreas, embarazos múltiples, y a aquellas mujeres cuya complicación obstétrica objetiva pudiera causar un parto prematuro, por lo tanto el 37% de relación obtenido por este autor, no es bajo.

2.1.5.- CONCEPTO ACTUAL DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA

Para poder comprender con mayor claridad la definición de este concepto, se hace necesario conocer el significado de las siguientes connotaciones:

EMBRAZO - Período comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el momento del parto. Sinónimo - Gestación.

PARTO - Conjunto de fenómenos fisiológicos que conducen a la salida del claustro materno de un feto viable y sus anexos: líquido amniótico, placenta y membranas.

FETO - Producto de la concepción desde el finar de tercer mes hasta el parto. En los primeros tres meses de la fecundación, al huevo que empieza a sufrir modificaciones se le denomina embrión, este deja de llamarse así al cuarto mes de embarazo.

DOLOR - Estado de consciencia que posee un alto tono afectivo de tipo desagradable y a veces intolerable que se acompaña de una serie de fenómenos cuya finalidad es remover o evadir la causa que origina dicha sensación, estos son de índole protectora para el organismo. En Obstetricia, el dolor es sinónimo de las contracciones uterinas durante el parto, transmitidas al cerebro por los nervios sensitivos.

ALUMBRAMIENTO - Expulsión de la placenta y membranas después del parto

PUERPERIO - Período que transcurre desde el parto hasta que los órganos genitales y el estado general de la mujer vuelven al estado ordinario anterior a la gestación.

GINECOLOGIA - Rama de la Medicina que trata las enfermedades propias de la mujer y todo lo relacionado con los órganos genitales femeninos y su funcionamiento conductual en general.

OBSTETRICIA - Rama de la Medicina que trata de la gestación, parto y puerperio. Sinónimo - Tocología.

PEDIATRIA - Estudio de las enfermedades de la infancia y su tratamiento. Atiende al estudio integral del niño en su desarrollo, evolución y crecimiento

INDICE DE AFGAR - Sistema de valoración numérico usado en Pediatría, que describe el estado del recién nacido al minuto y a los cinco minutos después del parto. Un índice de cero indica que el niño está gravemente afectado, en cuanto mayor es el índice -- hasta un máximo de diez, mejores son las condiciones del infante.

INDICE DE SILVERMAN - Sistema de valoración de las condiciones fisiológicas del recién nacido usado en Pediatría.

PERINATOLOGIA - Es el estudio del período en torno al nacimiento y poco después de este, todo lo relacionado al nacimiento de un nuevo ser es área de atención en esta rama de la Medicina comprendiendo los procesos de reproducción, crecimiento y desarrollo del ser humano.

Para el logro de este estudio se enlazan los conocimientos de varias disciplinas como la Obstetricia, Pediatría, Salud Pública, Genética, Ecología, Economía, Socio-demografía, Psicología y la Tecnología.

PSICOPROFILAXIS - Del griego Psico = mente y el vocablo Pro - phylaxis = preventivo . Tratamiento preventivo por medio de la mente. Conjunto de medios dirigidos para la preservación de enfermedades de la mente.

El entendimiento de estos términos va a ser aplicado a lo largo de la exposición de los siguientes temas y algunos ya se han -- aludido en lo expuesto anteriormente.

Desde que se inició el método Psicoprofiláctico ha sufrido modificaciones tanto en las técnicas que aplica como en su denominación, siendo a la fecha conocido mas comunmente 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 al binomio padre-madre a favor de la salud o bienestar no solo del niño, sino del trinomio íntegro: Padre, madre e hijo. Esta educación va dirigida a varias esferas: Trata de hacer higiene -- mental, en el área Gineco-Obstetra, lo cual se logra, mediante la

exposición y análisis de una serie de temas, que muestran los aspectos anatómicos y fisiológicos de los órganos de la reproducción, conocimiento que los futuros padres tendrán claro y preciso. Estos temas en su contenido abarcan desde el momento de la concepción del nuevo ser, hasta el nacimiento del mismo, facilitando con esto a la pareja dar una mejor interpretación de lo que está sucediendo a la futura madre, sobre todo en las primeras y últimas etapas de su embarazo, proceso tan importante de conocer para desterrar falsos conceptos, exagerados temores 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.

Al impartirse este curso a las parejas, el padre toma conciencia de su paternidad tempranamente, pues participa con su esposa, en la adquisición de estos conocimientos; desde los primeros meses de iniciado el embarazo, va adquiriendo una educación, disciplina, responsabilidad e identificación con su pareja y su futuro hijo, que incrementa la conciencia de paternidad.

La pareja que ha sido entrenada, ha recibido una preparación psicológica y un adiestramiento físico para tener un embarazo y un parto en las mejores condiciones posibles. Conocen cuáles son los cambios del organismo durante el embarazo, cómo se prepara todo para el momento del parto y que aunque este es un proceso fisiológico, en ocasiones puede desviarse de la normalidad y ser necesaria una intervención quirúrgica.

Al plantearse este sistema, el Dr. Guillermo Santibáñez (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 abarcando el puerperio".

Durante el puerperio la nueva madre debe adaptarse a una nueva serie de relaciones interpersonales. Debe adquirir sufi

ciencia y habilidad para cuidar física y psíquicamente al nuevo-
binomio: esposo-hijo.

La coincidencia de enfermedad mental-embarazo-puerperio no implica una etiología específica, pero aún así, el embarazo altera psicológica y físicamente a la mujer, algunas mujeres tienen actitud ambivalente ante el embarazo y pueden expresar aversión o ansiedad y sentir que no están adaptadas para el papel de madre y esposa (WILSON, 1972)

Los cambios emocionales en el postparto constituyen el síndrome normal del puerperio, caracterizado por: falta de energía y fatiga, episodios de llanto, temores especialmente en relación al niño, preocupación por el estado físico, una actitud negativa y susceptible hacia el marido, observado alrededor de un 50% en investigaciones hechas por (HAMILTON, 1968)

No obstante, generalmente las parejas interpretan esta situación como algo patológico, porque se tiene la idea equivocada de que un embarazo "ideal" es aquel en el que no se deben experimentar más que sentimientos placenteros, de ahí la connotación mítica (ACKERMAN, 1952). La Psicoprofilaxis en su labor de despajar de preconcepciones sobre este proceso, logra la integración del hombre en todo lo concerniente al embarazo, el parto y la educación de su hijo y todo el grupo familiar se cohesionan.

En otras palabras, el método persigue que la pareja sea considerada como parte del equipo, permitiendo que ellos mismos (los esposos) busquen y seleccionen las alternativas y opciones para el manejo y el cuidado del embarazo, parto y puerperio.

El reconocimiento del método Psicoprofiláctico está en la educación. Esta es importante en la disminución de temor y apprehensión debidas estas a la falta de información o quizá a las malas informaciones concernientes a la anatomía y fisiología de la función reproductiva tanto en el hombre como en la mujer. Se dice que el papel de la educación también puede servir para realzar la confianza y el autoconcepto. Los beneficios adicionales del método son derivados de la oportunidad de compartir experiencias e intereses en una situación en donde la discusión de un grupo es

guiada.

El campo de la fisioterapia del método, incluye ejercicios físicos destinados a mejorar el tono del cuerpo y de la mente, ejercicios de respiración usados en el trabajo de parto y finalmente se usa la relajación. No son razones simples las que apoyan a los ejercicios de respiración, son reconocidos como esenciales en el parto para apoyar a una oxigenación adecuada del útero y del feto, para el establecimiento de un centro de activación cortical o distracción durante las contracciones y para el mantenimiento de la relajación. Se usan una variedad de respiraciones desde la profunda, diafragmática y lenta hasta las respiraciones superficiales rápidas y el jadeo. El papel que juega la respiración en la analgesia, no ha sido aun comprendido completamente hasta la fecha ya que existen reportes de que las técnicas de respiración alteran la percepción del dolor en el parto, permitiendo a las mujeres experimentar contracciones con menor umbral de dolor (SCOTT, 1976) y (HUGHEY, 1978). Otros autores dicen que es imposible apoyar esta hipótesis fuera de términos subjetivos --- (BERGSTROM, 1963) pues existen dificultades para medir el dolor en el parto.

Para algunas autoridades la relajación es "activa" y para otros es "pasiva", existiendo aún controversias acerca del papel que juega la relajación en el proceso de parto (BERGSTROM, --- 1963).

En el aspecto psicoterapéutico, el método atiende: al medio ambiente y al factor interpersonal, tomando en cuenta que estos aspectos se interrelacionan de manera inseparable.

Este aspecto es el que permite un cambio de actitudes en la embarazada y su pareja, ya que actúa sobre los falsos conceptos y prejuicios que prevalecen en nuestra cultura acerca del embarazo y del parto, haciendo posible el desvanecimiento de mitos e ideas mágicas que imposibilitan el funcionamiento adecuado de este proceso, promoviendo la integración de la pareja en sus capacidades de adaptación para ser padres.

Las medidas del Psicoprofiláctico no retornan a la edad

de piedra, es un progreso hacia la reintegración de la actitud materna a través de la eliminación de los efectos perjudiciales del material integrado por factores sociales y culturales.

A continuación se presenta un breve análisis de la evolución de estos factores socioculturales que aún tienen influencia en la mentalidad de la mujer mexicana y su pareja y son motivo de interés para su educación en el proceso reproductivo.

BREVE HISTORIA DE LA OBSTETRICIA EN MEXICO

En la época precortesiana, los mexicanos antiguos o aztecas tenían parteras y los mayas contaban con parteras para los casos fisiológicos y parteros para los distócicos.

Entre los aztecas se practicaban rituales y ceremonias al principio y al final del embarazo; apenas se sentía embarazada la recién casada, los padres convidaban a los principales del pueblo a una comida y una vez terminada, comenzaban los discursos que decían lo siguiente: "Oid, señores, los que estáis presentes, viejos y viejas; sabed todos que nuestro señor ha puesto dentro de la mozueta una piedra preciosa, una pluma rica, pues ya está preñada..." luego el orador se dirigía a la embarazada en estos términos:

"hija mía, no te ensoberbezcas, no digas "ya estoy preñada" porque quizá por tu soberbia no merezca salir a luz lo que ya ha principiado; no duermas demasiado, ni alces cosas pesadas, ni uses mucho del matrimonio, porque puede ser que haga daño al niño; abstente de mirar cosas que espantan o dan asco". Después de muchos oradores seguían los consejos o mandamientos de la partera, quien decía que no se calentase mucho la preñada al fuego ni al sol para que no se tostase la criatura; que no durmiese de día para que no viniese disforme en la cara; que no masticase chicle prieto para que no se le endureciese el paladar al niño y engrosasen las encías, lo cual le impediría mamar y moriría de hambre, ordenaba a la familia que le satisficiesen sus antojos, prohibía que miraran lo colorado porque el niño nacería

de lado, que no padeciese hambre, que no comiera tierra, porque todo lo que come la madre se incorpora al feto; se prohibía toda relación sexual en los tres primeros meses de embarazo y en los tres meses anteriores al parto para que este no se dificultase y el niño no lo viese y lo contase después; terminando sus consejos con el encargo de buena alimentación y reposo físico y moral (SALUGUN).

En la época de la conquista española, seis años después de ésta, se fundó el reglamento para el ejercicio de la Medicina en México, y treinta años después fue fundada la Universidad --- (1551) pero no contenía la cátedra de Medicina hasta el año de --- 1578, aunque se concedían títulos de médico; ningún titulado e--- jencia la Obstetricia, pues estaba relegada a parteras indias. A mediados del siglo XVIII, se prohibió a los cirujanos ejercer la Obstetricia. En 1770 se emprendió la enseñanza teórica de la Obs--- tetricia en el Hospital Real de Naturales de México y en la Es--- cuela de Cirujía, practicándose algunas operaciones Obstétricas--- en el año de 1798 por los cirujanos.

En la época de la Independencia, diez años después de consumada ésta, se fundó la Escuela de Medicina, en donde las --- primeras enseñanzas de Obstetricia se basaron en un texto fran--- cés, el manual de Obstetricia del Dr. Antonio Dugés, aunque fue--- ron impartidas por médicos mexicanos, siendo puramente teóricas, pues no había maternidad, sólo se contaba con un Departamento de Partos Ocultos.

En 1861 el Congreso de la Unión dió un decreto para es--- tablecer la casa de Maternidad e Infancia en el Hospital de Ter--- ceros. Estos fueron los primeros intentos, pues esta casa desapa--- reció por problemas políticos, siendo en el año de 1866 creada --- la casa de Maternidad que prevaleció hasta después de la inter--- vención francesa. Los fundadores de la Escuela Obstétrica Mexica--- na que cuentan con doctrinas, procedimientos, métodos propios --- del arte y ciencia de los partos fueron el Dr. Niceto Ortega y--- el Dr. Juan María Rodríguez.

La Maternidad se pasó al Hospital General, después de ---

este proceso se logró vencer la obstaculización para ejercer la Obstetricia debido al sexo, se fueron rompiendo los mitos y prejuicios respecto al embarazo y parto aunque prevalecen de manera inconsciente las raíces emotivas ancestrales. El arduo trabajo continúa (PALMERO, 1922) con el propósito de lograr el desvanecimiento de estas actitudes y pensamientos incompatibles con el buen desarrollo y consumación del embarazo y parto.

Como se puede ver, este tipo de pensamiento alrededor del embarazo y el parto, se ha transmitido a través de las generaciones sin tener una base científica que lo sustente, pero sí está basado en el pensamiento mágico. Es necesario cambiar esta mentalidad para eliminar las tradiciones del patriarcado que tiene profundas raíces en la Obstetricia.

La Psicoprofilaxis Obstétrica hace énfasis en la relación de lo biológico con los aspectos culturales y sociales.

La Antropología refleja una evolución de la Sexualidad a través de la historia y la cultura en los niveles de contactos interpersonales entre el individuo y su medio ambiente. (VELLAY, 1968) nos dice que las dificultades sexuales de la mujer se reflejan en la maternidad y por consecuencia merecen atención en la Psicoprofilaxis del embarazo y del parto. La acción del método estriba en desmitificar tabúes y prejuicios persistentes en la mujer y su pareja y que les ocasionan conflicto.

Los sucesos del método Psicoprofiláctico persiguen:

- a) Promover la creación
- b) Descubrir nuevas gratificaciones a través de un embarazo y un parto satisfactorio.
- c) Un mejoramiento en la relación de la pareja.
- d) La valoración de la mujer.

Así mismo persigue que la personalidad de la mujer madure y se desarrolle a través de la experiencia maravillosa del inicio de la maternidad. Aunque la mujer moderna tiende a la emancipación, sus conocimientos acerca de los derechos y las obligaciones de la maternidad son vagos. Cuando la mujer tiene un claro

entendimiento de su situación de preñez, es entonces cuando su participación se hace mucho mas consciente y mas general en este ambito.

2.1.6.- FACTORES EMOCIONALES EN LAS ACTITUDES DE LAS MUJERES EMBARAZADAS

Hay algunos estudios que investigan los factores causales de las mujeres gestantes, (LEONARD, 1973) encontró que las mujeres con actitudes mas favorables hacia sus embarazos eran -- significativamente diferentes de las mujeres con actitudes menos favorables, siendo menos neuróticas y habiendo tenido relaciones mas estrechas con sus madres, una vida de hogar mas feliz, mejor ajuste matrimonial y seguridad económica. (HAMILTON, 1955) encontró también 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 ambito familiar y social. La sociedad transmite a través de sus costumbres y pautas culturales, una serie de hábitos, generalmente en forma de tabúes, estos en parte, determinan la actitud de una mujer y ésta a su vez, influye en su medio, posibilitando de esta manera una imagen del embarazo.

La imagen que la sociedad de nuestro tiempo acerca del embarazo y del parto, reviste algunas connotaciones de tipo mítico. La Psicoprofilaxis Obstétrica actúa sobre la desmitificación de ese proceso, para lograrlo se necesita que las parejas comprendan la vivencia de una situación de cambio. Todo cambio produce la emergencia de ansiedades, y el ser humano por naturaleza teme a toda situación que le es desconocida. En el caso de un embarazo, las vivencias de inquietud se acentúan, debido a que la pareja durante nueve meses vive un proceso desconocido para ella,

sobre todo si se trata del primer hijo. Al cabo de la gestación, el hombre y la mujer viven la experiencia de un parto, esta genera ansiedad, puesto que no se tiene certeza absoluta del resultado hasta que el bebé nace. Después del alumbramiento, se integra a la pareja un nuevo ser. Todas estas situaciones nuevas modifican roles familiares y pueden ser necesarios reajustes y reacomodaciones. La ansiedad que origina este proceso de cambio puede presentarse en varias formas: La embarazada puede tener fluctuaciones en su estado emocional, el esposo presenta celos, puede sentirse desplazado, etc. Para (SOIFER, 1964), estas y otras manifestaciones son exteriorizaciones normales provocadas por el cambio.

Sociólogos y antropólogos como Margaret Mead y (KARDIHER, 1939) nos dicen como en algunos pueblos primitivos, los conceptos de los aspectos naturales de las funciones reproductivas se han substituido por conceptos sobrenaturales o de pensamiento mágico y aparecen las influencias socioculturales que se traducen en ceremonias, rituales y actos mágicos. La participación del padre sigue creencias como las del "cuovade", en donde el futuro padre debe semejar, en un lugar contiguo al de la parturienta, los gritos y actitudes de ella, para ayudarla a parir y se le amenaza con la interrupción del trabajo de parto si no lo cumple.

De los Códices Prehispánicos o de las crónicas escritas posteriores, se extraen las ceremonias de iniciación de la función reproductora de nuestros ancestros los aztecas, que conceptualizan a esta función como una responsabilidad familiar y social. La obligación de enseñar, orientar, cuidar y atender a la embarazada, se concedía a la "Ticitl", que poseía cualidades divinas de la Diosa y las capacidades humanas de la partena. Estos deberes se extendían a toda la familia, incluyendo al esposo indicándole que papel debía jugar.

En la actualidad, la mayoría de las culturas refuerzan las tendencias conductuales características para cada sexo, estimula en la niña la conducta "femenina" por medio del premio, e -

inhibe la conducta "masculina" por medio del castigo. En nuestra cultura la niña es estimulada a adoptar actitudes de pasividad, -sumisión, dependencia, mayor expresión de la afectividad y narcisismo (BIRBERO, 1974)

Cuando empieza el aprendizaje por medio de la imitación, es básico, para el desarrollo de la feminidad, la posibilidad de identificación con la figura materna; este proceso de identificación es más difícil en la niña, que tiene que identificarse con la misma figura de la que ha dependido totalmente, y al mismo tiempo tiene que romper la dependencia para poderse volver una mujer en su propio derecho. La niña debe estar segura del cariño incondicional de la madre para sentirse libre de abandonarla y después identificarse con ella. Cuando esto es logrado, no hay conflicto en el inconsciente femenino ya que, entonces la mujer no experimenta su feminidad como rivalidad con su propia madre sino como un homenaje a ella (HORNBY, 1942). La mayor rebeldía de la niña hacia la figura materna, (DEUTSCH, 1945) la atribuye a esta necesidad de comprobar una y otra vez, el cariño incondicional de la madre.

Los niños de ambos sexos tienen una liga de dependencia biológica y como consecuencia una unión emocional absoluta hacia la figura materna en los primeros años de la vida. Conforme empieza el proceso de identificación en un ambiente sano, la figura masculina es tan poderosa como la femenina y el niño varón se identifica con aquella que tiene características, ocupaciones, conductas y anatomía distintas a las de la figura femenina.

La figura paterna es esencial en esta etapa del desarrollo no solo para el varón, sino también para la niña; el afecto y la protección del padre son indispensables para permitir que la niña se sienta libre de romper la dependencia para con la madre, paso indispensable para la sucesiva identificación positiva con ella.

El padre representa también la primera figura masculina, y como tal, establece la pauta, en la niña, para sus futuras

relaciones con el varón.

El potencial para el desarrollo de las capacidades específicamente humanas, es el que determina un cambio cualitativo, y no solo cuantitativo, en las funciones mentales del hombre, - con respecto a las otras especies.

La interacción entre la dotación biológica y el ambiente socio-cultural, es lo que determina el desarrollo psicobiológico del ser humano. Para (BERBERO, 1974) el término psicosexual es demasiado restrictivo para ser empleado en una Teoría Psicoanalítica y/o a una función.

La educación es la base del proceso de socialización, - nace del equilibrio entre limitar la libre expresión de los impulsos del niño, en favor del grupo y permitirse la parcialmente. La familia es, en la mayor parte de las sociedades la encargada de que se de este proceso. Así, las figuras de autoridad temprana son las que determinan un desarrollo sano o enfermo de la personalidad (desarrollo de la personalidad y desarrollo psicobiológico son sinónimos).

El niño al nacer es puro Ello, en sus impulsos que buscan la satisfacción; bajo las presiones del ambiente empieza paulatinamente a desarrollar su Ego. o principio de realidad, que le ayuda a modificar o a posponer la satisfacción de sus impulsos en relación a las exigencias externas.

El Super-Ego se desarrolla cuando las normas de las figuras de autoridad son introyectadas (incorporadas al aparato psíquico), este proceso es puesto en marcha por el principio de la economía que rige al aparato psíquico y tiene la finalidad de evitar el castigo externo; sin embargo, una vez que se ha instaurado el Super-Ego, la transgresión de estas normas provoca el castigo interno, es decir: angustia-culpabilidad, angustia-verguenza o angustia-soledad.

El desarrollo de las instancias de la personalidad, la aparición de los mecanismos de defensa y la formación de los contenidos inconscientes, son procesos íntimamente entrelazados y forman la base del carácter.

Las bases del carácter se firman en la infancia, ya - que en este período la ambivalencia hacia las figuras de autoridad, el conflicto que surge entre el impulso a satisfacer los - instintos y la exigencia de control por el ambiente, son causa de angustia no manejable.

El aparato psíquico disocia en el inconsciente los contenidos que son fuente de conflicto, pueden ser reprimidos u obligar a usar mecanismos de defensa que refuerzan la represión, - que tiene por finalidad mantener la conducta y evitar la conciencia de la angustia.

El desarrollo psicobiológico femenino, presenta características específicas asociadas, tanto a la biología de los sexos, como al rol y al status que nuestra sociedad y cultura le confieren a la mujer. La influencia de la cultura es esencial para determinar las respuestas y actitudes de la mujer hacia su embarazo y parto (MONEY, 1968).

Las diferencias de género empiezan en los primeros cinco años de vida, por medio de las distintas actitudes de los padres hacia los hijos de diferentes sexos, actitudes que, en esta etapa del desarrollo, tienen la fuerza del troquelado temprano - en los animales (MONEY, 1957).

El rol femenino, no podrá ser cumplido si la mujer no ha podido superar el estadio de niña, y es en esta actitud que se acerca al hombre para buscar inconscientemente la figura materna o paterna.

Pubertad y adolescencia son para la joven, períodos indispensables en donde maduran progresivamente los atributos que le permitirán llevar a cabo con éxito el rol femenino. La menarca es el cambio que le da a la mujer alivio como cuando se ha logrado superar algo (DEUTSCH, 1974) .

El embarazo y el parto, sobre todo el primero, son experiencias emocionales que por su magnitud, traen aparejada una maduración de la personalidad femenina.

Todo avance en el desarrollo psicobiológico, moviliza los núcleos de conflicto inconsciente del individuo. Por esto, -

el carácter de cada mujer, imprime un sello específico a las reacciones de la futura madre. La situación socio-cultural de la mujer influye enormemente en su respuesta individual al embarazo y al parto (Por ejemplo madres solteras, el número de hijos, la crianza de estos, etc).

