

878525

UNIVERSIDAD NUEVO MUNDO

ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



ANSIEDAD EN MUJERES EMBARAZADAS Y EL CURSO PSICOPROFILACTICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

MONICA GONZALEZ ABEN

DIRECTOR DE TESIS: ING. CUAUHEMOC CARRASCO RIVERA

MEXICO, D.F.



1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

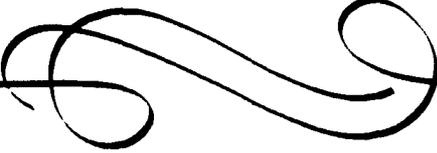


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

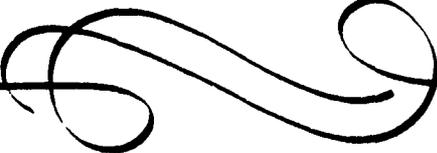


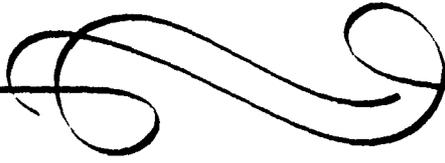
A DIOS
Por iluminar mi camino...

En recuerdo a mi abuelo, abueliña y suegro que
aunque no estén presentes los llevo siempre conmigo
en lo más profundo de mi corazón

A mi padre
No tengo palabras para expresarte lo mucho
que te quiero y compartir contigo esto tan
importante para mi.
¡Te amo papá!

A mi madre
Todo mi amor no te devolvería ni un poquito de lo
que me has dado y este logro como muchos otros
también te lo debo a ti.





A mis hijas

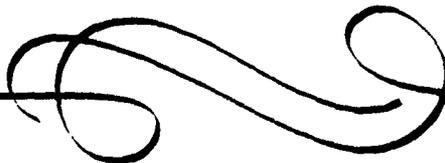
*La razón de mi vida y
la bendición más grande
que Dios me ha dado.
Esto va por ustedes.
Las adoro.*

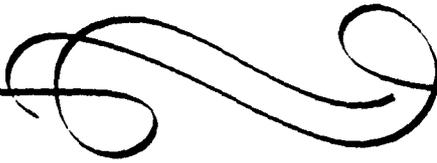
A mi hermano

*Tus ganas de salir adelante y tu optimismo
son lo que te hace tan especial.
¡Te quiero mucho!*

A Salo

*Gracias por contar contigo y por estar
ahí siempre cuando te necesito.
Te quiero mucho.*

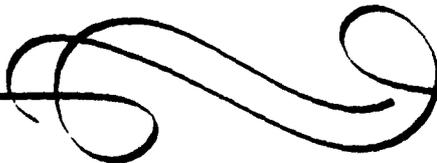


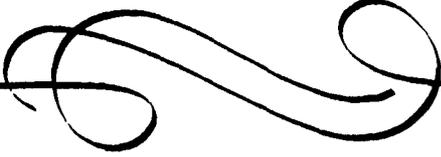


*A mi abuela
Por esa dulzura que te caracteriza
y que te hace tan especial.*

*A Susi, Titi y Carmen
¡Lo logré muchachas!
Las quiero.*

*A Maricarmen
Por estar siempre conmigo en las buenas
y en las malas.
¡Gracias gordita!*





A MIS ASESORES

A Cuauhtémoc

Agradezco infinitamente todo tu apoyo,
conocimientos y guía a lo largo de este trabajo.

A Lucy Reyes

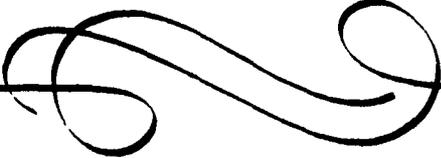
Por tu disponibilidad, ayuda y comprensión.
Mil gracias.

A Lily Daniel

Por apoyar al alumno para que logre su meta al
final de la carrera.

Gracias.

Agradezco al Grupo de Psicoprofilaxis del
Hospital de México, Hospital Santa Teresa y
Hospital Inglés por las facilidades otorgadas
para el presente trabajo.



I N D I C E

INDICE

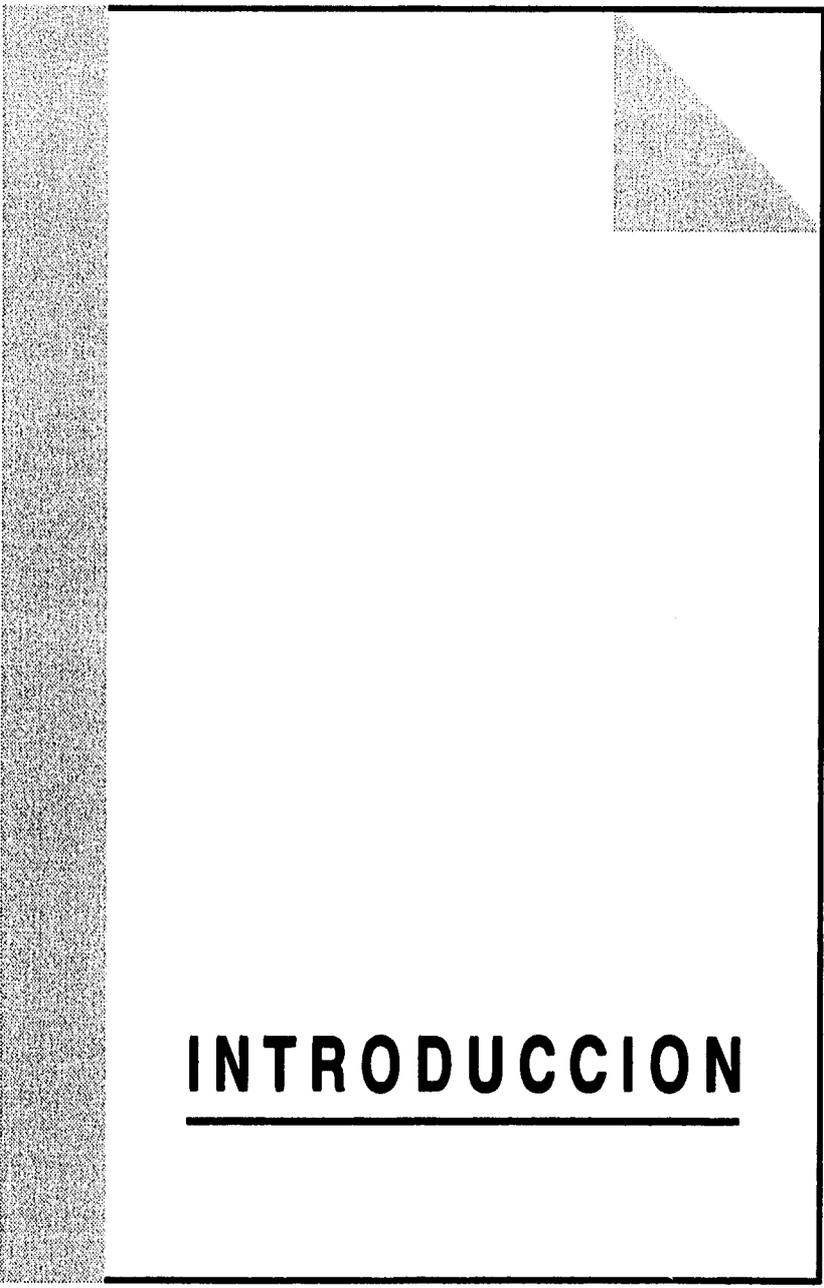
INTRODUCCION	2
CAPITULO I	
EL EMBARAZO Y EL PARTO	4
1.1. Proceso de gestación	5
1.2. El embarazo	6
1.3. El parto	11
1.3.1 Fases del parto	11
1.4. Tipos de parto	12
1.4.1 Parto por cesárea	12
1.4.2 Parto por forceps	12
1.4.3 Parto por nalgas	13
1.5. Factores que afectan al parto	13
1.5.1 Causas maternas	13
1.5.2 Causas fetales	14
1.5.3 Anexas	14

INDICE

1.6. Métodos utilizados para evitar el dolor durante el parto	15
1.6.1 Analgesia durante el parto	15
1.6.2 Analgesia por hipnosis	15
1.6.3 Anestesia por inhalación	15
1.6.4 Método psicoprofiláctico	16
1.7. Características psicológicas	16
1.7.1 Aspectos psicológicos durante el embarazo	17
1.7.2 Aspectos psicológicos con relación al parto	26
1.8. Características sociales	33
CAPITULO II	
CONSIDERACIONES TEORICAS DE LA ANSIEDAD	35
2.1. Emociones	37
2.2. Ansiedad como estado emocional	40
2.3. Ansiedad patológica	46
2.4. Ansiedad consciente y ansiedad inconsciente	47
CAPITULO III	
CURSO PSICOPROFILACTICO	51
3.1 Origen del método psicoprofiláctico	54
3.2 Historia del método psicoprofiláctico	59
3.3 Descripción del método psicoprofiláctico	62
3.4 Temario del curso psicoprofiláctico	68
CAPITULO IV	
METODOLOGIA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION	70
4.1 Objetivo	71
4.2 Planteamiento del problema	72
4.3 Hipótesis	72
4.4 Variables	72

INDICE

4.5 Muestra	73
4.5.1 Selección de la muestra	73
4.6 Tipo de estudio	74
4.7 Instrumento de medición	74
4.7.1 La prueba	75
4.7.2 Validez y confiabilidad	77
4.8 Diseño	78
4.9 Procedimiento	78
4.10 Diseño estadístico	79
CAPITULO V	
RESULTADOS	81
5.1 Resultados	82
5.2 Conclusiones	88
5.3 Limitaciones y sugerencias	89
APENDICE	92
BIBLIOGRAFIA	97



INTRODUCCION

INTRODUCCION

La recopilación de datos relacionados con el tema de psicoprofilaxis y la ansiedad que presentan las mujeres en primera gesta que toman el curso psicoprofiláctico y las que no lo toman, nos permitirá más adelante dar una idea más clara de lo que se pretendió observar; esta investigación permitió corroborar que el curso psicoprofiláctico actualmente es una alternativa para la mujer embarazada ya que es un método educativo en donde la participación de la pareja es positiva para el proceso reproductivo.

Por otro lado, se tiene la creencia de que la mujer tiene que sufrir siempre en el momento del parto, lo cual en nuestros tiempos teniendo al alcance este método, vemos que se busca la educación integral aceptando que el dolor es un fenómeno fisiológico que se presenta, el cual por medio de ejercicios de relajación y respiratorios puede menguar el dolor ya que la parturienta no se concentra en el parto especialmente sino que la relajación la lleva a lograr una tranquilidad psíquica.

El presente trabajo tuvo dos objetivos centrales. Por un lado dar a conocer el método psicoprofiláctico y el nivel de ansiedad que se genera en el embarazo, y por

INTRODUCCION.

otro, comprobar si existen diferencias significativas entre las mujeres en primera gesta que toman este curso y las que no lo toman.

De esta manera el capítulo 1 se refiere al embarazo y el parto, que son períodos del comienzo de una nueva etapa y que dan el inicio a un nuevo ser.

Se contemplan los cambios presentados durante el embarazo, así como la importancia que éstos tienen para la madre y su pareja.

En el capítulo II se revisa el concepto de ansiedad ya que la mujer embarazada desarrolla situaciones cada vez más complejas que por ser desconocidas le provocan ansiedad, ésta podrá ser disminuida al tener mayor conocimiento del desarrollo de su embarazo.

En el capítulo III se aborda el curso psicoprofiláctico y la información y conocimientos que éste aporta a la madre y a su pareja, dándonos una visión general de lo que sucede a lo largo del embarazo a la mujer tanto física como emocionalmente.

En el capítulo IV se desarrolla todo lo referente a la metodología de la investigación de campo para la cual se tomó como grupo control a 30 mujeres que no tomaron el curso psicoprofiláctico y como grupo experimental 30 mujeres que si lo tomaron, contando para su estudio con la prueba IDARE elaborado por los doctores Spilberg y Díaz Guerrero.

Finalmente el capítulo V presenta los resultados obtenidos aprobándose que sí existieron diferencias significativas entre los dos grupos, corroborando así la hipótesis alterna planteada.

C A P I T U L O I

**EL EMBARAZO Y EL
PARTO**

CAPITULO I EL EMBARAZO Y EL PARTO

CARACTERISTICAS GENERALES Y FISIOLÓGICA DEL EMBARAZO

1.1. PROCESO DE GESTACIÓN

El embarazo es un proceso fisiológico que se inicia con la unión del óvulo y el espermatozoide. Cada mes la matriz de la mujer aumenta de grosor a causa de las hormonas estrogénicas, de modo que el útero queda preparado para la posibilidad de que se produzca una fecundación. Si pasados algunos días la fecundación no se produce, se desprende la mucosa de la matriz y es expulsada por medio de la menstruación. Por ello es lógico que el signo más precoz del embarazo sea la suspensión de la menstruación y es natural que los médicos señalen la fecha del embarazo de acuerdo con la última fecha de menstruación.

La concepción es la fecundación del óvulo por el espermatozoide y la subsecuente implantación del huevo. El óvulo fecundado se desarrolla convirtiéndose en la placenta y el embrión, y posteriormente en el feto. La mayor parte de los óvulos

fecundados se implantan en el útero. Al período que va desde la concepción hasta el nacimiento es a lo que le llamamos gestación.

1.2. EL EMBARAZO

El comienzo de la vida para todos nosotros empezó antes de ese primer llanto que produjimos al nacer. El comienzo de la vida es un hecho que dura menos de un segundo, que es cuando un espermatozoide se une con un óvulo y lo fecunda, iniciando así la nueva vida.

El embarazo es un estado fisiológico especial de la mujer, durante el cual se desarrolla en la matriz el huevo ya fecundado por el espermatozoide y que se conoce como cigoto en el lenguaje médico.

El cigoto en desarrollo secreta una hormona gonodotrópica, que impide la degeneración del cuerpo amarillo, el cual sigue creciendo y forma el trofoblasto del embrión en desarrollo.

En la fecundación se fusionan las gametas femenina y masculina a nivel de la ampolla de la trompa de Falopio. En cuanto el espermatozoide se ha introducido en el ovocito, éste termina su segunda división de maduración y cada pronúcleo debe duplicar su DNA. Los resultados principales de la fecundación, son los siguientes:

- 1) Restablecer el número diploide de cromosomas
- 2) Regir el sexo del nuevo individuo
- 3) Comienzo de la segmentación

A continuación presentaremos unas gráficas sobre el desarrollo embrionario que se da a lo largo de los nueve meses de embarazo.

CAPITULO I. EL EMBARAZO Y EL PARTO

FIN DEL MES No.	TAMAÑO Y PESO APROX. DEL EMBRION	CAMBIOS REPRESENTATIVOS
----------------------------	---	--------------------------------

1	0.8 a 1.5 cm.	Se forman la columna vertebral y el canal vertebral, así como pequeñas "yemas" que se transformaran en brazos y piernas. También se forma el corazón, que comienza a latir y se inicia la estructuración de los sistemas y aparatos del cuerpo. La sangre circula por sus diminutas venas y arterias.
---	------------------	---

El cordón umbilical que lo une con su madre, ya está funcionando. Aún no se puede distinguir el sexo.

2	3.0 cm 1.0 gr.	Se forman los grandes vasos y continúa el desarrollo de los órganos internos. El embrión se asemeja ahora a un bebé proporcionado aunque en pequeña escala.
---	-------------------	---

Las partes faciales están claramente desarrolladas, los brazos tienen manos y dedos y las piernas tienen rodillas, tobillos y dedos.

Si se toca un embrión de 8 semanas que ha sido abortado, reaccionará flexionando el tronco, extendiendo la cabeza y moviendo los brazos hacia atrás.

CAPITULO I. EL EMBARAZO Y EL PARTO

FIN DEL MES No.	TAMAÑO Y PESO APROX. DEL EMBRION	CAMBIOS REPRESENTATIVOS
--------------------	--	-------------------------

3	7.5 cm. 10.0 gr.	Ahora transformado en feto y con los sistemas orgánicos funcionando, puede hacer movimientos respiratorios, tragar y expulsar líquido amniótico de sus pulmones y, ocasionalmente, orinar.
---	---------------------	--

El feto puede ahora tener una variedad de respuestas especializadas. Si se tocan sus párpados que todavía permanecen cerrados, el feto mueve los ojos, cuya formación casi está completa. Si se toca la palma de la mano, reacciona intentando cerrarla. Estos comportamientos reflejos estarán presentes al nacer, pero normalmente desaparecen en el primer mes de vida.

4	20 a 25 cm. 113 gr.	El tamaño del cuerpo aumenta en relación con la cabeza, la cual ahora es equivalente a una cuarta parte de la longitud del cuerpo, o sea la misma proporción que tendrá al nacer. El cordón umbilical es tan grande como el feto y seguirá creciendo proporcionalmente. La cara adquiere aspecto humano y aparece cabello en la cabeza. La piel presenta un color rosa brillante.
---	-------------------------------	---

La madre puede sentir que el feto da patadas en un movimiento que se conoce como *vivificación*, considerado por algunas sociedades y grupos religiosos como el comienzo de la vida.

CAPITULO I. EL EMBARAZO Y EL PARTO

FIN DEL MES No.	TAMAÑO Y PESO APROX. DEL EMBRION	CAMBIOS REPRESENTATIVOS
--------------------	--	-------------------------

5	30 cm. 227 a 454 gr.	<p>Aparece en todo el cuerpo un vello finísimo (lanugo) , el cual irá desapareciendo poco a poco después de nacer. La piel conserva su tonalidad rosa brillante. Se acelera el desarrollo de los aparatos y sistemas de todo el cuerpo del feto.</p>
---	--------------------------------	--

El feto tiene ya pautas definidas de sueño y vigilia, así como una posición favorita en el útero. Se vuelve más activo pateando. Estirándose y retorciéndose.

6	35 cm.	<p>Los ojos ya están completos, se abren, se cierran y miran en todas direcciones. Se forman también las pestañitas.</p>
---	--------	--

El feto llora y puede apretar el puño vigorosamente.

7	40 cm.	<p>Se observa una mayor proporción entre la cabeza y el cuerpo; la piel presenta arrugas y el tono es menos brillante. El pelo de la cabeza continúa creciendo.</p>
---	--------	---

En esta etapa ya tiene pautas reflejas totalmente desarrolladas: llora, hace movimientos respiratorios, traga y puede succionar el pulgar.

El feto de siete meses puede sobrevivir en caso de que tenga lugar el parto en este punto del embarazo, en cuyo caso se le califica, tanto al parto como al lactante, como prematuros.

CAPITULO I. EL EMBARAZO Y EL PARTO

FIN DEL MES No.	TAMAÑO Y PESO APROX. DEL EMBRION	CAMBIOS REPRESENTATIVOS
----------------------------	---	--------------------------------

8 45 a
 50 cm. Debido a las condiciones de estrechez, sus movimientos se encuentran limitados. Durante este mes y el siguiente, se desarrolla una capa de grasa subcutánea en todo el cuerpo del feto, que lo capacita para adaptarse a la variación de la temperatura fuera del útero.

En caso de que el bebé fuera varón, los testículos inician su descenso hacia el escroto. Los huesos craneales están blandos y las probabilidades de que el producto sobreviva, son mayores al final de este mes.

9 50 cm. Continúa la acumulación de grasa subcutánea; se cae el lanugo y comienza a desvanecerse el color rojizo de la piel. Las uñas han crecido hasta el borde de los dedos de las manos y pies e incluso más largas.

Aproximadamente una semana antes del nacimiento el bebé deja de crecer. Los sistemas orgánicos están funcionando en forma cada vez más eficiente.

EL FETO ESTA LISTO PARA SU GRAN VIAJE !!!

1.3. EL PARTO

Se conoce como parto el proceso mediante el cual el recién nacido sale del útero al mundo exterior. El parto normalmente tiene lugar entre las 38 y 42 semanas de embarazo, contadas desde el último período menstrual de la madre.

Con frecuencia es difícil saber en qué momento comienza el parto. En los últimos tres meses de embarazo, el útero empieza a contraerse preparándose para el parto, y estas contracciones de Braxton Hicks se pueden confundir con las del parto. No obstante, cuando las contracciones son más fuertes, dolorosas y regulares y el intervalo entre ellas es más corto, es probablemente cuando empieza el parto.

1.3.1 Fases del Parto

El parto se divide en varias fases que se delinen como si fueran distintas, aunque en realidad se superponen una sobre otra; son:

1) PRODROMICO O PRECURSOR:

Se caracteriza por las primeras contracciones (dolores) que aparecen. Las contracciones son irregulares y comienza la dilatación del cérvix.

2) PREPARTO O DILATADOR:

En esta fase las contracciones son mucho más intensas. Se inician en la parte superior del útero y se desplazan en sentido descendente, provocando que se dilate el útero notablemente (de 10 cm. a 12 cm.) para permitir la salida del feto acompañado del "tapón" mucosanguíneo que se acumula en el cuello de la matriz durante el embarazo. Las contracciones se hacen más fuertes y la mujer siente la necesidad de empujar. Este es el período más angustioso y extenuante para la mujer, porque la dilatación del útero es sinónimo de dolor.

