

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL
PROBLEMA

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud materna es uno de los objetivos de más alta prioridad en las agendas de diferentes sectores relacionados con la salud a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establecieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) donde la salud psicológica en la maternidad es un factor decisivo para la salud física del feto.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la maternidad se desarrolla distintas crisis en relación a la estabilidad emocional y psicológica de las mujeres embarazadas el estrés pueden afectar a 30 de cada 100 mujeres embarazadas debido a las diversas preocupaciones que conlleva pensar en la responsabilidad de concebir una vida (OMS 2016).

Para la mujer, la maternidad representa uno de los hechos más trascendentales en su vida, la sociedad y la cultura le han otorgado un valor especial al hecho de ser madre, determinando lo que se espera acerca de una madre, los significados compartidos acerca de “ser buena madre”, y este rol como una función propia del género femenino (García & Palacín 2001).

Cada día diversos autores, plantean la necesidad del cuidado de la mujer durante el embarazo por la relación directa que tiene no sólo para la mujer, sino también con el nuevo ser humano que viene en camino; siendo clave para los primeros estadios de este último, la salud física y emocional de la madre. Consecuentemente, en el último tiempo se ha reconocido como una línea de investigación en psicología, la salud mental de la mujer durante el embarazo y posparto (Oiberman, Santos & Nieri, 2011), proponiéndose el concepto de salud mental perinatal, en el cual se incluye la observación por parte de los expertos de los riesgos psíquicos que surgen en la mujer durante el período perinatal –definido como el período que incluye el embarazo y el primer año posparto-. Los trastornos más comunes observados por la psicología perinatal son los trastornos de alimentación, ansiedad y depresión (Kessler et al., 2003; Lancaster et al., 2010).

En este sentido, surge el interés por abordar el estudio de la psicología de la mujer en la etapa del embarazo. En esta tesis, se pretende determinar características psicológicas de mujeres

embarazadas en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra en función de las siguientes variables: bienestar psicológico, vínculo prenatal, calidad de vida y afrontamiento del estrés.

El presente estudio pretende conocer las principales características psicológicas de las mujeres embarazadas de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra. Cuando nos referimos a “características psicológicas” estamos entendiendo: *“al conjunto de características que reúne un ser humano y que determina su carácter, sus actitudes, aptitudes y determinados comportamientos frente a una situación particular o ante la sociedad como tal. Las características psicológicas son personales ya que cada individuo tiene su propio sello particular al conocer las características psicológicas de una persona estamos en condiciones de prever con cierta probabilidad cómo se comportará en determinada situación”* (Echeburúa, 2011: 7).

En este estudio se adopta la definición planteada por Ryff (2004) que indica que **bienestar psicológico** es *“el estado mental y emocional que surge del balance de la aplicación, por parte del individuo, de su modelo individual y la forma de adaptarse a requerimientos internos y externos del área físico y social. Además, vincula el bienestar con las creencias que dirigen las actividades de los seres humanos y el sentido otorgado a las vivencias pasadas. Asociado a esto, está el bienestar con tener vivencias admitidas tanto comprendidas emocionalmente como de manera cognitiva de modo beneficiosa, con la habilidad de evitar algunas estimadas como incorrectas y con la capacidad de acomodarse a diferentes situaciones con tolerancia”* (p.189).

La variable **vínculo prenatal** se la define como *“El vínculo materno-fetal; se asocia con aspectos emocionales y cognitivos que permiten recrear al feto como otro ser humano. Este vínculo se expresa, a través de prácticas de salud dirigidas a buscar la protección y el bienestar del feto. Por otra parte, se constata que el estado psicológico de la madre influye en el feto, tanto a nivel neuro comportamental y en las alteraciones en el desarrollo que se manifiestan así mismo en el periodo postnatal, afectando significativamente la relación madre-bebé”* (Condon y Dunn, 1988:59).

Por **calidad de vida** se entiende el *“Índice de satisfacción y de felicidad de los individuos, la cual es producto de la relación entre las condiciones objetivas de vida y variables más*

subjetivas y personales. La calidad de vida viene a ser la medida compuesta por el bienestar físico, mental, social, tal como lo percibe cada individuo y cada grupo; como la felicidad, satisfacción y recompensa que puedan obtener”. (Olson & Barner, 1982, citado por Grimaldo, 2003: 34).

Afrontamiento del estrés se entiende básicamente como: *“un proceso dinámico que incluye una serie de conocimientos y conductas que surgen de las valoraciones, es cualquier cosa que haga el individuo para reducir el impacto de una situación estresante real”.* (Morrison y Benet, 2008: S.P.)

A nivel Internacional. En Guatemala, González (2018) publicaron un estudio cuyo objetivo fue establecer si existe diferencia en el bienestar psicológico en mujeres entre 18 y 25 años de la ciudad de Guatemala, que planificaron y no planificaron un embarazo. La muestra estuvo conformada por 30 mujeres, 15 que tienen un embarazo planificado y 15 que tienen un embarazo no planificado. El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico. Se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff, con revisión de Dirk van Dierendonck, y adaptación española de Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle y van Dierendonck (2006). El instrumento cuenta con un total de seis escalas y 39 ítems que son autoaceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, control ambiental, propósito en la vida y crecimiento personal. La investigación es de enfoque no experimental transversal de tipo descriptiva. Los resultados obtenidos en la Escala del Bienestar Psicológico de Ryff del grupo de madres que tienen un embarazo no planificado y del grupo de madres que tienen un embarazo planificado se encuentran en un nivel de 141 – 175, lo que indica según la escala de bienestar psicológico un nivel alto. Por lo que se concluyó que existe una diferencia 19 estadística significativa entre las madres que planificaron su embarazo y las madres que no lo planificaron, las madres que planificaron tienen un nivel más alto de bienestar psicológico.

En Argentina, Della (2006) analizó si las adolescentes utilizan estrategias específicas de afrontamiento del evento estresante, y si difieren de las elegidas por jóvenes embarazadas. El diseño es ex post-facto transversal correlacional. Participaron 300 adolescentes: 100 embarazadas, 100 no embarazadas y 100 madres. En el presente trabajo se analizan los datos

referidos a los grupos: embarazadas y no embarazadas. Los criterios de inclusión fueron 13 a 18 años, estudiante, con residencia en la Ciudad de Buenos Aires. Se administró, en forma individual, la versión española de la Escala ACS. Estos resultados ponen de manifiesto que, 22 en los grupos de adolescentes estudiados, el embarazo establece diferencias en los estilos y estrategias de afrontamiento que utilizan. Es probable que a partir de la manifestación de la gestación hayan desarrollado conductas que indiquen culpabilidad o responsabilidad frente a la situación. El hecho de auto inculparse las sumiría probablemente en una posición pasiva, limitando las capacidades para afrontar.

A nivel nacional en la ciudad de Santa Cruz, se realizó un estudio sobre la relación entre la Depresión Post-Parto y el Apoyo Social Percibido en mujeres primigestas y multíparas del hospital de la mujer “Dr. Percy Boland”. Se trata de un estudio cuantitativo de tipo correlacional, descriptivo y exploratorio. Se consideró una población total de 90 mujeres a las que se les aplicó los instrumentos en las tres semanas posteriores al parto. Los instrumentos utilizados fueron: a) La escala de cribado de la depresión postparto (PDSS) que mide una puntuación global de sintomatología depresiva b) La escala multidimensional de apoyo social percibido. Los resultados de la presente investigación indican que el nivel de depresión postparto en estas mujeres es alto. Las dimensiones que más les afectan son las referidas a Ansiedad / Inseguridad, Labilidad Emocional y Culpabilidad vergüenza. El grupo del cual reciben más Apoyo Social es el referido a los Amigos. Existen diferencias significativas en cuanto al número de hijos y la depresión postparto, siendo las mujeres con tres hijos más tendientes a padecer trastornos de alimentación y sueño a diferencia de las que tienen uno o dos hijos. Existen diferencias significativas en cuanto a la edad de las madres y el apoyo social percibido siendo las madres de mayor edad las que reciben mayor apoyo de la red de Amigos a diferencia de las madres jóvenes. Finalmente, el estudio reveló que existe una asociación Alta y negativa entre el Apoyo Social Percibido y la Depresión Postparto por lo que si se incrementan las redes de apoyo los síntomas depresivos tienden a bajar.

A nivel regional, la estudiante Claribel Areco Gaspar realizó el estudio “Características psicológicas y sociales que presentan las adolescentes embarazadas del municipio de Padcaya-Tarija en la gestión 2017”. Las variables de estudio fueron: el nivel de autoestima, nivel de

depresión, relación familiar y relaciones sociales de las adolescentes embarazadas, concluyendo que las adolescentes con baja autoestima presentaron depresión; a su vez, tenían una relación familiar deficiente y bajas relaciones sociales.

Después de haber realizado una investigación pormenorizada de las diferentes publicaciones efectuadas sobre el tema, acerca de las características psicológicas de mujeres embarazadas en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra y de haber comprobado que en el medio tarijeño no existe ninguna investigación al respecto, se plantea la problemática de estudio como pregunta de investigación en la ciudad de Santa Cruz, la misma que se la expresa de la siguiente manera:

¿Cuáles son las características psicológicas de las mujeres embarazadas en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra?

1.2. JUSTIFICACIÓN

La importancia de este estudio radica en la posibilidad de brindar aportes de la temática relacionada con la psicología de las mujeres embarazadas de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, de igual manera de las variables de estudio; bienestar psicológico, vínculo prenatal, calidad de vida y afrontamiento del estrés.

La presente investigación posee **justificación científica**, ya que el tema planteado resulta de particular interés para los investigadores de la psicología familiar y de pareja, puesto que el estado psicológico de la mujer embarazada es de vital importancia para la salud del nuevo ser que está en formación. La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda el estudio científico sobre la incidencia de la salud mental de la madre con la salud integral del feto. La OMS concibe un mundo en el que todas las embarazadas y recién nacidos del mundo reciben una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal, con el fin de garantizar una población futura con mayor grado de adaptación integral a su entorno. (Flores-Ramos, 2013).

Esta tesis tiene **justificación social**, pues la misma responde a una demanda explícita de la sociedad, de conocer la influencia que tiene el estado psicológico de la mujer embarazada en la

salud mental del feto. La Organización Mundial de la Salud, de igual manera, ha mostrado la relación entre salud mental y salud reproductiva. En un reporte elaborado por este organismo, se hace hincapié en las consecuencias que tienen los problemas de la salud mental sobre la salud reproductiva, tales como falta de decisión por parte de las mujeres en situaciones reproductivas, embarazos sin atención, abortos inseguros, enfermedades de transmisión sexual y complicaciones perinatales, entre otras. (Flores, 2011). La presente investigación se interesa por conocer la problemática de las características psicológicas que presentan las mujeres embarazadas en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, tomando en cuenta que las variables estudiadas (bienestar psicológico, vínculo prenatal, calidad de vida y afrontamiento del estrés) que permiten profundizar los problemas que pueden tener esta población de estudio, que es poco estudiada en nuestra región, teniendo como finalidad beneficiar a la población adolescente, interviniendo con programas preventivos y promocionales al respecto.

La presente tesis tiene **justificación teórica**, puesto que el principal aporte de la misma es brindar información actualizada sobre el tema de la psicología de las mujeres embarazadas en el medio. A través de este estudio se valora el grado de bienestar psicológico como una condición que refleja el grado de complacencia o no de la experiencia de concebir un nuevo ser. Asimismo, se analiza las características del apego o vinculación de la madre con el nuevo ser que está engendrando, ya sea que esta lo experimente como un acontecimiento positivo en su existencia o un elemento restrictivo. Del mismo modo, en este estudio se analiza la relación del embarazo con las estrategias o modos de afrontamiento a una situación problema.

A su vez la investigación cuenta con una **justificación práctica**, los resultados permitirán contrastar el avance teórico con la información hallada en los resultados de este estudio, lo que posibilitará a las instituciones de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra que estén relacionadas con la problemática en torno a la psicología de las mujeres embarazadas, puedan desarrollar capacitaciones preventivas promocionales respecto a este tema.

CAPÍTULO II
DISEÑO TEÓRICO

DISEÑO TEÓRICO

2.1. PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son las características psicológicas de las mujeres embarazadas del hospital de la mujer “Dr. Percy Boland” de la ciudad de Santa Cruz?

2.2. OBJETIVO GENERAL

Identificar cuáles son las características psicológicas de mujeres embarazadas del hospital de la mujer “Dr. Percy Boland” de la ciudad de Santa Cruz

2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer el bienestar psicológico.
2. Investigar el desarrollo del vínculo prenatal.
3. Analizar la calidad de vida.
4. Determinar los principales estilos de afrontamiento del estrés.

2.4. HIPÓTESIS

1. El bienestar psicológico es “nivel medio”.
2. El desarrollo del vínculo prenatal de las embarazadas es una vinculación moderada.
3. La calidad de vida es media.
4. Los principales estilos de afrontamiento del estrés son: postergación del afrontamiento y Negación.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS
Bienestar psicológico. <i>“Es el estado mental y emocional que surge del balance de la aplicación, por parte del individuo, de su modelo individual y la forma de adaptarse a requerimientos internos y externos del área físico y social”.</i> (Ryff, 2004: 189).	Auto aceptación	Sentimiento de bienestar consigo mismo. Ítems: (1, 7, 8,11, 17, 25,34). Nivel Alto: 32 puntos en adelante Nivel Medio: entre 20 y 31 puntos Nivel Bajo: 19 puntos o menos	Escala de Bienestar Psicológico de Ryff Carol (2004). Adaptación española de Díaz et al., (2006).
	Relaciones Positivas	Mantener relaciones sólidas socialmente significativas, lazos sociales, confianza con su entorno y tener la capacidad de amar. Ítems: (2, 13, 16, 18, 23, 31, 38). Nivel Alto: 34 puntos en adelante Nivel Medio: entre 24 y 33 puntos Nivel Bajo: 23 puntos o menos	Cada dimensión tiene su propia escala y valores adjunta por debajo de cada indicador La escala general: * Nivel Alto: Mayor a 143 puntos * Nivel Medio: 125 a 142
	Autonomía	Capacidad de mantener la individualidad de la persona en diversas condiciones sociales, fundamentado en sus	* Nivel Bajo: Menor a 124

		<p>doctrinas y conservando la autoridad individual e independencia permanentemente. Ítems: (3, 5, 10, 15, 27).</p> <p>Nivel Alto: 40 puntos en adelante</p> <p>Nivel Medio: entre 29 y 39 puntos</p> <p>Nivel Bajo: 28 puntos o menos</p>	
	Dominio del Entorno	<p>Capacidad de control sobre el mundo. Capacidad individual para escoger o generar áreas satisfactorias para nuestras necesidades y deseos. Ítems: (6, 19, 26, 29, 32, 36, 39).</p> <p>Nivel Alto: 30 puntos en adelante</p> <p>Nivel Medio: entre 23 y 29 puntos</p> <p>Nivel Bajo: 22 puntos o menos</p>	
	Propósito en la vida	<p>Reconocimiento del propósito y el sentido de la vida acorde a los objetivos conscientes y metas sensatas que den significado a las</p>	

		<p>experiencias del pasado y las que se darán en el futuro. Ítems: (9, 12, 14, 20, 22, 28, 33, 35).</p> <p>Nivel Alto: 32 puntos en adelante</p> <p>Nivel Medio: entre 23 y 31 puntos</p> <p>Nivel Bajo: 22 puntos o menos</p>	
	<p>Crecimiento personal</p>	<p>Logro del desarrollo y la madurez por medio del impulso de nuestro potencial y consolidando nuestras competencias individuales. Ítems: (4, 21, 24, 30, 37).</p> <p>Nivel Alto: 38 puntos en adelante</p> <p>Nivel Medio: entre 29 y 37 puntos</p> <p>Nivel Bajo: 28 puntos o menos</p>	

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS
Calidad de vida. “Índice de satisfacción y de felicidad de los individuos, la cual es producto de la relación entre las condiciones objetivas de vida y variables más subjetivas y personales. La calidad de Vida viene a ser la medida compuesta por el bienestar físico, mental, social, tal como lo percibe cada individuo y cada grupo; como la felicidad, satisfacción y recompensa	Hogar y Bienestar Económico.	Condiciones de vivienda, satisfacción de las necesidades básicas y cantidad de dinero disponible.	Escala de David Olson & Howard Barnes (1982); Adaptación de Grimaldo, M. (2003). Escala por ítems: 1 = Insatisfecho 2 = Un poco satisfecho 3 = Más o menos satisfecho 4 = Bastante satisfecho 5 = Completamente satisfecho. Escala general. Calidad de vida: 1. Calidad de Vida optima 61 a más 2. Calidad de Vida buena 51 - 60 3. Baja calidad de Vida 40 - 50
	Amigos, Vecindario y Comunidad	Tipo de amigos, facilidades para hacer compras, seguridad, recreación en la comunidad.	
	Vida Familiar y Familia Extensa	Características de la Familia, hermanos y relación con los parientes.	
	Educación y ocio	Situación escolar, tiempo libre y como se usa el tiempo libre.	
	Medios de comunicación	Programas de televisión, calidad del cine, periódicos y revistas.	
	Religión	Vida religiosa de la familia y de la comunidad.	
	Salud	Salud personal y de la familia.	

<p>que puedan obtener”. (Olson & Barner, 1982, citado por Grimaldo, 2003: 34).</p>			<p>4. Mala calidad de Vida 39</p> <p>La escala de medición de acuerdo a los niveles es categórica de tipo ordinal porque lleva un orden del 1 al 4.</p>
--	--	--	---

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS
<p>Estilo de afrontamiento del estrés:</p> <p>Se entiende básicamente como: “<i>un proceso dinámico que incluye una serie de conocimientos y conductas que surgen de las valoraciones, es cualquier cosa que haga el individuo para reducir el impacto de una situación estresante real</i>”.</p> <p>(Morrison y Benet, 2008: S.P.)</p>	<p>Estrategias de afrontamiento enfocado en el problema</p>	<p>Afrontamiento activo: 2 y 10</p> <p>Planificación: 6 y 26</p> <p>Apoyo instrumental: 1 y 28</p> <p>Reinterpretación positiva: 14 y 18</p> <p>Aceptación: 3 y 21</p> <p>Humor: 7 y 19</p> <p>Desconexión: 11 y 25</p>	<p>Escala del cuestionario de modos de enfrentamiento al estrés COPE 28.</p> <p>0: en ningún momento</p> <p>1: en algún momento</p> <p>2: la mayor parte del tiempo</p> <p>3: todo el tiempo</p>
	<p>Estrategias de afrontamiento enfocado en la emoción</p>	<p>Desahogo: 12 y 23</p> <p>Uso de apoyo: 9 y 17</p>	<p>Los 28 ítems se agrupan de 2 en 2 dando como resultado 14 modos de afrontamiento.</p>
	<p>Estrategias de afrontamiento evitativo:</p>	<p>Negación: 5 y 13</p> <p>Religión: 16 y 20</p> <p>Uso de sustancias: 15 y 24</p> <p>Auto-inculpación: 8 y 27</p> <p>Auto-distracción: 4 y 22</p>	<p>Todos los ítems son positivos. A mayor puntuación en cada modo de afrontamiento mayor utilización de esa estrategia.</p>

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS
<p>Vínculo afectivo prenatal: <i>“el vínculo afectivo prenatal es un canal emocional beneficioso entre los padres y el feto, ya que se va desarrollando cuando los padres inician la valoración al feto como un ser individual, separado y distinto del cuerpo materno con características propias.”</i> Lafuente (1995)</p>	Aproximación afectiva al feto y al bebé a través del pensamiento.	Ítems 8. 12. 19. 22. 27. 28.	<p>Escala de vinculación afectiva prenatal y la adaptación prenatal (EVAP) De Lafuente (1995). 0 a 83 vinculación extremadamente baja 83 a 98 vinculación muy baja 99 a 114 vinculación baja 115 a 130 vinculación moderada 131 a 140 vinculación alta 141 a 150 vinculación muy alta.</p>
	Aceptación del embarazo y adaptación a la maternidad.	Ítems 1. 5. 21. 25. 26. 29.	
	Aproximación afectiva a través de la diferenciación del feto.	Ítems 4. 6. 14. 20. 24. 30.	
	Experiencias infantiles y cuidado prenatal.	Ítems 13. 15. 18. 23.	
	Aproximación afectiva a través de la interacción con el feto.	Ítems 3. 7. 10. 16. 17.	
	Aproximación afectiva a través del bienestar emocional.	Ítems 2. 9. 11.	

CAPÍTULO III
MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

En el presente acápite se presentará toda la información recopilada en relación al tema de estudio, el mismo que presentará las definiciones conceptuales de las variables a estudiar, las diferentes teorías que servirán para una mejor comprensión de los conceptos y las investigaciones que coadyuvarán en la interpretación de los resultados obtenidos. En primera instancia, se realizará una aproximación general referida a la psicología en torno al embarazo posterior a esto, se procederá a definir los conceptos de bienestar psicológico, vínculo afectivo prenatal, calidad de vida, y afrontamiento del estrés. Finalmente, se expondrá todas las investigaciones encontradas que guardan estrecha relación con el tema de estudio: características psicológicas de mujeres embarazadas en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.

3.1. EMBARAZO

3.1.1. FECUNDACIÓN

Para Navarro (s.f), el proceso de fecundación supone la unión del gameto masculino (espermatozoide) con el gameto femenino (óvulo). Con esa fusión se produce una nueva célula, llamada cigoto. Al unirse las dos dotaciones haploides (n) de los gametos se reestructura el estado diploide ($2n$) en el cigoto, que es una célula muy especial porque a través de una gran cantidad de mitosis dará lugar a un nuevo individuo. Dentro de la fecundación queda establecido el sexo del nuevo individuo, ya que, el espermatozoide aportará un cromosoma X o Y. Este proceso se da en el tercio externo de la trompa uterina. Se compone de dos etapas:

- Penetración del espermatozoide en el ovulo.
- Anfimixia (formación cromosómica diploide).

Salgado (2016), el autor propone las etapas de la fecundación:

- a) Penetración de la corona radiada: Los espermatozoides consiguen atravesarla gracias a la liberación de hialuronidasa y el movimiento de su flagelo

b) Penetración de la zona pelúcida: La cabeza del espermatozoide establece contacto con el receptor ZP3 de la zona pelúcida del óvulo. Esto desencadena la reacción acrosómica, que consiste en la liberación de enzimas hidrolíticas.

c) Fusión de membranas: Cuando el espermatozoide entra en contacto con la membrana plasmática, se desencadenan 3 procesos distintos: la formación del cono de fecundación, la despolarización y la liberación instantánea de su membrana y la liberación de gránulos corticales.

d) Fusión de núcleos y formación del cigoto: Cuando ya se encuentran unidos ambos pronúcleos ocurre la fusión. Virguez (2017), los tipos de fecundación son: - Fecundación cruzada: La fecundación cruzada es la modalidad más común entre los seres vivos. Consiste en la fusión de dos gametos que proceden de individuos genéticamente diferentes. - Autofecundación: se caracteriza por el hecho de que los dos gametos que se fusionan proceden de un mismo individuo. Esto es posible porque hay organismos hermafroditas, es decir, que poseen tanto órganos masculinos como femeninos.

3.1.2. RIESGOS DE UN EMBARAZO

Rodríguez, Gil-Nagel (2016), propone que en un embarazo normal todas las mujeres sufren molestias. Sin embargo, hay ocasiones en las que pueden aparecer determinadas alteraciones o complicaciones más graves que requieren la intervención del médico.

a) Interrupción del embarazo por aborto espontáneo o natural: El aborto espontáneo o natural se suele producir durante las primeras 21 semanas del embarazo.

b) Amenaza de parto pre término en el embarazo: Se produce en la semana 21 y 31 de la gestación. Los predeterminantes del riesgo son: embarazos múltiples, malformaciones en el útero e hipertensión.

c) Desprendimiento de placenta en el embarazo: Durante el embarazo se puede separar la placenta total o parcialmente, lo cual, puede producir una hemorragia.

d) Hipertensión durante el embarazo: Si durante el embarazo aparece hipertensión o presión sanguínea alta, se considera de alto riesgo.

e) Retraso del crecimiento intrauterino: Es posible que el feto no se dé al ritmo esperado.

3.1.3 INFLUENCIA PSICOLÓGICA DEL EMBARAZO EN LA MUJER

Para Sastre, (2015), las características propias de la personalidad de la mujer son la base que va a definir en gran medida la forma en la que va a enfrentarse a la transición a la maternidad y, por lo tanto, a los cambios que lleva consigo. Dentro de los rasgos de la personalidad, el grado de autoestima y de confianza en sí misma que se tenga puede influir de forma positiva y negativa en la vida de la madre y del niño.

Va a ser determinante también la resiliencia que tenga la madre, es decir, la capacidad que tenga para afrontar y resolver posibles situaciones adversas y el estado en el que se encuentre en la relación con su pareja. Aquellas mujeres que ya son inestables emocional y psicológicamente sufrirán posibles cambios físicos y emocionales.

Sequera (2011), indica que en el primer trimestre el diagnóstico de un embarazo deseado es usualmente acompañado por una sensación de excitación y ansiedad, frecuentemente está acompañado de un aumento en la preocupación de la madre por ella misma y por el crecimiento del bebé. Por otro lado, aumenta la necesidad de afecto y el deseo sexual. Durante el segundo trimestre la sensación de bienestar aumenta y los cambios que se generen en su imagen pueden causar angustia.

En la última parte del embarazo, se incrementa el temor y la ansiedad por el parto, así como otros 25 temas relacionados con el dolor, salud del bebé y su responsabilidad. Es frecuente que aparezcan trastornos del sueño. El autor continúa diciendo que el apoyo familiar y principalmente de la pareja, así como una comunicación asertiva con el médico, serán aspectos determinantes para desarrollar un adecuado entorno emocional que le permita a la embarazada sobrellevar y disfrutar cada una de las etapas.

