AA29-54
TRAB
PS987
M2

UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACION
ESCUELA DE PSICOLOGIA.

Universidad Católica Andrés Bello
BIBLIOTECA
Caracas

"AJUSTE MATRIMONIAL EN PAREJAS QUE ESPERAN EL NACIMIENTO DE UN HIJO Y SU RELACION A LAS COMPLICACIONES DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO".

TRABAJO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA SER ASCENDIDO A PROFESOR ASISTENTE.

POR:
EMMA MEJIA DE LANCARA, M.F.T.
PROFESOR INSTRUCTOR DE LA ESCUELA DE PSICOLOGIA SEMINARIO TERAPIA FAMILIAR
MARZO 1987.

Ciudadano:
GUSTAVO SUCRE
Secretario
Universidad Católica Andres Bello

Estimado profesor:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de someter a la consideración de la Universidad mi ascenso al cargo de profesor asistente dentro del régimen actual de escalafones para el personal docente y de investigación. Con este objetivo le estoy anexando cinco (5) ejemplares del trabajo titulado "Ajuste Matrimonial en parejas que esperan el nacimiento de un hijo y su relación a las complicaciones de la mujer durante el embarazo", el cual fue presentado como Tesis de Grado a Ilda Ficher, PhD, profesor guía; Gary Lord, PhD y - Prasantra Chandra, M.D. de la Facultad de la Escuela de Graduados de Hahnemann, University, Philadelphia Pennsylvania, USA, en marzo de 1984, para optar al título "Master en Terapia Familiar".

Atentamente,

EMMA MEJIA DE LANCARA

RESUMEN

Esta investigación intento estudiar la relación entre el ajuste marital de parejas que esperan un hijo y las complicaciones de la mujer en el embarazo. Treinta y tres mujeres embarazadas respondieron el cuestionario de investigación del embarazo (CIE) y la escala de ajuste diadico (EAD) en la oficina de su obstetra. A los maridos se les envio una copia de la escala de ajuste marital, y veinte y dos de ellos la respondieron. Se encontraron coeficientes de correlación producto-momento de Pearson estadísticamente significativos entre los puntajes de las esposas en la sección problemas de salud del CIE y la EAD (-. 61), entre los puntajes de las esposas en la sección de sentimientos y actitudes del CIE y el EAD (-. 52), y entre los puntajes totales de las esposas en el CIE y el EAD (-. 64). Las correlaciones calculadas usando los puntajes totales de los maridos en la EAD no resultaron significativas estadísticamente. Al intercorrelacionar las sub-escalas y escalas totales de ambos instrumentos se encontraron 21 coeficientes de correlación estadísticamente significativos al usar los puntajes de las esposas. Utilizando los puntajes de los maridos solo cinco coeficientes fueron significativos.

Se concluyó que las mujeres embarazadas que experimentan un grado mayor de complicaciones en el embarazo tendían a tener un grado menor de ajuste marital. Las mujeres embarazadas que tuvierón más problemas de salud, más temores por su persona y por los bebes que esperaban y que tendieron a sentirse más irritables y deprimidas, estaban menos satisfechas en sus matrimonios, estaban en desacuerdo con sus maridos y experimentaban expresiones de afecto limitadas. Así mismo, los esposos de las embarazadas que tenían más problemas de salud, más depresión y temores por los bebes, percibían un menor grado de acuerdo en su matrimonio en áreas de importancia. Aquellos esposos que percibían distancia y una falta de intereses comunes en sus matrimonios tenían esposas más temerosas por los bebes que esperaban.

INTRODUCCION

Las complicaciones en el embarazo es una área de estudio - ampliamente investigada en los últimos treinta años. Su significado en la mujer embarazada se ha enfatizado y estudiado con modelos individuales psicodinámicos. Sin embargo, la importancia del padre en esta etapa ha sido descalificada al igual que el significado interpersonal que tiene el embarazo para la pareja y la familia.

No obstante, numerosos estudios han señalado la relevancia de la dimensión marital en el embarazo y sus complicaciones.

Berle (1954), Mann (1956) y Gunter (1963) coincidieron al encontrar en sus respectivas investigaciones, que las mujeres que desarrollaban complicaciones en el embarazo, carecían del - apoyo de sus esposos y les faltaba la certeza de la disponibilidad de éstos hacia ellas para darle apoyo o ayuda.

Zuckerman et al (1963) encontraron coeficientes de correlación significativos entre los problemas somáticos del embarazo y el conflicto marital en una muestra de 52 primíparas.

Heinstein (1967) encontro que las mujeres que tenían actitudes positivas hacia el sexo, tenían menos ansiedad, menos problemas psicosomáticos en el embarazo, menos temores por sus personas y sus bebes y actitudes más positivas hacia su embarazo.

Wenner et al (1969) condujo un estudio en el cual se inves

tigaron numerosas variables en relación a las complicaciones del embarazo. Estos autores encontraron que aunque variables tales como: motivación hacia el embarazo, solidez de la identidad femenina, ajuste de personalidad, y relación con los padres, estaban significativamente relacionadas con las dificultades en el embarazo, la variable más significativa para predecir la adaptación de una mujer al embarazo era sin duda la calidad de la relación marital.

Sherefhesky y Yarrow (1973) hipotetizaron que había una relación negativa significativa entre la adaptación de la mujer al embarazo y su ajuste marital. Estos autores encontraron apoyo a su hipótesis a través de observaciones clínicas, pero no pudieron confirmarla cuando midieron y correlacionaron estas variables.

Grossman et al (1980), condujeron una investigación extensa acerca del embarazo y del proceso de ser padres en una muestra de 84 parejas casadas. Utilizando datos clínicos e instrumentos psicométricos encontraron que varios aspectos del matrimonio de las parejas eran predictores de síntomas físicos y emocionales en el embarazo.

Estos estudios sugieren que el componente interpersonal de la relación marital esta relacionado a las complicaciones en el embarazo. Sin embargo este cuerpo de investigaciones no es concluyente, ya que presenta algunas debilidades metodológicas.

Hay estudios que se han basado exclusivamente en observaciones y entrevistas clínicas. Otros han utilizado instrumentos de medida elaborados por los investigadores sin documentar acerca de su confiabilidad y validez. Algunos han encontrado resultados contradictorios, y en otras, los investigadores han -

mantenido una relación terapeútica con los sujetos de la muestra durante el período de la investigación.

El presente estudio también intento determinar si el grado de ajuste marital en parejas que esperan un hijo se relaciona con el grado de complicaciones que experimenta la esposa durante el embarazo.

Se usaron instrumentos de medida altamente confiables y válidos para presentar una evidencia más fuerte del grado de relación entre las variables.

Se hipotetizo que a mayor grado de ajuste marital menor el grado de complicaciones experimentadas por la mujer embarazada. Si el embarazo es una etapa de cambios profundos y de retos para la familia, las parejas mejor ajustadas deben ser más capaces de lidiar con las tareas evolutivas efectivamente. El fracaso en manejar estas tareas podría resultar en un aumento de tensión y ansiedad que tal vez se exprese a traves de los síntomas de la mujer embarazada.

Para comprender más a fondo las bases teóricas de esta hipótesis presentaremos a continuación el modelo del ciclo de la vida familiar. El embarazo será conceptualizado como un evento relacional, interpersonal, que se relaciona con el grado de éxito que haya alcanzado la pareja al lidiar con tareas evolutivas previas.

Estas tareas evolutivas serán explicadas a través de tres enfoques en terapia familiar: Teoría de sistemas familiares de

Murray Bowen, Teoría Estructural de Salvador Minuchin, y Teoría Contextual de Ivan Boszormenyi-Nagy.

Se espera que este estudio supere algunas dificultades metodológicas de las investigaciones que lo preceden, que estimule la implementación de la terapia marital y familiar en parejas/familias en las que la mujer embarazada este experimentando complicaciones, que aliente el desarrollo de acciones preventivas y que genere más investigaciones en esta importante área de estudio.

MARCO TEORICO

EL EMBARAZO COMO UN EVENTO EVOLUTIVO EN EL CICLO DE LA VIDA FAMILIAR.

Cuando una pareja espera el nacimiento de su primer hijo hay dos tareas fundamentales que deben ser resueltas en esta etapa:

1). Trabajar el proceso de renuncia a su exclusiva relación diádica.

2). Desarrollar habilidades parentales.

Algunos autores han considerado difícil la transición de ser un grupo de dos para convertirse en un grupo de tres.

Pincus y Dare (1978) sugirieron que esta transición puede evocar en cada esposo sentimientos experimentados muy temprano en la vida cuando cada uno de ellos tuvo que compartir su propia madre.

El nivel de resolución adecuada que se haya obtenido al lidiar con esta tarea de la infancia, determina que tan efectivamente se enfrentara el embarazo y los años de crianza de los hijos.

Los autores mencionados señalan que dado que la madre y el niño están más cerca en el embarazo y el primer año de vida, la madre experimenta menos dificultades renunciando a su relación de dos, que el padre. Este, puede sentirse aislado o dejado de lado:

> " Mientras que la nueva madre puede re-capturar el sentido de díada cercana en relación a su bebe, el nuevo padre tendrá que lidiar con un sentimiento de pérdida hasta que la familia encontrando un lugar para él, pueda crear una nueva relación de tres" (Pincus y Dare, 1978, p.48).

Esta inclusión del padre no solo lo ayudará a él a - sentirse importante sino que también ayudará a la madre. Esta última necesida de su apoyo para llevar a cabo sus funciones maternales y para cumplir con los retos de la maternidad.

Así mismo, cuando una pareja espera al llegada de un nuevo hijo, pero ya existen otros niños en la familia las tareas evolutivas durante el embarazo variarán un poco. Debido a que la pareja ya tiene alguna experiencia como padres, la ansiedad asociada a una situación nueva se verá disminuída. No obstante la llegada de un nuevo miembro requerirá una reorganización familiar:

a). Los padres deberán intensificar su compromiso a la familia nuclear.

b). Los padres deberán enfrentar un reto mayor de preservar su relación de esposos aunque las exigencias de la familia en sus roles como padres aumente.

c). Los padres deberán promover y manejar la inclusión del nuevo miembro en el sub-sistema de hermanos.

d). Los hermanos tendrán que acomodarse a la llegada del bebé, lo que implica para ellos recibir menos atención, si bien se beneficiran de este nuevo com-

pañeros generacional a largo plazo.

Sin embargo, es la calidad de la relación marital lo que determinará significativamente el grado de éxito de esta etapa. Si el matrimonio se caracteriza por poseer intimidad, la pareja será capaz de manejar las exigencias evolutivas con efectividad.

Para comprender mejor como la calidad del matrimonio puede relacionarse con el grado de éxito de la pareja en esta etapa, examinaremos a continuación tres enfoques teóricos de terapia familiar: Teoria Familiar de Bowen, Teoria Estructural de Minuchin y Teoria Contextual de Nagy.

TEORIA DE BOWEN:

Según Murray Bowen (1978) los dos esposos comienzan el matrimonio con "Niveles de diferenciación del yo" desarrollados en sus familias de origen. El concepto de "diferenciación del yo" define hasta que punto hay "fusión o diferenciación" entre el funcionamiento emocional e intelectual de un individuo.

En el extremo bajo de la diferenciación encontramos individuos cuyas emociones e intelecto están tan fusionados, que sus vidas estan dominadas por el "sistema emocional automático". Estas personas son menos flexibles y más dependientes emocionalmente en otros. También son más propensos a la disfunción.

Las personas mejor diferenciadas enfrentan mejor las tensiones de la vida porque su funcionamiento intelectual es más autónomo en periodos de stress. Entre ambos extremos de diferenciación hay un número infinito de combinaciones entre funcionamiento emocional e intelectual, esto es, hay una variedad de niveles de diferenciación del yo.

Según Bowen, las personas seleccionan parejas que tienen el mismo nivel de diferenciación del yo. A menor el nivel de diferenciación más intensa es la fusión entre los esposos. Las parejas más diferenciadas tienen niveles de fusión menores y en consecuencia, menos complicaciones.

Bowen afirma que hay maneras diferentes para que los esposos enfrenten la fusión y la ansiedad que resulta. Estos mecanismos son:

1). Distancia Emocional

2). Conflicto Marital

3). Disfunción en un esposo

4). Daño en uno o en más hijos.

Así mismo, estos mecanismos serán puestos a funcionar cuando la pareja este bajo stress externo, independientemente de su fusión básica. Sin embargo, a menor nivel de diferenciación del yo, mayor el nivel de fusión y ansiedad y mayor el uso de estos mecanismos.

La distancia emocional es un compromiso hecho por los esposos para reducir la ansiedad que proviene del exceso de cercanía. La distancia puede alcanzarse a través de separación - física o siendo distante incluso en la presencia del otro, por ejemplo evitando hablar asuntos emocionales. Estas son parejas que no hablan de asuntos cargados de afectividad y que limitan el tiempo que están juntos.

Si una pareja que espera un hijo usa este mecanismo cuando las tensiones se incrementan en su relación, ellos podrán buscar apoyo externo de cualquier otra fuente. Así, no serán capaces de discutir sus temores anticipados hacia la paternidad, ni podrán trabajar apropiadamente su transición de díada a tríada.

La madre embarazada puede sobre-involucrarse en su proceso de embarazo y excluir al marido. Incluso, podrá apoyarse en su obstetra y al nacer el bebe quizá forme con él una relación simbiótica exagerada que le permita satisfacer sus necesidades de cercanía. Esto le impedirá al niño desarrollar una adecuada relación con su padre además de dañarlo en su proceso hacia la - autonomía.

Otro patrón que puede desarrollarse es el de intensa cercanía de la mujer embarazada con su familia extendida o a sus otros hijos en el caso que los haya.

En este caso el hombre también tendrá que buscar una fuente de apego para satisfacer sus necesidades de compañía. El podría buscar esto involucrandose en exceso con su trabajo o en una relación extramarital.

Cuando la pareja usa predominantemente el mecanismo "Conflicto Marital", los esposos tienen una relación intensa en la que ninguno cede y ninguno es capaz de asumir un rol adaptativo. Según Bowen, estos matrimonios tienen la relación más evidentemente intensa de todos.

El conflicto marital intenso interfiere con el desarrollo de la familia. Este es un período en el que la mujer embarazada ya esta dando mucho de si al llevar al bebe en su vientre. Ella podría exigir mucho más que lo acostumbrado y el esposo podrá rehusar a ceder a sus demandas. Si toda la energía se invierte en este proceso de quien da primero, poco se podrá conseguir en el ejercicio de habilidades parentales.

El conflicto marital intenso nos indica que la pareja tiene dificultades negociando. Durante el embarazo la pareja tiene que negociar roles cambiantes para acomodar el nuevo miembro. Si la negociación se ve impedida por peleas constantes, lo más probable es que empeore al nacer el bebe. Aun cuando en este tipo de matrimonio el niño esta menos dañado, ya que mucha "indiferenciación" es absorbida por el conflicto marital, también se ve afectado pues obtiene un paternaje deficiente.

La disfunción de un esposo es un mecanismo en el cual la tensión marital se reduce porque uno de los esposos cede, o renuncia a su desarrollo personal a expensas del otro (Kerr 1981). Bowen señala que aunque un esposo parezca más débil y el otro más fuerte, ambos están igualmente fusionados y tienen el mismo nivel de diferenciación del yo.

En períodos de stress cualquiera de los dos podría hacerse sintomático. Kerr (1981) ha señalado que estos síntomas se podrían manifestar como: enfermedad física, mental o como desordenes conductuales..

"El esposo que es vulnerable al desarrollo de síntomas es el que ha comprometido más su propio funcionamiento en un período extenso de tiempo para preservar la armonía del sistema. La persona comprometida puede ser el que ha tratado de sobrefuncionar o el que ha sido el sub-funcionador", (Kerr, 1981, p. 244).

Durante el embarazo cualquiera de los esposos puede hacerse sintomático. La mujer embarazada puede experimentar una amplia gama de complicaciones de etiología compleja, pero desde el punto de vista sistémico el uso de este mecanismo en el matrimonio podría contribuír a mantener su sintomatología.