3) EXPULSION:

Consiste en la salida del feto de la cavidad uterina, mediante una fuerza ejercida por las contracciones musculares del fondo uterino (parte alta del útero), las cuales impulsan el cuerpo del feto hacia afuera, es decir, hacia el "conducto del parto" (formado por la parte más baja del útero y el conducto vaginal dilatado).

4) ALUMBRAMIENTO:

Se produce cuando el feto ya ha salido por completo y comienza la expulsión de los anexos fetales que aseguran la comunicación entre el útero materno y el cuerpo fetal tales como el cordón umbilical, la placenta, corion, amnios, etc.

1.4. TIPOS DE PARTO

1.4.1 Parto por Cesárea

Es la intervención quirúrgica practicada en obstetricia que consiste en liberar al niño del útero mediante una incisión vertical u horizontal en el abdomen. La cesárea se lleva a cabo cuando el parto vaginal es imposible o peligroso. Esta intervención es muy segura y evita posibles complicaciones en un parto difícil para el niño o la madre.

El nombre cesárea viene de la palabra latina "caesum" que significa cortar.

1.4.2 Parto por Forceps

El parto por fórceps se realiza cuando la madre está excesivamente cansada o es incapaz de expulsar al niño sin ayuda, y también cuando el niño presenta signos de sufrimiento fetal después del segundo estadio del parto.

Los fórceps obstétricos consisten en dos hojas que encierran la cabeza del feto. Cada hoja está unida a un mango y estos dos encajan juntos; cuando están encajados, la distancia entre las hojas es fija.

Los fórceps se utilizan también para controlar la salida en el parto de nalgas (el niño presenta las nalgas en lugar de la cabeza), para evitar una salida demasiado rápida. Al igual, serán utilizados cuando la cabeza se bloquea en la mitad de la pelvis de la madre y es necesario rotarla antes para facilitar su nacimiento.

1.4.3 Parto de Nalgas

Es cuando el niño presenta primeramente las nalgas en vez de la cabeza, que es lo habitual.

Aproximadamente a las 32 semanas de embarazo, la mayoría de los niños adoptan una posición cefálica en el útero, pero un 3-4% de niños adoptan una presentación de nalgas con la cabeza en la parte superior del útero. Este tipo de parto es problemático, ya que las nalgas no atraviesan el canal del parto con la misma eficacia que la cabeza. Generalmente hay que practicar una Episiotomía (incisión en el tejido situado entre la vagina y el ano) para facilitar la salida del niño y utilizar los fórceps. En algunos casos es conveniente practicar la cesárea.

1.5. FACTORES QUE AFECTAN AL PARTO

La duración y la facilidad del parto dependen de diversas causas, las cuales incluyen:

1.5.1 Causas Maternas

- A) **Estado general y salud de la madre:** depende mucho de la configuración de la pelvis, ya que cuando es estrecha y mal formada puede dificultar o hacer imposible la salida del feto.

- B) **Efectividad de las contracciones uterinas:** dado que las contracciones uterinas son la fuerza motriz durante el parto, éstas deben de ser lo suficientemente vigorosas para evitar que se produzca la inercia uterina y que por ende, se retrase el parto.
- C) **La edad de la madre:** éste es un factor también muy importante. Cuantos más años tenga la madre al realizarse el primer parto, tanto más se oponen sus tejidos a la dilatación de la parte inferior del útero y de la vagina (conducto blando), a través del cual tiende a abrirse camino el feto. También la muy corta edad de la mujer puede afectar durante el parto.
- D) **Malformaciones congénitas del útero:** es peligroso cuando la matriz o el útero tiene malformaciones, así como el desplazamiento de su localización (ántero, látero) y sobre todo, retrodesviaciones uterinas, con el consiguiente obstáculo para el alumbramiento.

1.5.2 Causas Fetales

- A) **Volumen excesivo del feto o gigantismo fetal:** inducción contemporánea de dos o más fetos, en caso de embarazo múltiple. Todo esto, hace más difícil el parto.
- B) **Hidrocefalia fetal:** es la acumulación excesiva de líquido en los ventrículos cerebrales, esto hace que la cabeza del feto, por ser voluminosa, tenga dificultades para salir.

1.5.3 Anexas

- A) Corte del cordón umbilical
- B) Procedencia del cordón umbilical, etc.

1.6. METODOS UTILIZADOS PARA EVITAR EL DOLOR DURANTE EL PARTO

1.6.1 Analgesia durante el Parto

La intención de eliminar o disminuir los dolores durante el parto surgió desde hace mucho tiempo, pero no fue sino hasta el siglo XIX, cuando se descubrió la acción analgésica del éter y de otras sustancias, las cuales se aplicaron en forma científica para menguar el dolor en los momentos más álgidos del parto.

A. Y. Krassovski, I. P. Lazarévich, V. M. Florinski, V. A. Dobronrávov, F. V. Bukóiemski y otros eminentes obstétricos estudiaron los problemas relacionados con la analgesia masiva del parto, lo cual tuvo gran difusión en las maternidades en Rusia, no sólo a nivel de grandes instituciones, sino también en las pequeñas, incluidas las maternidades de los koljoses (Agrupación de labradores para cultivar la tierra en común).

1.6.2 Analgesia por Hipnosis

Este es un método muy discutido como procedimiento para disminuir o eliminar el dolor en el trabajo de parto. Existen diversas técnicas que no hacen posible su uso a nivel institucional. Para aplicar este método, se requiere que la paciente esté dispuesta y sea susceptible de hipnotizar, sin embargo, durante el trabajo de parto es más difícil lograr la aplicación de la hipnosis.

Este método es restringido ya que la hipnosis produce depresión respiratoria altera la tensión arterial de la madre.

1.6.3 Anestesia por Inhalación

Por la rapidez de su acción, la anestesia por inhalación es un buen recurso en las urgencias obstétricas. El grado de anestesia puede ser controlado y el efecto depresor sobre el producto, se disipa rápidamente.

Este tipo de anestesia puede producir relajación del músculo uterino, cuando esto se requiere.¹

1.6.4 Método Psicoprofláctico

Este es un método que se usa cada vez con más frecuencia, como una alternativa más de analgesia. Dado que este trabajo está enfocado precisamente al método psicoprofláctico, sus características y ventajas se describirán en el siguiente capítulo.

1.7. CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS

Se piensa en términos muy generales que el estado perfecto de una mujer, es cuando ha sido madre. Se ha considerado que la concepción, el proceso del embarazo y el nacimiento del niño, constituyen eventos felices muy significativos para una mujer e incluso para su pareja, pues traen consigo un cambio radical en sus vidas. A su vez, se dice que los peores momentos en la vida de una mujer son: antes del primer período menstrual o mejor dicho el momento en que éste se inicia por primera vez, a lo que le llamamos menarquia; durante el parto y cuando la mujer deja de tener su período menstrual, a lo que le llamamos menopausia. Lo cierto es que estas situaciones involucran toda una gama de sentimientos y emociones tales como: alegría, tristeza, amor, ansiedad, expectativas, temor, etc., emociones mezcladas conforman el comportamiento de cada mujer ante dichos acontecimientos importantes a lo largo de su vida.

Reafirmando lo anterior, existen varios acontecimientos en la vida de una mujer que pueden ser a la vez el mejor y el peor por el que ha pasado; en este trabajo el objetivo primordial es el de resaltar una vivencia única y una emoción en particular: **el parto y la ansiedad.**

1 Mondragón, Héctor.- OBSTETRICIA BASICA ILUSTRADA. Ed. Trillas, México, 1987.- p.172.

En los últimos 100 años se le ha dado mucha importancia a las teorías Freudianas y a las escuelas derivadas de ésta; pero actualmente, y sobre todo con respecto a la mujer, existen teorías que si bien no descartan a Freud, tampoco se basan únicamente en él. Por lo tanto, para la presente investigación se retomaran algunos aspectos de la corriente psicoanalítica Freudiana así como también algunas otras teorías psicológicas.

Para poder hablar de la ansiedad que produce el parto y los cambios psicológicos que la mujer experimenta durante él, debemos entender antes lo que sucede durante el embarazo en cuanto a sus aspectos psicológicos.

1.7.1 Aspectos Psicológicos Durante el Embarazo

Todo ser humano al enfrentarse a situaciones extrañas, involucra emociones que no ha vivido anteriormente. Al hablar del embarazo y ser ésta una vivencia nueva y desconocida, la mujer experimenta también emociones nuevas o más intensas como la ansiedad.

En los últimos 20 años, la investigación psicológica profunda, respecto a la mujer embarazada y a la parturienta, ha sido desarrollada principalmente por Benedek, Deutsch y Bibring (1976). La psicología de la embarazada varía de acuerdo con las diferentes etapas que vive durante la gestación. Desde su inicio la mujer aporta al embarazo determinadas situaciones y factores de su vida afectiva tales como: la relación con su madre, el desarrollo y la aceptación de su papel femenino, la relación con su pareja, su instinto maternal, etc. que a su vez se combinan con las alteraciones orgánicas debidas a la gravidez y dan como resultado *"los ajustes sentimentales, así como todo su fondo dinámico, que no se relaciona directamente con el embarazo"*. Helen Deutsch (1960) ha recalcado, por ejemplo, que las náuseas de tipo orgánico pueden provocar todos los sentimientos de asco que en el curso de los años se habían conservado sin reacción en el inconsciente. Por otra parte, *"los sentimientos de asco que se han asociado con determinadas imágenes del embarazo, proporcionan un refuerzo potente para la provocación orgánica"*.²

2 Káser, O; Friedeberg, V; Ober, K.G.; Thomsen, K.; Zender, J. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA II - EMBARAZO Y PARTO, Ed. Salvat Editores.- México, 1976.- p. 236.

Deutsch expone en su segundo tomo de la *Psychologie der Frau*, sus ideas sobre los estudios realizados con embarazadas neuróticas, teorías que han sido confirmadas por pruebas psicológicas aplicadas en estudios de investigación de algunos autores americanos. Ella explica en forma simple y comprensible sus ideas respecto a la psicología de la mujer embarazada. ". . . *la maternidad como vivencia individual, es la unidad psicosomática con un conjunto de experiencias personales, deseos, ansiedades, recuerdos, etc. Por ejemplo, es muy importante la madurez como mujer, su posición socio-cultural, sus relaciones familiares, etc.*"³

La experiencia del embarazo lo vive la mujer principalmente en función a la idea social y familiar que se tiene del mismo. Por ejemplo, en sociedades donde se considera que el embarazo debe ser acompañado por náuseas y vómitos y el parto por dolor y peligro, la mayoría de las mujeres lo viven tal cual lo dicta dicha sociedad. Así mismo, intervienen factores psicológicos individuales que condicionan su comportamiento posterior.⁴

Helen Deutsch (1960) dice que debido a la intensidad de los procesos psicológicos de la preñez, éstos son equiparables a los de la infancia. Las energías psíquicas que habitualmente están puestas en el exterior, son desviadas por el embarazo hacia el interior. Se produce una regresión en el yo de la madre, en donde el interés que antes se dirigía al afuera, ahora se dirige a esa parte del yo que se encuentra unida con el feto, produciéndose "*una tierna identificación al percibir el feto como parte de sí misma*".⁵ Es un período profundamente ambivalente, en donde el yo de la mujer debe buscar un compromiso armónico entre la identificación con su madre y la identificación con su hijo.

La presencia de la madre y el tipo de relación que tuvo con ella desde su temprana infancia hasta ahora al ser madre, es constante en la reacción psicológica de la embarazada y una causa de múltiples angustias y trastornos somáticos para ésta. Al

3 Ibidem.

4 Deutsch, Helen. PSICOLOGIA DE LA MUJER. Ed. Losada. Buenos Aires, 1982.

5 Ibidem.

CAPITULO I. EL EMBARAZO Y EL PARTO

respecto, Melanie Klein (1948) considera que es la reagudización de las fantasías tempranas inconscientes de la niña las cuales pueden incluir: *"haberte robado algo a la madre, que puede ser un hijo o el pene del padre que la madre lleva dentro"*.

Segulendo a Helen Deutsch, el embarazo es una doble identificación: la primera sería de la embarazada con el feto, reviviendo así su propia vida intrauterina y la otra es que el feto representa inconscientemente en la embarazada a su propia madre, el super-yo de la madre introyectado en ella y por lo tanto, su relación ambivalente con la madre se revive en su futuro hijo.

Si estas fantasías inconscientes se agudizan, pueden causar ciertos trastornos somáticos y angustias. La mujer puede tener miedo de dar a luz a un monstruo, producto de la fantasía en que el feto representa a su madre y se ven sus deseos infantiles juzgados como monstruosos (comerse a la madre, la venganza oral).

La capacidad de dar cuidados y amor al hijo, así como de recibir de él una retroalimentación no verbal a su comportamiento, está basada en las identificaciones primarias con la madre. La mujer que es madre realiza una de las aspiraciones de su ideal del yo al pretender ser buena madre, lo cual eleva su autoestima.

La mujer desea un hijo por varias razones inconscientes:

PRIMERA:

Por una causa biológica y comprobar su fertilidad (femineidad);

SEGUNDA:

Por una causa psicológica inconsciente que es una forma de recuperar a su madre

TERCERA:

Identificarse con ella; y,

CUARTA:

Para gratificar su deseo infantil de dar un hijo a su padre que es la mutación de la envidia del falo (el deseo de tener pene).

Hay otras causas psicológicas conscientes como sería por ejemplo retener al marido, intentar mejorar una relación de pareja deteriorada, etc.

El comportamiento y bienestar en el embarazo están determinados también, por factores psicosociales. Una mujer que al casarse asciende a una capa social superior, al igual que una mujer consciente de su papel femenino, es muy probable que muestren una mejor salud corporal y se adapten mejor psíquicamente al embarazo. Por el contrario, una mujer que no tiene posibilidades económicas para la manutención del bebé o existe un rechazo social a su embarazo o algún otro tipo de trastorno psicológico, desamor al marido o desamor del marido, puede entonces provocar un rechazo al niño.

Klein, Potter y Dyck (1948), hicieron una investigación durante la segunda guerra mundial, con 27 madres primerizas, la gran mayoría pobres y sin hogar propio. En los resultados de dicha investigación se notó que influyen estos dos factores, al exacerbar trastornos y ansiedades del embarazo. Sin embargo, algunas de ellas aceptaban y toleraban muy bien su estado y según los autores, esto se debía a que poseían una personalidad más madura y su hogar, aunque pobre, era estable afectivamente. Vemos pues como influyen los factores económicos, la estabilidad y el afecto y cómo se van reviviendo situaciones infantiles en el individuo.

La combinación del sentimiento maternal y la sexualidad, constituye una función importante en la salud anímica en el embarazo.

Grete Bibring (1959, 1961) plantea que la crisis del embarazo es similar a la de la adolescencia y la menopausia, y ofrece a la mujer una nueva oportunidad de resolverla en forma neurótica o madura. Se trata, por lo tanto, de otra oportunidad de crecimiento psíquico para la mujer.

La manera en que son resueltos los conflictos psíquicos que el embarazo plantea dan la pauta de prevención de los patrones que tendrá la relación materno-infantil.

Bajo la impresión de las alteraciones del embarazo, se incrementa la atención sobre el propio YO, al cual se va incorporando progresivamente, el feto. Helen Deutsch

CAPÍTULO I. EL EMBARAZO Y EL PARTO

dice: "...es importante sobre todo, la identificación madre-hijo. Frecuentemente la embarazada, se desvía de sus actuales relaciones con el medio que la rodea, para tomar una actitud introspectiva. Este enfoque psíquico recibe el nombre de *introversión*".⁶

Baldwin, en sus estudios, encuentra que la mujer reduce sus actividades en el hogar, a su marido, inclusive a los otros hijos si es que los tiene, para dedicar mayor tiempo a las vivencias íntimas, a las fantasías, las relaciones con las sensaciones corporales, etc.

Estudios realizados con relación a la psicología profunda, demuestran que durante el embarazo se da lugar un proceso de maduración psíquica. Bibring (1961) sostiene que toda mujer embarazada tiene una crisis como punto de viraje hacia una nueva situación vital. La madurez psíquica se relaciona con "...*el morir simbólico del muchacho para volverse hombre y de la muchacha para volverse mujer*..."⁷

Según Bibring, para que se dé una relación normal madre-hijo, la mujer debe enfrentar las tareas que el embarazo lleva consigo. Durante el embarazo hay alteraciones significativas entre la libido objetual y narcisista, de tal manera que, en una relación normal, una fuerte relación de objeto con el compañero posibilita la fecundación. La incorporación del amor objetual al self (conciencia de sí mismo), es la primera tarea de la mujer embarazada, lo cual implica aceptar e incorporar el embarazo en una forma exitosa.

El embarazo representa una nueva oportunidad de reacomodar las relaciones de la mujer embarazada con su madre, y consigo misma en su identidad femenina de tal suerte que los aspectos infantiles se abandonen por formas maduras de identificación con ella. Esta es la segunda tarea mencionada por Bibring.

6 Káser, O; Friedeberg, V.; Ober, K. G.; Thomsen, K.; Zander, J. - Opus cit. - p. 237

7 Ibidem

CAPÍTULO I: EL EMBARAZO Y EL PARTO

La tercera tarea consiste en que a pesar del incremento de las catexias (energía) del self, el feto debe percibirse como un objeto ajeno al self materno, con el fin de preparar a la madre para la separación biológica que implica el parto.

Para Dinora Pines (1989), la crisis del embarazo (sobre todo la de la primera gestación), coloca al proceso de constitución de la identidad femenina en un punto del cual no hay regreso. En forma especial, el primer embarazo le permite a la mujer revisar y completar su proceso de separación-individuación.⁸

Los deseos infantiles de identificarse con el objeto primario (la madre preedípica), ponen en juego fantasmas de maternidad mucho antes de que exista la posibilidad real de ésta; la identidad de género de la niña se establece en la temprana infancia. La identidad sexual se replantea durante la adolescencia tardía, en donde la maduración fisiológica del cuerpo de la adolescente promueve un paso más en el proceso de separación-individuación, pues confirma su derecho a la sexualidad con un cuerpo diferente al de la madre.

El embarazo es el siguiente paso en el ciclo vital de la mujer. Nuevamente aparecen las identificaciones con la madre preedípica. El feto que la madre guarda en su cuerpo le permite reeditar los sentimientos de unión primaria con su padre, al mismo tiempo que identificarse narcisísticamente con su bebé, como si fuera ella misma en el cuerpo de su madre.

Este estado de simbiosis genera intensos sentimientos de ambivalencia hacia la representación del feto o de la madre. La representación de una "madre suficientemente buena" (Winnicott, 1945) le permite que esta regresión temporal se experimente como placentera; no ocurre así cuando predominan los sentimientos ambivalentes o negativos (Pines, 1989, 1990).

⁸ Pines, D. Pregnancy, MISCARRIAGE AND ABORTION. A. PSYCHOANALYSTIC PERSPECTIVE. Int. J. Psycho-Anal. 1990. pp. 301-307.

Lester y Nolman (1986) comparten la idea de que durante la gestación se reedita la relación con la madre, pero agregan que una valoración narcisista del cuerpo y una deficiente integración del yo corporal provocan una serie de ansiedades que concuerdan con las fases del embarazo. Dichas frases implican:

La primera fase, que comprende del descubrimiento del embarazo hasta aproximadamente el cuarto mes, se caracteriza por la aparición de ansiedad difusa de dos tipos:

- a) La más consciente se refiere a los cambios corporales y al miedo de que el bebé crezca en el interior del cuerpo;
- b) Una más inconsciente y que se refiere a la regresión y fusión con la madre preedípica, en donde se despiertan fantasmas tempranas de entrar en el cuerpo de la propia madre. Los conflictos no resueltos del proceso de separación-individuación se reeditan en este período.

La segunda fase comprende de los tres o cuatro meses del embarazo hasta el último mes o mes y medio antes del parto. En este período los movimientos fetales, que evidencian la presencia del otro en el cuerpo materno, profundizan el proceso de separación-individuación de la mujer con respecto a su objeto original; lo que provoca un sentimiento de bienestar y completud. Es en este momento cuando se concretan los deseos de maternidad, que remiten al ideal del yo materno.

Con la proximidad del parto (desde cuatro a seis semanas antes del mismo) se reeditan viejas ansiedades de muerte o malformación del producto y se añade el desagrado por la deformación del cuerpo; es una etapa de relativa tensión.

Es durante el embarazo cuando se desarrollan los lazos afectivos de la madre hacia el niño y éstos tienen un proceso que va en concordancia con el avance de la gravidez.