3.1.4 EMBARAZO NO DESEADO

El embarazo no deseado es quedar embarazada sin haberlo planeado, la mayoría de los embarazos no deseados ocurren en mujeres de entre 15 y 19 años, aunque actualmente se ha evidenciado que durante la adultez se ha hecho frecuente. Aunque es importante mencionar que cualquier mujer en su etapa fértil podría tener un embarazo no deseado, esto generalmente sucede cuando no se usa un método anticonceptivo o en su caso el método falla.

3.1.5. CONSECUENCIAS DE UN EMBARAZO NO DESEADO

Barrozo y Pressiani (2011), describen algunas de las consecuencias que afectan a las madres que han tenido un embarazo no deseado y de los hijos producto de embarazo no deseado:

3.1.5.1. Consecuencias para las madres:

- Frecuente abandono de las metas, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal.
- Menor duración e inestabilidad con su pareja.
- Discriminación por su grupo de pertenencia.
- Tendencia a un mayor número de hijos con intervalos Inter-genésicos 26 más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

3.1.5.2. Consecuencias para los hijos:

- Mayor riesgo de bajo peso al nacer.
- Mayor riesgo de sufrir negligencia por parte de los padres.
- Retardo del desarrollo físico y emocional.

El bienestar psicológico es de mucha importancia para el buen desarrollo del futuro bebé. El estar dentro de un embarazo no planificado predispone a la madre a la vivencia de un embarazo en un entorno negativista. Durante el proceso de fecundación se dan distintas etapas, las cuales, si no son concluidas pueden afectar a la formación del bebé. Contar con el apoyo familiar y de la pareja hace que el proceso del embarazo se desarrolle con mayor facilidad, ya que, debido a todos los cambios que sufre la madre es importante que sienta que dentro de su proceso no está sola.

3.2. NATURALIZACIÓN DE LA PROCREACIÓN

La procreación se ha abordado como una función natural, un condicionante dado, que los humanos integran en lo social por medio de ritos u otro tipo de elaboraciones pero que, en definitiva, es una constante inalterable en las sociedades humanas.

Sin embargo, al mismo tiempo, se ha aceptado que sobre la reproducción se cimientan las desigualdades entre los sexos y se explican a través de ella. Tal y como defiende Colette Guillaumin (1978), basar la desigualdad en determinantes biológicos, aboca a tener que definirla en términos de necesidad, ocultando su carácter histórico y social.

En esta noción, la problemática de la reproducción es invariable en el tiempo y el espacio; justificación última de las desigualdades entre el sexo lo que explica la falta de datos e información sobre la secuencia del proceso reproductivo: gestión del coito, embarazo, parto, amamantamiento.

En la mayor parte de estudios de antropología y de otras ciencias sociales, se considera que los niños y niñas simplemente nacen y crecen, como si no hubiese intermediación social alguna en el proceso. También la demografía, que hace de la reproducción una de sus cuestiones fundamentales, distingue la fecundidad natural definida como las situaciones en las que la sociedad o las mujeres no evitan el embarazo y parto, y aceptan, según expresión popular “los hijos que les vengan” y la fecundación dirigida en la que existiría una intervención que reduciría el número de nacimientos.

Desde el punto de vista demográfico, la noción de control respecto a la reproducción sólo es utilizada en el sentido de “limitación”. La alta fecundidad se considera espontánea y la baja controlada (Tabet, 1985: 62-63). Así, las ciencias sociales comparten ese a priori en el que subyace la idea de que la mujer y sus periódicos embarazos conforman una misma unidad que es indistinguible: “Presentando la maternidad, de forma caricaturesca, como un dato de la feminidad (...), la intervención social en el engendramiento ha sido negada” (Mathieu, 1991a: 71).

Desde estos presupuestos, se da por hecho que las mujeres tendrán hijos/as naturalmente, a no ser que alguna intervención social lo impida. En el fondo aparece como constante una suerte de fatalidad biológica pesando sobre las mujeres, ya que es su cuerpo, la supeditación a las

necesidades de la especie que la naturaleza les impone la que las sitúa en posición de desventaja. Es notorio en estos planteamientos, el deslizamiento que se produce entre la capacidad de procrear y el hecho de procrear, siendo los embarazos considerados como un atributo de las mujeres, un proceso que tiene lugar periódicamente, sin intervención social.

Así, la imagen de la mujer continuamente embarazada y pariendo, limitada en su movilidad por su prominente barriga y por su numerosa prole, sin grandes variaciones en su situación desde los umbrales de la historia hasta la liberación que supuso la anticoncepción hormonal, es una imagen sólidamente arraigada en el imaginario social y acríticamente tomada por las ciencias sociales y gran parte del feminismo (Tahon, 1995a). Frente a esta interpretación de la reproducción como puntual, natural y mecánica de la que la totalidad de las ciencias sociales parecen participar. Paola Tabet (1985), propone considerar la reproducción como un proceso socialmente gestionado y condicionado por las necesidades, deseos, valores y circunstancias individuales y colectivas.

Al contraponer la noción puntual de la reproducción a la de la reproducción como proceso, pretende desterrar la analogía que se establece entre reproducción y creacionismo. Al igual que Adán vino al mundo adulto y espontáneamente, desde las ciencias sociales parece que se entiende que las personas pasan a formar parte de la sociedad mediante el acto único del nacimiento, ignorando todas las fases que requieren la formación de un miembro de cualquier comunidad: concepción, gestación, parto, alimentación, cuidados y socialización.

La reproducción es un proceso extenso en el tiempo y puede verse interrumpido en cualquiera de sus fases. Requiere de la voluntad, de la inversión de energía, de tiempo y de trabajo de otras personas para culminarse. Al destacar el carácter socialmente gestionado y no natural del proceso de reproducción, Tabet pone en evidencia que todas las culturas desarrollan mecanismos para favorecer, obstaculizar, obligar, limitar, periodizar, dirigir... en una palabra, controlar, la reproducción. Estos mecanismos manipulan la reproducción interviniendo en el cuerpo de las mujeres a veces también en el de los hombres, socializando los individuos en determinadas relaciones entre los sexos y formas de sexualidad, prescribiendo determinadas prácticas sexuales y proscribiendo otras, castigando a los infractores y revistiendo de dignidad y respeto a aquellos que se adecuen a lo socialmente estipulado o negando u otorgando cuidados y alimentación al bebé. La manipulación de la reproducción no se limita, en consecuencia, a ese

periodo que va de la concepción al parto, sino que se extiende antes del y más allá del proceso fisiológico de concepción y embarazo. En consecuencia, no se puede seguir sosteniendo que la reproducción sea un proceso mecánico si se admite que la manipulación es un elemento constitutivo de la reproducción humana. La procreación se produce en un contexto social, cultural e histórico determinado, en el que intervienen personas o grupos con diferentes intereses, valores y deseos, en unas circunstancias materiales y existenciales determinadas. Puede parecer una banalidad recordar que antes de la anticoncepción química no todas las mujeres eran madres, ni estaban embarazadas durante toda su etapa reproductiva. Sin embargo, no podemos dejar de dibujarnos a (todas) las mujeres del pasado como mujeres llenas de criaturas y embarazadas continuamente. Y esto, desde luego, fue así en algunos tiempos y lugares, pero no siempre. No podemos considerar esta imagen como el estado natural de la mujer antes de que los avances técnicos la liberasen de éste que ha sido denominado “yugo de la especie”. Paola Tabet (1985: 66), cuestiona la visión acrítica de la reproducción y sostiene que la dicotomía entre fecundidad natural y fecundidad dirigida es una distinción ideológica porque evacúa las relaciones de poder y las relaciones entre los sexos de la procreación, borra a los varones como si la reproducción fuera cosa exclusivamente de mujeres, como si no hubiese ni intervención masculina en la concepción ni intervención social en el proceso reproductivo. Reivindicando el carácter totalmente social de la reproducción humana, insiste en que la limitación de la reproducción no es más que una de las formas del control de la reproducción pues toda gestión social, sea para limitar sea para favorecer la procreación, son formas de intervención sobre el cuerpo humano.

Sobre la necesidad de definir un campo de estudios dentro de la antropología, que abarque todas las dimensiones que afectan a la procreación de las sociedades humanas, consúltese González Echevarría (1995), limitar sea para favorecer la procreación, son formas de intervención sobre el cuerpo humano. Así, Tabet, hablará de “la organización social de la exposición al riesgo de embarazo” como de una forma de intervención generalizada en la reproducción para referirse a los medios utilizados por las sociedades o culturas para asegurar la exposición máxima o, al menos, regular de las mujeres al riesgo de embarazo, y lograr así superar la relativa infertilidad de la especie humana: el matrimonio, como institución que posibilita la regularidad de coitos; el constreñimiento de la enorme variedad de elaboraciones que permitiría la plasticidad de la sexualidad humana incluyendo la limitación de la expresión sexual a las edades reproductivas y

situaciones reproductivas, es decir, heterosexuales; el aprendizaje del coito como expresión legítima de la sexualidad; la asunción del débito conyugal por diversas formas de chantaje emocional, económico y de violencia; los diversos grados de vigilancia institucionalmente organizada sobre la fecundación, embarazo, parto... serían todos ellos diferentes aspectos de esa organización social de la exposición al riesgo de embarazo. Tabet destaca que la socialización en la organización social de la exposición del embarazo, puede ser a veces difusa y otras veces más precisa como en los casos de iniciación de las adolescentes a la sexualidad. Remarca también que este sometimiento a los requerimientos sociales de la reproducción puede tener un carácter de socialización buscada por medio del convencimiento psíquico como es el caso de las ideologías que hablan de la maternidad como el verdadero destino de las mujeres o de la sexualidad como la única herramienta con la que cuentan las mujeres para influir sobre su entorno.

Pero, además remarca la autora que existen diversas formas de presión violenta tales como la violencia marital, la amenaza omnipresente, los rituales de violación grupales, etc.

Todos estos dispositivos serían instrumentos socialmente gestionados mediante los cuales las sociedades gestionan su evolución demográfica. La conclusión de todo ello es clara: no cabe hablar de fecundidad natural de las mujeres ya que toda reproducción está gestionada socialmente, pues todo momento del proceso de engendramiento-gestación-parto-crianza se produce en y está mediado por lo social.

Tabet menciona otras formas de intervención generalizada en la reproducción que irían desde las intervenciones mediante el adelanto o el retraso en la edad del matrimonio, la institucionalización del celibato, las diversas formas de poligamia que buscarían a la vez que posibilitar la reproducción, también regularla. Junto a la intervención generalizada, también se cuentan las intervenciones puntuales sobre la capacidad de reproducción en las que se hallarían la determinación del momento fértil de las mujeres sobre el que existen múltiples teorías populares, y las diversas formas de entorpecer e imposibilitar la secuencia reproductiva en la que incluye el aborto, el infanticidio selectivo o puntual, el alargamiento de la lactancia o por el contrario la lactancia mercenaria, tabúes que prohíben las relaciones sexuales en ciertos periodos o en ciertas circunstancias y, por supuesto, los anticonceptivos.

3.2.1. La naturalización del vínculo materno-filial

La segunda dimensión de la naturalización de la maternidad, es aquella que establece un estrecho vínculo entre la mujer y su hijo/a biológico/a que adquiere la forma de una fuerte y mutua dependencia emocional. La dependencia del bebé hacia la madre se equipará a la dependencia de la madre hacia su hijo/a: si el bebé necesita el seno materno para alimentarse y su cuerpo para ser protegido y abrigado, la madre necesita de su bebé para descargar el amor que en forma de leche encierra en su pecho.

Tras el nacimiento, la simbiosis entre dos seres que a pesar de tener cuerpos diferenciados no son individualizables, perdura. El cordón umbilical adquiere un carácter metafórico que se convertirá en una de las imágenes más populares y recurrentes: del mismo modo en que los dos cuerpos estuvieron unidos por un cordón umbilical físico que los comunicaba y los hacía indistinguibles, tras el parto, perdura un segundo vínculo emocional invisible que unirá los dos cuerpos ya separados. Sólo la madurez del hijo impondrá por parte de éste la separación definitiva, proceso difícil y al que la madre siempre se opone.

Al afirmar que la relación materno-filial da continuidad a un proceso que anteriormente se daba dentro de la madre y que tras el nacimiento da lugar a la creación de dos cuerpos que, sin embargo, siguen siendo una sola entidad, se estigmatiza a las mujeres que renuncian a ejercer el maternaje o lo ejercen de forma no exclusiva. Pero más importante aquí, es que ha impuesto una ceguera disciplinar en las ciencias sociales: en cuestiones de maternidad, indican Collier et al. (1992), los antropólogos y el resto de científicos sociales se muestran más vinculados a los prejuicios que a la evidencia teórica.

La equiparación entre leche y amor es una constante entre las corrientes médicas, filosóficas y sociales que defienden la conveniencia de la lactancia materna. Negar el pecho materno sería equivalente a negar el amor.

Una de las entrevistadas para esta tesis al argumentar su deseo de ser madre decía que necesitaba dar a alguien el amor que llevaba dentro, mientras con las dos manos agarraba su pecho, presionándolo hacia afuera en un claro signo de ofrecimiento (recogido en el cuaderno de notas de campo). Numerosos psicólogos recalcan la importancia de la lactancia como refuerzo del vínculo afectivo materno-filial. Véase Esteban (2000a).

La imagen es muy popular y se utiliza a menudo por ejemplo, en la canción de Mikel Laboa Bilkate (Las dos cadenas). Para una bonita argumentación que desde la biología niega que la placenta sea un órgano materno y que en consecuencia el cordón umbilical no une a madre y feto sino al feto con un órgano producido por sí mismo consúltese Rouch (1987) e Irigaray (1992). El artículo da una nueva lectura del cuerpo embarazado y sirve para desmontar una metáfora corporal que toma carácter de argumento para explicar y defender determinada concepción del vínculo materno-filial.

Recuérdese el término “madre desnaturalizada”, usado para referirse a las mujeres que contravienen la idea de inseparabilidad incluso temporal del bebé que han dado a luz. Contrastados en ocasiones, incluso a pesar de haber sido refutados. En el origen de la inclinación que presumiblemente la mujer siente hacia su criatura, se halla la continuidad física entre ambos y tiene como consecuencia que ese estrecho vínculo sea exclusivo, sólo está orientado hacia su bebé y en consecuencia selectivo, no puede esperarse la actitud maternal más que de la mujer que ha parido a la criatura lo que en definitiva tiende a ser un concepto de la maternidad individualizado o, en términos de Verena Stolcke (1984 p. 98), individualista.

Que las labores maternas sólo puedan realizarse por la madre biológica, no por cualquier mujer, implica a su vez que se haga desde la soledad, y que no cabe ninguna propensión a la socialización de las labores maternas ni a su delegación.

Otro elemento presente, es la presunción de que se trata de una relación marcada por los sentimientos de intimidad, de ternura y de altruismo, y que la ausencia o carencia de estos sentimientos no puede deberse más que a patologías de orden psíquico. Así, el imaginario social de la maternidad occidental que las ciencias sociales a menudo han trasladado a todo contexto cultural y social sin revisión, es el de una maternidad cuyo compromiso y afectos hacia el bebé derivan de los lazos biológicos, en cuanto tal selectiva pues sólo el bebé nacido de una mujer despierta en ella el verdadero apego maternal, ejercida en exclusividad por una mujer que asume para sí las tareas del maternales y caracterizada por el vuelco emocional hacia el bebé. No es preciso, sin embargo, recurrir a contextos exóticos para encontrar ejemplos de cómo el carácter del vínculo entre madre y sus hijos/as puede diferir de este ideal.

El amamantamiento, por ejemplo, idealizado a partir de la Ilustración (Badinter, 1991) como signo de la entrega absoluta de la mujer a su bebé y, el símbolo de la extensión del vínculo

emocional y físico de dependencia mutua tras el nacimiento, cuenta en Europa con una larga historia de externalización fuera del núcleo familiar por medio de la contratación de servicios de nodrizas o de delegación a esclavas y criadas (Yalom, 1997). A partir de los estudios de los historiadores sociales se puede ver en la lactancia una clara representación de las relaciones de sexo y de clase que lejos de ser reflejo y refuerzo de lazos afectivos y de amor son vividos como reflejo de relaciones de poder y a menudo también de saber entre sexos, razas y clases (Knibiehler, 1996).

Frente a la ternura e intimidad que a partir del siglo XVIII parece despertar la lactancia materna, en la aristocracia y en las clases pudientes de gran parte de Europa del siglo anterior, amamantar era considerado una tarea molesta, aburrida o demasiado animal para que el hijo mantuviese el respeto debido a una madre. La burguesía comerciante y artesana prefería, por su parte, delegar a campesinas o a mujeres de clases bajas esa labor, pudiéndose dedicar las esposas a trabajar en el negocio familiar o buscar una nueva gestación (Badinter, 1991).

La lactancia mercenaria, es un ejemplo notable de la polisemia que adquieren las actividades humanas en los diferentes contextos culturales. Es un claro caso también, de cómo las funciones de crianza incluso las de carácter más biológico pueden ser y son asumidas por una persona diferente a la madre biológica.

En esta misma línea, Henrietta Moore (1991), mediante los trabajos de Boom y Drummond sobre las nannies en las clases altas británicas, muestra que la intimidad atribuida a la relación entre madre y bebé puede ser altamente cuestionada: mientras que era apreciable el estrecho nexo del niño o de la niña con su nanny con la que pasaba toda la jornada y de la que recibía la mayor parte de los cuidados, la madre dedicaba sólo unos pocos momentos al día a atenderles. Moore piensa estas familias aristocráticas inglesas que contenían subunidades compuestas por las nannies y las criaturas a su cargo es un ejemplo culturalmente cercano de la “erosión teórica del concepto de familia universal basada en aspectos bioculturales y construida en torno a la unidad madre-hijo” (1991: 41). El ejemplo de las nannies trastoca la definición de la familia organizada a partir de la unidad doméstica, cuya forma más simple sería la compuesta por la madre con su prole. Igualmente, citando los trabajos de Carol Stack en los que se calcula que alrededor del 20% de los menores de las comunidades negras urbanas de EE.UU., se crían en hogares diferentes a donde habita su madre biológica, Moore vuelve a subrayar que las unidades

domésticas no se construyen necesariamente en torno a la madre biológica y su prole y que la relación con la madre en una sociedad no tiene que estar basada en el cuidado cotidiano continuo o en la proximidad física. Todos estos ejemplos provenientes de la tradición occidental indican que la crianza de los niños y niñas puede ser gestionada por varias personas diferentes y que no necesariamente la madre biológica protagoniza un papel preeminente en ella.

Demuestran también, que los lazos biológicos por sí mismos no compelen ni a la cercanía física, ni a la dedicación exclusiva y acaparadora del bebé. “La realidad biológica de la maternidad no produce una relación ni una unidad madre-hijo universal e inmutable”, concluye Moore (ibídem). Respecto a los sentimientos que caracterizan a ese vínculo, Collier et al. (1992), destacan que la creencia de que las madres son amorosas es tan profunda, que ha servido incluso como principio para explicar elementos antropológicos como por ejemplo la preferencia dada a determinado tipo de matrimonio. Aunque desde la antropología se acepte que “los lazos de amor” y “la madre sacrificada” no son conceptos universales sino culturales que es necesario contextualizar, estas autoras detectan que en los estudios sobre maternidad y familia estas nociones siguen deslizándose como elementos subyacentes al análisis. También remarcan, que tras el énfasis en el amor maternal, se encuentra la distinción entre lo domésticos y lo público como esferas a las que se les atribuye un carácter universal y, en las que lo afectivo que caracterizaría a lo doméstico, se encontraría en oposición a la competencia que domina el mundo público. Estas autoras ofrecen ejemplos que destacan que no en todas las sociedades la madre tiene ese papel tierno y de amor incondicional, sino que se exige de ella que sea dura, autoritaria e inflexible, mientras que el consuelo, la ternura y la protección constante suele ir vinculado a la figura de algún otro pariente tíos, tías, abuelos, abuelas.... Por ejemplo, para explicar el matrimonio preferente entre primos como una estrategia de las mujeres para permanecer junto a sus hijas en las sociedades patrilineales (Collier, Rosaldo y Yanagisako, 1992).

Los estudios históricos y culturales muestran de hecho que, en la Europa preindustrial, el afecto se hallaba vinculado a menudo a las relaciones ajenas a las que se producen en la familia. Mientras los lazos familiares estaban caracterizados por la autoridad, el sometimiento y los intereses económicos, los grupos de pares definidos por el sexo y la edad se constituían en el campo de las relaciones de expansión afectiva preferente (Shorter, 1977). Todas estas aportaciones pretenden relativizar tanto el carácter, como la intensidad, como el origen de los

sentimientos afectivos. No quiere decirse que los sentimientos no existan, sino que las relaciones y expresiones de afecto existentes entre una mujer y su hija/o pueden diferir de los que desde nuestro cuadro cultural se entienden por maternales. En definitiva, implica sacar el mundo afectivo y de los sentimientos del lugar pre social y biológico que se les atribuye, romper con la conceptualización de los sentimientos como inmaculadamente aculturales y de naturaleza inequívoca e indomable. Se trataría de dejar de entender los sentimientos más arraigados como unidos a los instintos supuestamente más básicos, tales como el reproductivo y el de supervivencia, donde el instinto maternal y el amor maternal se convierten en prácticamente equivalentes. El punto de partida de las emociones como elaboración social, coadyuva al estudio de la maternidad en los diferentes contextos como producto cultural e histórico y al abordaje de las madres como actores sociales. Las aportaciones de diferentes autores en esta dirección contribuyen al cuestionamiento del vínculo materno-filial definido como inmediato (Scheper-Hughes, 1996), derivado de las entrañas (Bestard, 1998), e inmutable (Badinter, 1991).

3.2.2. Naturalización de las labores de crianza

El tercer elemento de la naturalización de la maternidad se refiere a las labores de crianza o al maternaje. La atribución de estas labores a las mujeres en general y a las madres biológicas en particular, proviene de considerar que las mujeres por sus características psíquicas y físicas están mejor preparadas que los varones para desarrollarlas. Así, como se ha remarcado anteriormente, desde la propia antropología se asume frecuentemente la existencia de una universal división sexual de trabajo que tendría como base última una supuesta especialización reproductiva de las mujeres compuesta por características de tipo físico que van desde la propia capacidad de gestación y de amamantamiento hasta una destreza física en el desempeño de determinadas cuidados infantiles, mayor agudeza sensorial para oír u oler al bebé, etc. junto con una capacidad especial para captar y responder a los requerimientos de cuidado de los otros, que se traducen en una serie de características psíquicas tales como la paciencia, la capacidad de mediación, un espíritu menos inquieto y tendente al sedentarismo, un gusto por las relaciones personales y de intimidad impresas en la estructura psíquica tras una adaptación de miles de años. La consecuencia de atribuir a la naturaleza femenina la predisposición para la crianza conlleva, por una parte, que todo este conocimiento quede infravalorado en cuanto que es considerado como

instintivo ya que “no cuesta, no requiere esfuerzo, por lo tanto, no tiene valor” (Sau, 1995: 103) y por la misma razón se le niega su carácter de conocimiento pues sólo lo aprendido y lo que evoluciona con las sociedades puede ser considerado como tal. Para la tradición antropológica, las mujeres han sido en todo tiempo y lugar las criadoras y el nexo entre los miembros del grupo familiar. Belén Agrela (2005), por ejemplo, observa cómo desde las políticas públicas y de asistencia social las mujeres siguen considerándose un objetivo diana no por sí mismas sino como vía de influencia en el grupo familiar en el que su posición de madre las sitúa: se da por supuesto que a través de las mujeres gitanas o emigrantes es posible llegar a los jóvenes y a los varones de estos grupos, que se conciben como reacios y más inaccesibles, e influir de esta forma en el núcleo familiar.

A los varones se los define como cazadores, pescadores, comerciantes u obreros, se les atribuye el desarrollado de artes y de tecnologías. Mientras, las mujeres son definidas exclusivamente como madres y la crianza es concebida como ahistórica: desde que el mundo es mundo, las mujeres han parido igual y han amado igual a sus hijos/as.

En las especulaciones sobre el proceso de hominización, la maternidad y la crianza se leen siempre como hándicap, una limitación de la movilidad, como si la crianza desde los tiempos de los homínidos hubiese permanecido inalterada, como si en ese aspecto de la vida social no hubiera nada que inventar y como si en las mujeres estuviera siempre ausente la intencionalidad y la elección (Mathieu, 1991a: 72 y ss.). Mientras que los dominios femeninos permanecen idénticos en el tiempo y en el espacio, los hombres son considerados los auténticos agentes del cambio social (Collier et al., 1992: 38). La perspectiva de las mujeres como seres pasivos cuyos ámbitos y funciones permanecen sin cambios en el tiempo es compartida por las grandes corrientes de las ciencias sociales.

Del evolucionismo al estructuralismo, pasando por el funcionalismo, el resultado es el mismo: “Las mujeres eran asociadas a inalterables roles biológicos y los hombres eran pensados Como agentes de todo proceso social (...) olvidando que las mujeres, como los hombres, son importantes actores sociales en todo mundo social” (ibídem: 39). Para Mathieu todo esto revela “un desinterés profundo, sino una negación decidida, por todo lo que pudiera de haber de simbólico, de cultural, en una palabra, de social, en la actividad femenina” (1991a: 72).

3.3. BIENESTAR PSICOLÓGICO

3.3.1. Definición según la Real Academia de la Lengua

La Real Academia de la Lengua Española (2001), define el bienestar como el conjunto de cosas necesarias para vivir bien y/o el estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica; en tanto que define a la satisfacción como la razón, acción o modo con que se sosiega o responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria. Definición según Casullo (2002).

El bienestar psicológico ha sido definido por Casullo (2002), como el estado afectivo subjetivo del individuo, derivado de una valoración global que realiza el propio sujeto, acerca de los sucesos, actividades y circunstancias en las cuales se desarrolla su vida. El bienestar psicológico ha centrado su atención en el desarrollo de sus capacidades y el crecimiento personal, concebida ambas como los principales indicadores del funcionamiento positivo. Según Diener (1994).