En este sentido los síntomas fisiológicos puede tener un propósito para la pareja. Esta puede aliviar la ansiedad de la fusión a través de los síntomas de la embarazada. El esposo también puede convertirse en sintomático, e incluso, el desarrollo de enfermedad mental en hombres durante el embarazo de sus esposas no es del todo infrecuente (Javer 1962).

Según Bowen, "el daño a uno o más niños" es un patrón en el cual los padres operan como un "Nosotros" para proyectar la indiferenciación a uno o más niños. Este mecanismo también ha sido denominado por Bowen "Proceso de Proyección Familiar".

"El proceso a través del cual la indiferenciación parental daña a uno o más niños opera dentro del triángulo padre-madre-hijo. Gira alrededor de la madre quien es la figura clave en la reproducción y quien usualmente es el principal cuidador del niño. Esto resulta en daño emocional primario en el niño, o puede sobre ponerse a algun defecto o alguna enfermedad física crónica. Existe en todas las gradaciones de intensidad, desde aquellas en las cuales el daño es mínimo a aquellas en las cuales el niño esta seriamente impedido para el resto de la vida. Este proceso es tan universal que se presenta en algun grado en todas las familias. "(Bowen, 1978, p.379).

Según Bowen este proceso esta relacionado con a) el nivel de diferenciación de los padres b) el número de niños y la distribución de las proyecciones en cada niño, c) el uso de otros mecanismos como conflicto marital, distancia emocional y disfunción en un esposo, d) la cantidad de ansiedad en el momento de la concepción, embarazo, y nacimiento e) la orientación de los padres hacia el matrimonio y la paternidad.

Por ejemplo si la pareja esta esperando a su primer hijo y utilizan este mecanismo preferentemente, este bebe puede convertirse en el objeto del proceso proyectivo. Como es el primer hijo no hay otros niños con quienes compartir la cantidad de indiferenciación que es proyectada. Podría hipotetizarse que si un embarazo esta cargado con un alto grado de ansiedad y stress, es muy probable que ese bebé sea el objeto de las proyecciones. "Los niños seleccionados para el proceso de proyección familiar son aquellos concebidos y nacidos durante stress en la vida de la madre; el primer hijo, el hijo o la hija mayor, un único hijo de cualquier sexo, uno que es emocionalmente especial para la madre, o uno que la madre cree que es especial para el padre. Entre niños especiales comunes están los hijos

únicos, el niño mayor, un solo niño de un sexo entre varios - del sexo contrario, o un niño con un defecto". (Bowen, 1978, - p. 380-381).

Se puede concluir que de acuerdo al enfoque Boweniano las tareas evolutivas de la etapa del embarazo, serán resueltas - más o menos efectivamente dependiendo de 4 factores principales:

a) El nivel de diferenciación de los esposos y el grado - de fusión.

b) La cantidad y calidad de stress externo que incide en su relacion.

c) La presencia de recursos emocionales que puedan ser - triangulados para satisfacer necesidades de cercanía y que al mismo tiempo permitan a la pareja disminuir la fusión y la ansiedad que le es asociada.

d) El uso de varios mecanismos en lugar de utilizar rígida y exclusivamente solo uno de ellos.

ENFOQUE ESTRUCTURAL

Según la perspectiva estructural (Minuchin, 1974) la llegagada del primer hijo no solo implica el convertirse en Tríada - sino que el sub-sistema marital debe acomodarse para desarrollar el sub-sistema Parental.

"Un nivel nuevo de formación familiar se alcanza con el na-

cimiento del primer niño. El sub-sistema de esposos en una familia intacta debe ahora diferenciarse para desempeñar las tareas de socializar un niño sin perder el apoyo mutuo que debe caracterizar al sub-sistema de esposos. Debe trazarse límites que permita al niño acceso a ambos padres pero que lo excluyan de las funciones de esposos" (Minuchin, 1974, p. 57).

Según Minuchin (1974) algunas parejas fracasan en la transición de sus interacciones a un grupo de tres. Usualmente el niño es involucrado en los conflictos del sub-sistema de esposos.

Las parejas que tienen dificultades en esta etapa son aquellas que no han resuelto exitosamente las tareas evolutivas correspondientes a la formación del sub-sistema de esposos. Según Minuchin (1974) estas tareas se refieren al desarrollo de patrones de complementariedad entre los esposos sin perder su individualidad, y al logro del establecimiento de límites que les protegen de la interferencia de otros sub-grupos.

"Ellos necesitan establecer límites que les resulten adecuados tanto dentro como alrededor de la relación marital. Idealmente, el límite entre ellos debe ser flexible pero a la vez lo suficientemente firme para permitir que los dos compañeros sientan que son parte de un "nosotros" sin tener que sacrificar su sentido de ellos mismos como una persona separada, un "yo". Los límites alrededor de la pareja idealmente son aquellos que les permiten intimidad y privacidad sin perturbar su conexión - con sus relaciones sociales y comunitarias y con cada una de sus familias de origen".

(Karpel, et al, 1983 p. 52).

Si el límite entre esposos es demasiado rígido la comunicación entre ellos será difícil. Durante el embarazo, un límite rígido entre los esposos impediría que estos discutieran asuntos sobre paternidad y maternidad, y que se dieran el apoyo que cada uno necesita en sus temores.

Si el límite entre esposos es difuso, y estos estan "Aglutinados" su "exploración autonoma" y su capacidad para resolver problemas se verá impedida. Durante el embarazo se acentuará la tensión en la pareja porque no serán capaces de resolver problemas competentemente.

Si el límite alrededor de la pareja es muy rígido, ellos no recibirán el suficiente apoyo que necesitan de otras fuentes, lo cual aumentará la tensión en su relación. Si por el contrario este límite es muy difuso, cualquiera de los dos puede sentirse apartado, y nunca aprenderan a enfrentar sus dificultades por si solos.

Por otra parte si la pareja ya tiene otros hijos, pero no ha logrado formar un sub-sistema parental adecuado, ni ha conseguido trazar límites claros o preservar su relación como esposos, entonces el embarazo y nacimiento de otro hijo solo intensificará los problemas, pudiendo la madre embarazada hacerse sintomática o cualquier otro miembro de la familia.

Se puede concluir desde el enfoque estructural, que la pareja que espera un bebé y que ha tenido éxito formando una alianza marital y desarrollando el sub-sistema de esposos probablemente será más capaz de desarrollar el subsistema parental, o de fortalecerlo en el caso de que ya hayan sido padres.

Si estas tareas no se logran resolver durante el embarazo, el paternaje del niño será probablemente ineficaz. Según Minuchin (1974) la claridad de límites y la presencia de una alianza estable entre los miembros de la pareja es un requisito para llevar a cabo adecuadamente las funciones parentales.

ENFOQUE CONTEXTUAL:

Karpel et al (1983) han resumido las tareas fundamentales de esta etapa de acuerdo al enfoque contextual:

> "Al nivel ético, la tarea básica de esta etapa involucra los esfuerzos de ambos esposos para balancear sus crecientes y complejas redes de obligación y merecimiento, en este punto obligaciones al niño, al esposo, a la familia de origen y a uno mismo". (Karpel, etal, 1983 p. 55).

Según Ivan Boszormenyi-Nagy, quien desarrollo el enfoque contextual, éstas tareas evolutivas pueden ser difíciles de alcanzar. La mujer embarazada gana merecimiento a través del proceso de ser quien lleva al bebé en su vientre. Ella puede sentirse "merecedora" y demandar de su esposo apoyo y cuidados. El esposo puede ser capaz de manejar este desbalance relacional transitorio, estando dispuesto a "dar" tanto a ella como al bebé y así ganar "merecimiento constructivo".

Sin embargo, la habilidad para alcanzar un balance justo de "Dar y recibir" durante esta etapa dependerá de la naturaleza de las "cuentas intergeneracionales" de cada esposo. Por ejemplo, si cualquiera de los esposos es "sobremerecedor destructivo" en su relación con sus padres, puede sentirse propenso a to

mar sin dar. Un desbalance permanente como este en la relación marital puede originar en los esposos una sensación de "explotación".

Nagy (1984) también explica que si el esposo que asume el papel de "explotador" y que es "sobremerecedor destructivo" no aporta nada a la relación o no recibe nada del otro restandole la oportunidad de dar algo, puede perder "merecimiento" en forma gradual y quedar "sin merecimiento". Esto es, si una persona impone sus términos en la relación, toma exclusivamente y no da nada, o da en sus términos pero no recibe y descalifica cualquier aporte del otro para mantener la relación balanceada, entonces no ganará "merecimiento constructivo" sino que perdera "merecimiento" y esto lo hará vulnerable a la depresión, a la ansiedad y a los desordenes psicosomaticos.

Siguiento el pensamiento de Nagy, podría hipotetizarse que una mujer embarazada que "toma" exclusivamente de su marido, que lo "explota" sin hacer esfuerzos por contribuir, puede correr el riesgo de complicaciones en el embarazo al perder "merecimiento". Así mismo puede perder merecimiento y desarrollar problemas, si ella define los términos de la relación y se empeña en dar y hacer todo, negandose a recibir o a reconocer los esfuerzos que su marido hace.

De igual manera, el esposo que no es capaz de "dar" a su esposa embarazada, o que da excesivamente y no la deja a ella sentirse útil, tambien estará en riesgo de desarrollar una enfermedad, sentimientos de culpa severos o de presentar conductas inapropiadas. Esto podría explicar hasta cierto punto algunos casos no tan infrecuentes en los que un marido que no apoya a su esposa se queda bebiendo en un bar con sus amigos mientras que

está, en trabajo de parto.

Así como se ha señalado al examinar otros enfoques teóricos, el éxito de una pareja para alcanzar en esta etapa un balance justo de dar y recibir, dependerá de que tan bien hayan resuelto tareas evolutivas previas.

"Cuando un hombre y una mujer contemplan casarse, su lealtad hacia su unidad de familia nuclear debe crecer en tal importancia que superen sus lealtades originales". (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1973 p. 103).

Según Nagy, et al (1973) si los compromisos de lealtad invisibles a la familia de origen no son negociados, tenderan a interferir en el compromiso de la pareja hacia su matrimonio y hacia la paternidad.

Los lazos de lealtad pueden caracterizarse por una sensación profunda de "obligación" a nuestros padres que nos impide cumplir con las exigencias y expectativas de nuestro esposo o hijos. Si un esposo se siente profundamente endeudado a sus - padres, podría tender a darles a ellos a expensas de su propio esposo o hijos.

En otros casos, la imposibilidad de "pagar" o de ofrecer el debido apoyo a nuestros padres podrá incrementar nuestra "devoción a los hijos:

"El patron más respetable y lógico intrínsicamente para - aliviarnos de las obligaciones con nuestros padres es el ser padres -

al convertirse en padre el adulto joven gana una excusa para desviar sus obligaciones al niño en vez de al padre. Sin embargo, esta forma de resolución esta lejos de ser tan exitosa como parece en nuestras ficciones de la paternidad. El asumir que el joven padre puede pagar a sus padres(completamente) a través de su dar a la generación subsiguiente, es incorrecto, basado en una negación parcial, y por tanto condenado a llevarlo a conflictos futuros". (B. Nagy y Spark - 1973, p. 107).

Nagy et al (1973) explica que hasta cierto punto todos los matrimonios pueden estar sobre cargados con las "cuentas no arregladas de lealtad" que tienen los esposos con su familia de origen.

"Mientras más se nieguen desesperanzadamente tales lealtades, más sobrecargaran éstas las cuentas ocultas de los roles maritales y parentales de la familia nuclear "(B. Nagy y Spark, p. 134).

Nagy, et al (1973) describe el fenómeno de la "Pizarra giratoria" en el cual las "cuentas no arregladas y negadas" entre el nuevo padre y sus propios padres, pueden girar e interferir entre este y una tercera persona. En otras palabras una tercera persona "inocente" puede ser usada para balancear la cuenta.

En este sentido un padre puede usar su relación con su esposa o hijo para "rebalancear" las cuentas no arregladas con la generación previa. Si el padre o madre fue "explotado" y es un "merecedor destructivo" puede entonces "explotar" a su esposa o esposo y a su hijo para recibir de ellos lo que no recibió de sus propios padres.

Si el padre o la madre se sienten "endeudados" y no son capaces de "pagar" a sus padres, pueden tender a "Dar en demasía" a sus hijos y esposo. El "Dar en demasía" puede atar a los niños y/o al conyuge con "Obligaciones culpabilizadoras" impidiendoles ganar merecimiento constructivo y desarrollarse autonomamente.

Las implicaciones de la "Pizarra giratoria" durante las etapas del embarazo y la maternidad también han sido señaladas por Karpel, et al (1983):

"Si ya existe el potencial para que colidan los merecimientos cuando la pareja se casa, se incrementará con la llegada del hijo, cuyo merecimiento natural de cuidados, devoción y protección puede entrar en conflicto con las propias necesidades de los padres de ser cuidados y con sus agotadas reservas para dar y cuidar "(Karpel el al 1983 p. 55).

Podemos concluir que según el enfoque contextual la habilidad de la pareja para resolver las tareas evolutivas de esta etapa dependera de que tanto éstos hayan enfrentado las cuentas familiares y se hayan preocupado por el balance justo de las cuentas no resueltas con la familia de origen. El lograr esta tarea los capacitará para intensificar su compromiso. Este proceso permitirá un balance más justo en su relación y su proceso de paternidad.

Finalmente podríamos resumir los aportes de estos autores concluyendo que cada constelación familiar tendrá que enfrentar y lidiar con una situación muy especifica que dependera de:

a) Cuantos niños hay en la familia

b) Su sexo y edades,

c) La diferencia de edades entre ellos,

d) La disponibilidad de recursos de apoyo en la comunidad y la familia extendida.

Más importante es sin embargo, el grado en el cual la familia haya resuelto las tareas evolutivas previas: a) Claridad de límites entre sub-sistemas y alrededor de la familia nuclear, - b) diferenciación de nuestra familia de origen, c) grado de intimidad en la relación marital, d) habilidad de los padres para ser padres, nutrir y dar a sus niños y el uno al otro, lo cual depende de su propio nivel de diferenciación del yo, de la cantidad y calidad del paternaje que recibieron como hijos y de la disponibilidad de otros recursos de apoyo y confianza.

METODO

Problema: ¿Existe una relación significativa entre el ajus marital de parejas que esperan un hijo y las complicaciones de la mujer en el embarazo?

Hipotesis General:

A mayor grado de ajuste marital menor grado de complicaciones en la mujer durante el embarazo.

DEFINICION DE VARIABLES

Ajuste Marital:

Es un producto de la interacción entre esposos, que se alcanza a través de un proceso balanceado de cercanía manteniendo cada uno su autonomía e individualidad. Requiere del compromiso de ambas partes hacia la relación e incluye la habilidad de los esposos para negociar y comunicarse efectivamente, el mostrarse afecto, el darse apoyo mutuo y el lograr compartir principios, valores e intereses.

El ajuste marital será medido a través de la Escala de Ajuste Diádico (EAD) de Spanier (1976).

Complicaciones en el Embarazo:

Se refiere a complicaciones tales como: aborto habitual -

hiperemesis gravídica, parto prematuro, toxemia, y dificultades en el trabajo de parto. Incluye la exacerbación de síntomas comunes del embarazo tales como: dificultad para dormir, vómitos, acidez, nausea, estreñimiento, dolores de espalda, micción frecuente, respiración entre cortada, pérdida o ganancia de peso, fatigabilidad, sudoración y experiencias subjetivas de ansiedad, temores de perder el bebe, temores por su propia salud y la del bebe, irritabilidad, dependencia y depresión. Existen síntomas y complicaciones que pueden originarse por algunas enfermedades: diabetes, hipertensión, infecciones o cervix incompetente. También pueden originarse por el uso de drogas y alcohol por parte de la madre o por su edad, La presencia de estas complicaciones determinaran si el embarazo es de alto riesgo, riesgo moderado o sin riesgo.

Las complicaciones en el embarazo serán medidas a través del cuestionario de investigación del embarazo (CIE), Schaefer y Manheimer (1960).

CONTROL DE VARIABLES

Variables controladas por azar:

Nivel educativo, nivel socio-económico, riesgo del embarazo, edad, paridad, años de casados, historia de abortos previos, trimestre del embarazo, etnicidad.