Durante el primer trimestre aparecen una serie de cambios y síntomas físicos que preocupan a la mujer, al tiempo que se perciben cambios en el estado del ánimo,

se experimenta cierta ambivalencia ante el embarazo y comienzan a incrementarse las necesidades de dependencia y de ser amada.⁹

En los primeros meses solo hay un acercamiento al feto, parece ser que el hecho de no percibir cambios corporales evoca sentimientos de incredulidad sobre la existencia del embarazo, al mismo tiempo que hay temor de perder al bebé,¹⁰ se presenta una ambivalencia ya que también se piensa en su nombre, sexo y cómo será.

En el segundo trimestre aparece un sentimiento de completud y bienestar y se incrementa la dependencia. Al revivirse la relación con la madre se inicia la identificación con la idea de convertirse en madre. En este período aparecen los movimientos fetales, lo que hace al bebé más real para la madre y la prepara para la separación, ya que en el trimestre anterior la simbiosis era total.¹¹

Con los sentimientos maternos, el bebé se va experimentando como parte del self y como separado, así el bebé se personaliza en la mente de la madre y se inician las fantasías de cómo será al nacer.¹²

En el último trimestre se incrementa la angustia y la preocupación por el parto y la salud del producto, se experimenta cierta ambivalencia y duelo por la pérdida de esta especialísima relación que está por terminar.¹³

La mujer y la pareja inician los preparativos para el parto y el aprovisionamiento necesario para cubrir las necesidades del recién nacido; muchas mujeres piensan, y

9 Robinson, G. et al. SYMPOSIUM FEMALE SEXUALITY AND IDENTITY. *Con. J. Psychiatry*. Vol. 34. 1989. pp. 860-883.

10 Leifer, M. PSYCHOLOGICAL CHANGES ACCOMPANYING PREGNANCY AND MOTHERHOOD. *Genetic Psychology Monographs*. Vol. 95. 1977. pp. 57-96.

11 Robinson, G. et. al. *Opus cit.* p. 860.

12 Leifer, M. *Opus cit.* p. 57.

13 Robinson, G. et. al. *Opus cit.* p. 880.

con razón, que estas actividades tienen un significado psicológico y que las prepara para ser mejores madres.

Leifer (1977) dice que las actividades, sentimientos y preparación para la llegada del nuevo miembro, habla del grado de involucramiento con el feto; mujeres que veían a su bebé de manera menos real a lo largo de su embarazo, no pudieron participar en los preparativos para el parto ni cubrir las necesidades del bebé, no así las mujeres con un sentido más real.

Otro factor psicológico importante en el embarazo es: el miedo, el cual puede dividirse en: **manifiesto y latente**.

En términos generales se puede decir que el miedo es, **básicamente una señal de alerta** frente a situaciones que pueden afectar a la integridad física, ya sea en forma de agresión o como una enfermedad. Una vez dominada la situación que amenaza, ya sea porque se le conquista o porque se aleja uno de ella, el miedo desaparece. En el caso del embarazo, la madre se aproxima y vive una situación incierta que, al desconocerse (aun cuando no sea primeriza), activa esta señal de alarma. Así, es claro observar el miedo de la mujer ante el embarazo y el parto.

El miedo manifiesto:

Rara vez se relaciona con el parto, más bien se le atribuye a otras circunstancias tales como la soledad, la obscuridad, la muchedumbre, etc. Se le tiene miedo a algo específico. Por ejemplo, el miedo al dolor físico.

El miedo latente:

Es más ambiguo. En el embarazo se manifiesta como síntomas de malestar tales como vértigo, palpitaciones, estreñimiento pertinaz. Según Freud, en el embarazo los vómitos y el estreñimiento están relacionados con las fantasías infantiles que se ha comido algo (pene) y saldrá por el ano (al reprimir su conocimiento de la vagina) como excremento. Según Helen Deutsch,

la mujer tiene una ambivalencia oral al principio del embarazo, trata de expulsar al feto mediante vómitos pues por un lado lo rechaza, y por el otro lado lo incorpora mediante los antojos. Pero el vómito y los antojos son conductas infantiles, que mediante la regresión ocurren en el embarazo. Esta regresión, al servicio del vínculo madre-hijo, es necesaria como una actitud empática de la madre con el pequeño.

1.7.2 Aspectos Psicológicos con Relación al Parto

El parto implica una experiencia de reto que es encarada de distintas maneras. Algunas mujeres lo pueden ver como la participación en una experiencia culminante en el ciclo vital mediante la cual viene al mundo un nuevo ser humano. Otras lo ven como una prueba para mostrarse a sí mismas qué tan competentes son. Para otras el parto puede ser una amenaza a su propia identidad que está basada en la seguridad de que el intelecto y la voluntad son siempre los que dominan al cuerpo y sus deseos. Pero en general, las mujeres ven la labor y el parto como una prueba de su "ser mujer". Quieren sentirse orgullosas de lo que ha ocurrido.

La experiencia del dolor en un nacimiento es muy significativa para la humanidad, por lo que se ha investigado mucho al respecto. Entwisle y Doering condujeron un estudio longitudinal de ciento veinte parejas, desde el embarazo hasta el postparto y descubrieron que el 29% de las parturientas encontraron que el alumbramiento fue más doloroso de lo que esperaban, mientras que a un 22% se les hizo menos doloroso. La mayoría reconoció que la primera etapa de parto se caracterizó por un dolor desde moderado hasta terrible en cambio, en la segunda etapa, el dolor fue más ligero.

El 38% de las parturientas consideró como lo más doloroso el período de dilatación (8 a 10 cm.); para el 4%, fue lo menos doloroso y un 12% de ellas, dijeron que la experiencia de dolor había sido como una transfusión intravenosa.

La investigación de Melzack, ha corroborado la variabilidad en el grado de dolor durante el parto. Por ejemplo, en un estudio que hizo con 87 mujeres primerizas, el 9.2% de ellas reportó dolor ligero, el 29.5% tuvo dolor moderado, el 37% dolor severo y el 23% extremadamente severo. Esta distribución es muy similar a la obtenida por Nettelbladt en estudios similares.

Melzack encontró que el dolor que una mujer experimenta durante el parto, no va de acuerdo con su etapa de labor. Algunas mujeres tienen alto umbral de dolor en las primeras etapas, mientras que otras reportan muy poco dolor durante el trabajo de parto. Por lo tanto, Melzack concluye que el dolor en el trabajo de parto, depende directamente de la mujer, y no solo de cuándo se sienta el dolor sino de dónde se siente dicho dolor. Siendo el proceso de gestación un proceso interno, la mujer no ve ni toca cada cambio suyo o del hijo que espera.

Aún cuando la mayoría de los procesos femeninos son internos (menarquía, ovulación, recubrimiento del útero), esto no subsana el que en sus genitales y el bajo vientre, se ubique el área de vulnerabilidad maternal.

Mucho de la investigación del alumbramiento, se enfoca principalmente a "problemas" tales como el dolor o las complicaciones obstétricas, sin embargo, poca investigación hay sobre placer y aspectos positivos.

Humenick pone en duda que el elemento crítico a controlar e inclusive a eliminar para considerar el parto como una buena experiencia, sea el dolor. Puede objetarse que el dolor durante el parto es tan dominante, que en la mayoría de los casos carecen de importancia los demás factores emocionales. Sin embargo, existen las pausas entre los dolores, en las que pueden predominar las fantasías, los deseos y los temores.

La maternidad es en todas las mujeres un anhelo incoercible, un instinto más o menos refinado según la educación, pero al mismo tiempo se presenta envuelta en terribles condiciones de misterio, de sufrimiento, de dolor y de incapacidad.

La investigación, en cierta forma, ha examinado factores que se enfocan al concepto de que la madre disfrute el nacimiento del bebé. Se hizo un estudio entre

249 mujeres que tenían alto nivel económico, excelentes relaciones maritales y un criterio poco tradicionalista hacia los roles sexuales. En dicho estudio se encontró que ellas sí disfrutaron el nacimiento de su bebé.

Los investigadores establecieron que la alegría se siente primeramente al nacimiento o que, aún cuando interfieren altos niveles de dolor, éstos y la alegría, pueden coexistir. Las mujeres con grados bajos de dolor durante el parto, no son necesariamente las que más disfrutaron durante el suceso.

Todo lo que en el embarazo "ha crecido" interiormente en cuanto a sentimientos y enfoques positivos o negativos, se convertirá en una fuerza espiritual durante el parto.

Poco antes y durante el parto, la mujer pierde muchas veces la seguridad de sentimientos tales como la ternura maternal, femineidad, etc., que en general la caracterizan frente al sexo masculino. Aparecen entonces temores reales como son: el dolor al parto, el tener un hijo muerto o deforme, el perder el amor de su marido, etc., de naturaleza concreta y trivial, que sobrecargan la vivencia del parto. Estos temores pueden ser también síntomas de ansiedad profundamente enraizados. Velvosky en su libro "Parto sin Dolor. Método Psicoprofiláctico" nos dice:

"...el mismo acto del parto, se relaciona frecuentemente con ideas, conceptos y creencias falsas que se reflejan negativamente en el estado emocional de la mujer y en su conducta durante el parto..." y continúa: "...Con bastante frecuencia se observa pavor infundado de morir, temor por la vida del niño o que este nazca anormal ...se observan preocupaciones diversas por cuestiones familiares, sociales, económicas, religiosas, etc..."¹⁴

Según nuestros datos, en el 30% de los casos, los temores expresados por las gestantes son más o menos fundados, en el 70% restante, esos temores no tienen razón de ser, a juzgar por los datos amnésicos y exploratorios. Las fuentes de temores e inquietudes suelen ser las noticias tomadas de la literatura, de los familiares, de

14 Velvosky, I. Platonov, K. Ploticher, V. Shugom, E. PARTO SIN DOLOR. METODO PSICOPROFILACTICO. Ed. Azteca. México. 1974. p. 245

amigos ... en algunas gestantes cabe señalar la existencia de temores de origen impreciso, como por ejemplo: "Tengo miedo inconsciente del parto", "Me parece que iré a la casa de maternidad para no volver", etc.

Sin embargo, Freud y Deutsch consideran como motivo de ansiedad en el parto, el miedo a la muerte que resultaría de una vivencia de culpabilidad con respecto de la propia madre, y como se mencionó anteriormente esta culpabilidad es resultado de las fantasías inconscientes infantiles de dar un hijo a su padre (la envidia del pene) y a habérselo robado a su madre; o el miedo a perder el hijo, que sería el castigo impuesto por su madre a causa de sus deseos infantiles monstruosos. Estas sensaciones, entre otras, tienen un fundamento psíquico más que orgánico, con lo cuál se complementan los datos de Velvosky.

Freud considera que la unión espiritual de la madre con el hijo, no se anula debido a la desunión biológica que se efectúa con el parto. Así, el miedo a perder el hijo no tiene una explicación simple y pueden ser muchos los factores que lo originan: el sentimiento de culpabilidad relacionado con la madre, la experiencia de la misma madre con respecto al parto, etc. Esta ansiedad significa *una parálisis de la libertad a obrar, un desmayo del YO, con lo cual predominan en el ser humano los actos impulsivos no ligados con el ser consciente.*

Si existe un miedo vital de lo por venir, entonces puede aplicarse también a la situación del parto, la fomalicen general de V. E. Gebattel:

"... lo que a semejante persona le impide aceptarse tal como es, se convierte en motivo de su miedo primario. Pero la resistencia que opone a abandonarse al movimiento de lo venidero, crea un miedo todavía mayor, aunque secundario ...".¹⁵

De esto se desprende una consideración terapéutica esencial con respecto a la parturienta y es que, durante el proceso de parto, no es necesario tranquilizarla, sino guiarla hacia la tranquilidad.

15 Káser, O; Friedeberg, V; Ober, K. G.; Thomsen, K.; Zander, J. - Opus cit. - p. 242

Una de las manifestaciones psíquicas comunes durante el parto, es la regresión, siendo ésta un mecanismo de defensa, el cual se dirige en sentido inverso, a partir de un punto alcanzado, hacia otro punto por el que se pasó anteriormente. Es un proceso psíquico, es un retorno a la actividad infantil. Mediante esta conducta de tipo primitivo, la parturienta trata de obtener un estado de seguridad a fin de superar la ansiedad. La regresión aumenta con la actividad de las contracciones uterinas y alcanza un punto culminante durante el mismo parto. Algunas veces se prolonga hasta la lactancia. La regresión depende de factores tales como:

- Desarrollo de la personalidad (fuerza del Yo, tendencias narcisistas).
- Fuertes lazos anteriores con los padres.
- Dependencia actual al marido y personas autoritarias.
- Actitud frente al hijo por venir.
- Confianza y simpatía hacia la comadrona y/o el médico.

Las tendencias agresivas y la ansiedad promueven durante el parto, la capacidad de unión con las personas que auxilian o que solo se hallan presentes, con tal fuerza, que por lo general puede establecerse con rapidez un buen contacto.

Freud a lo largo de sus escritos, nos habla mucho de la envidia del falo (pene) de la mujer. En esta situación de embarazo y parto, podríamos equiparar una clase de envidia en el hombre hacia la mujer por su capacidad creadora de nuevos seres. Esto lo podemos ver muy claramente como el hecho de esperar que la mujer no intervenga en el parto casi nada y el obstetra lo haga todo, lo cual es interpretado por Helen Deutsch como: "*...los deseos infantiles y reprimidos del hombre de dar a luz...*"¹⁶

16 Langer, Marie. - MATERNIDAD Y SEXO - Ed. Paldos - México, 1987. p. 198

Por otro lado, "el médico que lo hace todo", podría identificarse como el padre que la protege contra la ira de su madre. La mujer que teme al parto, teme a su madre vengativa. El hecho de planear el día del parto, sería como la actitud ante la madre de dar el contenido intestinal en la etapa anal; equipararía el excremento que otorga a su madre con el feto que hace nacer, como y cuando ésta lo exige. La sociedad actual tiene una actitud mecanicista y antipsicológica ante el parto.

Sin embargo, otras teorías excluyen las hipótesis Freudianas y enfocan el temor en el parto a la agresión sentida hacía los padres cuando se fue niña.

La angustia frente al parto tiene raíces inconscientes, en la incertidumbre de lo que se parirá, si será normal y si la parturienta por su maldad no lo malograré. Si sus entrañas quedan bien, es que su madre no la castigó. Al tener una identificación con el feto, revive en el parto su propio nacimiento y la separación de la madre (pérdida). Una forma fácil de hacer pasar este trauma a la mujer que da a luz, es evitar el analgésico para dormir de tal manera que al estar despierta, oiga a su hijo llorar y así se desvanezca el temor a perderlo.

Según Read (1976), la mujer tiene dolor durante el parto porque piensa que debe doler. Las contracciones en las primerizas, al ser algo nuevo, son percibidas como "dolor" y esto suscita miedo, que provoca tensión y, por ende, verdadero dolor. Al estar frente a lo desconocido, pierde el control psíquico sobre sí misma y por lo tanto el control sobre su propio cuerpo. Así pues, Read intenta eliminar el miedo (y en consecuencia el dolor) explicando a la mujer qué está pasando en su cuerpo durante el embarazo como durante el parto.

"En términos psicoanalíticos, intenta oponer a la realidad psíquica, basada en angustias irracionales y representaciones sexuales infantiles sobre la concepción, el embarazo y el parto, una realidad exterior buena, tranquilizadora y racional. El exponente de esta realidad es el médico y la partera, que asisten desde el primer momento a la parturienta, dándole las indicaciones adecuadas para que sepa colaborar durante el parto".¹⁷

17 Langer, Marie. - Opus cit. - p. 209

Para la escuela reflexológica (Pavlov) de preparación psicoprofiláctica, el manejo es distinto que como lo conceptualiza Read. Para ellos el dolor existe pero se inhibe por medios psicológicos. Sustituyen el relajamiento de la última fase de dilatación, por la respiración jadeante de la embarazada. Los dos métodos, tanto el de Read como el de Pavlov, coinciden en que es necesario explicar todos los procesos fisiológicos y quieren cambiar la idea de que el parto "debe" doler.

Ya Pavlov decía en 1929 que *"las cosas susceptibles de causar el más vivo placer pueden convertirse en objeto de horror y de odio, si son constantemente ofrecidas con un acompañamiento terrorífico"*. Así, el dolor en el parto tiene su origen en un reflejo condicionado que, relacionado en la mente de la mujer el parto con dolor, crea una vía nerviosa transitoria que relaciona la contracción uterina con el dolor. Es decir, la parturienta sufre la sensación de doler por creerla indispensable, porque asocia la idea de ser madre a terribles sufrimientos, porque durante años ha estado pensando que el parto tiene que doler.

Una causa para el "deber doler", proviene de la Biblia, pues se dice que "los dolores del parto son los castigos que la mujer deberá sufrir por haber cometido el pecado original". El médico, al dar analgésicos a la parturienta, se convierte en su cómplice que la ayuda a evadir el castigo divino; sin embargo, el médico que dice que no debe de haber dolor y que esto es causa del medio ambiente, absuelve a la mujer del castigo divino.

En conclusión:

"...el embarazo y el parto están acompañados de malestar, angustia y dolor por factores psicogenéticos. Si educamos hijas sanas con un mínimo de angustia y culpa y que acepten gustosamente su femineidad, podemos esperar que el embarazo y el parto sean nuevamente lo que son aún en algunas sociedades o para algunas mujeres felices de nuestra sociedad: el máximo logro de sus facultades biológicas acompañado por la plena conciencia de intervenir en la más grande experiencia posible: haber gestado y alimentado dentro de sí a un nuevo ser y haberle dado vida."¹⁸

18 Langer, Marie. - Opus cit. - p. 211

1.8. CARACTERÍSTICAS SOCIALES

Además de todos los conceptos psicológicos y psicoanalíticos mencionados anteriormente, debemos tomar en cuenta también el medio ambiente, tanto familiar como social, que rodea a la mujer embarazada, a su pareja y al bebé próximo a nacer. La mayor parte de teorías y proyectos de investigación, se basan en la premisa de que los niños crecen en un núcleo familiar con madre y padre, asumiendo el cuidado del niño, sobre todo en sus primeros años de vida.

La vida familiar del niño depende de muchos factores:

- Si el embarazo fue planeado y bien recibido
- La personalidad que tiene cada uno de los padres
- Las vivencias, experiencias, salud, edad, economía familiar y
- El propio temperamento del niño, de su salud, su sexo y el orden cronológico que ocupa en la familia.

La familia como núcleo de desarrollo de los seres humanos, no ha cambiado estructuralmente, sin embargo, sí ha evolucionado en otros aspectos tales como: las relaciones interpersonales, responsabilidades, intereses, etc. Simplemente, la familia ideal de los años 60s era una pareja de esposos de mediana edad, con tres o cuatro hijos habitando todos en una casa amplia, bien instalada. En ella, el padre era el que aportaba el sustento; la madre se hacía cargo de las faenas del hogar, de atender al esposo y vigilar a los hijos en el hogar o asistiendo a la escuela. Los niños asistían a la escuela desde temprana edad para terminar una carrera universitaria después de unos 15 años de estudio.

Desde la década de los ochentas, la familia típica por lo regular es más pequeña, esto es que tienen menos hijos (2 ó 3 a los sumo). Habitan en un departamento o una casa pequeña instalada de tal manera que pueda ser muy funcional. Tanto el padre como la madre trabajan para el sustento del hogar. Los niños asisten a la escuela

desde muy pequeños (incluso en guarderías infantiles). Todos colaboran en las faenas del hogar y en la educación de los niños menores.

Según Duvall, el ciclo de vida de una familia tiene dos fases principales:

- A) **La familia en ampliación:** Abarca desde el inicio del matrimonio, hasta la procreación y la educación de los hijos.
- B) **La contracción de la familia:** Incluye las etapas en las cuales los hijos se separan del hogar, hasta la muerte de uno o de ambos cónyuges.

Como se ha visto a lo largo de este capítulo, el embarazo no es únicamente un cambio fisiológico en la mujer, sino que trae consigo cambios psicológicos. En ellos la mujer revive su relación con su madre y sus deseos infantiles reprimidos; por lo tanto, debemos tomar en cuenta la vida familiar que tuvo en su niñez así como su situación actual, tanto emocional, como económica y social, su relación de pareja y los modelos culturales relacionados al embarazo que la rodean.

Cada mujer vive su embarazo de una manera única, pues cada mujer tiene un pasado único que la conforman como ser humano. Pero para todas ellas el embarazo es una situación nueva que crea expectativas, miedos y sobre todo ansiedad. Por tal razón, y para el buen logro del presente trabajo debemos entender, además del proceso fisiológico y psicológico del embarazo y del parto, lo que queremos decir con ansiedad. En el siguiente capítulo revisaremos los diferentes criterios de ansiedad y todo lo que esto incluye.

