



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE
BAJA CALIFORNIA

Título:

IMAGEN CORPORAL Y FORMA DE PARIR

Tesis que para obtener el diploma de Especialidad de Psiquiatría

Presenta:

Jesús Esteban Braham Caballero

Asesor: M.C. Aura Arce Rivas

Co asesores:

Dr. Juan Carlos Gurrola Flores, Psic. Antonio Cruz Baltierra.

Mexicali B.C. 07 de Mayo de 2014

Hoja de Firmas

Agradecimientos

Arduos fueron los días de trabajo y grandes los sacrificios que se necesitaron para poder tener terminado este trabajo, forjado con pasión por la salud mental. Para ser psiquiatra primero tuve que tomar la decisión de estudiar medicina y por eso agradezco antes que nada a mi abuelo Horacio, quien sembró en mí el deseo de dedicar mi vida al servicio Hipocrático.

Quiero agradecer a mi asesora Aura Arce por su entera disposición y entusiasmo para emprender este proyecto, fueron sus conocimientos los que me ayudaron a mantenerme firme hasta el final.

Personas importantes me asesoraron en temas que eran desconocidos y que gracias al apoyo de Antonio Cruz se volvieron claros y valiosos para la investigación.

A mi maestro y amigo Juan Carlos Gurrola, quien fue el primero en mi camino de formación como psiquiatra, gracias por acompañarme hasta el final de mi crecimiento, fueron tus consejos y conocimientos los que me ayudaron a concluir mis metas.

Por último, a mi esposa Ana quien estuvo presente desde el nacimiento de esta idea y que con amor infinito motivo y sostuvo este proyecto en sus momentos más oscuros, solo tú sabes cuantos y difíciles fueron, por eso y mil cosas. . . gracias por estar a mi lado y ayudarme a concluir mi especialidad.

INDICE

1.-ANTECEDENTES.....	6
2.- MARCO TEÓRICO.....	11
3.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
4.-JUSTIFICACIÓN.....	15
5.-OBJETIVOS.....	15
6.-HIPÓTESIS.....	16
7.-METODOLOGIA.....	17
• Diseño	
• Población y muestra	
• Instrumentos	
• Criterios de inclusión, exclusión y eliminación de pacientes	
• Definición de la intervención	
• Criterios para la evaluación de la intervención	
• Definición de variables.	
• Material y Métodos.	
8.-PLAN DE ANÁLISIS.....	21
9.-ASPECTOS ÉTICOS, NORMATIVOS Y DE SEGURIDAD.....	21
10.-RESULTADOS.....	22
11.-DISCUSIÓN.....	25
12.-CONCLUSIONES.....	28
13.-BIBLIOGRAFÍA.....	29
14.- INDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	31
15.- ANEXOS.....	45

1. ANTECEDENTES

Los riesgos de la cesárea son conocidos y explicados en numerosos artículos médicos. Las posibles complicaciones de la intervención para la madre incluyen las hemorragias, traumatismos vesicales, lesiones intestinales, neuritis por compresión instrumental, anemia, trombosis, embolia pulmonar o cerebral, peritonitis, etc. Se estima que la cesárea conlleva un riesgo de mortalidad materna 6 veces superior al parto vaginal y que la mortalidad perinatal en las cesáreas suele ser casi el doble que en los partos vaginales.^{1, 2}

La intervención también conlleva una serie de riesgos para el recién nacido, los principales son: el síndrome de distress respiratorio del recién nacido, la taquipnea transitoria, y la prematuridad yatrogénica, así como el riesgo de laceraciones durante la intervención que se sitúa en torno al 2%. Además la cesárea condiciona el futuro reproductivo de la mujer y la sitúa a un mayor riesgo de complicaciones en sucesivos embarazos.^{3, 4 y 5}

Sin embargo un aspecto común a la mayoría de los trabajos que revisan las posibles complicaciones de la cesárea sobre la salud materno infantil es la omisión reiterada de las repercusiones que el nacimiento por cesárea tiene sobre la salud psíquica de la mujer y sobre aspectos tan importantes como el vínculo materno filial, la lactancia o la relación con la pareja.⁴

Johanson explica que vivimos en una sociedad donde el nacimiento se ha medicalizado hasta extremos peligrosos y donde el énfasis se sitúa "en obtener un producto sano" a cualquier precio, se tiende a minimizar la posible repercusión psicológica del nacimiento por cesárea en la madre. Así, mientras los cirujanos de otras especialidades médicas suelen ser conocedores de que las reacciones depresivas son frecuentes en la convalecencia de cualquier cirugía mayor, en el caso de la cirugía obstétrica éste hecho ha recibido una atención mínima y ni siquiera se suele mencionar al explicar los riesgos de la intervención.^{6 y 7}

Vargas Mendoza en su estudio describe los factores emocionales en pacientes sometidas a Histerectomía, donde el 40% de las participantes tuvieron una franca reacción depresiva y el 90% una reacción de ansiedad post quirúrgica, también ocasionó disminución de la libido y alteración en el auto concepto relacionado con la percepción de la feminidad; lo que nos orienta a revisar detalladamente las implicaciones inmediatas del nacimiento por cesárea para percibir la singularidad de dicha situación y el incremento de la vulnerabilidad psíquica que genera para la madre y el recién nacido.^{7, 8}

El inevitable e ignorado primer efecto de la cesárea en la mayoría de las situaciones es un retraso significativo en el primer contacto madre-hijo. En muchos casos esto se puede demorar medio o un día, en algunos hospitales todavía se tiene a los niños nacidos por cesárea 24 horas en observación sin su madre. Esta separación es importante y significativa, supone un obstáculo importante para el establecimiento del vínculo. Cuando se produce el encuentro además la madre suele estar cansada, somnolienta y adolorida (Imaginemos a cualquier paciente post operado cuidando de un bebe recién nacido). La madre puede encontrarse en situación de estrés psicológico, intentando procesar los acontecimientos vividos en las últimas horas. La integración y asimilación de dichos sucesos puede llevar meses o incluso años, así se comprenden las dificultades que la madre puede experimentar para ocuparse afectivamente del bebé. Por otra parte el duelo por la pérdida de estas primeras horas o días de vida del recién nacido suele ser uno de los temas recurrentes entre las madres que han sido sometidas a cesárea.⁸

Cuestas et al comentan que los estudios sobre el efecto de la cesárea en el inicio de la lactancia asumen o concluyen que la eyección de la leche tarda más en las madres que han parido por cesárea, encontrando una prevalencia de lactancia en las que tuvieron parto del 75% contra el 3.5% de las de cesárea. La ausencia de trabajo de parto da como resultado niveles bajos de oxitocina, por lo que el inicio de la lactancia se verá comprometido. Concluyeron en este estudio que en cesáreas programadas como de urgencia habrá una disminución en la tasa de lactancia exclusiva en comparación con el parto vaginal.⁹

Odent y varios investigadores han señalado que las madre que daban a luz por cesárea urgente presentaban niveles más bajos de oxitocina y prolactina en el las primeras 48 horas del postparto. Di Matteo y colaboradores también han concluido que las madres que dan a luz por cesárea presentan un riesgo tres veces mayor de abandonar la lactancia en el primer mes.^{10, 11, 12 y 18}

Para algunas mujeres según Cernadas et al, la cesárea no supone ningún trauma aparente para la madre, sin embargo otras van a experimentar una compleja reacción psicológica, con sentimientos de pérdida, fracaso y dificultades notables en la adaptación posterior y en el vínculo con sus hijos, o van a sufrir incluso depresión o bien un síndrome de estrés postraumático en una minoría de casos.¹²

Los motivos que decidieron la cesárea y el cómo se desarrolló la intervención son factores clave para predecir el riesgo que tendrá la mujer intervenida. Si la cesárea es urgente y motivada por una situación de sufrimiento fetal la mujer va a experimentar mayores dificultades en el postparto. Necesitará tiempo para poder asimilar lo vivido e integrar la experiencia. No hay que olvidar que la situación de urgencia vital, el miedo por la vida del bebé o la propia vida puede ser una situación tan estresante como para desencadenar un verdadero síndrome de estrés postraumático, una reacción psicológica que inicialmente sólo se consideraba en personas expuestas a guerras o situaciones de gran violencia y que hoy se sabe que puede producirse igualmente después de situaciones estresantes en el parto. La aparición del síndrome conlleva una re-experiencia, es decir, se vuelven a vivir mentalmente los momentos estresantes como si de una película se tratara, y cualquier pequeño suceso (como conducir delante del hospital o incluso ver a una mujer embarazada) que recuerde el parto da lugar a una reacción ansiosa (hiperventilación, taquicardia, sudoración o mareos...). En el caso de las cesáreas, parece ser que el hecho de que la cesárea sea urgente incrementa notablemente el riesgo de sufrir el síndrome de estrés postraumático.^{14, 15 y 16}

Por el contrario las cesáreas programadas pueden permitir que la mujer se prepare mejor psicológicamente para la intervención. Sin embargo este aspecto

por sí sólo no justifica el programar la cesárea sin que haya trabajo de parto previo, ya que casi siempre se puede esperar a que se inicie el parto de manera espontánea y entonces realizar la intervención, así la mujer ha podido prepararse para la cesárea y también evitar entre otros el riesgo de prematuridad yatrogénica asociado a las cesáreas programadas.¹⁶