Sostiene que el bienestar psicológico posee componentes estables y cambiantes al mismo tiempo. La valoración de los eventos vitales se modifica en función del afecto negativo y positivo predominante. El Bienestar Psicológico es estable a largo plazo, pero experimenta variaciones circunstanciales en función de los afectos predominantes. Según González (2005).

Refiere que el bienestar psicológico con el estado mental y emocional determina el funcionamiento psíquico óptimo de una persona de acuerdo a su paradigma personal o al modo de adecuarse a las exigencias internas y externas del entorno físico y social. Así mismo, relaciona el bienestar con la creencia que orientan las acciones de las personas, el significado atribuido a sus experiencias previas, las experiencias aceptadas y asimiladas cognitiva y emocionalmente de manera satisfactoria, la capacidad de rechazar aquellas consideradas como inconvenientes y la habilidad de adaptarse a diversas circunstancias con flexibilidad.

3.3.2. Modelos teóricos del bienestar psicológico.

El modelo multidimensional de Bienestar creados por Ryff (1989a), está basado sobre el desarrollo humano y propone que el funcionamiento psicológico estaría conformado por una estructura de seis factores. Señala que el crecimiento personal y los propósitos de vida

disminuyen con el tiempo (ambas propias de la adultez), y que el dominio del medio ambiente y la autonomía crecen con el tiempo (adultez tardía y vejez). Estos hallazgos sugieren que el significado o la experiencia subjetiva de bienestar cambian a lo largo de la vida.

El bienestar psicológico, es una dimensión fundamentalmente evaluativa que tiene que ver con la valoración del resultado logrado con una determinada forma de haber vivido. Ryff (1989a) ofrece una interesante perspectiva uniendo las teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y las teorías del ciclo vital. Para la autora, el bienestar tiene variaciones importantes según la edad, el sexo y la cultura. Ryff (1989b) encontró que tienen puntos importantes en común y es a partir de ellos que propuso una integración que permitió formular una teoría alternativa que contenía las dimensiones fundamentales del bienestar psicológico. Encontró entonces, seis dimensiones o “contornos” del bienestar comunes en estas teorías. Ryff plantea una estructura de seis factores conformando el bienestar psicológico (Díaz et al., 2006):

- 1. Auto aceptación:** Las personas intentan sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones.
- 2. Relaciones positivas con otras personas:** La gente necesita mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar.
- 3. Autonomía:** Para poder sostener su propia individualidad en contextos sociales diversos, las personas deben gozar de autodeterminación y mantener su independencia y autoridad personal. La autonomía se asocia a la resistencia a la presión social y la autorregulación del comportamiento.
- 4. Dominio de entorno:** La habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias. Se relaciona con la sensación de control sobre el mundo y de la influencia sobre el contexto.
- 5. Propósito en la vida:** Metas y objetivos que permiten dotar la vida de cierto sentido.
- 6. Crecimiento personal:** Interés por desarrollar potencialidades, crecer como persona y llevar al máximo las propias capacidades.

Citado por (Surichaqui, 2012), el Modelo Homeostático del Bienestar Psicológico. Cummins (2000, citado en Moreno, 2003) y Cummins, Gullene y Lau (2002), citados en González, M. (2004), han propuesto el Modelo Homeostático del Bienestar Psicológico, que se ajusta al modelo arriba-abajo. Dicho modelo sostiene que el proceso psicológico en el que se sitúa el bienestar, es un sistema altamente integrado que comprende un sistema de capacidades genéticas primarias y un sistema protector secundario. El sistema primario, que proporciona el rango genéticamente determinado de la percepción del bienestar, incluye las características de la personalidad, la extraversión y el neuroticismo. En apoyo a esta red, existe el sistema protector secundario, que pese a tener base genética, es más flexible que el anterior e incluye: la percepción de control, la autoestima y el optimismo vital. La influencia ejercida por el ambiente en las personas, afecta a los determinantes de segundo orden. Si esta influencia es suficientemente aversiva puede reducir el efecto protector de los determinados anteriores y, por lo tanto, el bienestar psicológico se situará en un nivel inferior. Lo más frecuente, sin embargo, es que esta influencia adversa sea compensada mediante mecanismos tanto internos como externos. Recientemente Lance et al. (1989), propusieron un modelo bidireccional en el que las relaciones causales y de reciprocidad existen entre la satisfacción de la vida en general y de aspectos concretos de la misma. Este modelo perfila las ideas que se exponen en ambos modelos: el de abajo-arriba y el de arriba-abajo, al sugerir que “la satisfacción global de la vida puede deberse a una combinación ponderada de la satisfacción en diversas áreas de la misma y que provoca la satisfacción de aspectos concretos de la vida”. Esta idea va a sentar sus bases más tarde gracias a conclusiones previas de las relaciones causales y de reciprocidad entre el trabajo y la satisfacción global de la vida (Keon y McDonald, 1982 y Schmitt y Bedeian, 1982, citados en Lance, Mallard y Michalos, 2002).

3.2.4. Investigaciones relacionadas con la psicología de las mujeres embarazadas

Con relación al tema, Vela (2007), realizó una investigación con el objetivo de determinar el nivel de bienestar psicológico en un grupo de mujeres víctimas de violencia conyugal. Para ello se utilizó la escala de bienestar psicológico (EBP) de José Sánchez Canovas. (Adaptación a Guatemala por M.A. Alejandro Aguirrezabal Sagrario, instituto de psicología y antropología de Quetzaltenango) fue aplicada en la procuraduría general de la nación, unidad de protección

de los derechos de la mujer y la familia. Se concluyó que la escala de bienestar material muestra que las mujeres un nivel mayor de satisfacción, lo que indica que se sienten preocupadas con respecto a su economía también el estado de ánimo se ve seriamente afectado en las mujeres que han sido víctimas de maltrato. Se recomendó dar ayuda psicológica en las diferentes áreas donde la mujer se encuentra afectada, promover terapias sobre temas en los cuales se enfatice la autoestima, el respeto y amor a sí misma, también, el desarrollo de diferentes talleres donde sean abordados temas de interés, en relación a los factores condicionantes de un embarazo no deseado.

Del mismo modo, Noriega (2012), realizó una investigación con el objetivo de establecer el nivel de bienestar psicológico del personal que labora en capillas funerarias de la Ciudad de Guatemala. El estudio fue hecho por medio de una investigación cuantitativa, no experimental, de diseño transaccional descriptivo, el cual describe las variables y las analiza. La muestra estuvo conformada por 30 trabajadores de capillas funerarias y el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Como instrumento de estudio, se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico (EBP). Se concluyó que el promedio de Bienestar Psicológico del personal que labora en capillas funerarias estudiadas es alto, al igual que el nivel de Bienestar Subjetivo y Bienestar Material. El nivel de Bienestar Laboral es muy alto y el de Bienestar en Relaciones de Pareja es bajo; y por último el autor concuerda que se encontró que en las mujeres se presenta un mayor nivel de Bienestar Subjetivo, Material y Laboral, mientras que en los hombres se muestra un mayor nivel de Bienestar en Relaciones de Pareja.

Con relación al autoconcepto en embarazadas, Solares (2012), realizó una investigación con el objeto de establecer el autoconcepto de las adolescentes embarazadas que asisten a dos grupos diferentes de apoyo materno, a través de las áreas: académico/laboral, social, emocional, familiar y físico. Se entrevistaron a adolescentes femeninas comprendidas entre las edades de 15 a 19 años, 17 adolescentes asistentes a dos programas de apoyo materno distribuidas en 6 y 11 integrantes respectivamente, 5 “Grupo de Apoyo Materno” de la Organización No Gubernamental Familias de Esperanza y el “Club de Adolescentes Embarazadas”, del Centro de Documentación e Información Integral para el Adolescente de la Antigua Guatemala, perteneciente al Programa de Salud Reproductiva del Área de Salud de

Sacatepéquez del Ministerio de Salud de Guatemala. Para ello utilizó el test psicológico AF5 elaborado por García & Musitu, editado por TEA Ediciones. Concluyó que no existe diferencia estadística significativa dentro de componentes del autoconcepto en las adolescentes que asisten a los grupos de apoyo materno de las dos instituciones evaluadas y el autoconcepto puede ser modificado por acontecimientos ambientales o evolutivos tales como el embarazo o convertirse en madre, por lo que es posible que el autoconcepto de las adolescentes se encuentre influenciado de manera positiva o negativamente en este momento por el proceso de gestación en el que se encuentran. El autor concuerda que es importante implementar el monitoreo de la actividad psicológica evitando el desarrollo en las adolescentes de patologías psicológicas o físicas tales como depresión, desórdenes en la alimentación.

Por otro lado, Yuman (2012), realizó un programa de estrategias de afrontamiento del estrés en padres primerizos de 18 a 23 años en embarazos no deseados con hijos de 0 a 1 año. Se utilizó metodología de investigación cualitativa, seleccionando una muestra de 10 padres primerizos entre 18 y 23 años. Para recaudar la información, se realizó una entrevista semi-estructurada por medio de muestreo discrecional según Sánchez (2008), muestreo discrecional (por juicio) es una técnica de muestreo no probabilístico en la que el investigador experimentado selecciona una muestra basada en un juicio personal. Se concluyó que la manera de afrontar según el padre está determinada por los recursos con los que disponga en ese momento frente a la adversidad. Las estrategias de afrontamiento al estrés son usadas para especificar conductas como respuestas de los individuos ante un proceso de estrés como el embarazo no deseado y los cambios en el desarrollo del padre implican emocionales y mentales debido a que ahora sus propios intereses se enfocan en ser un padre responsable. Buscan constantemente una mejora para brindarle a su hijo alta calidad de vida. El autor concuerda que los familiares deben continuar fortaleciendo una buena relación con sus hijos. Así mismo mantener el vínculo y la comunicación con la madre y demás familiares, debido a que representa un fuerte apoyo para ellos, buscar ayuda psicológica para mejorar la seguridad, confianza y utilización de recursos para sentirse bien con sí mismo y poder apoyar a su pareja en esta etapa.

Chaj (2015), realizó una investigación con el objetivo de determinar el nivel de adaptación emocional en mujeres con embarazo precoz que comprenden edades de 12 a 18 años y que asisten al centro de salud del departamento de Quetzaltenango para un control prenatal. Para ello, aplicó el cuestionario de adaptación para adolescentes de Hugh M. Bell, específicamente el área de adaptación emocional. El autor sostiene que la adaptación emocional en el embarazo precoz es significativamente baja, lo que en las jóvenes puede generar dificultad en el proceso al cambio físico y emocional, el nivel de adaptación emocional en el embarazo precoz se encuentra en un rango normal, es decir, que la mayoría de mujeres con embarazo precoz mantienen una adaptación emocional estable durante la etapa de gestación y el nivel de adaptación emocional en cada etapa de gestación es diferente. Se recomendó que se debe dar un seguimiento psicológico en mujeres adolescentes embarazadas.

Aguilar (2017), realizó una investigación con el objetivo de establecer si existía relación entre autoestima y bienestar psicológico en adolescentes en condición de abrigo temporal de la casa hogar, Fundación Salvación del Departamento de Huehuetenango. La muestra fue conformada por 50 sujetos de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 11 a 18 años. Para ello se aplicó la Escala de Autoestima EAE la cual con sus nueve sub escalas determina el nivel de autoestima de los sujetos, así también la Escala de Bienestar Psicológico EBP que, a través de sus indicadores, satisfacción de la vida, el afecto positivo y negativo y la felicidad del individuo establece el nivel de bienestar subjetivo del individuo, ambas escalas se pueden aplicar con adolescentes y adultos. El autor sostiene que no existe relación entre los elementos de estudio autoestima y bienestar psicológico, ya que la correlación lineal estadística final fue de: $r = -0.07$, lo que corresponde a una correlación negativa muy baja. Se recomendó utilizar los resultados de la presente investigación para reforzar los niveles de autoestima y bienestar psicológico de los adolescentes de la fundación a través de programas, talleres, seminarios o actividades que les llamen la atención a los mismos para brindarles una vida psicológica saludable.

Se pueden también considerar algunos informes de relevancia respecto al tema. Por su parte, Valdivia y Molina (2003), escribieron un artículo titulado “Factores psicológicos asociados a la maternidad de adolescentes menores de 15 años” en la revista de psicología de la universidad

de Chile. En la misma menciona, que la adolescencia es una etapa compleja del desarrollo, donde se consolidan gran parte de las características personales, y, además, donde existe una cierta vulnerabilidad para la aparición de trastornos psicológicos y problemas psicosociales. En Chile, las cifras muestran un aumento en el embarazo de niñas menores de 17 años. La adolescente madre debe asumir una multiplicidad de roles, que son aquellos que conlleva una tarea de adultos como es la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura, las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, ya que incluyen a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante, que de alguna manera va a modificar sus vidas. En Chile, el 95% de los hijos de mujeres menores de 15 años nacen fuera del matrimonio. Al final los autores concuerdan que las madres adultas no presentan niveles de apoyo social percibido significativamente mayores que las madres adolescentes menores de 15 años, las adolescentes madres evidencian significativamente mayor nivel de autoestima social que las madres adultas y las adolescentes madres no evidenciaron un nivel de sintomatología depresiva significativamente mayor que las adolescentes no madres.

Por su parte, Caballeros, Martínez, Cabrero, Orts, Reig y Tosal (2004), realizaron una investigación con el objetivo de determinar la escala de satisfacción de vida de Diner de mujeres embarazadas y puérperas, participaron en el estudio 588 mujeres, embarazadas y puérperas. 133 se encontraban entre la 8ª y 12ª semana de embarazo, 155 entre la 18ª y 22ª semana, 203 entre la 37ª y 42ª y 97 de ellas en el período de puerperio. Fueron seleccionadas, de modo accidental, en sus centros de referencia de las provincias de Alicante, Murcia y Valencia, y se les solicitó verbalmente el consentimiento informado. Para ello se utilizó la escala de Satisfacción con la Vida» –ESV– (Diener et al., 1985). Concluyeron que las mayores correlaciones se establecen con los indicadores referidos a la dimensión emocional (sentimientos, en las láminas COOP-WONCA y reacciones emocionales, en el PSN). Por el contrario, las asociaciones con indicadores de la dimensión física o no existen o son muy bajas, las relaciones entre estas dimensiones son más nítidas cuando se agrupan los indicadores por dimensiones se calcula el promedio de la correlación que cada dimensión mantiene con la satisfacción vital: este promedio es alto en el caso de la dimensión psicológica y bajo en el caso de la física. Los autores concuerdan que las medias y desviaciones típicas de cada uno de

los ítems prácticamente no varían, como tampoco lo hacen las medias de satisfacción vital obtenidas en los diferentes momentos de medición, lo que significa que las mujeres que se encuentran en distintos períodos de gestación y puerperio no muestran diferencias en su satisfacción vital. Y ello a pesar de que la capacidad funcional y la movilidad empeoran con el transcurso del embarazo.

Morales, Rodríguez, Carmona, Carretero, Moreno y Peñacoba (2008), realizaron una investigación con el objetivo de analizar diversas variables psicológicas relativas a personalidad, sintomatología psiquiátrica, preocupaciones del embarazo, creencias sobre el parto, locus de control, estrategias de afrontamiento y su relación con sintomatología clínica y presencia de complicaciones durante la gestación, indicadores de calidad de vida, percepción y control del dolor de parto, tipo de parto, indicadores de bienestar neonatal, satisfacción con el nacimiento, desarrollo del vínculo y cuidado del hijo, y presencia de depresión postparto. Para ello, utilizaron cuestionarios estructurados para la valoración de las diferentes variables en los siguientes momentos temporales: durante el primer y tercer trimestre se evaluará personalidad, sintomatología psiquiátrica, preocupaciones del embarazo, creencias sobre el parto, locus de control, estrategias de afrontamiento, sintomatología del primer trimestre, indicadores de calidad de vida, durante el postparto inmediato: dolor durante el parto y postparto, satisfacción del nacimiento, durante el puerperio: depresión y ansiedad postparto, estrés postraumático, vínculo con el hijo, cuidado del hijo, personalidad, sintomatología psiquiátrica. Los autores concluyeron que las alteraciones emocionales severas previas a la gestación, aunque poco frecuentes, pueden aumentar la probabilidad de afrontamiento disfuncional del embarazo. También el apoyo social parece ser un factor importante, ya que una falta de apoyo social se relaciona con depresión y vivencia de acontecimientos vitales importantes. Los autores remarcan que el papel esencial que juegan las expectativas que elabora la mujer con respecto al nacimiento, siendo las principales las que se refieren al apoyo proporcionado por la pareja y cuidadores, la calidad en la relación profesional sanitario-paciente, la participación activa en la toma de decisiones, y el manejo del dolor.

Maldonado, García y Lartigue (2008), realizaron un artículo donde revisa los diversos fenómenos fisiológicos, y emocionales que ocurren durante la etapa inicial, media y tardía del

embarazo normal; 10 haciendo énfasis en las necesidades nutricionales de la futura madre, así como en los cambios conductuales observables y su necesidad de contar con mayor apoyo emocional. Se analizaron las reacciones comunes en la transición a la maternidad, incluyendo los conceptos de transparencia psicológica, mayor sensibilidad de los padres y su interés en el resultado positivo de la gestación en Missouri. En el mismo, menciona que el desarrollo del feto, en términos de sus sistemas sensoriales, organizacionales, conductuales y la capacidad que tiene éste para percibir estímulos in útero los cuales dependen del nivel emocional de la madre, en la vida uterina, el feto está inmerso no sólo en líquido amniótico sino también en un “recipiente emocional” de la mente de su madre y su padre, el cual puede ser más o menos favorable para un desarrollo óptimo y saludable. El feto mismo tiene características únicas desde la etapa de la vida y ha de adaptarse a ese “medio ambiente”. Aunque el embarazo generalmente es un periodo de expectativas positivas y felicidad. Hay retos emocionales importantes. Al final los autores concuerdan que es de vital importancia que la futura madre se encuentre en un estado saludable tanto a nivel emocional como físico, para que el feto pueda desarrollarse de la mejor forma posible.

3.4. CALIDAD DE VIDA FAMILIAR

Entonces, al referirnos a la calidad de vida familiar tomamos una de las definiciones más aceptadas, que la definen como *“el grado en el que se colman las necesidades de los miembros de la familia, en el que disfrutan de su tiempo juntos y en el que puedan hacer cosas que son importantes para ellos”*. (Park y cols., 2003; Turnbull, 2003).

3.4.1. Evolución de la Calidad de vida familiar

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos remotos. Sin embargo, la aparición del concepto y la preocupación por el mismo de manera científica y sistémica es relativamente reciente. La idea comienza a tomar más relevancia en la época de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en diversos ámbitos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

La expresión calidad de vida tiene sus inicios en las consultas públicas en temas relacionados al deterioro de las condiciones de vida y al medio ambiente. Durante los años 50 y comienzos de los 60, nace un creciente interés por el bienestar humano debido a los efectos de la industrialización de la sociedad, es así que surgió la necesidad de medir dicha realidad con datos objetivos y con la ayuda de las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de indicadores sociales y estadísticos que permitirán medir datos y hechos relacionados al bienestar social de toda una población. Estos indicadores fueron evolucionando con el tiempo, siendo en una primera instancia referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para que en una segunda instancia contemplen también elementos subjetivos. (Aroztegui, 1998 citado por Méndez 2018).

A lo largo de los 90, el interés por la conceptualización y evaluación del término empezó a tomar un carácter metodológico. Generando algunos debates e inquietudes, las cuales fueron superadas; dado es así, que en el siglo XXI, el concepto de calidad de vida se presenta como aquella definición que no solo tomará en cuenta las intenciones de individuos que gozan de mayores posibilidades de elección y decisión y logran obtener una vida de mayor calidad, sino también tendrá injerencia en los servicios humanos en general, los cuales tendrán que adoptar nuevas técnicas de mejora de sus procedimientos, y se verán en la necesidad de contar con un grupo de evaluadores que analizará los resultados desde nuevos criterios basados en la excelencia en aras de mejorar su condición de vida.

3.4.2. Dimensiones de Calidad de Vida Familiar

Garro (2016), tomando como referencia los aportes de Olson y Barnes (1982), cita las siguientes definiciones conceptuales:

- a) **Hogar y Bienestar económico:** Nivel de bienestar que una persona tiene sobre su situación económica actual en relación a su hogar. Sus indicadores se refieren a condiciones de vivienda, responsabilidades en casa, capacidad familiar para satisfacer necesidades básicas y lujos, disponibilidad de dinero para derrochar.
- b) **Amigos, vecindario y comunidad:** El nivel de complacencia que tiene en este caso el individuo en relación a aspectos afines a los amigos, dimensión vecindario (desde una

visión restringida) y comunidad (asumiendo una visión más amplia de la zona donde reside). En general se relaciona con la satisfacción que se experimenta de vivir en la zona de residencia, por la seguridad, recreación, para desplazarse a realizar compras.

- c) **Vida Familiar y familia extensa:** Olson (1989, citado por Grimaldo 2009) precisa a la satisfacción familiar como el valor de bienestar que los integrantes de la familia observan y que pueden usar de soporte ante las situaciones de estrés. Esta dimensión se mide por la satisfacción que se experimenta con los familiares en general.
- d) **Educación y Ocio:** La educación hace referencia al sentimiento de bienestar o placer que se tiene respecto a su actual situación escolar; y las actividades que se realiza en el tiempo libre para entretenerse como parte de su desarrollo. Evalúa el nivel de satisfacción respecto al tiempo libre que se dispone, las actividades que realiza y el tiempo para descansar.
- e) **Medios de Comunicación:** El grado de satisfacción que una persona tiene en función a los medios de comunicación: televisión, medido a partir de los siguientes aspectos: la cantidad de tiempo que los miembros de su familia pasan viendo televisión; calidad de películas del cine nacional y extranjero, frecuencia de asistencia al cine y la satisfacción con los contenidos de la prensa escrita y revistas científicas y no científicas.
- f) **Religión:** Es el grado de complacencia que tiene una persona en relación a la religión y a la vida religiosa de la familia, la frecuencia de asistencia a misa, el vínculo con Dios, tiempo, dedicación y el amor que le da a Dios; realización de actividades religiosas.
- g) **Salud:** Es el grado de complacencia que tiene la persona a nivel psicológico como físico. en los dos aspectos, se sitúa a diagnosticar tanto en la salud de la persona como el de la familia.

3.5. AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

Estrés

Según Lazarus, citado por Morrison y Bennett (2008), el estrés *“es el resultado de la interacción entre las características y valoraciones de un individuo, el entorno del suceso interno o externo y los recursos internos o externos de que dispone una persona”*.

En el estrés hay que considerar las siguientes dimensiones:

3.5.1. Afrontamiento

Para Lazarus y Folkman, el afrontamiento *“es considerado como los esfuerzos cognitivos y conductuales que utilizan las personas para manejar las demandas internas o externas de una situación que es percibida como estresante”* (Lazarus y Folkman. 1984, p 141).

Puesto que afrontamiento del estrés es una variable de total relevancia a analizar en el presente proyecto investigativo, es importante conceptualizarla. Empezaremos enfatizando en que el afrontamiento del estrés se entiende básicamente como: *“un proceso dinámico que incluye una serie de conocimientos y conductas que surgen de las valoraciones, es cualquier cosa que haga el individuo para reducir el impacto de una situación estresante real”*. (Morrison y Benet, 2008: S.P).

3.5.2. Estilos y estrategias de afrontamiento

Según Morrison y Bennett, citado por Jaimes C, indica que el estilo de afrontamiento es *“la tendencia general que muestran los individuos para responder a las diferentes situaciones, siendo formas generales de afrontamiento que la gente tiende a adoptar; ya sea esquivando, evitando o afrontando las situaciones difíciles”* (Jaimes C, 2019: 29).

Para Morrison y Bennett, existen diferentes categorías de afrontamiento, mismas que son frecuentemente empleadas por las personas.

A continuación, se mostrará un resumen conclusivo de cada una de ellas:

- a) **Afrontamiento orientado a los problemas.** – Son los esfuerzos de afrontamiento instrumental dirigidos al estresor para reducir las demandas que impone o para aumentar los recursos propios. Las estrategias incluyen planificar el cambio del estresor o cómo comportarse para controlarlo o confrontar la fuente del estrés.
- b) **Afrontamiento orientado a las emociones.** - Son los esfuerzos de afrontamiento cognitivo dirigidos a abordar la respuesta emocional al estresor; por ejemplo, una nueva

valoración positiva de la situación estresante para verla bajo un prisma más positivo, búsqueda de apoyo emocional o desahogarse.

- c) **Enfoque atencional, vigilante, activo, de monitorización.** - Se ocupa de abordar la fuente de estrés e intentar resolver el problema utilizando la búsqueda de información, o hacer esfuerzos activos, cognitivos y conductuales, para abordar la fuente del estrés.
- d) **Enfoque evitativo, pasivo, atenuador.** - Se ocupa de evitar o minimizar la amenaza del estresor; a veces está centrado en las emociones, a veces incluye evitar la situación. (Morrison y Benet, 2008: S.P).

3.5.3. Estilos adicionales de afrontamiento

Según Carver, citado por Casuso, L. (1996), indica que también existen otras estrategias de afrontamiento mencionando que estas son estrategias adicionales a la misma, a continuación de cita de manera textual las respectivas estrategias:

- a) *“**Negación.** - Se define como rehusarse a creer que el estresor existe o comportarse y pensar como si el estresor fuera irreal o sencillamente no existente.*
- b) ***Conductas inadecuadas.** - Consiste en la disminución del esfuerzo conductual y cognitivo dirigido al estresor, dándose el individuo por vencido sin intentar alcanzar las metas con las que el estresor está interfiriendo.*
- c) ***Distracción.** - Ocurre cuando el individuo permite que una amplia diversidad de actividades lo distraigan de su evaluación de los aspectos conductuales del problema, o de la meta con la que el estresor está interfiriendo.”* (Causo, 1996: S.P.)