Los factores caracterológicos y situacionales negativos tienen una influencia tan poderosa, que a veces pueden alterar en forma patológica el curso del embarazo y del parto.

A pesar de las variaciones individuales, existen respuestas psicológicas comunes a toda mujer, debido al significado universal que para la psique femenina tienen estas experiencias. 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 cubierta o encubierta, la mujer percibe que tiene que cumplir no solo para realizarse sino también para sentirse aceptada.

En el embarazo y el parto coexiste 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 "de verdad seré madre?"

Poco a poco la sensación de irrealidad se asocia a la vivencia del nuevo ser como parásito; esta es fuente de rechazo y culpabilidad, apareciendo en la consciencia solo por momentos y es luego reprimida.

El proceso más importante es el de identificación, que permite el desarrollo de los sentimientos maternos, es decir, de la capacidad de la madre de entregarse sin limitaciones a las exigencias del niño. Se acentúa ésta cuando se perciben los movimientos fetales.

El hijo esperado es la parte mejor de la mujer, representa su fantasía, lo que hubiera deseado ser, el héroe mítico, - la mujer perfecta. Asociadas a estas expectativas se encuentra la duda de si el feto es normal, esta es la expresión del miedo inconsciente, o consciente, acerca de la capacidad de ser madre, ¿Tendrá el producto alteraciones congénitas?, ¿Será normal física y mentalmente?, las palabras del médico dirigidas a aliviar estos miedos, encuentran una aceptación solo intelectual, y en ocasiones ni esta, la angustia persiste, alimentada por las fuerzas irracionales inconscientes. Al final del embarazo el miedo es transferido al parto, a que el producto pueda sufrir un daño y solo desaparece cuando la madre ve por fin a su hijo.

(DEUTSCH, 1947) interpreta el conflicto frente a la maternidad como consecuencia de una doble identificación.

La mujer embarazada se identifica con el feto, reviviendo su propia vida intrauterina. Además el feto representa para el inconsciente de la mujer embarazada a su propia madre y a su Superyó materno especialmente y así su relación ambivalente con la madre es revivida con su futuro hijo. Pero el feto puede adquirir otras representaciones diversas para la mujer. La más común es la de algo robado a la madre, como las fantasías tempranas inconscientes de la niña, de haber despojado a su madre de los contenidos valiosos de su cuerpo. La reagudización de estas fantasías durante el embarazo y el parto es la causa de múltiples angustias y trastornos somáticos.

Es importante hacer mención del significado de la palabra Fantasía en la Teoría Psicoanalítica. Los traductores ingleses de Freud, distinguen la palabra con Ph Phantasy, hace alusión al contenido inconsciente que lo distingue de la palabra Fantasy, que es una manifestación clara de los deseos e intenciones conscientes.

FACTORES FISIOLÓGICOS QUE INTERVIENEN EN EL ESTADO DE EMBARAZO

Además de que el carácter de la embarazada sufre algunos cambios ya mencionados en el tema anterior, que la hacen más susceptible a las emociones y tendiente a la depresión con facilidad, se presentan también una variedad de cambios físicos que obedecen al estado fisiológico de la preñez.

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

1.- Cambios que constituyen una adaptación temporal y producen efectos nocivos no permanentes en la madre.

2.- Cambios que preparan a la madre para satisfacer y prevenir posibles necesidades y demandas del feto.

2.1.- Cambios estructurales y fisiológicos precedentes a cualquier demanda del feto y comúnmente ocurren al inicio del embarazo.

2.2.- Acumulación de reservas para prevenir necesidades del feto.

3.- 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 hipofisaria anterior del tiroides, la glándula hipertiroides se hipertrofia, para la madre el embarazo es anabólico dado que requiere, y retiene material extra.

Hay un aumento del equilibrio nitrogenado positivo a lo largo de todo el embarazo.

El metabolismo de los carbohidratos se describe por una pequeña alteración en la prueba de la tolerancia a la glucosa o a la glucemia en ayunas.

La gestante con frecuencia pierde peso en el primer --

trimestre, ganandolo notablemente alrededor del cuarto o quinto mes. Pierde la ligereza que tenia 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 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 embarazada.

La presencia de estos signos y síntomas en el organismo repercuten en el estado anímico de la mujer en su interrelación y por eso es importante su conocimiento claro y preciso para auxiliar a la gestante en el adecuado manejo de estos.

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, 1960).

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, pierda belleza, libertad, comodidad, etc (MALINOWSKI, 1927), esto 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 que el Psicoanálisis ha intentado estudiar como fué 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 (MALI-NOWSKI, 1927).

2.1.7.- BASES BIOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES QUE SUSTENTAN LA EXISTENCIA DEL MÉTODO 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 fué introducida por el partero francés Francois Mauriceau-- en el siglo XVII y tiene como única finalidad el tornar mas cómodas las maniobras Gineco-Obstétricas. También la sedación y analgesia Obstétricas usadas indiscriminadamente tienen 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 técnicos que lo sustentan.

EL TERMINO PSICOSOMATICO

También las manifestaciones psicósomáticas son una base de apoyo para que exista la Psicoprofilaxis Obstétrica.

El término "Psicósomático" ha sido usado para referirse a un grupo de enfermedades orgánicas cuya etiología, al menos en parte, es atribuida a factores emocionales, o a un tipo de enfoque de la Medicina en la que se enfatiza la unidad psicofisiológica del hombre. Los avances en la Neurofisiología, Neurología y de la Endocrinología, pudieron comprobar en forma evidente que el organismo trabaja como un todo, y ayudaron a entender como es que los factores psicológicos pueden intervenir en el funcionamiento de los órganos y a su vez, cómo las funciones corporales y sus alteraciones influyen sobre el estado mental.

Es a través de las emociones como la angustia, la ira, la agresividad, el miedo, etc., que tanto los factores ambientales como los subjetivos producen, pueden llegar a ocasionar trastornos orgánicos.

Se ha observado que los cambios fisiológicos que acom-

pañan a las emociones, desaparecen al cesar estas, volviendo el organismo al equilibrio; sin embargo cuando un trastorno emocional es permanente, se pueden producir alteraciones orgánicas crónicas (NEMIAH, 1970).

El enfoque psicosomático adquiere particular importancia en el terreno de la Ginecología, ya que en esta especialidad de la Medicina se tratan problemas relacionados con la Psicología y la Psiquiatría, como son los aspectos de la Psicología femenina, el amplio campo de la sexualidad y sus trastornos, el embarazo y la maternidad con todas sus cargas afectivas; diversas alteraciones del aparato genital femenino, susceptible a las emociones, y el climaterio con sus repercusiones en el equilibrio de la mujer.

Hace veinte años, se fundó en México la Clínica Psicosomática en Gineco-Obstetricia con un grupo de Ginecólogos, dos Pediatras y una Instructora en forma organizada, promovieron en esta ciudad la aplicación del entonces llamado "Punto Psicoprofiláctico", al cual siguieron otros grupos de formación individual y ha formado todos los grupos que existen en la República y que se han plasmado en la Asociación Mexicana de Psicoprofilaxis Obstétrica; la cual ha abierto la brecha para hacer un llamado al "eterno ausente" de las funciones reproductivas. Este grupo pionero desde hace diez años ha logrado que el mayor porcentaje de las mujeres preparadas, sea acompañada de su marido, en la práctica privada.

En México, de acuerdo a los sociólogos (MEDIZABAL, 1977) existen muchos tipos de mexicanos, por ejemplo: el de las áreas rurales, el de las urbanas o el de las sub-urbanas. No tiene el mismo concepto de las funciones reproductivas, el hombre campesino que tiene descendencia para que en su vejez, los hijos lo mantengan. Ni el concepto del mexicano de Ciudad Netzahualcóyotl, estudiado por Cuelli, en donde el padre es accidental por haber engendrado en una violación o en un rapto. Ni será igual el concepto del padre mexicano que es el "eterno ausente" o "el macho mexicano" de Santiago Ramírez (RAMÍREZ, 1962) que es el --

hombre en cuya familia, el desarrollo y cuidados del niño quedan a cargo de la madre, y el niño aprende mucho más a ser "mamá" que no absolutamente nada de como ser "padre".

La cultura formula actitudes que varían, desde las más primitivas hasta las más sofisticadas. Se puede observar una pequeña participación inicial en el hombre que es ignorante, sin escolaridad, sin medios económicos, el cual no actúa ni está presente, no educa ni planea su familia. También en el futuro padre, compañero de las mujeres embaazadas que acuden para su atención a los servicios de las Instituciones de Seguridad Social como: obreros, campesinos o trabajadores burocratas, su participación sigue extraordinariamente pasiva o ausente.

(KUNHURDT, 1980) en una plática en donde trasmite su experiencia personal, describe esta diferenciación entre mexicanos en el Curso Teórico de Psicoprofilaxis Obstétrica del 9 al 13 de junio de 1980.

INFLUENCIAS CULTURALES SOBRE EL PROCESO REPRODUCTIVO

¿Porqué el parto presenta tantas variaciones individuales?

Si el parto fuera un proceso puramente psicológico, estas variaciones serían escasas, y las características socioculturales no tendrían influencia sobre él.

En general estas diferencias parecen no ser intrínsecas a la naturaleza, sino producto de todo un condicionamiento cultural. El proceso del parto se ha estudiado en diferentes culturas y épocas por los antropólogos.

Las diferencias que se han encontrado se han atribuido a distintos factores tales como: Las variables climáticas, las condiciones de salubridad de la vida, que permiten que una vida más activa en las mujeres primitivas por ejemplo, posibiliten una mayor eficacia funcional de los músculos pelvianos, etc.

Se considera por lo general que las funciones reproductivas de las mujeres primitivas se manifiestan más simplemente -

que en las mujeres influidas por la civilización. Por ejemplo existen tribus en donde la mujer tiene a su hijo, luego se baña ella y también al bebé en el río más cercano, resumiendo su trabajo como si no hubiera sucedido nada.

Sin embargo, aún en tribus primitivas, a veces el parto se prolonga bastante en mujeres cuyas madres han tenido partos prolongados. Esto indica que aún dentro de ciertos cánones suturales, más o menos rígidos, la mujer se identifica con su propia madre. En estos casos las influencias psicológicas superan a las culturales. La Dra. Marie Langer en su libro "Maternidad y Sexo", relata la conducta de los Arapesh, pueblo primitivo de Nueva Guinea, en donde el hombre durante el embarazo de su mujer, se identifica con ella y observa durante el mismo, también iguales a los de ella. Esto se conoce con el nombre de "Couvade": el hombre presenta los mismos síntomas que su mujer embarazada y en el momento del parto guarda cama y gime como ella. El niño es bien recibido por ambos padres. En este pueblo no existe el suicidio y algunos investigadores se lo atribuyen en parte a este acontecimiento.

Otra tribu igualmente estudiada es la que habita en las Islas Marquesas, en donde predomina el número de hombres respecto del de las mujeres, por lo que se origina la poliandria, en donde cada mujer vive con varios maridos y cuando se embaraza, adquiere prestigio y poder. Se da frecuentemente la adopción y la mujer, para satisfacer las necesidades sexuales del hombre, renuncia a sus instintos maternales, y como consecuencia esto influye negativamente sobre la función de la maternidad, la mujer trata de evitar el embarazo de muchas formas: Prácticas anticonceptivas, el aborto, etc, y el resultado es que este pueblo se está extinguiendo. Vemos pues, que según las influencias socioculturales los procesos del embarazo, parto y maternidad se pueden manifestar de distintas maneras.

A pesar de las diferencias entre las mujeres de una cultura o sociedad, en cuanto a su actitud hacia el embarazo y el parto (KLETZEL, 1967) afirma: " tanto la mujer de pueblos pri

mitivos, como la europea o la mexicana, necesitan apoyo afectivo para tener el valor de dar a luz. La mujer si en este momento es tá sola, se siente incomprendida y angustiada. Es muy importante el papel del compañero y del médico, al sentirlos cerca, la mujer se siente con seguridad y confianza, se sabe atendida y siente que todo va bien ".

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 (2) 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 regular de 6-7, no representa necesariamente que el neonato se libere de presentar secuelas posteriormente, incluso parálisis cerebral (DIAZ, 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 (3) 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, sien-

(2) Para mayor comprensión remitirse a las definiciones en la Pág 14

(3) Ver pag 9

do 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 acentada en los casos necesarios.

SUFRIMIENTO FETAL POR POSICION 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 dorsal), 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 Baver (MÉNDEZ, 1976) en Chicago y Caldeyro-Barcia (CALDEYRO, 1978) en Montevideo, demuestran que las embarazadas deben adquirir posiciones diferentes a las acostumbradas durante el periodo de dilatación y del trabajo de parto. La primera recomendación de estos autores es eliminar el decúbito 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.

IMPORTANCIA DE LA VIVENCIA DEL PARTO

¿ Son características de la conducta paterna, el vivir 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 estas últimas 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 (grabaciones), 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, 1965) enfatiza la importancia de la estimulación temprana: contactos con el niño, acariciarlo, hablarle, tocarlo; encontrando mayor coeficiente de desarrollo psicomotor en niños mayormente estimulados que aquellos con menor estimulación en el primer año de vida. Buena parte de nuestro desarrollo se basa en procesos de maduración, algunas actitudes fundamentales del adulto como la afectación, 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, mas que ser características propias de los pa-

dres. La importancia de la relación Padre-hijo, actualmente es -
mas acentuada que en el pasado, debido a que en el sistema fami-
liar contemporáneo, los padres contribuyen en la planificación -
de los hijos, en el cuidado físico y primer contacto emocional -
del recién nacido, jugando un rol mas activo dentro de la fami-
lia.

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

CONDICIONAMIENTO PAVLOVIANO

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

La actividad del Sistema Nervioso se divide en inferior
y superior. La actividad nerviosa inferior innata, la realizan -
los segmentos del Sistema Nervioso Central, situados por debajo
de la corteza y su misión es unir e integrar el funcionamiento -
de todas las partes dentro del organismo.

La actividad nerviosa superior adquirida en el proceso
de la experiencia vital está dirigida a establecer la interacción
del organismo con el medio exterior y determina la conducta de
los animales y del hombre. Estas funciones están a cargo de la -
corteza, de los hemisferios cerebrales y formaciones subcortica-
les subyacentes.

División de los reflejos: Los reflejos se dividen en -
innatos o incondicionados (1er. Sistema de Señalización) y refle-
jos adquiridos o condicionados (2o. Sistema de Señalización).

Los reflejos incondicionados constituyen los llamados -
instintos: como el instinto de conservación, que se manifiesta -
en la inmovilización o paralización del cuerpo en estado de estu-
por bajo estímulos externos.

Los reflejos condicionados son el resultado de la for-

mación de conexiones temporales en la corteza cerebral entre focos de excitación provocados por estímulos incondicionados, que al presentarse en forma frecuente o bajo repeticiones sucesivas, en la corteza cerebral surgen dos focos de excitación: uno provocado por el estímulo incondicionado, y otro causal, indiferente-asociado contingentemente al primero, que va a originar la misma respuesta incondicionada, al presentarse tan solo el estímulo --condicionante (conexiones temporales), llamadas así por su tendencia a extinguirse mas o menos rapidamente, por su inconstancia llegando incluso a desaparecer (PAVLOV, 1967). Si es constante, el reflejo condicionado es un fenómeno cotidiano y de los mas entendidos. Es lo que se conoce en los animales y en el hombre con diferentes nombres como: adiestramiento, disciplina, educación, costumbre, sentimientos (emociones).

CONCEPTO DE EMOCION

La emoción (CIBL, 1972) se define como una experiencia psicológica de contenido afectivo generalmente intenso, provocada por estímulos externos o por elementos psíquicos internos, -- que se manifiesta por diversos cambios fisiológicos y de la conducta. Consta de tres elementos fundamentales:

- 1.- Un afecto o experiencia subjetiva.
- 2.- Una serie de cambios fisiológicos mediados por los sistemas Nervioso y Endocrino.
- 3.- Las manifestaciones externas, la conducta a la -- que eleva el estado emocional; mediadas sobre todo por el Sistema Muscular.

Todos los seres humanos reaccionan con emociones, pero varían en cuanto a los estímulos que las provocan, las formas de experimentarias, la manera en que les afectan, la capacidad para expresarlas o reprimirlas, y la forma de hacerlo.

(DELAY, 1965) nos dice que la experiencia y la expresión de las emociones son medidas a través de los Sistemas Nervioso central, Nervioso Vegetativo, Endócrino y Muscular, que ha

cen que el organismo reaccione en forma unitaria, siendo de particular importancia estas estructuras del Sistema Nervioso Central: la corteza cerebral, el Sistema Límbico, el Hipotálamo y el Sistema Reticular activador.

Las conexiones entre estas estructuras, se hacen a través de la transmisión de los impulsos nerviosos por las neuronas, que producen, almacenan y liberan una serie de sustancias, que son los mediadores químicos que intervienen en la sinapsis, por medio de sus efectos excitatorio e inhibitorio sobre la neurona.

Los neurotransmisores más conocidos son la acetilcolina, la adrenalina, noradrenalina y la serotonina.

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 del 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 órganos vecinos neurológicamente 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 bulbares (modificaciones del pulso y pupila), reflejos sub-corticales (modificaciones neurovegetativas y endocrinas, con variaciones de acetilcolina, adrenalina e histamina). Toda esta interacción determina la intensidad del dolor, cuyo dominante es cortical y por este hecho, in-

fluenciable por la palabra.

El dolor del parto es considerado por Velvoski y Platou, como un dolor psicógeno 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 la 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 fuente no dolorosa de la corteza cerebral, que inducirá negativamente al frenado de las percepciones internas.

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, 1959), al descubrir las leyes que rigen la ac

tividad 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 solo 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 omnimodo, que constituye el fundamento de todo el complejo Sistema de Señalización Intenhumana.

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 un 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 de la sociedad. El lenguaje, por ligarse a la actividad 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 esta 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 solo el contenido - ideológico de la palabra sino también la entonación con que se - pronuncia, provoca una reacción equivalente a una reacción incon- dicionada (PLATONOV, 1958)

Tanto el 1er. Sistema de Señalización como el 2o., están regidos por las mismas leyes fisiológicas, que según los pos- tulados 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 equilibrante de la palabra sobre la corteza - y subcorteza, trae consigo la transformación completa de los div- versos 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, informa- ción y capacitación de la embarazada, hace profilaxis en las emo- ciones 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 pot-enciales para continuar en el ejercicio de la Psicoprofilaxis - Obstétrica.

2.1.8.- APLICACION Y EVALUACION DEL METODO PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA EN MEXICO Y EN OTROS PAISES

Se ha demostrado general aceptación por los beneficios anestésicos maternos reportados y su poca influencia sobre el recién nacido en las técnicas de infiltración local perineal, y se ha valorado al sistema por el objetivo anestésico del parto, dejando de lado objetivos que han estado implícitos en la preparación psicoprofiláctica (SANTIBÁÑEZ, 1968), pues el método es un proceso educativo que amplía sus ámbitos a las diferentes etapas de la vida del hombre y de la mujer.

El método fue creado para ayudar a las mujeres a prepararse para la anestesia del parto, y no como sustituto de ésta, pero también fue una posibilidad de evitar el uso de anestesia, - si no fuera necesaria, que tampoco es obligatoria, según reportes de (VELLAY, 1968) nos dice que ha sido variable la aplicación de anestesia entre el 70 y 95% de veces en que se ha efectuado - la preparación de las mujeres embarazadas.

Respecto a la metodología, las metas que se propone el método intentar rebasar la etapa del parto, para dejar bases que permitan la edificación de un adecuado núcleo familiar, al entenderlo como un proceso educativo, y no como un procedimiento anestésico.

El porcentaje de efectividad del método en algunos países se muestra en la siguiente tabla.

EFFECTIVIDAD DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA EN ALGUNOS PAISES

TABLA I

RUSIA	90%
FRANCIA	82%
ITALIA	85%
SUIZA	85%
CHINA COMUNISTA	90%

Los médicos Gineco-Obstetras Flores Mercado en 1961, - Héctor Miranado en 1963 y Guillermo Santibáñez en 1968, han valorado en México, la metodología en cuanto a sus características - de anestesia, de facilitación del parto, del estado clínico del recién nacido, y el Doctor (SANTIBÁÑEZ, 1977) lo evaluó además - en cuanto a monitomeatadad materno-fetal, pero aún no se tiene un índice de efectividad del método relacionado al factor educativo, probablemente debido a las pocas investigaciones realizadas hasta la fecha sobre este aspecto.

(RIOS, 1973) investigó la relación entre el éxito o fracazo del método Psicoprofiláctico con aspectos de la seguridad, el prejuicio, la actividad-pasividad y la relación de pareja (atracción interpersonal), encontrando que en las 44 mujeres-embarazadas que formaron su muestra, ni la seguridad, ni el prejuicio, ni la forma activa o pasiva de enfrentar sus problemas, - demostró peso alguno sobre el éxito o fracaso del método Psicoprofiláctico. Observó con datos estadísticos que el apoyo dado por la instructora y el acuerdo del médico en la aplicación del método Psicoprofiláctico, es un coadyuvante importante para la obtención del éxito por el método. Así mismo la "semejanza supuesta" - de las mujeres con sus esposos demostró ser factor determinante en el éxito del parto Psicoprofiláctico. Esta semejanza no fué - necesariamente real, sino que el sólo hecho de que la mujer se sienta "semejante" (a su esposo), es un factor que ayuda a la consecución de metas - en común - pues esto se confirmó al encontrar que el grupo exitoso (en el parto Psicoprofiláctico) manifestó - haber sentido mayor apoyo de parte del esposo y que este podría suplir a la instructora en el trabajo de parto, en un porcentaje mayor que el grupo no exitoso. El temor manifiesto al dolor y la experiencia en partos anteriores, demostró haber influido también en el éxito o fracaso del parto Psicoprofiláctico.

El Doctor Santibáñez (1968) coincide con el Obstetra - Chentock (WATSON, 1975) en cuanto a su clasificación de los tres factores comunes en los métodos, haciendo énfasis en la evaluación de éstos desde tres puntos de vista:

1.- Desde el punto de vista cognoscitivo, la valoración de la acción del área será: si las parejas aprendieron el contenido de los temas del método en comparación con los antiguos conocimientos que tenían del tema, modificando y actualizando su criterio sobre el mismo. Si aprendieron la anatomía aplicada de los órganos genitales masculino y femenino y el funcionamiento aplicado a lo sexual, a lo reproductivo, y a la planificación de sus familias.

2.- Desde el punto de vista de las destrezas físicas: si conocen las maniobras más frecuentes en la práctica Obstétrica, y demuestran mediante su comportamiento observable la aplicación de estos conocimientos y su destreza para aplicarlos.

3.- Desde el punto de vista afectivo o emocional: si las parejas, o en su defecto la mujer en relación a su hijo, canalizan sus ansiedades y temores, al disipar dudas respecto al embarazo, al parto y la atención al niño. Si han cambiado positivamente sus emociones hacia su pareja, su hijo, o su familia, ante la responsabilidad de su maternidad/paternidad.

El ejercicio de lo aprendido es motivo de valoración de las mismas mujeres con su pareja, y se realiza durante y al final del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica (SANTIBÁÑEZ, 1977).

