

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN
DEL PROBLEMA

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo es un periodo de cambios biológicos y psicológicos radicales de adaptación para una mujer; aunque son muchas las características biológicas y psicológicas que se presentan en los embarazos, existen igualmente muchas experiencias únicas e irrepetibles para cada mujer.

El embarazo propiamente dicho, con todos los riesgos y tratamientos relacionados, puede ser el desencadenante de reacciones psicológicas como ser: estrés, ansiedad, autoestima baja, depresión, relaciones intrafamiliares afectadas, y más aún cuando éste ocurre en la etapa de la adolescencia debido a que en la mayoría de los casos el embarazo no es planificado, considerables situaciones indican que la madre no está preparada para enfrentar esta situación. Por lo tanto esto afecta a ella y su entorno familiar causándole en ocasiones rasgos afectivos emocionales con sentimientos de culpa, sentimientos de inferioridad, inmadurez, rechazo y/o desprecio de sí mismo, rasgos de personalidad reservada, emocionalmente afectada, despreocupado, entre otros.

Así también el periodo de gestación se asocia a cambios en la actitud de las mujeres embarazadas que en ocasiones fuera del embarazo pueden señalar una perturbación psicológica como la depresión, sin embargo dentro del contexto del embarazo en adolescentes estos cambios son normales. La adaptación emocional de una mujer al embarazo se ve afectada por su capacidad previa para resolver conflictos y/o problemas. Además los aspectos emocionales del embarazo son afectados por el contexto en el cual se desarrolla el mismo.

En México, el fenómeno social de las madres solteras, es un tema, que ha sido poco estudiado; sin embargo, existe una serie de problemas asociadas a las mujeres que viven con dicha condición.

Es claro que ante las temáticas de género, se explique que la mujer se encuentra en una clara desventaja frente al sexo opuesto, de tal forma que se argumente que el

hombre ante la mujer, tiene mayores oportunidades por su posición que se ha legitimado histórica y socialmente hablando, ahora bien considerando desde la lógica el argumento dicho, un mujer madre soltera, por los prejuicios de algunas culturas- tendría menos legitimidad que la mujer que no lo es. En este caso lo señalado se le da un abordaje desde la teoría del estigma social de Goffman (2008) quien afirma que un ser humano, que no cumple con ciertas características que la sociedad espera y demanda de ella, su persona queda estigmatizada, es decir, aquí se trata de comprender que esa distancia que existe entre las particularidades reales y las que idealmente hablando la sociedad considera, si son grandes, la persona cae en un mayor estigma social.

Por lo tanto los estigmatizados se les relega negándole oportunidades de crecimiento social. Tomando en cuenta esto, la madre soltera debería ser estigmatizada por la sociedad ya que moralmente no está llevando a cabo el modelo ideal de la familia nuclear para tener hijos, es decir, el tener una pareja y que en términos del sentido común de los propios padres y la gente, no hizo bien las cosas (Vega R. F. 2010:8).

El embarazo en edades tempranas, representa un problema de salud pública, sobre todo porque de un tiempo a esta parte se vio aumentado porcentaje de mujeres adolescentes embarazadas tanto a nivel mundial y específicamente a nivel nacional. Debido a que la adolescencia es una etapa de crisis para el individuo, en la actualidad la familia juega un papel muy importante, ya que de ésta va a depender el éxito o fracaso con que el individuo supere dicha crisis, las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica varía según los distintos países del mundo. (Reyes, 1993).

Tan sólo la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que anualmente alrededor de 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años dan a luz y en el caso de México en particular, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) ha arrojado que para el 2012 por cada mil mujeres 37.0 corresponde a

mujeres adolescentes, lo que se ha incrementado en comparación con el 2005 en donde por cada mil mujeres 30.0 correspondían a adolescentes.

La adolescencia en sí es una etapa muy compleja de atravesar en el ser humano, ya que si bien ya se cuenta con elementos suficientes para conocer y entender como es el mundo que les rodea, su organismo atraviesa por muchos cambios tanto físico como mentales, los cuales en muchas de las ocasiones no comprenden en su totalidad, entre dichos cambios se encuentra el despertar y querer iniciar una vida sexual activa, y para lo cual hay distintas opciones de acuerdo a la educación que se le dé en el hogar, la escuela o de acuerdo a la presión social en la cual se desenvuelva la adolescente.

Las opiniones más conservadoras señalan como la mejor opción la abstinencia total, la cual en la práctica no es el camino a elegir, por lo que más allá de los tabúes sociales, e incluso religiosos que hay sobre el tema, es necesario que haya una apertura mucho más realista, y sobre todo prevenir a través de la educación en todos los sentidos un embarazo inesperado en la etapa de la adolescencia, lo cual trunca su desarrollo como ser humano, en la mayoría de los casos dejando de estudiar y en otros muchos ámbitos, además de que pueden adquirir cualquier tipo de enfermedades de transmisión sexual.

Cada año 14 millones de mujeres adolescentes dan a luz en todo el mundo, lo que representa poco más de 10% del total de nacimientos. Así mismo, 264 se dan en América Latina, los nacimientos entre las adolescentes representan entre 15 y 20% del total; de éstos, 70% son embarazos no planeados, Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2003; cfr. Vázquez y cols., 2006).

Estudios realizados a nivel **internacional** indican que las tasas de embarazo en la adolescencia del año 2002 y las de años siguientes varían desde las máximas de Níger y Congo (cerca de 200 embarazos por cada 1000 mujeres adolescentes) a tasas de 1 a 3 por 1000 en Corea del Norte, Corea del Sur y Japón.

A nivel nacional en La Paz– Bolivia, investigaciones realizadas, tal el caso de la representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Cecilia

Maurente, explicó que en Bolivia y también en la región 2 de cada diez adolescentes entre 15 y 19 años afrontan un embarazo y se estiman 70 nacimientos por mil en Latinoamérica, mientras que en el país ese porcentaje se incrementa a 88.