Variables controladas por igualación: Estado civil, uso de drogas, uso del alcohol, uso del cigarrillo, sexo.

DISEÑO

Se utilizo un diseño ex-post facto.

SUJETOS

La muestra consistió de 33 mujeres embarazadas, casadas, y 22 esposos, todos participaron voluntariamente.

Esta muestra es representativa de una población de parejas embarazadas casadas, jovenes, norteamericanas, de raza - blanca, de nivel socio-económico medio-alto, con o sin niños, que viven en la ciudad de Filadelfia, EEUU.

Las mujeres estaban en cualquiera de los tres trimestres del embarazo, sus edades se distribuían entre 17 y 44 años y sus embarazos estaban clasificados como "alto riesgo" "riesgo moderado" y "sin riesgo".

Su nivel educativo variaba desde noveno grado de la Escuela secundaria a maestría universitaria. La mayoría de ellas eran amas de casa desempleadas.

Los esposos estaban todos empleados y su nivel educativo variaba de décimo grado de la escuela secundaria a doctorado (universitario).

La gran mayoría eran profesionales con un ingreso mensual promedio de U$ 1.500.

La mayoría de las parejas eran propietarios de su vivienda.

PROCEDIMIENTO

A las mujeres embarazadas que asistián a una visita regular con su obstetra se les pedía que participaran en el estudio.

Se les informaba acerca del propósito del estudio y de la naturaleza de su participación en el mismo.

A las mujeres que aceptaban participar se les aplicaba el cuestionario de investigación del embarazo, desarrollado por Schaefer y Manheimer (1960) y la Escala de ajuste diádico desarrollada por Spanier (1976) antes de que les llegará su turno de ser atendidas por el médico.

Luego de haber completado los cuestionarios se les daba una copia de la escala de ajuste diádico para que lo llevaran a su casa. Se esperaba que los esposos llenaran esta escala y la devolvieran por correo en un período de una semana. Los sobres ya tenían escrita la dirección del investigador y las estampillas ya estaban colocadas, así que solo debían depositar los sobrescerrados en cualquier buzón del correo. Veintidos esposos devolvieron la escala llena.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Ajuste Matrimonial:

El grado de ajuste marital fue medido por la escala de ajuste diádico (EAD) desarrollada por Spanier (1976). Consiste de 32 items distribuídos en cuatro sub-escalas: Consenso diádico, expresión afectiva, satisfacción diádica y cohesión diádica.

Spanier (1976) ha reportado que la confiabilidad (dos - mitades) de la escala completa es de .96. Para cada sub-escala la confiabilidad obtenida por el método de dos mitades es: consenso diádico .90, expresión afectiva .73, satisfacción diádica . 94, y cohesion diádica. 86.

La validez de contenido de la escala se determino por - acuerdo entre jueces. Para determinar la validez empírica de la escala Spanier (1976) administro la escala a una muestra de parejas casadas y divorciadas, encontrando diferencias estadísticamente significativas (p. .001) entre las dos muestras en cada uno de los items. Además, las medidas de los - puntajes totales fueron estadísticamente diferentes al nivel de significación de 0.001.

La validez de constructo se estimo correlacionando la - escala con la escala de ajuste marital de Locke-Wallace. (Validez convergente). Spanier (1976) obtuvo coeficientes de - correlación de .86 en muestras de parejas casadas, y de .88 con muestras de parejas divorciadas, ambos coeficientes sig-

nificativas al nivel de significación del 0.001.

La validez de constructo fue finalmente corroborada a través de un análisis de factores de la escala final de 32 items.

Complicaciones en el embarazo

El nivel de complicaciones en el embarazo fue medido por el cuestionario de investigación del embarazo (CIE) desarrollado por Schaefer y Manheimer (1960).

Esta escala consiste de cinco secciones pero en este estudio solo se administraron dos de ellas: Problemas de salud durante el embarazo, (46 items) y sentimientos y actitudes acerca del embarazo, que consiste de 53 items agrupados en cinco sub-escalas:temores por si misma, temores por el bebé, dependencia, depresión y ensimismamiento, irritabilidad y tensión.

Schaefer y Manheimer (1960) reportan que la confiabilidad por consistencia interna de la sección de salud es de .88 y la sección de sentimientos y actitudes es de .87. En esta última sección se encontró que para cada sub-escala los coeficientes de confiabilidad varian desde .67 (temor por sí misma) a .94 (dependencia).

La validez de la sección de salud se determinó por su habilidad de discriminar entre mujeres con complicaciones en el embarazo y mujeres que no presentaban complicaciones, de

acuerdo al juicio clínico del médico.

La validez de la sección de sentimientos y actitudes se establecio correlacionandola con algunas sub-escalas del - MMPI (Heinstein, 1967).

Análisis de Datos

Las medidas de las variables independiente y dependiente fueron correlacionadas estadísticamente utilizando coeficiente de correlación Producto-momento de Pearson.

R E S U L T A D O S

Se encontraron coeficientes de correlación estadísticamente significativos ($p < .01$) entre los puntajes de las mujeres en la sección de salud del CIE y la EAD (- .61), entre los puntajes de las mujeres en la sección de sentimientos y actitudes del CIE y la EAD (- .52) y entre los puntajes totales de las mujeres en el CIE y el EAD (.- 64).

Las correlaciones calculadas utilizando los puntajes totales de los esposos en la EAD, no resultaron estadísticamente significativas.

Los puntajes obtenidos por sub-escalas y escalas totales - de ambos cuestionarios fueron intercorrelacionados, obteniendo-se significación estadística en 21 coeficientes al usar los puntajes de las mujeres (tabla I). Al usar los puntajes de los maridos solo 5 coeficientes resultaron estadísticamente significativos (Tabla II).

Al utilizar los puntajes de las mujeres se encontro que los correspondientes a la EAD total y a sus sub-escalas consenso - diádico y satisfacción diádica, en conjunción con el CIE total, y sus sub-escalas temor por el bebe, tensión e irritabilidad, y depresión y ensimismamiento, mostraron el mayor número de relaciones estadísticamente significativas con otras escalas y sub-escalas. Los puntajes correspondientes a la sección de salud, y a el CIE total arrojaron los coeficientes de correlación más altos con la EAD total. (tabla I).

Intercorrelación entre sub-escalas y escalas totales usando los puntajes de las esposas

EAD	Problemas de Salud	CIE Sentimientos y actitudes en el embarazo						Escala total
		Temores por si mismas	Dependencia	Temores por el bebe	Irritabilidad y tensión	Depresión	Escala total	
				esposas (N=33)				
Consenso diádico	.43*	.33*	.11	.55**	.33*	.45**	.52**	.51**
Expresión afectiva	.22	.10	.11	.35**	.43*	.51**	.44**	.40*
Satisfacción diádica.	.51**	.23	.13	.44**	.35*	.34*	.42*	.54**
Cohesión diádica	.28	.17	.16	.11	.13	.23	.16	.25
Escala total	.61**	.30	.07	.53**	.37*	.48**	.52**	.64**

Nota: A mayor puntaje en la EAD, menor puntaje en el CIE todos los coeficientes obtenidos son negativos y el signo ha sido omitido en esta tabla.

* $p < .05$ dos colas. ** $P < .01$, dos colas.

en el EAD.

EAD	Problemas de salud	Sentimientos y actitudes en el embarazo						Escala total
		Temores por si mismas	Dependencia	Temores por el bebé	Irritabilidad y tensión	Depresión	Escala total	
Consenso diádico	-.45*	-11	.06	-53*	-39	-46*	-.34	-49*
Expresión afectiva	- 01	.10	-.20	.20	.09	.09	-.10	.06
Satisfacción diádica.	- 09	-17	- 28	-37	-.13	-.33	-.17	-.12
Cohesión diádica	-.30	-39	.05	-.52*	-.08	-.20	-.30	-.40
Escala total.	-.33	-.20	-.30	-.10	-.20	-.31	-.34	-.39

Nota: A mayor puntaje en el EAD, menor el puntaje en el CIE:
*$P < .05$, dos colas, ** $p < .01$, dos colas.

Al utilizar los puntajes de los maridos, las sub-escalas consenso diádico y temor por el bebé mostraron el mayor número de correlaciones estadísticamente significativas con otras escalas y sub-escalas.

El coeficiente de correlación entre las dos sub-escalas mencionadas, resulto ser el más alto que se obtuvo al emplear los puntajes de los maridos. (tabla 2).

DISCUSION

Los datos apoyan la hipótesis enunciada que expresa que a mayor nivel de complicaciones en la mujer embarazada, menor el nivel de ajuste en la pareja.

Las mujeres embarazadas que tuvieron más problemas de salud, más temores por su persona y por sus bebes aun sin nacer, y que se sintieron más irritables y deprimidas, tendieron a estar menos satisfechas en su matrimonio, a discrepar más con sus esposos y experimentaron expresiones afecto limitadas. Así mismo, los esposos que percibieron una falta de consenso en su matrimonio, tienen esposas que tienden a tener más problemas de salud, más temores por sus bebes que estan por nacer, y más depresión. Es interesante señalar que los esposos que percibieron distancia y falta de intereses compartidos en sus matrimonios, tenían esposas más temerosas por sus bebes que estaban por nacer.

Los resultados de este estudio apoyan las investigaciones realizadas que sugerían que las mujeres que desarrollaban

complicaciones en el embarazo carecían del apoyo de sus maridos y de la certeza de su disponibilidad hacia ellas (Mann - 1956, Berle et al 1954 , Gunter 1983). Así mismo, las altas correlaciones encontradas en este estudio se relacionan con el estudio de Wenners et al (1969) quienes encontraron que - el predictor más significativo del ajuste de una mujer al embarazo es la calidad de la relación marital.

La hipótesis de Shereshefsky y Yarrow (1973) que enunciaba que había una relación negativa entre adaptación de la mujer al embarazo y el ajuste marital, también es confirmada por los hallazgos del presente estudio. Shereshefsky y Yarrow (1973) formularon esta hipótesis a través de su trabajo clínico pero no pudieron confirmarla al medir y correlacionar estas variables.

Estos resultados también corroboran:

Las observaciones clínicas de Deutscher (1970) quien - enunció que las parejas que tenían matrimonios conflictuados tenían dificultades durante el embarazo, particularmente estas mujeres presentaban mayores niveles de ansiedad y temores que las mujeres que tenían una relación bien ajustada.

Los hallazgos de Grossmann et al (198) quienes concluyeron que variados aspectos de los matrimonios de las mujeres eran predictores de los síntomas físicos y emocionales en el embarazo.

De este campo de investigaciones surgen sólidas evidencias que la relación marital es una variable significativamente relacionada a las complicaciones en el embarazo. Además, este cuerpo de investigaciones también parece apoyar las formulaciones teóricas de Carter y Mc Goldrick (1980) y Karpel (1983), quienes han enfatizado la importancia del matrimonio durante el embarazo dentro del marco conceptual del ciclo de la vida familiar.

De acuerdo a Carter y Mc Goldrick cada etapa de desarrollo en el ciclo de la vida familiar impone algunas tareas evolutivas que deben ser resueltas por la familia.

Deben ocurrir cambios significativos en el sistema familiar para lograr lidiar exitosamente con las exigencias del desarrollo. El fracasar con estas tareas en una etapa interferirá con la habilidad de la familia para moverse hacia adelante en el ciclo de la vida familiar, o de lidiar exitosamente con las exigencias de las etapas sub-siguientes.

Si esto fuera así, no sería sorprendente, que las parejas que no hayan resuelto las tareas evolutivas del matrimonio eficazmente, serán quienes tengan más complicaciones durante la etapa del embarazo. En otras palabras, para una pareja que aún esta luchando por resolver las tareas evolutivas de una etapa previa, el reto del embarazo debe presentarse como un evento más tensionante que para una pareja que ya ha resuelto adecuadamente las exigencias evolutivas previas. El aumento de tensión que trae el embarazo tenderá a ser peor manejado por una pareja que todavía esta luchando y/o que ha fracasado con tareas evolutivas previas.

Existen sólidas evidencias para apoyar la suposición de que los niveles altos de tensión pueden llevar a una exacerbación de los cambios psicofisiológicos de la mujer embarazada.

Por ejemplo, Mc Donald (1968) concluyo luego de una extensa revisión de investigaciones, que las mujeres embarazadas con complicaciones experimentaban niveles de ansiedad y tensión más altos que aquellos experimentados por mujeres con embarazos sin complicaciones.

De acuerdo a Bowen (1978) cuando la ansiedad y la tensión se incrementan en un matrimonio, pueden usarse varios mecanismos para intentar lidiar con ellas. Si el mecanismo seleccionado es "Disfunción de un esposo" cualquier miembro de la pareja puede convertirse en sintomático. Si el miembro sintomático es la esposa y ella esta embarazada, los cambios psicofisiológicos normales del embarazo podrán exacerbarse y usarse para estabilizar la tensión de la díada marital.

Por otra parte, si el mecanismo preferido por la pareja en tensión es el triangular a una tercera persona, el de distanciarse emocionalmente o el de conflicto marital, la mujer embarazada podría aparecer libre de sintomatología, aunque su ajuste marital sea pobre. Esto podría explicar hasta cierto punto el porque no todas las mujeres con un ajuste marital pobre, tienen un alto grado de complicaciones en el embarazo.

Estos hallazgos son también congruentes con las teorizaciones de Boszormenyi-Nagy, quien señala que existe un vínculo

entre el concepto de "Merecimiento" y la sintomatología psicofisiológica.

Si la relación marital es inadecuada, probablemente el balance entre Dar y Recibir en esta pareja no es justo o equitativo.

Cualquiera de los esposos que no continue ganando "merecimiento constructivo" perderá "merecimiento" y ello lo predispone a disfunciones psicofisiológicas.

Si la mujer embarazada se siente "Merecedora" porque es ella quien lleva al bebe en su vientre, y no trata de ganar sus "méritos" contribuyendo constructivamente, puede ser vulnerable a experimentar una exacerbación de los cambios psicofisiológicos normales del embarazo. (Y lo contrario, si se deja explotar, también pierde merecimiento).

De acuerdo a los terapeutas familiares estructurales, las parejas "aglutinadas" son más vulnerables a desarrollar síntomas psicofisiológicos o a empeorar el curso de los mismos, Minuchin (1974) ha encontrado en estudios bien controlados, evidencias que sustentan que los síntomas psicosomáticos se encuentran con frecuencia en sistemas familiares "aglutinados".

Debido a que la claridad de límites es un requisito para el adecuado funcionamiento del sistema familiar, de acuerdo a los terapeutas estructurales, se podría hipotetizar que las -

parejas con un ajuste marital pobre tienen mayores probabilidades de desarrollar y/o mantener los síntomas psicosomáticos de alguno de sus miembros. Si la mujer embarazada es el miembro más vulnerable, ella puede estar predispuesta a desarrollar complicaciones durante el embarazo.

El encontrar una relación significativa entre ajuste marital y complicaciones en el embarazo tiene importantes implicaciones clínicas. Resulta relevante el evaluar el ajuste marital de la embarazada que experimenta complicaciones para así considerar la terapia marital como tratamiento durante el curso del embarazo.

Quizás, la terapia marital en combinación con el tratamiento médico puede ser efectiva para reducir el nivel de complicaciones, y por ende reducir el riesgo de prematurez, abortos, hiperemesis, toxemia y dificultades severas durante el trabajo de parto y el parto.

Además, la terapia marital puede facilitar la transición de la pareja hacia la etapa de ser padres, ayudandolos a lidiar con las tareas evolutivas previas que no hayan sido resueltas y movilizando recursos en su contexto comunal y familiar. Si la pareja embarazada ya tiene otros hijos, la terapia familiar puede estar indicada para ayudar a todo el sistema en su proceso de acomodación a la llegada de un nuevo miembro de la familia.

Así, estos hallazgos también confirman las premisas teoricas de

diferentes enfoques de la terapia familiar. El embarazo es conceptualizado como un evento evolutivo que puede llevar - al crecimiento o a la disfunción. Los componentes relacionales del sistema familiar son enfatizados en lugar de enfocar solamente los aspectos psicodinámicos de la mujer embarazada. Por tanto, estos hallazgos podrán generar un nuevo cuerpo de investigación en el área del embarazo utilizando un enfoque sistémico familiar.