ANTECEDENTES DEL METODO PSICOPROFILACTICO EN MEXICO

Hay datos que manifiestan que en el año de 1957, se inició el Método Psicoprofiláctico en el Hospital Inglés y en el Hospital Central Militar por el Dr. Fedor Stefanovich. En este año se atendió el primer parto de una embarazada preparada por el sistema. El Dr. Raúl Fuentes Calvo (*) se interesó en el sistema y asistió a las sesiones de ejercicios y conferencias impartidas por el Dr. Stefanovich, colaborando con este último el Dr. Hava Zelaica, quien no continuó con la aplicación del método.

La preparación impartida en estos Hospitales constaba de 7 clases de ejercicios físicos, y 7 conferencias, que incluían información general acerca del método, que ena un embarazo,

(*) Esta información se obtuvo a través de una entrevista con este Dr.

trabajo de parto, puerperio, etc. Al concluir las sesiones que duraban de 45 a 60 minutos, se hacían comentarios y preguntas. Cada grupo tenía como máximo 20 mujeres.

Las primeras instructoras del Método en México, fueron dos inglesas y una norteamericana, surgiendo instructoras mexicanas empíricas con conocimientos transmitidos por el Dr. Stefanovich.

El primer curso de Psicoprofilaxis Obstétrica para la formación de Instructoras, se impartió en el Hospital Inglés, actualmente denominado Hospital ABC, por el Dr. Manuel Mateo Escandano, preparando alrededor de 8 personas. Posteriormente los cursos de preparación se dieron en los centros Gineco-Pediátricos, formando grupos de 20 o más Instructoras, pasando a ser instrucción impartida solo en los centros Gineco-Pediátricos de la iniciativa privada. Los Drs. Fuentes Calvo, Guillermo Santibáñez y otros más, continuaron la tarea de dar a conocer este Método Educativo, basados en la Escuela Rusa y los conocimientos de Fisiología Uterina sustentados por Demostenes Alvarez y Caldeyro-Barcia, representantes sobresalientes de la Escuela Uruguaya, dando importancia a los trastornos psicoórgánicos del puerperio sustentada por estos autores.

Después de 10 años de constante labor, los pioneros del Método Psicoprofiláctico formaron la Asociación de Psicoprofilaxis Obstétrica, que actualmente tiene membresía internacional, y a partir del año de 1971 la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia da reconocido mérito a sus fundadores, pues al inicio de sus trabajos, esta última Asociación daba poco crédito a la veracidad del método.

2.2.- ASPECTOS TEORICOS DE LA PSICOTERAPIA

El tratamiento terapéutico de cualquier tipo debe conocer la enfermedad que trata de remediar y comprender su proceso curativo. La Psicoterapia es una serie de actividades en las cuales Terapeuta y paciente se comprometen en el propósito de cambiar un estado psicológico insatisfactorio de ser del paciente, en uno más satisfactorio. Existe una Terapia etiológica que tiene una base científica y un procedimiento empírico con el cual se logran mejorías y curas, sin haber una explicación exacta del cómo se dieron éstas.

"La Psicoterapia metódica, es la aplicación consciente y sistemática de los métodos por los cuales influimos en los demás, es una práctica científica cuando se reemplaza el conocimiento intuitivo por principios de psicodinamia bien establecidos" (FRANZ, 1965)

El ingrediente principal de dicha práctica es el cambio. Hay dos facetas del tratamiento:

- 1.- Los objetivos, propósitos, expectativas de éste, y
- 2.- Los métodos empleados en el mismo.

En la práctica diaria todas las personas hemos empleado alguna vez técnicas que se aplican en Psiquiatría como son: - el apoyo emocional o la persuasión, con la intención de aliviar el desequilibrio emocional de otra persona, ya sea porque tiene un momento difícil en su vida, sufre una amenaza, una pérdida, o tiene temor por algo que va a ocurrir etc. Sin embargo como dice Franz, la Psicoterapia es a proceso metódico, que requiere de la preparación y experiencia del Terapeuta que la aplica.

La palabra Psicoterapia viene de los vocablos griegos- Psique = mente y Therapeia = tratamiento, curación; que unidos significan " curación de la mente " o " tratamiento a través de la mente ".

2.2.1.- ANTECEDENTES DE LA PSICOTERAPIA

A través del conocimiento de la historia encontramos - que el hombre siempre ha buscado formas de alivio para su estado anímico, las cuales han sido muy variadas, teniendo en común encontrar el bienestar emocional.

Los rudimentos de esta búsqueda se encuentran desde -- las sociedades primitivas con el empleo de prácticas mágico-religiosas utilizadas todavía en la actualidad.

Los principios de estos efectos curativos se basan en explicaciones simples de causa-efecto y observaciones empíricas, sin reconocer una fuerza interna, el hechicero dirige sus esfuerzos para expulsar una fuerza maligna, invasora y extraña en su paciente primitivo, o para regresar el alma al cuerpo.

Homeno, en La Palabra Psicoterapia, dejó plasmado en sus obras las diferentes formas de terapia que encierran el contenido del proceso curativo que persiguen la realización de diversas actividades como la magia, los mitos, el exorcismo, las danzas, la persuasión, la confesión y la catarsis, todas éstas - encaminadas en la búsqueda de ayudar a las personas a encontrar solución al problema de su estado emocional.

Platón (LAIN, 1958) llamó Katharsis a la reordenación convictiva y persuasiva del alma. Decía que un argumento convincente es la más alta y principal de las Katharsis.

Aristóteles llama Katharsis a la purgación que ciertas palabras sobre todo en el poema trágico, pueden producir en la - entena realidad del ser humano. En las tragedias griegas, a través de la representación, el público experimentaba una Katharsis colectiva. Cuando la palabra fuese capaz de producir en ciertos enfermos acciones psicológicas semejantes a las del poema trágico, sería terapéuticamente más eficaz que lo que logra el arte - mudo, según Aristóteles (LAIN, 1958).

El valor que tiene la catarsis emocional, está basado - en el hecho de que la persona se desensibiliza a aquellas situaciones y conflictos que lo perturbaban, pero que la realidad le e-

xige que soporte. Los efectos benéficos se deben a que se liberan sentimientos y emociones acumulados que al verbalizarse o ser identificados en otras personas permiten desarrollar actitudes más favorables hacia ellos.

2.2.2.- DEFINICION DE PSICOTERAPIA

(WOLBERG, 1965) define a la Psicoterapia como "una forma de tratamiento de los problemas de naturaleza emocional en el cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con un paciente, con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, de modificar patrones alterados de conducta, de promover un crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad".

Otras definiciones de Psicoterapia son las siguientes:

Menninger, K. y Holzman, P.S. definen "Psicoterapia es un tratamiento formal de pacientes, en el que se usan métodos psicobiológicos, agentes físicos y químicos, y principalmente la comunicación".

Deutsch I. "La Psicoterapia consiste en cualquier medida competente dirigida hacia la mejora de la salud emocional del individuo, basada en la comprensión de la psicodinamia involucrada, y las necesidades del individuo bajo tratamiento".

Levine, R. "En general, la Psicoterapia puede ser definida como la introducción hecha por el médico, de nuevas experiencias vitales que puedan encaminar a un paciente en la dirección de la salud".

Whitaker, C.A. "Psicoterapia es un proceso de intercambio emocional, en una relación interpersonal, el cual acelera el crecimiento de uno o ambos participantes".

Bellak, L. "En su sentido clásico, Psicoterapia es definida como el reestructuramiento del mal funcionamiento de la personalidad".

2.2.3.- CONTRIBUCION FREUDIANA A LA PSICOTERAPIA

Antes de que Freud desarrollara su Teoría Psicoanalítica, la Psicoterapia era considerada como un procedimiento en el cual el médico hace algo en bienestar de su paciente. En el nacimiento el hombre percibió mejor a la realidad.

Johan Heinroth (1773-1843) habla ya sobre el origen de las enfermedades mentales por la culpa, como factor fundamental de los desórdenes de la razón, y anticipa el concepto de conciencia moral que Freud denomina Superyó en el año de 1923 (GUARNER).

Durante los siglos XIX y XX, surge el Psicoanálisis como una técnica que profundiza y explica sus resultados, revolucionando la Psicología y la Psiquiatría, y surgen a partir de entonces diversas técnicas psicoterapéuticas con fundamento en el Psicoanálisis.

La Teoría Psicoanalítica tiene cinco periodos por los que atraviesa en su evolución y desarrollo:

1.- La hipnosis catártica. Representación dramática del paciente por la cual se desembaraza de emociones con contenido traumático para él.

2.- Sugestión en estado de vigilia. Persuasión y sugerencias aplicados para el logro de recuerdos y experiencias pasados con el objeto de hacerlos conscientes y desaparecer el efecto traumático.

3.- Asociación libre. Expresión verbal del paciente de todo lo que pasa por su mente sin seleccionar o aplicar la lógica del pensamiento aunque parezca carecer de importancia, surgiendo así el recuerdo del pasado que traumatiza actualmente las emociones.

4.- Manejo de Transferencia. Se analiza la reacción emocional del paciente hacia el terapeuta, pues aquel transfiere a éste, sus sentimientos y conflictos pasados, permitiendo al paciente enfrentarse a situaciones psicológicas antes evitadas.

5.- Reeducción emocional. Procedimiento destinado a lograr cambios permanentes en la capacidad del Yo, mediante un -

paulatino entrenamiento emocional.

Cada una de estas técnicas fueron pasos consecutivos - en su búsqueda de brindar resultados permanentes, pues sus inicios indican la ausencia temporal de los síntomas histéricos con fuente en perturbaciones emocionales del pasado y la reincidencia de los mismos, obligando a su fundador a experimentar la aplicación de otros métodos. La Terapia Psicoanalítica necesitó de 15 años para librarse de las formulaciones basadas en la hipnosis - catártica (FRUZZ, 1965).

2.2.4.- CONTRIBUCIONES NO FREUDIANAS A LA PSICOTERAPIA

Las corrientes Psicoterapéuticas Psicoanalíticas no - Freudianas son de diverso tipo, e incluyen básicamente el cuestionamiento de todos los aspectos posibles de la Teoría Psicoanalítica. Algunos niegan la situación edípica, otros los instintos, otros el aparato psíquico, etc.

Las modificaciones en las técnicas empleadas, de los - que se han desviado de la Teoría Ortodoxa Freudiana incluyen los métodos siguientes:

1.- La pasividad en la relación se reemplaza por la actividad, con el objeto de trabajar mejor con la resistencia y evitar el desarrollo de la neurosis de transferencia.

2.- La asociación libre se abandona totalmente, siendo desarrollada una entrevista dirigida según el caso a tratar.

3.- La posición en *án-di-ván* se reemplaza completamente o parcialmente por la posición sentado, o cara a cara.

4.- La frecuencia de las sesiones se puede reducir a 3 por semana, y en ocasiones a una o dos.

5.- La relación terapéutica se maneja de una manera - tal, que se tiende a resolver la transferencia tan pronto como comienza a actuar la resistencia. Se intenta minimizar el desarrollo de la neurosis de transferencia. Los elementos positivos de la relación son estimulados para que actúen como catalítico - de la terapéutica, actuando como espejo que refleja las tenden-

cias inconscientes, considerando la relación como enriquecedora en sí misma al ser una experiencia de crecimiento.

6.- El énfasis de la terapéutica se acentúa tanto en el material consciente como en el inconsciente. Los problemas situacionales actuales se analizan tanto como las experiencias del pasado.

7.- Se mezclan técnicas analíticas con las técnicas surgidas de los enfoques de apoyo y reeducativos.

Las contribuciones no Freudianas más destacadas, son las de Adler, Jung, Ferenczi, Rank, Stekel, Reich, Rado, y miembros de la escuela dinámica cultural como Fromm, Honney y Sullivan.

2.2.5.- DIFERENTES ENFOQUES Y FORMAS DE PSICOTERAPIA

" La Psicología Individual" de Alfredo Adler:

Rompe con Freud en su divergencia acerca de la importancia de la sexualidad infantil y de la validez de la Teoría de la libido. Considera que lo más importante es el ambiente social. El problema central es el sentimiento de inferioridad, que obliga al individuo a una elaboración compensatoria de actitudes y patrones de conducta. "El deseo de poder" y la agresividad se considera un rasgo masculino. El rol femenino se asocia con la inferioridad, y las mujeres presentan la "Protesta masculina" para compensar sus características femeninas. Toda situación del individuo forma su estilo de vida, y la Terapia Adleriana intenta descubrirlo para después realizar un proceso educativo por el cual el individuo pueda adaptarse socialmente y tener actitudes más sanas para él y la comunidad. Se evita siempre que sea posible la neurosis de transferencia y ésta se analiza solo cuando actúa como resistencia. El terapeuta adopta un rol activo con el criterio de que así introduce la realidad en la relación terapéutica (HILL, 1957)

" La Psicología Analítica" de Carl Jung:

(JUNG, 1953) enfatiza un punto de vista teleológico en la personalidad. No acepta la libido como una " necesidad de vi-

da", restándole importancia a la sexualidad infantil. Jung especula con la existencia del inconsciente colectivo, que es la porción hereditaria de la mente que contiene grabada la experiencia ancestral, produciendo un pensamiento instintivo en forma de imágenes llamadas "arquetipos". También reconoce una forma circular de símbolos, que significan el "círculo" de la existencia. El aparato psíquico Jung lo describe distinto que Freud. Lo divide en una parte superficial llamada persona, que es la máscara social que asume el individuo, una parte media superficial llamada el "ego" que es parcialmente consciente y refleja experiencias pasadas, y una parte profunda e inconsciente donde se encuentra el "inconsciente colectivo" y que contiene los arquetipos. Estos últimos contienen el ánima y animus ideales de la psique femenina y masculina respectivamente, que desarrollan dificultades si no se complementan en un balance adecuado en el presente. También hay disturbios cuando hay falta de armonía entre la persona, ego e inconsciente colectivo. La Terapia Jungiana consiste en buscar el arquetipo para determinar cómo estas marcas del pasado interfieren en la vida presente y en la autorrealización del individuo. La Terapia es activa y se busca una relación positiva con el paciente, evitando la neurosis de transferencia. La entrevista es dirigida y la asociación libre está en segundo término. Un aspecto importante en esta técnica es que se busca el desarrollo de una religión intelectualmente satisfactoria para el individuo, ya que a ésta se le considera capaz de reconciliar los arquetipos existentes con los sistemas éticos presentes.

"Modificaciones Terapéuticas" de Sander Ferenczi:

Ferenczi, después de apartarse de la Ortodoxia Freudiana, preconizó una Terapia Activa en la forma de una restricción de las gratificaciones físicas y sexuales. Creyó que estas restricciones de la libido serían proyectadas en la transferencia, y al limitar al paciente en sus satisfacciones sexuales e incluso excrementicias permitiría una expresión de sentimiento y agresión hacia el analista, que tendría importancia terapéutica. Esto de-

mostró ser ineficaz, y él mismo abandonó el método sustituyéndolo por una atmósfera completamente permisiva actuando entonces como una figura parental buena y tolerante que accedía a muchas de las exigencias de su paciente. También propuso que el Terapeuta admitiera sus propias faltas y dificultades al paciente para convencerlo de que la autoridad no era tan intolerante, ni rígida o incapaz de admitir sus faltas. Un análisis mutuo es el resultado, en esta técnica favorecía el dramatizar situaciones y permitir todo tipo de "acting out". Propuso establecer límites de tiempo al análisis, con el objeto de acelerar la terminación del tratamiento.

" La Terapia del Deseo" de Otto Rank:

(RANK, 1929) puntualiza la importancia de la experiencia de separación del niño de la madre, llamado "trauma de nacimiento". Esto provoca un impulso de retornar al vientre materno para restablecer las condiciones prenatales de seguridad y un deseo de renacer o separarse del objeto materno. En las relaciones humanas, el deseo de someterse o de separarse, es enfatizado en el análisis Rankiano, considerando en la relación paciente-terapeuta los sentimientos que tiene el paciente hacia el terapeuta. Las reacciones del paciente a la circunstancia inevitable de la separación son estudiadas con el objeto de trabajar con los sentimientos de culpa o de miedo por la separación, surgiendo las necesidades de controlar o ser controlado, se analizan los esfuerzos del deseo, que se reflejan a través de la Terapia en su interés por constituirla y ser dependiente, o de terminarla y separarse de esta relación de dependencia.

El énfasis de la terapéutica es el presente, y no el pasado, siendo fundamental la actividad ya que se movilizan los elementos constructivos del paciente para favorecer su deseo creador. Se establece límite de tiempo en la Terapia, se esfuerza en manejar material sexual, y se acepta la resistencia como una expresión inevitable del deseo. La resistencia no se interpreta, aceptando también la transferencia como parte del proceso de crecimiento. Fundamentalmente se trabaja con la utilización -

de las contradicciones que hay dentro del paciente.

"El Psicoanálisis Activo" de Wilhelm Stekel:

Stekel decía que la Teoría de la libido no explicaba los conflictos multiformes de la mente humana y creía que el complejo de castración no era tan universal como lo propuso Freud. Consideró importante tanto a los conflictos presentes como a los pasados. Los conflictos emocionales son producto de una competición de "motivos" no armónicos. Se anticipó a los enfoques caracterológicos actuales mencionando que el futuro del análisis residía en un análisis del carácter. La fórmula de su terapéutica -- era: "Recuerde lo que originó su problema, reconozca su actitud mórbida y supénela". Consideraba la intervención activa del Terapeuta y acepta cualquier tipo de ayuda que contribuya a facilitar el tratamiento. Establece una duración no mayor de seis meses para el análisis, da importancia a la transferencia considerando la fundamental en cualquier tipo de análisis, pero que se debe interpretar solo cuando actúa como resistir.

El "Análisis del carácter" y la "Terapia Orgánica" de Wilhelm Reich:

La formación del carácter fue concebida por Reich como una especie de armadura psíquica que protegía al individuo de los estímulos perturbadores del mundo exterior y de las tendencias libidinales internas. Durante el Psicoanálisis, el carácter del paciente sirve a los intereses de la resistencia, ésta es necesario romperse para que aflore el material reprimido. El Psicoanálisis del carácter del paciente propuesto por Reich, constituye también el análisis del carácter para llegar a conocer la represión más profunda, consecuentemente descubre lo que llamó "sustancia cósmica orgánica", y comienza a desvalorizar su contribución al estudio del carácter hablando de una orientación "fisiológica" en la terapéutica. La liberación de emociones remueve "energía orgánica" que vitaliza la potencia orgástica. La Terapia Orgánica trae un restablecimiento de la "motilidad del plasma" y aparece el concepto de "reflejo orgástico". En esta Terapia, el terapeuta toca y presiona los músculos del dorso, del t6

nax, de la mandíbula y del abdomen, y las extremidades del pa ---
 ciente produciendo reacciones emocionales libres que se inter-
 pretan. En ocasiones el Terapeuta imita los manierismos del pacien-
 te y se estimulan las tendencias a actuar.

"El Sistema Técnico Biológico Orientado" de Sandor Rado:

Trató de aplicar el pensamiento Psicoanalítico a un mé-
 todo Científico desarrollando un sistema Psicodinámico basado bio-
 lógicamente. Para Rado, la neurosis es el producto de respuestas
 falsas del organismo a los peligros que surgen de las emergencias
 de adaptación. Establece una organización jerárquica de los varia-
 dos niveles psicodinámicos llamándolos: hedónicos, emocionales, --
 de baja inteligencia y de autoatribuciones, que corresponden a ac-
 tividades fisiológicas a nivel cortical. Describe mecanismos de --
 de interacción basados en conceptos dinámicos y fisiológicos.

"La Escuela "Dinámico Cultural" del Psicoanálisis:

Los más representativos de la Teoría Culturalista son:
 From, Horney y Sullivan.

Esta escuela se caracteriza por un cambio de énfasis --
 técnico de lo Biológico a lo Sociológico, del preocuparse con las
 experiencias pasadas del paciente a lo que significan los contac-
 tos actuales del mismo con las demás personas, del considerar al
 desarrollo sexual en los patrones del carácter, ya que la influen-
 cia de las fijaciones de la libido pueden impedir el funcionamien-
 to del desarrollo y la maduración del Yo. Se cuestiona la natura-
 leza sexual de las necesidades infantiles. Las experiencias y los
 elementos sociológicos más que lo biológico, son la etiología de-
 los conflictos. La estructura del carácter es el producto de la --
 interacción del medio con la base constitucional del individuo.
 El objetivo de la escuela Dinámico Cultural está encaminado a pro-
 piciar en el individuo seguridad y autoestima.

De acuerdo a Erick Fromm (THOMPSON, 1955), las fuerzas-
 sociales provocan los mecanismos irracionales en las relaciones --
 del individuo con el grupo y promueven su aislamiento.

La necesidad primaria de socialización, de recibir apro-
 bación y sentirse un individuo con significado, se hace conflicto

ante la necesidad de independencia. El individuo en la relación terapéutica tiene que descubrir los aspectos sanos que han sido restringidos por el medio ambiental, el terapeuta lo ayuda a comprender y rectificar su necesidad de adherirse a una autoridad irracional y a desarrollar una organización caracterológica que le permita relacionarse con el grupo de una manera sana y productiva.

(HORNEY, 1953) considera que el individuo trata de luchar con sus sentimientos de desamparo, aislamiento, miedo y hostilidad, originando la "ansiedad básica" que se da cuando el niño siente aislamiento o desamparo en un mundo potencialmente hostil. Es entonces cuando surgen las tres tendencias del carácter: que son las que mueven al individuo hacia la gente, contra la gente o a alejarse de la gente. Las actitudes hacia los demás y hacia sí mismo determinan el conflicto. En la terapéutica hay una imitación de la conducta psicoanalítica freudiana, pero el terapeuta influye en la dirección de las asociaciones libres y sugiere posibles soluciones.

Para Sullivan (STACK, 1966) la situación de enfermedad emocional se refiere a las dificultades en las relaciones interpersonales. Este concepto establece que las experiencias tempranas y condicionamientos por los padres y otros adultos significativos forman una pauta de reacción (distorsión paratóxica) en la cual se elabora un mantenimiento de seguridad basado en una serie de distorsiones.

El proceso terapéutico consiste en explorar las relaciones interpersonales, basándose en que el individuo busca un estado de "euforia" que pudo haber perdido durante su infancia. La relación terapéutica es una experiencia en sí misma, sin importar mucho el pasado, el análisis puede libremente analizar y asociar, situaciones que crearon las bases de la distorsión paratóxica, y ver lo que está ocurriendo en la actualidad. El Terapeuta es flexible y más activo, no hay reglas fijas y se pueden utilizar los mecanismos inconscientes como los sueños. Se utiliza la posición sentada o acostada, se dirigen en parte las asociaciones, y se pueden utilizar otros materiales significativos-

para el paciente.

2.2.6.- CLASIFICACION DE LA PSICOTERAPIA

De la observación del análisis anterior, se puede ver que existen una gran variedad de formas de Psicoterapia, cada una con sus métodos y objetivos propios; seguidores y críticos respectivos.

La Psicoterapia moderna dispone de numerosos recursos-técnicos, pero ninguno es válido por sí mismo y todos y cada uno requiere saber usarlos.

Para hacer Psicoterapia se necesita algo más que instrumentos técnicos: es necesario un plan y un sistema de coordenadas que permita al médico establecer una relación entre su propia experiencia y la de su paciente (SCHILDER, 1965).