C A P I T U L O I I

CONSIDERACIONES TEORICAS DE LA ANSIEDAD

CAPITULO II CONSIDERACIONES TEORICAS DE LA ANSIEDAD

Los seres humanos tienen por lo menos una vaga aprehensión y en ciertas circunstancias advertencia clara e inequívoca de su impotencia hacia las contingencias de la vida; inevitabilidad de la muerte, peligro de enfermedades, ataques insuperables de la naturaleza, etc. Tener conciencia de la propia vulnerabilidad y finitud parece ser una característica única de los seres humanos, inherentes a las condiciones de su existencia. Podemos decir que el desarrollo individual nos lleva a situaciones nuevas y cada vez más complejas, intemarse en lo desconocido y escoger entre distintas posibilidades implica ansiedad. La ansiedad es una experiencia humana universal.

Como hemos visto, la mujer embarazada experimenta durante todo el proceso del embarazo hasta la culminación con el parto, una emoción de miedo latente o de ansiedad, que modula su comportamiento. Pero, ¿qué es la ansiedad?

Para poder llegar a definir el término ansiedad, tendremos que ir analizando algunos conceptos como son: emoción, instinto, pulsión.

2.1. EMOCIONES

Según Friedrich Dorsch en su Diccionario de Psicología, emoción es el

*"...estado afectivo intenso y relativamente breve [— sentimiento — afecto]. Es frecuente que se acompañe la emoción de fuertes movimientos expresivos. Se asocia a sensaciones corporales internas..."*¹⁹

Frank A. Gerald (1975) dice que:

*"...la emoción tiene un significado de motor. Las emociones son 'incitadores a la acción', suelen aumentar el nivel de actividad del organismo. Las emociones 'mueven' o 'conmueven'. Motivan la conducta..."*²⁰

Por otro lado, Hans Eysenck (1980), dice que:

*"...las emociones son fuerzas o tendencias psíquicas independientes del consciente, de suerte que la búsqueda de la esencia de la emoción, conduce al inconsciente o a las fuerzas psíquicas inconscientes..."*²¹

Por último, Diane E. Papalia lo define como:

*"...Término general que se refiere a la reacción subjetiva de una persona hacia el ambiente. Las emociones incluyen respuestas neurales y hormonales. Cuando son activadas, emiten una reacción adaptativa que el individuo experimenta como agradable o desagradable..."*²²

19 Dorsch, Friedrich. - DICCIONARIO DE PSICOLOGIA. - Ed. Herder. - Barcelona, 1976. - p. 290

20 Gerald, A. Frank. - FUNDAMENTOS DE PSICOLOGIA. - Ed. Trillas. - México, 1975. - p. 53

21 Eysenck, Hans. - TEXTO DE PSICOLOGIA HUMANA. - Ed. El Manual Moderno, - México, 1980. - p. 50

22 Papalia, Diane E. - DESARROLLO HUMANO - Ed. McGraw-Hill / Interamericana, 1988 p. 696

CAPÍTULO II. CONSIDERACIONES TEÓRICAS DE LA ANSIEDAD

Muchos de los estudios de laboratorio respecto a las emociones, se han hecho en animales y en su conducta, los cuales se han vinculado a las emociones con los términos de instintos. También se le relaciona con el impulso, término que es más aceptable por ser más congruente con el comportamiento humano.

El impulso como "energía" que impele a un organismo a la acción, es una acepción reconocida en diversos estudios de la emoción.

"... La privación en el modelo de Freud, surge de no poder descargar la tensión acumulada más que de la reducción de los tejidos (como el hambre); se creía que todos los comportamientos tan ampliamente variados tenían su origen motivacional definido en la libido, en los impulsos agresivos y en la ansiedad ...".

Según estos criterios, el comportamiento

"...es un intento por preservar la integridad orgánica mediante el restablecimiento 'homeostático' del equilibrio. Considerando el término homeostasis como los estados estables que en cualquier momento particular, alcanzan los procesos fisiológicos que actúan en los organismos vivos ...".²³

La corriente homeostática considera que el organismo, opone resistencia a cualquier situación que pudiera alterar su equilibrio o amenazar su supervivencia como un sistema estable.

En este sentido

"...al impulso se le concibe como algo que nace de una necesidad de los tejidos y como algo que tiene la función general de excitar o activar el comportamiento..."²⁴ "...Es un estímulo nervioso (onda físicoquí-

23 Eysenck, Hans. - Opus, cit. p. 51.

24 Ibidem.

CAPÍTULO II: CONSIDERACIONES TEÓRICAS DE LA ANSIEDAD

mica) que se transmite a lo largo de un nervio y se manifiesta de modo especial en la membrana superficial de la fibra...".²⁵

Sin que se haya logrado una unificación en cuanto al criterio definitivo de emoción, podemos considerar que la emoción es un impulso energético inconsciente, que nos motiva a la actividad.

Se han hecho estudios que consideran que hay emociones innatas, una afectividad o excitación primitiva de las cuales se desarrollan las emociones específicas y por otro lado, emociones que resultan de la experiencia a lo largo de la vida del individuo, respuestas motoras que se asocian con ciertas situaciones.

Para Freud, el proceso psíquico es un proceso somático, por lo que es originalmente inconsciente, lo cual significa que las emociones inicialmente, son inconscientes. Es solamente en el desarrollo que las reacciones del ELLO, que son inconscientes, se imprimen en el YO y por lo tanto, ganan acceso hacia el aparato psíquico perceptivo. Es decir, cuando el ELLO y el YO se pueden ya diferenciar, las emociones afectan al sistema consciente del YO. Una de estas emociones es la ansiedad, la cual, en el sistema consciente del YO, se revela como el **complejo de ansiedad**.²⁶

En la teoría de Freud, es el "angst" o la ansiedad lo que se considera como la emoción fundamental. Otros sugieren que el origen radical de la experiencia emocional, se encuentra en el placer o ausencia de placer, en la simpatía y en un único fondo de "amor-energía".

El estudio de la emoción se vincula con otras áreas de la psicología como son: la motivación, la memoria, la personalidad, la psicopatología y el aprendizaje. Sin embargo, las relaciones con estas áreas, todavía no son muy claras en sus conceptos.

25 Breach, Alda. - ANSIEDAD Y MEDIO AMBIENTE ESCOLAR. Tesis Licenciado en Psicología. Universidad del Nuevo Mundo. México 1989.

26 Freud S. La Neurastenia y la Neurosis de Angustia. Obras Completas. Vol. I. Ed. Biblioteca Nueva, 3era. Edición. 1973

El concepto de impulso todavía permanece en el centro de las teorías acerca de la motivación y del aprendizaje y se ha extendido hasta incluir el análisis de los estados emocionales tales como temor y ansiedad, agresión y dependencia, a los cuales se les ha dado por comparar como equivalentes lógicos en status, carácter y función, como impulsos tales como hambre y sed.

2.2. ANSIEDAD COMO ESTADO EMOCIONAL

Tal vez la emoción de que más se habla en el contexto de aprendizaje, es el temor o la ansiedad. Mowrer opina que

"... la ansiedad es una respuesta aprendida que surge ante señales que anuncian situaciones de lesión o dolor ...".²⁷

Según esta teoría, la ansiedad es un aviso anticipado por naturaleza, de una situación que puede afectar al organismo en cuestión. Esto tiene una gran utilidad biológica, pues de esta manera, el organismo toma providencias para adaptarse a situaciones traumáticas que de otra manera le afectarían perniciosamente.

Este es un claro ejemplo de la vinculación entre las emociones y la motivación dentro del comportamiento de los organismos que implica una atención selectiva a ciertos acontecimientos, un estado de elevada excitación fisiológica y ciertos patrones probables de acción.

Algunos autores hablan de ansiedad, otros de angustia. Algunos consideran que son sinónimos; otros, como A. Tallaferro (1990), aseguran que hay diferencia entre estos dos conceptos. Según este último autor

"...desde el punto de vista clínico, es útil diferenciar la angustia de la ansiedad. Es necesario hacer esta diferenciación ya que en la psicología de los últimos tiempos, se usa indiscriminadamente la designación angustia o ansiedad, hecho que en gran parte se debe a

27 Eysenck, Hans. - Opus cit. - p. 52

que la palabra alemana 'Angst, es un vocablo de significación mucho más amplia que la acepción genérica del término angustia. "Angst" es a la vez miedo, ansiedad y angustia. Por lo tanto traducir "Angst" exclusivamente como angustia, es referirse a uno solo de los conceptos y restringir de esta manera el sentido del término.

Y continúa diciendo:

"...de la ansiedad se puede decir que es una vivencia displacentera semejante en cierta medida al miedo, pero diferenciada fundamentalmente de éste, por el hecho de que no existe un elemento real que lo desencadene... La ansiedad es un estado semejante a la expectación del peligro y una preparación mental para el mismo, aún cuando éste sea conscientemente desconocido..." "...La angustia es la sensación que domina cuando nada concreto permite pensar que va a producirse un acontecimiento y pese a ello, la persona lo teme ...".²⁸

Paul Kleiholz considera que los términos inquietud, ansiedad y angustia, se diferencian por ser tres niveles del mismo sentimiento. En su libro "Angustia, Aspectos psíquicos y somáticos", él dice:

"...Prescindiendo de la discusión acerca de pormenores filológicos, la cual, por otra parte, no está en modo alguno concluida, adoptaremos los usos del idioma francés, en el que se distingue entre 'inquietud' (inquiétude), 'ansiedad' (anxiété) y 'angustia' (angoisse) como tres grados de intensidad creciente de un mismo fenómeno, teniendo todos en común el temor a algo situado en el futuro..."²⁹

Por otro lado, en el mismo libro, nos da una definición de angustia como sigue:

"...Debemos también a Schulte una descripción y una definición muy claras de la angustia: 'Un sentimiento vital penoso, indefinido, de

28 Tallaferró, A. - CURSO BÁSICO DE PSICOANÁLISIS. - Ed. Paidós Mexicana, S. A. - México, 1983. p. 210

29 Kleiholz, Paul. - ANGSTIA, ASPECTOS PSÍQUICOS Y SOMÁTICOS. - Ed. Morata, S. A. Madrid, 1970. - p. 48

CAPÍTULO II. CONSIDERACIONES TEÓRICAS DE LA ANSIEDAD

opresión y ansiedad, durante el cual se siente uno impotente y entregado a algo desconocido, inasible, insuperable, que se aproxima sin que aparezcan posibilidades de escape o ayuda'..."³⁰

Noyes (1951), en su libro *Psiquiatría Clínica Moderna*, nos dice:

"...La ansiedad es un malestar doloroso de la mente, un estado de tensión elevada que se acompaña de temor, sentimiento de desasosiego y aprensión. Puede presentarse en cualquier situación y constituye una amenaza a la personalidad, el material es especialmente para producir ansiedad..."

Jean Laplanche (1979), en su *Diccionario de Psicoanálisis*, habla de la "angustia real", "angustia automática" y "señal de angustia", términos que traducidos al inglés los maneja como "anxiety" y las definiciones son las siguientes:

ANGUSTIA AUTOMÁTICA.

=Al.: automatische Angst.- Fr.: angoisse automatique.- Ing.: automatic anxiety.- It.: angoscia automatica.- Por.: angustia automática.

Reacción del individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, es decir, sometido a una afluencia de excitaciones de origen externo o interno, que es incapaz de dominar. La angustia automática se opone en la opinión de Freud, a la señal de angustia.

ANGUSTIA REAL.

=Al.: Realangst.- Fr.: angoisse devant un danger réel.- Ing.: realistic anxiety.- It.: angoscia (di fronte a una situazione) reale.- Por.: angustia real.

Término (Realangst) utilizado por Freud en el marco de su segunda teoría de la angustia: angustia ante un peligro exterior que constituye para el individuo una amenaza real.

30 Kielholz, Paul. - Opus cit. - p. 36

SEÑAL DE ANGUSTIA.

=Al.: Angstsignal.- Fr.: signal dangoisse.- Ing.: signal of anxiety o anxiety as signal.- It.: segnale dangoscia.- Por.: señal de angustia.

Término introducido por Freud en la reestructuración de su teoría de la angustia (1926) para designar un dispositivo puesto en acción por el YO, ante una situación de peligro, con vistas a evitar el ser desbordado por el aflujo de excitaciones. La señal de angustia reproduce en forma atenuada la reacción de angustia vivida primeramente en una situación traumática, lo que permite poner en marcha operaciones defensivas.³¹

La ansiedad es una reacción biológica del YO, con la ayuda del instinto de conservación. En la infancia, el YO y el ELLO, difícilmente pueden separarse, es casi imposible determinar si una reacción pertenece al ELLO o al YO. Por lo tanto, es irrelevante si la ansiedad en el niño es psíquica o no. Según Mussen, Conger y Kagan (1983) en su libro **Desarrollo de la Personalidad del Niño**, nos indican que:

"...la aparición de los miedos se debe, a la aparición de nuevas aptitudes cognoscitivas, que comienzan a manifestarse hacia el final del primer año, especialmente el incremento de la memoria..."³²

Para ellos, se incluye entre estos miedos, la ansiedad ante los extraños, que no es otra cosa más que la respuesta de un infante a la presencia de un extraño o a otro niño de su misma edad. Estas reacciones se dan en diferentes etapas, pues el miedo ante un adulto extraño, lo muestra el niño a los 8 meses más o menos, en cambio, el miedo a otro niño, lo muestran generalmente entre los 12 y 20 meses de edad, cuando ya la criatura puede hacerse preguntas mentales con respecto a la situación del "intruso". Existe también la **ansiedad por separación**, que se inicia hacia los 8 y 12 meses de edad y comienza a desaparecer entre los 24 y 30 meses de edad.

31 Laplanche, Jean. - DICCIONARIO DE PSICOANÁLISIS. - Ed. Labor. - Barcelona, 1979. - pp. 28 y 419

32 Musser, Conger y Kagan. - DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD EN EL NIÑO. - Ed. Trillas. - 2a. Edición. - México, 1983. - p. 170

La explicación de ansiedad que estos autores dan, es la siguiente:

"...No existe una definición precisa o generalmente aceptada de ansiedad, pero, en el uso común del término, la palabra designa a los estados desagradables de tensión, incomodidad, preocupación o miedo generalizado provocado por factores tales como las amenazas al bienestar o a la autoestima, los conflictos, las frustraciones y las presiones externas o internas para alcanzar metas que están más allá de las propias capacidades. La ansiedad mínima puede servir, y a menudo sirve, a fines constructivos y obra como alicata para la creatividad y solución de problemas. Sin embargo, la ansiedad fuerte o aguda puede ser analizadora emocionalmente, producir un hondo sentido de impotencia e insuficiencia y convertir al niño en ineficaz y desesperado..."³³

Como señal de alerta, la ansiedad probablemente puede salvar la vida más de una vez en el curso de la misma. La ansiedad va asociada normalmente al crecimiento, al cambio, al hecho de experimentar algo nuevo y desconocido, de encontrar la propia identidad y significado en la vida. La valoración del estado impulsivo del sujeto, se ha llevado a cabo con mayor frecuencia, analizando el nivel de ansiedad ya sea mediante un cuestionario o con la manipulación experimental de la excitación por medio de la amenaza de choques, tensión o fracaso.

En las expectativas ansiosas, hay un "cuantum" de impulso energético que fluye libremente, dispuesto a atacar en cualquier situación aparente de peligro. En general, la ansiedad conduce a la acción destinada a hacer desaparecer o reducir la amenaza.

La ansiedad es una emoción que difiere de otras, en su carácter específico de desagrado. Consiste en una alteración psicósomática, en la cual se presentan disturbios en la respiración, se incrementa la actividad del corazón, hay cambios vasomotores, molestias musculares y esqueléticas tales como temblor, parálisis, sudor, etc., y por otro lado, una afectación psicológica en la cual existe percepción de sentimientos desagradables, aprensión, etc.

33 Musser, Conger y Kagan. - Opus cit. - p. 339

CAPÍTULO II. CONSIDERACIONES TEÓRICAS DE LA ANSIEDAD

D. O. Hebb nos dice en su libro de Psicología, que la ansiedad es el temor permanente de un acontecimiento determinado sin posibilidad alguna de escape.

Podemos decir que la ansiedad, es un estado emocional por naturaleza, que se desarrolla como producto de la experiencia de situaciones críticas que en un momento han causado daño, desequilibrio o incluso han puesto en peligro la supervivencia del individuo. La ansiedad es una respuesta motivacional y somática.

Para Freud existen dos tipos de ansiedad, la verdadera y la neurótica:

LA ANSIEDAD VERDADERA: Es la que se siente por un peligro real que amenaza al individuo. Esto es lo que podríamos asimilar como miedo. Es también conocida como ansiedad objetiva, que se explica como:

*"... una condición de incremento en la atención sensitiva y la tensión motora, lo cual se conoce como 'preparación a la ansiedad', de la cual se deriva la reacción de ansiedad..."*³⁴

LA ANSIEDAD NEUROTICA: Se refiere a un peligro desconocido, el cual si se investiga, resulta ser un peligro instintivo.

Mowrer considera, en concordancia con el punto de vista Freudiano, que

*"...la ansiedad, como observación clínica, es una especie de miedo el cual es único en el sentido de que ha perdido, esto es, se le ha disociado de su objeto..."*³⁵ y también que *"...ansiedad es simplemente la manifestación consciente de culpas inconscientes, reprimidas y repudiadas..."*³⁶

34 Freud, Sigmund. - NEW INTRODUCTORY LECTURES ON PSYCHOANALYSIS. - Norton. - New York, 1933. - p. 128

35 Mowrer, O. Hobart, Ph. D. - PAIN, PUNISHMENT, GUILT, AND ANXIETY. - Editado por Paul H. Hoch, M. D. y Joseph, Zubin, Ph. D. - Hafner Publishing Co. - New York, 1964. - p. 27

36 Mowrer, O. Hobart, Ph. D. Opus cit. - p. 28

2.3. ANSIEDAD PATOLÓGICA

En relación a todo lo anteriormente expuesto, se toma a la ansiedad patológica como:

*"...el síntoma central de la neurastenia, como agente desequilibrador. Casi todo puede ser causa de aprensión y de preocupación, y dentro del reino complejo de los síntomas neurasténicos, casi no hay nada que no pueda convertirse en objeto de ansiedad. Comúnmente, es la salud lo que preocupa, le basta al neurasténico con oír hablar de una enfermedad, para convencerse de que la tiene. Pero la ropa, las cuestiones de dinero, los actos de un amigo o de un pariente, la delincuencia moral, casi todo lo que pueda tener una referencia personal, puede convertirse en objeto de pensamientos ansiosos y de visiones de desastre inminente..."*³⁷

Fue en 1894 cuando Freud separó el síndrome particular de la ansiedad-neurosis de la neurastenia y describió sus características clínicas, como: irritabilidad general, expectativas ansiosas conscientes, ataques de ansiedad, fobias.

La primera impresión de Freud, fue que la ansiedad se produce por la transformación de la libido, que no puede descargarse de otro modo. Después abandonó este punto de vista, asegurando que la ansiedad es una reacción automática cuando el psique se ve presionado por la influencia de estímulos demasiado fuertes para poderlos manejar o descargar. Esta ansiedad puede surgir en respuesta a estímulos del exterior o de origen interno, pero la mayoría de las veces provienen del inconsciente.

Cuando se desarrolla **ansiedad automática**, de acuerdo con este patrón, la situación suele llamarse traumática. La ansiedad automática es característica de la infancia, cuando el ego es inmaduro y débil y en los adultos, se presenta como la llamada **ansiedad neurótica**.

37 Gerald, Frank. - FUNDAMENTOS DE PSICOLOGIA. - Ed. Trillas. México. 1975. p. 398.

Hay un segundo tipo de ansiedad que Freud llama **ansiedad señal** y es característica de la psiconeurosis. En el proceso de desarrollo, el niño aprende a anticipar eventos de situaciones traumáticas y reacciona a esta posibilidad con ansiedad, antes de que la situación traumática se dé. El desagrado que proviene de esta situación de peligro, automáticamente pone en operación el **principio de placer**. Este, permite al **ego** "chequear" o inhibir cualquier impulso del ELLO, que permita que la situación de peligro emerja.

Hay una serie de situaciones típicas que ocurren secuencialmente a lo largo de la vida del niño. Estas persisten hasta cierto grado en el inconsciente, durante toda la vida y son algunas de estas situaciones de peligro, las que teme enfrentar un paciente psiconeurótico.

"...Entendemos de nuestra discusión de ansiedad, que cuando el 'ego'...³⁸ se opone a la emergencia de un impulso 'id', lo hace porque considera que la emergencia de ese impulso, creará una situación de peligro. El 'ego' entonces produce ansiedad como señal de peligro, ganando así la ayuda del 'principio de placer', y consiguiendo oponerse exitosamente, a la emergencia de impulsos peligrosos. En términos de psicoanálisis, hablamos de tal oposición como la defensa o la operación defensiva del 'ego' ...".³⁹

2.4. ANSIEDAD CONSCIENTE Y ANSIEDAD INCONSCIENTE

Estos términos se usan en psicoanálisis y se refieren a la ansiedad del inconsciente como la causa de actitudes, tratos y acciones sintomáticas.