La calidad de la atención recibida es un aspecto crucial en la recuperación de la cesárea. Si la mujer se ha sentido partícipe de la decisión, si ha sido bien informada de las opciones, y sobre todo si ha percibido la cesárea como imprescindible es más probable que la asimilación sea relativamente sencilla. Por el contrario, si se ha sentido maltratada verbalmente, si no ha sido acompañada emocionalmente y si la indicación de la cesárea ha sido dudosa o claramente innecesaria, el malestar psicológico probablemente será significativo o incluso creciente conforme pase el tiempo.¹⁷

Di Mateo y colaboradores han sugerido que los rasgos de la personalidad previa podrían causar las diferencias en la adaptación en el postparto inmediato. Lo que parece evidente es que la reacción va a estar muy influida por las expectativas que la mujer tenía respecto al parto así como su visión del nacimiento, su satisfacción corporal previa o incluso su vivencia de la sexualidad. Cuanto más distante sea la experiencia vivida con la que se anticipaba, mayor será la percepción de pérdida y la reacción de duelo.¹⁸

Los aspectos socioculturales pueden favorecer la satisfacción de la mujer con el procedimiento, como es el caso de aquellos círculos sociales donde la cesárea se percibe como un privilegio de las clases altas (fenómeno descrito en algunas sociedades latinoamericanas) o por el contrario pueden incrementar su aislamiento y sufrimiento interno, ya que si el entorno social no permite la expresión de la decepción de la madre con el nacimiento se fomenta la represión del duelo, la no identificación del malestar y por lo tanto la no resolución del mismo.¹⁹

Michel Odent ha estudiado las reacciones psicológicas presentes entre algunas mujeres que han dado a luz por cesárea. La más generalizada es la

sensación de pérdida, es decir, el duelo por no haber tenido el parto esperado. Esto se puede expresar en términos de decepción o de tristeza intensa por no haber estado presente en el nacimiento.¹⁷

También son frecuentes las dudas recurrentes sobre si el bebé es realmente su hijo: algunas mujeres tienen pesadillas en las que descubren que el bebé que tienen no es realmente su hijo, otras expresan abiertamente que su cuerpo no reconoce a su hijo.¹⁷

La relación madre hijo puede ser difícil, sobre todo en los primeros días. Algunas mujeres sienten inmediatamente un intenso vínculo con sus hijos a pesar de la cesárea, otras sin embargo confiesan la falta de gusto por ser madres. A esto se suelen añadir los problemas de identidad como madre e incluso como mujer, afectándose la aceptación de la realidad actual o sentimientos de haber decepcionado a su pareja.²⁰

Algunas mujeres refieren sentirse violadas o mutiladas. La actitud hacia la cicatriz suele ser reflejo de dichas emociones. Hay mujeres que confiesan que no pueden mirar la cicatriz ya que es un recuerdo constante de lo sucedido.¹⁷

El enfado o la rabia con los profesionales también suele ser común, sobre todo si la mujer percibe la cirugía como innecesaria, expresando sentimientos de enojo, ira y frustración, dirigidos en ocasiones al personal médico y/o procesos hospitalarios.¹⁷

La experiencia de una cesárea traumática también suele afectar a la relación de pareja. Las parejas que han tenido un hijo por cesárea pueden sentirse menos felices con la experiencia de tener un hijo. Además la cesárea va a condicionar el futuro reproductivo de la mujer, no tanto por motivos físicos, sino que los aspectos psicológicos motivan que muchas madres decidan no tener más hijos o distanciarlos mucho más de lo que previamente habían planeado.^{18 y 21}

Los siguientes embarazos van a estar marcados en muchos casos por el miedo a que se repita la situación anterior. La cicatriz uterina estará siempre presente, el útero ha dejado de ser un sitio intacto y seguro, para convertirse en una bomba a punto de estallar, pensamiento sembrado por los médicos que

advierten a la madre del riesgo presente a una rotura uterina en un embarazo posterior.²⁰

En cualquier caso, la vivencia de la cesárea es un proceso cambiante a lo largo del tiempo y que va estar muy influenciado por el apoyo y el soporte emocional que la mujer encuentre en su entorno inmediato, así como por la duración de la lactancia y el estado de salud del recién nacido, No existen estudios que identifiquen la distorsión de la imagen corporal de las madres como consecuencia de haber parido por medio de una cesárea.²⁰

2.- MARCO TEORICO.

Conscientes del aumento en la prevalencia de nacimientos por cesárea que en México en el 2012 alcanzó el 45.2% (20.5% programado y 25.7% por urgencias), el cual es alarmante ya que supera por mucho el límite máximo recomendado por las propias regulaciones mexicanas que es de 20%. En el sector privado llega incluso a ser del 69.8%. La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** subraya que: No existe justificación para un porcentaje de nacimientos por cesárea superior a un 10-15%.¹⁷

Encontramos en estudios recientes el aumento de nacimientos por cesárea, justificados por complicaciones obstétricas, donde la misma madre decide dentro de un marco de miedo e ignorancia seguir ciegamente las indicaciones de su médico, el cual, con el discurso de evitar posibles riesgos opta con mayor frecuencia en realizar una cesárea, incluso en ocasiones una cesárea programada. ¿Este aumento en los nacimientos por cesárea nos habla de un retroceso en la evolución femenina? o más bien nos muestra los estragos de la medicalización del parto en las últimas décadas.^{9, 17}

El uso indiscriminado de cesáreas nos dan como resultado madres convalecientes al cuidado de un recién nacido, situación por demás complicada para el binomio, ya que la madre tendrá que hacer un gran esfuerzo para satisfacer las necesidades primarias de su hijo, con riesgo de generar sentimientos de culpa y frustración. Además, las madres que fueron intervenidas

con cesárea tendrán mayor dificultad para instalar la lactancia materna, debido a los bajos niveles de oxitocina que ocasiona la intervención quirúrgica, esto ocasionará un daño en la formación del apego madre–hijo.^{9, 17, 21 y 22}

Test de Figura Humana.

Por medio de la representación de la figura humana las mujeres de parto o cesárea, proyectaran de manera inconsciente la representación psíquica de su auto concepto. Para Buck - Hammer la figura humana tiene potencia simbólica, ya que se saturan de las experiencias emocionales e ideacionales (conscientes e inconscientes) ligadas al desarrollo de la personalidad. Su aplicación permite observar la imagen interna que el sujeto tiene de sí mismo y de su ambiente.²⁵

Lindzey explica que las técnicas proyectivas son unos instrumentos considerados especialmente sensibles para revelar aspectos inconscientes de la conducta ya que permiten provocar una amplia variedad de respuestas subjetivas, son altamente multidimensionales y evocan respuestas y datos del sujeto, inusualmente ricos con un mínimo conocimiento del objetivo del test, por parte de éste.²⁵

El análisis pormenorizado de los distintos aspectos expresivos del dibujo, su interrelación e integración (y el registro de las conductas verbales, expresivas y motoras del sujeto ante el contenido del relato), nos aportarán indicadores, entre otros, también, sobre cómo se encuentra la percepción de la imagen corporal del sujeto.²⁵

Las distintas pruebas proyectivas ofrecen estímulos de estructuración ambigua o de formas muy definidas pero poco usuales. Este rasgo se mantiene como elemento común, aunque el entrevistado necesite apelar a distintas conductas, ya sean verbales, gráficas o lúdicas. Cada proyección proyectiva, valga la redundancia, es una creación que expresa el modo personal de establecer contacto con la realidad interna y externa, dentro de una situación vincular específica, configurada por la lámina o por la consigna con la que está ligado en cada momento el proceso.²⁵

El examinado proyecta sus necesidades y tensiones, su mundo emocional, sus concepciones privadas del mundo físico y social, y sus esfuerzos por organizar su pensamiento, su conducta y relacionarse con esos mundos (podemos analizar cada lámina o cada dibujo como un modelo del tipo de objetos, con cualidades de completos o incompletos, rotos o inarmónicos, integrados o desintegrados, que esa persona es capaz de crear).²⁵

Con mayor frecuencia se realiza en formas incompletas o se rechaza, pues como autorretrato es el que más cerca “de uno mismo”, surge temor al fracaso en no realizar dicha figura. Por lo mismo la calidad del dibujo refleja la habilidad del sujeto para funcionar en las relaciones y para someter al yo a las relaciones interpersonales a una evaluación crítica y objetiva, Este dibujo hace surgir sentimientos tan intensos que los psicópatas o paranoicos pueden rehusar hacerlo. La figura humana puede motivar tres tipos de temas: el autorretrato del yo físico, el ideal del yo y la representación de personas significativas para el sujeto.²⁶

Pondremos más atención en ciertas áreas y factores de la figura humana que nos orienten sobre la percepción de la imagen corporal, guiándonos a través de los aspectos básicos de las pruebas proyectivas y la interpretación de los factores que señalan cada una de las partes de la figura humana. Anexo 3

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente y la vivencia que tiene del propio cuerpo. Es básico comentar que es diferente hablar de la apariencia física a la percepción de la imagen corporal, ya que la belleza física esta mediada por los cánones sociales, mientras que la imagen corporal es un constructo biopsicosocial.²⁷

La imagen corporal se compone de aspectos diversos que al unirse terminan por completar la percepción del cuerpo, los diferentes aspectos involucrados en este constructo son:

Aspectos Perceptivos: Capacidad para describir el tamaño, peso, forma del cuerpo, ya sea en su totalidad o en sus partes. La alteración de la percepción puede dar lugar a sobrestimaciones o subestimaciones. ²⁷

Aspectos Cognitivo-Afectivos: Se refieren a los sentimientos, pensamientos y valoraciones que despierta el cuerpo, ya sea por su tamaño, peso, forma de algunas partes específicas del mismo. Generando desde el placer de vivir ese cuerpo, hasta el disgusto, rabia o impotencia de descubrirse como pasajero de tan repugnante recipiente.²⁷

Aspectos Conductuales: Son las acciones consecuentes de los pensamientos y emociones de percibir el cuerpo, generando una conducta adaptativa, que puede llevar al sujeto a la orgullosa exhibición, o a una evitación con el uso de rituales, camuflajes y/o comprobación constante.²⁷

La imagen corporal va construyéndose evolutivamente, en diferentes etapas de la vida se va interiorizando la vivencia de nuestro cuerpo. En las mujeres el embarazo (y resolución del mismo) será sin duda, un momento crucial para la construcción de la percepción de la imagen corporal.²⁷

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación del problema.