Aunque este estudio no es el primero ni el único que ha encontrado una relación significativa entre el ajuste marital y el embarazo, si es el primero en el que se han utilizado - instrumentos de medida altamente confiables y válidos.

Por tanto, éste estudio proporciona una evidencia más sólida del grado de relación entre variables. También proporciona informaciones más detalladas, ya que los puntajes de las escalas y sub-escalas fueron intercorrelacionados.

Sin embargo, este estudio también tiene algunas debilidades que deben ser consideradas al interpretar generalizar sus hallazgos. En primer lugar es un estudio Ex-post-facto y como tal, carece del control de un diseño experimental. Esto significa que no puede asumirse que un desajuste marital cause - complicaciones en el embarazo. Esto se debe a que la variable independiente no fue manipulada ni se controlaron otras variables. Se uso solo un grupo heterogeneo y el investigador no - tiene la certeza de que la relación entre variables que fue encontrada se de en otras muestras con características distintas.

En segundo lugar, la muestra era relativamente pequeña y iciada pues consistia de voluntarios altamente motivados. Es as dos características de la muestra disminuyen la validez ex erna del estudio limitando hasta cierto punto la generaliza- ión de los resultados.

En tercer lugar, si bien los cuestionarios usados eran al tamente confiables, en opinión de investigador estos poseían - como la mayoría de los cuestionarios, cierto grado de "validez aparente". Esto significa que no era muy difícil para los su- jetos suponer que intentaba medir el cuestionario. Como resul- tado, no debio ser difícil el mentir para presentar una fa- chada más deseable de su embarazo o matrimonio.

Estas debilidades del estudio pueden explicar hasta cierto pun to las discrepancias encontradas entre los puntajes de esposos y esposas en la EAD asi como el número reducido de correlaciones significativas entre las dos escalas cuando se utilizaron los - puntajes de los esposos.

Sin embargo, también hay otros hechos que podrían explicar este fenómeno: la muestra de esposos era más pequeña con la po sibilidad de que las diferencias individuales influyeran más - (varianza de error), las diferencias entre esposos y esposas - en cuanto a la percepción que tienen de su matrimonio; y el he- cho que los esposos no estaban llenando ambos cuestionarios y por tanto el error de medida no pudo mantenerse constante.

Teniendo en mente estas limitaciones y debilidades se su-

giere enfáticamente que este estudio sea replicado con una muestra mayor y homogenea. Otra alternativa es replicarlo en una muestra mayor pero heterogenea y usar el análisis de regresión múltiple para establecer la contribución de cada variable a la varianza de la variable dependiente. Así mismo, es conveniente replicarlo en una muestra de parejas venezolanas para poder generalizar estos resultados a nuestra realidad nacional.

Estos hallazgos también podrían estimular investigaciones futuras con el objeto de confirmar las premisas de los teóricos de la familia. Se sugiere que se diseñen investigaciones experimentales para poner a prueba la eficacia de diferentes modalidades de tratamiento familiar y de pareja, en familias o parejas que esperan el nacimiento de un bebé y en las que la mujer embarazada este sintomática.

Así mismo, el realizar estudios de seguimiento que exploren los resultados de los programas de tratamiento en familias o parejas que esperan un bebe, puede contribuir a ampliar nuestro conocimiento en esta área.

Finalmente, es importante diseñar estudios que nos puedan llevar a identificar parejas que son vulnerables a desarrollar complicaciones en el embarazo o que puedan tener dificultades como padres, pues asi se podrían diseñar programas preventivos a ser manejados tanto por el profesional de la salud mental o del área social, como por el obstetra.

CONCLUSION

Se encontraron coeficientes de correlación estadísticamente significativos (p ..01) entre los puntajes de las esposas en el CIE y la EAD. Las correlaciones encontradas usando los puntajes totales de los maridos en la EAD no fueron significativas estadísticamente. Se intercorrelacionaron los puntajes totales de las escalas y los puntajes de las sub-escalas de ambos cuestionarios, encontrandose que 21 coeficientes de correlación alcanzaron significación estadística al usar los puntajes de los esposos. Utilizando los puntajes de los esposos solo 5 coeficientes alcanzaron significación estadistica.

Se concluyó que existe una relación negativa significativa entre el ajuste marital y las complicaciones en el embarazo, en una muestra de norteamericanos blancos, cooperativos, jóvenes, de nivel socio-ecónomico medio, que esperaban un bebé, siendo para algunos el primero, para otros no, y cuyos embarazos estaban clasificados como de "alto riesgo" "riesgo moderado" o "sin riesgo".

En esta muestra las mujeres que tuvieron más problemas de salud, más temores por su persona y por sus bebes que estaban por nacer, y que se sintieron más irritables y deprimidas tendieron a estar menos satisfechas en sus matrimonios, estaban más frecuentremente en desacuerdo con sus esposos, y experimentaban expresiones de afecto limitadas. Así mismo, los esposos de las embarazadas que tenían más problemas de salud, depresión y temores por sus bebes que estaban por nacer; percibieron un menor nivel de acuerdo en sus matrimonios alrededor de áreas

primordiales de su vida. Los esposos que percibieron distancia y falta de intereses comunes para compartir en sus matrimonios, tenían esposas más temerosas por sus bebes que llevaban en su - vientre.

EMdeL/jmh.-
5-7-87.-

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

enedek, T., & Anthony, E.J. Parenthood: Its psychology and psychopathology. Boston: Little, Brown, 1970.

enedek, T. The psychosomatic implications of the primary unit. American Journal of Orthopsychiatry, 1945, 19, 642-654.

erle, B.B., & Javert, C.T. Stress and habitual abortion. Obstetric and Gynecology, 1954, 3, 298.

ibring, Grete. Some considerations of the psychological processes in pregnancy. The Psychoanalytic Study of the Child, 1959, 14, 113-121.

ibring, Grete, et al. A study of the psychological process in pregnancy and the earliest mother-child relation. The Psychoanalytic Study of the Child, 1961, 16, 9-23.

Boals, Gordon F., et al. The reliability, validity and utility of three data modes in assessing marital relationships. Journal of Personality Assessment, 1982, (Feb), 46(1), 85-95.

Boszormenyi-Nagy, Ivan, & Spark, Geraldine. Invisible Loyalties. New York: Harper and Row Publishers, 1973.

Boszormenyi-Nagy, Ivan. Conversation with Ivan Boszormenyi-Nagy, Hahnemann University, January 1984.

Brown, L.B. Anxiety in pregnancy. British Journal of Medical Psychology, 1964, 37, 45-57.

rown, G.W., & Harris, T. Social origins of depression: A study of psychiatric disorders in women. New York: Free Press, 1978.

Bowen, Murray. Family therapy in clinical practice. New York: Jason Aronson, 1978.

Campbell, Donald & Stanley Julian Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigacion social, Amorrortu editores, Buenos Aires 1970.

Carter, Elizabeth & McGoldrick, Monica The family life cycle: A framework for family therapy. New York: Gardner Press, 1980.

Chalmers, B.E. Psychological aspects of pregnancy: Some thoughts for the eighties. Social Science and Medicine, 1982, 16(3), 323-331.

Chertok, L. The psychopathology of vomiting of pregnancy. In J. Howell (Ed.), Modern perspectives in psycho-obstetrics. New York: Brunner Mazel, 1972.

Clifford, E. Expressed attitudes in pregnancy of unwed women and married primigravida and multigravida. Child Development, 1962, 33, 945.

Coleman, Arthur. Psychological states during first pregnancy. American Journal of Orthopsychiatry, 1969, 39, 788.

Cox, John L., Connor, Yvonne M., & Kendell, R.E. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. British Journal of Psychiatry, 1982, (Feb), 140, 111-117.

Dalton, Katharina. Prospective study into puerperal depression. British Journal of Psychiatry, 1971, (Jun), 118(547), 689-692.

Davis, Ora S. Mood and symptoms of expectant fathers during the course of pregnancy: A study of the crisis perspective of expectant fatherhood. Dissertation Abstracts International, 1878, (Mar), 38(9-A), 5741.

Deutscher, M. Brief family therapy in the course of first pregnancy. Contemporary Psychoanalysis, 1970, 7, 21-35.

Erikson, Marylin. Risk factors associated with complications of pregnancy, labor, and delivery. American Journal Obstetrics and Gynecology, 1971, 111, 658.

Erikson, Marylin. The influence of health factors on psychological variables predicting complications of pregnancy, labor and delivery. Journal of Psychosomatic Research, 1976, 20, 21-24.

Flagey, Nancy, et al. Stress, symptom proneness and general adaptation distress during pregnancy. Journal of Human Stress, 1982 (Jun), 8(2), 15-22.

Freeman, T. Pregnancy as a precipitant of mental illness in men. British Journal of Medical Psychology, 1951, 24, 49-54.

Goshen-Gottstein, Esther R. Marriage and first pregnancy: Cultural influences on attitudes of Israeli women. London: Tavistock, 1966.

rossman, Frances Kaplan, et al. Pregnancy, birth and parenthood: Adaptations of mothers, fathers and infants. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1980.

unter, L. Psychopathology and stress in the life experience of mothers of premature infants. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1963, 86, 333.

urman, Alan S. & Kniskern, David P. Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, Inc., 1981.

eiman, M. A psychoanalytic view of pregnancy. In J.J. Rouinsky and A.F. Guttmacher (Eds.), Medical, surgical and gynecological complications of pregnancy (2nd ed.). Baltimore: Williams and Wilkins, 1965.

einstein, Martin I. Expressed attitudes and feelings of pregnant women and their relations to physical complications of pregnancy. Merrill-Palmer Quarterly, 1967, 13, 217.

Hilliard, Donald, Shank, J. Christopher, & Rediman, Richard. Unplanned pregnancies in a midwestern community. Journal of Family Practice, 1982, (AUG), 15(2), 259-263.

Howells, J. Childbirth is a family experience. In T. Howell (Ed.), Modern perspectives in psycho-obstetrics. New York: Brunner/Mazel, 1972.

Jarrahi-Zadeh, et al. Emotional and cognitive changes in pregnancy and early puerperium. British Journal of Psychiatry, 1969, 115, 797-805.

arvis, W. Some effects of pregnancy and childbirth in men. Journal of the American Psychoanalytic Association, 1962, 10, 689-699.

essner, L. Pregnancy as a stress in marriage. Marriage counseling in medical practice. Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 1964.

essner, L., Weigert, E., & Foy, J.L. The development of parental attitudes during pregnancy. In E.S. Anthony and T. Benedek (Eds.), Parenthood: Its psychology and psychopathology. Boston: Little Brown, 1970.

aplan, E. & Blackman, L. The husband's role in psychiatric illness associated with childbearing. Psychiatric Quarterly, 1969, 43, 397.

arpel, Mark & Strauss, Eric. Family evaluation. New York: Gardner Press, Inc., 1983.

erlinger, F.N. Investigacion del comportamiento, tecnicas y metodologia. Nueva Editorial Interamericana, Mexico D.F., 1975.

err, Michael. Family systems theory and therapy. In Gurman and Kniskern (Eds.), Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, Inc., 1981.

ezur, David. The development of maternal attachment. Smith College Studies in Social Work, 1978, (Jun), 48, (3), 183-208.

ite, Jane V. First pregnancies in women over 30. Dissertation Abstract International, 1977, (Jan), 37 (7-B), 3614-3615.

La Rossa, Ralph. Conflict and power in marriage: Expecting the first child. Beverly Hills, CA: Sage, 1977.

Leifer, Myra. Psychological effects of motherhood: A study of first pregnancy. New York: Praeger, 1980.

Lenkins, Pamela W. Conflicts of a secundigravida. Maternal-Child Nursing Journal, 1976, (Sum), 5(2), 117-126.

Lewis, M., & Weinraub, M. The father's role in the child's social network. In M.E. Lamb (Ed.), The role of the father in child development. New York: Wiley, 1976.

Lidz, Theodore. The effects of children in marriage. In Rosenbaun, Salo and Alger (Eds.), The marriage relationship: Psychoanalytic perspectives. New York: Basic Books, 1968.

Liebenberg, Beatrice. Expectant fathers. In Shereshefsky and Yarrow (Eds.), Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation. New York: Raven Press, 1973.

Lightfoot, Eleanor, et al. Characteristics distinguishing high anxious and medium/low anxious women during pregnancy. Journal of Psychosomatic Research, 1982, 26(3), 345-350.

Luckey, E.G., & Bain, J.K. Children: A factor in marital satisfaction. Journal of Marriage and the Family, 1970, 32, 18.

Mann, E.C. Psychiatric investigation of habitual abortion, preliminary report. Obstetric Gynecology, 1956, 7, 589.

May, Katharyn A. Factors contributing to first-time father's readiness for fatherhood: An exploratory study. Family Relations: Journal of Applied Family and Child Studies, 1982, (Jul), 31(3), 353-361.

McDonald, R.L. Relations between maternal anxiety and obstetric complications. Psychosomatic Medicine, 1963, 25, 356.

McDonald, R.L. Personality characteristics in patients with three obstetric complications. Psychosomatic Medicine, 1965, 27, 383.

McDonald, R.L. The role of emotional factors in obstetric complications: A review. Psychosomatic Medicine, 1968, 30, 222.

Minuchin, Salvador. Families and family therapy. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1974.

Meyerowitz, Joseph H. Satisfaction during pregnancy. Journal of Marriage and the Family, 1970, (Feb), 32(1), 38-42.

Netter, P. Psychosomatic complaints and patterns of reproductive history. Journal of Psychosomatic Research, 1977, 21(2), 105-113.

Oakley, Ann. Becoming a mother. New York: Schocken Books, 1980.

Oakley, Ann. Women confined: Toward a sociology of childbirth. New York: Schocken Books, 1979.

Osborne, D. MMPI changes between the first and third trimester of pregnancy. Journal of Clinical Psychology, 1978, 34, 92.

Pedersen, F.A., Anderson, B.J. & Cain, R.L. An approach to understanding linkages between the parent-infant and spouse relationships. Symposium The Family System: Networks of interactions among father, mother and infant. Biennial Meeting, Society for Research in Child Development, New Orleans, 1977.

Peterson, Gail, et al. The role of some birth-related variables in father attachment. American Journal of Orthopsychiatry, 1979, (Apr), 49(2), 330-338.

Pincus, L. & Dare, C. Secrets in the family. New York: Harper and Row Publishers, 1978.

Poncelet, Noelle. A family systems view of emotional disturbances during pregnancy. Clinical Social Work Journal, 1983, 11(1), 64.

Pope, Donna, et al. Social evaluations of a woman with a problem pregnancy: Effects of marital status, birth or abortion solution and sex of respondents. Psychological Reports, 1978, (Feb), 42(1), 39-47.

Rollins, B.C. & Feldman, H. Marital satisfaction over the family life cycle. Journal of Marriage and the Family, 1970, 32, 20.

Rossi, A.S. Transition to parenthood. Journal of Marriage and the Family, 1968, 30, 26.

Rubin, R.A. Maternal tasks in pregnancy. Maternal-Child Nursing Journal, 1975, 4(3), 143.

Rubinstein, A. A longitudinal study of psychological changes occurring during pregnancy. Dissertation Abstracts International, 1977, (Dec), 38(6-B), 2884.

Russell, C.S. Transition to parenthood: Problems and gratifications. Journal of Marriage and the Family, 1974, 36, 294-302.

Schaefer, Earl & Manheimer, H. Dimensions of perinatal adjustment. Paper read at the Eastern Psychological Association, New York, April 1960.

Shereshefsky, Pauline & Yarrow, Leon. Psychological aspects of a first pregnancy and early post-natal adaptation. New York: Raven Press, 1973.

Spanier, G.B. Measuring dyadic adjustment: New scale for assessing the quality of marriage and similar dyads. Journal of Marriage and the Family, 1976, 38, 15.

Soule, Bradley. The pregnant couple. Paper presented in Symposium: Parents and Infants: An interactive network. Annual Meeting American Psychological Association. New Orleans, 1974.

Swain, Mary A. Husband-wife patterns of interaction at three stages of marriage. Dissertation Abstracts International, 1970, (Aug), 31(2-B), 904-905.

Tylden, E. Hyperemesis and physiological vomiting. Journal of Psychosomatic Research, 1968, 12, 85.