3.6. VÍNCULO AFECTIVO

3.6.1. Definición de vínculo afectivo

Es importante comenzar haciendo una diferenciación entre dos términos que se relacionan pero que no son iguales, para la investigación se torna relevante explicarlo. Estos términos son: vínculo afectivo y apego. El apego según lo planteado por Bowlby (1993), es “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido” (p.60).

Para que se pueda dar un apego, primero debe existir un vínculo afectivo que “hace referencia al lazo afectivo que emerge entre dos personas y que genera un marco de confianza en el otro y en la vida, en un contexto de comunicación y de desarrollo” (Urizar, 2012, p.1).

La vinculación afectiva es la capacidad humana de establecer lazos afectivos con otros seres humanos. Estos lazos se construyen y mantienen mediante las emociones. Estos afectos se ven estimulados con la presencia o ausencia del otro, con la disponibilidad o indisponibilidad del otro. La vinculación afectiva también implica las construcciones mentales que se derivan de la interacción con los demás. (Fernández, 2013, p.2).

Generalmente el bebé establece un vínculo con su cuidador antes de los 12 meses de edad, este llega a ser la madre en la mayoría de casos, ella es quien brinda a su hijo/a sentimientos de seguridad que proporcionan un desarrollo sano especialmente en las relaciones que entablará a futuro.

Según Repetur y Quezada (2005), “El vínculo puede ser definido como un lazo afectivo que una persona o animal forma entre sí mismo y otro, lazo que los junta en el espacio y que perdura en el tiempo” (p.5).

Por lo tanto, para que exista la formación de un vínculo afectivo, debe existir conductas impartidas desde el cuidador hacia el niño/a lo que repercutirá en un apego. Estas conductas de apego pueden manifestarse en las diversas relaciones que tenga el niño con diferentes personas, pero el vínculo se limita a pocos, puesto que denota la búsqueda de proximidad hacia esa persona.

Vínculo es una relación de dos única e insustituible (no es una característica de la persona sino de la relación), en la que ha habido implicación afectiva, permanencia en el tiempo y en la que se ha generado un proyecto de vida. (Horno, 2008, p.305).

En casos en los que existe una separación de la figura de afecto, el vínculo permanecerá presente, por ello Main (1999) (citado por Repetur y Quezada, 2005), menciona “El vínculo tiene aspectos de sentimientos, recuerdos, expectativas, deseos e intenciones, todo lo que sirve

como una clase de filtro para la recepción e interpretación de la experiencia interpersonal” (p.6).

Si bien no existen investigaciones actuales sobre este tema, las antes realizadas concuerdan en que el origen del vínculo se da en la etapa prenatal y que la relación de la madre con el bebé recién nacido se debe a una vinculación prenatal (Roncallo, Sánchez y Arranz, 2015).

El vínculo afectivo materno-fetal, se evidencia cuando una madre responde a las necesidades de su hijo desde el momento mismo que sabe que existe vida en su vientre, se trata de un vínculo afectivo muy fuerte que se forma entre dos personas. Este enlace va a integrarse en el niño y sirve como base para todos los lazos afectivos que va a tener en el futuro.

3.6.2. Funciones del vínculo

Según Urizar (2012), estas son:

- Mantener la proximidad del cuidador principal.
- Procurar el sentimiento de seguridad que promueva la exploración.
- Regular las emociones.
- Dar estrategias para hacer frente al estrés.
- Favorecer la sociabilidad. (p.4)

Los vínculos afectivos permiten que una persona vaya construyendo su identidad y aprendiendo a sentir y tener una mejor conciencia de las emociones, ya que si bien es cierto, el niño/a que nace dependerá totalmente de sus cuidadores, pero mientras crece irá adquiriendo mayor autonomía y por ende construirá una imagen propia que viene a ser su autoestima y es aquí en donde prácticamente se refleja todo lo que sus seres queridos han aportado a lo largo de los años; dependiendo del tipo de estímulos y experiencias que ha tenido el infante se condiciona también las relaciones que tendrá con los demás, el manejo de emociones ante un determinado problema y la formación de esquemas mentales en los que se evidenciarán los principales sentimientos reflejados por los padres, sean estos positivos o negativos.

3.6.3. Beneficios del vínculo afectivo seguro y sano

Según Egas (2016), existen varios beneficios, algunos de ellos se evidenciarían luego del nacimiento. Tenemos entonces:

- Fomentan la comunicación familiar, brindando estabilidad.
- Favorece la fácil influencia de los padres hacia sus hijos.
- Aportan confianza, seguridad y fortaleza al infante.
- Potencian una autoestima sana.
- Crea bases seguras para vínculos en el futuro.
- Ayudan al desarrollo y crecimiento tanto social y cognitivo fomentando un desarrollo integral del infante.

Bowlby y Ainsworth pensaban que la naturaleza de nuestros primeros vínculos tendía a influir significativamente en nuestra vida posterior, no sólo en nuestras relaciones futuras, sino que también en el desarrollo de otros sistemas conductuales, como el juego y la exploración, (...). Pensaban también que era probable que, si los vínculos primarios eran inseguros, hubiera dificultad en la expresión y el control apropiado de la sexualidad y la agresión. (Repetur, 2005, p.7).

En concordancia con lo antes mencionado, es nuestro primer vínculo afectivo capaz de guiar los que iremos formando a futuro y este vínculo es el que se forma con nuestra madre desde la etapa prenatal, es por ello que se hace énfasis en que durante esta etapa se dé una adecuada conexión afectiva misma que será los cimientos para que a futuro el niño sepa interactuar y expresarse ante los demás con seguridad y confianza, esto garantizará un desarrollo pleno hasta alcanzar su etapa adulta.

3.6.4. Vínculo afectivo en la etapa prenatal

En investigaciones provenientes de diferentes ramas de la salud se señala que el vínculo no surge en el período posterior al nacimiento sino más bien durante el periodo prenatal, puesto que se puede evidenciar los inicios del rol materno, además que la relación que exista entre una madre y su hijo/a recién nacido, a medida que todos estos conocimientos se desarrollan se

extiende el interés por la relación materno-fetal, por lo general entre las disciplinas que más se han inclinado hacia estas investigaciones están la psicología del desarrollo, de la salud y la psicopatología.

Según Roncallo, Sánchez y Arranz (2015), entre las definiciones más importantes para vínculo afectivo (materno-fetal) están:

Definición de vínculo materno-fetal.

Autor (año)	Definición
Cranley (1981)	El grado en el que las mujeres se dedican a comportamientos que representan una filiación y la interacción con su hijo por nacer.
Muller (1992)	Relación única de la madre hacia el feto y es independiente de los sentimientos que esta tiene acerca de sí misma como madre o como mujer embarazada.
Condon y Corkindale (1997)	El lazo emocional que normalmente se desarrolla entre una mujer embarazada y su hijo no nacido.

Elaborado por Acurio, Y. 2018. Información obtenida de Roncallo, Sánchez y Arranz. Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. (2015).

De la misma forma que las habilidades cognitivas y emocionales son necesarias en el inicio y fortalecimiento del vínculo, su expresión tiene que ver con componentes cognitivos y afectivos. Dentro de los elementos cognitivos se encuentran los pensamientos o representaciones mentales acerca del feto, que permiten a las madres realizar incluso, atribuciones de personalidad y comportamiento; por otra parte, los elementos afectivos hacen referencia a la empatía y el placer en la interacción. (Roncallo et al, 2015).

El vínculo materno-infantil se crea desde el momento en que los progenitores, la madre, conocen la noticia de estar embarazada. Desde ese momento se entrelazan en la mente de la mujer todas aquellas ideas recibidas desde la niñez sobre embarazo, maternidad y crianza de los hijos, los miedos propios del proceso primerizo o recibido de anteriores embarazos y las fortalezas que la mujer es capaz de exponer ante situaciones que le requieren de estrategias de afrontamiento no conocidas ni entrenadas hasta ahora. (Gómez, Alonso y Rivera, 2011).

Actualmente, ya se conocen las consecuencias que determinadas conductas y sentimientos efectuados por una mujer durante la gestación, acarrearán hacia el feto, afectando el desarrollo emocional y físico del mismo.

Por ejemplo, para Rocanllo et al, (2015), la influencia del estado psicológico materno influye fuertemente en el feto.

Influencia del estado psicológico materno en el feto.

Cambios presentados	Origen	Expresión
Variaciones del comportamiento fetal	Manipulación experimental del estado psicológico de la madre durante el embarazo	Cambio en los patrones de frecuencia cardíaca, su variabilidad o estabilidad y en la actividad motora. 1. Hipótesis biológica: Aumento en los niveles de cortisol materno que afectaría al óptimo desarrollo del eje-hipotálamo-pituitario-adrenal fetal. Lo que provocaría déficit en la maduración motora y menor cociente intelectual infantil 2. Hipótesis psicosocial: Puntuaciones materna de ansiedad rasgo se caracterizan por la estabilidad pre y post parto, lo que conduce a dificultades en la interacción con el neonato.
Alteraciones fetales del desarrollo	Ansiedad y estrés percibido durante el embarazo	3. Hipótesis biopsicosocial: La expresión en el neurodesarrollo fetal de los efectos de la exposición prolongada a la ansiedad y el estrés, se ve reforzada por experiencias ambientales post-natales. Bebés irritables y con menor capacidad de regulación lo que influye en la interacción madre-bebé y en las pautas de crianza

Elaborado por Acurio, Y. 2018. Información obtenida de Rocanllo, Sánchez y Arranz. Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. (2015).

Gómez, Viguer y Cantero (2003) (citado por Gómez et al, 2011), mencionan Programas de intervención prenatal a partir de los cuales:

Se invita a la mujer a comunicarse con el bebé mediante sus pensamientos y sentimientos, potenciando así que el bebé se sienta acogido. Reconocen el fantaseo y la anticipación imaginada sobre la relación con el bebé como herramientas de creación del vínculo entre ambos. (p.426).

Muchas mujeres gestantes desconocen esta información y por esta razón no proporcionan la estimulación y el cuidado emocional que requiere la etapa prenatal, como el bebé tiene percepción del medio a través de la madre, logra registrar aspectos físicos y emocionales de la misma y estos repercuten ya sea positiva o negativamente, en este punto se debe considerar el hecho de que la mujer conoce algunas formas de interacción con el bebé, “Las relacionadas con el sentido del tacto son las más utilizadas, seguidas de las auditivo-verbales y continuadas por las del sentido del gusto. Potenciar este tipo de intervenciones prenatales ayudaría a fortalecer el vínculo materno fetal” (Gómez et al, 2011, p.433).

3.6.5. El papel de la estimulación prenatal en la formación del vínculo afectivo durante el embarazo

Es importante incluirlo en este apartado puesto que se considera que permite un acercamiento de la madre hacia el feto, “entendiendo la misma como una serie de acciones auditivas, táctiles, visuales y motoras; que buscan la comunicación con la persona por nacer, su aprendizaje y potenciar su desarrollo físico, sensorial y mental” (Hernández, 2016, p.361).

Se tiene conocimiento de que a partir del tercer mes de gestación los órganos de los sentidos y centros cerebrales ya se encuentran formados en el feto, por lo tanto, puede adquirir información no solo intra sino también extra uterina, obviamente utilizando a la madre como medio para lograrlo, es por ello que se evidencia una respuesta ante diferentes estímulos.

Según Hernández (2016), los principales tipos de estimulación prenatal son:

- **Táctil:** A partir de la sexta a décima semana de gestación, se utiliza texturas que permitan dar diferentes sensaciones al vientre materno, incluso cambios leves de temperatura lo que permitirán que como respuesta, exista un movimiento fetal.
- **Visual:** A partir del cuarto mes de gestación, para ello se utiliza luz artificial ya sea de linternas con led o del celular (modo avión) y natural, de esta manera se estimula la retina ocular favoreciendo el desarrollo de una discriminación visual, orientación y dirección.
- **Auditiva:** A partir de la quinceava semana de gestación, al ser uno de los sentidos que más facilita la relación del bebé con su medio intra y extra uterino actúa a manera de registro,

esto quiere decir que todo lo que el bebé escucha desde esta etapa, se queda interiorizado en su cerebro, lo que le permitirá sentir el estado que vivió durante la gestación, siendo este positivo o negativo.

- **Motora:** A partir de la décima semana de gestación, esta estimulación favorece el equilibrio del bebé pues se da mediante las diferentes posiciones de la madre durante su día a día, o en ejercicios físicos que ella realice. “El feto dentro del útero se informa de su posición recepcionando si la madre se encuentra de pie o en una posición que afecte su equilibrio intraútero, logrando así desarrollar el centro del equilibrio del niño poniéndolo en alerta” (p.367).

Entre los beneficios de la estimulación prenatal se encuentran:

- Mejora la interacción entre padres y el bebé en desarrollo.
- Mejora el desarrollo de los sentidos base del bebé.
- Contribuye positivamente a la salud física y mental del bebé.
- Fomenta el desarrolla el vínculo afectivo niño-padres-familia
- Desarrolla la comunicación, coordinación visomotora, memoria, razonamiento e inteligencia social.

Es vital recordar que aun cuando el bebé sea pequeño y se encuentre en desarrollo dentro del vientre materno, no se debe subestimar su habilidad para percibir todo lo que ocurre a su alrededor, es por ello que, aunque sea de forma leve intentará reconocer voces y sonidos que le sean familiares, por lo que se comenzará a educar desde esta etapa.

CAPÍTULO IV
METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

4.1. ÁREA DE LA PSICOLOGÍA EN LA QUE SE ENMARCA EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio corresponde al área de la psicología **clínica**, cuyo propósito central es identificar cuáles son las características psicológicas de mujeres embarazadas en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, a través de la descripción de las variables psicológicas identificadas en los objetivos específicos. Este diagnóstico permite evaluar, comprender y aportar con directrices para superar las limitaciones y carencias teóricas descritas en la justificación de esta investigación.

4.2. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación diseñada tiene las siguientes características:

Es de tipo **exploratorio**, puesto que en el medio tarijeño existe muy poca información sobre la calidad de vida, bienestar psicológico, desarrollo del vínculo prenatal en mujeres embarazadas, además es un estudio aproximativo ya que la muestra que se tomará no cumple con los requisitos estadísticos estrictos para un estudio científico exhaustivo.

Asimismo, puede ser tipificado como un estudio **descriptivo**, ya que su meta principal es citar cuáles son las características psicológicas de mujeres embarazadas en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.

Según la finalidad es **teórico**, ya que la meta primordial del mismo es generar información relacionada con las características psicológicas de mujeres embarazadas. Este proyecto no pretende resolver ningún problema puntual ni actuar sobre el fenómeno de estudio con el fin de cambiarlo.

Desde otro punto de vista, la investigación tiene un enfoque **cuantitativo**, puesto que los instrumentos empleados poseen escalas numéricas, cuyos resultados finales se expresan mediante valores estadísticos. *“Un estudio cuantitativo expresa los resultados en forma de*

porcentajes que son aplicables al conjunto de la población estudiada. Para obtenerlos se elabora un instrumento que debe responder una muestra representativa de dicha población”. (Hernández et al, 2000: 94).

Finalmente, la investigación ejecutada corresponde a la categoría **transversal** ya que la valoración de las diferentes variables se realizará en un momento determinado estableciéndose un corte en el proceso del fenómeno. Es decir, la muestra que se estudió es un corte representativo de las distintas variables, empleando para esto personas diferentes según las categorías establecidas en las variables de selección y no se realiza un seguimiento de la evolución del fenómeno en las mismas personas.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1. POBLACIÓN

La población de estudio estuvo constituida por todas las mujeres embarazadas, entre 12 y 43 años, del hospital de la mujer “Dr. Percy Boland” de la ciudad de Santa Cruz. El número de mujeres embarazadas en la gestión 2022 y que dieron a luz mediante parto normal y cesárea fueron de 4220.

Las variables de inclusión de los integrantes de la población, son las siguientes:

1. Nivel socioeconómico

- a) Bajo
- b) Medio
- c) Alto

2. Nivel educativo

- a) Bachiller.
- b) Universitario, o técnico.
- c) Profesional, a nivel licenciatura.

3. Estado civil

- a) Soltero.
- b) Casado.

4.3.2. MUESTRA

La muestra evaluada estará compuesta por 111 mujeres embarazadas, entre 12 y 43 años. Dicho número representa aproximadamente el 0.5% de la población, en otras palabras, un poco más del uno por mil.

Para determinar el número de la muestra no se empleó fórmulas estadísticas, sino que esto fue llevado a cabo por criterios particulares del fenómeno de estudio y por características propias de las materias de Actividad de Profesionalización. El número de la muestra también se justifica por el hecho de que, como se lo manifestó en la tipificación, tiene un carácter exploratorio, por lo cual no se ha tomado el 10 % de la población total.

En esta tesis se empleará un procedimiento de muestreo intencional, pues se conformó la muestra a través del contacto directo con las mujeres embarazadas que habitan en la provincia Andrés Báñez de Santa Cruz de la Sierra, que cumplan con las características de las variables de inclusión y que demuestran predisposición a colaborar con la investigación.

4.4. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.4.1. MÉTODOS

Los métodos necesarios para la realización de la presente investigación se los presenta en dos acápites: en primer lugar, los métodos en base a los cuales se estructura el proyecto total y, en segundo lugar, los métodos referidos a la recolección de los datos.

Métodos de la estructura lógica del proyecto:

Método analítico. Las metas del proyecto planteado sobre todo son de naturaleza analítica, ya que pretenden valorar la calidad de vida familiar, bienestar psicológico y el vínculo afectivo de las mujeres embarazadas en la ciudad de Santa Cruz. Todos estos objetivos se abocan a identificar elementos de un todo.

De alguna manera, y en menor grado, se empleará el método sintético, pues se saca conclusiones sobre la relación entre dos variables, como por ejemplo entre calidad de vida familiar y resiliencia. Es decir, luego del análisis se saca una síntesis sobre dicho fenómeno.

Método deductivo. Los resultados que según arrojados por la batería de tests planteados en el proyecto, serán interpretados empleando la lógica deductiva, pues dichos resultados cobran sentido al compararlos con los parámetros establecidos en un baremo, es decir, la norma o ley general (baremo) le da su interpretación respectiva al resultado (dato particular).

En el mismo sentido, las hipótesis serán formuladas mediante un proceso hipotético deductivo, pues los conocimientos previos que se tienen sobre la violencia de género, fueron formulados a través de una hipótesis cuya naturaleza se basa en una deducción de una teórica psicológica.

Método de campo o naturalista participante. El método general empleado es de tipo naturalista o de campo, pues el investigador no está reproduciendo artificialmente el fenómeno (calidad de vida familiar) sino que está acudiendo al lugar donde se da éste de manera espontánea. Otra razón de por qué el método elegido es de campo o naturalista radica en el hecho de que no se manejan variables dependientes o independientes, sino que la metodología es descriptiva.

Pero es preciso aclarar que es un método naturalista **participante** ya que el investigador tendrá contacto directo durante las entrevistas y aplicación de los tests, lo cual constituye una variable más que ejerce cierta influencia en las personas sujetas al estudio.

Métodos referidos al procedimiento de recolección de los datos:

Para recoger los datos que permitirán cumplir con los objetivos se aplicara los siguientes métodos:

- **Tests psicológicos estandarizados.** El principal método de recolección de datos es el de los tests psicológicos estandarizados, puesto que todos los instrumentos que se aplicaron han sido baremados (estandarizados) ya que fueron validados por diferentes autores y tienen gran credibilidad en el área de estudio abordado por la presente tesis.

4.4.2. TÉCNICAS

Al interior del método de los tests estandarizados que se emplearon, se puede identificar una técnica particular:

Técnica de los test psicométricos. Todos los tests estandarizados que se emplearán en la presente investigación son de naturaleza psicométrica, es decir, se basan en escalas estructuradas, objetivas y sus resultados se procesarán de manera estadística. No existe ningún test proyectivo ni de naturaleza cualitativa que se empleará en esta investigación.

4.4.3. INSTRUMENTOS

Los diferentes instrumentos que se emplearán en este estudio se los presenta a continuación dentro de una tabla resumen, en función de las variables, los métodos y técnicas a los cuales corresponden.

Cuadro resumen de los métodos, técnicas e instrumentos:

VARIABLE	MÉTODO	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Bienestar psicológico.	Test psicológico estandarizado	Tests Psicométricos (escala)	Escala de Bienestar Psicológico de Ryff Carol (2004). Adaptación española de Díaz et al., (2006).
Calidad de vida.	Test psicológico estandarizado	Tests Psicométricos (escala)	Escala de David Olson & Howard Barnes (1982); Adaptación de Grimaldo, M. (2003).
Estilo de afrontamiento del estrés	Test psicológico estandarizado	Tests Psicométricos (escala)	Escala del cuestionario de modos de enfrentamiento al estrés COPE 28.
Vínculo afectivo prenatal	Test psicológico estandarizado	Tests Psicométricos (escala)	Escala de vinculación afectiva prenatal y la adaptación prenatal (EVAP) de Lafuente (1995).

A continuación, se describe la ficha técnica de cada uno de los instrumentos que se emplearon en la presente investigación:

4.4.3.1. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA FAMILIAR

Autores: David Olson y Howard Barnes (1982). Adaptación por Mirian Pilar Grimaldo Muchotrigo (2003).

Objetivo: Identificación de los niveles de calidad de vida.

Técnica: Escala.

Historia de creación y baremación: Esta escala fue construida por David Olson & Howard Barnes en 1982. Los objetivos de esta escala son medir las percepciones individuales de satisfacción dentro de los dominios de la experiencia vital de los individuos como, por ejemplo, vida marital y familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, etc. (Díaz et. al, 2000).

La Calidad de Vida consta del conocimiento que tiene el ser humano de todas las situaciones que el ambiente le pueda brindar para así conseguir la complacencia de sus requerimientos y el logro del interés que se da en relación con estos factores: - Factor I (Bienestar Económico) - Factor II (Amigos, Vecindario y Comunidad) - Factor III (Vida Familiar y Vida Extensa) - Factor IV (Educación y Ocio) - Factor V (Medios de Comunicación) - Factor VI, (Religión) - Factor VII (Salud).

Se desarrollaron dos versiones, una dirigida a los padres con 43 ítems y 12 áreas (Vida marital y familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar educación, tiempo, religión, empleo, medios de comunicación, bienestar económico y vecindario y comunidad), la versión para adolescentes tiene 24 ítems con iguales áreas que la escala de adultos con excepción de matrimonio y empleo. Los ítems son de tipo Likert con las siguientes opciones: Insatisfecho, un poco satisfecho, más o menos satisfecho y completamente satisfecho.

Validez y confiabilidad: El proceso de validación de constructo de la escala de calidad de vida de Olson y Barnes, se realizó a partir del análisis factorial, tal como lo sugiere Muñiz (1996). En el estudio de primer orden, se identificaron 7 factores extraídos, los cuales confirman la

estructura teórica del instrumento. Los factores analizados en este estudio fueron los siguientes: factor 1 (hogar y bienestar económico) factor 2 (amigos, vecindario y comunidad), factor 3 (vida familiar y familia extensa) factor 4 (educación y ocio), actor 5 (medios de comunicación, factor 6 (religión) factor 7 (salud). es por esta razón que reorganizaron los ítems considerando los hallazgos realizados en el presente estudio.

La escala de calidad de vida demuestra índices de confiabilidad aceptables en lo que respecta a su consistencia interna, lo cual constituye un indicador positivo en su entorno a su precisión para evaluar la calidad de vida. Se obtuvo 86. Para la muestra total: 83 para la muestra de colegios particulares y 86, para los colegios estatales. Olson y Barnes (1982) determinaron la confiabilidad del presente instrumento mediante el test, aplicando el coeficiente de Pearson, obteniendo valores aceptables para cada uno de los factores y la escala total (.6476). También se trabajó la consistencia interna a partir del coeficiente alpha de cronbach para cada mitad de la muestra (.87 y 85) y para la muestra total combinada (86).

Materiales: Cuestionario y un lápiz.

Procedimiento de aplicación y calificación: La administración puede ser individual o colectiva y el tiempo de aplicación es de aproximadamente veinticinco minutos.

Nivel de aplicación: A partir de 13 años.

Normas de corrección y calificación: Se puede llevar a cabo de la siguiente manera presente a continuación: Se sumarán las puntuaciones que correspondan a cada uno de los ítems contestados, teniendo en consideración de que cada una de las respuestas tiene un único puntaje correspondiente que puede ser: 5, 4, 3, 2, 1, teniendo en consideración la marca realizada por el examinado. Todas las puntuaciones directas obtenidas se ubicarán en la parte final de la prueba. Las puntuaciones directas que se obtuvieron de los factores, se sumarán para sacar un puntaje total y clasificar el PD a una categoría determinada.

Categorización de puntajes para Escala de calidad de vida:

Puntajes	Categoría
61 a más	Calidad de Vida Óptima
51 a 60	Tendencia a Calidad de Vida Buena
40 a 50	Tendencia a Baja Calidad de Vida
Hasta 39	Mala Calidad de Vida

4.4.3.2. ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO

Autores: Ryff Carol (1995). Adaptación española de Díaz et al., (2006).

Objetivo: Mide el bienestar psicológico del individuo.

Técnica: Escala.

Historia de creación y baremación: La escala de bienestar psicológico fue creada por Carol Ryff en el año 1995, en EEUU, cuya revisión se dio el 2004 y fue adaptado a la versión española por Díaz et al., (2006). La escala muestra juicios particulares de evaluación de una adecuada actividad psicológicos, en contraste al foco tradicional de la psicología clínica que ha sido la patología y el malestar. Esta escala mide seis propiedades positivas del bienestar psicológico, que esta autora constituyó de acuerdo con las discusiones teóricas sobre los requerimientos cumplidos, motivaciones y propiedades que describen a un ser humano en íntegra salud mental.