Las herramientas técnicas de la Psicoterapia son: Discusión, consejo, persuasión, apelación a la fuerza de voluntad, discusión del pasado, roll play, asociaciones libres o evocadas por dibujos o láminas, interpretación de los sueños, interpretación de los errores de la vida diaria, análisis de la ideología, de la adaptación social, sugestión, relajación y concentración, cambio de ambiente, terapia ocupacional, tratamiento por grupos.

Todos son métodos eficaces en el tratamiento psicológico de los pacientes, lo que varía es el enfoque y el objetivo de su aplicación.

(WOLBERG, 1965) hace dos clasificaciones de la Psicoterapia:

1.- La Terapia de Apoyo, y

2.- La Terapia de Insight

Esta última la subdivide en base a sus metas que son:

2.1.- Terapia Reeducativa y

2.2.- Terapia Reconstructiva

La Psicoterapia de insight (#) con metas reconstructivas, entra en el rango de Psicoterapias profundas, siendo los objetivos del método, restablecen la unidad del sujeto, ligando su

(#) Capacidad para conocerse a sí mismo.

pasado y su presente como una entidad, desarrollando nuevas posibilidades de adaptación.

Las Psicoterapias no profundas son llamadas de sostén o de apoyo, sin profundizar en la significación de los trastornos y conflictos subyacentes, en la relación médico-paciente el Terapeuta se contenta en ser referencia de apoyo constante para el paciente, persiguiendo la restauración del equilibrio adaptativo.

En la relación médico-paciente es importante que se mantenga un manejo adecuado de la transferencia (sentimientos y actitudes del paciente hacia el terapeuta, traspolados de otras figuras y objetos anteriores en su vida) positiva o negativa, en la apreciación de su sintomatología, normas para su interpretación, actitud del terapeuta frente a las convicciones ideológicas, indiferencia y amor; el consejo relativo a estas convicciones y en general, comprender es la base de toda verdadera relación médico-paciente desde el inicio, durante y al final del desarrollo de la Psicoterapia (SCHILDER, 1965).

Los objetivos de la Psicoterapia se pueden clasificar en dos categorías, dependiendo sobre quien recae la acción del cambio: 1.- En el ambiente, o 2.- En el paciente.

1.- El ambiente, en el cual se encuentra el paciente - puede ser modificado o intentarse su modificación. Implica que puede ser necesario cambiar algo, sustituirlo o sacarlo. Posibles aspectos de cambio son: lugar de trabajo, horas de descanso, personas que están en contacto con el paciente, forma de vida, - modificar el ambiente habitual, etc.

2.- Hay tres aspectos del paciente que pueden ser modificados:

2.1.- El pensamiento (las decisiones que toma)

2.2.- Las acciones que realiza (actitudes) y

2.3.- Las emociones (de lo inconfrontable a lo placentero en el plano de los sentimientos).

La Tabla II representa atendiendo a la clasificación de Wolberg, el objetivo que persiguen las terapias, el tratamiento para lograr las metas de estas formas de Psicoterapia.

TABLA II

VARIETADES DE PSICOTERAPIA SEGUN SUS PROPOSITOS Y METAS

<u>Tipo de Tratamiento</u>	<u>Aproximación</u>	<u>Método</u>
<p>DE APOYO: Su objetivo es el reforzamiento de las defensas ya existentes, así como la elaboración de mecanismos nuevos y mejores para mantener el control.</p>	<p>Catarsis Emocional Relajación muscular Hipnosis Sugestiva Narcoterapia y psicellos Manipulación ambiental Reacondicionamiento</p>	<p>Compasivo Sugestivo y encubierta Coactivos</p>
<p>DE INSIGHT CON METAS RECONSTRUCTIVAS: Su objetivo es promover insight en los conflictos más conscientes, con un esfuerzo deliberado para lograr un reajuste, una modificación de las metas y del modelo de vida a la medida a la medida de las potencialidades creadoras.</p>	<p>Terapia de relación Terapia de actitudes Terapia Psicológica Consejo Terapéutico Terapia de Casework Psicoterapia individual - idien Terapia centrada en el Cliente Psicoterapia Intensiva Psicoanálisis Terapia de grupo (Moreno) Terapia Semántica Terapia racional</p>	<p>Comprensivo Frida Fromm Reichman Franz Alexander Persuasivo</p>
<p>DE INSIGHT CON METAS RECONSTRUCTIVAS: Su objetivo es promover insight en los conflictos inconscientes, con esfuerzos para lograr una modificación extensa en la estructura del carácter. Expansión del crecimiento de la personalidad con el desarrollo de nuevas posibilidades de adaptación.</p>	<p>Psicoanálisis Ortodoxo Psicoanálisis de Jung Psicoterapia Cuatrista o Psicodinámica - Monney, Fromm, Sullivan. Análisis existencial.</p>	<p>Comprensivo</p>

2.2.7.- DEFINICION DE LAS TÉCNICAS APLICADAS EN LA PSICOTERAPIA

El objetivo de la Terapia de Apoyo es llevar al paciente a un equilibrio emocional tan rápido como sea posible, disminuir o eliminar sus síntomas de modo que sea capaz de funcionar a un nivel lo mas cercano posible a lo habitual. Así mismo intenta eliminar o reducir los factores perjudiciales que actúen como fuentes de agitación. Cabe señalar que no intenta cambiar la estructura de la personalidad, aunque se puedan dar cambios constructivos a consecuencia del tratamiento.

Las técnicas utilizadas en la Terapia de Apoyo son muy variadas como se puede ver en la Tabla II, de las cuales solo se mencionaran algunas:

La Catarsis Emocional basada en la liberación de los sentimientos y emociones acumulados, y en la revaloración objetiva de estos elementos internos dolorosos. El solo hecho de verbalizar aspectos propios de los que el individuo se siente avergonzado o temeroso, le ayuda a desarrollar actitudes mas constructivas hacia ellos.

El Reaseguramiento se da en todas las formas de Psicoterapia de alguna manera, ya que en la relación terapeuta-paciente se provocan sentimientos de seguridad y aceptación en el paciente aun cuando no los exprese verbalmente. El Terapeuta discute abiertamente los temores del paciente, dando explicaciones y reaseguramiento verbal con fin de aliviar su tensión y ansiedad.

La Manipulación Ambiental, trata de resolver el trastorno emocional del paciente, eliminando o modificando los elementos desorganizadores de su ambiente. El paciente puede estar ligado a distorsiones de su ambiente sin darse cuenta de las situaciones específicas que se generan tensión y hacen responsables de sus conflictos a otros factores ajenos al ambiente que realmente lo perjudica. La conexión del ambiente no siempre puede ayudar a los pacientes ya que solo puede ser precipitante de problemas ya existentes.

La Persuasión se basa en la idea de que el paciente po-

see dentro de sí mismo, la habilidad suficiente para modificar su proceso emocional patológico, con la fuerza de su voluntad o la utilización del "sentido común". Se hace énfasis al enfrentamiento de la adversidad, a la aceptación de las dificultades ambientales y al reconocimiento de sus limitaciones, acentuando los aciertos del paciente y sus cualidades personales.

Las Técnicas Grupales, se basan habitualmente en establecer dentro del grupo las relaciones dirigidas a disminuir las tensiones sociales y a promover la autoestima y autoconfianza.

La uruguaya Nirta Videla, en su práctica del manejo de grupos de embarazadas con su pareja, habla de la importancia del apoyo de los integrantes que al vivenciar las mismas experiencias y emociones garantizan a cada uno de los participantes que son comprendidos, aceptados y permisibles los cambios y emociones que están surgiendo en ellos, facilitando con la dirección del grupo que afloren estos sentimientos con contenido catártico.

La Terapia de Insight con metas Reconstructivas, se esfuerza por lograr una modificación de la estructura de la personalidad. Utiliza los métodos de Psicoanálisis Freudiano, No Freudiano y Psicoterapia Psicoanalíticamente Orientada (*).

(*). Para mayor detalle remitirse a la Tabla II

2.3.- ASPECTOS TEORICOS DE LA ANSIEDAD

La ansiedad como síndrome de respuesta emocional tiene tres dimensiones según (LADER, 1971) a saber:

- 1.- Subjetiva-cognitiva que incluye la apreciación de amenaza o peligro que se acompaña de la sensación de miedo.
- 2.- Conducta-motora con ciertas tendencias de acción y-
- 3.- Cambios-fisiológicos que son parte de la motilidad o movimiento hacia la acción.

Estos tres factores son parte integral de una respuesta, y el modelo particular con que proveen displacer es característica distintiva de cada emoción. Así las emociones como la ansiedad se conciben como sistemas de respuesta.

Algunos determinantes de la ansiedad son biológicos y otros son influencias culturales. (LAZARUS, 1966) puntualiza sobre la disposición filogenética del individuo (organismo) para responder con adaptabilidad (adecuadamente) a ciertos tipos de estímulos de manera que contribuye a la supervivencia. De igual forma a través del proceso de socialización una cultura impone sobre sus integrantes ideas de apreciación de los estímulos emocionales y sus modos de responder a estos estímulos.

Las personas aprenden a seleccionar y responder dependiendo del estímulo bajo el cual están expuestas influyendo en su respuesta la información filogenética, cultural y la influencia ontogenética.

Algunas respuestas como la "sudoración" son una expresión biológica importante, otras como "la culpabilidad" son reacciones convencionales y cognitivas preponderantemente (LAZARUS, 1966).

2.3.1.- ANTECEDENTES HISTORICOS

¿Cuál es el origen de la ansiedad?

Platón responde a esta pregunta diciendo que se debe a la frustración de inmortalidad y la que la realidad le produce - al hombre, dice que el deseo universal de aspirar a la inmortalidad conlleva frustración generadora de ansiedad de tipo existencial. La duda del propio Yo de alcanzar la trascendencia y la eternidad, produce en el hombre inquietud y ansiedad.

Sin embargo en su Enchiridion, Epicteto culpa al hombre como fuente y raíz de todos sus males diciendo: "No le inquietan al hombre las cosas, sino las opiniones sobre las cosas". Cuando nos sentimos inquietos, turbados, llenos de confusión, no debemos echarle la culpa a nadie, nada mas a nosotros". "Quédese para los ignorantes el echar a otros la culpa de las cosas que a él solo debe el haberlas hecho mal" (MARIAS, 1950).

La escuela Estoica rechaza todas las situaciones provocadoras de ansiedad, y menciona que somos nosotros mismos la fuente de nuestro mal, por el inadecuado manejo de estas situaciones.

El concepto de una ansiedad existencial o caracterológica sigue su desarrollo y difusión por los filósofos hasta el siglo XIX. B. Spinoza considera que todos los afectos son de carácter situacional. El hecho de que los afectos (el deseo, la alegría, la tristeza, el miedo, etc) son actos que se producen en presencia de una situación específica, él dice: "El odio, la aversión, el temor, la desesperación, la pena, la conmiseración, la humildad, la envidia, el arrepentimiento, el menosprecio, y otros modos, son consecuencia o actos de pesar que proceden de la múltiple variedad de situaciones, siendo la tristeza el efecto caracterizado como un acto por el que el poder de obrar del hombre es disminuido o reprimido" (MARIAS, 1973). El mismo autor dice que los deseos frustrados o no llevados a cabo constituyen una fuente de ansiedad. Los deseos de venganza, amor, anhelo, gula, son igualmente productores de ansiedad, siempre que no llegan a lograrse. La ansiedad situacional también está implícita en El Génesis-

y dice: " Parirás con dolor a tus hijos, por tí será maldita la tierra..." (HACAR, 1968)

2.3.2.- PROBLEMAS DE DEFINICION DE ANSIEDAD

Definición de angustia

Según Freud, en su Teoría Psicoanalítica la angustia automática es una reacción individual ante una situación traumática, o sea bajo excitaciones de origen interno y externo, y la incapacidad de dominarlas. La angustia real es la reacción del individuo ante un agente externo que implica una amenaza real (FREUD, - 1973).

La angustia es un indicador de conflicto y motivador de represión para Freud, no así para Fromm, quien opina que la amenaza interna es el resultado de exigencias socioculturales.

Las potencialidades del individuo sujeto a las normas - de una cultura determinada, fracasan al ser expresadas y no obtener aprobación social, produciendo angustia y generando el conflicto (THOMPSON, 1955)

Fromm dice: que la angustia se genera en el conflicto - existente entre la necesidad de establecer contacto, obtener aceptación social y la necesidad de conservar independencia.

Sullivan llama "euforia" cuando el niño adquiere un sentimiento de bienestar y se presenta la aceptación de los adultos - en general; este elemento es fundamental del ambiente en que se desarrolla el organismo humano joven. La reprobación produce el - sentimiento de la pérdida de la "euforia", situación incómoda, - después llamada angustia (STACK, 1966).

(HONEY, 1953) dice que la frustración tiende a hacer - hostil al niño y éste siente que el mundo es hostil, esta creencia aumenta sus sentimientos de desamparo. Se desarrolla una segunda angustia como defensa enegida contra la primera angustia, - formando un círculo vicioso, porque la primera angustia produce - defensas que a su vez provocan nueva angustia y así sucesivamente.

Estos Psicoanalistas: Fromm, Honey y Sullivan, disien-

ten de Freud en lo que respecta a la naturaleza de la amenaza interna que produce la angustia, porque los tres sustentan que dicha amenaza es el producto de ciertas exigencias culturales.

La angustia tiene su origen en impulsos que se hacen -- particularmente amenazantes cuando la represión se debilita. También puede producirse por frustraciones, insatisfacciones, inseguridad, y con mayor frecuencia en las situaciones interpersonales.

CONSIDERACIONES ETIMOLOGICAS DE LA ANSIEDAD

La palabra Ansiedad se deriva de las raíces griegas que denotan la "impresión de estrechez".

"ANXIOUS" término latín y sus derivados tienen la noción de pobreza (carencia), estrechez o constricción usualmente asociados con disconfort (incomodidad). No influye aquí la idea de incertidumbre y miedo que ha sido una característica importante en el uso moderno de la palabra, pero si tiende al stress depresivo e intranquilo (desinquietante), denota la sensación de estar "apretado", "ahogado" o "atrapado".

La idea de "Constricción" también está implícita en los términos: Francés - "angoisse", alemán - "angst", italiano - "ansietà", español - "ansiedad" y en el inglés, lengua que aplica diferentes connotaciones según sea la causa que la produce:

Anxiety, anxious, anguish, anger, ange; éstos se refieren al enojo, cólera, tristeza, dificultad, etc.

DIFERENCIAS Y SEMEJANZAS ENTRE ANSIEDAD Y ANGUSTIA

Algunos autores distinguen entre el concepto ansiedad y angustia.

Ansiedad es sinónimo de inquietud, afán, "estar ansioso por hacer algo" o "ver a una persona". Angustia es lo opuesto, afecto paralizador del comportamiento, "no saber qué hacer" (DIET, 1966) para este autor la angustia es sinónimo de miedo o stress.

Para (MARTIN, 1961) miedo y ansiedad son sinónimos. Des

culnib bajo diferentes estímulos que la respuesta a la ansiedad -- es la misma. Este autor concibe la ansiedad como una respuesta -- neurofisiológica que tiene manifestaciones específicas en los sistemas medular hipotalámico-simpático adrenal, en el sistema hipotálamico-pituitario-adrenal cortical, y en el sistema reticular. La intensidad patológica y persistencia de los reflejos de ansiedad son reacciones crónicas en algunos aspectos de estos sistemas neurológicos. Estas reacciones son efectos mensurables en sistemas de fisiología, conductuales y autoreportes. Esto asume que la respuesta de ansiedad aunque es una capacidad innata del organismo humano, es altamente aprendida, pudiéndose convertir probablemente en un estímulo no lícito en la base de la misma contigüedad.

(EYSENCK, 1956) propone que hay dos dimensiones subordnadas de Ansiedad, primero de desorden neurótico, neuroticismo, e introversión-extroversión, siendo que ambas tienen determinantes hereditarios.

El neuroticismo lo concibe como una sobre-reacción automática heredada, mientras que la introversión la caracteriza por su condicionamiento franco; por lo tanto la ansiedad como una reacción de miedo condicionado, aparece con mas frecuencia en personas no tímidas. Por ejemplo en introvertidos neuróticos.

La distinción entre miedo y ansiedad estriba en la diferencia del estímulo que los provoca mas que la diferencia de la respuesta. Como la distinción entre ansiedad a la castración y ansiedad a la separación, es el estímulo y no la respuesta a la ansiedad en sí misma lo que se ha diferenciado hasta la fecha.

Es importante en el propósito de las investigaciones clínicas identificar los indicadores que provocan la respuesta de ansiedad. Estos indicadores pueden ser internos o externos e incluir "respuestas producidas indicadoras" asociadas con pensamientos, imágenes, fantasías, estados de ataque somático, etc.

El término stress se ha usado para referirse tanto a -- condiciones de estímulos peligrosos (stressores) que producen --- reacciones de ansiedad, como a los cambios cognitivos, afectivos, conductuales y psicológicos (reacciones de stress) que son produ-

cidos por estímulos stressantes (LIZARIUS, 1966).

El concepto de Ansiedad como proceso se refleja en la distinción tradicional entre miedo y ansiedad.

El miedo denota generalmente una reacción emocional al daño o perjuicio de algún peligro objetivo, real en el medio ambiente. Otra definición de miedo, es que la intensidad de la reacción del miedo es proporcional a la magnitud del peligro que la evoca. En contraste, la ansiedad tradicionalmente se estima una reacción emocional "opuesta" porque, o las condiciones de los estímulos que la evocan se desconocen, o la intensidad de las reacciones emocionales son desproporcionalmente mayores que la magnitud del peligro objetivo.

El concepto de Ansiedad implica un proceso que requiere una Teoría de la Ansiedad para especificar las variables fundamentales que provocan el estado de Ansiedad. En consecuencia una Teoría del Stress y de la Ansiedad debe tomar en cuenta las conductas incitadas y evitadas, así como las defensas psicofisiológicas que sirven para aliviar el estado de ansiedad.

DIFERENCIACION ENTRE ANSIEDAD Y LAS CONDUCTAS DEFENSIVAS O DE SOLUCION A LA ANSIEDAD

Si una persona tiene respuestas evasivas para relacionarse con los demás, se puede decir que existe ansiedad en sus relaciones interpersonales, y si esta persona "cree que tal respuesta no es ansiedad", su respuesta defensiva sirve para cumplir este propósito: reportar verbalmente poca o nada de ansiedad, porque no tiene consciencia de ella o la niega.

Hay autores que han demostrado que el efecto cognitivo influye en la respuesta fisiológica o en la interpretación subjetiva de ésta por un individuo.

(LIZARIUS, 1966) reporta estudios en los cuales una intelectualización cognitiva logró reducir la respuesta automática a un film desencadenante de respuestas automáticas.

Aunque la ansiedad se considera frecuentemente como una emoción de displacer, no todas las personas intentan evitarla, --

por el contrario, algunos sujetos activamente buscan la ansiedad y ganan intensa satisfacción por su habilidad para manejar situaciones peligrosas. Escalar montañas, manejar autos de carrera, - ver películas o hacer lecturas impresionantes son por sí mismos - deportes y actividades que implican riesgo y son formas de entrenamiento que pueden causar un tipo de ansiedad placentera. El nivel bajo de ansiedad es un estado usual asociado con el manejo - del medio ambiente, es el conocimiento de un individuo del potencial de amenaza. La ansiedad extrema puede desintegrar la conducta.

Es obvio que estas consideraciones deben tomarse en -- cuenta en el manejo de la medición de la ansiedad.

La ansiedad es normal en el sentido de que es universal y afecta a casi todos los individuos en alguna medida. Esta se relaciona frecuentemente a situaciones específicas que varían de una persona a otra, pero ciertas actividades generalmente evocan algún estado de ansiedad en la mayoría de la gente. Así la ansiedad es parte de la vida diaria: es una interacción del funcionamiento conductual (AVERRIL, 1969) y el logro de un nivel de ansiedad constante para cada persona (SPIELBERGER, 1971)

Existen evidencias de que cada individuo "selecciona" - en alguna medida su nivel de ansiedad propio y entonces regula - sus actividades para mantener el nivel de equilibrio emocional.

La ansiedad clínica va más allá de la respuesta "normal" al stress y dificulta el funcionamiento diario de un individuo. Esta es más marcada, más frecuente y persistente que la intensidad, duración u ocurrencia que el modelo de ansiedad "seleccionado" por un individuo "normal" y quien la presenta generalmente requiere atención clínica, se percate o no de ello.

Ocurren otras emociones en un amplio rango de estados clínicos tales como: desórdenes afectivos, el síndrome pánico, -- desórdenes obsesivo-compulsivos, éstos pueden ser un síntoma de esquizofrenia, síntomas de conversión, estado confuso del organismo o epilepsia.

En el cuadro clínico en donde domina la ansiedad en --

ausencia de otros desórdenes gruesos se usa el término "ansiedad-estado".

Los desórdenes afectivos se manifiestan por depresión, desgano, palidez y otras características de desorden afectivo. Cuando la ansiedad es prominente y otros rasgos depresivos son mínimos, se dificulta conocer o distinguir entre el estado depresivo o un estado de ansiedad. Es necesario hacer esta distinción para su tratamiento (WALKER, 1959) y (GURNEY, 1970).

En el estado de embarazo, la mujer tiende a presentar estos desórdenes afectivos, de ahí la importancia para esta investigación tomar en cuenta esta distinción entre depresión y presencia de ansiedad.

(KELLY, 1970) dice que hay concomitantes de la ansiedad como son el grado de depresión. Esta es una área difícil de medir que va a reflejar la ansiedad y es de gran ayuda para el Psicólogo o Psiquiatra. Este autor menciona que el grado de neuroticismo, el grado de ansiedad, el latido cardíaco, la presión sanguínea, son todos detectores confiables de depresión y medidas fisiológicas que sirven de apoyo para poder dar tratamiento.

DEFINICIÓN DE ANSIEDAD

(PORTNOY, 1959) define la ansiedad "como una experiencia subjetiva desagradable de aprehensión, anticipación al peligro, al fracaso y desintegración, que el individuo que la experimenta remedia el origen desconocido de estos malestares por medio de características somáticas. Estas demuestran un incremento en la tensión muscular (rigidez, temblores, debilidad, inestabilidad, etc) en el sistema cardiovascular (palpitación, rubor o palidez, languidez, pulso rápido, incremento de la presión sanguínea, etc) y en el sistema gastrointestinal (náuseas, vómitos, diarreas, etc). Se puede manifestar por frío en las extremidades, respiración irregular o rápida, frecuencia de orina, disturbios en el sueño...". Esta definición coincide con (NOYES, 1976) a diferencia de que este autor utiliza el concepto de Angustia.

Visto así, la ansiedad se aborda desde múltiples puntos de vista.

Pocos investigadores se inclinan a limitar su concepto de ansiedad, por ejemplo, se dice que la frecuencia cardíaca rápida es ansiedad; o el autoreporte de sentimientos de ansiedad y de aprehensión denota ansiedad. Sin embargo el latido cardíaco puede aumentar por una variedad de razones sin tener que ver la ansiedad (LAZARUS, 1966).

DEFINICION DE ANSIEDAD UTILIZADA EN LA PRESENTE INVESTIGACION

En este estudio se ha optado por la definición de ansiedad que da (SPIELBERGER, 1927) señalando que es un estado subjetivo de sentimientos de aprehensión y tensión percibidos conscientemente y acompañados por la activación del Sistema Nervioso Autónomo, cuyo nivel ansioso fluctúa en tiempos y en personas como respuesta a estímulos internos y externos.