ANSIEDAD INCONSCIENTE:

Se caracteriza porque el individuo no está consciente de ella. Tiene como resultado un comportamiento compulsivo e impulsivo, lo cual posteriormente se racionaliza para conformarlo con

38 Entendiéndose el EGO como YO y ID como ELLO.

39 Brener, C. - AN ELEMENTARY TEXTBOOK OF PSYCHOANALYSIS. - International University Press. - 1955.

CAPÍTULO II. CONSIDERACIONES TEÓRICAS DE LA ANSIEDAD

motivos realistas conscientes. Es decir, conscientemente la ansiedad no se manifiesta como tal, sino más bien, como un sentimiento de actividad urgente.

ANSIEDAD CONSCIENTE:

Está bien definida en la mente del individuo, impedido hacia acciones que le alivien las sensaciones molestas que ésta provoca.

"...La ansiedad consciente es una casa a la mitad del camino entre el entendimiento y la resolución de la ansiedad inconsciente, pero ésta, en el psicoanálisis, puede conducir a los técnicos, a interpretaciones prematuras e inhabilitar al paciente a mantener la paz; también puede provocar que el paciente se retrase cuando debe hablar y hablar cuando debiera de estar callado..."⁴⁰

En algunos casos, la ansiedad se origina como reacción a una sensación de desvalidez en una situación traumática. Se puede decir que la ansiedad es una expectativa de trauma.

Con el desarrollo del YO, éste anticipa que ocurrirán situaciones traumáticas. La causa de que el YO se anticipe o recuerde esto, se conoce como situación-peligro, a lo cual el YO reacciona con ansiedad que es como "una llamada de auxilio" en una situación-peligro. Experimentando la ansiedad o la "llamada de auxilio" en una situación-peligro, el YO trata de protegerse a sí mismo e inclusive manejar la amenaza.

La ansiedad en sí, es la expectativa al peligro y una preparación mental para el mismo, aun cuando éste sea conscientemente desconocido. Así mismo, hemos visto que la ansiedad es una emoción que "impulsa" y motiva a la actividad, y una ansiedad mínima sirve a fines constructivos y a poder solucionar problemas; pero una ansiedad fuerte, puede producir impotencia y parálisis emocional, y llevar al individuo a la desesperación.

40 Sharpe, E. F. - *Collected Papers on Psychoanalysis*. - THE HOGARTY PRESS AND THE INSTITUTE OF PSYCHOANALYSIS. - London, 1950

CAPITULO II. CONSIDERACIONES TEORICAS DE LA ANSIEDAD

Todo lo anteriormente expuesto, y en relación con la mujer embarazada, se puede decir que el estado de ansiedad que le afecta durante todo el proceso y luego durante el parto, es una emoción de temor ante lo desconocido en la cual su YO se prepara con la ayuda del instinto de conservación, a atacar la amenaza (el parto y todas sus consecuencias), así como a fantasías de desastre o a huir de ellas. El método psicoprofiláctico, supone que esta emoción disminuye, al controlar precisamente los factores principales que la causan y/o las alteraciones orgánicas a las que la ansiedad somete al organismo.

En el presente trabajo lo que se pretende es comprobar que mediante el método psicoprofiláctico no se elimina totalmente la ansiedad durante el embarazo y el proceso del parto, sino únicamente disminuir su intensidad para que ésta sirva de aliciente y de ayuda durante el parto y no como una emoción paralizadora para la embarazada.

Como hemos visto a lo largo del capítulo, no existe una definición precisa o generalmente aceptada por las diferentes corrientes psicológicas y psicoanalíticas, así como tampoco un acuerdo entre los distintos autores. Al igual que no hay un acuerdo general de la diferencia que existe entre **la angustia y la ansiedad**, la complicación del problema surge tal vez a partir de la definición de Freud de la palabra **Angst**, que incluye a su vez ansiedad, angustia y miedo.

Sin embargo, lo que si podemos concluir en concordancia con las diferentes teorías, es que la angustia es una reacción natural ante una situación de peligro, que se activa con ayuda del instinto de conservación y trae consigo ciertas reacciones biológicas (sudoración, tensión, palpitaciones, etc.). Es un estado desagradable de tensión, incomodidad, preocupación, miedo, etc. ante amenazas (ya sean externas o internas) a la seguridad o la homeostasis del individuo.

Al tomar en cuenta lo anteriormente dicho, creemos que la embarazada vive la ansiedad durante el embarazo, por el hecho de enfrentarse a algo desconocido -como lo es para ella el parto- que representa una situación amenazante y de peligro, que al mismo tiempo le crea fantasías aterradoras, miedo y le desencadena culpas inconscientes y reprimidas, acrecentándole la ansiedad y el temor. El método psicoprofiláctico tiene como principal función, explicar el proceso por el que está atrave-

CAPITULO II. CONSIDERACIONES TEORICAS DE LA ANSIEDAD

sando la mujer, los cambios físicos a los que se enfrentará y reeducarla en su concepto de lo que es y debe ser el parto. Con todo esto, se busca que el parto deje de ser una situación desconocida y amenazante, teniendo como meta la tranquilidad y un cambio de actitud hacia la sensación de peligro.

El enfoque de esta Investigación, entonces apunta a demostrar que con el método psicoprofiláctico, realmente se disminuye la ansiedad en las parturientas mediante la capacitación y educación de la embarazada y su pareja.

Además de lo anterior, se pretende motivar a la mujer que deje de tomar una actitud pasiva durante el parto, y que se convierta en un ser activo que participe en él, igualmente que pueda contar con la ayuda, y no sólo con la presencia, de su pareja.

En el siguiente capítulo se profundizará en la historia, definiciones, bases y diferentes tipos del método psicoprofiláctico.

CAPITULO III

**CURSO
PSICOPROFILACTICO**

CAPITULO III

CURSO PSICOPROFILACTICO

LA PSICOPROFILAXIS

Como hemos dicho a lo largo de los dos capítulos anteriores, la maternidad es en todas las mujeres un deseo innato, tanto para reafirmar su femineidad, como su capacidad de procreación y continuidad, que trae consigo un sinfín de emociones contrarias como temor, alegría, expectativas, ansiedad, etc., y un miedo terrible al dolor en el parto.

¿Por qué dudan las mujeres de que haya un modo agradable de dar a luz?
Porque tener hijos ha de doler fatalmente?

"...El dolor en el parto se haya en contradicción con la importancia de la función que en él se cumple. Si para la mujer es una tragedia, este sufrimiento puede llegar hasta a anular en ocasiones su instinto maternal..." ⁴¹

41 A. Castells Golorons. - DEL EMBARAZO AL PARTO FELIZ, Ed. Cedel. Barcelona. 1972.

CAPÍTULO III. CURSO PSICOPROFILÁCTICO

Antes de enfrentarse con el parto por primera vez, la mujer tiene muchísimo tiempo para pensar en esa cosa horrible y, poco a poco, va adquiriendo miedo al parto, terror a ese acto desconocido al que deberá enfrentarse algún día y arriesgar su propia vida.

Ese miedo, aumentado con la ignorancia y la aprensión, forman en el cerebro de la embarazada un reflejo condicionado negativo que la predispone a sufrir dolor en el parto. Así como también la influencia cultural en donde quizás la madre o la abuela le han transmitido sus vivencias en forma dolorosa y angustia, por lo que ella cree que le será igual.

La historia de la medicina es, en cierto modo, la historia de la lucha contra el dolor. Venga de donde viniere y en cualquier ocasión que se produzca, los médicos procuran vencer al dolor con los medios que creen adecuados a las causas que lo producen.

En el método psicoprofiláctico para el parto, se estimula a la mujer a responder por sí misma en el trabajo de parto, a hacer amistad con sus compañeras de curso, amigas y consejeras. Se atribuye gran valor al trabajo en equipo. La mujer debe preparar su cuerpo a lo largo del embarazo con ejercicios especiales y debe entrenar su mente para responder automáticamente a cada tipo de contracción que sienta durante el parto.

Este método pretende que la paciente conozca el aspecto informativo sobre el embarazo y cuál es el mecanismo del parto, lo que ayuda a liberar temores latentes e infundirle confianza y tranquilidad.

En 1933, Dick Read subrayó la atención sobre el efecto negativo del temor en el trabajo de parto y la corrección del mismo mediante la relajación de la paciente, tanto física, como emocional.

En este método, la participación del esposo es importante como factor de apoyo emocional y psicológico. Le sirve además de "entrenador", debe asistir al curso con la futura madre y cooperar con ella en el hogar para realizar los ejercicios de condicio-

namiento, igualmente debe animarla, persuadirla y consolarla durante los dolores del trabajo de parto y el alumbramiento.

Muchos autores no han considerado la importancia de la participación activa y el manejo para la satisfacción en el parto, por lo tanto, operan con un modelo implícito que considera que la satisfacción primordial en un parto, es la reducción del dolor. Aún cuando este modelo no está avalado por la investigación, su punto de vista es muy común.

Para realmente conocer y sobre todo comprender el concepto de Psicoprofiláxis obstétrica, debemos necesariamente recordar los orígenes de lo que en un tiempo se denominó "Parto sin dolor".

3.1. ORIGEN DEL METODO PSICOPROFILACTICO

Durante la última parte de este siglo, el dolor en el nacimiento ha sido un tema de investigación en todo el mundo y se ha desarrollado toda una especialización profesional para enseñar a las mujeres y a sus parejas, cómo manejar los aspectos del nacimiento, **Incluyendo el dolor.**

La historia no es muy clara en cuanto a quién y en dónde se dieron las primeras clases formales de educación prenatal. Probablemente las parteras daban una instrucción informal a sus clientes, mucho antes de que la preparación de este tipo se llevara al salón de clases.

La lucha por quitar el dolor a las mujeres por medios físicos se remonta al siglo pasado y corresponde a Mesmer (Francia, 1776), iniciar la doctrina en la llamada "Era Mágica de la Hipnosis".

La "Era Empírica" donde se produce el desarrollo del hipnotismo y la sugestión como métodos psicoterapéuticos, se inicia hacia 1878 con Charcot (de la escuela de Salpêtrière París) y Nancy Berheim.

Hacia 1880, Liébault consigue de este modo hacer alumbrar a varias mujeres sin dolor. Le sigue Dumontpallier (1886), que tiene éxito con la hipnosis, al igual que Mesnet, Auvard, Vamer, Le Manant, des Chesnais y P. Joire, que en 1899 afirma:

"...Para empezar, el dolor no es necesario y no tiene utilidad alguna para la función fisiológica del parto..."

Estos médicos han realizado la primera experiencia francesa de un parto sin dolor.

En diferentes países, otros médicos ensayan la hipnosis. La llamada "**Era Científica de la Hipnosis**", se inicia en Rusia en 1920, con motivo de los trabajos de Pavlov de sugestión hipnótica y que dice en 1929 sobre el parto con dolor: "*...La parturienta sufre la sensación de dolor por creerla indispensable, porque asocia la idea de ser madre a terribles sufrimientos...*". Con esto se inicia la guerra científica contra los mitos culturales.

A mediados de los 1920s, Dick Read en Inglaterra, Velvosky, Platonov (ambos psiconeurólogos) y Nikolayev en Rusia, se proclaman como los primeros en haber introducido un método verdadero para prevenir el dolor en el nacimiento de un niño.

Read en su primer libro "**The Practice of Natural Childbirth**" (**Práctica del Nacimiento Natural**) en 1933, hace mención a las clases de educación para el nacimiento, con la expectativa de que dicha instrucción, se impartiera por los obstetras. Una técnica que propone, es la relajación muscular, lo cual permite que otros órganos sobre los que no se tiene dominio de la voluntad, tales como el corazón, el estómago, el útero, se puedan relajar también. Para conseguir la relajación muscular, él practicaba con sus pacientes la respiración acompasada:

*"... Inspire profundamente por la boca abierta, levante los dedos de sus pies y tense los músculos de una pierna. Haga una pausa. Saque el aire lentamente y relaje sus músculos. Compare mentalmente, la sensación de tensión y relajamiento..."*⁴²

42 Grantly, Dick-Read M. D. - THE PRACTICE OF NATURAL CHILDBIRTH. - Revised & edited by Helen Wessel & Harlan F. Ellis. M. D. - Harper & Row, Publishers. - New York, 1976. - p. 25

CAPITULO III. CURSO PSICOPROFILACTICO

En la edición de 1953 de Dick Read "Childbirth without Fear" ("Nacimiento sin Miedo"), cuya primera edición data de 1944, se establecen clases impartidas por enfermeras, fisioterapeutas y parteras.

Pero es en 1949 cuando es ya creado el Método Psicoprofiláctico por Velovsky en colaboración con Platonov y dos tocólogos V. Ploticher y E. Shugam teniendo como base científica, trabajos y algunas experiencias pavlovianas como son:

TEORIA:

Reflejo condicionado y de actividad nerviosa superior de Pavlov.

Pavlov nos habla de que para adaptar a una mujer al parto no hay mejor instrumento que el lenguaje, además concluye diciendo que el dolor en su formación definitiva es resultado de la función cortical llevando a la negación que hace del tálamo óptico el aparato de la percepción dolorosa. La importancia radica en la capacidad de la corteza de cambiar, transformar excitaciones dolorosas en subdoloras, esto significa que la corteza condiciona la aparición del dolor.

Esto tiene una gran importancia en la génesis dolorosa de los dolores del parto, pues la unión de (corteza-palabra) tiene una de las fases fisiológicas del método.

La importancia del sentido de la palabra, la idea posee para el hombre una fuerza excitadora sobre la corteza, por lo que no cabe duda que los dolores del parto están condicionados y que el dolor no es un fenómeno mecánico simple sino que es el resultado de complejos sistemas cerebrales en los que luchan los estímulos y la inhibición y cuyo equilibrio es lo que se conoce como umbral de la sensación dolorosa.

En su libro "Psicoprofiláxis de los Dolores del Parto", Velovsky nos señala que:

*"...Por Psicoprofiláxis de los Dolores del Parto, comprendemos el sistema de medidas preventivas contra la aparición y desarrollo de los mismos, conseguido por medio de la acción sobre los sectores superiores del sistema nervioso central ..."*⁴³

43 Velovsky, I. Platonov, K. Ploticher, V. Shugom, E. PARTO SIN DOLOR. METODO PSICOPROFILACTICO. Ed. Azteca. México. 1974.

Su novena conferencia sobre: los "Problemas Generales de la Preparación Psicoprofiláctica de las Gestantes antes del Parto", Velvosky comenta:

"... La preparación de la gestante en el consultorio femenino antes del parto, constituye el eslabón primordial en el sistema de la Psicoprofilaxis de los dolores del parto. K. Skrobanski, eminente tocólogo soviético, hablaba ya en 1936 del gran valor que tiene el trabajo preparatorio llevado a cabo con las gestantes en los consultorios ..."

Y continúa diciendo:

"... V. Alexandrovski efectuó en 1939, en el consultorio femenino, la preparación de 28 mujeres en los dos últimos meses de la gestación. La preparación de la embarazadas se realizó con medios de 'psicoterapia racional' sin sueño hipnótico, pero el autor exigió que el médico que llevaba a cabo la preparación psíquica, estuviera presente en el parto y combinó la sugestión con analgesia medicamentosa ..."⁴⁴

C. S. Ford en 1945, investigó 64 tribus primitivas y encontró que entre ellas y las culturas occidentales, no hay gran diferencia con respecto al parto y al dolor. También los primitivos experimentan miedo al parto y tienen igualmente ritos para la facilitación del mismo.

En México, entre los náhuatl o mexicas, apenas la mujer se sentía embarazada y lo participaba a sus familiares, la rodeaban de cuidados especiales y se practicaban con ella ciertas ceremonias religiosas, según lo relata el cronista Sahagún:

"...Los mandamientos o consejos que la partera (Ticlli) daba a la embarazada, eran como sigue: que no se calentase mucho la preñada al fuego, ni la barriga ni las espaldas, ni tampoco al sol, porque no se tostase la criatura; que no durmiese entre día porque no fuese disforme en la cara el niño que había de nacer; que no comiese (masticase) 'tzilli (Chicle prieto), para que la criatura no se enfermara de 'tetzoponiliztli o sea, que se le endureciese el paladar, engrosasen las encías y en ese estado, no podría mamar y se moriría de hambre.

44 Velvosky, I. - Opus cit. - p. 223

CAPITULO III. CURSO PSICOPROFILACTICO

Aconsejábanle también que no se enojara o apenara, ni se asustase o expusiese a recibir alguna impresión fuerte, puesto que por todo ello corría peligro de abortar. Ordenaba a los de su familia le diesen todo lo que pidiese o todo lo que se le antojara, pues de no hacerlo así, recibirían la mujer y su engendro, grande daño...".⁴⁵

La partera (Ticitl), comenzaba su labor con la embarazada, desde unos tres meses antes del parto. Durante este tiempo le daba baños de vapor en el *Temazcalli*. Le aconsejaba como vestirse, qué debía comer, cómo comportarse con su marido y le daba algunos remedios para la debilidad y el miedo al dolor.

El *temazcalli* es una especie de baño sauna que usaban los náhuatl y que hasta nuestros días, los indígenas usan en varias regiones del país. Consiste en una construcción de ladrillo de unos 2.5 m² de superficie y 2 m aproximados de altura. Adentro hay una homilla con piedras de *tetzontli* u otras menos porosas. Sobre la piedra encendida se echa agua para así formar el vapor. Un sirviente o ayudante, con hojas de maíz, baja el vapor hacía el bañista y lo golpea con las mismas yerbas mojadas en agua tibia, sobre todo en la parte adolorida cuando es un enfermo el que toma el baño. Un sudor copioso y suave se presenta en este momento y el mismo se regula, según convenga.

El *temazcalli* era más bien medicinal que higiénico, y se aprovechaba tanto en la gravidez, como en el puerperio.

D. Santiago Méndez, en su "Informe" del año 1861 dice referente a los actuales Indios Mayas lo siguiente:

"... Las embarazadas solo dejan de trabajar en el momento del parto, para volver a él, tan luego como tienen lista a la criatura. Con tal abandono crían a sus hijos, que ruedan siempre por el suelo entre inmundicias y enteramente desnudos. Las embarazadas omiten salir de sus casas durante los eclipses, para evitar que su criatura nazca

45 León, Nicolás. HISTORIA DE LA OBSTETRICIA EN MEXICO. - México, 1910. - p. 13

CAPÍTULO III. CURSO PSICOPROFILACTICO

con feos lunares en el cuerpo; y tampoco visitan a las paridas, porque se enfermarían las criaturas de dolores de vientro...".⁴⁶

Cualquiera que sea la fecha exacta en la cual se hayan dado las primeras clases sobre educación prenatal, éstas probablemente tenían como objetivo principal, la prevención y/o la reducción del dolor durante el parto.

3.2. HISTORIA DEL METODO PSICOPROFILACTICO

En los primeros años de la aparición del método psicoprofiláctico, la promesa fue **nacimiento sin dolor** y los mayores exponentes de la preparación del nacimiento, Dick Read, Velvosky, Lamaze y Vellay, todos coinciden en una cosa:

"... el nacimiento fisiológico de un niño, no debería hacer daño ... Poco tiempo después, Dick-Read concedía que posiblemente habría dolor en ... las últimas contracciones ...".⁴⁷

Ya en la antigüedad, era conocida la influencia favorable de las medidas psicológicas sobre el curso del parto. Pero los primeros ensayos sistemáticos, no empiezan sino hasta mediados del siglo XIX en Francia, con el uso de la hipnosis sobre los estados dolorosos.

Jacobson en 1928, desarrolla la "relajación progresiva" para aplicarla al parto y Dick Read, en 1933 comienza la lucha contra el miedo al parto, como principio facilitador del mismo. Estos son los puntos de partida para el desarrollo de nuevos métodos que buscan la facilitación del parto por medios inocuos, libres de medicamentos.

La mujer de nuestra sociedad se enfrenta a la necesidad de revalorar su rol tradicional de ser ama de casa, cuya principal función es la procreación y el cuidado

46 León, Nicolás. - Opus cit. - p. 75

47 Nichols, Francine; Humenick, Sharon. - CHILDBIRTH EDUCATION. PRACTICE, RESEARCH & THEORY. - Saunders, New York, 1989. - p. 98

de los hijos. Cada vez más, las mujeres se interesan, o tienen la necesidad de abarcar otras actividades profesionales y laborales, lo que las pone en una disyuntiva con respecto a su maternidad.

La tecnología también tiene su aportación a la vivencia afectiva del embarazo, provocando una alienación de la mujer de lo que es un proceso natural. Anteriormente, la mujer embarazada y el parto eran atendidos por una partera o por su médico de cabecera. Cuando la mujer daba a luz, lo hacía por lo general, en su casa, y las personas que la rodeaban eran muy cercanas a ella. Con el avance de la tecnología y la especialización de la medicina, la atención de la embarazada se ha vuelto relativamente impersonal.