Las dimensiones del instrumento son:

- La auto aceptación o actitud positiva hacia el yo mismo, asociado a la autoestima y conocimiento de sí.
- Sentido en la vida o tener un propósito, relacionado a la motivación para actuar y desarrollarse.
- Autonomía, que involucra mantener la individualidad en diversos ambientes sociales, asentarse en las propias convicciones y mantener su independencia y autoridad individual.
- Dominio del entorno, relacionado al locus de control interno y ser eficaz de manera personal.
- Relaciones positivas con su entorno, lo que indica mantener lazos de confianza, cálidas, de empatía y de intimidad con otros.
- El crecimiento personal relacionado a la idea de evolución y aprendizaje positivo de la persona.

Confiability y validez: La presente escala, fue traducida por Díaz et al., (2006). En el análisis estadístico obtuvo buena consistencia interna, con valores del α de Cronbach mayores o iguales que 0,70. Además las altas correlaciones halladas entre las escalas de ambas versiones Autoaceptación (0,94); Relaciones positivas (0,98); Autonomía (0,96); Dominio (0,98); Crecimiento personal (0,92); Propósito en la vida (0,98), en consecuencia, indica que esta versión española representa bien los elementos teóricos esenciales de cada una de las dimensiones. Pero, el análisis factorial confirmatorio no evidenció un nivel de ajuste satisfactorio al modelo teórico planteado, por lo cual, para mejorar la propiedad psicométrica desarrollo una versión corta, en la que se muestra α de Cronbach 0,84 a 0,70

Procedimiento de aplicación y calificación: El instrumento puede ser aplicado a nivel individual y colectivo. La evaluación dura máximo 20 minutos. La aplicación es dirigida a adolescentes mayores de 16 años y adultos de ambos sexos, con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados de la escala. El evaluado cuenta con las instrucciones básicas para responder de manera acertada cada enunciado. Se presenta enunciados sobre el modo como usted se comporta, siente y actúa. No existe respuesta correcta o incorrecta. El evaluado puede elegir entre 6 alternativas de solución para cada ítem estipuladas sea “Totalmente desacuerdo”, “Poco de acuerdo”, “Moderadamente de acuerdo”, “Muy de acuerdo”, “Bastante de acuerdo” y “Totalmente de acuerdo”.

La escala está conformada por 39 ítems:

- Dimensión I: Auto aceptación Presenta 7 ítems.
- Dimensión II: Relaciones Positivas Presenta 7 ítems.
- Dimensión III: Autonomía Presenta 5 ítems.
- Dimensión IV: Dominio del Entorno Presenta 7 ítems.
- Dimensión V: Propósito en la vida Presenta 8 ítems.
- Dimensión VI: Crecimiento personal Presenta 5 ítems.

Calificación según cada dimensión:

1. Auto – aceptación = (1 + 7 + 13 + 19 + 31 + 25) = **21**
2. Relaciones positivas = (2 + 8 + 14 + 20 + 26 + 32) = **37**
3. Autonomía = (3 + 4 + 9 + 10 + 15 + 21 + 27 + 33) = **18**
4. Dominio del entorno = (5 + 11 + 16 + 22 + 28 + 39) = **28**
5. Crecimiento personal = (24 + 30 + 34 + 35 + 36 + 37 + 38) = **42**
6. Propósito en la vida = (6 + 12 + 17 + 18 + 23 + 29) = **29**

TOTAL = 175

Para el bienestar psicológico se suman los valores alcanzados en cada ítem y se analiza el grado de bienestar psicológico, el cual se ubica en tres categorías según la puntuación obtenida.

Para la corrección Invertir los ítems: 17, 23, 15, 26 y 21. Siguiendo esta pauta: (1=6) (2=5) (3=4) (4=3) (5=2) (6=1). Se suman los valores obteniéndose un puntaje directo, el cual luego es transformado empleando el baremo.

Baremos generales de la Escala de Bienestar Psicológico y sus sub-escalas

General

Nivel Alto	143 puntos en adelante
Nivel Medio	125 a 142 puntos
Nivel Bajo	124 puntos o menos

Sub-escalas

Autoaceptación	Nivel Alto: 32 puntos en adelante Nivel Medio: entre 20 y 31 puntos Nivel Bajo: 19 puntos o menos
Relaciones positivas	Nivel Alto: 34 puntos en adelante Nivel Medio: entre 24 y 33 puntos Nivel Bajo: 23 puntos o menos

Autonomía	Nivel Alto: 40 puntos en adelante Nivel Medio: entre 29 y 39 puntos Nivel Bajo: 28 puntos o menos
Dominio del entorno	Nivel Alto: 30 puntos en adelante Nivel Medio: entre 23 y 29 puntos Nivel Bajo: 22 puntos o menos
Crecimiento personal	Nivel Alto: 38 puntos en adelante Nivel Medio: entre 29 y 37 puntos Nivel Bajo: 28 puntos o menos
Propósito en la vida	Nivel Alto: 32 puntos en adelante Nivel Medio: entre 23 y 31 puntos Nivel Bajo: 22 puntos o menos

Ryff (1995). Nota: Tomada de Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle, & van Dierendonck, (2006 citado por Rodríguez & Rocha, 2018)

4.4.3.3. ESCALA DEL CUESTIONARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS COPE 28.

Nombre Del Instrumento Original: Cuestionario de modos de afrontamiento del estrés (COPE-60).

Autores: Carver, Sheier y Weintraub

Objetivo: Evaluar las estrategias de afrontamiento ante el estrés presentado en los padres de familia.

Técnica: Escala.

Año De Publicación De La Versión Original: 1989

Nombre Versión Adaptada: Cuestionario de Estrategias de afrontamiento COPE-28

Adaptación De La Prueba: Morán y Manga

Año De Adaptación: 2010.

Descripción del Cuestionario: La administración puede ser de forma colectiva o individual, dura aproximadamente 10 minutos. Este instrumento consta de 28 ítems divididos en 14 estrategias : Afrontamiento activo (2 ítems), Planificación (2 ítems), Apoyo instrumental (2 ítems), Uso de apoyo emocional (2 ítems), Auto-distracción (2 ítems), Desahogo (2 ítems), Desconexión conductual (2 ítems), Reinterpretación positiva (2 ítems), Negación (2 ítems), Aceptación (2 ítems), Religión (2 ítems), Uso de sustancias, Humor (2 ítems) y Auto-inculpación (2 ítems), con un total de 28 ítems, que proporcionaran una evaluación importante sobre las estrategias de afrontamiento que los padres suelen usar ante un suceso o evento estresor.

Para esta investigación se utilizará la traducción del COPE-28 realizado por Moran y Manga (2010).

Materiales: Cuadernillo de ítems y respuestas, y lápiz.

Confiabilidad y Validez: Carver (1997) creó una versión abreviada del COPE original, el cual consta de 14 escalas con dos ítems cada una los cuales son afrontamiento activo, planificación, reevaluación positiva, aceptación, humor, espiritualidad, negación, uso del apoyo emocional, uso del apoyo instrumental, auto distracción, auto culpa, consumo de sustancias, desahogarse y abandono; para esta nueva versión, se tuvieron que eliminar dos escalas pertenecientes al inventario original.

El “Brief COPE” realizado por Carver (1997), presenta 28 ítems, con una escala tipo Likert de 4 alternativas (de 0 a 3), entre “nunca hago esto” hasta “siempre hago esto”. Posterior a esto, Morán, Landero y Gonzales (2010), realizaron un trabajo de investigación en España para conocer la validez del “Brief COPE” creando una versión en español (no eliminaron ítems, ni se cambió la calificación), esta investigación se realizó con 260 sujetos con edades entre los 21 y 61 años de edad. La confiabilidad según el alfa de Cronbach iba desde los 0.58 a 0.93. Sin embargo, la correlación entre los ítems de cada sub escala, resultaron positivas y significativas. Finalmente se llegó a la conclusión de que la validez no era concluyente.

Calificación e Interpretación: Los puntajes para el instrumento se obtienen mediante una escala tipo Likert de 4 opciones de respuesta: No, en absoluto tiene un puntaje de “0”, Un poco “1”, bastante “2” y mucho “3”. Posterior a la resolución del cuestionario, se procede a realizar la interpretación correspondiente según dimensión.

Indicadores: Afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, reinterpretación positiva, aceptación, humor, desconexión, desahogo, uso de apoyo, negación, religión, uso de sustancias, auto-inculpación y auto-distracción.

Ítems a calificar

- Estrategias de afrontamiento enfocado en el problema:

Afrontamiento activo: 2 y 10

Planificación: 6 y 26

Apoyo instrumental: 1 y 28

Reinterpretación positiva: 14 y 18

Aceptación: 3 y 21

Humor: 7 y 19

Desconexión: 11 y 25

- Estrategias de afrontamiento enfocado en la emoción:

Desahogo: 12 y 23

Uso de apoyo: 9 y 17

- Estrategias de afrontamiento evitativo:

Negación: 5 y 13

Religión: 16 y 20

Uso de sustancias: 15 y 24

Auto-inculpación: 8 y 27

Auto-distracción: 4 y 22

4.4.3.4. ESCALA DE VINCULACIÓN AFECTIVA PRENATAL Y LA ADAPTACIÓN PRENATAL (EVAP)

Autor: M^a Josefa Lafuente en el año 1995

Objetivo del test: El objetivo, obtener el grado de vinculación existente entre la madre y su bebé.

Técnica: Test psicométrico (Cuestionario).

Baremación: Se basa en un cuestionario de 30 ítems con 5 opciones de respuesta, en principio esta escala se distribuyó en siete sub escalas (actitudes ante el embarazo, relaciones personales, diferenciación del feto y comunicación con él, conductas de preparativo, conductas de protección, conductas de fantaseo, experiencias infantiles), pero en el año 2008 la autora realiza un estudio y modifica estas subescalas, siendo ahora seis (aproximación afectiva a través del pensamiento, aceptación del embarazo y adaptación a la maternidad, aproximación afectiva a través de la diferenciación del feto, experiencias infantiles y cuidado prenatal, aproximación afectiva a través de la interacción con el feto, aproximación afectiva a través del bienestar emocional).

Para la aplicación de este instrumento se necesita papel con los ítems impresos, esfero y aproximadamente 15-20 min para que pueda ser resuelto.

El objetivo primordial de la autora para elaborar esta escala fue explorar aspectos actitudinales y comportamentales de los futuros padres, con el fin de valorar la adaptación - vinculación prenatal y partiendo de ello brindar una intervención para mejorar este proceso.

Esta escala fue aplicada en 116 embarazadas que asistían a preparación del parto en el Hospital La Fe de Valencia (España) en el año 2008, la edad cronológica oscilaba entre los 19 y 36 años, el coeficiente de validez fue de 0.671 y la fiabilidad de 0,8098.

Participantes y método: Como se menciona anteriormente. La EVAP se aplicó a 116 embarazadas, que asistían a la preparación al parto en el Hospital La Fe de Valencia (España). El promedio de edad gestacional fue 6,06 con desviación típica 1,73. La edad cronológica

oscilaba entre 19 y 36 años ($M= 28,85$ y $S= 4$). Sus parejas tenían una edad promedio de 30,93 con desviación típica 4,05. 61 mujeres eran primíparas, 38 tenían un solo hijo y 7 tenían más de un hijo; 62 mujeres habían cursado estudios primarios o medios, 35 superiores (BUP/COU/FPII) y 19 universitarios.

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

-Escala para la Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal (EVAP): 30 ítems y 5 opciones de respuesta.

-Entrevista MAP, utilizada para la validación criterial de la escala EVAP. Con cinco cuestiones (cuándo fue al obstetra por primera vez, clima afectivo familiar infantil, cambios a afrontar, previsiones para la vuelta a casa, y fantaseo sobre el bebé) y cinco opciones de respuesta

-Escala MFAS, utilizada también para la validación criterial. Tiene 24 ítems con escala Likert de cinco puntos y cinco subescalas: diferenciación del feto, interacción con el feto, atribución de características al feto, darse a sí misma y asunción del rol maternal.

-Cuestionario de conductas parentales (CCP) de Serra, Lafuente, Millán, Abengoza, Pérez y Zacarés, utilizado para comprobar si la EVAP era un buen predictor de las conductas parentales postnatales. Tiene 28 ítems con escala Likert de siete puntos y cuatro subescalas: sensibilidad, disponibilidad, rechazo pasivo y rechazo activo.

Se construyó la Escala EVAP basándonos en las variables aportadas por Hughes y Lederman. Se realizó un análisis exploratorio de componentes principales con rotación varimax. Se analizaron las propiedades psicométricas de la escala y se comprobó su capacidad predictora respecto a las conductas parentales después del nacimiento.

Resultados

Los valores promedio de cada ítem tendieron a ser elevados, con medias que oscilaron entre 3,22 y 4,84 y desviaciones típicas entre 0,55 y 1,53. Los porcentajes de respuesta fueron más elevados en general en las alternativas más positivas de cada uno de los ítems. En algunos (3-4-9-24-27-28), la alternativa más negativa, no fue elegida por nadie.

Confiabilidad y validez:

Fiabilidad. La consistencia interna de la EVAP medida con el coeficiente Alfa de Crombach fue de 0,8098 mostraron fiabilidad baja los ítems 4, 7, 13, 16, 18, 23 y 28. La fiabilidad de los restantes ítems fue aceptable, ya que los valores se aproximaron mucho a 0,30 o superaron ese valor, algunos de ellos ampliamente. Por lo que se refiere a la fiabilidad de cada factor de la escala, puede comprobarse en la *tabla 3* que el más bajo (F6), alcanza un valor aceptable, próximo a 0,40.

Validez criterial. La validez criterial de la EVAP, utilizando como criterio externo la MAP de Funke-Furber, fué 0,589 y utilizando la MFAS de Cranley, fue 0.671. La capacidad predictiva de la escala EVAP respecto a la actuación maternal, medida con el CCP, cuando los niños tenían un año, arrojó un coeficiente de Pearson de 0,244 ($p= 0,053$).

Validez diferencial. Para la validez diferencial se aplicó la EVAP adaptada para varones, a las parejas de las mujeres de la muestra. Diversos estudios comprueban que al avanzar la gestación va aumentando el apego prenatal. Además, la tasa de aumento es mayor en las madres que en los padres. Nuestros resultados muestran un promedio más elevado para las mujeres ($M=123,19$; $S=11,21$) que para los hombres ($M=118,82$; $S=11,97$), siendo significativa la diferencia ($t=2,87$; $p \leq 0,004$), la puntuación promedio va creciendo a lo largo de la gestación en ambos grupos, pero más en las mujeres, y de forma más continuada, ya que en los hombres el incremento no se nota casi hasta el final. Las mujeres con 3 meses de gestación presentan una puntuación promedio de 119,9, con 7 meses de 125,43 y con 9 meses de 128,33. En la muestra de varones la puntuación promedio para 3 meses de gestación es de 117,25, la de 7 meses es de 118,09 y la de 9 meses de 123,67.

Otra forma de comprobar la validez diferencial de la EVAP es ver si hay diferencias significativas a favor de las mujeres de edad gestacional más avanzada en determinados ítems. Estableciendo una comparación ítem a ítem en los promedios de puntuación entre las gestantes que estaban en su tercer y cuarto mes de gestación y aquellas que se encontraban en su quinto a noveno mes, se encontraron diferencias significativas en los ítems 3 ($t= 2,721$; $p \leq 0,008$), 6 ($t= 2,117$; $p \leq 0,041$), 7 ($t= 2,262$; $p \leq 0,026$), 10 ($t= 2,063$; $p \leq 0,041$) y 20 ($t= 4,766$; $p \leq 0,000$) y muy próximas al nivel de significación en los ítems 4 ($t= 2,309$; $p \leq 0,091$), 17 ($t= 1,928$; $p \leq$

0,056) y 24 ($t= 1,883$; $p \leq 0,068$). Dichos ítems se refieren a los movimientos fetales, que empiezan a notarse a partir de los cuatro meses de gestación, y a preparativos y elecciones que son más frecuentes en el último trimestre gestacional.

F1. APROXIMACIÓN AFECTIVA AL FETO Y AL BEBÉ A TRAVÉS DEL PENSAMIENTO

8. Imagino cómo es ahora mi hijo

12. Imagino cómo será mi bebé

19. Puedo hacerme una cierta idea del carácter de mi hijo

22. He recogido información sobre el feto, sobre el bebé o sobre ambos

27. Mi pareja y yo hablamos del futuro bebé

28. He pensado en la alimentación de mi futuro bebé

F1 alude a la preparación progresiva que ayuda a que el bebé imaginario vaya dejando su lugar al bebé real y a la retroalimentación entre fantaseo-realidad (la información sugiere imágenes y el fantaseo conduce a buscar información). Condon subraya esta mezcla de fantasía y realidad en la representación mental que ambos padres elaboran a lo largo del embarazo. El fantaseo, que nace de actitudes positivas hacia el feto y futuro bebé, acrecienta la aproximación afectiva y ayuda a adaptarse a la maternidad, yendo desde el bebé fantaseado hasta el bebé real. La ausencia de fantaseo supone riesgos de rechazo o negligencia.

F2. ACEPTACIÓN DEL EMBARAZO Y ADAPTACIÓN A LA MATERNIDAD

1. Cuando tuve mi primera falta (se me cayó el mundo encima... me llevé una gran alegría...)

5. Cuando pienso en mi vida con el bebé (me siento mal... tengo dudas... creo que le gustaré y lo haré bien...).

21. Cuando se confirmó mi embarazo (no lo deseaba... lo acepté bien...)

25. Creo que el embarazo (es un auténtico fastidio... es algo muy especial)

26. Me resulta fácil imaginarme a mí misma dando de comer al bebé, cuidándolo...

29. Siempre me han gustado los niños.

Desear, planificar y aceptar el embarazo es la mejor forma de realizar la transición desde el estatus de recibir cuidados al estatus de proporcionarlos, con el convencimiento de poseer las capacidades necesarias para afrontar ese nuevo reto. Aceptar el nuevo estado conduce a la aproximación afectiva y favorece la adaptación para el rol maternal.

F3: APROXIMACIÓN AFECTIVA A TRAVÉS DE LA DIFERENCIACIÓN DEL FETO

- 4. Cuando hablo de mi futuro hijo suelo llamarle (esa cosa... el feto... mi hijo, mi niño)
- 6. He elegido un nombre para mi hijo
- 14. Cuando mi hijo se mueve (me molesta... me resulta indiferente... me gusta)
- 20. He empezado a preparar algunas cosas para el nacimiento del bebé.
- 24. He pensado en la vuelta a casa desde el hospital
- 30. El embarazo me ha producido (muchas molestias... algunas... ha sido excelente)

F3 muestra que es necesario diferenciar al feto como un sujeto con necesidades, que los sentimientos evocados por la diferenciación sean positivos y que la gestante goce de bienestar físico y psicológico, para que se inicien conductas de preparativo. Condon indica que la madre con vínculo preocupado percibe al feto como una especie de "alien" controlador, y que la madre desinteresada desarrolla un concepto mínimo del feto, por lo que no invierten esfuerzos en preparativos para el nacimiento de su hijo. El modelo de adaptación al embarazo de Gloger-Tippelt destaca que es necesario que la gestante supere el malestar o desorientación inicial, antes de descentrarse de sí misma, para focalizar su atención hacia el feto e iniciar la etapa de preparativos.

F4. EXPERIENCIAS INFANTILES Y CUIDADO PRENATAL.

- 13. Evito realizar actividades que puedan resultar peligrosas para mi hijo
- 15. Cuando pienso en mi infancia (la aparto de mi pensamiento... creo que fue estupenda)
- 18. Cuando era pequeña (nadie se mostraba cariñoso... mis padres me querían)
- 23. Procuo llevar una alimentación equilibrada

F4 revela que las experiencias infantiles con nuestras figuras de apego nos llevan a construir modelos mentales, que contienen valoraciones cognitivas sobre la maternidad/paternidad con repercusiones sobre el ejercicio del rol como progenitor prenatal y postnatal, y por lo tanto, sobre la calidad del cuidado.

Experiencias positivas en la infancia proporcionan la representación mental idónea para un cuidado sensible y para forjar una buena base de seguridad, porque transmiten modelos de cuidado adecuados y ayudan a afrontar un presente evocador de relaciones pasadas agradables, mientras que experiencias infantiles negligentes, de rechazo, etc., llevan a revivir sucesos no gratos y a asimilar modelos de cuidado inapropiados, que van en detrimento de la vinculación prenatal.

F5. APROXIMACIÓN AFECTIVA A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN CON EL FETO.

- 3. Toco mi vientre para sentir los movimientos de mi hijo
- 7. He comentado con mi pareja los cambios que el bebé producirá en nuestras vidas
- 10. Acaricio mi abdomen para que mi hijo sienta el cariño que le tengo o para calmarlo
- 16. Voy a clases de preparación al parto
- 17. Le hablo a mi hijo, le pongo música, le leo cosas en voz alta.

F5 muestra que el apoyo de la pareja y de la matrona favorece la interacción con el no nacido. Hallazgos empíricos proporcionan pruebas consistentes: la embarazada ansiosa, carente de apoyo, es menos expresiva en las interacciones con su hijo, la percepción de apoyo contribuye significativamente a la satisfacción con la transición a la maternidad, a disminuir el malestar, a tener percepciones más positivas del bebé, a adquirir sensación de seguridad y a mejorar el desempeño de la maternidad/paternidad mientras que la carencia de apoyo hace más difícil esta transición y conduce a mostrar niveles de vinculación más bajos.

F6. APROXIMACIÓN AFECTIVA A TRAVÉS DEL BIENESTAR EMOCIONAL

- 2. Me considero (poco agradable a los demás... del montón... alguien que se hace querer)
- 9. Las relaciones con mi pareja (no existen... son malas... son excelentes)
- 11. Encuentro que mi cuerpo actualmente (es horrible... tiene gracia... me favorece)

F6 conecta autoestima, autoimagen y relación de pareja. Las personas con buena autoestima suelen tener mejores relaciones interpersonales. Por otro lado, tanto la percepción positiva de la imagen corporal, como una relación de apoyo mutuo, contribuirán a fortalecer la autoestima, mientras que una autoimagen negativa y unas relaciones de pareja conflictivas irán en detrimento de la misma. Por último, una pareja que valora a su mujer embarazada, tendrá una percepción más positiva de sus cambios corporales y fortalecerá también su autoestima.

Los hallazgos empíricos sugieren que el estado psicológico de la gestante, directamente relacionado con su autoaceptación y con la calidad de su relación de pareja, tienen consecuencias en la calidad de la vinculación desarrollada hacia el feto y en el bienestar del mismo.

4.5. PROCEDIMIENTO

El procedimiento está compuesto por las fases o etapas por las que atravesó la investigación. Las principales son las siguientes:

Fase I. Revisión bibliográfica: Esta etapa corresponde a la revisión teórica sobre el tema a través de publicaciones en páginas web, libros e investigación. Es durante la adolescencia relacionada al embarazo, a partir de lo que se procedió a delimitar el problema y plantear los objetivos. Posteriormente, se elaboró el marco conceptual, se seleccionaron los instrumentos idóneos para la recolección y análisis de la información necesaria, con el fin de tener una comprensión global de la problemática a estudiar.

Fase II. Selección del instrumento: A cada variable se asignó un instrumento que cuente con validez y confiabilidad, en consonancia con los objetivos trazados para el estudio. Los instrumentos seleccionados son los siguientes:

- a) Escala de Bienestar Psicológico de Ryff Carol (2004). Adaptación española de Díaz et al., (2006).
- b) Escala de David Olson & Howard Barnes (1982); Adaptación de Grimaldo, M. (2003).
- c) Escala del cuestionario de modos de enfrentamiento al estrés COPE 28.
- d) Escala de vinculación afectiva prenatal y la adaptación prenatal (EVAP) de Lafuente (1995).

Fase III. Estudio piloto: Se valoró el instrumento mediante la aplicación de un estudio piloto a una muestra reducida (5 casos) que tendrá por objetivo verificar que los tests seleccionados respondan a los objetivos planteados.

Fase IV. Búsqueda de datos para la obtención del tamaño de la población:

En esta fase se recurrió a la Psicóloga Responsable del Servicio de Adolescencia del Hospital de la Mujer “Dr. Percy Boland Rodriguez” de la ciudad de Santa Cruz, para establecer el contacto directo con las mujeres embarazadas que se encontraban internadas en el Hospital.

Fase V. Solicitud del permiso: En esta instancia, una vez obtenidos los datos acerca de la población objeto de estudio, se procedió a solicitar autorización firmada por el Director y Jefe de Docencia del Hospital de la Mujer “Dr. Percy Boland Rodriguez” para aplicar los instrumentos a las mujeres embarazadas internadas en el Hospital.

Fase VI. Aplicación de los instrumentos: En esta etapa, una vez determinada la muestra se procedió a la aplicación de los instrumentos a las mujeres embarazadas del Hospital de la Mujer “Dr. Percy Boland Rodriguez” de la ciudad de Santa Cruz, destacando la colaboración y la predisposición de cada una de las participantes, logrando culminar satisfactoriamente esta etapa.

Fase VII. Análisis de los resultados: Una vez obtenidos los resultados se procederá a la sistematización de la información a través de la tabulación en el programa SPSS para Windows, debido a que todos los instrumentos previstos son de naturaleza numérica. esto contribuyó a generar las tablas de salida de los resultados mediante frecuencias y porcentajes.

Los datos se expresarán en porcentajes, frecuencias, cruzados de variables y comparación de medias aritméticas. Dichos resultados, posteriormente, serán interpretados en base a las teorías expuestas en el marco teórico, lo que posibilitará aceptar o rechazar las hipótesis planteadas.

Fase VIII. Elaboración del informe final: Esta fase se caracteriza por la estructuración del informe final, donde se expondrán de manera cuantitativa los datos obtenidos y la presentación del trabajo de investigación a las autoridades académicas para la posterior defensa.