Estudios realizados a nivel regional indican que la mayoría de los embarazos de adolescentes en Tarija son considerados como embarazos no deseados, es decir que la madre pese a ser activa sexualmente no lo había planificado, y los jóvenes (futuros padre y madre) aún están en situación de dependencia de sus familias.

Hoy se conocen numerosas investigaciones, tratados, convenciones y movimientos, que han estudiado a la mujer en los espacios en los que interactúa o donde se ve involucrada, como en la familia, el trabajo, la salud, la educación y hoy también el ejercicio de la responsabilidad de ser madre soltera.

Así también se han visto involucrados ciertas instituciones que trabajan incansablemente para mejorar las condiciones económicas así como la promoción del desarrollo integral de ella, lo que contribuiría a situarla en términos de igualdad ante el varón, sin embargo es evidente que aún queda un camino muy largo por recorrer para llegar a conciliar ciertas igualdades.

Hablar de la condición actual de la mujer, resulta un tanto inagotable, ya que el tema es extenso y complejo. Sin embargo hablar de la madre soltera equivale a un porcentaje significativo presente actualmente en nuestra sociedad, considerado muy importante.

Por lo expresado en párrafos anteriores se plantea la siguiente interrogante que orientó el proceso investigativo en los siguientes términos:

¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS QUE PRESENTAN LAS MUJERES EMBARAZADAS SOLTERAS MENORES DE 18 AÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EN EL HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS DE LA CIUDAD DE TARIJA?

1.2. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se desarrolla con la finalidad de conocer y determinar las características psicológicas que presentan las mujeres embarazadas solteras (madres solteras), puesto que es una temática contemporánea y además una problemática latente en la sociedad boliviana y particularmente tarijeña. De ahí que surge la iniciativa de contribuir con información científica sobre esta población desde el punto de vista psicológico, para que a partir del diagnóstico obtenido se puedan desarrollar políticas de intervención públicas para mejorar las condiciones de vida de esta población vulnerable.

El hecho de ser madre implica consecuencias que se pueden presentar principalmente a nivel psicológico y social, ya que la mujer soltera menor de 18 años se enfrentará al reto de asumir su nuevo rol de ser madre, haciéndose cargo de los cuidados, atención y educación de su hijo, a pesar de que ella aún no ha consolidado su formación y desarrollo.

Abordar la problemática de las madres solteras, tienen la finalidad de conocer diferentes formas de asumir su condición, tomando en cuenta el marco cultural en donde se desenvuelve en su vida cotidiana. Cabe destacar que la existencia de mujeres con una falta de educación y que muy pocas veces llegan a concluir el nivel medio superior, son quienes más problemas llegan a presentar al llegar en los diferentes ámbitos en los que desea integrarse, como ser laboral, social, etc., que en cierta manera no satisface las necesidades básicas que pueden tener.

En consecuencia, se beneficiarán con la presente investigación todas las mujeres embarazadas solteras (madres solteras), profesionales del área de salud, psicólogos y la sociedad en su conjunto, puesto que contarán con información sobre las características psicológicas de mujeres embarazadas solteras, para que sean más receptivos y comprendan su realidad.

Por otra parte, la presente investigación se constituye en un aporte **teórico** conceptual acerca de las características psicológicas de las mujeres embarazadas solteras

menores de 18 años, así como también aportaran con nuevos conocimientos actualizados en la realidad que acontecen con estas mujeres debido a que el embarazo es un periodo de cambios biológicos psicológicos radicales de adaptación para una mujer, además de ser una experiencia física y emocional compleja.

Asimismo, se constituye en un aporte a nivel **práctico**, puesto que los resultados obtenidos servirán de base como material de consulta para profesionales interesados en la temática o como base para futuras investigaciones en la temática. Por consiguiente, servirá para promover a la sociedad, a los profesionales médicos, centros de salud, hospitales, para que brinden mejores servicios de calidad y para desarrollar políticas de prevención en cuanto a la planificación familiar, intervención a nivel psicológico con el fin de mejorar las condiciones de vida de esta población.

CAPÍTULO II

DISEÑO TEÓRICO

II. DISEÑO TEÓRICO

2.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuáles son las características psicológicas que presentan las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad que asisten a consulta en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija?

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. Objetivo General

- Determinar las características psicológicas que presentan las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad que asisten a consulta en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija.

2.2.2. Objetivos Específicos

- Establecer el nivel de Ansiedad que presentan las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad.
- Identificar el grado de Depresión que presentan las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad.
- Caracterizar el nivel de Autoestima que presentan las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad.
- Describir las Relaciones Intrafamiliares de las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad.
- Establecer los Rasgos Afectivo – Emocionales en mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad.
- Describir Rasgos de Personalidad de las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad.

2.3. HIPÓTESIS

- “Las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad que asisten a consulta en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija, presentan niveles graves de ansiedad”.
- “Las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad que asisten a consulta en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija, presentan un grado de depresión moderada”.
- “Las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad que asisten a consulta en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija, presentan un nivel de autoestima bajo”.
- “Las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad que asisten a consulta en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija, tienen una relación intrafamiliar armoniosa con adecuada comunicación, apoyo y unión familiar, un ambiente favorable y de confianza”.
- “Las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad que asisten a consulta en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija, presentan sentimientos de culpa, inferioridad, inmadurez, rechazo y desprecio de sí mismas”.
- “Las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad que asisten a consulta en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija, son reservadas, tranquilas, dependientes y emocionalmente inestables”.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Concepto	Dimensiones	Indicadores	Escala
Ansiedad	La ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, que a diferencia del medio tiene una referencia explícita. Comparte con la anterior impresión interior de temor, de indefensión de zozobra.	Física	Presenta palpitations, opresión precordial, temblores, sequedad en la boca y dificultades en la respiración.	<p><u>CUESTIONARIO DE ANSIEDAD de Rojas</u></p> <p>Normal - Ligera 0 - 20</p> <p>Ansiedad Ligera 20 - 30</p> <p>Ansiedad Moderada 30 - 40</p> <p>Ansiedad Grave 40 - 50</p> <p>Ansiedad Muy Grave 50</p>
		Psíquica	Inquietud interior, desasosiego por dentro se siente amenazado sin saber el por qué; ganas de huir, temor a perder el control, temor a la muerte, temor al suicidio.	
		Conductual	Estado de vigilancia, cambia mucho de postura, gesticula mucho, rinde menos en las actividades, dificultad de concentración.	
		Intelectual	Errores en procesamiento de la información, cree que no sirve para nada, todo le afecta negativamente, se acuerda más de los negativo que lo positivo.	
		Asertivo	Le cuesta decir mucho no, a veces no sabe que decir ante ciertas personas, le produce dificultad para hablar en público, formular o responder preguntas.	