Distingue entre Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo, mencionando que la primera es "una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprehensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento en la actividad del Sistema Nervioso Autónomo". Estos estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctúan a través del tiempo, con lo que el Estado de Ansiedad se refiere a "la ansiedad experimentada en un momento dado" (SPIELBERGER, 1962).

La Ansiedad Rasgo la define como "las diferencias individuales relativamente estables, en la propensión de 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, 1971).

Las personas que califican alto en Rasgo, elevan el Estado más frecuentemente que aquellas que tienen una puntuación baja en Rasgo, pues las primeras tienden a reaccionar a un mayor número de situaciones como si fueran amenazantes. Estas también tienden a incrementar en la intensidad del Estado que implica relaciones interpersonales que amenazan la autoestima.

TEORIA DE LA ANSIEDAD DE SPIELBERGER

(SPIELBERGER, 1962) 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. La amenaza se refiere a la percepción del individuo de una situación como menos o más peligrosa, o como una amenaza personal para él.

Una situación de peligro específico se interpreta como amenazante dependiendo de la subjetividad del individuo (*ideosincracia*) en base a sus experiencias pasadas en situaciones similares y los recuerdos o pensamientos que se reintegran o se evocan por dicha situación.

La Ansiedad como Rasgo (A-R) 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 (A-E) desproporcionadas en la intensidad a la magnitud del peligro objetivo.

En el estado ansioso se acumulan los rasgos caracterológicos y transitorios cuyos fenómenos se observan psíquica y fisiológicamente, y pueden ser sometidos a medición.

El fenómeno de la ansiedad con su conjunto de componentes (factores) ha sugerido a los técnicos de la corriente Factorialista a considerarlos también como rasgos; es decir características relativas constantes que se hayan en cada individuo. Cada factor es un rasgo cuya magnitud varía y está organizada de diversa manera que se expresa fenomenológicamente en cada individuo. - Thorndike (M. STASI, 1968) señala que un rasgo es una cantidad variable que se mide por los diferentes grados del mismo encontrado en todos los sujetos de un grupo definido, por el número de veces que aparece.

De aquí dos resultantes: una constante y otra transitoria. La constante (rasgo) es caracterológica también y común a mu

chos. La transitoria es más compleja, mas difícil de someter a patrones, responde al concepto de Estado.

(CATELL, 1957) distingue dos clases de ansiedad:

La caracterológica y

La situacional.

La primera es algo que surge internamente de las diferencias temperamentales, tales como la timidez. Como conflicto interno es una huella de la experiencia externa que puede ser histórica, remota y atribuible a los sentimientos y complejos del sujeto.

La ansiedad situacional se relaciona mas con la amenaza externa, y menos con los aspectos internos del individuo, ésta puede ser ajustada a las estructuras de la personalidad del sujeto y considerarse normal en momentos determinados para esa persona. Catell considera que la ansiedad es una única entidad que aparece en los experimentos como dimensión distinta, siendo muchas veces una respuesta a las amenazas y peligros reales del medio ambiente.

Esta tendencia de factores y rasgos ha sido estudiada por R.B. Catell Scheier, C.D. Spielberger y otros más, que tienden a considerar a la ansiedad como una reacción a una fuente interna (rasgo) que amenaza la integridad del individuo y que está relacionada con sus vivencias pasadas, y con una fuente externa (estado) que ocurre en un momento determinado; ansiedad que se presenta como una señal de alarma ante un peligro externo.

2.3.3.- DIFERENTES TÉCNICAS DE MEDICIÓN DE LA ANSIEDAD

Todas las técnicas hasta la fecha utilizadas para medir la ansiedad siguen bajo situaciones experimentales, siendo aun -- causa de controversias la diversidad de opciones sobre la posibilidad de la medición y la evaluación de la ansiedad.

La aplicabilidad de algunos instrumentos para medir la ansiedad, constituye un esfuerzo y un logro para replantear los elementos que componen este estado emocional.

Existen dos formas para medir la ansiedad:

- 1.- Técnicas o instrumentos de medición fisiológica, y
- 2.- Instrumentos Psicológicos (Tests, cuestionarios, - entrevistas, etc), Autoreportes.

Se han usado para la medición del stress o ansiedad:

Frecuencia cardiaca, respuestas vasculares, presión sanguínea, respuestas de la piel como la sudoración de las palmas, - que es una actividad de las glándulas sudoríparas y actividad de la epidermis. (WANG, 1964) ha demostrado que estas glándulas tienen un importante papel en la "excitación" de los centros nerviosos, y el incremento de la actividad de estas glándulas ocurre solo al inicio del stress asociado al incremento de la actividad de la pituitariadrenal, generalizando la actividad en todo el organismo.

La respuesta galvánica de la piel ha demostrado ser confiable en su relación con los sujetos y situaciones definidas de ansiedad (LACEY, 1958) y (LADER, 1964); al respecto (KATKIN, 1966) demostró una significancia positiva entre la respuesta galvánica de la piel y la Escala de Adjetivos Afectivos de Zuckerman (AAFL) un autoreporte de ansiedad (ZUCKERMAN, 1960) aplicado después de una experiencia de stress (amenaza de shock).

La respuesta galvánica condicionada demostró ser más fácilmente adquirida por pacientes clasificados ansiosos, ya sea -- por autoreporte o por diagnóstico médico, que por aquellos pacientes que se clasificaron "normales" respecto de la ansiedad (BITTERMAN, 1952) y (WELCH, 1947) siendo que los pacientes ansiosos ex-

tinguen mas lentamente que los "normales" el condicionamiento de de la respuesta galvánica (HOWE, 1958).

Se han hecho mediciones de la ansiedad ("deseo de huida") concepto manejado por (WOLF, 1947) en relación a la presencia de ácido gástrico (HCL) con la actividad estomacal. (MAHL, -- 1953) asoció el incremento de la secreción del ácido con el incremento del autoreporte de la ansiedad. Las contracciones musculares estomacales pueden no estar relacionadas con la secreción del ácido, y Mahl concluye que el dominio parasimpático es característica sólo de la ansiedad crónica como lo encontró Wolf en sus pacientes psiquiátricos.

Las medidas bioquímicas como son el cambio hormonal durante el stress o la ansiedad demuestran ser también medidas eficaces para denunciar la relación del autoreporte de ansiedad por el (HCL) con la presencia de tirotrópina en el plasma que fué medido por (ZUCKERMAN, 1960).

En un estudio hecho por (MARTIN, 1961) revisa seis investigaciones relacionadas con los cambios bioquímicos durante la ansiedad concluyendo que: "La epinefrina conduce el incremento de la conductibilidad de la piel, presión sistólica sanguínea, frecuencia cardiaca, ritmo cardiaco, temperatura frontal, estimulación del Sistema Nervioso Central, nivel de azúcar en la sangre, y el decremento de la presión diastólica sanguínea, resistencia vascular periférica, temperatura de las manos, secreción salival". Por lo tanto la producción de estas sustancias (catecolaminas) la epinefrina (adrenalina) y la norepinefrina (noradrenalina) extraídas o producidas por la glándula suprarrenal producen síntomas somáticos y subjetivos de "ansiedad".

Como se puede ver estas mediciones detectan la existencia de síntomas ansiosos pero tienen la desventaja de requerir personal y equipo costosos además de procedimientos analíticos y especializados. Sin embargo la medición de estas múltiples respuestas a la ansiedad tienen implicaciones tales como:

1.- Las características individuales de patrones de respuesta automática deben considerarse antes de medir el grado de -

ansiedad.

2.- Las causas de la emoción deben ser consideradas también. Si la causa se asocia a los resultados observados sobre el sujeto, entonces la emoción es llamada miedo, si no es el agente-causal es más frecuente llamarle ansiedad (cuando se desconoce la causa).

Los Instrumentos Psicológicos como medición de la ansiedad:

Muchos inventarios y escalas se han usado para medir varios aspectos del funcionamiento psicológico incluyendo los niveles de ansiedad. Se han presentado muchas dificultades para producir un grado satisfactorio de dichas escalas (WITTENBORN, 1964).

El mayor atributo de una escala es que sea válida en -- cuanto a que mida lo que pretende medir. Los inventarios (tests) tienen una validez interna que es el autorreporte de "ansiedad", -- "tensión" y "nerviosismo" en el individuo, y una validez externa criterio que son grados observables como: temblor, sudoración, hipertensión, etc. Ambas dependen de una consistencia entre los índices bien establecidos de ansiedad y el instrumento (test).

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 personalidad, y ---

2.- Escalas o cuestionarios dirigidos a medir la ansiedad específicamente (TAYLOR, 1953).

Las pruebas proyectivas tales como el Rorschach, T.A.T., Frases Incompletas, Hollzmann y otras más, son muy utilizadas en el área clínica. Tienen la ventaja de que el sujeto desconoce lo que el Psicólogo busca, estando libre de presiones facilita la expresión y manifestación abierta de sus acciones respecto de la -- prueba. Sin embargo éstas ofrecen dificultades y limitaciones, dedo que el diagnóstico se hace de acuerdo al entrenamiento e intenpretación del Psicólogo y algunas pruebas no se pueden aplicar en

grupo, en otras se dificulta establecer niveles y correlaciones de significancia estadística.

Todos estos factores hacen considerar a las pruebas pro yectivas poco objetivas para fines experimentales.

Las escalas o cuestionarios de medición y evaluación específica de la ansiedad aparecen en los años '50 y de entonces a la fecha se han elaborado una serie de instrumentos de esta índole.

El Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) - es probablemente el más usado de todos los inventarios. Esta prueba surgió de muestras de pacientes diagnosticados como depresivos, histéricos, paranoicos, etc., y por muestras control sin estos padecimientos. (WELSH, 1952) desarrolló un índice de ansiedad considerando los perfiles que reportaron pacientes ansiosos. Para este autor AI (Índice de Ansiedad) es la combinación de 4 escalas (Hs, D, Pt, y Hy), aplicó en 10 clínicas el MMPI y combinó estos ítems, seleccionando 31 de éstos para formar una escala de ansiedad que correlaciona altamente con AI. Aunque esta escala se desarrolló en forma similar a la escala de Taylor, la escala de ansiedad de Welsh se ha usado poco en comparación con ésta última.

La escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor (MAS en inglés) surgió de la selección de ítems del MMPI que describen aspectos fisiológicos y psicológicos de Ansiedad. El Taylor original consistió de 50 ítems, después surgió una forma con 20 preguntas y también se desarrolló una forma de ansiedad manifiesta para niños. Esta consta de cinco factores: 1) conocimiento de sí mismo, 2) sudoración, frío y calor, 3) insomnio, 4) sentimientos de inadaptación insuperable, y 5) fatiga. Las respuestas pertenecen al grupo "Falso o Ciento" y el puntaje se obtiene de los reactivos que ha marcado el sujeto (TAYLOR, 1953).

La Lista Múltiple de Adjetivos Afectivos (MAACL) fue desarrollada por (ZUCKERMAN, 1964) para medir estados afectivos. El sujeto marca aquel ítem que describe la intensidad de un sentimiento específico. Cubre 3 dimensiones afectivas: Ansiedad, hostilidad y depresión. Consta de 132 adjetivos, que están clasificados en 21, 28 y 40 respectivamente. Los ítems restantes sirven como a

montiguadores de los que se puede derivar una escala adicional.-

El IPAT de R.R. Cattell, tiene como objetivo medir rasgos de 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 de entre tres alternativas (CATTELL, 1957).

El Freeman Manifest Anxiety Test, tiene como finalidad medir la estructura nuclear de la ansiedad, su neurosis e implicaciones psicósomáticas. Consta de seis categorías, tres tipos estructurales y de cinco partes. 1) 51 preguntas de si o no, 2) 21 preguntas de 1 y 2, 3) 11 preguntas de 1, 2, 3, 4) 5 preguntas de elección propia, y 5) 52 preguntas de maniqueo con una X.

El IDARE (ST.VI en inglés) Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de C.D. Spielbergen, tiene como finalidad medir la ansiedad, contiene dos formas o escalas: La SXE (Ansiedad-Estado) y la SXR (Ansiedad-Rasgo) cada una consta de 20 reactivos que se contestan marcando uno de los números dispuestos del 1 al 4 (SPIELBERGER, 1975).

INSTRUMENTO DE MEDICION UTILIZADO EN EL PRESENTE ESTUDIO

Podemos encontrar un instrumento que reúna las mejores condiciones y los menores problemas de aplicación es más problemático que conocer la naturaleza de la ansiedad.

De todos los mencionados instrumentos se eligió el inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE por ofrecer ventajas de aspecto teórico y experimental.

Este método ha sido aplicado en varias investigaciones clínicas y demuestra tener un alto grado de confiabilidad y validez.

El desarrollo del inventario tiene sus bases en 3 escalas de ansiedad: el IPAT, Anxiety Scale (CATTELL, 1957) el TMS, Taylor Manifest Anxiety Scale (TAYLOR, 1953) y el WELSCHE, Anxiety Scale (1952).



Se formó un cuestionario de 177 reactivos que fueron aplicados a 288 estudiantes de un curso de Introducción a la Psicología en la Universidad de Vanderbilt, y correlacionó 0.25 o más con cada una de las escalas de ansiedad citadas.

Los reactivos de este cuestionario se alteraron en su contenido para podense aplicar con diferentes instrucciones y pueden medir las dos modalidades de la ansiedad: Rasgo y Estado. Se eliminaron y simplificaron algunos reactivos quedando solo aquellos que cubrían los requisitos para medir la ansiedad en ambos estados. Solo quedaron 20 reactivos para cada escala.

Este inventario fue traducido por el Dr. Rogelio Díaz Guerrero en 1975, siendo debidamente estricto en el contenido semántico, lo cual asegura su validez. La validez concurrente del instrumento se obtuvo a través de correlaciones con los tres cuestionarios ya citados a saber en orden progresivo: .75, .80 y .52 en la escala de Ansiedad-Rasgo en mujeres, siendo igualmente altas en los hombres las correlaciones del IDARE con estas escalas de ansiedad.

La confiabilidad del IDARE en la escala de Ansiedad-Rasgo es relativamente alta, tendiendo a ser baja en Ansiedad-Estado debido a que éste es situacional.

La aplicación de este instrumento es fácil y rápida ya que se puede dar en forma individual o de grupo en su autoaplicación, dando algunas sugerencias y reafirmando explicaciones más claras y precisas sobre las indicaciones ya impresas en el mismo cuestionario y sobre los distintos tiempos a que éstas se refieren (ANEXO 1) y (ANEXO 2).

Debido a que en la presentación del cuestionario, las preguntas van dirigidas al sexo masculino, las instrucciones y las frases que contiene el inventario IDARE original (SPIELBERGER, 1975) se traspolaron para dirigirse al sexo femenino ya que la muestra que se abordó está formada por mujeres embarazadas.

2.3.4.- ESTUDIOS SOBRE LA ANSIEDAD CON EL INVENTARIO IDARE EN MEXICO

Existen varias tesis que han empleado como método de medición de la ansiedad el IDARE.

(REDONDO, 1979) investigó la ansiedad Rasgo-Estado en dos culturas México y Colombia en una muestra que contenía ambos sexos, no encontrando en sus resultados diferencias significativas entre las culturas ni entre los sexos en relación a la ansiedad, concluyendo que este estado emocional es un fenómeno general y al parecer solo las amenazas a la autoestima son características del rasgo permanente en la personalidad.

(REDONDO-ORTIZ, 1973) investigó los efectos de la ansiedad Rasgo-Estado sobre el nivel de inteligencia en la práctica quirúrgica, en sujetos del sexo masculino cirujanos e internistas. Utilizó como instrumentos de medición: El IDARE, la prueba Beta del ejército de E.U.A. que mide rendimiento intelectual. Las pruebas fueron aplicadas antes y después de la actividad ordinaria de consulta. Encontrando que existe relación entre la presencia de ansiedad y disminución de las habilidades intelectuales, y que las situaciones de tensión se bloquean enormemente estas habilidades. Encontró que los cirujanos eran significativamente más tensos y ansiosos que el grupo de internistas.

No existen hasta la fecha estudios con el inventario IDARE sobre la ansiedad en el embarazo, existiendo algunos estudios en forma de tesis que analizan los estados emotivos en el embarazo. (VILLARREAL, 1971) hace un análisis de los estados emocionales en 30 mujeres mexicanas que formaron su muestra. Encontró que la mayoría de estas mujeres tenían serios conflictos con respecto a la relación con su pareja, la aceptación de su maternidad, problemas con su identificación femenina, rechazo franco a la figura masculina. Concluye proponiendo el establecimiento de un Departamento de Higiene Mental Pre-natal en los Servicios Médicos para dirigir, apoyar, orientar y estimular hacia metas reeducativas y auxiliares a la mujer en el desarrollo de su embarazo, por ser este un trance emocional acompañado de cambios fisiológicos.

CAPITULO 3
METODO

3.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En atención al estudio psicológico de la embarazada, los métodos para su tratamiento se abocan además de los componentes - educativo y físico, a los medios de preparación que reducen la ansiedad y siendo ésta un predictor de efectos perinatales no deseables, esta investigación tuvo por objeto analizar la influencia - de dos técnicas: La Psicoprofilaxis Obstétrica y la Terapia de Apoyo que intervienen en la preparación de la mujer embarazada y - relacionarlas con el nivel de ansiedad de la misma.

La existencia de dos métodos enfocados hacia el trata-
miento de la mujer embarazada dentro del Instituto Nacional de ---
Perinatología dependiente del DIF (Inper-DIF) aplicados conjunta-
mente hizo que surgiera el interés del objetivo de esta investiga-
ción haciendo el siguiente cuestionamiento:

¿ Es posible disminuir el nivel de ansiedad en la mujer embarazada por medio de la Psicoprofilaxis Obstétrica y la Terapia de Apoyo aplicadas independientemente ?

3.1.1.- OBJETIVO

Investigar si mediante la Psicoprofilaxis Obstétrica o la Terapia de Apoyo es posible disminuir la ansiedad en mujeres - embarazadas atendidas en estos servicios, utilizando para su eva-
luación el inventario de ansiedad Rasgo-Estado IDRE.

Y en base a los resultados obtenidos proponer los me-
dios que permitan un adecuado manejo de la ansiedad en la mujer - durante su estado de embarazo.

3.1.2.- SUJETOS

Se obtuvo una muestra de 40 mujeres que se seleccionaron en base a la escolaridad, si contaba con el apoyo de su pareja y que estuvieran cursando los meses 4o y 5o de gestación. Estas se dividieron en dos grupos con 20 mujeres cada uno en función de los métodos. Un grupo con Psicoprofilaxis Obstétrica y el otro con Terapia de Apoyo.

Las mujeres tienen un rango de edad de 16 a 38 años. Todas son de nacionalidad mexicana, el 32% del total de la muestra son primigestas y el 68% está formado por multigestas (mujeres con 2 o mas embarazos), el promedio de ingresos de las mujeres que estuvieron bajo Terapia de Apoyo fue de \$9,400.00, y el promedio de ingresos del grupo con Psicoprofilaxis Obstétrica fue de \$9,050.00 mensuales. El 65% del total de la muestra planeó su embarazo y el 35% dijo no haberlo planeado; todas las mujeres contaban con apoyo de su pareja, tenían un grado de escolaridad de primaria concluida en adelante hasta profesional, dedicándose el 70% al hogar, el 25% trabaja fuera del hogar, y el 5% estudia.

3.2.- VARIABLES QUE SE CONTROLARON

3.2.1.- Variables Independientes.

- 1.- Escolaridad mínima: Primaria concluida
- 2.- Tiempo de gestación:
 - 2.1.- Tiempo A (4-6 meses de embarazo en la primera aplicación del IDARE).
 - 2.2.- Tiempo B (8 meses de embarazo en la segunda aplicación del IDARE).
- 3.- Apoyo de su pareja (Presencia física, apoyo emocional o económico, percibido así por la mujer como "apoyo de su pareja").
- 4.- Preparación a través de Psicoprofilaxis Obstétrica o Terapia de Apoyo.

3.2.2.- Variables de Investigación (Dependientes)

- 1.- Nivel de Ansiedad Estado (situacional)
- 2.- Nivel de Ansiedad Rasgo (caracterológico)
- 3.- Influencia de los métodos de preparación para el parto: Psicoprofilaxis Obstétrica y Terapia de Apoyo sobre los niveles de ansiedad referidos - en los puntos número 1 y 2.

3.3.- PROCEDIMIENTO

Se llevó a cabo una entrevista inicial para recolectar datos sobre la edad, escolaridad, estado civil, ocupación, paridad (Número de embarazos), ingresos, si su embarazo era planeado o no, si percibía a su compañero como figura de apoyo y conocen su tiempo de gestación para poder aceptar o descartar la posibilidad de que esta mujer se incluyera en la muestra.

A todas las mujeres se les aplicó en forma individual la prueba de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE en el tiempo A. Dando -- las instrucciones pertinentes y cercionándose de que no había dudas mediante la observación directa de dos o tres respuestas dadas al cuestionario aclarando que sólo una opción se debía elegir, previniendo que incurrir en este error invalidaría la veracidad de la prueba.

Se hicieron aclaraciones al sentido de las frases cuando estos no se entendían, proporcionando sinónimos y cuidando de que éstos fueran siempre los mismos.

Como requisito general se estableció un ambiente de confianza con la mujer embarazada, preguntando siempre si tenía tiempo y disposición de colaborar con la investigación, que se hacía con el objeto de estudiar algunas características de la mujer embarazada.

Todas las mujeres aceptaron desde el principio colaborar, siendo solo dos quienes presentaron algunas resistencias para contestar en el momento en que se les solicitaba, pidiendo que fuera en otra ocasión por falta de tiempo, respetándose esta neti

ción se les aplicó el cuestionario en otro momento.

Se les informaba que posteriormente se les volvería a localizar con la finalidad de que contestaran otro cuestionario, indicándoles que sería alrededor del octavo mes de embarazo, y certificando la hora y el lugar de la próxima aplicación.

Cada mujer se localizó en diferentes áreas del Instituto Nacional de Perinatología (INPen-DIF) ya sea en las salas de espera, en el Departamento de Psicología, en ultrasonido, en las salas de ejercicios de Psicoprofilaxis, etc., no existiendo un lugar fijo para la realización de este trabajo.

Se tuvo precaución de acudir a las mujeres exactamente en el octavo mes (tiempo B) dentro de las 32 y 33 semanas de gestación para librar la proximidad de la fecha probable de parto y así excluir la influencia emocional de la víspera del acontecimiento.

Se enfatizó en evitar omisiones al contestar el cuestionario, una vez concluido éste, se revisaba minuciosamente para ver si existía alguna pregunta sin contestar o dos respuestas dadas en un solo reactivo, solicitando a la mujer que reparara estas fallas si es que las había.

Esto se hizo con el objeto de no verse en la necesidad de anular la prueba o de tener que prorratear el resultado de la escala, evitándose así esfuerzos y trabajo infructuoso.

Todas las pruebas fueron realizadas bajo la influencia de un solo aplicador.

3.4.- MÉTODOS DE PREPARACION

A continuación se presenta en forma breve el contenido de los dos métodos a los cuales asistieron las mujeres durante su embarazo. El cuadro 1 representa tres fases principales con la asignación del tiempo de gestación apropiado para que la mujer asista a cada una de ellas en la Psicoprofilaxis Obstétrica.

El cuadro 2 representa las tareas y los procesos técnicos desarrollados en la Terapia de Apoyo.