4.6. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	GESTIÓN 2022					GESTIÓN 2023								
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV
Revisión Bibliográfica	X	X	X	X										
Selección de los instrumentos						X	X							
Prueba Piloto	X	X	X											
Selección de la Muestra		X	X											
Recojo de la información								X						
Procesamiento de la Información									X	X	X			
Redacción del informe final												X	X	X

CAPÍTULO V
PRESENTACIÓN ANÁLISIS DE LOS
RESULTADOS

PRESENTACIÓN ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se presenta toda la información recogida mediante los cuatro instrumentos aplicados. Luego de su respectiva tabulación y procesamiento estadísticos a través del programa SPSS, se analizan los datos de las mujeres embarazadas del hospital de la mujer “Dr. Percy Boland” de la ciudad de Santa Cruz.

La información recabada se la presenta siguiendo el orden de los objetivos específicos propuestos en esta investigación.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Cuadro 1. Estado Civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	64	57,7
Casada	47	42,3
Total	111	100,0

Los datos del cuadro 1 representan la distribución de mujeres embarazadas según su estado civil en la muestra de la investigación. Las solteras (57,7%), representan la mayoría de las mujeres en el estudio están solteras. Esto puede indicar una proporción significativa de mujeres que podrían enfrentar el embarazo sin el apoyo de una pareja matrimonial.

Las casadas (42,3%), aunque representan una proporción menor, las mujeres casadas también forman una parte significativa de la muestra. Este grupo podría tener diferentes dinámicas de apoyo, posiblemente contando con el respaldo de sus parejas durante el embarazo. La calidad de la relación matrimonial y el apoyo del cónyuge podrían influir en su experiencia durante esta etapa.

Cuadro 2. Grado Académico

Grado Académico	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	38	34,2
Bachiller	7	6,3
Universidad	38	34,2
Profesional	28	25,2
Total	111	100,0

La mayoría de las mujeres en la muestra tienen educación secundaria (34,2%), esto podría tener implicaciones en la accesibilidad a la información sobre el embarazo, la toma de decisiones informadas y la comprensión de las implicaciones psicológicas del embarazo. Un porcentaje relativamente bajo tiene educación de bachiller (6,3%), este grupo podría tener un nivel educativo que les permita una comprensión más amplia de cuestiones relacionadas con la salud y el bienestar, aunque en menor medida que aquellos con educación universitaria. Un número significativo de mujeres tienen educación universitaria (34,2%), este grupo podría estar mejor informado sobre diversos aspectos del embarazo, pero la interpretación precisa dependerá de la naturaleza específica de su educación y su capacidad para aplicarla a su situación personal. Un cuarto de la muestra tiene educación profesional (25,2%), este grupo podría tener un conocimiento más especializado y posiblemente acceso a recursos adicionales, lo que podría influir en sus actitudes y prácticas durante el embarazo.

Cuadro 3. Nivel Socio Económico

Nivel Socio Económico	Frecuencia	Porcentaje
Bajo Nivel Socio Económico	8	7,2
Medio Nivel Socio Económico	97	87,4
Alto Nivel Socio Económico	6	5,4
Total	111	100,0

Un pequeño porcentaje de mujeres en la muestra se encuentra en el nivel socioeconómico bajo (7,2%), este grupo podría enfrentar desafíos económicos que podrían afectar aspectos como el acceso a la atención médica, la nutrición y otros recursos esenciales durante el embarazo. La gran mayoría de las mujeres pertenecen al nivel socioeconómico medio (87,4%), este grupo podría tener un acceso más equitativo a recursos y servicios en comparación con aquellos en niveles más bajos; Sin embargo, aún pueden existir variaciones significativas dentro de este grupo en términos de condiciones de vida y acceso a servicios de salud. Un pequeño porcentaje se encuentra en el nivel socioeconómico alto (5,4%), este grupo podría tener un mayor acceso a recursos y servicios de calidad, lo que podría influir en su experiencia durante el embarazo.

Cuadro 4. Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
12 - 16	27	24,3
17 - 25	31	27,9
26 - 32	24	21,6
33 - 43	29	26,1
Total	111	100,0

Un cuarto de las mujeres embarazadas en la muestra pertenece al grupo de edad de 12 a 16 años (24,3%), este grupo puede enfrentar desafíos únicos debido a la edad temprana, como la necesidad de un mayor apoyo emocional y educación sobre el embarazo y la maternidad. El grupo de 17 a 25 años es el más grande en la muestra (27,9%), estas mujeres podrían estar experimentando el embarazo durante una fase de transición entre la adolescencia y la adultez, lo que podría influir en su percepción y afrontamiento del embarazo. Un poco más del 20% de las mujeres pertenece al grupo de 26 a 32 años (21,6%), este grupo podría tener una mayor estabilidad emocional y experiencias previas, lo que podría afectar su afrontamiento durante el embarazo. Más de un cuarto de las mujeres está en el grupo de 33 a 43 años (26,1%), estas mujeres podrían tener una mayor estabilidad emocional y experiencias previas, lo que podría contribuir a un vínculo prenatal más fuerte.

OBJETIVO 1: ESTABLECER EL BIENESTAR PSICOLÓGICO

Cuadro 5. BIENESTAR PSICOLÓGICO

Bienestar Psicológico	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Alto	45	40,5
Nivel Medio	52	46,8
Nivel Bajo	14	12,6
Total	111	100,0

Para dar respuesta al primer objetivo se empleó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff Carol (2004).

El hecho de que el 40.5% de las mujeres embarazadas en la muestra reporte un nivel alto de bienestar psicológico sugiere que un porcentaje significativo de estas mujeres experimenta una sensación de bienestar emocional y psicológico positivo durante un período que puede ser emocionalmente desafiante. Esto podría indicar que estas mujeres tienen recursos psicológicos, como una fuerte red de apoyo social o habilidades de afrontamiento efectivas, que les permiten mantener una percepción positiva de su bienestar durante el embarazo. El bienestar psicológico alto, es un factor importante para la salud tanto de la madre como del bebé, ya que puede contribuir a una gestación más saludable y a una transición más suave hacia la maternidad.

El 46.8% de las mujeres embarazadas en la muestra que informa un nivel medio de bienestar psicológico es un hallazgo común y esperado. Durante el embarazo, es normal que las mujeres experimenten una variedad de emociones y desafíos, y esto se refleja en una percepción de bienestar psicológico en un nivel medio. Puede deberse a una mezcla de emociones, incluyendo la anticipación y la ansiedad, así como las preocupaciones cotidianas. Mantener un nivel medio de bienestar puede ser considerado como una adaptación saludable a las demandas emocionales y físicas del embarazo.

El 12.6% de las mujeres embarazadas en la muestra, informa un nivel bajo de bienestar psicológico. Esto sugiere que estas mujeres están experimentando una carga emocional y psicológica durante el embarazo. El posible por qué de estos resultados podría deberse a una

serie de factores, como el estrés, la falta de apoyo social, problemas de salud o preocupaciones específicas relacionadas con el embarazo. Estas mujeres pueden enfrentar un mayor riesgo de problemas de salud mental y emocional, y podrían necesitar un apoyo especializado para abordar sus necesidades.

Desde la perspectiva de la investigación, estos hallazgos destacan la importancia de abordar el bienestar psicológico de las mujeres embarazadas de manera individualizada. No todas las mujeres experimentan el embarazo de la misma manera, y las necesidades emocionales y psicológicas pueden variar ampliamente.

Desde la perspectiva teórica de Ryff (2004), estos resultados respaldan la idea de que el bienestar psicológico durante el embarazo es una construcción multidimensional que abarca la satisfacción emocional, la percepción de un propósito en la vida, la autonomía y la autorrealización. Para las mujeres en el nivel alto, es posible que estén experimentando una mayor satisfacción en estas áreas, mientras que para aquellas en el nivel bajo, podría haber deficiencias en estos aspectos del bienestar psicológico. Esto destaca la importancia de abordar no solo los síntomas de malestar, sino también de promover un sentido de propósito, autonomía y autorrealización durante el embarazo para mejorar el bienestar de las mujeres embarazadas en todas las dimensiones del bienestar psicológico.

Cuadro 6. Dimensiones del Bienestar Psicológico

Bienestar psicológico	Auto Aceptación		Relaciones Positivas		Autonomía		Dominio del Entorno		Propósito en la Vida		Crecimiento Personal	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Nivel Alto	8	7,2	11	9,9	0	0,0	26	23,4	30	27,0	0	0,0
Nivel Medio	90	81,1	68	61,3	1	0,9	65	58,6	65	58,6	0	0,0
Nivel Bajo	13	11,7	32	28,8	110	99,1	20	18,0	16	14,4	111	100,0
Total	111	100,0	111	100,0	111	100,0	111	100,0	111	100,0	0	0,0

En el cuadro 6 se expresan los resultados obtenidos según las dimensiones del bienestar psicológico:

Autoaceptación: En esta dimensión, se nota que la mayoría de las personas se encuentran en el nivel medio (81.1%), esto podría sugerir que muchas mujeres tienen una autoaceptación relativamente saludable, pero es interesante observar que un porcentaje significativo se encuentra en el nivel bajo. Esto podría indicar que existe margen para mejorar la autoaceptación en algunas personas, lo que puede deberse a la presión social, la autocrítica o la falta de autoestima. Durante el embarazo, las mujeres pueden ser especialmente vulnerables a la autocrítica y la inseguridad, lo que destaca la importancia de fomentar la autoaceptación para su bienestar emocional y psicológico.

La autoaceptación, según la teoría de Ryff, se relaciona con la capacidad de aceptar y valorarse a uno mismo a pesar de las limitaciones y desafíos. Durante el embarazo, promover la autoaceptación es crucial para mantener un estado de bienestar psicológico positivo. Fomentar la autoestima y la resiliencia puede ser una estrategia eficaz en este sentido.

Relaciones positivas: En esta dimensión, se observa que la mayoría de las personas se ubican en el nivel medio (61.3%), esto sugiere que mantienen relaciones interpersonales en sus vidas, pero quizás no todas son significativamente positivas. Esto podría indicar la necesidad de trabajar en la calidad de las relaciones o establecer límites en las relaciones tóxicas. En el

contexto de mujeres embarazadas, es fundamental mantener relaciones positivas y de apoyo para lidiar con los desafíos emocionales que pueden surgir.

Las relaciones positivas se relacionan con la calidad de las conexiones sociales. Según la teoría de Ryff, el apoyo emocional y social puede ser una fuente importante de bienestar psicológico. Promover la empatía, la comunicación efectiva y relaciones significativas puede mejorar esta dimensión.

Autonomía: En esta dimensión, observamos un alto porcentaje en el nivel bajo (99.1%), esto podría indicar que muchas personas se sienten limitadas en su capacidad para tomar decisiones y controlar sus vidas. En el contexto del embarazo, esto podría estar relacionado con presiones sociales o restricciones externas, lo que es especialmente importante de abordar para las mujeres embarazadas.

La autonomía, según la teoría de Ryff, implica independencia y el sentido de control sobre la propia vida. Durante el embarazo, empoderar a las mujeres para que tomen decisiones relacionadas con su atención y parto ayude a mejorar esta dimensión y, en última instancia, su bienestar psicológico.

Dominio del Entorno: En esta dimensión, se observa que la mayoría de las mujeres se encuentran en el nivel medio (58.6%), lo que podría sugerir que enfrentan desafíos y competencias en su entorno, pero no necesariamente se sienten completamente competentes en todas las áreas, esto podría reflejar la naturaleza variable de la vida, donde las personas enfrentan desafíos en diferentes momentos.

Para Ryff, el dominio del entorno se relaciona con la competencia en el manejo de situaciones. Durante el embarazo, las mujeres pueden enfrentar cambios significativos y desafíos en su vida, lo que puede influir en esta dimensión.

Propósito en la Vida: En esta dimensión, la mayoría de las personas se encuentran en el nivel medio (58.6%), esto podría indicar que algunas personas están en búsqueda de un propósito más claro en sus vidas, mientras que otras pueden sentir que ya lo han encontrado.

El propósito en la vida se relaciona con tener metas y un sentido de dirección, según la teoría de Ryff. Durante el embarazo, las mujeres pueden experimentar una reevaluación de sus objetivos y propósitos de vida.

Crecimiento Personal: En esta dimensión, se observa una gran cantidad en el nivel bajo (100%), lo que podría indicar que muchas personas sienten que les falta crecimiento personal en sus vidas. Esto podría deberse a la falta de oportunidades para el desarrollo personal o a una sensación de estancamiento. En perspectiva, el crecimiento personal es fundamental para la satisfacción y la autorrealización.

El crecimiento personal implica la búsqueda continua de conocimiento y desarrollo. Según la teoría de Ryff, durante el embarazo, las mujeres pueden estar enfocadas en su crecimiento personal y en prepararse para el papel de madre. Promover la educación continua, la exploración personal y el aprendizaje a lo largo de la vida es esencial para mejorar esta dimensión, lo que, a su vez, puede tener un impacto positivo en su bienestar psicológico.

Cuadro 7. Bienestar Psicológico según el Estado Civil

Bienestar psicológico	Estado Civil				Total	
	Soltera		Casada			
	fr	%	fr	%	fr	%
Nivel Alto	25	39,1%	20	42,6%	45	40,5%
Nivel Medio	29	45,3%	23	48,9%	52	46,8%
Nivel Bajo	10	15,6%	4	8,5%	14	12,6%
Total	64	100,0%	47	100,0%	111	100,0%

En el cuadro 7 se puede apreciar que el 45.3% de las mujeres embarazadas solteras se encuentra en un nivel medio de bienestar psicológico. El 39.1% de las mujeres embarazadas solteras informa tener un nivel alto y el 15.6% de las mujeres embarazadas solteras informa tener un nivel bajo.

Asimismo, el 48.9% de las mujeres embarazadas casadas se encuentra en un nivel medio, un 42.6% posee un nivel alto de bienestar psicológico y el 8.5% de las mujeres embarazadas casadas tiene nivel bajo.

En función de los datos presentados en el cuadro 7, se pueden observar diferencias en el bienestar psicológico de las mujeres embarazadas según su estado civil:

Respecto a las mujeres embarazadas solteras, el nivel medio de bienestar psicológico es ligeramente más alto en comparación con el nivel alto. Esto sugiere que la mayoría de las mujeres embarazadas solteras informa un bienestar psicológico que se podría considerar promedio, sin ser particularmente alto ni bajo. Además, un porcentaje significativo de estas mujeres tiene un nivel bajo de bienestar psicológico, lo que indica que un grupo considerable de mujeres solteras embarazadas puede estar experimentando dificultades emocionales o psicológicas durante este período.

Por otro lado, las mujeres embarazadas casadas muestran un patrón ligeramente diferente. En este grupo, el nivel medio de bienestar psicológico supera al nivel alto, lo que indica que la mayoría de las mujeres embarazadas casadas informa un bienestar psicológico promedio.

Además, un porcentaje menor de estas mujeres casadas tiene un nivel bajo de bienestar psicológico en comparación con las mujeres solteras. Esto podría sugerir que el estado civil casado podría estar asociado con un bienestar psicológico promedio ligeramente más alto y un nivel bajo ligeramente más bajo en comparación con las mujeres embarazadas solteras.

Para las mujeres embarazadas solteras, el nivel medio de bienestar psicológico puede reflejar una adaptación razonable a las demandas emocionales y psicológicas del embarazo. Sin embargo, la presencia de un porcentaje considerable de mujeres con un nivel bajo de bienestar psicológico indica la necesidad de prestar atención a las necesidades emocionales y de apoyo de este grupo particular.

Para las mujeres embarazadas casadas, el predominio del nivel medio de bienestar psicológico sugiere que la mayoría de ellas informa una adaptación saludable a las demandas del embarazo. El nivel bajo ligeramente más bajo en comparación con las mujeres solteras podría reflejar un mayor apoyo emocional y social en el contexto del matrimonio, lo que podría contribuir a un bienestar psicológico más equilibrado durante el embarazo.

El hecho de que las mujeres embarazadas solteras presenten un nivel medio de bienestar psicológico podría deberse a una serie de factores. Es importante recordar que el embarazo puede ser un período emocionalmente desafiante, independientemente del estado civil. Para las mujeres embarazadas solteras, pueden surgir preocupaciones adicionales relacionadas con el apoyo social, la estabilidad económica y el futuro de sus hijos. Las mujeres embarazadas solteras podrían experimentar una falta de apoyo emocional por parte de una pareja. La falta de una relación de pareja estable podría generar sentimientos de soledad o incertidumbre en relación con la crianza del hijo. Esto puede influir en su percepción de bienestar psicológico, ya que la calidad de las relaciones interpersonales es un componente importante del bienestar. La gestión de las responsabilidades financieras y la crianza de un hijo como madre soltera puede ser un factor estresante. Las preocupaciones sobre la capacidad de brindar una vida cómoda al bebé pueden afectar el bienestar emocional. La incertidumbre económica puede influir en la percepción de bienestar psicológico, ya que está vinculada a la dimensión de autonomía en la teoría de Ryff. Las mujeres embarazadas solteras pueden enfrentar estigmatización o juicio social. Esto puede generar estrés adicional y afectar su percepción de bienestar. La percepción

de juicio o la falta de apoyo de la comunidad podría impactar negativamente en su bienestar psicológico.

Para las mujeres embarazadas casadas, el predominio del nivel medio de bienestar psicológico puede deberse a diferencias en las dinámicas familiares, pueden tener la ventaja de contar con el apoyo emocional de sus parejas, el matrimonio a menudo implica un compromiso de apoyo mutuo, lo que puede contribuir a una mayor sensación de bienestar durante el embarazo.

El estado civil casado puede estar asociado con redes de apoyo más amplias, incluyendo familiares y amigos. Estas redes pueden brindar apoyo emocional y práctico a las mujeres embarazadas, en algunos casos, el matrimonio puede proporcionar una mayor estabilidad económica, ya que las parejas pueden compartir los gastos y las responsabilidades financieras. Esto podría reducir el estrés económico y sus efectos negativos en el bienestar. El estigma social en relación con el embarazo es menos común para las mujeres casadas. Esto podría resultar en una menor presión social y un menor estrés emocional.

Según el estudio de Morales (2008), sobre las diferencias en el bienestar psicológico entre mujeres embarazadas solteras y casadas, la investigación concluyó que las diferencias psicológicas pueden atribuirse a una combinación de factores emocionales, sociales y económicos. Las mujeres embarazadas solteras pueden enfrentar desafíos adicionales relacionados con la falta de apoyo de pareja, el estrés económico y las expectativas sociales, lo que puede influir en su bienestar. Por otro lado, las mujeres casadas pueden experimentar una mayor estabilidad emocional y económica, así como un mayor apoyo social, lo que podría contribuir a su bienestar psicológico durante el embarazo.

Cuadro 8. Bienestar Psicológico * Edad

Bienestar psicológico	Edad								Total	
	12 - 16		17 - 25		26 - 32		33 - 43			
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Nivel Alto	9	33,3%	18	58,1%	9	37,5%	9	31,0%	45	40,5%
Nivel Medio	14	51,9%	8	25,8%	13	54,2%	17	58,6%	52	46,8%
Nivel Bajo	4	14,8%	5	16,1%	2	8,3%	3	10,3%	14	12,6%
Total	27	100,0%	31	100,0%	24	100,0%	29	100,0%	111	100,0%

A través del cuadro 8 se expresan los datos del bienestar psicológico según la edad de las participantes, del grupo de edad 12-16 años un 51.9% se encuentra en el nivel medio de bienestar psicológico. El 58.1% de las mujeres embarazadas de 17 a 25 años informa un nivel alto de bienestar psicológico. El 54.2% de las mujeres embarazadas años de 26 a 32 se encuentra en el nivel medio de bienestar psicológico, el 58.6% de las mujeres embarazadas de 33 a 43 años se encuentra en el nivel medio.

Analizando los datos obtenidos, se puede observar que en el grupo de edad más joven (12-16 años), algunas de estas adolescentes pueden estar experimentando un nivel medio de bienestar psicológico a pesar de los desafíos únicos que enfrentan, como la adaptación a la maternidad a una edad temprana. Es posible que la juventud les brinde una mayor capacidad de resiliencia y adaptación a las circunstancias.

En cuanto al grupo de edad de 17 a 25 años, encontramos la proporción más alta de mujeres con un alto bienestar psicológico. Esto podría estar relacionado con una mayor madurez emocional y una mejor capacidad para lidiar con el embarazo. Además, es posible que estas mujeres tengan más recursos personales y una red de apoyo que contribuya a su bienestar.

Las mujeres embarazadas de 26 a 32 años también presentan un nivel medio en cuanto a bienestar psicológico. Esta etapa de la vida generalmente está marcada por la consolidación de

la carrera, las relaciones y una mayor estabilidad emocional. Esto podría explicar porque la mayoría de las mujeres en este grupo informan un bienestar psicológico moderado o alto.

Asimismo, el grupo de edad de 33 a 43 años, algunas mujeres experimentan un bienestar psicológico medio a pesar de las preocupaciones que puedan surgir en relación con la maternidad en edades más avanzadas. La experiencia de vida acumulada y la sensación de logro personal pueden estar contribuyendo a estos resultados.

Sin embargo, es importante destacar que, en todos los grupos de edad, encontramos un porcentaje de alrededor del 10% de mujeres con un nivel bajo de bienestar psicológico. Estas mujeres pueden enfrentar dificultades emocionales debido a factores personales o circunstanciales.

La teoría de Ryff sobre el bienestar psicológico, que enfatiza la percepción positiva de uno mismo y el desarrollo personal, se aplica en gran medida a estos resultados, ya que sugiere que la autoestima, la adaptabilidad y el crecimiento son factores clave en el bienestar emocional, los resultados sugieren que el bienestar psicológico de las mujeres embarazadas es influenciado por una serie de factores, incluyendo la edad, la madurez emocional, la red de apoyo y las experiencias previas.

Cuadro 9. Bienestar psicológico según el nivel socioeconómico

Bienestar psicológico	Nivel Socio Económico						Total	
	Bajo Nivel Socio Económico		Medio Nivel Socio Económico		Alto Nivel Socio Económico			
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Nivel Alto	3	37,5%	41	42,3%	1	16,7%	45	40,5%
Nivel Medio	4	50,0%	43	44,3%	5	83,3%	52	46,8%
Nivel Bajo	1	12,5%	13	13,4%	0	0,0%	14	12,6%
Total	8	100,0%	97	100,0%	6	100,0%	111	100,0%

En el cuadro 9 se puede ver que las mujeres en el nivel socioeconómico medio superan significativamente a las del nivel bajo en los niveles alto y medio de bienestar psicológico, con un 42.3% frente a un 12.5% en el nivel alto y un 44.3% frente a un 13.4% en el nivel medio. Este contraste sugiere que el bienestar psicológico está asociado de manera significativa con el nivel socioeconómico, y las mujeres de nivel socioeconómico bajo pueden requerir intervenciones específicas para mejorar su bienestar mental. Las diferencias estadísticas destacadas refuerzan la conexión entre el bienestar psicológico y el nivel socioeconómico. El hecho de que las mujeres de nivel socioeconómico medio superen significativamente a aquellas de nivel bajo sugiere que las disparidades económicas desempeñan un papel crucial en la salud mental durante el embarazo.

Opinión personal: Se observa que las mujeres embarazadas que pertenecen al nivel socioeconómico medio tienen una representación significativamente alta en los niveles de bienestar psicológico alto y medio. Esto podría sugerir que, en promedio, estas mujeres se sienten relativamente bien consigo mismas, sus relaciones y su entorno, y tienen un sentido claro de propósito y crecimiento personal. Por otro lado, las mujeres en el nivel socioeconómico bajo tienen un porcentaje menor en los niveles alto y bajo de bienestar psicológico. Esto podría deberse a que enfrentan más dificultades económicas y sociales que afectan su bienestar. Es probable que las preocupaciones financieras y las limitaciones de recursos asociadas con el nivel

socioeconómico bajo contribuyan a un mayor estrés y ansiedad durante el embarazo. La falta de acceso a servicios de salud de calidad y la presión adicional para satisfacer las necesidades básicas podrían afectar negativamente la salud mental de estas mujeres.

Desde la perspectiva de la teoría de Ryff, estos resultados podrían relacionarse con la dimensión de dominio del entorno, donde las mujeres de nivel socioeconómico bajo pueden enfrentar desafíos económicos y de control en sus vidas, lo que impacta en su bienestar psicológico. También, podría estar relacionado con la dimensión de propósito en la vida, ya que las diferencias en los recursos disponibles pueden influir en la percepción de un propósito claro. Las mujeres con bajos recursos podrían experimentar una menor sensación de control sobre su vida y sus decisiones, lo que impacta negativamente en su bienestar psicológico. Además, la dimensión de relaciones positivas puede verse afectada, ya que las preocupaciones económicas podrían interferir en la capacidad de establecer y mantener relaciones significativas. Ryff (2004).

OBJETIVO 2: INVESTIGAR EL DESARROLLO DEL VÍNCULO PRENATAL

Cuadro 10. DESARROLLO DEL VÍNCULO PRENATAL

Vinculación Afectiva Prenatal	Frecuencia	Porcentaje
Vinculación Muy Alta	28	25,2
Vinculación Moderada	46	41,4
Vinculación Baja	18	16,2
Vinculación Muy Baja	9	8,1
Vinculación Extremadamente Baja	10	9,0
Total	111	100,0

El porcentaje más relevante es (41.4%), que representa la mayor proporción de mujeres con niveles moderados de vinculación prenatal. Este grupo refleja una conexión emocional que, aunque no es la más intensa, aún sugiere una preparación y apego emocional significativo. Además, el 25.2% con niveles muy altos también es crucial, ya que indica una proporción sustancial de mujeres con una conexión emocional profunda. En contraste, el 9% con niveles extremadamente bajos destaca la presencia de una minoría que podría beneficiarse de intervenciones emocionales o psicológicas.