Depresión	Síndrome en el que interactúan diversas modalidades: cognitiva, conductual y afectiva. (Beck)	Cognitiva - Afectiva	Síntomas de tristeza, descenso de ánimo, cansancio desesperación, fracaso, castigo, autodesprecio, ideas suicidas, llanto, retirada social.	<u>INVENTARIO DE BECK PARA MEDIR LA DEPRESIÓN</u> Sin depresión 0 – 9 Leve 10 – 18 Moderada 19 – 25 Moderado Grave 26 – 35 Grave 36 - 63
		Somático	Indecisión. Cambios en la imagen, insomnio, irritabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupaciones somáticas, bajo nivel de energía.	
Autoestima	Sentimiento valorativo de la propia forma de ser, rasgos corporales, mentales e espirituales que configuran la personalidad.	Autoconcepto	Creencias que tiene el sujeto de sí mismo a través de los comentarios, diálogos, amigos.	<u>CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA 35B</u> adaptado por Jacqueline de los Ríos U.A.J.M.S Óptimo 65 - 75 Excelente 46 - 60 Muy bueno 31 - 45 Bueno 16 - 30 Regular 0 - 15 Baja -1 /- 15 Deficiente -16 / -30 Muy baja -31 / -45 Extrema -46 / -60 Nula -61 / -75
		Autoconocimiento	Grado en que la persona conoce sus potencialidades y debilidades.	
		Autoevaluación	Es la autocrítica que la persona hace de sí misma, estableciendo juicios valorativos, acerca de los sentimientos.	
		Autorespeto	Grado en que la persona conoce y acepta sus propias potencialidades y debilidades.	

		Esconder Los Sentimientos.		No presenta
		Fantasías De Virilidad	Mujeres con cabellos destacados.	
		Miedo Sexual	Mujer con pantalones	
		Inseguridad De Si Mismo	Posición del dibujo parte Inferior.	
		Índice De Evasión	Dibujo de perfil.	
		Hostilidad	Omite todos los rasgos faciales	
Rasgos de Personalidad	El rasgo representa tendencias reactivas generales e indican características de conducta del sujeto que son relativamente permanentes. El rasgo implica una configuración y regularidad de conducta a lo largo de las situaciones. (R. Cattell, 1975)	Reservado - Abierto	Factor A	<u>CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD HSPQ de R. B. Catell y M. D. Cattell</u> FACTORES DE PRIMER ORDEN Puntajes bajos 1 - 2 - 3 Puntajes medios 5 - 6
		Emocionalmente afectado - Estable	Factor C	
		Calmoso - Excitable	Factor D	
		Sumiso - Dominante	Factor E	
		Sobrio - Entusiasta	Factor F	
		Despreocupado - Consciente	Factor G	
		Cohibido - Emprendedor	Factor H	
		Sensibilidad dura - Blanda	Factor I	

		Seguro - Dubitativo	Factor J	Tendencias 4 - 7 Puntajes altos 8 - 9 - 10
		Sereno - Aprensivo	Factor Q ₁	
		Sociable - Autosuficiente	Factor Q ₂	
		Menos - Más integrado	Factor Q ₃	
		Relajado - Tenso	Factor Q ₄	
		Ajuste – Ansiedad	Factor Q _I	FACTORES DE SEGUNDO ORDEN Puntajes bajos 1 - 2 – 3 Puntajes altos 8 - 9 - 10
		Introversión – Extraversión	Factor Q _{II}	
		Calma – Excitabilidad	Factor Q _{III}	
		Dependencia – Independencia	Factor Q _{IV}	

CAPÍTULO III
MARCO TEÓRICO

III. MARCO TEÓRICO

A continuación en el presente capítulo se presentan cada una de las definiciones conceptuales que respaldan teóricamente el trabajo de investigación, para una mejor comprensión del trabajo de investigación.

3.1. EL EMBARAZO

Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses-calendario).

Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos.

El embarazo humano dura un total de 40 semanas, equivalente a 9 meses calendario. En las primerizas, como se denomina a las mujeres que darán a luz por primera vez y en las que no, pero existen menos probabilidades, el primer trimestre de embarazo resulta ser el más riesgoso por la posibilidad de pérdida del mismo (aborto espontáneo).

En tanto, una vez ya en el tercero comienza el punto de viabilidad del feto, esto significa que el bebé ya es capaz de sobrevivir extrauterinamente sin necesidad de soporte médico. Si bien los medios técnicos disponibles difieren función de los recursos y de factores sociales, se estima que un feto de 24 a 26 semanas estaría en condiciones de sobrevivir con los cuidados médicos apropiados. Estos niños se denominan prematuros extremos. En cambio, los prematuros con algo más de edad estacional (30 ó más semanas) podrían sobrevivir con menor nivel de complejidad asistencial, siempre y cuando los pulmones hayan alcanzado la madurez necesaria.

3.1.1. Embarazo adolescente

Es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados. En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen.

El embarazo en una mujer adolescente puede llegar a término, produciéndose el nacimiento, o interrumpirse por aborto, ya sea éste espontáneo o inducido (aborto con medicamentos o aborto quirúrgico), en el caso del aborto inducido de manera legal o ilegal dependiendo de la legislación del aborto.