CUADRO 1

PSICOGRÁFICA OBSTÉTRICA

FASE TIEMPO DE GESTACIÓN	I (3-5 meses)	II (5-7 meses)	III (7-9 meses)
TEMA	A. EMBARAZO	B. TRABAJO DE PARTO Y ALIVIO DEL DOLOR	C. INDUCCIÓN AL TRABAJO DE PARTO
ELEMENTOS ESENCIALES SOBRE:	<ol style="list-style-type: none"> 1- El Sistema Reproductor 2- Cambios físicos en el embarazo 3- Desarrollo del feto 4- Cambios psicológicos 5- Nutrición 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Síntomas del Trabajo de Parto 2- Procedimientos de admisión y cuidados en el transporte al hospital. 3- Etapas del Trabajo de Parto y manifestaciones de cada una de ellas. <ol style="list-style-type: none"> a) Cambios psicológicos b) Sensaciones físicas y emocionales de cada etapa c) Papel del esposo en el trabajo d) Técnicas de respiración y relajación muscular e) Papel del esposo en el trabajo f) Analgesia y anestesia g) Indicación de los Obstetras: Episiotomía, cesárea, uso de fórceps, etc. 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Simulación del Trabajo de parto. 2- Técnicas de respiración y relajación muscular. 3- Descripción del equipo en la sala de partos
DISCUSIONES Y COMENTARIOS *	<ol style="list-style-type: none"> 1- Aclaración de conceptos 2- Discusión de dudas 3- Disconformidades comunes y métodos de auxilio 4- Explicación de los recientes métodos de diagnóstico 5- Mención de mitos y prejuicios 	<ol style="list-style-type: none"> a) Papel del esposo en el trabajo b) Técnicas de respiración y relajación muscular c) Papel del esposo en el trabajo d) Analgesia y anestesia e) Indicación de los Obstetras: Episiotomía, cesárea, uso de fórceps, etc. 	<ol style="list-style-type: none"> 1- La madre; reacciones inmediatas al nacimiento 2- Cuidado en la sala de partos y en el cuarto de recuperación 3- Cambios físicos 4- Tono muscular 5- Cambios emocionales 6- Chequeo post-parto
			<ol style="list-style-type: none"> 1- Cuidado inmediato del recién nacido 2- Características físicas 3- Alimentación (Lactancia) 4- Baño 5- Ropa y aditamentos del niño 6- Llanto 7- Sueño
	* En todas las fases se realizan Recursos Didácticos: Exposiciones, láminas, dibujos, películas y proyecciones.		

FASE I

(Entrevista Inicial)

- 1.- Se establece una relación de confianza (rapport) con la mujer embarazada
- 2.- La entrevista se enfoca sobre síntomas y trastornos en torno al embarazo:
 - 2.1.- Si fue planeado por la pareja
 - 2.2.- Aceptación o rechazo franco o encubierta del embarazo
 - 2.3.- Antecedentes gineco-obstétricos de importancia: Pérdidas perinatales, aborto espontáneo o inducido, partos anteriores frustrantes o satisfactorios, embarazos traumáticos, etc.
 - 2.4.- Antecedentes hereditarios que puedan repercutir en el desarrollo del embarazo: Diabetes, epilepsia, cardiopatías, tiroidismo, etc.
 - 2.5.- Antecedentes psicológicos de repercusión: Alcoholicismo, drogadicción, tabaquismo, etc.
 - 2.6.- Relación de pareja
 - 2.7.- Relaciones familiares e interpersonales
 - 2.8.- Perspectivas hacia el futuro hijo
- 3.- Motivación a la mujer para la aceptación de la Terapia
- 4.- Aclaración de falsos conceptos sobre ésta; indicación de las aportaciones que ésta le puede dar
- 5.- Probable diagnóstico de la evolución del embarazo
- 6.- Planteamiento de sesiones posteriores, atendiendo a la problemática y considerando el tiempo de ambas partes (Terapeuta-paciente)
- 7.- Manejo de la aceptación, indiferencia o rechazo de la paciente para asistir a las sesiones
- 8.- En caso necesario, convencimiento de la importancia de su asistencia, y manifestación del interés del terapeuta por ayudar a la paciente
- 9.- Definición tentativa de las metas de la Terapia y de la situación terapéutica (horario, número de sesiones, forma de constatar citas, etc)

FASE II

(Entrevistas subsecuentes)

- 1.- Se determinan las causas y la dinámica del trastorno emocional de la paciente
- 2.- Exploración de las tendencias interpersonales a la frustración, depresión, angustia, etc.
- 3.- Detección de los factores de conflicto potenciales para generar angustia
- 4.- Eliminación de las defensas existentes, y se promueve la expresión de material reprimido
- 5.- Análisis de temores, miedos y prejuicios hacia el embarazo y el parto. Se explora sobre la aceptación de su feminidad, comunicación y relación con su pareja, se investiga sobre el conocimiento de la paciente acerca del embarazo, el parto, la sexualidad tratando de establecer congruencia entre esta información y sus actitudes hacia estos aspectos.
- 6.- Se hace discusión de los problemas de la paciente - respecto al embarazo, parto, sexualidad, relación de pareja, relaciones familiares e interpersonales (rechazo a la maternidad, evasión de responsabilidades etc. Por ejem: Se refuerzan los sentimientos positivos hacia el futuro hijo), fomentando o facilitando con esto la expresión de sentimientos para contribuir a la catarsis emocional.
- 7.- Se analizan los procesos psicobiológicos y se refuerzan los aspectos positivos de la personalidad de la paciente para el manejo de su problemática
- 8.- Se controla la transferencia positiva y si es posible se usa para promover el mejoramiento o ausencia de síntomas existentes.
- 9.- Se alienta la capacidad para enfrentar y dominar las ansiedades vinculadas con los conflictos, miedos y tendencias negativas.

FASE III

(Entrevistas subsecuentes)

FASE IV

(Entrevistas subsecuentes)

3.5.- FORMULACION DE LAS HIPOTESIS

1.- Ho. La Ansiedad-Estado del grupo con Terapia de Apoyo en su 2a. aplicación difiere respecto a su primera aplicación.

Hi. La Ansiedad-Estado del grupo con Terapia de Apoyo en su 2a. aplicación no difiere respecto a su primera aplicación.

2.- Ho. La Ansiedad-Rasgo del grupo con Terapia de Apoyo en su 2a. aplicación difiere respecto a su primera aplicación.

Hi. La Ansiedad-Rasgo del grupo con Terapia de Apoyo en su 2a. aplicación no difiere respecto a su primera aplicación.

3.- Ho. La Ansiedad-Estado del grupo con Psicoprofilaxis Obstétrica en su 2a. aplicación difiere respecto a su primera aplicación.

Hi. La Ansiedad-Estado del grupo con Psicoprofilaxis Obstétrica en su 2a. aplicación no difiere respecto a su primera aplicación.

4.- Ho. La Ansiedad-Rasgo del grupo con Psicoprofilaxis Obstétrica en su 2a. aplicación difiere respecto a su primera aplicación.

Hi. La Ansiedad-Rasgo del grupo con Psicoprofilaxis Obstétrica en su 2a. aplicación no difiere respecto a su primera aplicación.

5.- Ho. El nivel de Ansiedad-Rasgo de las mujeres del grupo con Psicoprofilaxis Obstétrica no difiere del nivel de Ansiedad-Rasgo de las mujeres del grupo con Terapia de Apoyo en su primera aplicación.

Hi. El nivel de Ansiedad-Rasgo de las mujeres del grupo con Psicoprofilaxis Obstétrica si difiere del nivel de Ansiedad-Rasgo de las mujeres del grupo con Terapia de Apoyo en su primera aplicación.

6.- Ho. El nivel de Ansiedad-Estado de las mujeres del grupo con Psicoprofilaxis Obstétrica no difiere del nivel de Ansiedad-Estado de las mujeres del grupo con Terapia de Apoyo en su primera aplicación.

Hi. El nivel de Ansiedad-Estado de las mujeres del grupo con Psicoprofilaxis Obstétrica si difiere del nivel de Ansiedad-Estado de las mujeres del grupo con Terapia de Apoyo en su primera aplicación.

7.- Ho. El nivel de Ansiedad-Rasgo de las mujeres del grupo con Psicoprofilaxis Obstétrica no difiere del nivel de Ansiedad-Rasgo de las mujeres del grupo con Terapia de Apoyo en su segunda aplicación.

Hi. El nivel de Ansiedad-Rasgo de las mujeres del grupo con Psicoprofilaxis Obstétrica si difiere del nivel de Ansiedad-Rasgo de las mujeres del grupo con Terapia de Apoyo en su segunda aplicación.

8.- Ho. El nivel de Ansiedad-Estado de las mujeres del grupo con Psicoprofilaxis Obstétrica no difiere del nivel de Ansiedad-Estado de las mujeres del grupo con Terapia de Apoyo en su segunda aplicación.

Hi. El nivel de Ansiedad-Estado de las mujeres del grupo con Psicoprofilaxis Obstétrica si difiere del nivel de Ansiedad-Estado de las mujeres del grupo con Terapia de Apoyo en su segunda aplicación.

9.- Ho. La Terapia de Apoyo no disminuye significativamente el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado en las mujeres primigestas.

Hi. La Terapia de Apoyo disminuye significativamente el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado en las mujeres primigestas.

10.- Ho. La Terapia de Apoyo no disminuye significativamente el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado en las mujeres multigestas.

Hi. La Terapia de Apoyo disminuye significativamente el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado en las mujeres multigestas.

11.- H₀. La Psicoprofilaxis Obstétrica no disminuye significativamente el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado en las mujeres primigestas.

H₁. La Psicoprofilaxis Obstétrica disminuye significativamente el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado en las mujeres primigestas.

12.- H₀. La Psicoprofilaxis Obstétrica no disminuye significativamente el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado en las mujeres multigestas.

H₁. La Psicoprofilaxis Obstétrica disminuye significativamente el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado en las mujeres multigestas.

3.6.- TRATAMIENTO DE LOS DATOS

La calificación del IDARE se obtiene sumando los números marcados a través de la plantilla (ANEXO 3) que contiene tanto en el lado A como en el B, la calificación 1 2 3 4 para aquellas frases cuya connotación se refiere a la presencia de síntomas o características que denotan ansiedad y la calificación inversa 4 3 2 1 se da a las frases que indican la ausencia de síntomas que reflejan ansiedad. Esto es, a las frases que aluden a la ausencia de estos síntomas, se les da menor puntuación. A mayor puntaje crudo, mayor es el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado indicado por el sujeto.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Para realizar dicho tratamiento, se usó la prueba " t " de Student porque los datos son intervalares y se compararon contra valores de una población, de la que se obtuvieron puntajes, y por ser idónea para rechazar la hipótesis nula, cuando la muestra es menor de 30 sujetos. La " t " calculada se comparó con la " t " observada tomando en cuenta las reglas de decisión para aceptar

tan las hipótesis de investigación. Esta prueba se utilizó para encontrar las diferencias de un mismo grupo medido dos veces (test-retest) siendo los grupos los siguientes:

MUJERES CON PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA

1a. aplicación de SXE vs 2a. aplicación de SXE
1a. aplicación de SXR vs 2a. aplicación de SXR

MUJERES CON TERAPIA DE APOYO

1a. aplicación de SXE vs 2a. aplicación de SXE
1a. aplicación de SXR vs 2a. aplicación de SXR

Para comprobar si el método había influido según la paridad (Número de embarazos) de las mujeres, se aplicó la "t" de Student separando los dos grupos en primíparas y multiparas, quedando la distribución de la siguiente manera:

PRIMIPARAS CON PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA

1a. aplicación de SXE vs 2a. aplicación de SXE
1a. aplicación de SXR vs 2a. aplicación de SXR

PRIMIPARAS CON TERAPIA DE APOYO

1a. aplicación de SXE vs 2a. aplicación de SXE
1a. aplicación de SXR vs 2a. aplicación de SXR

MULTIPARAS CON PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA

1a. aplicación de SXE vs 2a. aplicación de SXE
1a. aplicación de SXR vs 2a. aplicación de SXR

MULTIPARAS CON TERAPIA DE APOYO

1a. aplicación de SXE vs 2a. aplicación de SXE
1a. aplicación de SXR vs 2a. aplicación de SXR

El Análisis de Varianza ANOVA, se utilizó para encontrar las diferencias significativas entre las muestras, o sea antes y después de la aplicación del método a los dos grupos.

$$F \text{ de } V = \frac{MCentro}{MCdentro}$$

F de V = Fuente de Variación

MCentro = Media Cuadrática entre grupos

MCdentro = Media cuadrática dentro de los grupos.

Con este método de Análisis de Varianza se efectuó una comparación múltiple de medias de las puntuaciones obtenidas con el instrumento IDARE entre los dos grupos tanto en la escala de Ansiedad-Estado (SXE) en su 1a y 2a aplicación como en la escala de Ansiedad-Rasgo (SXR) en su 1a y 2a aplicación. A través de esta prueba se obtuvo la probabilidad de rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación.

Las hipótesis a probar son que los dos grupos difieren en alguna medida respecto al nivel de ansiedad en función de los métodos, ya sea que aumente o disminuya.

FORMULAS:

$$1.- t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma \text{ dif}}$$

Prueba "t" de Student

$$2.- F \text{ de } V = \frac{\sum P \sum MX^2}{N}$$

Análisis de Varianza ANOVA

CAPITULO 4
RESULTS

4.1.- CUADROS ILUSTRATIVOS DE LOS RESULTADOS

CUADRO I

GRUPO DE MUJERES CON PSICOPROFILAXIS OBSTETRICAL
PUNTAJES MENTALES DE LA 1a y 2a APLICACION DEL
INDICE DE ANSIEDAD-ESTADO (SXE) Y ANSIEDAD-RASGO (SXR)

EDAD	1a. APLICACION SXE	2a. APLICACION SXE	1a. APLICACION SXR	2a. APLICACION SXR
MULTIGESTAS				
1.- 20	49	59	54	59
2.- 23	41	38	39	39
3.- 23	40	27	32	40
4.- 25	60	26	48	44
5.- 27	40	25	29	30
6.- 27	30	35	38	32
7.- 27	37	36	55	46
8.- 27	43	58	31	38
9.- 28	30	46	66	61
10.- 28	30	34	26	24
11.- 32	50	43	53	52
12.- 32	39	49	45	42
13.- 33	25	23	28	27
14.- 38	38	42	55	57
PRIMIGESTAS				
15.- 16	41	39	38	37
16.- 18	40	48	49	50
17.- 21	42	43	42	40
18.- 25	28	35	33	25
19.- 27	49	26	56	58
20.- 32	33	34	29	32

CUADRO II

GRUPO DE MUJERES CON TERAPIA DE APOYO. PUNTUACIONES NATURALES DE LA 1a y 2a APLICACION DEL INDICE DE ANSIEDAD-ESTADO (SXE) Y ANSIEDAD RASGO (SXR)

EDAD	1a. APLICACION SXE	2a. APLICACION SXE	1a. APLICACION SXR	2a. APLICACION SXR
MULTIGESTAS				
1.- 22	46	45	43	37
2.- 23	37	36	37	59
3.- 24	40	61	35	38
4.- 25	59	48	44	35
5.- 26	27	29	25	26
6.- 27	35	37	28	32
7.- 27	26	46	35	41
8.- 28	41	45	45	48
9.- 29	25	31	26	29
10.- 32	37	40	38	36
11.- 34	60	23	43	41
12.- 37	41	45	36	34
13.- 37	45	38	32	33
PRIRIGESTAS				
14.- 17	60	39	38	31
15.- 23	47	58	41	47
16.- 25	34	40	40	43
17.- 26	41	46	39	43
18.- 26	33	40	30	35
19.- 33	32	40	30	35
20.- 37	22	41	53	47

CUADRO III A

MEDIAS DE LOS GRUPOS CON PSICOPROFILAXIS
OBSTETRICA Y CON TERAPIA DE APOYO DE LA ANSIEDAD-
ESTADO EN LA 1a Y EN LA 2a APLICACION DEL IDARE

GRUPO	SXE	SXE
	1a. APLICACION	2a. APLICACION
	\bar{x}	\bar{x}
CON PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA (MULTIGESTAS)	39.42	38.64
CON PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA (PRIMIGESTAS)	38.83	37.50
CON TERAPIA DE APOYO (MULTIGESTAS)	39.92	40.30
CON TERAPIA DE APOYO (PRIMIGESTAS)	38.42	43.42

CUADRO III B

MEDIAS DE LOS GRUPOS CON PSICOPROFILAXIS
OBSTETRICA Y CON TERAPIA DE APOYO DE LA ANSIEDAD-
RASGO EN LA 1a Y EN LA 2a APLICACION DEL IDARE

GRUPO	SXR	SXR
	1a. APLICACION	2a. APLICACION
	\bar{x}	\bar{x}
CON PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA (MULTIGESTAS)	42.78	42.21
CON PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA (PRIMIGESTAS)	41.16	40.33
CON TERAPIA DE APOYO (MULTIGESTAS)	35.92	37.61
CON TERAPIA DE APOYO (PRIMIGESTAS)	38.71	40.14

Fórmula "t" de Student

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma \text{ dif.}}$$

\bar{X}_1 = Media del grupo en la primera aplicación del 1er. test.

\bar{X}_2 = Media del grupo en la aplicación del retest.

$\sigma \text{ dif.}$ = Desviación standar de la diferencia.

X_1 = Grupo de mujeres con Psicoprofilaxis Obstétrica en la aplicación del primer test.

X_2 = Grupo de mujeres con Psicoprofilaxis Obstétrica en la aplicación del retest.

SXE = Ansiedad-Estado

A)	X_1	X_2	D	D^2
	40	48	--8	64
	33	34	--1	1
	50	43	7	49
	41	39	3	9
	49	26	23	529
	36	26	10	100
	30	46	-16	256
	49	59	-10	100
	39	49	-10	100
	25	23	2	4
	41	38	3	9
	42	43	-1	1
	40	25	15	225
	30	35	-5	25
	37	36	1	1
	38	42	-4	16
	43	58	-15	225
	30	34	-4	16
	40	27	13	169
	28	35	-7	49
	<u>Σ 38.05</u>	<u>Σ 42.40</u>		

B) Encontrar la desviación estándar para la diferencia entre la aplicación del test y el retest.

$$S = \sqrt{\frac{D^2}{N} - (\bar{x}_1 - \bar{x}_2)^2}$$

$$S = \sqrt{\frac{1948}{20} - (38.05 - 42.40)^2}$$

$$S = \sqrt{\frac{1948}{20} - 18.9225}$$

$$S = \sqrt{97.4 - 18.9225}$$

$$S = \sqrt{78.4775}$$

$$S = \underline{8.86}$$

C) Encontrar el error estándar de la diferencia

$$\sigma \text{ dif} = \frac{S}{\sqrt{N-1}}$$

$$\sigma \text{ dif} = \frac{8.86}{\sqrt{20-1}}$$

$$\sigma \text{ dif} = \frac{8.86}{\sqrt{19}}$$

$$\sigma \text{ dif} = \frac{8.86}{4.36}$$

$$\sigma \text{ dif} = \underline{2.03}$$

D) Convertir la diferencia entre medias muestrales a unidades de error standar de la diferencia.

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{o \text{ dif}}$$

$$t = \frac{4.35}{2.03}$$

$$t = \underline{2.14}$$

E) Encontrar el número de grados de libertad.

$$gl = N - 1$$

$$gl = 20 - 1$$

$$gl = \underline{19}$$

F) Comparación de la "t" calculada con la tabla correspondiente.

$$tc = 2.14$$

$$to$$

al 5% para dos colas --- ----= 2.093

Regla de Decisión Si $tc \geq to$

Entonces
No se rechaza

CUADRO IV

PUNTUACION "t" DE STUDENT CALCULADA Y OBSERVADA DE LOS GRUPOS EN SU TEST-RETEST DEL IDARE

GRUPOS (*)	gl	tc	to al 0.05	REGLA DE DECISION	
				SI $tc \geq to$	Ho SE RECHAZA
SXR-CTA (*)	19	1.20	2.093	Ho se acepta	
SXE-CTA		3.74		Ho se rechaza	
SXR-CPS (*)		0.67	2.093	Ho se acepta	
SXE-CPS		2.14		Ho se rechaza	

CUADRO V

PUNTUACION "t" DE STUDENT CALCULADA Y OBSERVADA DE LOS GRUPOS - CON TERAPIA DE APOYO ATENDIENDO A LA PARIDAD (*).

GRUPOS	gl	tc	to al 0.05	REGLA DE DECISION	
				SI $tc \geq to$	Ho SE RECHAZA
SXR-CTA multigestas	12	.27	2.179	Ho se acepta	
SXE-CTA multigestas		2.25		Ho se rechaza	
SXR-CTA primigestas	6	1.67	2.447	Ho se acepta	
SXE-CTA primigestas		1.08		Ho se acepta	

(*)

CTA - Con Terapia de Apoyo

CPS - Con Psicoprofilaxis Obstétrica

gl - Grados de libertad

tc - t calculada

to - t observada

PARIDAD - Número de embarazos en una mujer.

CUADRO VI

PUNTUACION " t " DE STUDENT CALCULADA Y OBSERVADA DE LOS GRUPOS CON PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA ATENDIENDO A LA PARIDAD.

GRUPOS	gl	tc	to al 0.05	REGLA DE DECISION	
				SI $tc \geq to$	H_0 SE RECHAZA
SXR-CPS multigestas	13	.38	2.160	H_0 se acepta	
SXE-CPS multigestas		.61		H_0 se acepta	
SXR-CPS primigestas	5	.91	2.577	H_0 se acepta	
SXE-CPS primigestas		.29		H_0 se acepta	

Fórmula ANOVA

$$\sum P \sum MX^2$$

P = Personas o filas P = 20

M = Métodos o columnas M = 2

X₁ = Grupo con Psicoprofilaxis

X₂ = Grupo con Terapia de Apoyo

$$C = \frac{(\sum P \sum MX)^2}{N}$$

$$N = PM = 40$$

A) Encontrar la suma total de cuadrados.

$$SS = \frac{\sum P (\sum MX)^2}{M} - C$$

$$SS = 20 \cdot \frac{(2 (7459.4))^2}{2} - 3319.1$$

$$SS = \underline{2393.6}$$

B) Encontrar los grados de libertad entre y dentro de los grupos.

$$N - 1$$

$$N = 20$$

$$N = 40$$

$$(20 - 1)$$

$$(40 - 1)$$

$$gl = 19$$

$$gl = 39$$

C) Buscar la MC entre los grupos.

$$MC = \frac{SS}{gl}$$

$$MC = \frac{2393.6}{19}$$

$$MC = \underline{125.98}$$

D) Buscar la MC dentro de los grupos.

$$MC = \frac{SS}{gl}$$

$$MC = \frac{754.4}{3379}$$

$$MC = \underline{39.86}$$

E) Obtener la razón F

$$F = \frac{MC_{entre}}{MC_{dentro}}$$

$$F = \frac{125.98}{39.86} = \underline{3.16}$$

Razón F calculada $F_c = 3.16$

Razón F observada F_o
al 0.05 = 2.15

REGLA DE DECISION: Si $F_c \geq F_o$ Entonces H_0
Se rechaza.

CUADRO VII

PUNTUACION "F" CALCULADA Y OBSERVADA DE LOS 2 GRUPOS CON PSICO-
PROFILAXIS Y CON TERAPIA DE APOYO EN LA PRIMERA APLICACION DE SXE.