La prevalencia de niveles moderados y muy altos de vinculación prenatal sugiere que las mujeres embarazadas están experimentando una conexión emocional significativa con sus bebés. Esto podría atribuirse a una combinación de factores, como la anticipación del rol de la maternidad, la conciencia del desarrollo del bebé y las expectativas positivas asociadas con la llegada de un nuevo miembro a la familia. Este grupo podría representar a aquellas que experimentan un fuerte lazo emocional con el feto desde las etapas tempranas del embarazo. Contrastando esto, se observa que un 8.1% presenta una vinculación muy baja, y un 9.0% tiene una vinculación extremadamente baja. Estos porcentajes indican que un segmento de la muestra experimenta dificultades sustanciales en la formación del vínculo prenatal. Factores como el estrés, la ansiedad, o experiencias traumáticas podrían contribuir a estos resultados, afectando la capacidad de algunas mujeres para establecer una conexión emocional sólida con el feto.

Cada mujer es única, y las diferencias individuales en la personalidad, la historia de vida y las circunstancias personales también pueden influir en su vínculo prenatal. Las experiencias de las mujeres con embarazos anteriores pueden influir en su nivel de vinculación con el bebé actual. Por ejemplo, una mujer que ha tenido experiencias negativas o traumáticas durante embarazos anteriores puede experimentar dificultades para establecer un vínculo sólido. El nivel de apoyo social disponible para una mujer embarazada es un factor importante. Aquellas que cuentan con una red de apoyo sólida, que incluye a su pareja, familiares y amigos, pueden experimentar niveles más altos de vinculación prenatal. La falta de apoyo o relaciones problemáticas pueden contribuir a niveles más bajos de vinculación. Las expectativas culturales y sociales sobre la maternidad también pueden jugar un papel importante. Las mujeres pueden sentir presión para ser madres perfectas y experimentar emociones abrumadoramente positivas, lo que puede dificultar la expresión de sus verdaderos sentimientos y vínculo con el bebé.

John Bowlby, uno de los teóricos más influyentes en el campo del apego y el vínculo afectivo, propuso que el vínculo afectivo es una parte fundamental del desarrollo humano desde la infancia. Bowlby sugiere que el vínculo afectivo tiene raíces evolutivas y cumple funciones vitales para la supervivencia y el bienestar emocional.

Desde la perspectiva de Bowlby, el vínculo afectivo, especialmente en la relación madre-hijo, se desarrolla como una respuesta biológica y emocional a las necesidades del bebé. La teoría del apego destaca la importancia de la figura de apego como una fuente segura en momentos de angustia y estrés. La presencia y la respuesta sensible del cuidador a las necesidades del bebé establecen las bases para la seguridad emocional y la confianza en las relaciones futuras.

En el contexto del embarazo, el vínculo afectivo prenatal puede comenzar a desarrollarse a través de la conexión emocional de la madre con el feto. Los movimientos fetales, las experiencias sensoriales y la anticipación del nacimiento contribuyen a este proceso. Factores como el estrés durante el embarazo o experiencias previas pueden influir en la formación de este vínculo. Bowlby (1993).

Cuadro 11. Vinculación Afectivo Prenatal por Dimensiones

Vinculación Afectiva Prenatal	Aproximación afectiva al feto y al bebé a través del pensamiento		Aceptación del embarazo y adaptación a la maternidad		Aproximación afectiva a través de la diferenciación del feto		Experiencias infantiles y cuidado prenatal		Aproximación afectiva a través de la interacción con el feto		Aproximación afectiva a través del bienestar emocional	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Vinculación Muy Alta	23	20,7	26	23,4	32	28,8	30	27,0	28	25,2	35	31,5
Vinculación Moderada	21	18,9	22	19,8	18	16,2	22	19,8	26	23,4	20	18,0
Vinculación Baja	30	27,0	27	24,3	24	21,6	22	19,8	12	10,8	11	9,9
Vinculación Muy Baja	16	14,4	13	11,7	15	13,5	14	12,6	26	23,4	28	25,2
Vinculación Extremadamente Baja	21	18,9	23	20,7	22	19,8	23	20,7	19	17,1	17	15,3
Total	111	100,0	111	100,0	111	100,0	111	100,0	111	100,0	111	100,0

En el cuadro 11 se expresan los datos obtenidos según las dimensiones del vínculo afectivo prenatal los resultados son los siguientes:

Aproximación afectiva al feto y al bebé a través del pensamiento: El 27 % de la muestra se ubica en vinculación baja, indicando que un porcentaje significativo de mujeres no experimenta una conexión profunda y reflexiva con su bebé a través del pensamiento. Es de gran preocupación ver que un porcentaje significativo de mujeres no tiene una conexión profunda con su bebé a través del pensamiento. Esto puede reflejar que la falta de atención consciente y afectuosa hacia el proceso de gestación, no permita a las mujeres establecer un vínculo emocional antes del nacimiento.

Aceptación del embarazo y adaptación a la maternidad: Resalta un 24,3% en vinculación baja, sugiriendo que un porcentaje considerable de mujeres enfrenta desafíos emocionales en la aceptación del embarazo y la adaptación a la maternidad. Los resultados muestran que algunas

mujeres enfrentan desafíos en la aceptación del embarazo y la adaptación a la maternidad, como lo indica el porcentaje destacado en vinculación baja. Esto podría deberse a diversos factores, como cambios en el estilo de vida, preocupaciones emocionales o falta de apoyo.

Aproximación afectiva a través de la diferenciación del feto: Se destaca un 28.8% en vinculación muy alta, indicando que un porcentaje significativo de mujeres experimenta una conexión diferenciada al percibir al feto como un individuo único. Es positivo observar que un considerable porcentaje de mujeres experimenta una conexión diferenciada al percibir al feto como un individuo único. Este aspecto indica que muchas mujeres reconocen y aprecian la individualidad de su futuro hijo, lo que puede contribuir a una relación madre-hijo más sólida y empática.

Experiencias infantiles y cuidado prenatal: El 27.0% presenta una vinculación muy alta, sugiriendo que un porcentaje considerable de mujeres podría experimentar una conexión afectiva más fuerte debido a sus experiencias infantiles y enfoque hacia el cuidado prenatal. El porcentaje resaltado en vinculación muy alta sugiere que algunas mujeres pueden experimentar una conexión más estable debido a sus experiencias infantiles y enfoque hacia el cuidado prenatal.

Aproximación afectiva a través de la interacción con el feto: Un 23.4% de las participantes presentaron vinculación muy baja, indicando que un porcentaje significativo de mujeres podría tener una conexión menos intensa a través de la interacción física con el feto.

Esto podría deberse a diversas razones, como la falta de oportunidades para la interacción o factores emocionales.

Aproximación afectiva a través del bienestar emocional: El 31.5% presentan vinculación muy alta, indicando que un porcentaje significativo de mujeres experimenta una conexión afectiva más fuerte cuando experimenta un alto bienestar emocional. Es alentador ver que un porcentaje considerable de mujeres experimenta una conexión más fuerte cuando experimenta un alto bienestar emocional. Esto resalta la interrelación entre el bienestar mental de la madre y su capacidad para establecer un vínculo afectivo sólido con el bebé.

Cuadro 12. Vinculación Afectiva Prenatal según el Estado Civil

Vinculación Afectiva Prenatal	Estado Civil				Total	
	Soltera		Casada			
	fr	%	fr	%	fr	%
Vinculación Muy Alta	10	15,6%	18	38,3%	28	25,2%
Vinculación Moderada	24	37,5%	22	46,8%	46	41,4%
Vinculación Baja	15	23,4%	3	6,4%	18	16,2%
Vinculación Muy Baja	5	7,8%	4	8,5%	9	8,1%
Vinculación Extremadamente Baja	10	15,6%	0	0,0%	10	9,0%
Total	64	100,0%	47	100,0%	111	100,0%

El cuadro 12 nos permite analizar la vinculación afectiva prenatal según el estado civil, se observa que el 38.3% de las mujeres casadas presentan una vinculación muy alta, mientras que solo el 15.6% de las mujeres solteras tienen este nivel de vinculación. Por otro lado, el 23.4% de las mujeres solteras muestran una vinculación baja, en comparación con el 6.4% de las mujeres casadas. Estos datos sugieren una asociación significativa entre el estado civil y la intensidad del vínculo afectivo prenatal.

En el caso de la vinculación muy alta, el estado civil puede estar asociado con una mayor estabilidad emocional y un ambiente de apoyo. Las mujeres casadas, al tener un compañero de vida, pueden compartir experiencias, preocupaciones y expectativas en relación con el embarazo, lo que fortalece el vínculo emocional con el futuro hijo. Además, la estabilidad que a menudo brinda el matrimonio puede contribuir a un ambiente emocional más propicio para la vinculación afectiva prenatal.

Las mujeres solteras, al no tener la estructura tradicional de apoyo que proporciona el matrimonio, pueden enfrentar mayores desafíos emocionales durante el embarazo, lo que se refleja en los porcentajes más altos de vinculación baja y extremadamente baja. La falta de un compañero estable podría contribuir a niveles más bajos de apoyo emocional y, por lo tanto, a una vinculación afectiva prenatal menos desarrollada.

Los resultados subrayan la importancia del contexto emocional en el que se encuentra la mujer durante el embarazo. Aunque el estado civil puede ser un factor relevante, es esencial reconocer que cada mujer vive una experiencia única. Las mujeres solteras pueden desarrollar conexiones profundas y significativas con sus futuros hijos, y las mujeres casadas pueden enfrentar desafíos emocionales. La presencia de apoyo y recursos emocionales, independientemente del estado civil, puede ser clave para fomentar la salud emocional durante el embarazo.

Desde la perspectiva de Bowlby, el estado civil puede influir en la seguridad emocional durante el embarazo. Las mujeres casadas, al tener un compañero estable, pueden experimentar una mayor sensación de seguridad y apoyo, facilitando la formación de un vínculo afectivo más fuerte con el feto. En contraste, las mujeres solteras pueden enfrentar desafíos adicionales, como la falta de una red de apoyo estable, afectando la intensidad del vínculo afectivo prenatal. Bowlby sostiene que la formación de vínculos afectivos es esencial para el bienestar emocional y el desarrollo saludable. En este caso, el estado civil actúa como un factor que puede facilitar o dificultar la creación de estos vínculos. Las mujeres casadas pueden experimentar una mayor seguridad emocional y disponibilidad de apoyo, lo que favorece la formación de vínculos seguros durante el embarazo Bowlby (1993).

Cuadro 13. Vinculación afectiva según la Edad

Vinculación Afectiva Prenatal	Edad								Total	
	12 - 16		17 - 25		26 - 32		33 - 43			
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Vinculación Muy Alta	4	14,8%	9	29,0%	3	12,5%	12	41,4%	28	25,2%
Vinculación Moderada	9	33,3%	12	38,7%	14	58,3%	11	37,9%	46	41,4%
Vinculación Baja	4	14,8%	5	16,1%	6	25,0%	3	10,3%	18	16,2%
Vinculación Muy Baja	2	7,4%	3	9,7%	1	4,2%	3	10,3%	9	8,1%
Vinculación Extremadamente Baja	8	29,6%	2	6,5%	0	0,0%	0	0,0%	10	9,0%
Total	27	100,0%	31	100,0%	24	100,0%	29	100,0%	111	100,0%

A través del cuadro 13 observamos que las mujeres en el grupo de edad de 33 a 43 años tienen el porcentaje más significativo de vinculación muy alta (41.4%), sugiriendo que las mujeres en este rango de edad pueden tener una mayor estabilidad emocional y experiencia, lo que contribuye a un vínculo afectivo prenatal más fuerte. Por otro lado, el grupo de edad de 12 a 16 años muestra el porcentaje más alto de vinculación extremadamente baja (29.6%), posiblemente relacionado con la falta de experiencia y apoyo emocional en esta etapa temprana de la vida. El grupo de edad de 17 a 25 años tiene una distribución equitativa en los niveles de vinculación, mostrando un rango variado de vínculos afectivos. Este grupo podría estar experimentando una diversidad de situaciones, desde apoyo emocional sólido hasta desafíos emocionales significativos. Asimismo, el grupo de 26 a 32 años tiene el porcentaje más alto de vinculación moderada (58.3%), lo que podría indicar que están en una fase intermedia de estabilidad emocional durante el embarazo.

Llama la atención que el grupo de mujeres de 33 a 43 años tenga el porcentaje más alto de vinculación muy alta. Es posible que las mujeres en este grupo hayan tenido más experiencias de vida, lo que podría haberles proporcionado una mayor estabilidad emocional y apoyo. Esto podría contribuir a una conexión emocional más fuerte con el bebé durante el embarazo. En contraste, el grupo de 12 a 16 años muestra un porcentaje significativamente alto de vinculación

extremadamente baja, lo que podría indicar que estas jóvenes embarazadas enfrentan desafíos emocionales y de apoyo.

Según Bowlby, la calidad del vínculo afectivo prenatal podría estar influenciada por las experiencias tempranas de cuidado y las relaciones. En este contexto, el grupo de 33 a 43 años, con su porcentaje elevado de vinculación muy alta, podría haber experimentado relaciones más estables y un mayor apoyo emocional a lo largo de sus vidas, contribuyendo así a un vínculo prenatal sólido. En cambio, el grupo de 12 a 16 años, con un alto porcentaje de vinculación extremadamente baja, podría reflejar la falta de experiencias emocionales y apoyo en estas edades tempranas.

Bowlby postula que la calidad de los vínculos afectivos se desarrolla a través de las interacciones tempranas y las experiencias de cuidado. En este contexto, observamos que el grupo de edad de 33 a 43 años, que probablemente ha tenido más experiencias de vida y relaciones interpersonales. Bowlby (1993).

Cuadro 14. Vinculación Afectiva Prenatal según el nivel socioeconómico

Vinculación Afectiva Prenatal	Nivel Socio Económico						Total	
	Bajo Nivel Socio Económico		Medio Nivel Socio Económico		Alto Nivel Socio Económico			
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Vinculación Muy Alta	1	12,5%	24	24,7%	3	50,0%	28	25,2%
Vinculación Moderada	3	37,5%	40	41,2%	3	50,0%	46	41,4%
Vinculación Baja	3	37,5%	15	15,5%	0	0,0%	18	16,2%
Vinculación Muy Baja	1	12,5%	8	8,2%	0	0,0%	9	8,1%
Vinculación Extremadamente Baja	0	0,0%	10	10,3%	0	0,0%	10	9,0%
Total	8	100,0%	97	100,0%	6	100,0%	111	100,0%

En el cuadro 14 se exponen los resultados del vínculo afectivo prenatal según el nivel socio económico de las participantes. En el grupo con Alto Nivel Socioeconómico, se observa el porcentaje más alto de vinculación muy alta con un 50.0%, sugiriendo que las mujeres en este estrato tienden a experimentar una conexión más fuerte y positiva durante el período prenatal, de igual forma presentan vinculación moderada en un 50.0%.

Se destaca el grupo de Bajo Nivel Socioeconómico con un notable 37.5%. Esto indica que, a pesar de los desafíos económicos, un porcentaje significativo de mujeres en este estrato mantiene una conexión moderada durante el embarazo.

En cuanto a la vinculación baja de las participantes, el grupo de Bajo Nivel Socioeconómico tiene el porcentaje más alto en la categoría de vinculación baja con un (37.5%), lo que sugiere que las mujeres en este estrato pueden enfrentar desafíos adicionales para establecer una conexión más profunda durante el embarazo. De igual forma en la vinculación Muy Baja el porcentaje más alto se encuentra en el grupo de Bajo Nivel Socioeconómico con un (12.5%), indicando que algunas mujeres en este estrato pueden experimentar una conexión prenatal muy baja. Sin embargo, en la categoría de Vinculación Extremadamente Baja llama la atención que

el Alto Nivel Socioeconómico tiene un 0.0% en esta categoría, lo que sugiere que, en este estrato, las mujeres rara vez experimentan una vinculación extremadamente baja durante el embarazo.

La relación entre el nivel socioeconómico y la vinculación afectiva prenatal plantea preguntas importantes sobre la equidad en el acceso a recursos y apoyo emocional durante el embarazo. Las mujeres con un nivel socioeconómico medio podrían beneficiarse de una red de apoyo más sólida, que incluya recursos financieros y acceso a servicios de salud de calidad. Por otro lado, las mujeres de bajos ingresos podrían enfrentar obstáculos adicionales, como la falta de acceso a la atención médica adecuada y a entornos propicios para el bienestar emocional.

Desde la perspectiva de Bowlby, la relación entre estabilidad económica y la vinculación afectiva prenatal puede entenderse a través del impacto que las condiciones materiales y emocionales tienen en la capacidad de los padres para brindar un entorno seguro y afectivo. Las limitaciones económicas pueden generar estrés adicional, afectando la disponibilidad emocional de los padres hacia el feto. Además, las diferencias en el acceso a recursos pueden influir en la capacidad de las mujeres para buscar apoyo y orientación durante el embarazo, lo que, a su vez, afecta el desarrollo del vínculo afectivo. Bowlby (1993).

OBJETIVO 3: ANALIZAR LA CALIDAD DE VIDA

Cuadro 15. Calidad de Vida

Calidad de Vida	Frecuencia	Porcentaje
Óptima Calidad de Vida	102	91,9
Buena Calidad de Vida	3	2,7
Baja Calidad de Vida	5	4,5
Mala Calidad de Vida	1	,9
Total	111	100,0

Los resultados del cuadro 15, muestran que la gran mayoría de las mujeres embarazadas (91,9%), reportan tener una calidad de vida óptima. Este dato sugiere que, en general, las mujeres embarazadas en la muestra experimentan un bienestar satisfactorio durante este período. Esta cifra tan alta puede ser indicativa de un entorno de apoyo y relaciones positivas, lo cual es crucial para el bienestar de las futuras madres.

Un entorno de apoyo, tanto emocional como práctico, proporcionado por familiares y amigos puede tener un impacto positivo en la percepción de la calidad de vida. La presencia de relaciones sólidas y positivas puede ser un factor crucial para el bienestar emocional durante el embarazo. La capacidad de la familia para adaptarse y ajustarse a los cambios que conlleva el embarazo puede ser fundamental. Un entorno familiar que fomenta la adaptabilidad y la comunicación abierta puede generar un ambiente positivo.

Aunque el embarazo puede considerarse un evento estresante, si la familia y la mujer embarazada cuentan con recursos adecuados y estrategias de afrontamiento efectivas, este evento puede ser gestionado de manera positiva. Asimismo, si la mujer embarazada tiene un sólido sistema de apoyo, recursos financieros, acceso a servicios de salud y habilidades de afrontamiento, esto puede contribuir a una percepción positiva de calidad de vida.

La capacidad de la mujer embarazada para adaptarse al embarazo y los cambios asociados, junto con las estrategias de afrontamiento, puede influir significativamente en su percepción de bienestar durante esta etapa.

En el marco de la teoría de los dominios de Olson y Barnes, la "Óptima Calidad de Vida" podría asociarse con niveles saludables de cohesión, adaptabilidad y comunicación en el entorno familiar de las mujeres embarazadas. Un entorno familiar cohesivo y adaptable podría proporcionar el apoyo emocional y práctico necesario durante el embarazo, contribuyendo así a la percepción positiva de la calidad de vida. Olson y Barnes (1982).

Cuadro 16. Calidad de Vida por Dimensiones

Calidad de Vida	Hogar y Bienestar Económico		Amigos, Vecindario y Comunidad		Vida Familiar y Familia Extensa		Educación y Ocio		Medios de Comunicación		Religión		Salud	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Óptima Calidad de Vida	34	30,6	32	28,8	34	30,6	41	36,9	39	35,1	40	36,0	44	39,6
Buena Calidad de Vida	22	19,8	27	24,3	23	20,7	17	15,3	28	25,2	17	15,3	20	18,0
Baja Calidad de Vida	30	27,0	30	27,0	31	27,9	28	25,2	24	21,6	33	29,7	24	21,6
Mala Calidad de Vida	25	22,5	22	19,8	23	20,7	25	22,5	20	18,0	21	18,9	23	20,7
Total	111	100,0	111	100,0	111	100,0	111	100,0	111	100,0	111	100,0	111	100,0

El cuadro 16 expone los resultados de las dimensiones de la calidad de vida. A continuación, se analiza cada una de ellas:

Hogar y bienestar económico: Esta dimensión presenta calidad de vida óptima (30.6%), indicando un bienestar significativo en este aspecto. Este resultado resalta la importancia de abordar adecuadamente las preocupaciones económicas y domésticas para mejorar la calidad de vida durante el embarazo. La alta proporción de calidad de vida óptima en esta dimensión sugiere que las mujeres embarazadas se sienten seguras y satisfechas con su situación económica y el entorno del hogar. La estabilidad económica y un ambiente hogareño favorable pueden contribuir positivamente al bienestar durante el embarazo.

Amigos, vecindario y comunidad: Con un 28.8% de calidad de vida óptima, esta dimensión refleja la variabilidad en la percepción de la calidad de vida en el ámbito social. Es esencial abordar las necesidades de apoyo social para aquellas mujeres que experimentan desafíos en esta área. La diversidad de experiencias en esta dimensión destaca la importancia de la red social

y la comunidad durante el embarazo. Algunas mujeres pueden sentir un fuerte apoyo, mientras que otras pueden enfrentar desafíos en estas áreas. La calidad de las relaciones sociales y el apoyo comunitario desempeñan un papel crucial en el bienestar emocional durante la gestación. Según Olson y Barnes (1982), la calidad de vida puede estar influenciada por la calidad de las relaciones sociales y el apoyo de amigos y vecinos.

Vida familiar y familia extensa: Con un 30,6% de calidad de vida óptima, la dimensión destaca la importancia del entorno familiar durante el embarazo. Fortalecer las relaciones familiares puede ser clave para mejorar la calidad de vida de las mujeres embarazadas.

La percepción generalmente positiva en esta dimensión, sugiere que las mujeres embarazadas experimentan un nivel satisfactorio de apoyo y conexión familiar. La unión y la adaptabilidad familiar son factores que contribuyen al bienestar emocional durante el embarazo.

Los recursos familiares y el funcionamiento familiar influyen en la calidad de vida. Un equilibrio armonioso en estas áreas contribuye a una percepción positiva Olson y Barnes (1982).

Educación y ocio: Presenta un 36.9% de calidad de vida óptima. Esta dimensión indica posibles áreas de mejora en términos de satisfacción educativa y recreativa. Se sugiere una mayor atención a programas educativos y opciones de ocio durante el embarazo

La calidad de vida óptima de esta dimensión, sugiere que algunas mujeres pueden enfrentar desafíos en términos de satisfacción educativa y actividades de ocio durante el embarazo. La educación y el disfrute de actividades recreativas son aspectos que pueden contribuir significativamente al bienestar psicológico.

El equilibrio entre las actividades educativas y de ocio puede afectar la calidad de vida. Las tensiones en estas áreas pueden contribuir a una percepción menos positiva. Olson y Barnes (1982).

Medios de Comunicación: Con un 35.1% de calidad de vida óptima, esta dimensión refleja una satisfacción significativa en términos de comunicación mediática. Destaca la importancia de mantener canales de información efectivos para mejorar el bienestar durante el embarazo. La

percepción mayoritariamente positiva en esta dimensión sugiere que las mujeres embarazadas se sienten informadas y conectadas a través de los medios de comunicación. La accesibilidad a información relevante y la comunicación efectiva contribuyen al sentimiento de bienestar.

Religión: Con un 36.0% de calidad de vida óptima, la dimensión religiosa destaca la importancia de las creencias en la percepción de bienestar durante el embarazo. Resalta la necesidad de considerar la espiritualidad como un componente integral en el cuidado y apoyo a mujeres embarazadas. La variabilidad en la percepción de calidad de vida en esta dimensión, sugiere que las creencias religiosas pueden desempeñar un papel diverso durante el embarazo. La espiritualidad y la conexión con creencias personales pueden afectar el bienestar emocional.

Salud: La dimensión de salud tiene el porcentaje más alto de calidad de vida óptima (39.6%), en esta dimensión sugiere que las mujeres embarazadas perciben un buen estado de salud durante este período crucial., destacando la relevancia crucial de mantener y promover la salud durante el embarazo. Un acceso efectivo a la atención médica y prácticas saludables pueden ser elementos clave para mejorar la calidad de vida de las mujeres embarazadas.

La salud física y mental juega un papel fundamental en la calidad de vida. La percepción positiva de la salud contribuye a una mayor satisfacción global. Olson y Barnes (1982).

Cuadro 17. Calidad de vida según el Estado Civil

Calidad de Vida	Estado Civil				Total	
	Soltera		Casada			
	fr	%	fr	%	fr	%
Óptima Calidad de Vida	61	95,3%	41	87,2%	102	91,9%
Buena Calidad de Vida	2	3,1%	1	2,1%	3	2,7%
Baja Calidad de Vida	1	1,6%	4	8,5%	5	4,5%
Mala Calidad de Vida	0	0,0%	1	2,1%	1	0,9%
Total	64	100,0%	47	100,0%	111	100,0%

Las mujeres solteras presentan un porcentaje alto de calidad de vida óptima (95,3%), indicando que la gran mayoría percibe su calidad de vida como muy buena. En contraste, las casadas muestran un porcentaje ligeramente menor en esta categoría, pero sigue siendo alto (87,2%), esto sugiere que, en general, las mujeres embarazadas, independientemente de su estado civil, experimentan una calidad de vida positiva. La diferencia en la percepción de la calidad de vida entre mujeres solteras y casadas podría explicarse por la presencia de distintas dinámicas y responsabilidades asociadas al estado civil. Las mujeres solteras, al tener menos compromisos familiares, podrían experimentar una mayor sensación de libertad y autonomía, contribuyendo a su percepción positiva de la calidad de vida. Por otro lado, las casadas, aunque pueden disfrutar de apoyo y estabilidad familiar, también podrían enfrentar mayores responsabilidades y posiblemente desafíos, afectando su percepción de la calidad de vida.