Afortunadamente, junto con el avance de la ciencia, se han buscado los medios para favorecer un embarazo y un parto más natural, sin querer decir con esto que se ponen de lado las ventajas y seguridad que ofrecen los avances científicos y tecnológicos de la medicina.

Como dijimos anteriormente, la mujer jugaba un papel pasivo y totalmente dependiente durante el parto. Actualmente existe un movimiento que pretende volver a la mujer embarazada, en una persona que participe activamente en su proceso de embarazo, parto y puerperio. Los cursos de educación durante el embarazo, dan la oportunidad a la mujer de conocer y entender profundamente los cambios físicos y emocionales que ocurren en ella misma, como al igual le permiten estar más en contacto con su propio cuerpo.

Otro de los beneficios de estos cursos, es la posibilidad que tiene la embarazada de estar en contacto con otras mujeres que atraviesan por su misma situación, que tienen los mismos temores, ansiedades y tensiones. Como en cualquier terapia de grupo, esto las ayuda a manejar mejor sus emociones. Además de esto, también crea mayor unión e identificación de la pareja en el proceso del embarazo, parto y puerperio.

La educación prenatal ha tenido un desarrollo vertiginoso durante las dos últimas décadas y ahora las clases incluyen además, algunos otros temas relacionados con

la familia. Sin embargo, la mayoría de las asistentes a estos cursos, coinciden que el principal motivo por el cual asisten, es el **miedo al dolor**.

Algunas mamás consideran que un poco de dolor es incluso necesario para ayudar al parto. Roberts hizo una extensa revisión de literatura concerniente al dolor durante el parto y concluyó que no hay una clara explicación en cuanto a por qué es mayor el stress en algunas mujeres durante el trabajo de parto. Dicho stress puede causarlo más bien, el sentimiento de desvalidez y la falta de control, derivada de la repelcción de las contracciones dolorosas. La relajación y la respiración adecuadas, tal vez no eliminen el dolor, pero calma el stress que lo acompaña (ansiedad).

Bonica, en su libro "**Obstetric Analgesia and Anesthesia**", dice que el dolor y el stress persisten, afectan la respiración, circulación, funciones endócrinas y otras funciones del cuerpo.

Beck, profesor de psicología de la Universidad de Missouri, hace un diagrama en cadena de qué puede ocurrir cuando el miedo al parto se convierte en dolor. Esta cadena se describe como sigue: "psicológico - fisiológico - obstétrico - pediátrico", y afirma Beck en sus notas que, puede resultar contraproducente en cuanto a las contracciones uterinas, si se trata de combatir el dolor con fuertes dosis de analgésicos. El considera que el método ideal para aliviar el dolor, debe incluir el mínimo de medicamentos.

El manejo adecuado de la afectividad, es uno de los principios más importantes de la psicoterapia, especialmente del tratamiento de la neurosis y el componente fundamental de todos los métodos de la preparación psicológica para el parto.

En México, durante los ochentas, se ha dado amplia difusión al método por el Doctor Guillermo Santibañez Moreno, Doctor Ruiz Dura y otros, quienes se han preocupado por la educación de la pareja para participar en el proceso reproductivo.

3.3. DESCRIPCION DEL METODO PSICOPROFILACTICO

Dentro de la evolución del concepto del sistema de Psicoprofiláxis, lo que en un principio se entendió por Psicoprofiláxis de los dolores del parto fue: "el sistema de medidas preventivas contra el desarrollo de los mismos, conseguido por medio de la acción sobre los sectores superiores del Sistema Nervioso Central"; Este concepto ha evolucionado significativamente hasta la actualidad, entendiéndose ahora como un mejor manejo del dolor que se basa en la educación racional de la embarazada, y que es fundamentalmente distinta de los demás métodos de anestesia.

La embarazada aprende a dar a luz como el niño aprende a nadar o a leer, librándose de influencias y recuerdos perniciosos que previamente ha acumulado y que pueden inhibirla en el momento del parto.

Entiéndase que prácticamente no se menciona la supresión del dolor, sino más bien, crear conciencia educando a la paciente para afrontar un acto fisiológico de su vida.

Los distintos autores de métodos para la facilitación del nacimiento, han partido de conceptos teóricos muy diferentes e incluso contrarios, sin embargo, con el correr del tiempo y el enriquecimiento de la experiencia, se observa una aproximación lenta pero continua entre los distintos puntos de vista, lo que permite esbozar bases teóricas comunes. Son tres los principios terapéuticos que constituyen la base de este método.

1. Disminución del dolor de parto mediante la reducción de la afectividad

La idea de disminuir el dolor del parto por la reducción de la afectividad, se basa en la disminución o inclusive en la eliminación de los sentimientos negativos. Como Read proponía, atacar el miedo al parto para conseguir una relajación de los músculos.

El manejo de la afectividad se puede conseguir de dos maneras:

La primera, por vía racional, explicando el proceso del parto, especialmente a través de las contracciones del útero. Esto es una educación preparatoria de la

embarazada, como lo proponen los autores rusos, con una comprensión racional de los dolores de parto.

"...a la gestante se le debe explicar que el parto es un acto para el que el organismo se prepara en el transcurso de los meses del embarazo... La comprensión por la embarazada de tales postulados, contribuye a que se cree en ella una actitud más favorable respecto al parto, que puede y debe ser indoloro...".⁴⁸

La segunda forma es por la vía emocional. A las temerosas se les transfiere un sentimiento de seguridad, ya sea una relación de confianza con su médico, la clínica donde se atiende, etc., o bien la experiencia de un sentimiento de estar protegidas por un grupo de trabajo o que pueden dominar el parto que se avecina, mediante su propio trabajo activo.

"...se debe liberar a la embarazada de los posibles temores relacionados con el parto inminente. En forma asequible, deben darse a conocer a la gestante algunos detalles del acto del parto...".⁴⁹

Las manifestaciones concomitantes se generan en un doble sentido:

- A) Primero se elimina o al menos queda reducida al mínimo, la tensión afectiva. Hay un cambio de actitud de la personalidad profunda, frente a los estímulos dolorosos, se disminuye la percepción y la reacción dolorosa en la región subcortical. Velosky, en su multitudada obra "Psicoprofiláxis de los Dolores de Parto", nos menciona que:

"...al proponer a la gestante que ejecute esos métodos, fijando su atención en que los cumpla de pleno acuerdo con las Instrucciones que se le han dado, tonificamos, activamos la corteza cerebral de la parturienta, produciendo un foco limitado de excitación que contiene la idea de que: 'es mejor dar a luz ayudándome activamente y ayudando a mi hijo!'...".⁵⁰

48 Velosky, I. Opus. cit. p. 225

49 Ibidem.

50 Ibidem

CAPÍTULO III. CURSO PSICOPROFILACTICO

- B) En segundo lugar, se desechan las informaciones negativas individuales (tabúes, costumbres, etc.) sobre el parto, dando lugar a emociones positivas (amor, alegría, etc.) que ayudan a manejar el dolor en forma conveniente.

2. Disminución de la vivencia del dolor, mediante restricción de la conciencia.

La actitud activa frente al proceso del parto como medio de combatir el dolor, se basa en un proceso psicológico muy normal que es el de concentración.

La concentración intensiva, conduce a una protección frente a estímulos internos y externos. Por ejemplo, en un peligro agudo, no duele la herida; la persona que está embelesada escuchando la música de Mozart, no se percata de lo que ocurre a su alrededor. Dick-Read nos dice sin embargo, que no debe tratarse de evitar el pensamiento de ninguna manera, pues

"...el intento de detener la mente en sus pensamientos, es ¡el ejercicio mental más activo! ... debe recordarse que en un estado verdadero de relajación de los músculos corporales, ningún estado emocional puede estar presente. El pensamiento se concentra precisamente en relajar estos músculos y a medida que se consigue, la mente misma se quedará quieta automáticamente, hasta que los pensamientos se disipen..."⁵¹ (restricción de la conciencia).

La escuela rusa lo explica desde el punto de vista de la fisiología cerebral, por la creación de un foco de excitación cortical activo, que determinaría una inhibición de los impulsos dolorosos subcorticales. Se supone que la desconexión del dolor por medio de la sugestión en estado de vigilia, se alcanza también por la concentración intensa sobre las voces u órdenes del sugestionador.

Puede admitirse con seguridad, que en todo método que se ejercita incluyendo los ejercicios puramente físicos, la concentración sobre los mismos, obra disminuyendo el dolor, pues hay una restricción de la conciencia.

51 Grantly, D.R. - Opus cit. - p. 33

Las consecuencias que resultan en la aplicación práctica del método descrito, son muy importantes pues se puede lograr, por ejemplo, que se ejercite el ritmo respiratorio, con órdenes estereotipadas del médico, en el momento álgido de la expulsión y con el mismo, menguar el dolor.

3. Facilitación del parto, mediante regulación del tono

La regulación del tono de los tres sectores, vegetativo, afectivo y el de la musculatura de inervación voluntaria, tiene una estrecha dependencia recíproca, la cual se puede comprobar fácilmente en los reflejos. Por ejemplo, coraje = construcción vascular; palidez = tensión muscular. Ya que la regulación del tono es una función correlativa, entonces puede interrumpirse el síndrome miedo-tensión-dolor, no sólo por el lado afectivo, sino también por medio de la relajación muscular, con gimnasia y ejercicios respiratorios.

En esta forma de relajación, la parturienta no se concentra en el parto, sino que se abandona a su ritmo corporal (por medio de la respiración) en forma relajada, con lo cual la conciencia se restringe al grado de lograr estados ligeros de hipnosis.

La relajación muscular, en principio, conduce a una relajación vegetativa y esto posteriormente puede lograr una tranquilización psíquica.

El proceso de preparación psicoprofiláctica tiene como objetivo que la mujer embarazada tenga un comportamiento tranquilo y activo durante el parto.

En México, son varias las instituciones públicas y privadas que han adoptado este método, como un recurso educacional hacia las futuras madres, que les permita traer a sus hijos al mundo con más facilidad y participación de los padres.

El curso psicoprofiláctico puede impartirse desde el inicio del embarazo o a partir del quinto mes, dependiendo de la escuela, generalmente el más usual es el segundo.

Cada curso tiene una temática diferente, dependiendo del lugar, del objetivo y la gente que lo toma. Un concepto nuevo es el de impartir educación sexual a la pareja

desde antes del embarazo y no sólo eso, sino que actualmente se piensa que es imprescindible extenderla desde la adolescencia.

En una entrevista en el CIMIGEN, (Centro de investigación materno Infantil) nos permitió conocer ampliamente los siguientes puntos:

El curso que se imparte en este Centro, consta de tres módulos, que son:

1. **Curso básico de preparación a la maternidad.**- Se refiere a la vivencia con el embarazo.
2. **Curso tradicional Lamaze para el parto.**- Trata de la vivencia del nacimiento.
3. **Curso de post-parto.**- Tiene que ver con la vivencia postparto y la lactancia del bebé.

El primer módulo consta de 4 sesiones que son:

- **EMBARAZO Y CULTURA:** Es muy importante el lugar donde vive la mujer y cómo vive, pues ahí se puede derivar su conducta para el parto. "... se pare como le corresponde a cada quién ...".
- **CAMBIOS FISICOS Y EMOCIONALES EN LA PAREJA:** Los cambios se dan tanto en la mujer como en el hombre, ya sean físicos (no sólo la mujer aumenta de peso, puede darse que a él también le afecte en este sentido el embarazo) o emocionales, el hombre se siente abandonado emocionalmente.
- **SEXUALIDAD Y COMUNICACION:** Cómo cambia la comunicación en la pareja. Lo más importante en la sexualidad, son los períodos en los que hay mayor necesidad de afecto. En el curso se lleva a cabo un ejercicio con la pareja, en el cual se pregunta a cada uno de ellos cómo manejaría una situación de tensión y cómo les gustaría que fuese manejada.

- **TECNICAS Y RECURSOS PARA MEJORAR EL STRESS FÍSICO Y EMOCIONAL:** Son las estrategias psicológicas o técnicas para controlar el stress físico y emocional, y todo lo relacionado con el dolor. Disminuyen las emociones al disminuir la ansiedad y se reduce el dolor.
- a) Control como habilidad emocional de la mujer para participar en el parto en lugar de ser un objeto manipulado al que se le extrae el bebé.
- b) Control cognoscitivo: Reconocer los momentos de stress y cómo se pudieron sacar. Buscar los propios potenciales.

La Asociación Mexicana de Psicoprofilaxis Obstétrica, define el curso como: *"Método educativo que capacita a la pareja para participar positivamente en el proceso reproductivo, cuyo objetivo es lograr el bienestar físico y mental de la pareja durante el estado grávido-puerperal"*.

Como se menciona, la tendencia actual se basa más que nada en la educación integral a la embarazada, aceptando que el dolor es un fenómeno fisiológico presente durante el trabajo de parto, sin dejar que el mismo desvíe los mecanismos normales del proceso reproductivo.

La Psicoprofilaxis obstétrica, es un método educativo, que puede aplicarse en pequeños grupos a grandes masas de la población, que evoluciona constantemente y amplía sus ámbitos a las diferentes etapas no reproductivas puras y esto repercutirá en la salud de la población captada para su preparación.

3.4. TEMARIO DEL CURSO PSICOPROFILÁCTICO

El curso psicoprofiláctico propone la educación de la pareja sobre la nueva situación y cómo enfrentarse a ella con éxito, por lo que dentro del curso además de enseñar a la mujer como vivir su embarazo y su parto de la mejor manera posible y sin ansiedad, se instruye a la pareja sobre los diferentes temas y conceptos médicos, fisiológicos y psicológicos del embarazo, parto y puerperio.

A través de la visita a diferentes hospitales, y posterior a la revisión de los temarios sobre cursos psicoprofilácticos, se obtuvo la siguiente conclusión: si bien no son idénticos y cada uno de ellos toma unos u otros aspectos, todos son tratados desde diferentes puntos de vista, y todos concuerdan en los mismos temas principales:

1. OBSTETRICIA.
2. NUTRICION.
3. PSICOLOGIA.
4. LACTANCIA.
5. PEDIATRIA.
6. PUERICULTURA.

Dentro de estos temas, todos los cursos incluyen :

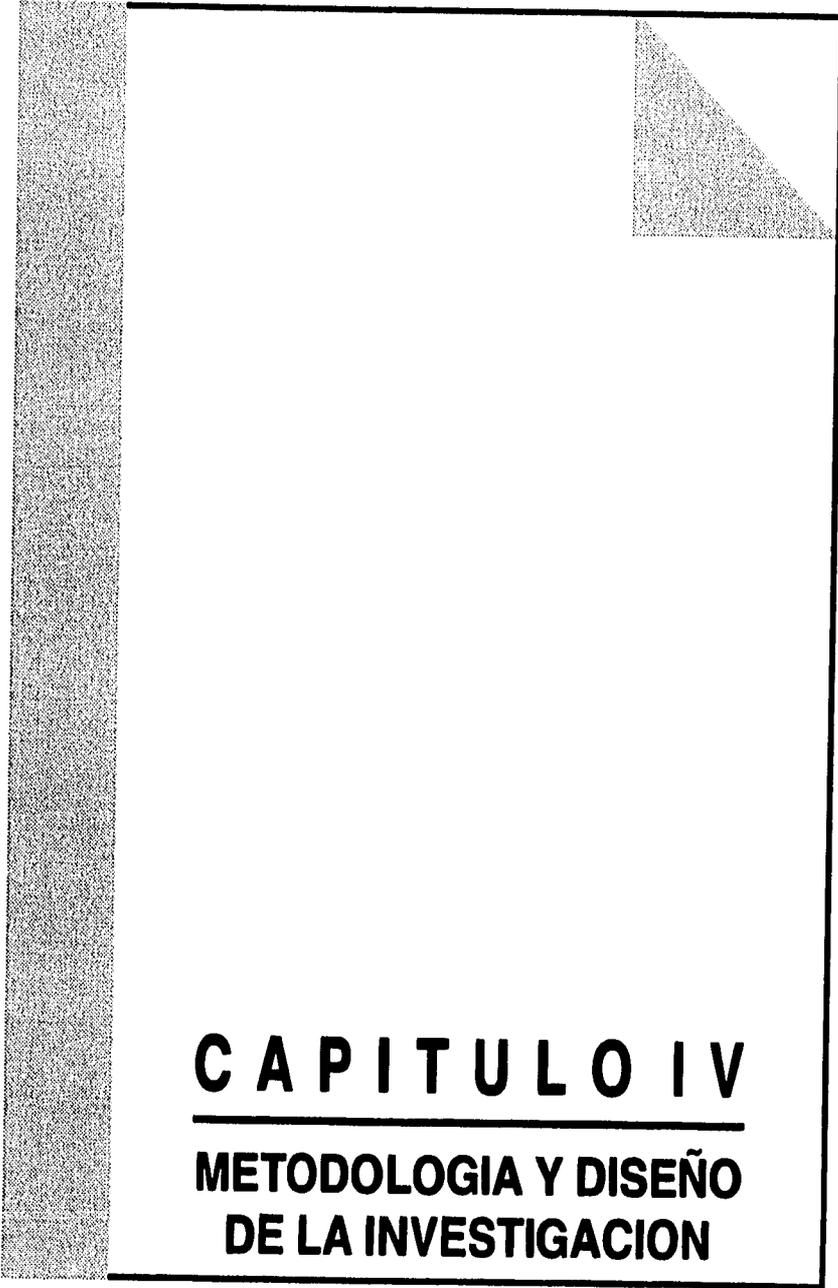
- Iniciación: a partir del quinto mes de embarazo, la futura madre inicia su preparación. introducción.
- Trabajo de parto.
- Relajación y respiración: teórico y práctico.
- Cesárea, forceps, inducción.

CAPÍTULO III. CURSO PSICOPRONLACTICO

- Información fisiológica del embarazo, desarrollo embrionario y cambios anatómofisiológicos.
- Camblos psicológicos de la mujer, su pareja y relación con ella.
- Sexualidad en el embarazo.
- Alumbramiento y expulsión.
- Recorrido hospitalario.
- Lactancia.
- Pediatría: manejo del recién nacido, cuidados, alimentación, vacunas, consultas pediátricas.

En todos los cursos psicoprofilácticos, se les enseña a las mujeres en compañía del marido los diferentes ejercicios que deben hacer para la relajación y la buena respiración; todo esto a través de películas y/o transparencias de los diferentes temas con clases prácticas y teóricas.

Las clases se imparten una o dos veces por semana dependiendo del hospital y de la duración de las mismas. El curso continúa hasta el nacimiento del bebé.



C A P I T U L O I V

**METODOLOGIA Y DISEÑO
DE LA INVESTIGACION**

CAPITULO IV METODOLOGIA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

4.1. OBJETIVO

El objetivo general de este trabajo, es comprobar que a través del conocimiento del método psicoprofiláctico y su intervención en la parturienta, reduciendo la ansiedad que le crea el parto, y comparado con un grupo control, si existen diferencias significativas entre las mujeres en primera gesta, de entre 25 y 34 años, casadas y de nivel socioeconómico medio alto.

El presente trabajo tiene como objetivo específico, analizar si hay diferencias en las mujeres que tomaron el curso psicoprofiláctico y las que no los tomaron con respecto a la ansiedad.

4.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En esta investigación fue considerado de gran importancia el método psicoprofiláctico sobre todo al ser madres por primera vez y por esto se planteó el siguiente problema.

¿Existen diferencias en el nivel de ansiedad estado entre las mujeres que tomaron el curso psicoprofiláctico en primera gesta y las que no lo toman?

4.3. HIPOTESIS

Hipótesis:

Si el temor ante lo desconocido (parto) crea un estado de ansiedad en las mujeres embarazadas, entonces cuando éstas asisten a un curso psicoprofiláctico en el que adquieren conocimiento sobre este proceso se reducirá su ansiedad.

Se encontraron diferencias significativas en el grado de ansiedad, entre las mujeres que toman el curso y las que no lo toman.

Hipótesis Nula:

No existen diferencias estadísticamente significativas en las mujeres que toman el curso psicoprofiláctico y las que no lo toman.

4.4. VARIABLES

Variable Independiente: El curso Psicoprofiláctico

- a) Entorno Médico.
- b) Proceso
- c) Expectativa

- d) En primera gesta
- e) Entre 25 y 34 años.

El entorno médico incluye:

- 1) La clínica u hospital de asistencia a la embarazada
- 2) El método de asistencia: consulta normal o curso psicoprofiláctico
- 3) La relación con el médico que le asiste en el proceso del embarazo, con miras al futuro parto.

Variable Dependiente: La ansiedad de la embarazada con respecto al parto. Como mencionamos en páginas anteriores, la mujer embarazada presenta un estado emocional de ansiedad provocado por las expectativas que tiene respecto al parto. Este estado se ve influido por el entorno médico dentro del cual se mueve ella con respecto a su embarazo. Así también, consideramos que el nivel de ansiedad varía con el tiempo y conforme avanza el estado de gravidez de la mujer.