FUENTE DE VARIACION	(*)	gl	SS	MC	F_c	F_o al 0.05	REGLA DE DECISION $F_c \geq F_o$ H ₀ SE RECHAZA
ENTRE GRUPOS		19	1562.47	82.24	0.99	2.15	H ₀ se acepta
DENTRO GRUPOS		1	34.22	34.22	.91	4.38	H ₀ se acepta

CUADRO VIII

PUNTUACION "F" CALCULADA Y OBSERVADA DE LOS GRUPOS CON PSICOPRO-
FILAXIS OBSTETRICA Y CON TERAPIA DE APOYO EN SU PRIMERA APLICA-
CION DE SXR.

FUENTE DE VARIACION		gl	SS	MC	F_c	F_o al 0.05	REGLA DE DECISION $F_c \geq F_o$ H ₀ SE RECHAZA
ENTRE GRUPOS		19	1382.6	72.77	0.60	2.15	H ₀ se acepta
DENTRO GRUPOS		1	409.6	409.6	3.38	4.38	H ₀ se acepta

(*)

gl - Grados de libertad

SS - Suma cuadrática

MC - Media cuadrática

 F_c - Análisis de varianza calculada F_o - Análisis de varianza observada

CUADRO IX

PUNTUACION "F" CALCULADA Y OBSERVADA DE LOS GRUPOS CON PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA Y CON TERAPIA DE APOYO EN SU SEGUNDA APLICACION DE SXE.

FUENTE DE VARIACION	gl	SS	MC	F _e	F _o al 0.05	REGLA DE DECISION	
						F _e	F _o H ₀ SE RECHAZA
ENTRE GRUPOS	19	2393.6	125.98	3.16	2.15	H ₀ se rechaza	
DENTRO GRUPOS	1	168.1	168.1	4.22	4.38	H ₀ se acepta	

CUADRO X

PUNTUACION "F" CALCULADA Y OBSERVADA DE LOS GRUPOS CON PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA Y CON TERAPIA DE APOYO EN SU SEGUNDA APLICACION DE SXR.

FUENTE DE VARIACION	gl	SS	MC	F _e	F _o al 0.05	REGLA DE DECISION	
						F _e	F _o H ₀ SE RECHAZA
ENTRE GRUPOS	19	1178.27	62.01	.57	2.15	H ₀ se acepta	
DENTRO GRUPOS		172.22	172.22	1.57	4.38	H ₀ se acepta	

4.2.- DESCRIPCION DE LOS CUADROS

En los cuadros I y II se muestran las puntuaciones crudas de cada una de las mujeres embarazadas que formaron parte de la muestra, describiendo si su embarazo fué planeado o no, su edad y su paridad. Se encuentran las calificaciones del Test-test de (SXE) Ansiedad-Estado y (SXR) Ansiedad-Rasgo.

Los cuadros III A y B muestran las medias de los grupos bajo los distintos métodos de preparación de las mujeres tomando en cuenta su paridad.

El cuadro IV representa la "t" calculada y observada de los grupos bajo la influencia de los dos métodos de preparación.

Los cuadros V y VI representan la "t" calculada y observada de los grupos bajo los distintos métodos de preparación, atendiendo a la paridad de las mujeres.

Los cuadros VII, VIII, IX y X representan la "F" calculada y observada del análisis de Varianza entre los grupos y entre los métodos.

4.3.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos nos permiten observar las diferencias que aportan los métodos de preparación en los niveles de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo.

La Ansiedad-Rasgo no se altera en ninguno de los grupos ya sea bajo la influencia de Psicoprofilaxis Obstétrica o bajo Terapia de Apoyo, siendo estos resultados congruentes con la definición de la Ansiedad-Rasgo en la Teoría de (SPIELBERGER, 1971) quien dice que el rasgo es una característica mas o menos estable de la personalidad.

La Psicoprofilaxis Obstétrica se puede catalogar como una Terapia combinada (de apoyo y de insight con metas reeducativas) al igual que la Terapia brindada a las mujeres embarazadas dentro del INPer-DIF, se le puede considerar dentro del rango de

Psicoterapia no profunda según la clasificación de (WOLBERG, --- 1965) por las metas que persigue: Orientar, informar y apoyar a la embarazada para contribuir al buen funcionamiento y desarrollo emocional de su embarazo.

Estos resultados denotan que no hubo cambios significativos de las características de la personalidad de las mujeres bajo la influencia de los dos métodos. Sin negar con esto que en algunos casos el cambio de rasgos y características de la personalidad se dan como efectos colaterales del tratamiento (NICHOLS, 1960).

Aún cuando los grupos se subdividieron en primigestas y multigestas, no se encontraron modificaciones en el rasgo, pues esta es una condición mas o menos estable de la estructura de la personalidad y solo modificable bajo tratamientos mas profundos con metas reconstructivas (WOLBERG, 1965).

La ansiedad-Estado por ser una condición transitoria que obedece a situaciones percibidas como amenazantes (SPIELBERGER, 1962) reflejó en este estudio, ser modificable bajo la influencia de la variable independiente Terapia de Apoyo.

En el cuadro IV, la prueba " t " = 3.74 al 0.05 de significancia apoya la hipótesis de investigación No. 3 que dice: "La ansiedad-Estado del grupo con Terapia de Apoyo en su 2a. aplicación difiere respecto a la 1a. aplicación".

Aquí el método de Terapia de Apoyo influyó disminuyendo significativamente la ansiedad de las mujeres.

Cuando se separaron los grupos por paridad, el grupo de multigestas presenta un aumento de la ansiedad 2.25 significativo al 0.05, lo cual podría indicarnos que las multigestas tienen mayor capacidad de insight (*) y que la Terapia de Apoyo actúa en los niveles inconscientes, por lo tanto este tratamiento aumenta su estado de ansiedad.

La Ansiedad-Estado del grupo con Psicoprofilaxis Obstétrica aumentó significativamente la ansiedad 2.14 al 0.05 lo cual nos puede estar indicando que este método "remueve" emociones en la mujer y produce ansiedad, ésta surge ante el miedo a -

(*) Ver definición en la pag. 59

lo desconocido, ante una situación que implica riesgo, se vive o es percibida como amenazante por la embarazada (DEITCH, 1945). - Aunque este método hace énfasis en dar conocimientos e información referentes al embarazo y el parto, podría decirse tentativamente que en algunas mujeres este conocimiento origina el efecto contrario: desencadenar estados de angustia y temor.

Esto puede tener relación con el rasgo caracterológico de la personalidad de las mujeres para manejar o resolver sus estados de ansiedad, pues encontramos que las mujeres en su primera aplicación de Ansiedad Rasgo del grupo con Psicoprofilaxis -- Obstétrica calificaron ligeramente más alto su nivel de Ansiedad Rasgo que las mujeres del grupo con Terapia de Apoyo permitiendo aceptar la hipótesis de investigación No. 5; de lo cual se deduce que estas mujeres son ligeramente más ansiosas en su rasgo de personalidad, lo que va a determinar su forma de responder o reaccionar a situaciones transitorias de conflicto.

Estos resultados concuerdan con los obtenidos por (LIZZERINI, 1979) quien encontró que en un grupo de personas era más determinante el factor rasgo para reaccionar a ciertas situaciones que los propios factores situacionales bajo los cuales están expuestas.

En el nivel de Ansiedad-Estado cuando se subdividieron los grupos por paridad, encontramos que ni las primigestas ni las multigestas resultaron tener disminución significativa en la ansiedad, cuadros V y VI, lo cual nos podría estar indicando que el método Psicoprofiláctico actúa igualmente en las mujeres sin influir de manera importante la paridad.

Solo se encuentra una diferencia de 2.25 significativa al 0.05 en la Ansiedad-Estado de las multigestas bajo Terapia de Apoyo en el cuadro V, este hallazgo sugiere que el método influyó positivamente disminuyendo la ansiedad en este grupo.

En cuanto a las diferencias significativas entre los métodos sobre el nivel de ansiedad en los grupos de las mujeres, se encontró que la Terapia de Apoyo disminuyó la ansiedad ligeramente cuando se compararon los grupos sin tomar en cuenta la paridad, la $F_c = 3.16$ significativa al 0.05 en el cuadro IX, repre

senta la aceptación de la hipótesis de investigación No. 8 que menciona la existencia de diferencias entre los métodos sobre los niveles de Ansiedad-Estado, siendo que al tomarse en cuenta la paridad, no arrojó diferencias estadísticamente significativas ni en Ansiedad-Estado ni en Ansiedad-Rasgo, cuadros VII, VIII, IX y X, datos que sugieren que las diferencias interpersonales propias de las mujeres son la causa de estos cambios, y que los métodos actúan igualmente sobre las mujeres.

En otras palabras los métodos suelen apoyar igualmente a la mujer embarazada en su estado emocional.

Los hallazgos del presente estudio están apoyados por los datos obtenidos por (JOHNSON, 1968) quien demostró que los efectos de una entrevista estresante afectan a las medidas de Ansiedad-Estado, pero no a las de Ansiedad-Rasgo, tomando como punto de referencia que la Ansiedad-Rasgo y la Ansiedad-Estado son constructos separados de la ansiedad, pero estrechamente relacionados entre sí.

4.4.- DISCUSION

Los resultados obtenidos demostraron a través del Análisis de Varianza que los métodos de preparación fueron igualmente influenciados sobre los grupos de las mujeres, aunque en ambos grupos se dieron diferencias importantes en direcciones opuestas en relación a la Ansiedad-Estado.

Considerando que la diferencia significativa del método Psicoprofilaxis Obstétrica en el grupo de mujeres bajo esta influencia puede ser atribuida a características de la personalidad de las mujeres más que a los métodos de preparación en sí, estos resultados son congruentes con los obtenidos por (DAVIS, 1962) quien encontró que es más importante la personalidad de la mujer que está en preparación para determinar los efectos de ésta sobre la embarazada, que el método en sí mismo.

Aunque cabe mencionar que este resultado podría ser atribuible al método Psicoprofiláctico dentro del IMPer-DIF que -

posiblemente no esté dando un adecuado control en el manejo de las mujeres que requieren mayor atención de sus conflictos, pues este grupo presentó un aumento en el nivel de Ansiedad-Estado, que puede sugerir la demanda del manejo adecuado de los conflictos emocionales.

Los conflictos psíquicos son expresados a través de los desórdenes emocionales; y las teorías psicológicas enfatizan el rol especial de la constelación familiar y su interacción con los factores hereditarios y adquiridos a través de la experiencia. Esto tiene estrecha relación con el mecanismo de identificación de la mujer (*) con la madre, aceptación de su femineidad, de su sexualidad, de su maternidad, del papel de esposa, y de sus responsabilidades en general (FIJALKOWSKI, 1966).

Todos estos son factores que intervienen en el estado ansioso de la embarazada, sin dejar de lado las relaciones interpersonales y familiares en su ámbito social actual y que deben tomarse en cuenta en el manejo individual, aunque este método se aboque a grupos pequeños de mujeres embarazadas.

La disminución significativa de la Ansiedad-Estado del grupo con Terapia de Apoyo, sugiere que la Terapia dentro del INPer-DIF logra el alcance que persigue en sus metas que son: Llevar a la embarazada a un equilibrio emocional tan rápido como sea posible, disminuir o eliminar sus síntomas de modo que sea capaz de funcionar a un nivel lo más cercano posible a lo habitual. Así mismo intenta reducir o eliminar los factores perjudiciales que actúan como fuentes de agitación.

Cabe señalar que dentro de estas metas, no se intenta cambiar la estructura de la personalidad, aunque este objetivo se puede perseguir si el tratamiento se prolonga mucho más allá del embarazo y el parto con fines reconstructivos.

Este tipo de Psicoterapia dentro del Instituto se incluye en la Terapia de Apoyo y en la Terapia de Insight con metas reeducativas definidas por (WOLBER, 1965).

Si bien la Terapia de Apoyo no es reconstructiva, si permite mejorar o modificar la ansiedad y enfatiza el valor de la palabra como elemento terapéutico.

(*) Para mayor comprensión remitirse a la página 23

Aunque las expectativas de esta investigación fueron en dirección de apoyar a ambos métodos, los resultados parecen no haberlas favorecido totalmente, aunque si en parte, pues se encontraron diferencias significativas de la influencia de los métodos sobre las mujeres, siendo éstas atribuibles a características personales, y parcialmente al contenido de los métodos. Las multigestas demostraron verse favorecidas a través de la Terapia de Apoyo, no así las primigestas, lo cual sugiere un material rico como base de posteriores estudios.

Siendo tentativo suponer que las mujeres multigestas en este estudio (*) tienen mayor capacidad de reducir su ansiedad en base a experiencias pasadas, pudiendo asociar síntomas existentes con el desenlace de las anteriores vivencias, no de igual forma las primigestas quienes no tienen un punto de referencia ya sea positivo o negativo con el cual asociar su sintomatología y estados emocionales actuales.

(*) Ver Sugerencias en la Pagina 115

4.5.- CONCLUSIONES

En el presente estudio las escalas de Ansiedad Rasgo-Estado demostraron tener algunos cambios significativos bajo la influencia de:

-La Terapia de Apoyo, en donde la Ansiedad-Estado reflejó una modificación en el grupo disminuyendo este estado emocional.

-La Psicoprofilaxis Obstétrica, en donde la Ansiedad-Estado de mostró un aumento significativo al 0.05 de este estado emocional en el grupo de embarazadas.

-Estas diferencias significativas en la Ansiedad-Estado no se encontraron cuando se compararon los grupos atendiendo a la paridad de las mujeres, solo las multigestas resultaron beneficiadas disminuyendo su nivel de ansiedad.

La Ansiedad-Rasgo en esta investigación demostró no ser alterada bajo la influencia de:

-La Psicoprofilaxis Obstétrica o la Terapia de Apoyo.

-La Ansiedad-Rasgo tampoco reflejó ser modificada en los grupos cuando se subdividieron en base a la paridad de las embarazadas.

El Análisis de Varianza reflejó la existencia significativa al 0.05 de diferencias entre los grupos de las mujeres en su segunda aplicación del IDARE en Ansiedad-Estado.

-Estas diferencias no se encontraron en la Ansiedad-Rasgo.

-Estas diferencias significativas no se encontraron entre los grupos de las mujeres en su 1a. aplicación del IDARE ni en Ansiedad-Estado ni en Ansiedad-Rasgo.

-El Análisis de Varianza no detectó diferencias significativas entre los métodos de preparación de las mujeres.

4.6.- LIMITACIONES

Dentro de las mas importantes considero:

- La imposibilidad de tener un lugar único para la aplicación del inventario, lo cual puede ser motivo de variables extrañas no controlables en esta investigación.
- Que las mujeres aún cuando todas contaron con el "apoyo de su pareja", esta percepción es relativa y en este estudio no se pudo tener un criterio uniforme en la concepción de este término.
- En la presente investigación, no se tuvo un estricto control del número de sesiones en cada uno de los métodos.
- Los métodos de preparación a las mujeres tienen limitaciones de tiempo dentro del INPer-DIF, pues la mayoría de las embarazadas tienen varias citas en una mañana a los diferentes servicios de tipo técnico, médico y paramédico como son: Ultrasonido, laboratorio, estomatología, dietista, enfermería, trabajo social, etc. Todos estos servicios por tener carácter institucional interrumpen la adecuada asistencia de las mujeres a los servicios de Psicología y Psicoprofilaxis, dado que la mujer da prioridad a los servicios en los que se le dificulta reponer una cita.
- Esto aunado a las limitaciones personales de las mujeres como son: la ubicación de su domicilio, facilidad de transportarse, si se dedica al hogar o trabaja fuera de éste, la autonización de inasistencias en su trabajo y la misma economía de su hogar y su escolaridad que le permiten a la mujer tener consciencia de la importancia de su asistencia a los servicios de:

1) Terapia de Apoyo y

2) Psicoprofilaxis Obstétrica.

- Estos y otros factores intervienen en la asistencia de las mujeres embarazadas a los servicios 1) y 2), pero es la necesidad de ayuda consciente o no, la que impulsa a la búsqueda y aceptación de los mismos.

4.7.- SUGERENCIAS

Considero de importancia en futuras investigaciones:

- El control del número de sesiones a las que asiste cada mujer en cada uno de los métodos, esta variable es importante, aunque pueden resultar serias repercusiones respecto a la posibilidad de motivar la asistencia de mujeres embarazadas al número de clases o sesiones estipulados por un método de preparación, sino -- mas bien esta asistencia va a estar en función de sus posibilidades y necesidades en el caso particular de cada una de ellas.

Esto significa que no es la misma frecuencia de asistencia -- en las mujeres que buscan la preparación ya sea terapéutica o -- psicoprofiláctica a nivel particular que en las mujeres que asisten a los mismos servicios en una Institución porque ésta se los ofrece en forma gratuita. La base de esta asistencia conlleva un fondo económico y psicosocial poco estudiado hasta la fecha en -- nuestro país, y por lo mismo bastante amplio para su investigación.

- Controlar la historia gineco-obstetra previa de las mujeres -- multigestas, cuando éstas sean motivo de estudio, pues considero de fundamental importancia el mecanismo de huella negativo o positivo de experiencias pasadas, no controlables en esta investigación por causas de tiempo.

- Ampliar la muestra, que indiscutiblemente va a dar mayores posibilidades de representatividad.

- En general, dar un mayor control a todas las variables ya mencionadas, tomando en cuenta las limitaciones de la presente investigación.

CAPITULO 5
APORTACIONES
PERSONALES

A través de los resultados obtenidos y la observación minuciosa de los estudios hasta ahora realizados sobre la ansiedad durante el embarazo, me interesa cuestionar sobre la importancia que tiene el que estos métodos y técnicas de preparación se institucionalicen por el hecho de que proporcionan conocimientos a las mujeres y porque posibilitan la intervención del Psicólogo en una área de suma importancia como es el participar en el descubrimiento de sí misma de la mujer embarazada y dar manejo de sus conflictos apoyandola en el desarrollo tanto emocional y físico durante su periodo gestacional.

Implementar el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica o la Terapia de Apoyo en las Instituciones gubernamentales de salud pública no es la panacea de la mujer embarazada, pero sí es un factor que contribuye a disminuir, eliminar o manejar sus síntomas de modo que sea capaz de funcionar a un nivel lo mas cercano posible a lo habitual.

Con fines de investigación considero que sería importante implementar en dichas instituciones un Departamento de Psicología dentro de la asistencia Gineco-Obstetra a las mujeres que permita el campo de acción y desarrollo de las funciones del Psicólogo, pues los resultados que arroja el presente estudio están sustentados por varios autores que hablan de la Psicología de la mujer como (LILGER, 1976) quien observó en la práctica de Hospital que conversaciones psicoterapéuticas breves de 30 minutos una vez por semana durante todo el transcurso del embarazo eran suficientes para que éste tuviera una evolución favorable y satisfactoria aún en las mujeres que habían sufrido de diferentes trastornos emocionales en embarazos o partos anteriores.

Tomando en cuenta la opinión del Dr. Fuentes Calvo en el sentido de que hasta la fecha no se ha logrado institucionalizar el método de Psicoprofilaxis Obstétrica por razones administrativas y económicas (28), es recomendable iniciar trabajos de investi

(28) En una entrevista al mencionado Dr., éste declaró que el presupuesto - que es bajo - requerido por el método, no coincide con intereses personales de médicos dirigentes, aunado a esto existe un continuo movimiento del personal que ocupa en el sector salud, altos cargos.

gación con el objeto de reafirmar, negar o reorientar lo antes -- mencionado por el Dr., quien refiere que se han hecho varios intentos por lograr este objetivo.

Al parecer existe interés por lograr la institucionalización de la Psicoprofilaxis Obstétrica en México, pues en otros países tiene carácter público y mi opinión es que sería de utilidad -- para las mujeres de estratos socioeconómicos cuyos ingresos no les permiten solventar una preparación hacia el embarazo y el parto, -- pues está por demás decir que es este tipo de mujer la que mas carece de información sobre: hábitos de higiene, de alimentación, de posturas corporales, actitudes, etc., durante el embarazo y el parto, y esto permitiría que el método educativo estuviera al alcance de una mayoría de las mujeres mexicanas, y digo una mayoría porque sabemos que las organizaciones de salubridad no abastecen a toda -- la población que requiere de esta asistencia.

Considero de importancia que esta información genere el interés por lograr el alcance de este objetivo: La institucionalización de la Psicoprofilaxis Obstétrica o la Terapia de Apoyo, y -- que origine el desenlace de posteriores investigaciones sobre estos temas que arrojen datos ilustrativos de las aportaciones de -- los métodos.

Menciono este propósito porque tengo la creencia de que a través del valorar las ventajas de esta preparación de la mujer mexicana sobre la que no la tiene, se puede conscientizar acerca de la necesidad de la mencionada preparación.

Asi mismo demuestran la importancia del papel del Psicologo en el ámbito de la Gineco-obstetricia indicando sus funciones y enfatizando su acción para promover el desarrollo personal de la -- mujer en relación a su pareja, sus hijos y su interacción social -- en general.

(ANEXO 1)

INVENTARIO DE AUTOEVALUACION

por

C.D. SPIELBERGER, A. Martínez Urrutia, F. Gonzáles y Rogelio Diaz Guerrero.

119

Nombre: _____ Fecha _____

Instrucciones: Algunas expresiones que las mujeres usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y haga un circulo en el número que indique como se siente ahora que está embarazada, o sea, en este embarazo. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos durante este embarazo.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1.- Me siento calmada.....	1	2	3	4
2.- Me siento segura.....	1	2	3	4
3.- Estoy tensa.....	1	2	3	4
4.- Estoy contrariada.....	1	2	3	4
5.- Estoy a gusto.....	1	2	3	4
6.- Me siento alterada.....	1	2	3	4
7.- Estoy preocupada actualmente por algún posible contratiempo.....	1	2	3	4
8.- Me siento descansada.....	1	2	3	4
9.- Me siento ansiosa.....	1	2	3	4
10.- Me siento cómoda.....	1	2	3	4
11.- Me siento con confianza en mí misma.....	1	2	3	4
12.- Me siento nerviosa.....	1	2	3	4
13.- Me siento agitada.....	1	2	3	4
14.- Me siento a punto de explotar.....	1	2	3	4
15.- Me siento reposada.....	1	2	3	4
16.- Me siento satisfecha.....	1	2	3	4
17.- Estoy preocupada.....	1	2	3	4
18.- Me siento excitada y aturdida.....	1	2	3	4
19.- Me siento alegre.....	1	2	3	4
20.- Me siento bien.....	1	2	3	4

(ANEXO 2)

INVENTARIO DE AUTOEVALUACION

120

Instrucciones: Algunas expresiones que las mujeres usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y haga un círculo en el número que indique como se siente generalmente sin estar embarazada. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente sin estar embarazada.

CASI NUNCA
ALGUNAS VECES
FRECUENTEMENTE
CASI SIEMPRE

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 21.- Me siento bien..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22.- Me canso rápidamente..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23.- Siento ganas de llorar..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24.- Quisiera ser tan feliz como otras parecen serlo..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25.- Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26.- Me siento descansada..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27.- Soy una persona "tranquila, serena y sosegada" | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28.- Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29.- Me preocupa demasiado por cosas sin importancia..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30.- Soy feliz | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31.- Tomo las cosas muy a pecho..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32.- Me falta confianza en mí misma..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33.- Me siento segura..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34.- Trato de hacerle frente a las crisis y dificultades..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35.- Me siento melancólica..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36.- Me siento satisfecha..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37.- Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38.- Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39.- Soy una persona estable..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40.- Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tensa y alterada... | 1 | 2 | 3 | 4 |

(ANEXO 3)
LADO A
IDARE

MT
28-3

CLAVE DE CALIFICACION
Forma SXE

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

© El Manual Moderno, S.A., 1975

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de recuperación automática o transmitida por otro medio electrónico, mecánico, fotocopiado, registrado, etc., sin permiso por escrito de la editorial.