Uddenberg, N., Nilsson, A. & Almgren, P. Nausea in pregnancy: Psychological and psychosomatic aspects. Journal of Psychosomatic Research, 1971, 15, 269.

Uddenberg, N., Fagerstrom, C.F. & Hakanson-Zaunders, M. Reproductive conflicts, mental symptoms during pregnancy and time in labor. Journal of Psychosomatic Research, 1976, 20(6), 575.

Wenner, Kaomi K., et al. Emotional problems in pregnancy. Psychiatry, 1969, 32(4), 389-410.

Wente, A.S. & Crockenberg, S.B. Transition to fatherhood: Lamaze preparation, adjustment difficulty and the husband-wife relationship. Family Coordinator, 1976, 25, 351-357.

Williams, C. Pregnancy and life change. Journal of Psychosomatic Research, 1975, 19, 123.

Wirsching, M. & Stierling, H. Family dynamics and family psychotherapy of psychosomatic disorders. Psychotherapy and Psychosomatics, 1979, 32(1-4), 128-133.

Wolkind, Stephen & Zajicek, Eva. Psycho-social correlates of nausea and vomiting in pregnancy. Journal of Psychosomatic Research, 1979, 22(1), 1-5.

Zajicek, Eva & Wolkind, Stephen. Emotional difficulties in married women during and after the first pregnancy. British Journal of Medical Psychology, 1978, (Dec), 51(4), 379-387.

TRAB
PS987
M2
e.2

UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACION
ESCUELA DE PSICOLOGIA.

"AJUSTE MATRIMONIAL EN PAREJAS QUE ESPERAN EL NACIMIENTO DE UN HIJO Y SU RELACION A LAS COMPLICACIONES DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO".

TRABAJO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA SER ASCENDIDO A PROFESOR ASISTENTE.

POR:
EMMA MEJIA DE LANCARA, M.F.T.
PROFESOR INSTRUCTOR DE LA ESCUELA DE PSICOLOGIA SEMINARIO TERAPIA FAMILIAR
MARZO 1987.

RESUMEN

Esta investigación intento estudiar la relación entre el ajuste marital de parejas que esperan un hijo y las complicaciones de la mujer en el embarazo. Treinta y tres mujeres embarazadas respondieron el cuestionario de investigación del embarazo (CIE) y la escala de ajuste diadico (EAD) en la oficina de su obstetra. A los maridos se les envio una copia de la escala de ajuste marital, y veinte y dos de ellos la respondieron. Se encontraron coeficientes de correlación producto-momento de Pearson estadísticamente significativos entre los puntajes de las esposas en la sección problemas de salud del CIE y la EAD (-. 61), entre los puntajes de las esposas en la sección de sentimientos y actitudes del CIE y el EAD (-. 52), y entre los puntajes totales de las esposas en el CIE y el EAD (-. 64). Las correlaciones calculadas usando los puntajes totales de los maridos en la EAD no resultaron significativas estadísticamente. Al intercorrelacionar las sub-escalas y escalas totales de ambos instrumentos se encontraron 21 coeficientes de correlación estadísticamente significativos al usar los puntajes de las esposas. Utilizando los puntajes de los maridos solo cinco coeficientes fueron significativos.

Se concluyó que las mujeres embarazadas que experimentan un grado mayor de complicaciones en el embarazo tendían a tener un grado menor de ajuste marital. Las mujeres embarazadas que tuvierón más problemas de salud, más temores por su persona y por los bebes que esperaban y que tendieron a sentirse más irritables y deprimidas, estaban menos satisfechas en sus matrimonios, estaban en desacuerdo con sus maridos y experimentaban expresiones de afecto limitadas. Así mismo, los esposos de las embarazadas que tenían más problemas de salud, más depresión y temores por los bebes, percibían un menor grado de acuerdo en su matrimonio en áreas de importancia. Aquellos esposos que percibían distancia y una falta de intereses comunes en sus matrimonios tenían esposas más temerosas por los bebes que esperaban.

INTRODUCCION

Las complicaciones en el embarazo es una área de estudio - ampliamente investigada en los últimos treinta años. Su significado en la mujer embarazada se ha enfatizado y estudiado con modelos individuales psicodinámicos. Sin embargo, la importancia del padre en esta etapa ha sido descalificada al igual que el significado interpersonal que tiene el embarazo para la pareja y la familia.

No obstante, numerosos estudios han señalado la relevancia de la dimensión marital en el embarazo y sus complicaciones.

Berle (1954), Mann (1956) y Gunter (1963) coincidieron al encontrar en sus respectivas investigaciones, que las mujeres que desarrollaban complicaciones en el embarazo, carecían del - apoyo de sus esposos y les faltaba la certeza de la disponibilidad de éstos hacia ellas para darle apoyo o ayuda.

Zuckerman et al (1963) encontraron coeficientes de correlación significativos entre los problemas somáticos del embarazo y el conflicto marital en una muestra de 52 primíparas.

Heinstein (1967) encontro que las mujeres que tenían actitudes positivas hacia el sexo, tenían menos ansiedad, menos problemas psicosomáticos en el embarazo, menos temores por sus personas y sus bebes y actitudes más positivas hacia su embarazo.

Wenner et al (1969) condujo un estudio en el cual se inves

tigaron numerosas variables en relación a las complicaciones del embarazo. Estos autores encontraron que aunque variables tales como: motivación hacia el embarazo, solidez de la identidad femenina, ajuste de personalidad, y relación con los padres, estaban significativamente relacionadas con las dificultades en el embarazo, la variable más significativa para predecir la adaptación de una mujer al embarazo era sin duda la calidad de la relación marital.

Sherefhesky y Yarrow (1973) hipotetizaron que había una relación negativa significativa entre la adaptación de la mujer al embarazo y su ajuste marital. Estos autores encontraron apoyo a su hipótesis a través de observaciones clínicas, pero no pudieron confirmarla cuando midieron y correlacionaron estas variables.

Grossman et al (1980), condujeron una investigación extensa acerca del embarazo y del proceso de ser padres en una muestra de 84 parejas casadas. Utilizando datos clínicos e instrumentos psicométricos encontraron que varios aspectos del matrimonio de las parejas eran predictores de síntomas físicos y emocionales en el embarazo.

Estos estudios sugieren que el componente interpersonal de la relación marital esta relacionado a las complicaciones en el embarazo. Sin embargo este cuerpo de investigaciones no es concluyente, ya que presenta algunas debilidades metodológicas.

Hay estudios que se han basado exclusivamente en observaciones y entrevistas clínicas. Otros han utilizado instrumentos de medida elaborados por los investigadores sin documentar acerca de su confiabilidad y validez. Algunos han encontrado resultados contradictorios, y en otras, los investigadores han

mantenido una relación terapeútica con los sujetos de la muestra durante el período de la investigación.

El presente estudio también intento determinar si el grado de ajuste marital en parejas que esperan un hijo se relaciona con el grado de complicaciones que experimenta la esposa durante el embarazo.

Se usaron instrumentos de medida altamente confiables y válidos para presentar una evidencia más fuerte del grado de relación entre las variables.

Se hipotetizo que a mayor grado de ajuste marital menor el grado de complicaciones experimentadas por la mujer embarazada. Si el embarazo es una etapa de cambios profundos y de retos para la familia, las parejas mejor ajustadas deben ser más capaces de lidiar con las tareas evolutivas efectivamente. El fracaso en manejar estas tareas podría resultar en un aumento de tensión y ansiedad que tal vez se exprese a traves de los síntomas de la mujer embarazada.

Para comprender más a fondo las bases teóricas de esta hipótesis presentaremos a continuación el modelo del ciclo de la vida familiar. El embarazo será conceptualizado como un evento relacional, interpersonal, que se relaciona con el grado de éxito que haya alcanzado la pareja al lidiar con tareas evolutivas previas.

Estas tareas evolutivas serán explicadas a través de tres enfoques en terapia familiar: Teoría de sistemas familiares de

Murray Bowen, Teoría Estructural de Salvador Minuchin, y Teoría Contextual de Ivan Boszormenyi-Nagy.

Se espera que este estudio supere algunas dificultades metodológicas de las investigaciones que lo preceden, que estimule la implementación de la terapia marital y familiar en parejas/familias en las que la mujer embarazada este experimentando complicaciones, que aliente el desarrollo de acciones preventivas y que genere más investigaciones en esta importante área de estudio.

MARCO TEORICO

EL EMBARAZO COMO UN EVENTO EVOLUTIVO EN EL CICLO DE LA VIDA FAMILIAR.

Cuando una pareja espera el nacimiento de su primer hijo hay dos tareas fundamentales que deben ser resueltas en esta etapa:

1). Trabajar el proceso de renuncia a su exclusiva relación diádica.

2). Desarrollar habilidades parentales.

Algunos autores han considerado difícil la transición de ser un grupo de dos para convertirse en un grupo de tres.

Pincus y Dare (1978) sugirieron que esta transición puede evocar en cada esposo sentimientos experimentados muy temprano en la vida cuando cada uno de ellos tuvo que compartir su propia madre.

El nivel de resolución adecuada que se haya obtenido al lidiar con esta tarea de la infancia, determina que tan efectivamente se enfrentara el embarazo y los años de crianza de los hijos.

Los autores mencionados señalan que dado que la madre y el niño están más cerca en el embarazo y el primer año de vida, la madre experimenta menos dificultades renunciando a su relación de dos, que el padre. Este, puede sentirse aislado o dejado de lado:

> " Mientras que la nueva madre puede re-capturar el sentido de díada cercana en relación a su bebe, el nuevo padre tendrá que lidiar con un sentimiento de pérdida hasta que la familia encontrando un lugar para él, pueda crear una nueva relación de tres" (Pincus y Dare, 1978, p.48).

Esta inclusión del padre no solo lo ayudará a él a - sentirse importante sino que también ayudará a la madre. Esta última necesida de su apoyo para llevar a cabo sus funciones maternales y para cumplir con los retos de la maternidad.

Así mismo, cuando una pareja espera al llegada de un nuevo hijo, pero ya existen otros niños en la familia las tareas evolutivas durante el embarazo variarán un poco. Debido a que la pareja ya tiene alguna experiencia como padres, la ansiedad asociada a una situación nueva se verá disminuída. No obstante la llegada de un nuevo miembro requerirá una reorganización familiar:

a). Los padres deberán intensificar su compromiso a la familia nuclear.

b). Los padres deberán enfrentar un reto mayor de preservar su relación de esposos aunque las exigencias de la familia en sus roles como padres aumente.

c). Los padres deberán promover y manejar la inclusión del nuevo miembro en el sub-sistema de hermanos.

d). Los hermanos tendrán que acomodarse a la llegada del bebé, lo que implica para ellos recibir menos atención, si bien se beneficiran de este nuevo com-

pañeros generacional a largo plazo.

Sin embargo, es la calidad de la relación marital lo que determinará significativamente el grado de éxito de esta etapa. Si el matrimonio se caracteriza por poseer intimidad, la pareja será capaz de manejar las exigencias evolutivas con efectividad.

Para comprender mejor como la calidad del matrimonio puede relacionarse con el grado de éxito de la pareja en esta etapa, examinaremos a continuación tres enfoques teóricos de terapia familiar: Teoria Familiar de Bowen, Teoria Estructural de Minuchin y Teoria Contextual de Nagy.

TEORIA DE BOWEN:

Según Murray Bowen (1978) los dos esposos comienzan el matrimonio con "Niveles de diferenciación del yo" desarrollados en sus familias de origen. El concepto de "diferenciación del yo" define hasta que punto hay "fusión o diferenciación" entre el funcionamiento emocional e intelectual de un individuo.

En el extremo bajo de la diferenciación encontramos individuos cuyas emociones e intelecto están tan fusionados, que sus vidas estan dominadas por el "sistema emocional automático". Estas personas son menos flexibles y más dependientes emocionalmente en otros. También son más propensos a la disfunción.

Las personas mejor diferenciadas enfrentan mejor las tensiones de la vida porque su funcionamiento intelectual es más autónomo en periodos de stress. Entre ambos extremos de diferenciación hay un número infinito de combinaciones entre funcionamiento emocional e intelectual, esto es, hay una variedad de niveles de diferenciación del yo.

Según Bowen, las personas seleccionan parejas que tienen el mismo nivel de diferenciación del yo. A menor el nivel de diferenciación más intensa es la fusión entre los esposos. Las parejas más diferenciadas tienen niveles de fusión menores y en consecuencia, menos complicaciones.

Bowen afirma que hay maneras diferentes para que los esposos enfrenten la fusión y la ansiedad que resulta. Estos mecanismos son:

1). Distancia Emocional

2). Conflicto Marital

3). Disfunción en un esposo

4). Daño en uno o en más hijos.

Así mismo, estos mecanismos serán puestos a funcionar cuando la pareja este bajo stress externo, independientemente de su fusión básica. Sin embargo, a menor nivel de diferenciación del yo, mayor el nivel de fusión y ansiedad y mayor el uso de estos mecanismos.

La distancia emocional es un compromiso hecho por los esposos para reducir la ansiedad que proviene del exceso de cercanía. La distancia puede alcanzarse a través de separación - física o siendo distante incluso en la presencia del otro, por ejemplo evitando hablar asuntos emocionales. Estas son parejas que no hablan de asuntos cargados de afectividad y que limitan el tiempo que están juntos.

Si una pareja que espera un hijo usa este mecanismo cuando las tensiones se incrementan en su relación, ellos podrán buscar apoyo externo de cualquier otra fuente. Así, no serán capaces de discutir sus temores anticipados hacia la paternidad, ni podrán trabajar apropiadamente su transición de díada a tríada.

La madre embarazada puede sobre-involucrarse en su proceso de embarazo y excluir al marido. Incluso, podrá apoyarse en su obstetra y al nacer el bebe quizá forme con él una relación simbiótica exagerada que le permita satisfacer sus necesidades de cercanía. Esto le impedirá al niño desarrollar una adecuada relación con su padre además de dañarlo en su proceso hacia la - autonomía.

Otro patrón que puede desarrollarse es el de intensa cercanía de la mujer embarazada con su familia extendida o a sus otros hijos en el caso que los haya.

En este caso el hombre también tendrá que buscar una fuente de apego para satisfacer sus necesidades de compañía. El podría buscar esto involucrandose en exceso con su trabajo o en una relación extramarital.

Cuando la pareja usa predominantemente el mecanismo "Conflicto Marital", los esposos tienen una relación intensa en la que ninguno cede y ninguno es capaz de asumir un rol adaptativo. Según Bowen, estos matrimonios tienen la relación más evidentemente intensa de todos.

El conflicto marital intenso interfiere con el desarrollo de la familia. Este es un período en el que la mujer embarazada ya esta dando mucho de si al llevar al bebe en su vientre. Ella podría exigir mucho más que lo acostumbrado y el esposo podrá rehusar a ceder a sus demandas. Si toda la energía se invierte en este proceso de quien da primero, poco se podrá conseguir en el ejercicio de habilidades parentales.

El conflicto marital intenso nos indica que la pareja tiene dificultades negociando. Durante el embarazo la pareja tiene que negociar roles cambiantes para acomodar el nuevo miembro. Si la negociación se ve impedida por peleas constantes, lo más probable es que empeore al nacer el bebe. Aun cuando en este tipo de matrimonio el niño esta menos dañado, ya que mucha "indiferenciación" es absorbida por el conflicto marital, también se ve afectado pues obtiene un paternaje deficiente.

La disfunción de un esposo es un mecanismo en el cual la tensión marital se reduce porque uno de los esposos cede, o renuncia a su desarrollo personal a expensas del otro (Kerr 1981). Bowen señala que aunque un esposo parezca más débil y el otro más fuerte, ambos están igualmente fusionados y tienen el mismo nivel de diferenciación del yo.

En períodos de stress cualquiera de los dos podría hacerse sintomático. Kerr (1981) ha señalado que estos síntomas se podrían manifestar como: enfermedad física, mental o como desordenes conductuales..

"El esposo que es vulnerable al desarrollo de síntomas es el que ha comprometido más su propio funcionamiento en un período extenso de tiempo para preservar la armonía del sistema. La persona comprometida puede ser el que ha tratado de sobrefuncionar o el que ha sido el sub-funcionador", (Kerr, 1981, - p. 244).