Investigadores como Michel Odent nos muestra en sus estudios como ha aumentado la prevalencia de la cesárea por consecuencia de la medicalización del parto, olvidando que es un proceso fisiológico que han realizado las mujeres durante milenios. Actualmente el uso desmedido de cesáreas tiende a minimizar la posible repercusión psicológica del nacimiento por cesárea en la madre. Estudios han demostrado que la cesárea aumenta el riesgo de padecer depresión posparto, trastorno por estrés post traumático, trastorno de ansiedad y daños al apego emocional madre – hijo. Observando los anteriores daños psicológicos ya estudiados, nos formulamos la siguiente pregunta de investigación:

¿EXISTE DIFERENCIA EN LA PERCEPCION DE LA IMAGEN CORPORAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO UNA CESÁREA CON LAS QUE HAN TENIDO UN PARTO VAGINAL?

4. JUSTIFICACIÓN.-

En el mundo actual se ha hecho evidente el aumento indiscriminado de la cesárea, convirtiéndose de una intervención de emergencia a una operación de comodidad, incluso llegando a convencer a las mujeres de programar la cesárea para evitar "riesgos", para no sentir "dolor" o para no vivir el trabajo de parto. Este aumento de nacimientos por medio de la cesárea ha evidenciado una relación directa con el aumento de patologías psiquiátricas como lo son: depresión, ansiedad, estrés post traumático, daño en el apego emocional etc. El útero cuenta con un simbolismo inconsciente desde el inicio de la humanidad, es el órgano capaz de gestar vida, y al ser dañado a consecuencia de la cesárea la representación simbólica también se verá afectada, reflejándolo en la percepción de la imagen corporal. Sabiendo de antemano por la evidencia de estudios científicos que la cesárea es una intervención quirúrgica con riesgos para la madre de tipo físicos y psico-emocionales; con esta investigación pretendimos conocer si la percepción de la imagen corporal es diferente para las mujeres que resuelven su parto por vía vaginal o por medio de una cesárea, este conocimiento permitirá, tener una prueba como la de la figura humana y poder identificar a las madres que presenten alteración en la percepción de su imagen, para poder de esta forma, ofrecer una intervención oportuna.

5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. Objetivo general

Determinar si existe diferencia en la percepción de la imagen corporal en las mujeres a consecuencia de tener una cesárea en comparación con las que tienen un parto vaginal.

5.2. Objetivos específicos

1. Seleccionar las pacientes que se encuentran en el último trimestre de embarazo que acepten colaborar con la investigación

- 2.- Realizar una entrevista a las pacientes que hayan aceptado participar.
- 3.- Una vez que hayan nacido sus hijos por cesárea o por parto realizar el test proyectivo de figura humana.
- 4.- Calificar la figura humana de acuerdo a Buck - Hammer.
- 5.- Comparar los datos de los grupos de pacientes que tuvieron sus hijos por parto y cesárea.

6. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

H1.La percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas por cesárea será diferente a la percepción de la imagen corporal de las que tuvieron parto vaginal.

Ho. La Percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas por cesárea es igual que las que tuvieron parto vaginal.

7. METODOLOGIA

7.1 Diseño de estudio

Se trata de Estudio Prospectivo Observacional Comparativo.

7.2 Población de estudio

La población del estudio se formó por mujeres que se encontraban en el tercer trimestre de embarazo y que acudieron a revisión mensual en el Hospital Materno Infantil en la ciudad de Mexicali BC, durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2012, se formaron dos grupos de estudio, integrados

respectivamente por las que tuvieron parto vaginal y las que se les realizó cesárea.

7.3 Tipo de Muestra

Por conveniencia de la población del sexo femenino que cumplieron los criterios de inclusión.

.

7.4 Tamaño de la Muestra

Calculamos el tamaño de la muestra usando la fórmula de proporciones para comparar la percepción de la imagen corporal de ambos grupos, tomando como referencia estudios donde se investigó la depresión posparto relacionada con la forma de parir.²⁴ En la formula podemos ver que se calcula el porcentaje de pacientes que se espera que presenten la alteración y el porcentaje de pacientes que no lo tendrán. Con un nivel de confianza del estudio 0.05 y potencia de 80% la constante K, que son los valores de $Z\alpha$ y $Z\beta$ elevados al cuadrado y a 2 colas fue de 7.9.²⁶

Usamos la siguiente FORMULA para calcular el Tamaño de la Muestra.²⁶

$$N = \frac{(p_1 q_1 + p_2 q_2)(k)}{(P_1 - P_2)^2} = \frac{(0.05)(0.95) + (0.23)(0.77)(7.9)}{(0.05 - 0.23)^2} = 59 \text{ c/grupo} + 10\% \text{ perdida}$$

$$(P_1 - P_2)^2 \quad (0.05 - 0.23)^2$$

70 personas para cada grupo

7.5 Instrumento para la recolección de los datos

Entrevista semi-estructurada y Test de Figura Humana Buck-Hammer.

7.6 Criterios de Inclusión.

Mujeres en el tercer trimestre del embarazo que acepten participar en el estudio

Aceptar participar en el protocolo firmando la carta de consentimiento informado.

Completar la entrevista semi estructurada.

Realizar el Test de Figura Humana durante el puerperio.

Cursar con un embarazo normo evolutivo.

.

7.7 Criterios de Exclusión

Tener un embarazo con complicaciones graves

Presentar psicopatología previa.

Negarse a firmar la carta de consentimiento informado.

7.8 Criterios de Eliminación

No completar la entrevista o el test de figura humana.

Muerte del producto.

Complicaciones graves de la madre en el parto o cesárea

7.9 Operacionalización de Variables

A) Variable Dependiente

Percepción de la imagen corporal.

Definición conceptual:

La imagen corporal es la representación mental amplia de la propia figura corporal

Definición Operacional:

Es la representación mental de la imagen corporal, medida por el test de figura humana.

Reactivo, Instrumento y Formula.

Entrevista semi-estructurada y Test de Figura Humana

Unidad de medición:

Distorsionada o no distorsionada, de acuerdo al puntaje obtenido con el test de figura humana.

Escala de medición

Escala Nominal. (Dicotómica)

Fuente de información Directa

Revisión del Test de Figura Humana por Buck - Hammer

B) Variable Independiente

Parir

Definición conceptual

Es la expulsión del producto de la concepción

Definición operacional

Es la manera como es expulsado el producto de la concepción.

Unidad de Medición

Expulsión por vía vaginal o por cesárea.

Escala de medición

Escala Nominal. (Dicotómica)

Reactivo, Instrumento y Formula.

Expediente clínico, interrogatorio directo a la paciente.

Fuente de información Directa

Preguntar a la paciente sobre la forma de parir.

7.10.- Material y Métodos

La recolección de la muestra se llevó a cabo durante los meses de Octubre a Diciembre de 2012 en el Hospital Materno Infantil en la ciudad de Mexicali BC. Se les realizó la entrevista semi estructurada (Anexo 2) a mujeres en el último trimestre del embarazo que cumplieran los criterios de inclusión, previa firma del consentimiento informado (Anexo 1); posteriormente en el puerperio inmediato se les aplicó el Test de Figura Humana. Los datos obtenidos fueron calificados por psicólogos adiestrados en el TFH e informados sobre el protocolo de estudio, capturaron los resultados en la hoja de puntaje (Anexo 3). Se tomó como positivo para distorsión de la percepción de la imagen corporal los TFH que obtuvieron un

puntaje igual o mayor a 11 puntos. Los datos obtenidos fueron analizados estadísticamente por un experto en el tema, resultados expuestos más adelante.

8.- PLAN DE ANALISIS.

Además del análisis de Estadística Descriptiva. Las variables que no tuvieron normalidad con la prueba de Kolmorow Smirnow se usó la U de Man Whitney. Se usó la prueba Chi cuadrada para comprobación de hipótesis y tomando como significativo cuando p fue menor a 0.05.

9.- ASPECTOS ÉTICOS, NORMATIVOS Y DE SEGURIDAD.

Se vigiló que se cumpliera con los principios básicos citados en la investigación médica y clínica, todas las pacientes fueron informadas sobre la naturaleza de la investigación, así como, de sus beneficios, se obtuvo consentimiento informado de las participantes (anexo 1). Los resultados se les podrán dar a las pacientes como un apoyo psicoterapéutico, aplicando también el derecho a la confidencialidad de los resultados.

Este protocolo de investigación fue revisado antes de su aplicación por el comité de ética e investigación del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California.

10. – RESULTADOS.

Se estudiaron 143 pacientes del servicio de ginecología del Hospital Materno Infantil de la ciudad de Mexicali, 2 de ellas no completaron el cuestionario por lo que fueron excluidas del estudio; 141 participantes las cuales tuvieron una media y desviación estándar (D.E) de la edad de 23.06 ± 5.7 . De acuerdo a la forma de parir se formaron 2 grupos, 76 mujeres corresponden al grupo de parto con media y D.E. de edad de 22.60 ± 5.67 y el grupo de cesárea 23.60 ± 5.63 años de edad, al comparar la edad de los dos grupos con la U de Mann Whitney no se observó diferencia significativa $p=0.268$ (Tabla 1).