4.5 MUESTRA

Grupo Experimental (Grupo "A"):	Mujeres embarazadas que tomaron el curso Psicoprofiláctico. Se tomarán para este grupo, 30 mujeres.
Grupo Control (Grupo "B"):	Mujeres embarazadas que no tomaron el curso Psicoprofiláctico. Se tomarán igualmente, 30 mujeres.

4.5.1 Selección de la Muestra

Las características comunes que se requirieron en la muestra, para llevar a cabo el experimento, fueron las siguientes:

- Mujeres de un nivel socio-económico medio-alto y alto.
- Mujeres embarazadas primerizas. En primera gesta.
- De edad entre 25 y 34 años.
- Casadas.
- Aceptación voluntaria para contestar cuestionarios.

4.6. TIPO DE ESTUDIO

Se consideró un estudio de tipo experimental de campo, con las siguientes características:

- **LONGITUDINAL:** La medición de las variables se llevó a cabo en dos ocasiones en cada uno de los grupos. (Pre-test y Post-test).
- **COMPARATIVO:** Se comparó el nivel de ansiedad de las embarazadas del grupo "G-PP" y del grupo "G-C". También hubo una comparación de tipo temporal, es decir, en los primeros y últimos meses del embarazo.
- **EXPERIMENTAL DE CAMPO:** Se experimentó en 2 muestras para establecer la eficacia del método psicoprofiláctico en relación con la ansiedad.

4.7. INSTRUMENTO DE MEDICION

Para medir el nivel de ansiedad, se aplicará la prueba IDARE (Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado) que es la versión en español del STAI (State Trait-Anxiety Inventory).

El IDARE está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación con las que se miden dos dimensiones distintas de la ansiedad:

1. **La Escala Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo):** Sirve para descubrir la propensión a la ansiedad en un individuo. Esta parte de la prueba consiste en 20 afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente. Se refiere a las diferencias individuales y "... *tiene la característica del tipo de locuciones que Atkinson (1964) conceptualiza como 'motivo y que Campbell (1963) las llama 'disposiciones conductuales adquiridas'. Los motivos son definidos por Adkinson como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación la activan. Las disposiciones conductuales adquiridas, de acuerdo con Campbell, involucran residuos de experiencias pasadas que predisponen al individuo tanto a ver el mundo en forma especial, como a manifestar tendencias de respuesta 'objeto consistentes'...*".
2. **La Ansiedad-Estado:** Se puede definir como un estado emocional transitorio en un individuo, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprehensión conscientes, que pueden fluctuar en intensidad con el tiempo, y por una mayor actividad del sistema nervioso. La Escala A-Estado, consiste en veinte afirmaciones con indicaciones para que el sujeto indique cómo se siente en un momento dado.

NOTA: Como hemos descrito, la A-Rasgo es la ansiedad que conforma la personalidad del individuo, mientras que la A-Estado es un estado emocional transitorio ante una situación. Por lo tanto, para el objetivo de este presente trabajo, tomaremos únicamente en cuenta la A-Estado, ya que lo que interesa medir y demostrar, es que la ansiedad ante el parto -que es una situación transitoria- sí disminuye considerablemente si se toma el curso psicoprofiláctico, y no la ansiedad con que los sujetos de nuestra muestra, viven cotidianamente y los rasgos psicológicos de su personalidad en general. (Ver prueba IDARE-SXE)

MP
28-2

IDARE

SXE

Inventario de Autoevaluación
por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	0	0	0	0
2. Me siento seguro	0	0	0	0
3. Estoy tenso	0	0	0	0
4. Estoy contrariado	0	0	0	0
5. Estoy a gusto	0	0	0	0
6. Me siento alterado	0	0	0	0
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	0	0	0	0
8. Me siento descansado	0	0	0	0
9. Me siento ansioso	0	0	0	0
10. Me siento cómodo	0	0	0	0
11. Me siento con confianza en mí mismo	0	0	0	0
12. Me siento nervioso	0	0	0	0
13. Me siento agitado	0	0	0	0
14. Me siento "a punto de explotar"	0	0	0	0
15. Me siento reposado	0	0	0	0
16. Me siento satisfecho	0	0	0	0
17. Estoy preocupado	0	0	0	0
18. Me siento muy excitado y aturdido	0	0	0	0
19. Me siento alegre	0	0	0	0
20. Me siento bien	0	0	0	0

EL HARPER HORNBLAND, S.A.

4.7.1 La Prueba

El IDARE es una prueba autoadministrable y puede aplicarse individualmente o en grupo. Las instrucciones de su aplicación, están debidamente explicadas en el manual. No tiene límite de tiempo, pero más o menos se puede decir que un estudiante universitario tardará entre 6 y 8 minutos para contestar cada una de las dos escalas y cuando mucho 15 minutos para contestar las dos partes. Las personas con mayor nivel de estudios o con disturbios emocionales, pueden tomar mayor tiempo para dar sus respuestas.

Las instrucciones que se dan y que el sujeto debe comprender perfectamente, son:

- En cuanto A-Estado: "Cómo se siente en este preciso momento".
- En cuanto a A-Rasgo: "Cómo se siente generalmente".

El examinado puede hacer preguntas al respecto, hasta que las instrucciones estén bien claras. Las respuestas deben ser de tal manera que no influyan en la opinión del examinado.

Para la calificación del inventario, se usan plantillas pre-establecidas de calificación manual o bien por métodos computarizados existentes en el mercado psicométrico.

4.7.2 Validez y Confiabilidad

La confiabilidad de esta prueba se basa en resultados Test-retest (estabilidad) de la escala A-Rasgo que es relativamente alta, pero los coeficientes de estabilidad para la escala A-Estado tienden a ser bajos como era de anticiparse en una medida

CAPITULO IV. METODOLOGIA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

que no ha sido diseñada para ser influenciada por factores situacionales. Esta escala tiene un alto grado de consistencia interna y es la que se utilizó para el presente trabajo.

En cuanto a la validez del IDARE encontramos que existen correlaciones con la Escala Ansiedad IPAT (Cattell and Scheier, 1963) la Escala de Ansiedad Manifiesta (TMAS) de Taylor (1963) y la lista de adjetivos afectivos de Zuckerman.

El desarrollo del inventario se inicia en la Universidad de Vanderbilt y posteriormente en la Universidad Estatal de Florida, los reactivos fueron modificándose de tal manera que tuvieran contenido psicológico esencial y fueron aplicándose a grupos de estudiantes.

La revisión del Inventario que resultó del proceso de reemplazo de reactivos se denominó Inventario de Autoevaluación que es el que se utilizó en este trabajo.

4.8. DISEÑO

GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL Asistencia al curso Psicoprofático
PRE-TEST	PRE-TEST
POST-TEST	POST-TEST

4.9. PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo esta investigación, se contará con la colaboración de los hospitales de México, Santa Teresa y ABC, en donde se aplicarán las pruebas IDARE a la población total de cada uno de los hospitales, con las características mencionadas en los puntos 4.4 y 4.5. Cabe mencionar que el curso se imparte en dichos hospitales, pero no es obligatorio para todas las embarazadas que ahí se atienden.

El cuestionario IDARE se aplicará como pre-test más o menos entre el cuarto y el quinto mes del proceso de embarazo (segundo trimestre). El post-test se entregará a estas mismas mujeres una semana antes de la fecha posible para su parto.

Se acudió al lugar establecido en cada hospital en donde se imparte el curso y se les explicó a todas las participantes que se estaban aplicando unos cuestionarios para un trabajo de tesis los cuales podían ser contestados por quien quisiera participar poniendo énfasis en que los resultados serían anónimos y posteriormente se les dio una breve explicación de cómo tendrían que responder y de lo que consta la prueba, así mismo se les señaló que si tenían una duda podrían pedir que se les aclarara.

Al término de la aplicación se les pidió que constataran una ficha de identificación y el cuestionario se les recogió dándoles las gracias por la valiosa cooperación.

A todas las señoras que participarán durante este estudio, se les dará una breve explicación del objetivo del experimento y posteriormente se les aplicará el cuestionario IDARE. Se les aclarará en forma amplia la forma como deberán contestar el cuestionario.

4.10. DISEÑO ESTADÍSTICO

Los datos que se obtuvieron de la aplicación de los instrumentos arrojados por el grupo control y el grupo experimental, se analizaron por medio del tratamiento estadístico llamado "*t de student*" para ver si hay diferencias significativas entre ambos grupos y

un análisis de correlación de Pearson para observar la asociación entre las variables y con ella comprobar o rechazar las hipótesis establecidas.

Los 2 grupos de mujeres son independientes ya que un grupo de éstos toma el curso psicoprofiláctico y el otro grupo no lo toma.

C A P I T U L O V

**RESULTADOS Y
CONCLUSIONES**

CAPITULO V RESULTADOS

5.1. RESULTADOS

Los resultados obtenidos después de la aplicación del instrumento utilizado se describirán de la siguiente manera:

En una primera parte se expondrán los resultados referentes a las variables sociodemográficas para mostrar la manera en que están distribuidas las mujeres que tomaron el curso psicoprofiláctico y las mujeres que no tomaron el curso.

Posteriormente se darán los resultados referentes a la estadística inferencial con el fin de comparar los estados de ansiedad (A Estado) entre los dos grupo.

En este estudio se analizaron los resultados de ansiedad-estado de 30 mujeres en 1era gesta que tomaron el curso psicoprofiláctico (G-PP) y de 30 mujeres que no tomaron el curso (G-C).

CAPITULO V. RESULTADOS

De las mujeres que tomaron el curso psicoprofiláctico se encontró que 25 mujeres (83.3%) tomaron el curso en el Hospital de México y 5 mujeres (16.6%) lo tomaron en el Hospital Santa Teresa.

El otro grupo de 30 mujeres que no participaron en el curso, se tomaron de los mismos hospitales.

Con respecto a la edad se encontró que el grupo de mujeres que tomaron el curso psicoprofiláctico presentó una edad promedio y error estándar ($X \pm EE$) de 26.93 ± 0.47 .

El grupo de mujeres que no tomó el curso (G-C) presentó una edad de 26.83, ± 0.31 .

En base a estos resultados se puede ver que los dos grupos son muy similares con respecto a la edad (Ver cuadro I, gráfica I del apéndice).

CUADRO I

NUMERO Y MEDIA DE EDAD DE LAS MUJERES QUE
TOMARON EL CURSO PSICOPROFILACTICO (G-PP)
Y LAS QUE NO LO TOMARON (G-C)

GRUPOS	N	X	EE
G-PP	30	26.93	0.47
G-C	30	26.83	0.31

CAPITULO V. RESULTADOS

Por otra parte el promedio de las semanas de gestación del (G-P) al inicio del curso psicoprofiláctico fue de 21.40 ± 0.43 y al final del curso de 33.26 ± 0.50 es decir que en promedio al inicio del curso tenían entre 4 y 6 meses de embarazo y al final del curso tenían entre 6 y 9 meses de embarazo.

El grupo (G-C) presentó como promedio de semanas de gestación 20.60 ± 0.37 en una primera aplicación del cuestionario de ansiedad y en la segunda aplicación se encontró el 32.30 ± 0.51 .

Los meses promedio en la aplicación del 1er cuestionario fue de entre 4 y 6 meses de embarazo y en la 2da aplicación tenían entre 6 y 9 meses de embarazo. (Ver cuadro II, gráfica II del apéndice).

CUADRO II

MEDIA Y ERROR ESTANDAR (EE) DE LAS SEMANAS DE
GESTACION DE LAS MUJERES DE AMBOS GRUPOS
AL PRINCIPIO Y AL FINAL DEL CURSO.

GRUPOS	ANTES		DESPUES	
	X	EE	X	EE
G-PP	21.40	0.43	33.26	0.50
G-C	20.60	0.37	32.30	0.51

CAPÍTULO V. RESULTADOS

En una primera instancia se compararon las primeras observaciones pre-test de los dos grupos en donde se encontró G-PP tenía un promedio de ansiedad de 54.13+_0.90 y en el G-C de 51.33+_1.43.

La diferencia en los promedios no fue estadísticamente significativa presentando el grupo control una ansiedad más alta. (Ver cuadro III y gráfica 3 del apéndice).

CUADRO III

MEDIA Y ERROR ESTANDAR DE LA ANSIEDAD
ANTES Y DESPUES DEL CURSO EN LOS 2 GRUPOS ESTUDIADOS
 $P \leq$ NIVEL DE SIGNIFICANCIA.

	G-PP		G-C			P
	X	EE	X	EE	"t"	
ANTES	54.13	0.90	51.33	1.43	1.65	NS
DESPUES	47.43	1.35	56.90	1.34	4.98	0.0000

Al comparar la situación pos-test del grupo G-PP con el G-C se encontró que:

El grupo G-PP presentó un promedio de 47.43+_1.35, el grupo G-C presentó un promedio de 56.90+_1.34, esta diferencia en las medias fue significativa a nivel de 0.0000.

Como se puede observar el nivel de ansiedad de las mujeres que no tomaron el curso es significativamente más alto que el grupo que sí tomó el curso psicoprofiláctico.

Al comparar el grado de ansiedad la situación pre-test y post-test en el grupo que tomó el curso (G-PP se encontró un promedio de 54.13+_0.90 y 47.43+_1.35 respecti-

CAPITULO V. RESULTADOS

vamente encontrándose una diferencia significativa entre las dos situaciones a nivel de 0.0001.

Otro resultado se obtuvo al comparar el nivel de ansiedad de las mujeres que no tomaron el curso es significativamente más alto que el grupo que sí tomó el curso psicoprofiláctico.

Otro resultado se obtuvo al comparar el nivel de ansiedad pre-test y post-test en el grupo G-C encontrándose nuevamente diferencias significativas 51.33 ± 1.43 pre-test $P \leq 0.0001$ siendo mayor el nivel de ansiedad en la situación post-test 56.90 ± 1.34 . (Ver cuadro IV, gráfica IV del apéndice).

CUADRO IV

COMPARACION DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUES DEL CURSO PSICOPROFILACTICO EN LOS 2 GRUPOS.

	ANTES		DESPUES			P
	X	EE	X	EE	"t"	
G-PP	54.13	0.90	47.43	1.35	5.01	0.0000
G-C	51.33	1.43	56.90	1.54	4.59	0.0001

Con respecto a la correlación del nivel de ansiedad antes y después del curso en el grupo G-PP se encontró que fue de $r+0.34$ la cual no fue estadísticamente significativa como puede verse hay una correlación directamente proporcional más alta en el G-C lo cual puede estar indicando que la ansiedad se incrementó de la situación pre-test a la situación pos-test. (Ver cuadro V).

CUADRO V

CORRELACION DEL NIVEL DE ANSIEDAD
ANTES Y DESPUES DEL CURSO
EN LOS GRUPOS ESTUDIADOS.

GRUPOS	r	t	P ≤
G-PP	+ 0.34	1.93	NS
G-C	+ 0.62	4.18	0.005

Por otra parte se correlacionó el nivel de ansiedad con la edad de los sujetos y se encontró que el grupo G-PP tanto en situación pre-test como en situación post-test no se presentó ninguna correlación significativa entre el grado de ansiedad y la edad.

Con respecto a la correlación con los meses de embarazo y el grado de ansiedad se encontró que el grupo G-PP tanto en situación pre-test como en post-test no se presentó ninguna correlación significativa.

En el grupo G-C tampoco se encontró ninguna correlación significativa entre el grado de ansiedad y la edad.

Con respecto a la correlación con los meses de embarazo y el grado de ansiedad se encontró una $r = + 0.38$ ($P \leq 0.05$) en la situación pre-test y $r = -0.17$ ($P < NS$) en la situación post-test del grupo G-PP.

En cuanto al grupo G-C no se encontró una correlación significativa entre los meses de embarazo y los grados de ansiedad en la situación pre-test. En la situación post-test se encontró $r = - 0.45$ la cual fue significativa a nivel de 0.01. (Ver cuadro VI del apéndice)

CUADRO VI

CORRELACION DEL NIVEL DE ANSIEDAD DE ACUERDO
A LOS MESES DE EMBARAZO, EN CADA GRUPO Y
EN CADA SITUACION PRE Y POST CURSO.

GRUPOS	r	t	P _≤
G-PP PRE	+ 0.38	2.20	0.05
G-PP POST	- 0.17	0.95	NS
G-C PRE	- 0.04	0.24	NS
G-C POST	- 0.45	2.66	0.01

5.2. CONCLUSIONES

Mediante los resultados obtenidos se concluye que en esta investigación la hipótesis alterna se acepta.

Ha - Hay diferencia significativa en las mujeres que tomaron el curso psicoprofiláctico y las que no lo tomaron.

Se corroboró este planteamiento ya que se pudo observar que el curso psicoprofiláctico ayuda a bajar el nivel de ansiedad antes del momento del parto.

Es muy importante brindar una orientación a las mujeres embarazadas en primera gesta con respecto a su embarazo y el curso psicoprofiláctico ya que como vimos en capítulos anteriores, éste estimula a la mujer a responder por sí misma en el trabajo de parto y pretende que la futura mamá conozca el aspecto informativo sobre

el embarazo y cuál es el mecanismo del parto, lo que le ayuda a darle confianza y tener una mayor tranquilidad.

Se observó que las mujeres al inicio de su embarazo específicamente en la aplicación del pre-test en el segundo trimestre tenían un nivel de ansiedad alto, sin embargo al aplicar el post-test se observó que la mujeres que tomaron el curso habían bajado su ansiedad a comparación de las que no lo tomaron, las cuales presentaron un aumento en el nivel de ansiedad antes del momento del parto.

Esto es debido básicamente a que las mujeres que no toman el curso no tienen la misma información en cuanto a los cambios al estar cerca el momento del parto, su ansiedad aumenta considerablemente.

5.3. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Las limitaciones encontradas en este estudio se refieren a la falta de información por parte de algunos médicos ya que sería muy interesante conocer una mayor extensión en la población para poder hacer un estudio más amplio, así como la falta de cooperación por parte del personal que labora en los hospitales, y las limitaciones de tiempo que nos otorgaron.

También sería muy interesante observar por qué no todas las mamás quieren participar en un curso psicoprofiláctico, ya que se esta hablando de la llegada de un nuevo ser y una maravillosa experiencia con mayor conocimiento y en donde los médicos deberían de hacer incapié en esto y no solamente el plantear el parto únicamente como un momento sino como una gran transformación de la madre y no solo el tener un paciente más o quizás el realizar una cesárea por tener mayores ingresos sin tomar en cuenta lo importante que podría ser el tomar un curso.

Se espera que esta investigación colabore en el conocimiento y reconocimiento del manejo de la ansiedad durante el embarazo para así lograr un mayor entendimiento de esta y los cambios que se dan tanto físicos, psicológicos y emocionales en el embarazo.

CAPÍTULO V. RESULTADOS

Finalmente declaramos que las conclusiones en este estudio deben de tomarse en forma modesta y tentativa. La población que se tomó es pequeña, por lo que no es posible hacer un muestreo probabilístico, ya que el acceso a la misma, que se somete al curso psicofiláctico es limitado y no todas las instituciones u hospitales te autorizan para aplicar los cuestionarios, así como también el tiempo que se requiere para su aplicación es un poco limitado.

Por lo tanto no se puede hacer una generalización de los resultados de este estudio a toda la población.

JUSTIFICACION DEL EXPERIMENTO Y LIMITACIONES DEL MISMO

Esta investigación cobra interés puesto que las futuras madres pueden encontrar en el curso psicofiláctico una forma de aprender a manejar la ansiedad que les provoca un suceso tan importante en sus vidas como es el nacimiento de un hijo. Durante todo el proceso de gestación y hasta el momento del parto, la mujer sufre cambios muy importantes no sólo físicos y fisiológicos, sino también mentales y psicológicos, lo cual pueden dejar huella para el resto de su vida.

La forma como se manejan estos cambios, puede ser definitiva para su constante crecimiento mental. Una mujer que vive su embarazo sumida en la ignorancia del proceso, que está rodeada de tabúes y tradiciones con respecto al parto en el sentido de que éste debe ser doloroso, puede crear en su mente "la imagen de víctima de sus culpas, las cuales debe expiar con el dolor". La aceptación de esta "verdad", no la exime de una ansiedad que crea conforme se acerca el momento, lo cual puede causar un trauma.