Durante el embarazo cualquiera de los esposos puede hacerse sintomático. La mujer embarazada puede experimentar una amplia gama de complicaciones de etiología compleja, pero desde el punto de vista sistémico el uso de este mecanismo en el matrimonio podría contribuír a mantener su sintomatología.

En este sentido los síntomas fisiológicos puede tener un - propósito para la pareja. Esta puede aliviar la ansiedad de la fusión a través de los síntomas de la embarazada. El esposo también puede convertirse en sintomático, e incluso, el desarrollo - de enfermedad mental en hombres durante el embarazo de sus esposas no es del todo infrecuente (Javer 1962).

Según Bowen, "el daño a uno o más niños" es un patrón en el cual los padres operan como un "Nosotros" para proyectar la indiferenciación a uno o más niños. Este mecanismo también ha sido denominado por Bowen "Proceso de Proyección Familiar".

"El proceso a través del cual la indiferenciación parental daña a uno o más niños opera dentro del triángulo padre-madre-hijo. Gira alrededor de la madre quien es la figura clave en la reproducción y quien usualmente es el principal cuidador del niño. Esto resulta en daño emocional primario en el niño, o puede sobre ponerse a algun defecto o alguna enfermedad física crónica. Existe en todas las gradaciones de intensidad, desde aquellas en las cuales el daño es mínimo a aquellas en las cuales el niño esta seriamente impedido para el resto de la vida. Este proceso es tan universal que se presenta en algun grado en todas las familias. "(Bowen, 1978, p.379).

Según Bowen este proceso esta relacionado con a) el nivel de diferenciación de los padres b) el número de niños y la distribución de las proyecciones en cada niño, c) el uso de otros mecanismos como conflicto marital, distancia emocional y disfunción en un esposo, d) la cantidad de ansiedad en el momento de la concepción, embarazo, y nacimiento e) la orientación de los padres hacia el matrimonio y la paternidad.

Por ejemplo si la pareja esta esperando a su primer hijo y utilizan este mecanismo preferentemente, este bebe puede convertirse en el objeto del proceso proyectivo. Como es el primer hijo no hay otros niños con quienes compartir la cantidad de indiferenciación que es proyectada. Podría hipotetizarse que si un embarazo esta cargado con un alto grado de ansiedad y stress, es muy probable que ese bebé sea el objeto de las proyecciones. "Los niños seleccionados para el proceso de proyección familiar son aquellos concebidos y nacidos durante stress en la vida de la madre; el primer hijo, el hijo o la hija mayor, un único hijo de cualquier sexo, uno que es emocionalmente especial para la madre, o uno que la madre cree que es especial para el padre. Entre niños especiales comunes están los hijos

únicos, el niño mayor, un solo niño de un sexo entre varios - del sexo contrario,o un niño con un defecto". (Bowen, 1978, - p. 380-381).

Se puede concluir que de acuerdo al enfoque Boweniano las tareas evolutivas de la etapa del embarazo, serán resueltas - más o menos efectivamente dependiendo de 4 factores principales:

a) El nivel de diferenciación de los esposos y el grado - de fusión.

b) La cantidad y calidad de stress externo que incide en su relacion.

c) La presencia de recursos emocionales que puedan ser - triangulados para satisfacer necesidades de cercanía y que al mismo tiempo permitan a la pareja disminuir la fusión y la ansiedad que le es asociada.

d) El uso de varios mecanismos en lugar de utilizar rígida y exclusivamente solo uno de ellos.

ENFOQUE ESTRUCTURAL

Según la perspectiva estructural (Minuchin, 1974) la llegagada del primer hijo no solo implica el convertirse en Tríada - sino que el sub-sistema marital debe acomodarse para desarrollar el sub-sistema Parental.

"Un nivel nuevo de formación familiar se alcanza con el na-

cimiento del primer niño. El sub-sistema de esposos en una familia intacta debe ahora diferenciarse para desempeñar las tareas de socializar un niño sin perder el apoyo mutuo que debe caracterizar al sub-sistema de esposos. Debe trazarse límites que permita al niño acceso a ambos padres pero que lo excluyan de las funciones de esposos" (Minuchin, 1974, p. 57).

Según Minuchin (1974) algunas parejas fracasan en la transición de sus interacciones a un grupo de tres. Usualmente el niño es involucrado en los conflictos del sub-sistema de esposos.

Las parejas que tienen dificultades en esta etapa son aquellas que no han resuelto exitosamente las tareas evolutivas correspondientes a la formación del sub-sistema de esposos. Según Minuchin (1974) estas tareas se refieren al desarrollo de patrones de complementariedad entre los esposos sin perder su individualidad, y al logro del establecimiento de límites que les protegen de la interferencia de otros sub-grupos.

"Ellos necesitan establecer límites que les resulten adecuados tanto dentro como alrededor de la relación marital. Idealmente, el límite entre ellos debe ser flexible pero a la vez lo suficientemente firme para permitir que los dos compañeros sientan que son parte de un "nosotros" sin tener que sacrificar su sentido de ellos mismos como una persona separada, un "yo". Los límites alrededor de la pareja idealmente son aquellos que les permiten intimidad y privacidad sin perturbar su conexión - con sus relaciones sociales y comunitarias y con cada una de sus familias de origen".

(Karpel, et al, 1983 p. 52).

Si el límite entre esposos es demasiado rígido la comunicación entre ellos será difícil. Durante el embarazo, un límite rígido entre los esposos impediría que estos discutieran asuntos sobre paternidad y maternidad, y que se dieran el apoyo que cada uno necesita en sus temores.

Si el límite entre esposos es difuso, y estos estan "Aglutinados" su "exploración autonoma" y su capacidad para resolver problemas se verá impedida. Durante el embarazo se acentuará la tensión en la pareja porque no serán capaces de resolver problemas competentemente.

Si el límite alrededor de la pareja es muy rígido, ellos no recibirán el suficiente apoyo que necesitan de otras fuentes, lo cual aumentará la tensión en su relación. Si por el contrario este límite es muy difuso, cualquiera de los dos puede sentirse apartado, y nunca aprenderan a enfrentar sus dificultades por si solos.

Por otra parte si la pareja ya tiene otros hijos, pero no ha logrado formar un sub-sistema parental adecuado, ni ha conseguido trazar límites claros o preservar su relación como esposos, entonces el embarazo y nacimiento de otro hijo solo intensificará los problemas, pudiendo la madre embarazada hacerse sintomática o cualquier otro miembro de la familia.

Se puede concluir desde el enfoque estructural, que la pareja que espera un bebé y que ha tenido éxito formando una alianza marital y desarrollando el sub-sistema de esposos probablemente será más capaz de desarrollar el subsistema parental, o de fortalecerlo en el caso de que ya hayan sido padres.

Si estas tareas no se logran resolver durante el embarazo, el paternaje del niño será probablemente ineficaz. Según Minuchin (1974) la claridad de límites y la presencia de una alianza estable entre los miembros de la pareja es un requisito para llevar a cabo adecuadamente las funciones parentales.

ENFOQUE CONTEXTUAL:

Karpel et al (1983) han resumido las tareas fundamentales de esta etapa de acuerdo al enfoque contextual:

> "Al nivel ético, la tarea básica de esta etapa involucra los esfuerzos de ambos esposos para balancear sus crecientes y complejas redes de obligación y merecimiento, en este punto obligaciones al niño, al esposo, a la familia de origen y a uno mismo". (Karpel, etal, 1983 p. 55).

Según Ivan Boszormenyi-Nagy, quien desarrollo el enfoque contextual, éstas tareas evolutivas pueden ser difíciles de alcanzar. La mujer embarazada gana merecimiento a través del proceso de ser quien lleva al bebé en su vientre. Ella puede sentirse "merecedora" y demandar de su esposo apoyo y cuidados. El esposo puede ser capaz de manejar este desbalance relacional transitorio, estando dispuesto a "dar" tanto a ella como al bebé y así ganar "merecimiento constructivo".

Sin embargo, la habilidad para alcanzar un balance justo de "Dar y recibir" durante esta etapa dependerá de la naturaleza de las "cuentas intergeneracionales" de cada esposo. Por ejemplo, si cualquiera de los esposos es "sobremerecedor destructivo" en su relación con sus padres, puede sentirse propenso a to

mar sin dar. Un desbalance permanente como este en la relación marital puede originar en los esposos una sensación de "explotación".

Nagy (1984) también explica que si el esposo que asume el papel de "explotador" y que es "sobremerecedor destructivo" no aporta nada a la relación o no recibe nada del otro restandole la oportunidad de dar algo, puede perder "merecimiento" en forma gradual y quedar "sin merecimiento". Esto es, si una persona impone sus términos en la relación, toma exclusivamente y no da nada, o da en sus términos pero no recibe y descalifica cualquier aporte del otro para mantener la relación balanceada, entonces no ganará "merecimiento constructivo" sino que perdera "merecimiento" y esto lo hará vulnerable a la depresión, a la ansiedad y a los desordenes psicosomaticos.

Siguiento el pensamiento de Nagy, podría hipotetizarse que una mujer embarazada que "toma" exclusivamente de su marido, que lo "explota" sin hacer esfuerzos por contribuir, puede correr el riesgo de complicaciones en el embarazo al perder "merecimiento". Así mismo puede perder merecimiento y desarrollar problemas, si ella define los términos de la relación y se empeña en dar y hacer todo, negandose a recibir o a reconocer los esfuerzos que su marido hace.

De igual manera, el esposo que no es capaz de "dar" a su esposa embarazada, o que da excesivamente y no la deja a ella sentirse útil, tambien estará en riesgo de desarrollar una enfermedad, sentimientos de culpa severos o de presentar conductas inapropiadas. Esto podría explicar hasta cierto punto algunos casos no tan infrecuentes en los que un marido que no apoya a su esposa se queda bebiendo en un bar con sus amigos mientras que

está, en trabajo de parto.

Así como se ha señalado al examinar otros enfoques teóricos, el éxito de una pareja para alcanzar en esta etapa un balance justo de dar y recibir, dependerá de que tan bien hayan resuelto tareas evolutivas previas.

"Cuando un hombre y una mujer contemplan casarse, su lealtad hacia su unidad de familia nuclear debe crecer en tal importancia que superen sus lealtades originales".
(Boszormenyi-Nagy y Spark, 1973 p. 103).

Según Nagy, et al (1973) si los compromisos de lealtad invisibles a la familia de origen no son negociados, tenderan a interferir en el compromiso de la pareja hacia su matrimonio y hacia la paternidad.

Los lazos de lealtad pueden caracterizarse por una sensación profunda de "obligación" a nuestros padres que nos impide cumplir con las exigencias y expectativas de nuestro esposo o hijos. Si un esposo se siente profundamente endeudado a sus padres, podría tender a darles a ellos a expensas de su propio esposo o hijos.

En otros casos, la imposibilidad de "pagar" o de ofrecer el debido apoyo a nuestros padres podrá incrementar nuestra "devoción a los hijos:

"El patron más respetable y lógico intrínsicamente para aliviarnos de las obligaciones con nuestros padres es el ser padres -

al convertirse en padre el adulto joven gana una excusa para desviar sus obligaciones al niño en vez de al padre. Sin embargo, esta forma de resolución esta lejos de ser tan exitosa como parece en nuestras ficciones de la paternidad. El asumir que el joven padre puede pagar a sus padres(completamente) a través de su dar a la generación subsiguiente, es incorrecto, basado en una negación parcial, y por tanto condenado a llevarlo a conflictos futuros". (B. Nagy y Spark - 1973, p. 107).

Nagy et al (1973) explica que hasta cierto punto todos los matrimonios pueden estar sobre cargados con las "cuentas no arregladas de lealtad" que tienen los esposos con su familia de origen.

"Mientras más se nieguen desesperanzadamente tales lealtades, más sobrecargaran éstas las cuentas ocultas de los roles maritales y parentales de la familia nuclear "(B. Nagy y Spark, p. 134).

Nagy, et al (1973) describe el fenómeno de la "Pizarra giratoria" en el cual las "cuentas no arregladas y negadas" entre el nuevo padre y sus propios padres, pueden girar e interferir entre este y una tercera persona. En otras palabras una tercera persona "inocente" puede ser usada para balancear la cuenta.

En este sentido un padre puede usar su relación con su esposa o hijo para "rebalancear" las cuentas no arregladas con la generación previa. Si el padre o madre fue "explotado" y es un "merecedor destructivo" puede entonces "explotar" a su esposa o esposo y a su hijo para recibir de ellos lo que no recibió de sus propios padres.

Si el padre o la madre se sienten "endeudados" y no son capaces de "pagar" a sus padres, pueden tender a "Dar en demasía" a sus hijos y esposo. El "Dar en demasía" puede atar a los niños y/o al conyuge con "Obligaciones culpabilizadoras" impidiendoles ganar merecimiento constructivo y desarrollarse autonomamente.

Las implicaciones de la "Pizarra giratoria" durante las etapas del embarazo y la maternidad también han sido señaladas por Karpel, et al (1983):

"Si ya existe el potencial para que colidan los merecimientos cuando la pareja se casa, se incrementará con la llegada del hijo, cuyo merecimiento natural de cuidados, devoción y protección puede entrar en conflicto con las propias necesidades de los padres de ser cuidados y con sus agotadas reservas para dar y cuidar "(Karpel el al 1983 p. 55).

Podemos concluir que según el enfoque contextual la habilidad de la pareja para resolver las tareas evolutivas de esta etapa dependera de que tanto éstos hayan enfrentado las cuentas familiares y se hayan preocupado por el balance justo de las cuentas no resueltas con la familia de origen. El lograr esta tarea los capacitará para intensificar su compromiso. Este proceso permitirá un balance más justo en su relación y su proceso de paternidad.

Finalmente podríamos resumir los aportes de estos autores concluyendo que cada constelación familiar tendrá que enfrentar y lidiar con una situación muy especifica que dependera de:

a) Cuantos niños hay en la familia

b) Su sexo y edades,

c) La diferencia de edades entre ellos,

d) La disponibilidad de recursos de apoyo en la comunidad y la familia extendida.

Más importante es sin embargo, el grado en el cual la familia haya resuelto las tareas evolutivas previas: a) Claridad de límites entre sub-sistemas y alrededor de la familia nuclear, - b) diferenciación de nuestra familia de origen, c) grado de intimidad en la relación marital, d) habilidad de los padres para ser padres, nutrir y dar a sus niños y el uno al otro, lo cual depende de su propio nivel de diferenciación del yo, de la cantidad y calidad del paternaje que recibieron como hijos y de la disponibilidad de otros recursos de apoyo y confianza.

METODO

Problema: ¿Existe una relación significativa entre el ajus marital de parejas que esperan un hijo y las complicaciones de la mujer en el embarazo?

Hipotesis General:

A mayor grado de ajuste marital menor grado de complicaciones en la mujer durante el embarazo.

DEFINICION DE VARIABLES

Ajuste Marital:

Es un producto de la interacción entre esposos, que se alcanza a través de un proceso balanceado de cercanía manteniendo cada uno su autonomía e individualidad. Requiere del compromiso de ambas partes hacia la relación e incluye la habilidad de los esposos para negociar y comunicarse efectivamente, el mostrarse afecto, el darse apoyo mutuo y el lograr compartir principios, valores e intereses.

El ajuste marital será medido a través de la Escala de Ajuste Diádico (EAD) de Spanier (1976).

Complicaciones en el Embarazo:

Se refiere a complicaciones tales como: aborto habitual -

hiperemesis gravídica, parto prematuro, toxemia, y dificultades en el trabajo de parto. Incluye la exacerbación de síntomas comunes del embarazo tales como: dificultad para dormir, vómitos, acidez, nausea, estreñimiento, dolores de espalda, micción frecuente, respiración entre cortada, pérdida o ganancia de peso, fatigabilidad, sudoración y experiencias subjetivas de ansiedad, temores de perder el bebe, temores por su propia salud y la del bebe, irritabilidad, dependencia y depresión. Existen síntomas y complicaciones que pueden originarse por algunas enfermedades: diabetes, hipertensión, infecciones o cervix incompetente. También pueden originarse por el uso de drogas y alcohol por parte de la madre o por su edad, La presencia de estas complicaciones determinaran si el embarazo es de alto riesgo, riesgo moderado o sin riesgo.