3.1.2. Determinación de la adolescencia y embarazo adolescente

La edad media del período de la menarquía (primera menstruación) se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico y el peso. El promedio de edad de la menarquía ha disminuido y continúa haciéndolo. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales.

3.1.3. Adolescencia

Es el periodo de 11 a 19 años de edad que se caracteriza por rápida maduración física y sexual. Se prolonga desde los primeros signos de madurez sexual: aparición de pubis (vello púbico) o desarrollo puberal, hasta la madurez física, mental y emocional durante la adolescencia se logra la capacidad de reproducción. A medida que termina este periodo disminuye el ritmo general de crecimiento, pero se acelera el de algunas estructuras (p.ej., mamas femeninas y genitales externos masculinos). (More Persaud, s/a, p.8).

La adolescencia es un período en el que, por lo común se experimenta un incremento en la autosuficiencia, si bien, se dan alguna reacciones de dependencia al principio de

esta etapa de la vida. El estrés tiende a decrecer conforme aumenta la edad, con la consecuente disminución de la ansiedad y la hostilidad. Entre la ansiedad y la hostilidad existen relaciones recíprocas, y ambas, en la adolescencia temprana y media, encuentran condiciones que favorecen el surgimiento de conductas circulares ansiedad, hostilidad y viceversa. Por fortuna, conforme el adolescente adquiere mayor experiencia y una conducta de enfrentamiento más efectiva, disminuye su necesidad de desarrollar conductas defensivas, como la hostilidad y la ansiedad, siempre que el desarrollo sea normal. De lo anterior se desprende que la adolescencia es un período en el cual hay un ajuste progresivo y una disminución en ansiedad e inseguridad. A pesar de todo esto, el panorama general es más de introversión que de extroversión, aunque hay una considerable tendencia a la fluctuación que depende del éxito que obtenga el sujeto al enfrentar problemas. El incremento en la sociabilidad que se observa en la adolescencia media, puede ser influencia opuesta a la introversión, pero existe la posibilidad de que el adolescente simplemente se esté aprovechando de la cultura de sus coetáneos para probar su propia realidad, en lugar de ser una tendencia a la extroversión.

3.2.CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

Una característica psicológica, es aquella cualidad que determina los rasgos de una persona y que muy claramente la distingue del resto, es decir, las características que presentan las mujeres embarazadas solteras resultan ser sus notas particulares que lo distinguen y que de alguna manera los hacen ser quienes son y otros no. La característica es lo mismo a decir rasgo típico o peculiar.

Hay algunas características que resultan ser esenciales, porque sin observarlas, entonces dejaría de ser miembro de una especie y luego existen otros tipos de características, las particulares que son aquellas de cada uno. (Sánchez, 2005:45).

Las características psicológicas son consideradas las disipaciones persistentes e internas que hacen que el individuo, piense, siente y actúe en sí misma.

Las características psicológicas son manifestaciones que prevalecen en la persona, respecto a ciertos comportamientos que van desde los hábitos básicos como la

alimentación o la disponibilidad del tiempo, hasta aspectos como el trabajo o los estudios, que caracterizan la vida de las mujeres embarazadas.

3.2.1. ANSIEDAD

La ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, que a diferencia del miedo tiene una referencia explícita. Comparte con el miedo una impresión interior de temor, de indefensión o zozobra. Pero mientras en el miedo esto se produce por algo, en la ansiedad se produce por nada, se difuminan las referencias de ahí que podamos decir que el miedo es un estado de temor con objeto mientras que la ansiedad es un estado impreciso carente de objeto exterior. (Rojas E. 2000, p.36-52)

La palabra ansiedad proviene del latín “anxietas” y en la literatura científica se cuenta con la variedad de obras dedicadas a la sola definición del concepto. Podemos manifestar que la ansiedad es un estado emocional particularizado en el individuo.

Experimentando como una excitación emocional, con participación psicofisiológica, con síntomas de inquietud interior, aprehensión, preocupación, expresiones que crean una sensación de impotencia que afecta la marcha cotidiana de la vida.

Esta forma de ver la enfermedad psíquica y por extensión, la ansiedad nos lleva a una redefinición de la misma que podría quedar expuesta del siguiente modo: la ansiedad consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta de activación generalizada. Por tanto lo primero que destaca la característica de ser una señal de peligro difusa que el individuo percibe como una amenaza para su integridad. (Rojas E. 2000, p.36-52)

3.2.1.1. Tipos de ansiedad

Enrique Rojas (2000) distingue las siguientes: ansiedad exógena, endógena y angustia existencial.

- **Ansiedad endógena:** Es aquella que proviene de los sentimientos vitales, de ese estrato llamado vitalidad, en donde parece que confluye lo somático y lo psíquico.

La produce el organismo, vive en la endogeneidad. Deriva de lo psicofisiológico, de estructuras cerebrales implicadas en la regulación de la vida emocional. Se trata de una serie de estructuras nerviosas en las que se destaca el sistema límbico principalmente: la corteza cerebral, un sistema de interrelaciones que establece en los dos anteriores a los que se deben añadir una serie de sistemas de activación unos específicos para cada tipo de trastorno emocional y otros específicos toda la endocrinología y el sistema nervioso vegetativo. Esta serie de conexiones funcionales van a ser las responsables de distintas versiones de la ansiedad, pero siempre con ese núcleo común, la emoción se expresa como amenaza física y psíquica y que va a provocar una reacción de alerta.

- **Ansiedad exógena:** No es propiamente ansiedad, mejor llamarla de otro modo, es aquel estado de amenaza inquietante, producidos por estímulos externos de muy variada condición; conflictos agudos, súbitos, inesperados, situaciones entronizadas de tensión emocional, crisis de identidad, personal, problemas provenientes del medio ambiente.
- **Angustia existencial:** es aquella que proviene de la inquietud de la vida y pone frente a frente con el destino, con la muerte y con el más allá. Esta es buena siempre y cuando el sujeto no termine traumatizado y sin darse cuenta termine en una ansiedad patológica. (Rojas Enrique, 2000).