La tabla 2 muestra la escolaridad del grupo de parto y cesárea. Se agrupó en educación básica, media y superior, presentando una prevalencia del test positivo en los partos del 15, 62 y 15% respectivamente, y del 26, 53 y 21% en las cesáreas. Mostrando que el mayor porcentaje en ambos grupos alcanzaron la escolaridad media. Al comparar los no se observó diferencia significativa $X^2 = 0.861$.

La edad (agrupada por décadas de la vida) en el grupo de parto con distorsión de la imagen corporal fueron 28 (38%) para las mujeres de la segunda, de 28 (38%) para las mujeres de la tercera y 20 mujeres (23%) para las de la cuarta década y mayores. En el grupo de cesárea la prevalencia de test positivos según la edad fue de 22 (33%) para las de la segunda década de la vida, de 32 mujeres (49%) para la tercera y de 11 (16%) participantes para las de la cuarta década y mayores. No mostro diferencia significativa al mostrar $x^2 = 0.520$. Tabla 3.

En la Tabla 4 podemos observar el puntaje obtenido por las participantes, agrupadas por el número de ítems que obtuvieron en el TFH. La media y desviación estándar del grupo de parto fue de 7.65 ± 2.88 y del grupo por cesárea 12.69 ± 3.39 , mostrando diferencia significativa por encontrar $p = 0.00$, haciendo visible con esta tabla el puntaje mínimo y máximo, así como la gran diferencia entre ambos grupos.

El punto de corte se realizó a partir de los 11 puntos o más. La prevalencia de mujeres que presentaron distorsión de la percepción de la imagen corporal fue de 56 (39.7%) de las 141 mujeres participantes, pudimos observar que fue mayor la cantidad de mujeres en el grupo de cesárea 43 (66%) que tuvieron un puntaje superior a 11 es decir dieron positivo en TFH en comparación con el grupo de parto en que solamente 13 (17%) tuvieron un puntaje mayor de 11 con una diferencia significativa de la X^2 con $p = 0.000$. Se tomó como positivo el Test de Figura Humana una calificación, es decir, que se detectó distorsión en la percepción de la imagen corporal, las que tuvieron un puntaje igual o superior a 11 puntos. La puntuación mínima y máxima en el grupo de partos fue de 2 y 15, en

contraste con el grupo de cesáreas que fue de 7 y 22 puntos. La U de Mann Whitney mostro diferencia significativa con una $p=0.000$ Tabla 5.

Los Ítems calificados en el Test de Figura Humana también se analizaron, encontrando mayor prevalencia en algunos, especificados en la Figura 1. Encontrando cuales son las características del TFH que fueron más específicas para detectar la distorsión de la imagen corporal en las participantes, que describiremos a continuación.

Los ítems que con más frecuencia se encontraron en ambos grupos fueron la omisión de los senos (partos: $n = 17/76$ 22.4%, cesáreas: $n = 27/65$ 41.5%), tamaño pequeño (partos: $n = 50/76$ 65.8%, cesáreas: $n = 46/65$ 70.8%), línea fragmentada (partos: $n = 36/76$ 47.4%, cesáreas: $n = 38/65$ 58.5%), cambios bruscos en la línea (partos: $n = 17/76$ 22.4%, cesáreas: $n = 44/65$ 67.7%), brazos en jarras (partos: $n = 61/76$ 80%, cesáreas: $n = 51/65$ 79.4%) y peinado elaborado (partos: $n = 39/76$ 51.3%, cesáreas: $n = 52/65$ 80%). Algunos Ítems fueron predominantemente encontrados en las participantes del grupo de cesáreas, lo que muestra la especificidad para detectar la distorsión, como fue el caso de dibujar la figura desnuda o en ropa interior (partos: $n = 2/76$ 2.6%, cesáreas: $n = 12/65$ 18.5%), énfasis en botones (partos: $n = 2/76$ 2.6%, cesáreas: $n = 12/65$ 18.5%), sombreado del tronco femenino (partos: $n = 11/76$ 14.5%, cesáreas: $n = 25/65$ 38.5%),; $n = 4/65$ 6.2%) y perturbación en la simetría (partos: $n = 0/76$ 0%, cesáreas: $n = 12/65$ 18.5%) como se muestra en la Tabla 6 cadera acentuada (partos: $n = 1/76$ 1.3%, cesáreas: $n = 13/65$ 20%) articulaciones con énfasis (partos: $n = 0/76$ 0%, cesáreas. Tabla 6.

Se realizó un análisis general del TFH independientemente del puntaje observando otras características de los dibujos de ambos grupos, 89 participantes dibujaron una figura del propio sexo (63%), del grupo de parto corresponden 44 mujeres (57%) y de las cesáreas fueron 45 mujeres (69%); 25 mujeres (17.7%) las que dibujaron hombres, del grupo de parto 9 participantes (12%) y del grupo de cesárea 16 (24.5%); las que dibujaron niños (sin importar el sexo) fueron 30 participantes (21%), 17 (22%) del grupo de parto comparado con 13 (20%) del

grupo de cesárea; las que dibujaron bebés fueron 6 (4.2%), correspondiendo a 4 (5%) para el grupo de parto y 2 (3%) de las cesárea; el cuerpo incompleto muestra mayor diferencia, ya que de las 23 pacientes (16.3%) que no completaron la figura solo 4 (5%) fueron del grupo de parto contra 19 (29%) del grupo de cesáreas. Los resultados se muestran en la Tabla 7 y Figura 2.

Se realizó el análisis psicodinámico de algunas figuras seleccionadas de ambos grupos para describir las características en común que presentaron las participantes. Se seleccionaron 5 TFH positivos de cada grupo y se describen a continuación:

Por medio de la interpretación de la figura humana de Buck-Hammer de mujeres que parieron vía vaginal, en las cuales observamos que en todas las figuras se encuentran más de talles con una clara identificación de sí mismas; adecuada síntesis de cada dibujo, así como una proyección que refleja conformidad con su sexualidad, la manera de exponerse es más libre y relajada, pues no se observa presión en la línea ni omisión en áreas relevantes como lo son: manos, rostro y pies, es decir, aceptan la realidad de manera más coherente y madura. Como podemos ver en la figura 3, 4 y 5 con senos acentuados representan a una madre productiva. Las caderas acentuadas de las figuras 3, 5 y 6 tienen la misma interpretación de madres productivas. En todas las figuras del grupo de parto se observó peinado elaborado, ondulado o glamoroso que significa que son personas que aspiran a deslumbrar por su apariencia.

En el grupo de cesáreas de acuerdo al manual descriptivo de los test proyectivos gráficos, la figura humana por Buck-Hammer, las 5 figuras muestran perfiles de personalidad inmaduras, con una pobre identificación de sí mismas, pues el dibujo mostro distorsión de las figuras, evidenciando un trastorno emocional grave en curso. Las figuras 8, 9 y 10 dibujan masculinos incompletos y sin detalles esperados, lo que refleja un claro rechazo de su cuerpo y una representación de la evasión generada por los sentimientos de impotencia física. La figura 10 y 11 con omisión de manos representan los conflictos para ofrecer afecto. La figura 8 y 9 muestra esta capacidad pero de forma agresiva e

inadecuada. La figura 12 cuenta con un vistoso diseño de la ambivalencia de su propia persona y esto le genera conflictos emocionales, rechaza su cuerpo y al dibujar su vientre con transparencia viene a reforzar la carencia de juicio y valor de su persona. Las figuras 8, 9, 10 y 11 presentan el detalle de ojos grandes y penetrantes que nos vienen a indicar el miedo a la crítica social, encontrándose a la defensiva. La figura 12 muestra los ojos vacíos, que se observa en personas muy inmaduras.

11.- DISCUSION.

Con el aumento injustificado de las cesáreas en el Mundo, efectos secundarios están relacionados a esta intervención quirúrgica. Varios estudios han buscado identificar los daños de la cesárea a la salud mental de las mujeres, encontrando relación con el aumento de la depresión pos parto, estrés pos traumático, daños en el apego madre – hijo y disminución de la lactancia materna. Sin embargo, en la literatura este es el primer estudio en que relaciona la distorsión de la percepción de la imagen corporal con la cesárea.^{9, 14, 16,17}

Durante la toma de la muestra no se investigó sobre si en esas primeras horas ya se encontraba instalada la lactancia. Se tiene evidencia de que las mujeres que son intervenidas por medio de una cesárea tienen mayor dificultad para lograr una lactancia exitosa. En estudios posteriores sería importante preguntar en forma dirigida esta variable para poder buscar una relación con la distorsión de la percepción de la imagen corporal con la lactancia.^{21 y 22}

Existe una diferencia significativa cuando analizamos a ambos grupos, encontrando que el grupo de cesárea presenta un 66% de distorsión de la imagen corporal contra un 17% del grupo de parto. La prueba que se usó fue la chi cuadrada que compara proporciones con una mostró diferencia significativa con $p=0.001$. Al analizar el rango de puntuaciones obtenidas en el TFH destaca la gran diferencia que existió en ambos grupos, observando que el grupo de cesárea llegó hasta 22 puntos contra solo el máximo de 15 en el grupo de parto, mostrando una media de 12.69 ± 3.39 el grupo de cesárea contra un 7.65 ± 2.88 para el del par-

to. Las puntuaciones del grupo de cesárea son marcadamente más altas que el grupo de parto, mostrando que la variable en estudio se presenta con mayor frecuencia en las pacientes intervenidas por cesárea que las que tuvieron parto vaginal. Comparando la media del puntaje obtenido entre los dos grupos se observó diferencia significativa con una $p=0.0000$, esto confirma que el Test de Figura Humana es de utilidad para buscar distorsión de la percepción de la imagen corporal.