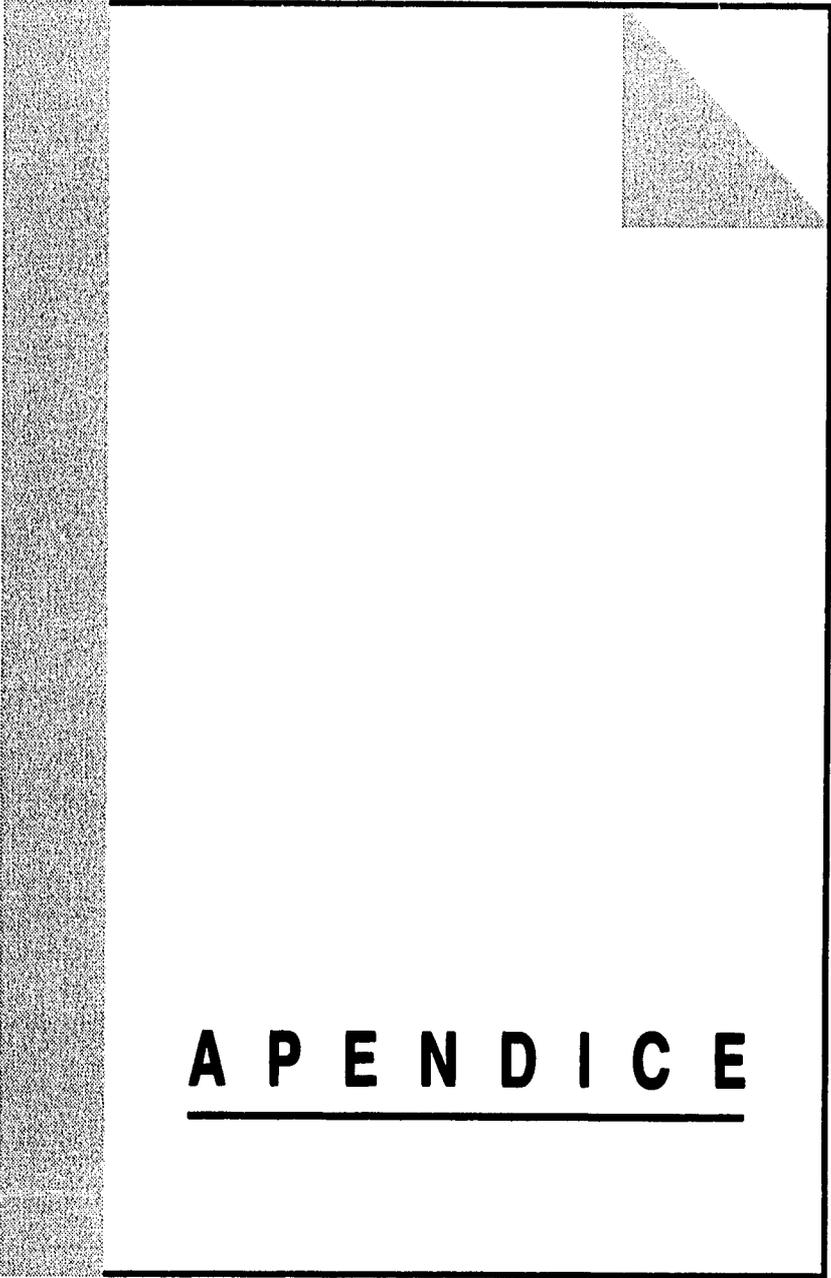
Además, consideramos también que la forma en que una mujer vive su embarazo y su parto, ya sea con temor, miedo al dolor, expectativas negativas, y sintiendo un gran dolor en el parto, o, por el contrario, consciente de los cambios por los que está atravesando en el proceso del embarazo, sintiendo una profunda alegría, sin temor al dolor (aunque en ciertos momentos llegue a sentirlo) en el parto, afectará positiva o negativamente su relación futura con su hijo.

CAPITULO V. RESULTADOS

Aún entre mujeres de buena posición económica y cultural, se puede dar el caso de que tengan una tendencia como la que nombramos anteriormente: de "crear en su mente la imagen de víctimas de sus culpas las cuales deben expiar con el dolor", con respecto al embarazo y al parto.

El curso psicoprofiláctico para el parto, tiene como objeto romper con esas ideas negativas al respecto y más bien ayudar a enfocar el nacimiento de un niño como un suceso del cual se puede disfrutar en todo momento, desde su concepción hasta su nacimiento, con las mínimas molestias.

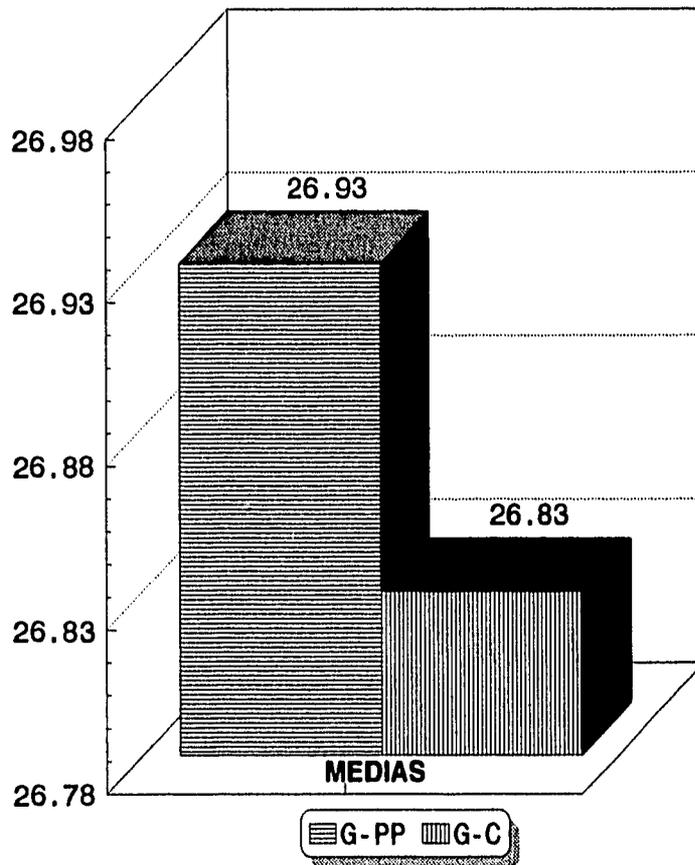
No se pretende mediante esta investigación demostrar de ninguna manera que el curso psicoprofiláctico produce en la mujer un "parto sin dolor", sino que el conocimiento profundo de todo el proceso de gestación y posteriormente del trabajo de parto, aporta a la mujer una idea diferente de la tradicional con respecto a este acontecimiento. Se pretende "re-educar" a la mujer en sus ideas sobre el embarazo y el parto.



A P E N D I C E

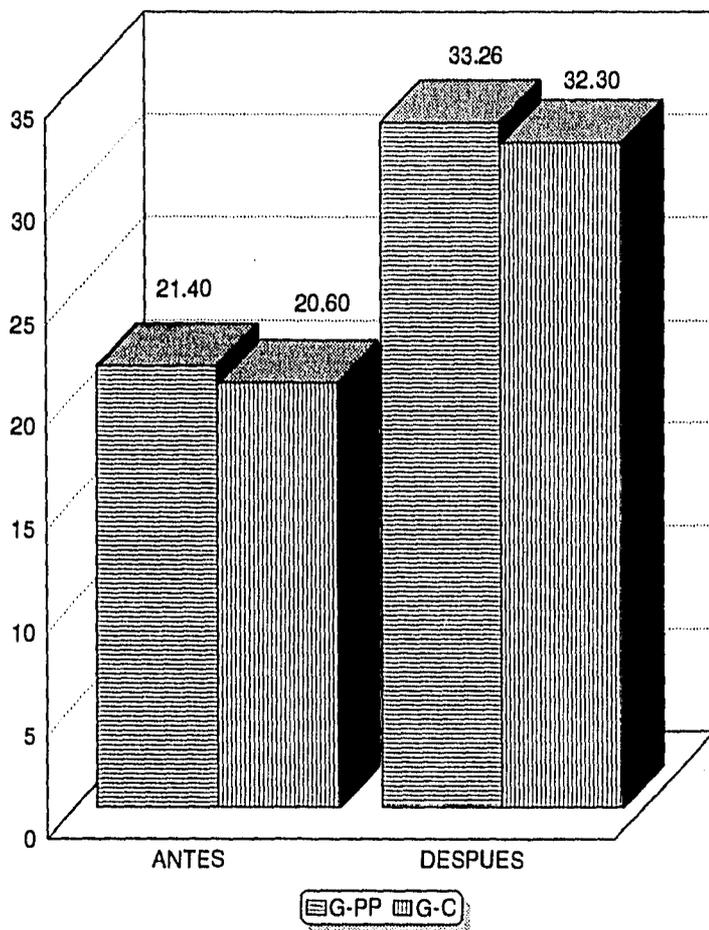
GRAFICA I

MEDIA DE LA EDAD DE LAS MUJERES QUE TOMARON EL CURSO PSICOPROFILACTICO (G-PP) Y LAS QUE NO LO TOMARON (G-C)



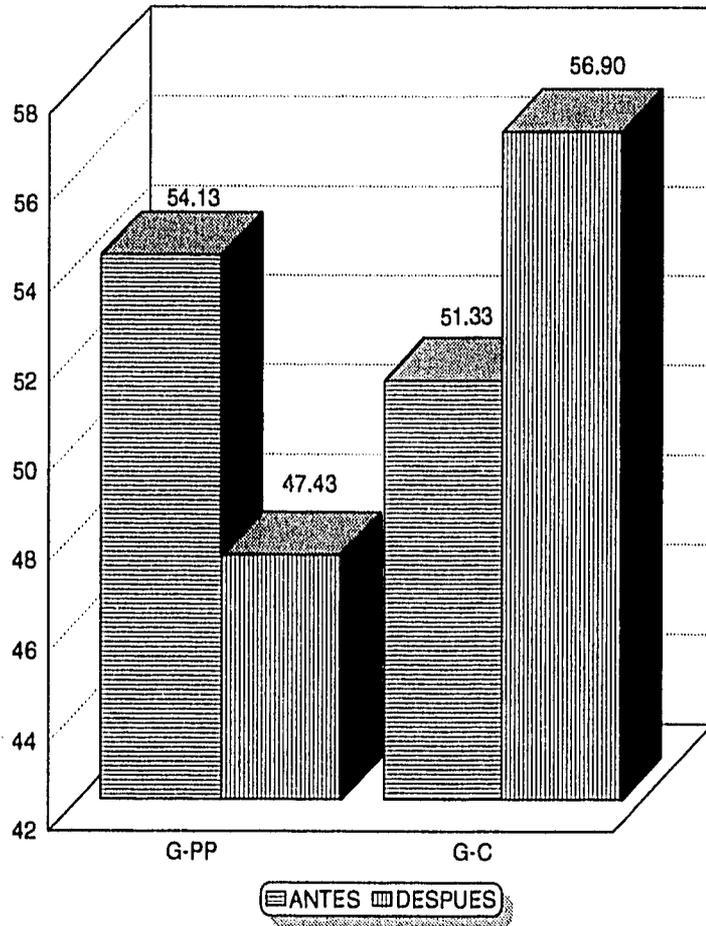
GRAFICA II

MEDIA DE LAS SEMANAS DE GESTACION DE LAS MUJERES DE AMBOS GRUPOS AL PRINCIPIO Y AL FINAL DEL CURSO



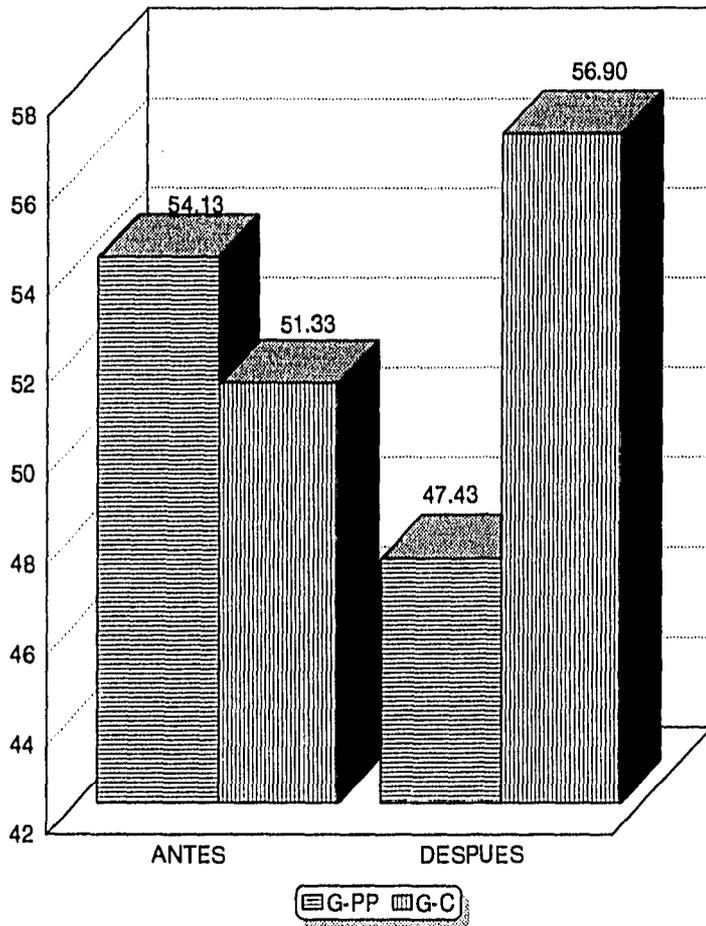
GRAFICA III

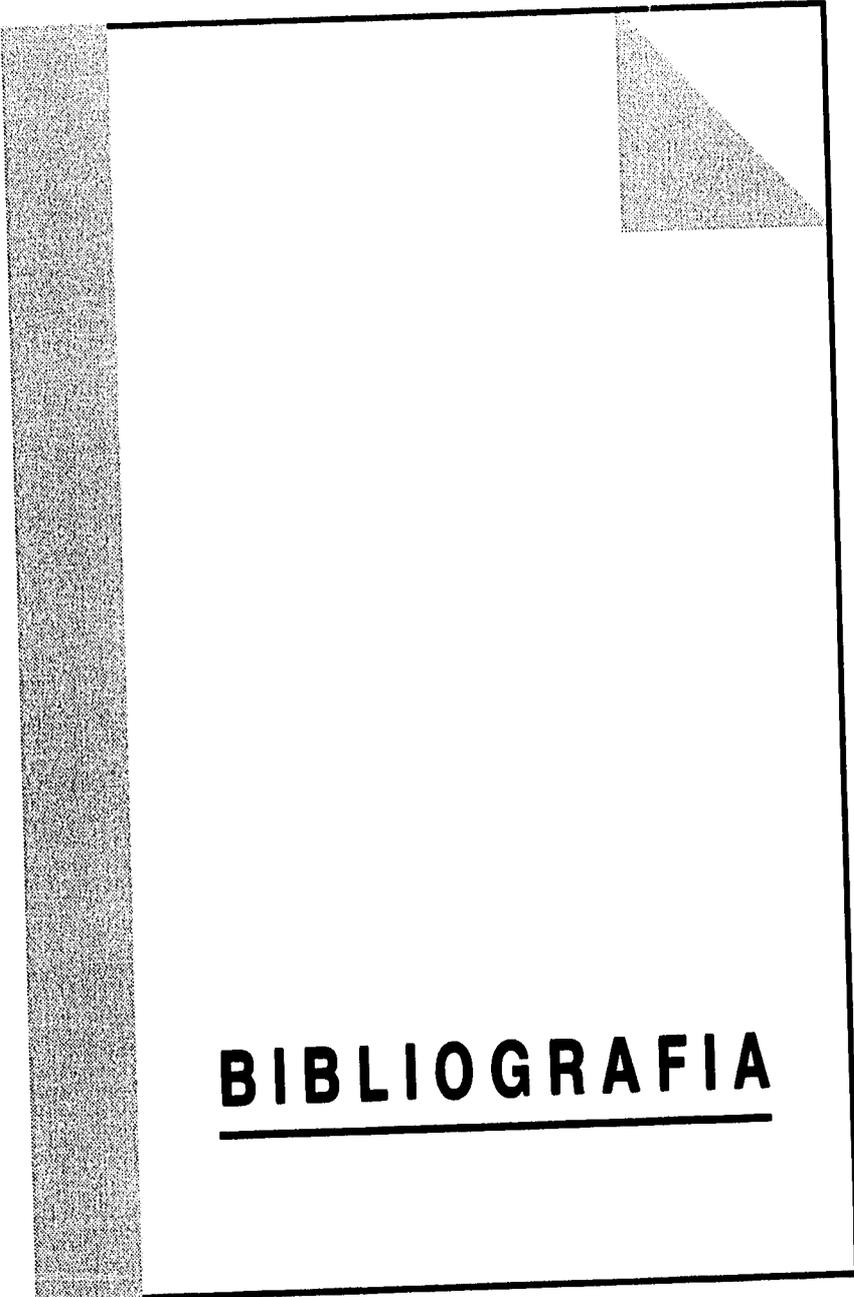
MEDIA DE LA ANSIEDAD ANTES Y DESPUES DEL CURSO EN LOS GRUPOS ESTUDIADOS



GRAFICA IV

COMPARACION DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUES DEL CURSO PSICOPROFILACTICO EN LOS 2 GRUPOS





BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Bowlby, J. "Separation: Anxiety and Anger". Hogarth, Londres. 1973
- Breach, Aída. "Ansiedad y Medio Ambiente Escolar". México. 1989. Tesis Licenciado en Psicología. Universidad del Nuevo Mundo.
- Brener, C. "An Elementary Textbook of Psychoanalysis". International, University Press. (1955)
- Castells, G. "Del Embarazo al Parto Feliz". Ed. Cedel. Barcelona 1972
- Deutsch, H. "Psicología de la Mujer". Ed. Losada. Buenos Aires. 1982.
- D. O. Hebb. "Psicología". Ed. Interamericana. México 1975.
- Dorsch, F. "Diccionario de Psicología". Ed. Herder. Barcelona. 1976.
- Eco, U. "Como se hace una tesis". Ed. Gedisa México. 1984

BIBLIOGRAFÍA

- Eyserck, H. Texto de Psicología Humana. Ed. Manual Moderno. México. 1980
- Flores, María Vanesa. "Depresión y Ansiedad en mujeres embarazadas amenorréicas". Tesis Universidad de las Américas. México. 1992.
- Freud, S. "La neurastenia y la neurosis de angustia". Obras completas. 3ra. Edición. Vol. I. Ed. Biblioteca Nueva. 1973.
- Gerald F. Fundamentos de Psicología. Ed. Trillas. México. 1975
- Granthy, D.R. "The practice of Natural Childbirth". Helen Wessel and Harlan F. Ellis. M.D. Harper and Row, Publishers. N.Y. 1976.
- Kaser, O; Friedeberg, V; Ober, R.G.; Thomsen, K; Zender, J. "Ginecología y Obstetricia". Embarazo y Parto. Ed. Salvat. México. 1976.
- Kielholz, P. Angustia, aspectos psíquicos y somáticos. Ed. Morata. Madrid. 1970
- Klein, M. "On the theory or theory of anxiety and guilt". Envy and Gratitude and others works. Londres. 1975.
- Langer, M. "Maternidad y Sexo". Ed. Paidós. 1990.
- Laplanoche, J. Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Labor. Barcelona. 1979
- Leifer, M. "Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood". Genetic Psychology Monographs. Vol. 95. 1977.
- León, N. "Historia de la obstetricia en México", México. 1910.
- Mondragón, Héctor. "Obstetricia básica ilustrada". Ed. Trillas, 2ª Edición. México 1987.

BIBLIOGRAFIA

- Mowrer, O. Hobart, Ph. D. Pain, Punishment, Guilt and Anxiety. Ed. Paul H. Hoch, M.D. y Joseph, Zubin, Ph. D. Hafner Publishing Co. New York. 1964
- Mussen, Conger, Kogan. "Desarrollo de la Personalidad en el niño". Ed. Trillas. México. 1975.
- Nichols, F.; Humenick Sh. "Childbirth Education Practice Research and Theory. Saunders", N.Y. 1989.
- Papalia D. and Wendros S. "Desarrollo Humano". Ed. McGraw Hill. México. 1988.
- Pines, D. "Pregnancy Miscarriage and abortion. A psychoanalytic perspective". Int. J. Psycho-Anal. 1990.
- Robinson, G. et. al. "Symposium Female Sexuality and Identity". Can. J. Psychiatry. Vol. 34. 1989.
- Spielberger, C.D., R. Díaz Guerrero, et. al. IDARE. "Inventario de Ansiedad: Rasgo - Estado. 1ª parte: Manual e Instructivo". Ed. El Manual Moderno, S.A. México 1975.
- Talaterro, A. "Curso básico de Psicoanálisis". Ed. Paidós. México. 1983.
- Vallejo, R. "Trastornos Afectivos, Ansiedad y Depresión". Ed. Salvat. Barcelona. 1990.
- Vellay, P. "Nacimiento sin violencia". Ed. Diamond. España. 1974.
- Velovsky I., Platonov, K, Plotcher, V., Shugom, E. "Parto sin dolor. Método Psico-profiláctico", Ed. Azteca. México, 1974.
- Winnicott, D.W. "Realidad y Juego". Ed. Hedsa. México. 1987.