3.2.1.2. Clasificación de los síntomas de ansiedad

Para Rojas (2000) la ansiedad no es un fenómeno unitario, se manifiesta de muy varias formas. Su sintomatología en cada sujeto puede aparecer relativamente distinta. Rojas reúne a esta sintomatología en cinco grupos: físicos, psicológicos, de conducta, intelectuales y por último los síntomas asertivos.

- **Síntomas físicos:** se produce con una serie de estructuras cerebrales intermedias. Donde se orientan las bases neurobiológicas de las emociones; el hipotálamo y el sistema nervioso simpático que produce en la médula suprarrenal grandes cantidades de adrenalina.

- **Síntomas psicológicos:** son aquellos que se captan a través del lenguaje verbal, es una vertiente subjetiva, pues la información se obtenga va a depender directamente de la riqueza del paciente, de la capacidad de buceará y buscar sus sentimientos, y sobre todo su capacidad de expresar, referir, relatarlo que mueve dentro de ellos.
- **Síntomas de conducta:** se denominan así a todos los síntomas que pueden observarse desde afuera, sin necesidad de que le sujeto cuente lo que le pasa.
- **Síntomas intelectuales:** hacen referencia a un estado subjetivo de tensión que se produce como consecuencia de errores o diferencias en la acumulación de la información.
- **Síntomas asertivos:** se define como el trastorno de las habilidades sociales. Dificultad para un comportamiento personal y social adecuado a cada situación.

3.2.1.3. Función adaptativa de la ansiedad

La ansiedad es antes que todo, una respuesta adaptativa que tiene como fin la preparación del organismo para satisfacer las demandas que lo hace el medio.

Funciona como una señal de alerta ante la presencia de estímulos potencialmente nocivos para la homeostasis del individuo, el cual hace la evaluación subjetiva de la situación subjetiva de la situación estímulo y recuperar el equilibrio.

3.4. LA DEPRESIÓN

Bek(1979), define la depresión como un “Síndrome en el que interactúan diversas modalidades somáticas, afectiva, conductual y cognitiva”. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, con la causa principal del desorden a partir del cual se destacan los componentes restantes.

Los trastornos emocionales existen una distorsión de sesgo sintomático en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o de privación. Los individuos depresivos valoran excesivamente sus sucesos negativos los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando pues, lo que se conocen como tríada.

- **Visión negativa del yo**

El individuo deprimido manifiesta una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuado o inútil. Atribuye sus experiencias desagradables a un defecto propio, sea físico, mental o moral. Se considera indeseable a causa de sus supuestos defectos, tiende a rechazarse a sí mismo y supone que los demás lo rechazan.

- **Visión negativa del mundo**

Las interacciones con el ambiente son interpretaciones con privaciones, derrotas. El depresivo estima que el mundo le hace enormes exigencias y le presenta obstáculos que interfieren con el logro de sus objetivos de vida.

- **Visión negativa del futuro**

Siempre desde una expectativa oscura, se da vueltas y vueltas sobre una serie de expectativas que parecen amenazantes. Supone que sus problemas y experiencias comunes continuarán indefinidamente y que a los cuales ya conocidos se agregan otros males de mayores.

3.4.1. Tipos de depresión

A continuación se describen los tipos de depresión, que son:

- **La depresión como emocional normal**

La depresión es una emoción común que en condiciones normales, es una reacción provocada por procesos psicológicos como evaluaciones y estimaciones a nivel cognitivo; el proceso de depresión intervienen factores cognitivos y sociales. Por su condición desagradable, la depresión parece tener una función: la eliminación a sí mismo. Pero será así si la persona se ve obligada a renegociar sus pensamientos y buscar nuevas ideas para reconstruir su vida.

- **La depresión como emocional anormal**

Una depresión es anormal cuando no guarda proporción con el suceso o sucesos antecedentes que lo han provocado; cuando es excesiva con respecto a la causa o

factor precipitante conocida; cuando se produce en sustituciones de otra emoción más adecuada.

Para explicar esta depresión se tienen factores psicológicos y constitutivos. Estos factores están conectados con la depresión durante la psicosis maniaco-depresiva. La depresión no reorganiza las ideas si no que piensa los procesos de pensamiento portadores del dolor mental. (Calderón, 1998, p. 5).

3.4.2. Clasificación de los síntomas de depresión

Beck (1979) citado por Ruiz Sánchez (2000) indica que la depresión presenta una serie de sintomatologías en lo que tanto el componente afectivo, intelectual, conductual y somático sufren con concluyentes cambios a los que se denominaran como trastornos.

- **Trastornos afectivos**

La afectividad seriamente perturbada en el síndrome depresivo origina síntomas diversos. El enfermo generalmente inicia su cuadro con un estado de indiferencia hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés. Pronto aparece la tristeza persistente y relativamente impermeable a influencias exteriores, de tal modo cosas que antes pudieran haber estimulado su ánimo, ahora abatido, no son afectivas, quizá más frecuente que la tristeza es la inseguridad.

El enfermo deprimido que presenta casi siempre este síntoma en forma dominante, manifiesta que no tiene confianza en sí mismo y que cuesta mucho trabajo tomar decisiones hecho que deteriora su voluntad y su actividad.

El pesimismo que con frecuencia acompaña ala inseguridad, de origen sentimientos de devaluación personal que las demás de las veces se manifiestan con frases como, soy un inútil, para mí no hay nada, todo lo hago mal, etc. Otro síntoma frecuente es el miedo que se presenta en forma no precisa; pero el paciente siente temor pero no puede explicar a que, pudiendo ser todo o nada en especial.