Sin duda no es lo mismo para la psique de la mujer una cesárea programada en la cual ya está esperando el resultado, que una cesárea de urgencia en la que la madre es sometida al estrés del momento por salvar la vida de su hijo y la propia. Sin embargo el evento programado se realiza sin trabajo de parto, lo que significa una baja concentración central de oxitocina natural, con sus sabidas consecuencias para el binomio, situación que no aplica para una cesárea de urgencia en la que el trabajo de parto está instalado en la mayoría de los casos. Por tal motivo, para beneficio de estudios posteriores es importante comparar los resultados de las madres con cesárea programada vs las que fueron de urgencia.^{8, 14, 15, y 18}

En nuestro estudio se observó que la edad con mayor prevalencia para presentar distorsión de la imagen corporal en ambos grupos fueron las de la tercera década de la vida, pero no presento valor significativo.

La escolaridad de las participantes también fue estudiada, encontrando que existió mayor prevalencia en las pacientes con educación media (secundaria terminada), no se demostró diferencia significativa en nuestro estudio.

La tabla 5 es muy clara para identificar la significancia del estudio, pues de manera sencilla podemos identificar los puntajes máximos, el punto de corte y la cantidad de pacientes con test positivo, mostrando la gran diferencia entre ambos grupos.²⁵

En la figura 1 observamos los ítems que con más frecuencia se encontraron en ambos grupos, son los siguientes: Omisión de los senos, tamaño pequeño, línea fragmentada, cambios bruscos en la línea, peinado elaborado y perturbación

en la simetría. Por otra parte también podemos ver los que solamente se presentaron en el grupo de cesáreas como fue el caso de dibujar la figura desnuda o en ropa interior, énfasis en botones, sombreado del tronco femenino, articulaciones con énfasis y destacar las coyunturas. Con estos datos podemos identificar la especificidad para detectar distorsión de la percepción de la imagen corporal, se recomienda para estudios posteriores usarla como instrumento. ²⁵

El análisis general nos muestra una diferencia clara entre ambos grupos, mostrando que el grupo de cesáreas tuvieron la tendencia de dibujar más al sexo opuesto que el grupo de partos, probablemente por el daño psicológico al autoconcepto generado por la intervención. Remarcar la gran diferencia de mujeres que dibujaron el cuerpo incompleto, 19 participantes del grupo de cesárea (contra solo 4 del grupo de parto), lo que refleja la marcada distorsión de la imagen corporal que presentaron estas participantes, las cuales muestran la falta de identificación con la figura femenina en un momento tan trascendental del desarrollo psico-emocional de las mujeres. ^{25 y 27}

De las limitaciones de nuestro estudio es el hecho de no poder saber si las mujeres ya presentaban alguna distorsión de su imagen corporal antes del embarazo, importante para futuras investigaciones. Realizar el TFH antes de iniciar el embarazo y repetirlo en el puerperio inmediato y comparar los resultados sería una forma de mejorar los resultados en futuros estudios. ^{25 y 26}

El análisis psicodinámico nos muestra una interesante relación de la proyección inconsciente de las pacientes sobre su propio cuerpo. No es coincidencia que las pacientes que tuvieron cesárea proyectaron una pobre identificación de sí mismas, y con su capacidad para dar afecto, un conflicto emocional grave en curso, así como sentir crítica social y mantenerse a la defensiva. Siendo la cesárea una intervención quirúrgica que ocasiona un daño al útero, que es el órgano que otorga la representación inconsciente de la capacidad de ser madre, no es raro que las pacientes proyecten en el TFH la evidencia de haber sido expuestas y escindidas en un aspecto profundo e importante de su representación como mujer.

12. – CONCLUSIONES.

Se encontró diferencia significativa al comparar la distorsión de la imagen corporal de las mujeres que tuvieron cesárea y las de parto, con lo cual se comprueba la hipótesis que se planteó, encontrando diferencia en la percepción de la figura humana. Siendo mayor la distorsión en las mujeres que tuvieron cesárea.

La cesárea ocasiona distorsión de la percepción de la imagen corporal de las pacientes, en mayor proporción que el parto vaginal.

El Test de Figura Humana resultó ser una herramienta específica para medir la percepción de la imagen corporal.

Es necesario informar a los gineco-obstetras sobre los riesgos psico emocionales que la cesárea puede ocasionar a las pacientes, para que puedan informar, prevenir, detectar y referir con el especialista oportunamente.

Coincidimos con la Organización Mundial de la Salud al solicitar que la prevalencia de cesáreas debe de estar por debajo del 15% de los nacimientos, pues disminuiría el riesgo de complicaciones físicas y psicológicas.

La imagen corporal es una variable poco estudiada y que brinda un campo fértil para investigaciones futuras.

13. - BIBLIOGRAFÍA

1. - Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams Obstetricia. 22 ed Madrid: Mc Graw Hill. 2007; 695-719.
2. - Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet 2006; 367: 1819–29
- 3.- Ceriani Cernadas, José M. et al. Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. Arch. argent. pediatr. [online]. 2010, vol.108, n.1, pp. 17-23. ISSN 1668-3501.
4. - Wienwe JJ, WestwoodJ. "Fetal laceration at cesarean section". J Obstet Gynecol 2002 Jan;22(1):23-4
5. - MacCorkle, Jill. "Fighting VBAC-lash: Critiquing Current Research" Mothering No. 110, Jan/Feb 2002
6. - Johanson, R., Newburn,M., Macfarlane, A. "Has the medicalisation of childbirth gone too far?".BMJ 2002 324: 892-895
- 7.- Vargas / Mendoza, JE y López - Serrano, A. Factores emocionales en pacientes sometidas a histerectomía. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 4, Num 1, 2010 Pag 5 - 10.
8. - Shwartz, PHD., Donald E. Williams, PHD. Psychological aspects of gynecologic surgery. Department of psychiatry and Psychology, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota.
- 9.- Olza, I, Lebrero, E. ¿Nacer por Cesárea? Editorial Ob stare, 2005.
- 10.- Odent, M. La Vida Fetal, el Nacimiento y el Futuro de la Humanidad. Editorial OB Stare, 2da Edición. 2008.
- 11.- Cuestas Montañés E, Aparicio Sánchez JL. Los niños nacidos por cesárea toman menos lactancia materna. Evid Pediatr. 2011;7:15.
- 12.- Cernadas JM, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. J Hum Lact. 2003;19:136-44
- 13.- Cakmak H, Kuguoglu S. Comparison of Breastfeeding patterns of mothers who deliver their babies per vagina and via cesarean section: an observational study using LATCH breastfeeding charting system. Int Nurs Stud. 2007;44:1128.
14. - Clement S. "Psychological aspects of caesarean section". Best Pract Research Clinical Obst and Gynaecology, vol 15 no 1, pp 109-126 2002
15. - Ayers, S., and A.D. Pickering. 2001. Do Women Get Posttraumatic Stress Disorder as a Result of Childbirth? *Birth* 28(2): 111 –18

16. - Beck, Cheryl. "Post-traumatic stress disorder due to childbirth. The aftermath" Nursing Research, July August 2004, vol 53, no 4.
17. - Odent, M. 2002. The First Hour Following Birth: Don't Wake the Mother. *Midwifery Today* 61: 9–11.
- 18.- DiMatteo, M. Robin; Morton, Sally C.; Lepper, Heidi S.; Damush, Teresa M.; Carney, Maureen F.; Pearson, Marjorie; Kahn, Katherine L. Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Health Psychology*, Vol 15(4), Jul 1996
19. - Nuttall C. The cesarean culture of Brazil. *British Medical Journal*. 2000, 320, 1072.
- 20.- Rengel - Díaz, C. Efecto del Contacto Piel con Piel con padres de Recién nacidos por cesárea sobre la lactancia materna. Servicio de publicaciones de la Universidad de Málaga. 2012.
- 21.- Sánchez - López, DL. Impacto de la Cesárea sobre la salud materna y perinatal: Revisión sistematica. Universidad del Rosario, 2012.
- 22.- Odent, M "La Cesárea" Ed. Liebre de Marzo. 2006
- 23.- Campero L, Hernandez B, Leyva A, Estrada F, Osborne J, Morales S. Tendencias de cesáreas en relación con factores no clinicaos en un Centro de Educación para el parto en la Ciudad de México. *Salud Publica Mex* 2007; 49:118-125.
- 24.- Urdaneta J. Msc, Rivera A. García J. Guerra M, Baabel N, Contreras A. Prevalencia de Depresion Posparto en primigestas y múltiparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Revista Chilena Obstetricia Ginecología*; 75(5): 312 – 320.
- 25.- Hammer .Tests Proyectivos Gráficos. Paidós
- 26.- Víctor M. Velasco Rodriguez, Veronica A. Martinez Ordaz, Jose Roiz Hernández, Francisco Huazano García, Armando Nieves Rentería "MUESTREO Y TAMAÑO DEMUESTRA 2003. Pags 97-98.
- 27.- Salaberria, K.; Rodríguez, S.; Cruz, S.: "Percepción de la Imagen Corporal". *Osasunaz*. 8, 2007, 171-183.
- 28.- Lavander T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GML "Cesarea por razones no médicas para embarazos a término". *Cochrane Plus*, 2008, Numero 2.