Las complicaciones en el embarazo serán medidas a través del cuestionario de investigación del embarazo (CIE), Schaefer y Manheimer (1960).

CONTROL DE VARIABLES

Variables controladas por azar:

Nivel educativo, nivel socio-económico, riesgo del embarazo, edad, paridad, años de casados, historia de abortos previos, trimestre del embarazo, etnicidad.

Variables controladas por igualación: Estado civil, uso de drogas, uso del alcohol, uso del cigarrillo, sexo.

DISEÑO

Se utilizo un diseño ex-post facto.

SUJETOS

La muestra consistió de 33 mujeres embarazadas, casadas, y 22 esposos, todos participaron voluntariamente.

Esta muestra es representativa de una población de parejas embarazadas casadas, jovenes, norteamericanas, de raza - blanca, de nivel socio-económico medio-alto, con o sin niños, que viven en la ciudad de Filadelfia, EEUU.

Las mujeres estaban en cualquiera de los tres trimestres del embarazo, sus edades se distribuían entre 17 y 44 años y sus embarazos estaban clasificados como "alto riesgo" "riesgo moderado" y "sin riesgo".

Su nivel educativo variaba desde noveno grado de la Escuela secundaria a maestría universitaria. La mayoría de ellas eran amas de casa desempleadas.

Los esposos estaban todos empleados y su nivel educativo variaba de décimo grado de la escuela secundaria a doctorado (universitario).

La gran mayoría eran profesionales con un ingreso mensual promedio de U$ 1.500.

La mayoría de las parejas eran propietarios de su vivienda.

PROCEDIMIENTO

A las mujeres embarazadas que asistián a una visita regular con su obstetra se les pedía que participaran en el estudio.

Se les informaba acerca del propósito del estudio y de la naturaleza de su participación en el mismo.

A las mujeres que aceptaban participar se les aplicaba el cuestionario de investigación del embarazo, desarrollado por Schaefer y Manheimer (1960) y la Escala de ajuste diádico desarrollada por Spanier (1976) antes de que les llegará su turno de ser atendidas por el médico.

Luego de haber completado los cuestionarios se les daba una copia de la escala de ajuste diádico para que lo llevaran a su casa. Se esperaba que los esposos llenaran esta escala y la devolvieran por correo en un período de una semana. Los sobres ya tenían escrita la dirección del investigador y las estampillas ya estaban colocadas, así que solo debían depositar los sobrescerrados en cualquier buzón del correo. Veintidos esposos devolvieron la escala llena.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Ajuste Matrimonial:

El grado de ajuste marital fue medido por la escala de ajuste diádico (EAD) desarrollada por Spanier (1976). Consiste de 32 items distribuídos en cuatro sub-escalas: Consenso diádico, expresión afectiva, satisfacción diádica y cohesión diádica.

Spanier (1976) ha reportado que la confiabilidad (dos - mitades) de la escala completa es de .96. Para cada sub-escala la confiabilidad obtenida por el método de dos mitades es: consenso diádico .90, expresión afectiva .73, satisfacción diádica . 94, y cohesion diádica. 86.

La validez de contenido de la escala se determino por - acuerdo entre jueces. Para determinar la validez empírica de la escala Spanier (1976) administro la escala a una muestra de parejas casadas y divorciadas, encontrando diferencias estadísticamente significativas (p. .001) entre las dos muestras en cada uno de los items. Además, las medidas de los - puntajes totales fueron estadísticamente diferentes al nivel de significación de 0.001.

La validez de constructo se estimo correlacionando la - escala con la escala de ajuste marital de Locke-Wallace. (Validez convergente). Spanier (1976) obtuvo coeficientes de - correlación de .86 en muestras de parejas casadas, y de .88 con muestras de parejas divorciadas, ambos coeficientes sig-

nificativas al nivel de significación del 0.001.

La validez de constructo fue finalmente corroborada a través de un análisis de factores de la escala final de - 32 items.

Complicaciones en el embarazo

El nivel de complicaciones en el embarazo fue medido por el cuestionario de investigación del embarazo (CIE) de sarrollado por Schaefer y Manheimer (1960).

Esta escala consiste de cinco secciones pero en este estudio solo se administraron dos de ellas: Problemas de salud durante el embarazo, (46 items) y sentimientos y actitudes acerca del embarazo, que consiste de 53 items agrupados en cinco sub-escalas:temores por si misma, temores por el - bebé, dependencia, depresión y ensimismamiento, irritabilidad y tensión.

Schaefer y Manheimer (1960) reportan que la confiabilidad por consistencia interna de la sección de salud es - de .88 y la sección de sentimientos y actitudes es de .87. En esta última sección se encontró que para cada sub-escala los coeficientes de confiabilidad varian desde .67 (temor - por sí misma) a .94 (dependencia).

La validez de la sección de salud se determinó por su habilidad de discriminar entre mujeres con complicaciones en el embarazo y mujeres que no presentaban complicaciones, de

acuerdo al juicio clínico del médico.

La validez de la sección de sentimientos y actitudes se establecio correlacionandola con algunas sub-escalas del - MMPI (Heinstein, 1967).

Análisis de Datos

Las medidas de las variables independiente y dependiente fueron correlacionadas estadísticamente utilizando coeficiente de correlación Producto-momento de Pearson.

RESULTADOS

Se encontraron coeficientes de correlación estadísticamente significativos ($p < .01$) entre los puntajes de las mujeres en la sección de salud del CIE y la EAD (- .61), entre los puntajes de las mujeres en la sección de sentimientos y actitudes del CIE y la EAD (- .52) y entre los puntajes totales de las mujeres en el CIE y el EAD (.- 64).

Las correlaciones calculadas utilizando los puntajes totales de los esposos en la EAD, no resultaron estadísticamente significativas.

Los puntajes obtenidos por sub-escalas y escalas totales - de ambos cuestionarios fueron intercorrelacionados, obteniendo-se significación estadística en 21 coeficientes al usar los puntajes de las mujeres (tabla I). Al usar los puntajes de los maridos solo 5 coeficientes resultaron estadísticamente significativos (Tabla II).

Al utilizar los puntajes de las mujeres se encontro que los correspondientes a la EAD total y a sus sub-escalas consenso - diádico y satisfacción diádica, en conjunción con el CIE total, y sus sub-escalas temor por el bebe, tensión e irritabilidad, y depresión y ensimismamiento, mostraron el mayor número de relaciones estadísticamente significativas con otras escalas y sub-escalas. Los puntajes correspondientes a la sección de salud, y a el CIE total arrojaron los coeficientes de correlación más altos con la EAD total. (tabla I).

TABLA 1

Intercorrelación entre sub-escalas y escalas totales usando los puntajes de las esposas

EAD	Problemas de Salud	CIE Sentimientos y actitudes en el embarazo						Escala total
		Temores por si mismas	Dependencia	Temores por el bebe	Irritabilidad y tensión	Depresión	Escala total	
		esposas (N=33)						
Consenso diádico	.43*	.33*	.11	.55**	.33*	.45**	.52**	.51**
Expresión afectiva	.22	.10	.11	.35**	.43*	.51**	.44**	.40*
Satisfacción diádica.	.51**	.23	.13	.44**	.35*	.34*	.42*	.54**
Cohesión diádica	.28	.17	.16	.11	.13	.23	.16	.25
Escala total	.61**	.30	.07	.53**	.37*	.48**	.52**	.64**

Nota: A mayor puntaje en la EAD, menor puntaje en el CIE todos los coeficientes obtenidos son negativos y el signo ha sido omitido en esta tabla.

* $p < .05$ dos colas. ** $P < .01$, dos colas.

TABLA 2

Intercorrelación entre sub-escalas y escalas totales usando los puntajes de los esposos en el EAD.

EAD	Problemas de salud	Sentimientos y actitudes en el embarazo						Escala total
		Temores por si mismas	Dependencia	Temores por el bebé	Irritabilidad y tensión	Depresión	Escala total	
Consenso diádico	-.45*	-11	.06	-53*	-39	-46*	-.34	-49*
Expresión afectiva	- 01	.10	-.20	.20	.09	.09	-.10	.06
Satisfacción diádica.	- 09	-17	- 28	-37	-.13	-.33	-.17	-.12
Cohesión diádica	-.30	-39	.05	-.52*	-.08	-.20	-.30	-.40
Escala total.	-.33	-.20	-.30	-.10	-.20	-.31	-.34	-.39

Nota: A mayor puntaje en el EAD, menor el puntaje en el CIE:
*$P < .05$, dos colas, ** $p < .01$, dos colas.

Al utilizar los puntajes de los maridos, las sub-escalas consenso diádico y temor por el bebé mostraron el mayor número de correlaciones estadísticamente significativas con otras escalas y sub-escalas.

El coeficiente de correlación entre las dos sub-escalas mencionadas, resulto ser el más alto que se obtuvo al emplear los puntajes de los maridos. (tabla 2).

DISCUSION

Los datos apoyan la hipótesis enunciada que expresa que a mayor nivel de complicaciones en la mujer embarazada, menor el nivel de ajuste en la pareja.

Las mujeres embarazadas que tuvieron más problemas de salud, más temores por su persona y por sus bebes aun sin nacer, y que se sintieron más irritables y deprimidas, tendieron a estar menos satisfechas en su matrimonio, a discrepar más con sus esposos y experimentaron expresiones afecto limitadas. Así mismo, los esposos que percibieron una falta de consenso en su matrimonio, tienen esposas que tienden a tener más problemas de salud, más temores por sus bebes que estan por nacer, y más depresión. Es interesante señalar que los esposos que percibieron distancia y falta de intereses compartidos en sus matrimonios, tenían esposas más temerosas por sus bebes que estaban por nacer.

Los resultados de este estudio apoyan las investigaciones realizadas que sugerían que las mujeres que desarrollaban

complicaciones en el embarazo carecían del apoyo de sus maridos y de la certeza de su disponibilidad hacia ellas (Mann - 1956, Berle et al 1954 , Gunter 1983). Así mismo, las altas correlaciones encontradas en este estudio se relacionan con el estudio de Wenners et al (1969) quienes encontraron que - el predictor más significativo del ajuste de una mujer al embarazo es la calidad de la relación marital.

La hipótesis de Shereshefsky y Yarrow (1973) que enunciaba que había una relación negativa entre adaptación de la mujer al embarazo y el ajuste marital, también es confirmada por los hallazgos del presente estudio. Shereshefsky y Yarrow (1973) formularon esta hipótesis a través de su trabajo clínico pero no pudieron confirmarla al medir y correlacionar estas variables.

Estos resultados también corroboran:

Las observaciones clínicas de Deutscher (1970) quien - enunció que las parejas que tenían matrimonios conflictuados tenían dificultades durante el embarazo, particularmente estas mujeres presentaban mayores niveles de ansiedad y temores que las mujeres que tenían una relación bien ajustada.

Los hallazgos de Grossmann et al (198) quienes concluyeron que variados aspectos de los matrimonios de las mujeres eran predictores de los síntomas físicos y emocionales en el embarazo.

De este campo de investigaciones surgen sólidas evidencias que la relación marital es una variable significativamente relacionada a las complicaciones en el embarazo. Además, este cuerpo de investigaciones también parece apoyar las formulaciones teóricas de Carter y Mc Goldrick (1980) y Karpel (1983), - quienes han enfatizado la importancia del matrimonio durante el embarazo dentro del marco conceptual del ciclo de la vida familiar.

De acuerdo a Carter y Mc Goldrick cada etapa de desarrollo en el ciclo de la vida familiar impone algunas tareas evolutivas que deben ser resueltas por la familia.

Deben ocurrir cambios significativos en el sistema familiar para lograr lidiar exitosamente con las exigencias del desarrollo. El fracasar con estas tareas en una etapa interferirá con la habilidad de la familia para moverse hacia adelante en el ciclo de la vida familiar, o de lidiar exitosamente con las exigencias de las etapas sub-siguientes.

Si esto fuera así, no sería sorprendente, que las parejas que no hayan resuelto las tareas evolutivas del matrimonio eficazmente, serán quienes tengan más complicaciones durante la - etapa del embarazo. En otras palabras, para una pareja que - aún esta luchando por resolver las tareas evolutivas de una etapa previa, el reto del embarazo debe presentarse como un evento más tensionante que para una pareja que ya ha resuelto adecuadamente las exigencias evolutivas previas. El aumento de tensión que trae el embarazo tenderá a ser peor manejado por una pareja que todavía esta luchando y/o que ha fracasado con tareas evolutivas previas.

Existen sólidas evidencias para apoyar la suposición de que los niveles altos de tensión pueden llevar a una exacerbación de los cambios psicofisiológicos de la mujer embarazada.

Por ejemplo, Mc Donald (1968) concluyo luego de una extensa revisión de investigaciones, que las mujeres embarazadas con complicaciones experimentaban niveles de ansiedad y tensión más altos que aquellos experimentados por mujeres con embarazos sin complicaciones.

De acuerdo a Bowen (1978) cuando la ansiedad y la tensión se incrementan en un matrimonio, pueden usarse varios mecanismos para intentar lidiar con ellas. Si el mecanismo seleccionado es "Disfunción de un esposo" cualquier miembro de la pareja puede convertirse en sintomático. Si el miembro sintomático es la esposa y ella esta embarazada, los cambios psicofisiológicos normales del embarazo podrán exacerbarse y usarse para estabilizar la tensión de la díada marital.

Por otra parte, si el mecanismo preferido por la pareja en tensión es el triangular a una tercera persona, el de distanciarse emocionalmente o el de conflicto marital, la mujer embarazada podría aparecer libre de sintomatología, aunque su ajuste marital sea pobre. Esto podría explicar hasta cierto punto el porque no todas las mujeres con un ajuste marital pobre, tienen un alto grado de complicaciones en el embarazo.

Estos hallazgos son también congruentes con las teorizaciones de Boszormenyi-Nagy, quien señala que existe un vínculo

entre el concepto de "Merecimiento" y la sintomatología psicofisiológica.

Si la relación marital es inadecuada, probablemente el balance entre Dar y Recibir en esta pareja no es justo o equitativo.

Cualquiera de los esposos que no continue ganando "merecimiento constructivo" perderá "merecimiento" y ello lo predispone a disfunciones psicofisiológicas.

Si la mujer embarazada se siente "Merecedora" porque es ella quien lleva al bebe en su vientre, y no trata de ganar sus "méritos" contribuyendo constructivamente, puede ser vulnerable a experimentar una exacerbación de los cambios psicofisiológicos normales del embarazo. (Y lo contrario, si se deja explotar, también pierde merecimiento).

De acuerdo a los terapeutas familiares estructurales, las parejas "aglutinadas" son más vulnerables a desarrollar síntomas psicofisiológicos o a empeorar el curso de los mismos, Minuchin (1974) ha encontrado en estudios bien controlados, evidencias que sustentan que los síntomas psicosomáticos se encuentran con frecuencia en sistemas familiares "aglutinados".

Debido a que la claridad de límites es un requisito para el adecuado funcionamiento del sistema familiar, de acuerdo a los terapeutas estructurales, se podría hipotetizar que las

parejas con un ajuste marital pobre tienen mayores probabilidades de desarrollar y/o mantener los síntomas psicosomáticos de alguno de sus miembros. Si la mujer embarazada es el miembro más vulnerable, ella puede estar predispuesta a desarrollar complicaciones durante el embarazo.

El encontrar una relación significativa entre ajuste marital y complicaciones en el embarazo tiene importantes implicaciones clínicas. Resulta relevante el evaluar el ajuste marital de la embarazada que experimenta complicaciones para así considerar la terapia marital como tratamiento durante el curso del embarazo.

Quizás, la terapia marital en combinación con el tratamiento médico puede ser efectiva para reducir el nivel de complicaciones, y por ende reducir el riesgo de prematurez, abortos, hiperemesis, toxemia y dificultades severas durante el trabajo de parto y el parto.

Además, la terapia marital puede facilitar la transición de la pareja hacia la etapa de ser padres, ayudandolos a lidiar con las tareas evolutivas previas que no hayan sido resueltas y movilizando recursos en su contexto comunal y familiar. Si la pareja embarazada ya tiene otros hijos, la terapia familiar puede estar indicada para ayudar a todo el sistema en su proceso de acomodación a la llegada de un nuevo miembro de la familia.