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

(ANEXO 3)
LADO B
IDARE

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

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Achenman Nathan W.
Diagnostico y Tratamiento de las Relaciones Familiares.
Ed. Honné. Buenos Aires 1952
- 2.- Allan G. Charles, M.D. Kathleen L. Nonn, Ph.D. Carolyn R. Block, Ph.D. y Cols.
Obstetric and Psychological effects of Psychopropylactic Preparation for Childbirth.
American Journal Obst. Gynecology 131:1 pag. 44-55 May.1978.
- 3.- Anastasi, Ana.
Psicología Diferencial
Ed. Aguilar. Madrid, 1968.
- 4.- Averrill, J.R., Opton, E.M. and Lazarus, R.S. Cross.
Cultural Studies of Psychophysiological responses During Strees and Emotion.
International Journal of Psychology, 4, pag.83-102, 1969.
- 5.- Bakan, D.
The Test of Significance in Psychological Research.
Psychological Bulletin, 66 pag. 423-437 , 1966.
- 6.- Bitterman, M., Hóltzman, W. Cond.
Conditioning and Extintion of The Galvanic Skin Response as a Function of Anxiety.
J. Abn. Soc. Psychol., 47 pag. 615-623, 1952.
- 7.- Bergstrom-Walan, M.B.
Efficacy of Education for childbirth.
Journal of Psychosomatic Research, 7 pag. 131-146, 1963.

- 8.- Barbero de Anuffo.
Bosquejo de la Psicología del embarazo y el Parto.
 Ginecología y Obstetricia de México Vol. 42 Num. 250 Agosto
 1977 pag. 91-96
- 9.- Bonica J.J.
Analgesia y Anestesia en Obstetricia.
 Trad. Español Dr. F. Rodríguez de la Fuente. México, 1976.
- 10.- Caldeyro-Barcia, R. Diaz, A.G., Schlantz, R, Fescina, R.,
Efectos de la posición vertical materna sobre la evolución
 del parto .
 Clin. Invest. Gin. Obst. Barcelona España 5:101, 1978.
- 11.- Caldeyro-Barcia, G.
Bases Fisiológicas y Psicológicas para el manejo Humanizado
 del Parto Normal .
 Publicación científica No. 858 Centro Latinoamericano de
 Perinatología y Desarrollo Humano, Montevideo Uruguay. 1979.
- 12.- Caldeyro-Barcia, Alvarez y Possino.
Contractilidad Uterina Normal y anormal.
 Rev. Triangulo Vol.2 No. 1 Sept.55 pag.41-45 Montevideo 1955.
- 13.- Cattell, R.B.
Handbook for the IPAT Anxiety Scale.
 Inst. for Pers. and Abl. Testing, 1957.
- 14.- Ciba Foundation .
Physiology, Emotion and Psychosomatic
 Illness, Elsevier , Holland, 1972

- 15.- Creed F.H.
Psychosocial Stress in Pregnancy.
 British Medical Journal 1979.
- 16.- Da Costa, J.M.
On Inevitable Heart.
 American Journal of Medical Science 61 pag. 17-52, 1871.
- 17.- Darrell L. Mc. Donald, M.A..
Birth and The Family. importancia de la vivencia del parto.
 Journal Birth. Vol.5;3 fall 1978.
- 18.- Davenport Barbara-Slack, Ms, and Elaine Hamblin Boylan, Rn, MS.
Psychological Correlates of Childbirth pain.
 Psychosomatic Medicine Vol.36, No. 3 pag. 215-223 May-Jun 1974
- 19.- Davis.D. Clarence M.D. and Monnone Frank A., M.P.H.
An objective evaluation of a prepared childbirth program.
 Am. Journal Obstetric Gynecology Vol. 84 No. 9 pag. 1196-1206
 November 1, 1962.
- 20.- Delay, J.
Introducción a la Medicina Psicocomatica.
 Barcelona, 1965.
- 21.- Desmond Kelly, Brown C. and Shaffer J.
A comparison of physiological and psychological measurements
 on anxious patients and normal controls.
 Journal of Psychosomatic Research Vol. 6 No.4 pag.429-441
 january 1970.
- 22.- Deutch Helen
Psychology of Women.
 Grune and Stratton, New York Vol. 2, 1945.

- 23.- Deutch Helen
La Psicología de la mujer.
 Ed. Losada, Buenos Aires Argentina 1974.
- 24.- Diaz del Castillo Ernesto y Uruusti Sanz Juan.
Avances en perinatología.
 Ed. Francisco Mendes Oteo, México D.F. 1974.
- 25.- Diel Paul.
El Miedo y la Angustia.
 Ed. Fondo de Cultura Economica. México 1966.
- 26.- Davids, Antony, Devault Spencer, and Talmadge Max
Anxiety, Pregnancy and Childbirth Abnormalities.
Journal of consulting psychology vol.25 No. 1 pag.74-77 1968
- 27.- Eysenck, S.B.
An Experimental Study of psycho - galvanic Reflex Responses
 of normal, Neurotic, and Psychotic Subjects.
 Journal Psychosom. Research vol. 1 pag. 258-272 , 1956.
- 28.- Fernandez Doblado Raúl.
Efectos de la anestesia en el feto.
 Ginec. y Obstet. de México Vol. 38 Año XXX No. 229 Nov. 1975.
- 29.- Flores Mercado Fco.
Método de autorrelajación psicoprofilaxis para el parto sin
 dolor.
 U N AM Tesis Medicina , México 1961

- 30.- Fijal-Kowski, W
Current Trends In Psychoprophylaxis of Pregnancy and Labor.
 Polish Medical Journal, Vol. 8 No.3 1969.
- 31.- Freud, S .
Inhibición, Sintoma y Angustia.
 Obras Completas ; Tomo III O. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid
 pag. 2833-2883 Madrid 1973.
- 32.- Felton Gary S., P.H. D , Florrie B. Segelman, R.N.
Lamaze Childbirth Training and Changes in Belief about personal
 Control.
 Birth and The Family Journal Vol. 5 :3 Fall 1978.
- 33.- Franz Alexander, y French, T.
Terapeutica Psicoanalitica.
 Trad. L. Fabricant Ed. Paidós 1a Edición Buenos Aires, 1965
- 34.- Franz Alexander
Medicina Psicomatica.
 Ed. Cultura , La Habana Cuba 1954.
- 35.- Freud A.
Mecanismos de Defensa .
 Ed. Realp. Puerto Rico 1953.
- 36.- Freud, S.
The Justification for Detaching from Neurasthenia a particular
 Syndrome: The Anxiety Neurosis.
 Collected Works, Vol.1 pag. 76-106 Hogarth Press and Institute
 of Psychoanalysis, London. Reprinted in 1946.

- 37.- Gavensky R.
Psicoprofilaxis Obstétrica.
 Ed. El Ateneo . Buenos Aires. 1971.
- 38.- Gavensky R.
Parto sin Temor.
 Ed. El Ateneo. Buenos Aires 1954.
- 39.- Gazian P. M.D. Marlene Garvis, R.N., M.S. Elaine Levine B.S.
An Evaluation of Childbirth Education For The Clinic Patient.
 Birth and The Family Journal Vol. 6:2 pag. 89-94 Summer 1979
- 40.- Gonsuch Richard L. and Martha K. Fey.
Abnormalities of Pregnancy as a function of Anxiety and Life Stress.
 Psychosomatic Medicine Vol. 36, No. 4(July-August) 1974.
- 41.- Guarnier Enrique.
Psicopatología clínica y tratamiento analítico.
 Ed. Porrúa Hnos. México.
- 42.- Gurney, c. Roth, N., Kern, T.A. and Schapira, K.
The Bearing of Treatment on the Classification of the Affective Disorders.
 British Journal of Psychiatry, 117 pag. 251-255, 1970.
- 43.- Hensen M., and Bellack Alan.
Behavioral Assessment a practical Handbook.
 Cap. 7 en Pergamon Press Pittsburgh Pennsylvania, 1976.
- 44.- Hight, Laukaran, Dr. P.M.
Maternal Attitude vs. Pregnancy out Comes and Complications.
 American Journal Obst. Gynecol. P. 136-374; 1980.

- 45.- Honney K.
Feminine Psychology.
 Ed. Gruner Stratton. N.Y. 1942.
- 46.- Honney K.
The Interpersonal Theory of Psychiatry.
 Ed. Norton. New York 1953.
- 47.- Howe, E.S. GSR.
Conditioning in anxiety States, normals, and chronic functional Schizophrenic subjects.
 J. Abnorm. Soc. Psychol., pag. 183-189 ; 1958.
- 48.- Hughen, M.J. Mc. Elin, T.W. and Young T.
Maternal and fetal outcome of Lamaze- prepared patients.
 Obst. Gynecol. Vol 51(6) 643., 1978.
- 49.- Instituto de Geografía .
Las Zonas Urbanas de la Ciudad de México.
 U.N.A.M. México, 1968.
- 50.- Johnson Dalet.
Effects of Interview Stress on measures of State and Trait Anxiety.
 Journal of Ab. Psych. Vol. 73 No. 3 pag. 245-251, 1968.
- 51.- Jones Arthur C. PHD.
Life Change and Psychological Distress as Predictors of preg- Outcome.
 Psychosomatic medicine Vol 40, No. 5 pag. 402-412(August) 1978.

- 52.- Jung, K.G.
Transformaciones y Simbolos de la Libido.
 Ed. Madrid 1953.
- 53.- Katkin, E.S.
The Relation ship between a measure of transitory anxiety and
 spontaneous automatic activity.
 Journal Abnorm. Psychol., pag 142-146 ; 1966.
- 54.- Kay standley, PHD y col.
Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy
 Outcoms.
 Am. J. Obstet. Gynecol. vol. 135 No. 8 pag. 22-26 September 1979.
- 55.- Kardiner, A.
The Individual and his Society.
 Columbia Univ. Press. New York 1939.
- 56.- Kletznel, Firman Raquel.
El dolor durante el parto como consecuencia de mecanismos psi-
 cológicos y culturales.
 Tesis U.N.A.M. 1967.
- 57.- Lacey, J.I. and Lacey B.C.
The relationship of resting automatic activity to motor impul-
 sivity .
 In the Brain and Human Behavior (proceedings of the assn. Res.
 nerv. ment. dis,) Baltimore: Williams and Wikins, 1958.
- 58.- Lader, M.H. and Wing, Lonna.
Habituation of the Psycho-galvanic reflex in patients whith
 anxiety ststes and innormal subjets.
 J. Neurol. Neurosurg., Psychiat. pag. 210-218 vol.27 ; 1964

- 59.- Lader, Malcolm and Marks Isaac.
Clinical Anxiety.
Ed. Heinemann London, 1971.
- 60.- Langer Marie.
Maternidad y sexo.
Ed, Paidos Buenos Aires Argentina 1976.
- 61.- Lain Entralgo, P.
La curación por la palabra en la época clásica.
Ed. Revista de Occidente. Madrid 1958.
- 62.- Lamaza, F. Semaine .
El parto sin dolor.
Paris 28: 302, 1952.
- 63.- Lazzerini A.J. Coxt and MacKay C.J. .
Perceptions of and reactions to stressful situations: the utility of an general anxiety trait.
British J. of Soc. and Clin. Psych. 18 pag. 363-369 Great Britain 1979.
- 64.- Leonard, R.F.
Evaluation of selection tendencies of patients preferring prepared childbirth.
Obstet. Gynecol. 42:371, 1973.
- 65.- Lumley Judith and Bell Robin.
Stress and premature labour.
British medical Journal pag. 934-935 1979.

- 66.- Mahl, G.F. and Kanpe, R.
Emotions and hydrochloric acid secretion during psychoanalytic hours.
 Psychosom, Med., vol.15 pag. 312-327 año 1953.
- 67.- Marias J.
La filosofía en sus textos.
 Ed. Labor, Vol. I-II Barcelona, 1950.
- 68.- Marias J.
El tema del hombre.
 Ed. Espasa-Calpe, S.A. 3a. Ed. pag. 151-176 Madrid 1973.
- 69.- Malinowsky B.
Sex and repression in savage society.
 New York Hancourt 1927.
- 70.- Martin B.
The Assessment of anxiety by physiological-behavioral measures.
 Psychol. Bull., 58 pag.234-255 año 1961
- 71.- Melvin Wax, P.H.D, Arnold J. Samenoff, Ph. D. Janet E. Fanning, B.A.
 American Journal.
Childbirth education, maternal attitudes, and delivery.
 American Journal Obstetrics Gynecology 123:185 año 1975.
- 72.- Mendez-Baven C.
Influencia of Maternal position in moving and duration of labour.
 Journal Perinatal Medicine 3:89, 1976.
- 73.- Magnus R.
Some Results of Studies in the Physiology of Posture.
 Lancet 75:531, 1926.

- 74.- Mendizabal, M Othón de y otros.
Las clases sociales en México.
Ed. Nuestro Tiempo. México, 1977.
- 75.- Money J. Ehrardt A.
Man Woman -Boy Girl.
The Johns Hopkins U.P. 1957.
- 76.- Money, J., and Ehrhardt A.A.
Endocrinology and Human Behaviour.
Ed. Michael, Oxford University Press P.32 London 1968.
- 77.- Nacar, E.Colunga A.S.
Biblia
Ed. Bac Barcelona 1968.
- 78.- Newton Richard W. y Col.
Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the onset of premature labour.
British Medical Journal 2 pag. 411-413 año 1979.
- 79.- Newton N., Newton M.
Psychologic aspects of lactación
New England J. Med. 277 : 1179-1180 Nov. 30, 1967.
- 80.- Nichols, Robert C. and Beck Karlw.
Factors in Psychotherapy change.
J. of Consulting Psychology Vol. 24 No. 5
- 81.- Nemiah, J.C. and Sifneos, P.E.
Psychosomatic illness: a problem in communication.
Psychoter. Psychosom., 18: 154-160 año 1970.

- 82.- Nicolaiiev, P.A.
El parto sin dolor.
 1a. Ed. Trad. del Ruso , Edit. Cantago, Buenos Aires, 1957.
- 83.- Noyes, P. Arthur
Psiquiatria clinica moderna.
 Ed. Prensa Médica Mexicana , México 1976.
- 84.- Nuckolls Katherine B., John Cassel and Benton H. Kaplan.
Psychosocial assets, life crisis and the progress of pregnancy.
 KANCY .
 American Journal of Epidemiology Vol. 95, No. 5 pag. 431-441
 1972.
- 85.- Pavlov I.P.
La Doctrina de Pavlov sobre la actividad nerviosa superior
 Trad. del Ruso por J. Lain Entralgo. Barcelona Vergara Ed. 1959
- 86.- Pavlov, I.P.
Reflejos Condicionados e Inhibiciones.
 Trad. Ramón Gil Novales, Ed. Peninsula , Barcelona 1967.
- 87.- Pavlov I.P.
El aporte de Pavlov al desarrollo de la medicina.
 Trad. Dr. Ambrón Issachonoff. Buenos Aires , Ed. Psique 1957.
- 88.- Perez Tamayo Luis.
Analgesia- Anestesia no explosiva en ginecología y obstetricia.
 Tesis U.N.A.M. 1972.
- 89.- Platonov, K.
La palabra como factor fisiologico y terapeutico.
 Edic. en Lenguas Extranjeras 2a. Ed. 427pag. Moscú 1958.

- 90.- Pontroy I.
The anxiety states.
 American Handbook of Psychiatry, Vol. 1 , New York: Basic Books
 año 1959.
- 91.- Rank Otto.
The trauma of birth.
 Ed. Harcourt-Bradce, New York, 1929.
- 92.- Redondo Ortiz.
Efectos de la ansiedad rasgo-estado sobre la inteligencia en
 la práctica quirúrgica.
 Psicología U.N.A.M. 1973.
- 93.- Redondo P.J.
Estudio transcultural del IDARE en universitarios de U.N.A.M.
 Y U.N.C. de México y Colombia.
 Tesis Doct. U.N.A.M. Psicología 1979.
- 94.- Rios Vidales Dolores.
Estudio Exploratorio de algunos aspectos psicológicos rela-
 cionados con el parto psicoprofiláctico.
 Tesis U.N.A.M. 1973.
- 95.- Ramirez Santiago.
Estenilidad y Fruto.
 Psicología de la función productiva.
 Ed. Pax-Mex , 1962.
- 96.- Read, G.D.
Observations on a series of labours.
 The Lancet(1) : 721, 1949.

- 90.- Pontroy I.
The anxiety states.
American Handbook of Psychiatry, Vol. 1, New York: Basic Books
año 1959.
- 91.- Rank Otto.
The trauma of birth.
Ed. Harcourt-Brace, New York, 1929.
- 92.- Redondo Ortiz.
Efectos de la ansiedad rasgo-estado sobre la inteligencia en
la práctica quirúrgica.
Psicología U.N.A.M. 1973.
- 93.- Redondo P.J.
Estudio transcultural del IDARE en universitarios de U.N.A.M.
y U.N.C. de México y Colombia.
Tesis Doct. U.N.A.M. Psicología 1979.
- 94.- Rios Vidales Dolores.
Estudio Exploratorio de algunos aspectos psicológicos rela-
cionados con el parto psicoprofiláctico.
Tesis U.N.A.M. 1973.
- 95.- Ramirez Santiago.
Esterilidad y Fruto.
Psicología de la función productiva.
Ed. Pax-Mex, 1962.
-
- 96.- Read, G.D.
Observations on a series of labours.
The Lancet(1) : 721, 1949.

- 97.- Rodríguez de la Fuente Fernando.
Efectos de la Analgesia y Anestesia en el feto y recién nacido.
pag. 147. en *Avances en Perinatología* Ed. Fco. Mendez Oteo, Mé-
xico D.F; 1974 de Diaz del Castillo E., y Urrusti Sanz J.
- 98.- Santibáñez Guillermo.
Experiencia clínica en el Método Psicoprofiláctico en Clientela
Privada en México.
Ginec. Obst. Mex. 30:209 1968.
- 99.- Santibáñez Guillermo.
La Psicoprofilaxis en el Curso del Trabajo de parto frente a -
las Técnicas de Analgesia Medicamentosa.
Bol. Of. de la Soc. Int. de Psychoprofilaxis Obstetrica 20:80,
1977.
- 100.- Saltz, Eli and Hoehn Arthur J.
A test of the Taylor-Spence Theory of Anxiety.
J. Exp. Psychol. 1952. 42 pag. 61-64.
- 101.- Savill, T.D.
Clinical Lectures on Neurasthenia.
Williams Wood, New York, 1899.
- 102.- Secretaría de Programación y Presupuesto.
La Población de México, su Ocupación y sus Niveles de Bienestar.
México, 1979.
- 103.- Scott James R, M.D., and Rose Nancy B R.N.
Effect of Psychoprophylaxis (Lamaze Preparation) on Labor and
delivery in primiparas.
The New England Journal of Medicine Vol. 294 No. 22 pag. 1205-
1207, May 1976.

- 104.- Schilder, Paul.
Tratado de Psicoterapia.
 Ed. Biblioteca del Hombre Contemporáneo.
 Trad. por Mira y López Emilio, 1965.
- 105.- Soifer, Raquel.
Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio.
 Ed. Kargienman, Buenos Aires, 1964.
- 106.- Spitz, Rene A.
The first year of life.
 New York, Int. Uni. Press, 1965.
- 107.- Spielberger, C.D.,
Anxiety and Behavior.
 Ed. Mac. Millan New York, 1927.
- 108.- Spielberger, C.D.,
The effects of Manifest Anxiety.
 On the Academic Achievement of College Students Ment Hygi
 No. 46 pag. 420-426, 1962.
- 109.- Spielberger, C.D., Lushene, R.E. and Mc.Adoe, W.G.
Theory and Measurement of Anxiety States, Chapter 10 in
 R.B. Cattell Ed. Handbook of Modern Personality Theory.
 Aldine, Chicago, 1971.
- 110.- Spielberger, C.D.,
Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado Trad. Rogelio Diaz G.
 Ed. El Manual Moderno., pag. 22-24, México, 1975.

- 111.- Stack, Sullivan H.
El Nuevo Psicoanálisis.
 Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1966.
- 112.- Taylor, Janet A.
The Journal of Abnormal and Social Psychology.
 Vol. 48 No. 2, pag. 285-290 pag. 285-290.
- 113.- Thoms, H., Karlovsky, E.D.
Two Thousand deliveries under a Training for Childbirth program.
 Am. J. Obst. Gynec. Vol 68, No. 1 pag. 279, 1954.
- 114.- Thompson, Clara.
El Psicoanálisis
 Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1955.
- 115.- Velvovski, I.
Psicoprofilaxis de los Dolores del Parto.
 Ediciones en Lengua Extranjera, Moscú, 1963.
- 116.- Velvovski, I., Platonov K., Plotichen, V., Shugom, E.,
Psicoprofilaxis de los Dolores del Parto.
 Ed. del Estado, Moscú 1963.
- 117.- Veilay P.,
Evolución, Situación perspectiva del Método Psicoprofiláctico.
 Bol. Of. Soc. Int. Psicop. Obstet. Vol. 8 No. 33, 1968.
- 118.- Veilay, P.,
Parto sin Dolor
 Ed. Azteca, México, 1970.
- 119.- Jang, G.H.
The Neural Control of Sweating.
 Madison: The Univ. of Wisconsin Press, 1964.

- 120.- Walker, L.,
The Prognosis for Affective Illness With over anxiety.
Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 22,
 pag. 338-341, 1959.
- 121.- Welch, L., and Kubis, J.F.
Conditioned PGR (Psychogalvanic response) in states of Pathological Anxiety.
J. Ner. Ment. Dis., Vol. 105 pag. 372-381., 1947.
- 122.- Welsh, G.S.,
An Anxiety Index an an Internalization ratio for the MMPI.
Journal of Consulting Psychology, Vol. 16, pag. 65-72, 1952.
- 123.- Wittenborn, J.R.,
Comments on the Selection and use of symptom rating Scales for Research in Pharmacotherapy.
International Review of Neurobiology, Vol. 7 pag. 279-295, 1964.
- 124.- Wolf, S., and Wolff, H.G. Human Gastric Function (2nd ed).
 New York., Oxford Univ. Press, 1947.
- 125.- Wolberg, L.
The Technique of Psychotherapy.
 Ed. Grune and Stratton., New York, 1965.
- 126.- Wilson, J.M., Barlow, P., Shipman.
Prognosis of Post Partum Mental.
Comprehensive Psychial. Vol. 13 pag. 305-316, 1972.
- 127.- Zar, Jerrol H.,
Biostatistical Analysis .
 Ed. Prentice-Hall., 1974.

128.- Zuckenman, M.

The development of an Affect Adjective Check List for the measurement of Anxiety.

J. Consult. Psychol., Vol.24, pag. 457-462., 1960.

129.- Zuckenman, M., Pensky, H., Hopkins, T.R., Murtaugh, T.B and S.

Comparison of Stress Effects of Perceptual and Social Isolation.

Arch. Gen. Psychiat., Vol. 14, pag. 356-365., 1966.

130.- Zuckenman, M., Lubin, B., Vogel, L., and Valerius, E.

Measurement of Experimentally Induced Affects.

Journal of Consulting Psychology, Vol. 28 pag. 418-425, 1964