14.- INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1.- Edad de la mujeres estudiadas (n = 141)		
	Mediana de edad P25-p75	U Mann Whitney P=
Parto (n=76)	22.0(28.0-26.0)	0.268
Cesárea (n=65)	22.0(19.0-28.0)	
Población (n=141)		

Tabla 2.- Escolaridad de las pacientes			
Total n = 141	Parto n = 76	Cesárea n = 65	X ² χ ²
Escolaridad básica	14 (10%)	14 (10%)	0.861
Escolaridad media	56 (40%)	41 (29%)	
Escolaridad superior	12 (8.5%)	11 (7.8%)	

Tabla 3. Resultados positivos agrupados por edades (décadas de la vida)				
	Segunda década de la vida 10 a 19 años	Tercera década de la vida. 20 a 39 años	Cuarta década o más. 40 o más.	X ²
Parto (n=76)	n= 28 (38%)	n= 28 (38%)	n = 20 (23%)	0.520
Cesárea (n=65)	n = 22 (33%)	n = 32 (49%)	n = 11 (16%)	

Tabla 4. Participantes agrupadas por el puntaje obtenido en el TFH.														
n = 76 (PARTOS)														
Puntos TFH	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
# Mujeres	1	2	6	10	11	7	17	5	4	3	5	2	2	1
63 negativos (83%)										13 positivos (17%)				
n = 65 (CESAREAS)														
Puntos TFH	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	22
# Mujeres	3	5	6	8	4	4	6	9	7	6	2	2	2	1
22 negativos (44%)					43 positivos (66%)									

Tabla 5. Número de mujeres y porcentaje con prueba positiva y/o negativa					
	Test Negativo (n 85)	Test Positivo (n 56)	χ^2	Mediana y p25-p75	U de Mann Whitney
Parto (n=76)	63 (83%)	13 (17%)	0.000	8 (5.25-9.0)	0.000
Cesárea (n=65)	22 (44%)	43 (66%)		13 (10-15)	

Gráfica 1. Frecuencia de Ítems del TFH

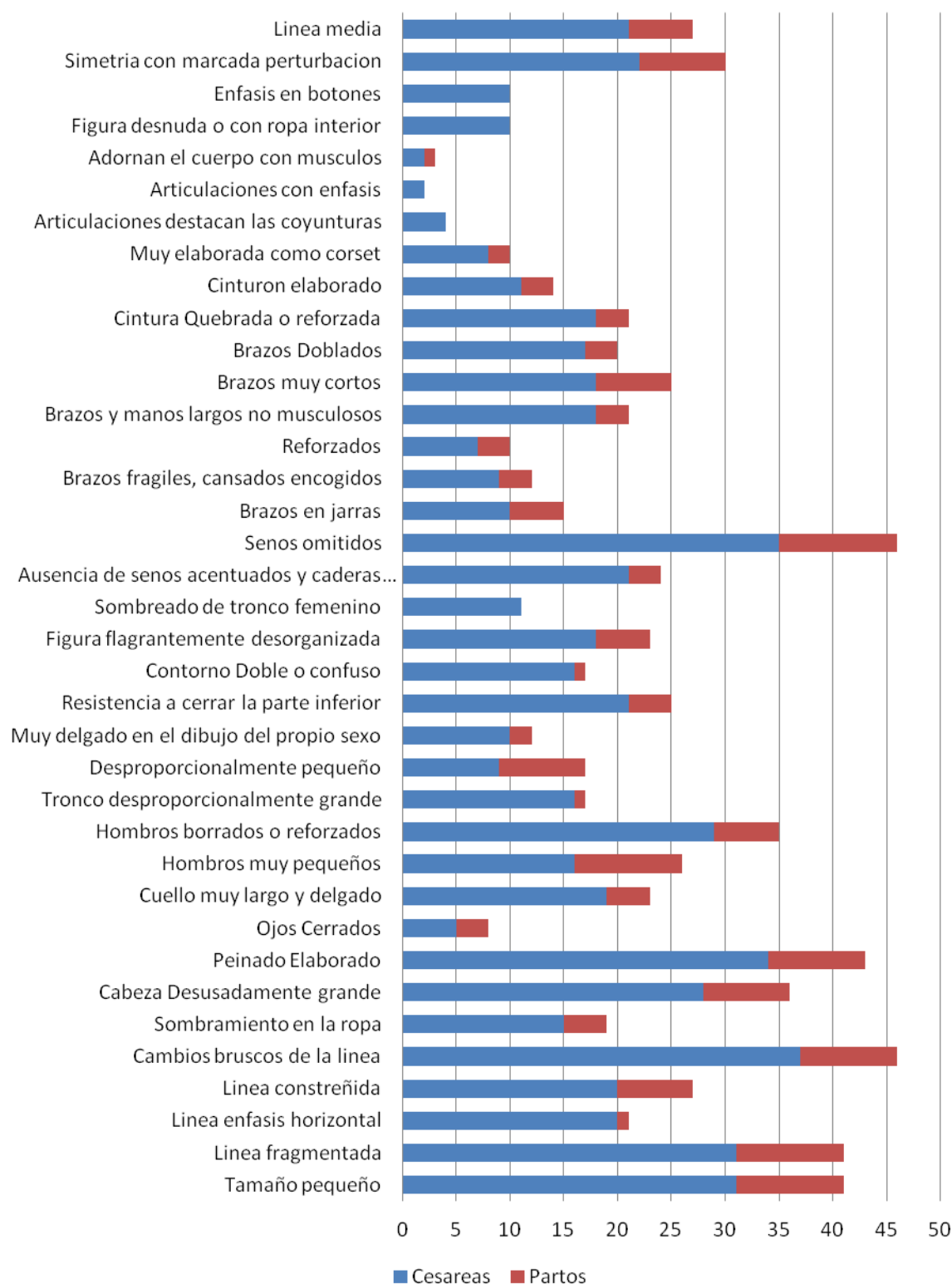


Tabla 6. Análisis comparativo de cada Ítem que salió positivo del TFH.					
		Positivos Parto		Positivos Cesárea	
		+/n	%	+/n	%
	Tamaño de la Imagen	50/76	65.8%	46/65	70.8%
	Línea Fragmentada	36/76	47.4%	38/65	58.5%
	Línea Horizontal	4/76	5.3%	27/65	41.5%
	Línea Constreñida	25/76	32.9%	24/65	36.9%
	Sombreamiento de la ropa	9/76	11.8%	15/65	23.1%
	Cabeza desusadamente grande	28/76	36.8%	39/65	60%
	Peinado elaborado	39/76	51.3%	52/65	80%
	Cambios bruscos en la línea	17/76	22.4%	44/65	67.7%
	Ojos cerrados	5/76	6.6%	8/65	12.6%
	Cuello largo	15/76	19.7%	26/65	40%
	Hombros Borrados o reforzados	14/76	18.4%	37/65	56.9%
	Hombros muy pequeños	38/76	50%	23/65	35.4%
	Tronco desproporcionado grande	10/76	13.2%	20/65	30.8%
	T. desproporcionalmente pequeño	24/76	31.6%	10/65	15.4%
	T. muy delgado en dibujo del propio sexo.	6/76	7.9%	13/65	20%
	Resistencia a Cerrar la parte	14/76	18.4%	26/65	40%

	inferior				
	Tronco sombreado femenino	11/76	14.5%	25/65	38.5%
	Senos Omitidos	17/76	22.4%	27/65	41.5%
	Ausencia de senos acentuados y cadera acentuada	1/76	1.3%	13/65	20%
	Contorno doble o confuso	3/76	3.9%	19/65	29.2%
	Brazos Frágiles	14/76	18.4%	11/65	16.9%
	Brazos reforzados	10/76	13.2%	11/65	16.9%
	Brazos y manos muy largos	6/76	7.9%	9/65	13.8%
	Brazos muy cortos	12/76	15.8%	25/65	38.5%
	Brazos Doblados	36/76	47.4%	22/65	33.8%
	Brazos en jarras	61/76	80.3%	51/65	79.4%
	Cintura quebrada o reforzada	6/76	7.9%	20/65	30.8%
	Cinturón elaborado	9/76	11.8%	21/65	32.3%
	Cintura muy elaborada como corseé	23/76	30.3%	18/65	27.7%
	Articulación que destaca coyuntura	6/76	7.9%	8/65	12.3%
	Articulaciones con énfasis	0/76	0%	4/65	6.2%
	Adornan el cuerpo con músculos	1/76	1.3%	2/65	3.1%
	Énfasis en botones	2/76	2.6%	12/65	18.5%
	Simetría con marcada desorganización	0/76	0%	12/65	18.5%
	Figura Desnuda	2/76	2.6%	12/65	18.5%

	Figura Flagrantemente Desorganizada	11/76	14.5%	25/65	38.5%
	Línea Media	18/76	23.7%	31/65	47.7%

Tabla 7. ANALISIS GENERAL		
	Cesáreas (n=65)	Partos (n=76)
Dibujaron Mujer	45 (69%)	44(57%)
Dibujaron Hombre	16 (24.5%)	9 (12%)
Dibujaron Niño (niña)	13 (20%)	17 (22%)
Dibujaron Bebe	2 (3%)	4 (5%)
Dibujaron cuerpo incompleto	19 (29%)	4 (5%)