- **Trastornos intelectuales**

Es frecuente que la censo percepción se encuentre disminuida, situación que determina que durante el examen del paciente sea necesario repetirlo las preguntas dos o tres veces para obtener una respuesta. Muchos deprimidos se quejan de trastornos de memoria, sin embargo, en realidad existe dificultad para evocar los recuerdos almacenados, y se manifiesta por impedimento para presentar un hecho o encontrar la palabra precisa en el momento que se desea, lo que constituye una experiencia banal episódica del ser humano normal

Aparte hay una disminución de la capacidad de la atención y concentración y esta dismnesia suele presentarse para circunstancias recientes, contemporáneas al episodio depresivo, refiriéndose a hechos de la vida cotidiana, insuficientemente expresivos para llamar la atención del sujeto. Las ideas de culpa y de fracaso son elementos del cuadro clínico tales como: me he vuelto muy malo, soy nefasto para los demás, etc. El pensamiento obsesivo contribuye a torturar más al enfermo, ideas repetitivas lo acongojan con frecuencia: trata de alejar de su mente pensamientos o recuerdos que lo atormentan.

- **Trastornos conductuales**

Las alteraciones de la afectividad y del intelectos señaladas, dan lugar en el enfermo deprimido a trastornos en la conducta, la actividad y la productividad del sujeto disminuyen, con frecuencia se muestra vacilante, dudoso, perplejo; aun teniendo en mente la conducta por seguir no puede decidirse a llevarlo a cabo.

Los impulsos suicidas son los aspectos más delicados y peligrosos que deben valorarse al inicio del tratamiento. Se ha observado en algunos de los pacientes el impulso de ingerir bebidas alcohólicas y fármacos de pueden originar dependencia, posiblemente con el fin de utilizar sus efectos desinhibidos para moderar su angustia. Por lo anterior se deduce que los síntomas psíquicos del deprimido son muy variados, ya que en cada momento se entremezclan elementos afectivos, intelectuales y conductuales.

- **Trastornos somáticos**

A este cuadro se llama “depresión enmascarada” y en la mayor parte de los casos pasa inadvertida para el facultativo, quien sin tenerla presente inicia una búsqueda infructuosa de patología orgánica, que puede prolongarse por años. Así mismo, el paciente inicia una preocupación somática que provoca que el paciente vaya de médico en médico, en una lucha penosa por recuperar la salud, cuando un estudio sencillo si un tratamiento adecuado podía haber resultado su problema en un tiempo relativamente breve.

Uno de estos trastornos es el insomnio, la dificultad para dormir perturba considerablemente al enfermo, pudiendo ser única pero angustiosa queja por muchos años. Otro trastorno importante es la pérdida de peso o disminución del apetito, síntoma que presenta en casi todos los cuadros agudos.

Por otra parte se presentan trastornos en la sexualidad como debilitamiento o desaparición del deseo sexual. Este es un trastorno fundamental, los fracasos de realización que originan en el hombre la impotencia, falta de erección o eyaculación precoz, no es otra cosa que la libido reducida, que provoca a su vez un profundo desaliento y pensamiento obsesivo de minusvalía. En la mujer, la baja sexual es muy evidente. Aunque suele perturbarla menos que al hombre y otros síntomas somáticos que varían entre un caso y otro.

3.5. LA AUTOESTIMA

Resulta indispensable abordar la autoestima como un conjunto de percepciones, pensamiento, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y carácter. Se encontró (*De los Ríos, J., 1999*, citado por *Espinoza, J., 2008*), que señala, “*La autoestima es un síndrome porque se trata de un grupo de sentimientos, comportamientos que sobreponen, enlazan e interdependen con una misma finalidad*”. El concepto que el ser humano tiene de su valía; le permite desarrollar la habilidad de establecer su identidad y darle su valor. A partir de ello es posible proponerse metas y alcanzarlas; es la autoestima que aporta la energía

que permite disfrutar de los logros y sentir satisfacción por la concreción de los proyectos realizados.

Todo ser humano tiene la tendencia dirigida al desarrollo personal donde la auto comunicación, autovaloración y auto aceptación son fundamentales para su salud mental y normal desarrollo; esto le permite no desmallar cuando se le presentan dificultades y ser positivo en momentos de tristeza o frustración; lo que sin duda mostrará al individuo la verdadera plenitud y gozo por la vida. “la autoestima no viene determinada por el éxito social, el aspecto físico, la popularidad o cualquier otro valor que no se halle directamente bajo el control de nuestra voluntad. Al contrario, depende de nuestra racionalidad, honestidad e integridad, pues son los procesos volitivos, operaciones de la mente de las cuales somos responsables” (Alcántara, J.A., 1993:15)

La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser. Según Rodríguez E.(1998), los componentes de la autoestima son:

- **Autoconocimiento**

Es conocer las partes que componen el yo, cuáles son sus manifestaciones, necesidades, habilidades y debilidades; los papeles que vive el individuo y a través de los cuales es. En otras palabras, autoconocimiento es: por qué y cómo actúa y siente el individuo. Al conocer todos sus elementos, que desde luego no funcionan por separado sino que se entrelazan para apoyarse uno al otro, el individuo logrará tener una personalidad fuerte y unificada; si una de estas partes no funciona de manera eficiente, las otras se verá modificadas y su personalidad será insegura, con sentimientos de ineficiencia y des valoración.

- **Autoevaluación**

Refleja la capacidad interna de calificar las situaciones: si el individuo las considera “buenas” le hacen sentir bien y le permiten crecer y aprender, por el contrario si las percibe como “malas”, entonces no le satisfacen, carecen de interés y le hacen sentirse devaluado, mal, incompetente para la vida, no apto para una comunicación eficaz y productiva.

- **Autoconcepto**

Es una serie de creencias y valores acerca de sí mismo, que se manifiestan en la conducta. Si alguien se cree tonto, actuará como tonto, si cree que es inteligente o apto, actuará como tal, y así se relacionará.

- **Autorespeto**

Es atender y satisfacer las propias necesidades y valores. Expresar y manejar en forma conveniente sentimientos y emociones, sin hacerse daño ni culparse, tiempo para atenderse, cuidarse, protegerse y darse a sí mismo.