La teoría sugiere que la calidad de vida puede estar influenciada por factores relacionados con la vida familiar y el apoyo social. En este caso, la alta proporción de calidad de vida óptima en ambos grupos podría asociarse con niveles satisfactorios de apoyo social y bienestar en el ámbito familiar. Olson y Barnes destacan la importancia de la adaptación y satisfacción en el ámbito familiar para determinar la calidad de vida. En este contexto, las mujeres solteras podrían experimentar una mayor satisfacción al tener más control sobre su vida y menos compromisos familiares, contribuyendo así a una calidad de vida óptima. En contraste, las casadas podrían estar influenciadas por las dinámicas familiares, las cuales, aunque brinden apoyo, también pueden generar desafíos que afecten la percepción de la calidad de vida Olson y Barnes (1982).

Cuadro 18. Calidad de vida según la edad

Calidad de Vida	Edad							
	12 - 16		17 - 25		26 - 32		33 - 43	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Óptima Calidad de Vida	26	96,3%	29	93,5%	23	95,8%	24	82,8%
Buena Calidad de Vida	1	3,7%	1	3,2%	0	0,0%	1	3,4%
Baja Calidad de Vida	0	0,0%	1	3,2%	1	4,2%	3	10,3%
Mala Calidad de Vida	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,4%
Total	27	100,0%	31	100,0%	24	100,0%	29	100,0%

A través del cuadro 18 se aprecian los datos relacionados a la calidad de vida según la edad de las participantes. En el grupo de mujeres de 12 a 16 años, el alto porcentaje de óptima calidad de vida (96,3%), puede estar relacionado con la percepción de estos jóvenes sobre su capacidad para afrontar el embarazo y mantener una calidad de vida satisfactoria. El grupo de 17 a 25 años destaca con un alto porcentaje de óptima calidad de vida (93,5%), lo que sugiere que este segmento de mujeres, a pesar de estar en una etapa de transición entre la adolescencia y la edad adulta, experimenta una percepción positiva de su bienestar.

Aunque la maternidad a temprana edad puede presentar desafíos, estas mujeres pueden sentir un fuerte apoyo social o familiar, lo que contribuye a su bienestar. Además, la falta de responsabilidades financieras propias y la orientación parental podrían influir en esta percepción positiva.

Por otro lado, en el grupo de 33 a 43 años, el porcentaje más bajo de óptima calidad de vida (82,8%), podría atribuirse a desafíos específicos asociados con la edad, como preocupaciones sobre la salud, la estabilidad económica y las demandas familiares. A medida que las mujeres envejecen, es probable que se enfrenten a más responsabilidades, tanto familiares como profesionales, lo que podría afectar su percepción general de la calidad de vida.

Considerando la teoría de Olson y Barnes, las dimensiones específicas de la calidad de vida, como el bienestar económico, la salud y las relaciones familiares, pueden influir en la percepción general. En el grupo más joven, la fuerte red de apoyo y posiblemente la menor carga de responsabilidades contribuyen a una evaluación positiva en estas dimensiones. Por el contrario, en el grupo de mayor edad, las preocupaciones sobre la salud, la situación financiera y las demandas familiares pueden afectar negativamente la calidad de vida general.

Cuadro 19. Calidad de vida según el nivel socioeconómico

Calidad de Vida	Nivel Socioeconómico						Total	
	Bajo Nivel Socio Económico		Medio Nivel Socio Económico		Alto Nivel Socio Económico			
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Óptima Calidad de Vida	7	87,5%	89	91,8%	6	100,0%	102	91,9%
Buena Calidad de Vida	0	0,0%	3	3,1%	0	0,0%	3	2,7%
Baja Calidad de Vida	1	12,5%	4	4,1%	0	0,0%	5	4,5%
Mala Calidad de Vida	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	1	0,9%
Total	8	100,0%	97	100,0%	6	100,0%	111	100,0%

En el cuadro 19 se observa que, la mayoría de las mujeres independientemente del nivel socioeconómico, perciben una calidad de vida óptima. Sin embargo, el porcentaje más alto de calidad de vida óptima se encuentra en el grupo de mujeres con un alto nivel socioeconómico (100%), aunque la muestra de este grupo es pequeña (6 mujeres), es interesante observar que ninguna de ellas reporta una calidad de vida baja o mala. Esto sugiere que el nivel socioeconómico podría tener una evaluación positiva con la percepción de una calidad de vida óptima. En general, se puede decir que estas mujeres embarazadas se sienten satisfechas con diferentes aspectos de sus vidas, incluyendo su hogar, relaciones sociales y bienestar económico.

La percepción de una calidad de vida óptima entre las mujeres embarazadas de diferentes niveles socioeconómicos, sugiere que factores más allá de los recursos económicos pueden estar contribuyendo a su bienestar. Es posible que la fortaleza de las relaciones familiares, el apoyo social y otros aspectos personales y emocionales estén desempeñando un papel crucial en la evaluación positiva de su calidad de vida.

La teoría de Olson y Barnes propone que la calidad de vida se ve influenciada por diversos dominios, como el hogar y el bienestar económico, las relaciones familiares, la educación y el ocio, entre otros. Estos resultados podrían indicar que las mujeres, independientemente de su nivel socioeconómico, están experimentando un equilibrio satisfactorio en áreas clave como el hogar, las relaciones familiares y la comunidad. En este caso, podemos argumentar que la percepción de una calidad de vida óptima puede estar relacionada con un equilibrio positivo en estos dominios, independientemente del nivel socioeconómico. Olson y Barnes (1982).

OBJETIVO 4: DETERMINAR LOS PRINCIPALES ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

Cuadro 20. Modos de Afrontamiento al Estrés

Modos de Afrontamiento al Estrés	Frecuencia	Porcentaje
Afrontamiento Afectivo	12	10,8
Planificación	11	9,9
Apoyo Instrumental	4	3,6
Reinterpretación Positiva	23	20,7
Aceptación	11	9,9
Humor	11	9,9
Desahogo	1	,9
Uso de Apoyo	2	1,8
Religión	18	16,2
Autoinculpación	8	7,2
Autodistracción	10	9,0
Total	111	100,0

Los resultados del cuadro 20 indican que la estrategia de afrontamiento más utilizada por las mujeres embarazadas es la "Reinterpretación positiva" (20,7 %), seguida de cerca por otras estrategias adaptativas como la "Religión" (16,2 %), "Afrontamiento afectivo" (10,8 %), "Planificación" "Humor" y "Aceptación" las tres con un (9,9 %) respectivamente. Esto sugiere que las mujeres emplean una variedad de enfoques para enfrentar el estrés, adaptándose a sus necesidades y circunstancias individuales.

Esto podría sugerir que muchas mujeres tienden a abordar el estrés cambiando su perspectiva y encontrando significado o aspectos positivos en las situaciones desafiantes. La predominancia de la estrategia de "Reinterpretación positiva" en el afrontamiento del estrés durante el embarazo puede atribuirse a la necesidad de encontrar significado y sentido en las situaciones estresantes. Durante el embarazo, las mujeres pueden enfrentarse a diversos desafíos, tanto emocionales

como físicos, y la reinterpretación positiva les permite ver estas experiencias como oportunidades de crecimiento personal y fortalecimiento.

El uso frecuente de estrategias centradas en la emoción, como "Afrontamiento afectivo" y "Aceptación", sugiere que las mujeres embarazadas tienden a abordar el estrés desde una perspectiva más orientada hacia la gestión de las respuestas emocionales. La aceptación puede estar relacionada con la adaptación a los cambios inevitables durante el embarazo, mientras que el afrontamiento afectivo implica reconocer y expresar emociones de manera saludable.

El hecho de que estrategias como "Planificación" "Humor" y "Aceptación" también estén presentes destaca la importancia de abordar el estrés de manera más ligera y expresar las emociones de manera adecuada. El humor puede servir como un mecanismo eficaz para aliviar la tensión emocional, mientras que la aceptación puede permitir liberar emociones acumuladas, contribuyendo así al bienestar psicológico.

La presencia significativa de la estrategia de "Religión" en los modos de afrontamiento al estrés, sugiere que muchas mujeres embarazadas recurren a sus creencias religiosas como una fuente de apoyo y consuelo durante este período. La religión puede proporcionar un marco significativo para entender y enfrentar los desafíos del embarazo, ofreciendo consuelo espiritual y una sensación de propósito.

Desde la perspectiva de Morrison y Benet, quienes han estudiado los modos de afrontamiento, la prevalencia de estrategias como "Afrontamiento afectivo", "Aceptación" y "Humor" indica que las mujeres están utilizando estrategias adaptativas centradas en la emoción, como también el uso de la religión como estrategia sugiere que las mujeres embarazadas buscan orientación y fortaleza en sus creencias espirituales para afrontar el estrés. La elección de estrategias centradas en la emoción sugiere una orientación hacia el procesamiento y la gestión de las respuestas afectivas asociadas con el estrés, lo que puede ser crucial para mantener un equilibrio emocional durante el embarazo. Estos enfoques pueden ayudar a gestionar las respuestas emocionales al estrés y promover un ajuste psicológico positivo durante el embarazo. Morrison y Benet (2008).

Cuadro 21. Modos de afrontamiento del estrés según el estado civil.

Modos Afrontamiento al Estrés	Estado Civil				Total	
	Soltera		Casada			
	fr	%	fr	%	fr	%
Afrontamiento Afectivo	5	7,8%	7	14,9%	12	10,8%
Planificación	6	9,4%	5	10,6%	11	9,9%
Apoyo Instrumental	4	6,3%	0	0,0%	4	3,6%
Reinterpretación Positiva	16	25,0%	7	14,9%	23	20,7%
Aceptación	7	10,9%	4	8,5%	11	9,9%
Humor	3	4,7%	8	17,0%	11	9,9%
Desahogo	0	0,0%	1	2,1%	1	0,9%
Uso de Apoyo	1	1,6%	1	2,1%	2	1,8%
Religión	9	14,1%	9	19,1%	18	16,2%
Auto - Inculpción	6	9,4%	2	4,3%	8	7,2%
Auto - Distracción	7	10,9%	3	6,4%	10	9,0%
Total	64	100,0%	47	100,0%	111	100,0%

Al observar los datos del cuadro 21 sobre los modos de afrontamiento al estrés según el estado civil, se pueden identificar algunas tendencias interesantes. Las mujeres solteras parecen recurrir más a estrategias como la "Reinterpretación positiva" (25%) y la "Religión" (14,1%) en comparación con las mujeres casadas. Esto podría sugerir que las mujeres solteras encuentran consuelo en reinterpretar situaciones estresantes de manera más positiva y también buscan apoyo en sus creencias religiosas, lo que sugiere una tendencia hacia encontrar nuevos significados y enfoques optimistas ante situaciones estresantes. Este hallazgo podría relacionarse con la autonomía emocional y la necesidad de adaptarse de manera individual a los desafíos que surgen durante el embarazo, ya que las mujeres solteras pueden tener menos apoyo directo en comparación con las casadas.

Por otro lado, las mujeres casadas tienden a emplear más el "Humor" como estrategia de afrontamiento (17%), este resultado podría indicar que el entorno matrimonial proporciona un contexto donde el humor se convierte en una herramienta para aliviar la tensión y fortalecer el

apoyo social. El uso del humor podría estar vinculado a la idea de compartir experiencias y encontrar consuelo mutuo en situaciones estresantes.

Según Morrison y Benet, las estrategias de afrontamiento pueden estar influenciadas por diversos factores, incluido el entorno social y emocional. En este caso, las mujeres solteras pueden depender más de la reinterpretación positiva como una forma de hacer frente, tal vez debido a la necesidad de encontrar significado y adaptarse a la situación por sí mismas. Por otro lado, las mujeres casadas pueden estar más orientadas hacia el humor como una estrategia, lo que puede reflejar una dinámica diferente de apoyo social y compartimiento del estrés en el matrimonio. Las mujeres solteras, al depender de más estrategias individuales como la reinterpretación positiva, podrían estar construyendo una resiliencia interna, mientras que las casadas, al recurrir al humor, podrían beneficiarse de la fortaleza de las relaciones conyugales. Morrison y Benet (2008).

Cuadro 22. Modos de afrontamiento del estrés según la edad

Modos Afrontamiento al Estrés	Edad								Total	
	12 - 16		17 - 25		26 - 32		33 - 43			
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Afrontamiento Afectivo	1	3,7%	3	9,7%	4	16,7%	4	13,8%	12	10,8%
Planificación	1	3,7%	3	9,7%	6	25,0%	1	3,4%	11	9,9%
Apoyo Instrumental	2	7,4%	2	6,5%	0	0,0%	0	0,0%	4	3,6%
Reinterpretación Positiva	7	25,9%	8	25,8%	1	4,2%	7	24,1%	23	20,7%
Aceptación	4	14,8%	1	3,2%	3	12,5%	3	10,3%	11	9,9%
Humor	0	0,0%	7	22,6%	1	4,2%	3	10,3%	11	9,9%
Desahogo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,4%	1	0,9%
Uso de Apoyo	1	3,7%	1	3,2%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,8%
Religión	5	18,5%	0	0,0%	6	25,0%	7	24,1%	18	16,2%
Autoinculpación	3	11,1%	2	6,5%	3	12,5%	0	0,0%	8	7,2%
Autodistracción	3	11,1%	4	12,9%	0	0,0%	3	10,3%	10	9,0%
Total	27	100,0%	31	100,0%	24	100,0%	29	100,0%	111	100,0%

Al analizar el cuadro 22 sobre los modos de afrontamiento al estrés en función de la edad, se observa que las estrategias varían significativamente entre los grupos. El grupo de 12 - 16 años (25,9%), presenta un alto porcentaje en reinterpretación positiva, lo cual indica que las adolescentes en este grupo son propensas a reinterpretar las situaciones estresantes de manera positiva. Este comportamiento podría ser una estrategia aprendida o influenciada por modelos a seguir que fomentan la perspectiva positiva.

El grupo de 17 - 25 años (25,8%) de las mujeres en este rango de edad muestran una tendencia positiva hacia la reinterpretación. Puede reflejar la continuidad de estrategias de afrontamiento positivo desarrollado durante la adolescencia. En el grupo de 17 a 25 años, el uso del "Humor"

destaca con un 22,6%, sugiriendo que este grupo tiende a enfrentar el estrés de manera más ligera y con una actitud positiva, posiblemente utilizando el humor como mecanismo para aliviar la tensión. Por otro lado, el grupo de 26 a 32 años muestra una proporción más alta de "Afrontamiento afectivo" (16,7%), indicando que este grupo tiende a abordar el estrés a través de expresiones emocionales más directas. Asimismo, presentan un 25% en "Planificación". Esto podría relacionarse con una mayor madurez emocional y una comprensión más profunda de las propias emociones.

La variabilidad en las estrategias de afrontamiento entre diferentes grupos de edad refleja la complejidad y diversidad de las experiencias emocionales durante el embarazo. En el grupo de 17 a 25 años, la alta prevalencia del "Humor" puede atribuirse a la juventud y la búsqueda de formas más ligeras y positivas de hacer frente a los desafíos. Es posible que estas mujeres vean el humor como una herramienta efectiva para reducir la carga emocional y crear un ambiente más relajado.

Por otro lado, en el grupo de 26 a 32 años, la tendencia hacia el "Afrontamiento Afectivo" sugiere una mayor apertura emocional y una disposición a enfrentar directamente las emociones asociadas con el estrés. Esto podría indicar un mayor desarrollo emocional y una capacidad más consolidada para lidiar con las complejidades emocionales del embarazo.

Desde la perspectiva de Morrison y Benet, el énfasis en estrategias afectivas se alinea con la noción de que las estrategias de afrontamiento evolucionan con el desarrollo cognitivo y emocional. A medida que las mujeres atraviesan diferentes etapas de la vida, su capacidad para comprender y abordar emociones puede cambiar, afectando las estrategias preferidas, las estrategias de afrontamiento pueden estar influenciadas por el nivel de desarrollo cognitivo y emocional en cada etapa de la vida. El uso prevalente de estrategias afectivas podría indicar una mayor capacidad para procesar y expresar emociones de manera efectiva. Morrison y Benet (2008).

Cuadro 23. Modos de afrontamiento del estrés según el nivel socioeconómico

Modos de Afrontamiento al Estrés	Nivel Socio Económico						Total	
	Bajo Nivel Socio Económico		Medio Nivel Socio Económico		Alto Nivel Socio Económico			
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Afrontamiento Afectivo	0	0,0%	9	9,3%	3	50,0%	12	10,8%
Planificación	1	12,5%	9	9,3%	1	16,7%	11	9,9%
Apoyo Instrumental	0	0,0%	4	4,1%	0	0,0%	4	3,6%
Reinterpretación Positiva	1	12,5%	21	21,6%	1	16,7%	23	20,7%
Aceptación	0	0,0%	11	11,3%	0	0,0%	11	9,9%
Humor	2	25,0%	9	9,3%	0	0,0%	11	9,9%
Desahogo	1	12,5%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,9%
Uso de Apoyo	0	0,0%	2	2,1%	0	0,0%	2	1,8%
Religión	3	37,5%	14	14,4%	1	16,7%	18	16,2%
Autoinculpación	0	0,0%	8	8,2%	0	0,0%	8	7,2%
Autodistracción	0	0,0%	10	10,3%	0	0,0%	10	9,0%
Total	8	100,0%	97	100,0%	6	100,0%	111	100,0%

En el cuadro 23 se puede apreciar los datos obtenidos de los modos de afrontamiento del estrés en relación a nivel socioeconómico, observamos que el afrontamiento afectivo es utilizado en mayor medida por mujeres de nivel socioeconómico alto (50%), lo cual podría sugerir que este grupo tiende a expresar y gestionar emociones directamente como una estrategia para enfrentar el estrés. En el nivel medio socioeconómico presenta reinterpretación positiva (21,6%), esto indica que la reinterpretación positiva es una estrategia más común en este grupo y podría sugerir una mayor habilidad para encontrar significado. Esto podría indicar que las mujeres en estos grupos buscan abordar el estrés mediante la organización y la planificación de soluciones.

El uso de la religión como estrategia de afrontamiento es más evidente en el nivel socioeconómico bajo (37,5%), esto podría indicar que, en situaciones de estrés, las mujeres de este grupo recurren a la espiritualidad como fuente de apoyo y consuelo. Asimismo, en el grupo de bajo nivel socioeconómico (25.0%), el uso del humor en este grupo puede interpretarse como una estrategia para hacer frente al estrés a través de la distracción y la búsqueda de situaciones cómicas. Podría indicar una forma de escape temporal.

La teoría de Morrison y Benet (2008), sugiere que las estrategias de afrontamiento pueden variar según la percepción de control y recursos disponibles. En este contexto, las mujeres de nivel socioeconómico alto, al tener más recursos, podrían sentirse más capaces de enfrentar emociones directamente. Por otro lado, las estrategias de religión y humor en niveles medio y bajo podrían deberse a la necesidad de organizarse y buscar soluciones de esperanza en situaciones estresantes.

5.6. ANÁLISIS DE LAS HIPÓTESIS

Primera Hipótesis: El bienestar psicológico Es “Nivel Medio”.

La hipótesis se **acepta**, ya que el bienestar psicológico es de "nivel medio" se respalda con el 46.8% de las mujeres reportando un nivel medio. Sin embargo, el 40.5% que informa un nivel alto indica que una proporción significativa experimenta un bienestar psicológico positivo, superando la expectativa de "nivel medio".

Segunda hipótesis: El desarrollo del vínculo prenatal de las embarazadas es una vinculación moderada.

La hipótesis de que el desarrollo del vínculo prenatal es de "vinculación moderada" se **acepta** con el 41.4% reportando niveles moderados.

Tercera hipótesis: La calidad de vida es media.

La hipótesis de que la calidad de vida es "media" se **rechaza** ya que el 91.9% de las mujeres embarazadas presentan una calidad de vida óptima.

Cuarta Hipótesis: Los principales estilos de afrontamiento del estrés son: Postergación del afrontamiento y negación.

La hipótesis de que los principales estilos de afrontamiento son "Postergación del afrontamiento y negación" se **rechaza** ya que las estrategias más utilizadas son "Reinterpretación positiva" y "Religión". Sin embargo, la "Postergación del afrontamiento" y la "Negación" no son las más predominantes.

CAPÍTULO VI

**CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES**

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

En el presente capítulo, se expresan las conclusiones a las cuales se arribó luego de analizar los datos recogidos en esta tesis. Dichas conclusiones se las expone siguiendo el orden de los objetivos específicos planteados en el capítulo del diseño teórico:

OBJETIVO ESPECÍFICO 1. Establecer el bienestar psicológico.

La mayoría de las mujeres embarazadas en la muestra, informa niveles de bienestar psicológico considerables, en el nivel alto y nivel medio. Esto sugiere una adaptación positiva al embarazo en términos de bienestar emocional.

La distribución del bienestar psicológico es heterogénea, pero la mayoría se encuentra en niveles medios y altos. Las diferencias notables según el estado civil, edad y nivel socioeconómico sugieren que estos factores influyen en el bienestar. El análisis detallado del bienestar psicológico según el estado civil muestra que las mujeres casadas tienden a informar niveles más altos, sugiriendo posiblemente un apoyo emocional adicional. Las variaciones según la edad y el nivel socioeconómico indican la influencia de estos factores en la adaptación psicológica durante el embarazo.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2. Investigar el desarrollo del vínculo prenatal.

La exploración del vínculo prenatal muestra que las mujeres experimentan niveles moderados, indicando una conexión emocional significativa y preparación para la maternidad. Una de cuatro mujeres presenta niveles muy altos, lo que sugiere una proporción sustancial con una conexión emocional profunda, mientras que con niveles extremadamente bajos destaca la presencia de una minoría que podría beneficiarse de intervenciones emocionales o psicológicas. Las características del grupo de estudio muestran que las mujeres casadas tienen una proporción más alta de vinculación muy alta, lo que podría asociarse con un mayor apoyo emocional en relaciones establecidas. La influencia de la edad y el nivel socioeconómico resalta la complejidad del desarrollo del vínculo prenatal en diferentes contextos.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3. Analizar la calidad de vida.

La gran mayoría de las mujeres percibe su calidad de vida como óptima. Este hallazgo sugiere que el embarazo no necesariamente se asocia con una disminución en la calidad de vida, y la percepción positiva prevalece, independientemente de la edad y el estado civil. Las mujeres más jóvenes (12-16 años) muestran un alto porcentaje de óptima calidad de vida, lo que podría relacionarse con la percepción de su capacidad para afrontar el embarazo. La influencia del nivel socioeconómico destaca que las mujeres con un alto nivel experimentan el más alto porcentaje de calidad de vida óptima. A pesar de las variaciones, la percepción general de una calidad de vida óptima destaca la resiliencia y la adaptabilidad de las mujeres embarazadas. La identificación de factores específicos que contribuyen a esta percepción puede informar estrategias de intervención dirigidas a mejorar el bienestar general durante el embarazo.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4. Determinar los principales estilos de afrontamiento del estrés.

La estrategia de afrontamiento más utilizada es la "Reinterpretación positiva", seguida de cerca por otras estrategias adaptativas como la "Religión" y el "Afrontamiento afectivo". Estos hallazgos indican que las mujeres embarazadas recurren a una variedad de enfoques para enfrentar el estrés, adaptándose a sus necesidades y circunstancias individuales. Las mujeres adoptan enfoques adaptativos para hacer frente al estrés, y estos difieren según el estado civil, la edad y el nivel socioeconómico. La diversidad en los modos de afrontamiento resalta la importancia de estrategias personalizadas. Las diferencias según el estado civil, edad y nivel socioeconómico sugieren que las intervenciones deben ser contextualmente sensibles y adaptarse a las necesidades individuales. Es crucial reconocer y respaldar las fortalezas y recursos individuales de las mujeres embarazadas. Las características del grupo de estudio revelan que las mujeres solteras tienden a recurrir más a estrategias como la "Reinterpretación positiva" y la "Religión", posiblemente reflejando una búsqueda de significado y apoyo espiritual adicional. La variabilidad en los estilos de afrontamiento según la edad y el nivel socioeconómico subraya la necesidad de enfoques adaptados a las características individuales.

6.2. RECOMENDACIONES

Para investigadores del área:

Dada la complejidad de las experiencias psicológicas de las mujeres embarazadas, se sugiere diversificar los métodos de investigación. La exploración de metodologías mixtas que combinen enfoques cuantitativos y cualitativos podría proporcionar una comprensión más completa de sus vivencias. Además, se recomienda realizar estudios longitudinales para evaluar la evolución de las características psicológicas a lo largo de todo el embarazo y el período postnatal. La inclusión de grupos minoritarios y la adopción de un enfoque interdisciplinario, colaborando con profesionales de diferentes campos, también serían aspectos beneficiosos.

Para la carrera de Psicología:

En el ámbito educativo, se sugiere integrar módulos específicos sobre psicología perinatal en los programas de estudios de psicología. Esto prepararía a los futuros profesionales para comprender y abordar las necesidades particulares de las mujeres embarazadas. La inclusión de prácticas supervisadas en entornos clínicos centrados en la atención psicológica durante el embarazo sería crucial. Además, la formación debería abordar la sensibilización cultural, reconociendo la diversidad de experiencias de las mujeres embarazadas en diferentes contextos. Desarrollar habilidades de comunicación sensibles también sería fundamental, junto con la promoción de la importancia de la actualización continua para mantenerse al tanto de los avances en el campo de la psicología perinatal.

Para la sociedad en general:

A nivel social, se propone implementar programas educativos públicos que destaquen la importancia de la salud mental durante el embarazo. Reducir los estigmas asociados con la búsqueda de apoyo psicológico y fomentar un entorno de cuidado y comprensión son metas clave. Establecer centros comunitarios que ofrezcan apoyo psicológico y recursos a mujeres embarazadas sería una forma efectiva de construir una red de apoyo. Además, abogar por la inclusión de servicios de salud mental perinatal en las políticas de atención médica es esencial para garantizar el acceso universal a la atención psicológica durante el embarazo. Finalmente, promover una cultura de empatía y comprensión hacia las mujeres embarazadas, junto con la

reducción de estigmas asociados con la salud mental en este período, contribuiría a un ambiente más saludable y solidario para todas las mujeres.