Figura 2. Análisis General del TFH

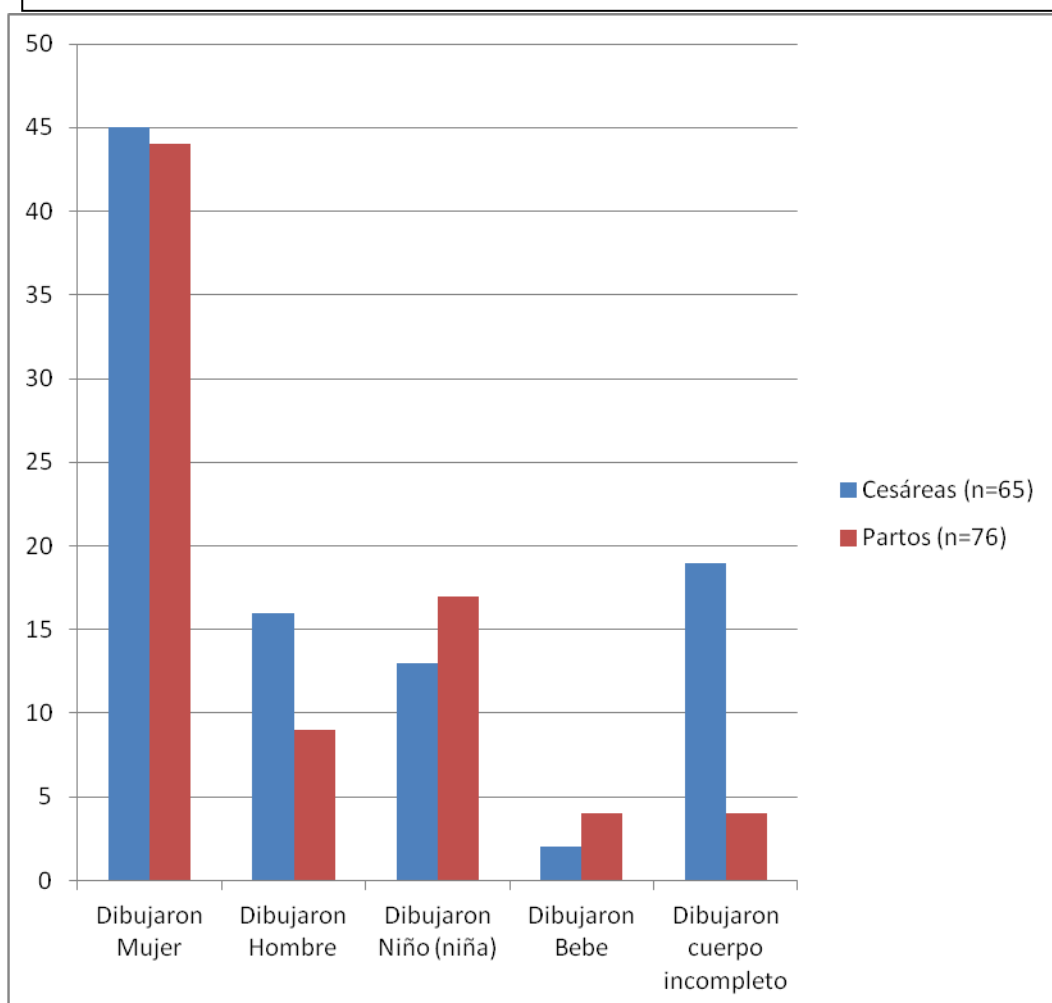


Figura 3.



Figura 4.



Figura 5

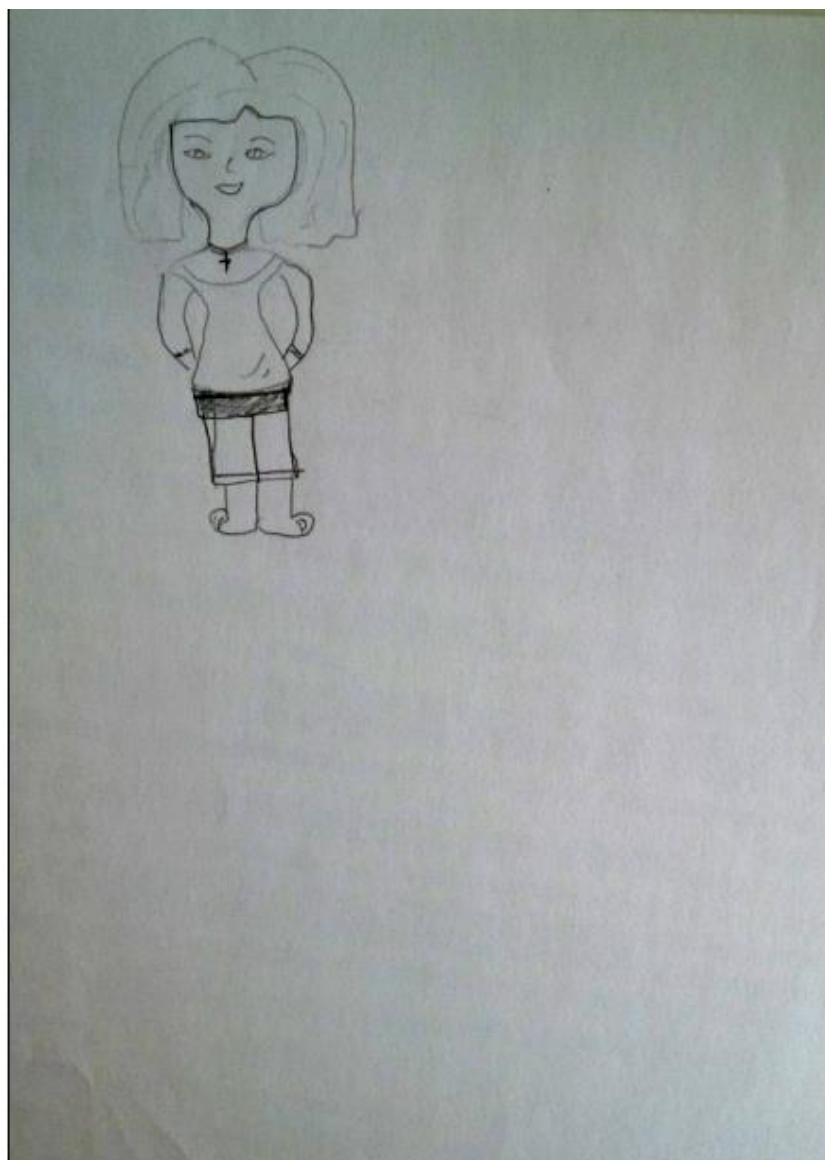


Figura 6



Figura 7



Figura 8

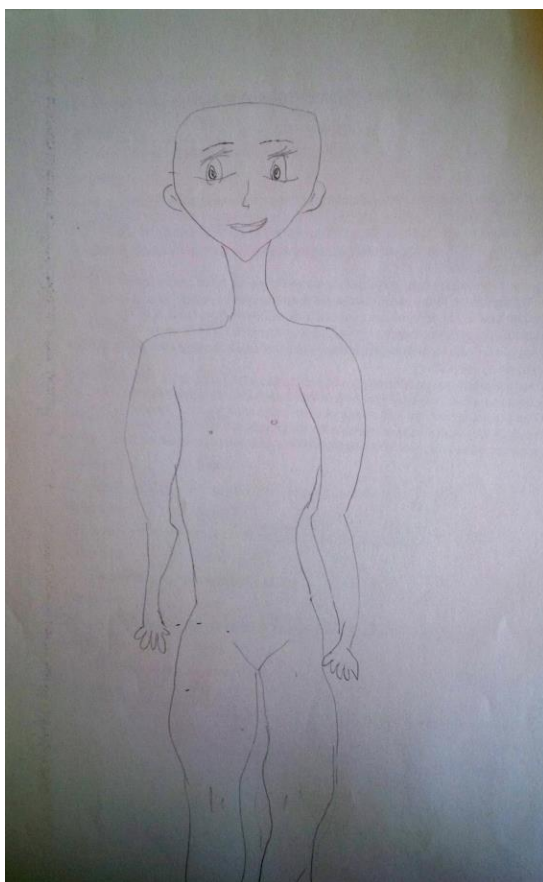


Figura 9

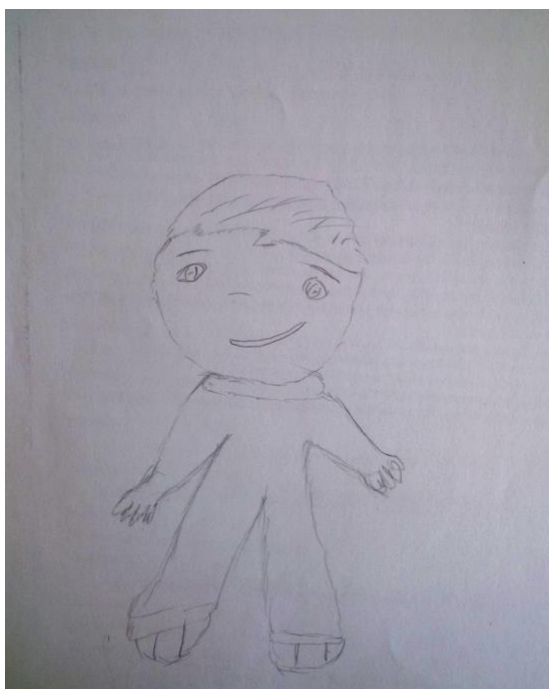


Figura 10.