3.5.1. Desarrollo de la autoestima

La autoestima es un proceso interno que comienza con aceptarse a uno mismo, con el perdón de los propios errores y el convencimiento positivo de que cada día es posible ser mejor dejando al lado de las culpas del pasado.

Le brinda convicción al individuo para creer en lo que puede lograr a través del tiempo. La autoestima se va construyendo a partir de las personas que nos rodean, experiencias, vivencias y sentimientos que se producen a lo largo de las etapas de la vida. De ahí que la valoración que se tiene de uno mismo es consecuencia de un proceso de varias etapas y experiencias. Se encontró (*De los Ríos, J., 1999*, citado por *Espinoza, J., 2008*) que señala “el amor por sí mismo comienza a formarse en los niños durante los primeros años de su vida través de las relaciones con la familia, amigos o en el colegio. En la adolescencia se reafirma o se revalora, y en la edad adulta, los éxitos y fracasos continua repercutiendo en la manera de cómo nos evaluamos”.

Todos necesitan tener una buena autoestima porque ésta permite mantener valores morales y experimentar plena satisfacción a través de pensamientos y acciones; permitiendo así al individuo desarrollar una adecuada y productiva adaptabilidad social; el nivel de autoestima determina nuestra forma de ver y afrontar la vida.

3.6. RASGOS DE PERSONALIDAD

La personalidad es la propia estructura interior, constante y propia de cada uno, conforme a la cual se organiza todo ser, según otra definición, la personalidad es el conjunto de rasgos físicos, intelectuales, afectivos, volitivos, morales de un individuo en constante interacción de unos con otros, es decir, organizados en una unidad o sistema.

La personalidad, son las características únicas del individuo, y hablan de disposiciones, temperamento, modos de respuesta habituales, y tendencias definitorias. Algunos conciben la personalidad en términos holísticos o integracionistas, mientras que otros prefieren manejarla en función de un conjunto de componentes más o menos independientes. Algunos prefieren hacer hincapié en los aspectos de adaptación.

Sin embargo, la mayoría de las definiciones se basan en los conceptos gemelos de organización y orientación, “la organización dinámica interna del individuo de aquellos sistemas psicológicos que determinan su ajuste único a su ambiente” hábitos personales que imparten cierta orientación a la conducta. En este sentido, la personalidad representa un sistema de acción personal del individuo. No obstante, la personalidad es algo que más que un asunto puramente intraindividual de estructura y organización.

Un análisis de la personalidad de cualquier individuo debe destacar tanto sus diferencias como sus similitudes con respecto a otras personas. También debe indicar el grado en que esta persona se ajusta al patrón social de su cultura.

3.6.1. Teoría de Cattell sobre la personalidad

La Teoría de la personalidad de Cattell está fundada en la técnica estadística del análisis factorial y sirve de puente de unión entre las teorías clínicas y experimentales. Se sostenía que todos los individuos tienen rasgos idénticos, pero en distinto grado por lo tanto no hay dos individuos exactamente iguales. La personalidad que permiten describir a los individuos, ya que los que determina la conducta en una situación definida y un estado de ánimo definido.

El rasgo representa tendencias reactivas generales y nos indica características de conducta del sujeto que son relativamente permanentes. El rasgo implica una configuración y regularidad de conducta a lo largo del tiempo y de las situaciones. Algunos rasgos pueden ser comunes a todos los individuos, y otros pueden ser exclusivos de un individuo. Ciertos rasgos pueden estar determinados por la herencia otros por el ambiente. Algunos rasgos están relacionados con motivos, que son los rasgos dinámicos, y otros guardan relación con la capacidad y el temperamento.

Los rasgos están determinados por la influencia de la herencia y del ambiente. La conducta del individuo ante una situación dependerá de los rasgos de su personalidad pertinentes a dicha situación, y de otras variables transitorias que pueden intervenir en esta situación.

Descripción de la escala del HSPQ

FACTORES DE PRIMER ORDEN		
Puntuaciones Bajas	Escala	Puntuaciones Altas
<i>Reservado:</i> alejado, crítico, frío.	A	<i>Abierto:</i> afectuoso, reposado, participativo, sociable.
<i>Bajo en inteligencia:</i> pensamiento concreto corto.	B	<i>Alto en inteligencia:</i> pensamiento abstracto, brillante.
<i>Afectado por los sentimientos:</i> emocionalmente poco estable, turbable.	C	<i>Emocionalmente estable:</i> tranquilo, maduro, afronta la realidad.
<i>Calmoso:</i> poco expresivo, cauto, poco activo, algo “soso”.	D	<i>Excitable:</i> impaciente, exigente, hiperactivo, no inhibido.
<i>Sumiso:</i> obediente, dócil, acomodaticio, cede fácilmente.	E	<i>Dominante:</i> dogmático, agresivo, obstinado.
<i>Sobrio:</i> prudente, serio, taciturno, se autodesaprueba.	F	<i>Entusiasta:</i> incauto, confiado a la buena ventura.
<i>Despreocupado:</i> o desatento con las normas, actúa por conveniencia propia.	G	<i>Consciente:</i> perseverante, moralista, sensato, sujeto a las normas.
<i>Inhibido:</i> tímido, sensible a la amenaza.	H	<i>Emprendedor:</i> socialmente atrevido, no inhibido, insensible.