Así, estos hallazgos también confirman las premisas teoricas de

En segundo lugar, la muestra era relativamente pequeña y viciada pues consistia de voluntarios altamente motivados. Estas dos características de la muestra disminuyen la validez externa del estudio limitando hasta cierto punto la generalización de los resultados.

En tercer lugar, si bien los cuestionarios usados eran altamente confiables, en opinión de investigador estos poseían - como la mayoría de los cuestionarios, cierto grado de "validez aparente". Esto significa que no era muy difícil para los sujetos suponer que intentaba medir el cuestionario. Como resultado, no debio ser difícil el mentir para presentar una fachada más deseable de su embarazo o matrimonio.

Estas debilidades del estudio pueden explicar hasta cierto punto las discrepancias encontradas entre los puntajes de esposos y esposas en la EAD asi como el número reducido de correlaciones significativas entre las dos escalas cuando se utilizaron los - puntajes de los esposos.

Sin embargo, también hay otros hechos que podrían explicar este fenómeno: la muestra de esposos era más pequeña con la posibilidad de que las diferencias individuales influyeran más - (varianza de error), las diferencias entre esposos y esposas - en cuanto a la percepción que tienen de su matrimonio; y el hecho que los esposos no estaban llenando ambos cuestionarios y por tanto el error de medida no pudo mantenerse constante.

Teniendo en mente estas limitaciones y debilidades se su-

giere enfáticamente que este estudio sea replicado con una muestra mayor y homogenea. Otra alternativa es replicarlo en una muestra mayor pero heterogenea y usar el análisis de regresión múltiple para establecer la contribución de cada variable a la varianza de la variable dependiente. Así mismo, es conveniente replicarlo en una muestra de parejas venezolanas para poder generalizar estos resultados a nuestra realidad nacional.

Estos hallazgos también podrían estimular investigaciones futuras con el objeto de confirmar las premisas de los teóricos de la familia. Se sugiere que se diseñen investigaciones experimentales para poner a prueba la eficacia de diferentes modalidades de tratamiento familiar y de pareja, en familias o parejas que esperan el nacimiento de un bebé y en las que la mujer embarazada este sintomática.

Así mismo, el realizar estudios de seguimiento que exploren los resultados de los programas de tratamiento en familias o parejas que esperan un bebe, puede contribuir a ampliar nuestro conocimiento en esta área.

Finalmente, es importante diseñar estudios que nos puedan llevar a identificar parejas que son vulnerables a desarrollar complicaciones en el embarazo o que puedan tener dificultades como padres, pues asi se podrían diseñar programas preventivos a ser manejados tanto por el profesional de la salud mental o del área social, como por el obstetra.

CONCLUSION

Se encontraron coeficientes de correlación estadísticamente significativos (p ..01) entre los puntajes de las esposas en el CIE y la EAD. Las correlaciones encontradas usando los puntajes totales de los maridos en la EAD no fueron significativas estadísticamente. Se intercorrelacionaron los puntajes totales de las escalas y los puntajes de las sub-escalas de ambos cuestionarios, encontrandose que 21 coeficientes de correlación alcanzaron significación estadística al usar los puntajes de los esposos. Utilizando los puntajes de los esposos solo 5 coeficientes alcanzaron significación estadistica.

Se concluyó que existe una relación negativa significativa entre el ajuste marital y las complicaciones en el embarazo, en una muestra de norteamericanos blancos, cooperativos, jóvenes, de nivel socio-ecónomico medio, que esperaban un bebé, siendo para algunos el primero, para otros no, y cuyos embarazos estaban clasificados como de "alto riesgo" "riesgo moderado" o "sin riesgo".

En esta muestra las mujeres que tuvieron más problemas de salud, más temores por su persona y por sus bebes que estaban por nacer, y que se sintieron más irritables y deprimidas tendieron a estar menos satisfechas en sus matrimonios, estaban más frecuentremente en desacuerdo con sus esposos, y experimentaban expresiones de afecto limitadas. Así mismo, los esposos de las embarazadas que tenían más problemas de salud, depresión y temores por sus bebes que estaban por nacer; percibieron un menor nivel de acuerdo en sus matrimonios alrededor de áreas

primordiales de su vida. Los esposos que percibieron distancia y falta de intereses comunes para compartir en sus matrimonios, tenían esposas más temerosas por sus bebes que llevaban en su - vientre.

EMdeL/jmh.-
5-7-87.-

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Benedek, T., & Anthony, E.J. Parenthood: Its psychology and psychopathology. Boston: Little, Brown, 1970.

Benedek, T. The psychosomatic implications of the primary unit. American Journal of Orthopsychiatry, 1945, 19, 642-654.

Berle, B.B., & Javert, C.T. Stress and habitual abortion. Obstetric and Gynecology, 1954, 3, 298.

Bibring, Grete. Some considerations of the psychological processes in pregnancy. The Psychoanalytic Study of the Child, 1959, 14, 113-121.

Bibring, Grete, et al. A study of the psychological process in pregnancy and the earliest mother-child relation. The Psychoanalytic Study of the Child, 1961, 16, 9-23.

Boals, Gordon F., et al. The reliability, validity and utility of three data modes in assessing marital relationships. Journal of Personality Assessment, 1982, (Feb), 46(1), 85-95.

Boszormenyi-Nagy, Ivan, & Spark, Geraldine. Invisible Loyalties. New York: Harper and Row Publishers, 1973.

Boszormenyi-Nagy, Ivan. Conversation with Ivan Boszormenyi-Nagy, Hahnemann University, January 1984.

Brown, L.B. Anxiety in pregnancy. British Journal of Medical Psychology, 1964, 37, 45-57.

Brown, G.W., & Harris, T. Social origins of depression: A study of psychiatric disorders in women. New York: Free Press, 1978.

Bowen, Murray. Family therapy in clinical practice. New York: Jason Aronson, 1978.

Campbell, Donald & Stanley Julian Diseños expèrimentales y cuasiexperimentales en la investigacion social, Amorrortu editores, Buenos Aires 1970.

Carter, Elizabeth & McGoldrick, Monica The family life cycle: A framework for family therapy. New York: Gardner Press, 1980.

Chalmers, B.E. Psychological aspects of pregnancy: Some thoughts for the eighties. Social Science and Medicine, 1982, 16(3), 323-331.

Chertok, L. The psychopathology of vomiting of pregnancy. In J. Howell (Ed.), Modern perspectives in psychoobstetrics. New York: Brunner Mazel, 1972.

Clifford, E. Expressed attitudes in pregnancy of unwed women and married primigravida and multigravida. Child Development, 1962, 33, 945.

Coleman, Arthur. Psychological states during first pregnancy. American Journal of Orthopsychiatry, 1969, 39, 788.

Cox, John L., Connor, Yvonne M., & Kendell, R.E. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. British Journal of Psychiatry, 1982, (Feb), 140, 111-117.

Dalton, Katharina. Prospective study into puerperal depression. British Journal of Psychiatry, 1971, (Jun), 118(547), 689-692.

Davis, Ora S. Mood and symptoms of expectant fathers during the course of pregnancy: A study of the crisis perspective of expectant fatherhood. Dissertation Abstracts International, 1878, (Mar), 38(9-A), 5741.

Deutscher, M. Brief family therapy in the course of first pregnancy. Contemporary Psychoanalysis, 1970, 7, 21-35.

Erikson, Marylin. Risk factors associated with complications of pregnancy, labor, and delivery. American Journal Obstetrics and Gynecology, 1971, 111, 658.

Erikson, Marylin. The influence of health factors on psychological variables predicting complications of pregnancy, labor and delivery. Journal of Psychosomatic Research, 1976, 20, 21-24.

Flagey, Nancy, et al. Stress, symptom proneness and general adaptation distress during pregnancy. Journal of Human Stress, 1982 (Jun), 8(2), 15-22.

Freeman, T. Pregnancy as a precipitant of mental illness in men. British Journal of Medical Psychology, 1951, 24, 49-54.

Goshen-Gottstein, Esther R. Marriage and first pregnancy: Cultural influences on attitudes of Israeli women. London: Tavistock, 1966.

Grossman, Frances Kaplan, et al. Pregnancy, birth and parenthood: Adaptations of mothers, fathers and infants. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1980.

Gunter, L. Psychopathology and stress in the life experience of mothers of premature infants. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1963, 86, 333.

Gurman, Alan S. & Kniskern, David P. Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, Inc., 1981.

Heiman, M. A psychoanalytic view of pregnancy. In J.J. Rouinsky and A.F. Guttmacher (Eds.), Medical, surgical and gynecological complications of pregnancy (2nd ed.). Baltimore: Williams and Wilkins, 1965.

Heinstein, Martin I. Expressed attitudes and feelings of pregnant women and their relations to physical complications of pregnancy. Merrill-Palmer Quarterly, 1967, 13, 217.

Hilliard, Donald, Shank, J. Christopher, & Rediman, Richard. Unplanned pregnancies in a midwestern community. Journal of Family Practice, 1982, (AUG), 15(2), 259-263.

Howells, J. Childbirth is a family experience. In T. Howell (Ed.), Modern perspectives in psycho-obstetrics. New York: Brunner/Mazel, 1972.

Jarrahi-Zadeh, et al. Emotional and cognitive changes in pregnancy and early puerperium. British Journal of Psychiatry, 1969, 115, 797-805.

Jarvis, W. Some effects of pregnancy and childbirth in men. Journal of the American Psychoanalytic Association, 1962, 10, 689-699.

Jessner, L. Pregnancy as a stress in marriage. Marriage counseling in medical practice. Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 1964.

Jessner, L., Weigert, E., & Foy, J.L. The development of parental attitudes during pregnancy. In E.S. Anthony and T. Benedek (Eds.), Parenthood: Its psychology and psychopathology. Boston: Little Brown, 1970.

Kaplan, E. & Blackman, L. The husband's role in psychiatric illness associated with childbearing. Psychiatric Quarterly, 1969, 43, 397.

Karpel, Mark & Strauss, Eric. Family evaluation. New York: Gardner Press, Inc., 1983.

Kerlinger, F.N. Investigacion del comportamiento, tecnicas y metodologia. Nueva Editorial Interamericana, Mexico D.F., 1975.

Kerr, Michael. Family systems theory and therapy. In Gurman and Kniskern (Eds.), Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, Inc., 1981.

Kezur, David. The development of maternal attachment. Smith College Studies in Social Work, 1978, (Jun), 48, (3), 183-208.

Kite, Jane V. First pregnancies in women over 30. Dissertation Abstract International, 1977, (Jan), 37 (7-B), 3614-3615.

La Rossa, Ralph. Conflict and power in marriage: Expecting the first child. Beverly Hills, CA: Sage, 1977.

Leifer, Myra. Psychological effects of motherhood: A study of first pregnancy. New York: Praeger, 1980.

Lenkins, Pamela W. Conflicts of a secundigravida. Maternal-Child Nursing Journal, 1976, (Sum), 5(2), 117-126.

Lewis, M., & Weinraub, M. The father's role in the child's social network. In M.E. Lamb (Ed.), The role of the father in child development. New York: Wiley, 1976.

Lidz, Theodore. The effects of children in marriage. In Rosenbaun, Salo and Alger (Eds.), The marriage relationship: Psychoanalytic perspectives. New York: Basic Books, 1968.

Liebenberg, Beatrice. Expectant fathers. In Shereshefsky and Yarrow (Eds.), Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation. New York: Raven Press, 1973.

Lightfoot, Eleanor, et al. Characteristics distinguishing high anxious and medium/low anxious women during pregnancy. Journal of Psychosomatic Research, 1982, 26(3), 345-350.

Luckey, E.G., & Bain, J.K. Children: A factor in marital satisfaction. Journal of Marriage and the Family, 1970, 32, 18.

Uddenberg, N., Nilsson, A. & Almgren, P. Nausea in pregnancy: Psychological and psychosomatic aspects. Journal of Psychosomatic Research, 1971, 15, 269.

Uddenberg, N., Fagerstrom, C.F. & Hakanson-Zaunders, M. Reproductive conflicts, mental symptoms during pregnancy and time in labor. Journal of Psychosomatic Research, 1976, 20(6), 575.

Wenner, Kaomi K., et al. Emotional problems in pregnancy. Psychiatry, 1969, 32(4), 389-410.

Wente, A.S. & Crockenberg, S.B. Transition to fatherhood: Lamaze preparation, adjustment difficulty and the husband-wife relationship. Family Coordinator, 1976, 25, 351-357.

Williams, C. Pregnancy and life change. Journal of Psychosomatic Research, 1975, 19, 123.

Wirsching, M. & Stierling, H. Family dynamics and family psychotherapy of psychosomatic disorders. Psychotherapy and Psychosomatics, 1979, 32(1-4), 128-133.

Wolkind, Stephen & Zajicek, Eva. Psycho-social correlates of nausea and vomiting in pregnancy. Journal of Psychosomatic Research, 1979, 22(1), 1-5.

Zajicek, Eva & Wolkind, Stephen. Emotional difficulties in married women during and after the first pregnancy. British Journal of Medical Psychology, 1978, (Dec), 51(4), 379-387.

Osborne, D. MMPI changes between the first and third trimester of pregnancy. Journal of Clinical Psychology, 1978, 34, 92.

Pedersen, F.A., Anderson, B.J. & Cain, R.L. An approach to understanding linkages between the parent-infant and spouse relationships. Symposium The Family System: Networks of interactions among father, mother and infant. Biennial Meeting, Society for Research in Child Development, New Orleans, 1977.

Peterson, Gail, et al. The role of some birth-related variables in father attachment. American Journal of Orthopsychiatry, 1979, (Apr), 49(2), 330-338.

Pincus, L. & Dare, C. Secrets in the family. New York: Harper and Row Publishers, 1978.

Poncelet, Noelle. A family systems view of emotional disturbances during pregnancy. Clinical Social Work Journal, 1983, 11(1), 64.

Pope, Donna, et al. Social evaluations of a woman with a problem pregnancy: Effects of marital status, birth or abortion solution and sex of respondents. Psychological Reports, 1978, (Feb), 42(1), 39-47.

Rollins, B.C. & Feldman, H. Marital satisfaction over the family life cycle. Journal of Marriage and the Family, 1970, 32, 20.

Rossi, A.S. Transition to parenthood. Journal of Marriage and the Family, 1968, 30, 26.

Rubin, R.A. Maternal tasks in pregnancy. Maternal-Child Nursing Journal, 1975, 4(3), 143.

Rubinstein, A. A longitudinal study of psychological changes occurring during pregnancy. Dissertation Abstracts International, 1977, (Dec), 38(6-B), 2884.

Russell, C.S. Transition to parenthood: Problems and gratifications. Journal of Marriage and the Family, 1974, 36, 294-302.

Schaefer, Earl & Manheimer, H. Dimensions of perinatal adjustment. Paper read at the Eastern Psychological Association, New York, April 1960.

Shereshefsky, Pauline & Yarrow, Leon. Psychological aspects of a first pregnancy and early post-natal adaptation. New York: Raven Press, 1973.

Spanier, G.B. Measuring dyadic adjustment: New scale for assessing the quality of marriage and similar dyads. Journal of Marriage and the Family, 1976, 38, 15.

Soule, Bradley. The pregnant couple. Paper presented in Symposium: Parents and Infants: An interactive network. Annual Meeting American Psychological Association. New Orleans, 1974.

Swain, Mary A. Husband-wife patterns of interaction at three stages of marriage. Dissertation Abstracts International, 1970, (Aug), 31(2-B), 904-905.

Tylden, E. Hyperemesis and physiological vomiting. Journal of Psychosomatic Research, 1968, 12, 85.

Zaslow, Martha & Pedersen, Frank. Sex role conflicts and the experience of childbearing. Professional Psychology, 1981, 12(1), 47.

Zemlick, Maurice & Watson, Robert. Maternal attitudes of acceptance and rejection during and after pregnancy. American Journal of Orthopsychiatry, 1953, 23, 570-584.

Zuckerman, M., et al. Psychological correlates of somatic complaints in pregnancy and difficulty in childbirth. Journal of Consulting Psychology, 1963, 27(4), 324.