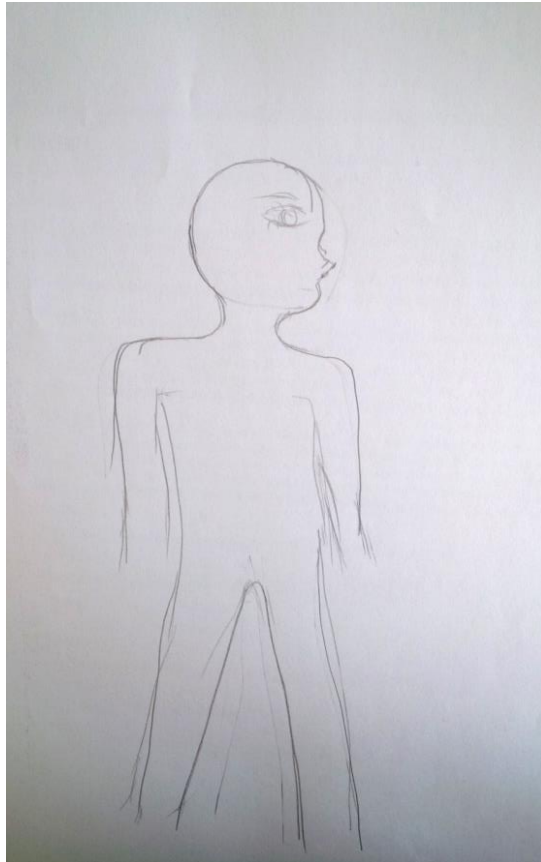


Figura 11.



Figura 12.



15.- ANEXOS

Anexo 1.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mexicali, B.C. a ____ de _____ de 2012

Por medio de la presenta acepto participar en el protocolo de investigación titulado “IMAGEN CORPORAL Y FORMA DE PARIR” Registrado ante el comité de ética del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California. El objetivo del estudio es el de comparar la percepción de la imagen corporal de las mujeres que tuvieron cesárea con las que tuvieron parto vaginal.

Me han explicado que mi participación consistirá en contestar una entrevista semi estructurada en el último trimestre de embarazo y un test de figura humana en el puerperio.

Declaro que se me ha informado sobre el procedimiento de aplicación de los instrumentos. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que considere inconveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo normalmente en el instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA INVESTIGADOR RESPONSABLE

Testigos

Testigos

Anexo 2.

Entrevista Semi Estructurada

Nombre: _____

Edad: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Fecha de Última Regla: _____

Fecha probable de parto: _____

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y marque con una “X” verdadero o falso.

1.- He disfrutado mi embarazo.

Verdadero Falso

2.- Estar embarazada ha sido como yo esperaba.

Verdadero Falso

3.- Ser madre es la forma en la que me realizo como mujer.

Verdadero Falso

4.- La cesárea es la mejor opción para el nacimiento.

Verdadero Falso

5.- Tengo miedo a subir de peso.

Verdadero Falso

6.- El parto natural me da miedo.

Verdadero Falso

7.- Deseo parir de forma natural.

Verdadero Falso

8.- Me desagrada mi cuerpo.

Verdadero Falso

9.- Quiero tener más embarazos después de este.

Verdadero Falso

10.- Me gustaría no sentir todas las molestias y dolores del embarazo.

Verdadero Falso

11.- Me arrepiento de estar embarazada por la forma en que me veo.

Verdadero Falso

12.- Siempre he tenido la ilusión de estar embarazada.

Verdadero Falso

13.- No quisiera estar embarazada.

Verdadero Falso

14.- Me da miedo quedar obesa después de parir.

Verdadero Falso

15.- Imagino que será doloroso y desagradable el parto.

Verdadero Falso

16.- Darle pecho a mi bebe será fácil y agradable.

Verdadero Falso

17.- Siento que la gente me critica por mi aspecto.

Verdadero Falso

18.- Los síntomas del embarazo son pasajeros y soportables.

Verdadero Falso

19.- Parir de forma natural es la mejor forma de hacerlo.

Verdadero Falso

20.- La cesárea es una opción solo para emergencias.

Verdadero Falso

21.- Tiendo a ocultar mi cuerpo (por ejemplo usando ropa amplia)

Verdadero Falso

22.- Siento mi cuerpo como una carga.

Verdadero Falso

23.- Mi cuerpo es una amenaza para mí.

Verdadero Falso

24.- La apariencia corporal es muy importante para mí.

Verdadero Falso

25.- Me siento tensa en mi cuerpo.

Verdadero Falso

Anexo 3

Manual de Interpretación de Figura Humana

- Secuencia: Índices psicopatológicos, qué sexo dibuja primero, si dibuja primero una figura pequeña y luego la engrandece, si hay una disminución motora progresiva, o al revés, si dibuja diferentes partes y luego las integra o no.
- Tamaño: Realismo de su autoestima, inflación o pequeñez, ambiente que es vivido

con presión, falta de límites o con riesgo de descarga motora si desborda la hoja o se sale del marco.

- Presión: Nivel energético que suele ser una constante, asertividad, violencia o debilidad.
- Trazo: Firme control de la conducta si trazos largos, impulsividad si son cortos, femeninos, si predomina la redondez, agresivos si dentados o rectos, líneas desconectadas o con órganos desubicados o con presencia de transparencias, denota tendencias psicóticas o confusionalidad mental, borrar excesivamente, cuando y donde, traduce inseguridad e incertidumbre en según qué áreas.
- Detalles: Su ausencia, omisión de algunos esenciales, si son excesivos, perfeccionismo, rigidez o si existe amenaza de desorganización, hipervigilancia, temor a la irrupción de impulsos prohibidos, perturbación emocional, fallos en los mecanismos obsesivos de autocontrol.
- Simetría: Si es excesiva o hay fallas, inadecuación de sentimientos, fallos en la contención.
- Emplazamiento: Si hay control, o está excesivamente ligado a la realidad concreta a lo instintivo, si predomina la búsqueda de satisfacción inmediata.
- Tamaño: 18 centímetros. Individuo enérgico, autoestima adecuada.
- Pequeño → Dependencia, retraimiento, incomodidad y presión. Sentimientos de inadecuación y/o inferioridad.
- Emplazamiento: Centro. Conducta auto dirigida más emocional, seguridad.
- Arriba → Metas sentidas como inalcanzables, satisfacción en fantasía.
- Abajo → Sentimientos de inseguridad e inadaptación y por lo tanto depresión; sentido de realidad, orientación concreta.
- Presión:
- Liviana → Bajo nivel energético, restricción, represión.
- Muy débil → Depresión, desubicación sentimental.
- Hombros: Su anchura y volumen es la expresión del poder y de la perfección física.
- Muy Pequeños → Sentimientos de inferioridad.
- Borraduras → Impulso hacia el desarrollo corporal.
- Tronco: El tronco indica los impulsos, el potencial de actividad, su crecimiento y declinación y sus actitudes respecto a esto.
- Redondeado → Indica menos agresividad y más femineidad.

- Desproporcionalmente grande → Muchos deseos y motivos insatisfechos.
- Muy delgado en dibujo del propio sexo → Insatisfacción por el propio cuerpo o psique, quizá con sentimiento de inferioridad.
- Tratado de manera simple → Regresión, primitivismo y desorganización de la personalidad.
- Contorno doble o confuso en dibujo femenino → Dibujo sobre todo por una mujer. Preocupación por el peso y fantasía de belleza mágica.
- Senos:
 - Busto acentuado → Representa la madre productiva y dominante.
 - Omittidos → Actitud no generosa con niños.
- Brazos: Rasgos de contacto. Simbolizan el contacto físico.
 - Ausentes o sin manos → Sentimientos de culpa, represión extrema, inafectividad general, insatisfacción con el ambiente.
- Articulaciones:
 - Énfasis → Narcisistas con preocupaciones corporales.
- Simetría:
 - Marcada perturbación de la simetría → Sentimiento de inseguridad, torpeza corporal, sentido de incoordinación o inadecuación física.
- Línea media:
 - Poner énfasis en la línea media se ve en sujetos con preocupación somática, sentimiento de inferioridad corporal, inmadurez emocional y dependencia materna.
- Borradura excesiva:
 - Insatisfacción consigo mismo.

	PUNTUACION
TAMAÑO	
pequeño	
LINEA	
Fragmentado o esbozado	
Énfasis en horizontal	
Constreñido	
Cambios bruscos de la línea	
SOMBREAMIENTO	
En el contorno de la ropa	
CABEZA	
Desusadamente grande	
CABELLO	
Peinado elaborado, ondulado o glamorosos	
OJOS	

Cerrados	
CUELLO	
Muy largo y delgado	
HOMBROS	
Muy pequeños	
Borraduras, refuerza o incertidumbre a dibujar	
TRONCO	
Desproporcionalmente grande	
Desproporcionadamente pequeño	
Muy delgado en dibujo del propio sexo	
Resistencia a cerrar la parte inferior	
Contorno doble o confuso	
Figura flagrantemente desorganizada	
Sombreado de tronco femenino	
SENOS	
Ausencia de senos acentuado y caderas desarrolladas	
Omitidos	
BRAZOS	
En jarras	
Frágiles, cansados, encogidos	
Reforzados	
Brazos y manos largos no musculosos	
Muy cortos	
Doblados	
CINTURA	
Quebrada o reforzada	
Cinturón elaborado	
Muy elaborada como corset	
ARTICULACIONES	
Destacan las coyunturas	
Énfasis	
VESTIDO	
Adornan el cuerpo con músculos	
Figura con ropa interior o desnuda	
Énfasis en botones	
SIMETRIA	
Marcada perturbación	
LINEA MEDIA	
Línea Media	
TOTAL COMPUTADOS	