<i>Sensibilidad dura:</i> rechazo a las ilusiones, poca simpatía por las necesidades de los demás.	I	<i>Sensibilidad blanda:</i> impresionable, dependiente, superprotegido, evitación de la amenaza física.
<i>Seguro:</i> gusto por la actividad en grupo, activo, vigoroso.	J	<i>Dubitativo:</i> irresoluto, reservado, individualista, precavido, reprimido interiormente.
<i>Sereno:</i> apacible, confiado, seguro de sí mismo.	Q₁	<i>Aprensivo:</i> con sensación de culpabilidad, inseguro, preocupado, turbable con reproches.
<i>Sociable:</i> buen compañero y de fácil unión al grupo.	Q₂	<i>Autosuficiente:</i> prefiere sus propias decisiones, lleno de recursos.
<i>Poco integrado:</i> descuidado, autoconflictivo, sigue sus propias necesidades.	Q₃	<i>Muy integrado:</i> socialmente escrupuloso, autodisciplinado, compulsivo, control de su autoimagen.
<i>Relajado:</i> tranquilo, pesado, sosegado, no frustrado.	Q₄	<i>Tenso:</i> frustrado, presionado, sobreexcitación, inquieto.
FACTORES DE SEGUNDO ORDEN		
<i>Ansiedad Baja (Ajuste):</i> El sujeto que puntúa bajo suele encontrar que la vida es gratificante y que logra llevar a cabo lo que cree importante. Sin embargo, una puntuación baja extrema puede indicar falta de motivación ante las tareas difíciles, tal como ha mostrado el estudio de relación entre la ansiedad y el rendimiento.	Q_I	<i>Ansiedad Alta:</i> El sujeto que puntúa alto se presenta lleno de ansiedad (en su sentido corriente). No es necesariamente un neurótico, pues la ansiedad puede ser ocasional, pero puede presentar algún desajuste, como estar insatisfecho con su posibilidad de responder a las urgencias de la vida o con sus éxitos en lo que desea. En el extremo es un índice de desorganización de la acción y de posibles alteraciones fisiológicas.
<i>Introversión:</i> El sujeto que puntúa bajo tiende a ser reservado, autosuficiente e inhibido en los contactos personales. Esto puede ser favorable o desfavorable, según la situación particular en la que tiene que actuar; así, por ejemplo, la introversión es una variable predictiva interesante para el trabajo de precisión.	Q_{II}	<i>Extraversión:</i> El sujeto que puntúa alto es socialmente desenvuelto, no inhibido, con buena capacidad para lograr y mantener contactos personales. Esto puede ser muy favorable en situaciones que exigen este tipo de temperamento, por ejemplo, la de vendedor, pero no debe considerarse, en general, como un buen predictor, por ejemplo, para el rendimiento escolar.

<p><i>Calma:</i> El sujeto que puntúa bajo suele ser de sensibilidad blanda, impresionable, acomodaticio y sumiso, sobrio y prudente, sentimental y socialmente escrupuloso y poco expresivo.</p>	<p>Q_{III}</p>	<p><i>Excitabilidad/dureza:</i> El sujeto que puntúa alto tiende a ser hiperactivo y de sensibilidad dura, es agresivo y obstinado, entusiasta, calculador y perpicaz; aunque le gusta la actividad en grupo, se despreocupa de las normas y sigue sus propias necesidades.</p>
<p><i>Dependencia:</i> El sujeto que puntúa bajo suele presentarse como dependiente, pasivo y conducido por el grupo. Probablemente desee y necesite el apoyo de los demás y oriente su conducta hacia las personas que le den ese soporte.</p>	<p>Q_{IV}</p>	<p><i>Independencia:</i> El sujeto que puntúa alto tiende a ser agresivo, independiente, atrevido, emprendedor, mordaz. Buscará aquellas situaciones en las que probablemente se premie tal conducta o al menos se tolere la misma. Puede mostrar un considerable grado de iniciativa y liderazgo.</p>

3.6.2. Desarrollo de la Personalidad

La personalidad es el núcleo de la individualidad de una persona, y determina la manera como ésta se ha de adaptar a su ambiente. Se la ha descrito como la estructura de los significados y hábitos personales que le confieren dirección y conducta.

La personalidad constituye el sistema de acción de un individuo. Existen muy diversas maneras de describir la personalidad, que van desde la descripción atomística de un solo rasgo, hasta la concepción de holística de un conjunto de rasgos. Precisamente es la interacción de los rasgos la que dificulta hacer una descripción realista de este concepto.

Al mencionar un rasgo de la personalidad, en términos de opuestos polares, la descripción del rasgo de una persona se ubica en algún punto entre los dos polos. Por ello para interpretar la descripción de los rasgos de un individuo debe comprenderse su conducta. Incluso las clasificaciones relativamente objetivas de un observador tienden a reflejar su percepción subjetiva, además de que pueden diferir de la percepción del propio sujeto.

3.7. RASGOS AFECTIVOS Y EMOCIONALES

La **afectividad**, es una tendencia o inclinación sentimental, que va referida a la capacidad psicológica de los hombres para sentir afecto. El contacto del sujeto con el

mundo circundante y con su propia realidad interior no es un contacto indiferente, por el contrario le afecta, ya sea como agradable o desagradable, como doloroso o como apasionante, como algo que le produce éxito o fracaso.

Lo afectivo constituye la coloración afectiva que acompaña a toda nuestra vida psíquica, es ésa atmósfera que crea en nosotros determinados estados de ánimo de riqueza inagotable que brota de lo más profundo del yo y lo penetra todo, girando alrededor de dos polos (place-dolor, agrado y desagrado).

En resumen, se entiende por fenómenos afectivos, los fenómenos que dependen de la facultad que tiene el alma de gozar y sufrir, de emocionarse, de desear, etc. Se puede decir que son las maneras o tonalidades agradables o desagradables, placenteras o dolorosas, con que los fenómenos psíquicos modifican o impresionan al sujeto. Cada individuo experimenta una emoción de forma particular, dependiendo de sus experiencias anteriores, aprendizaje, carácter y de la situación concreta. Algunas de las reacciones fisiológicas y comportamentales que desencadena las emociones son innatas, mientras que otras pueden adquirirse.

La **emoción**, es un estado afectivo, una alteración del ánimo intensa o pasajera agradable o penosa, acompañada de cambios orgánicos, es causada por una conmoción provocada por la impresiones de los sentidos, ideas, recuerdos causando alegría, tristeza, miedo, amor y diferentes sentimientos.

La complejidad con que se puede expresar las emociones nos hace pensar que la emoción, es un proceso multifactorial o multidimensional, siempre se tiene la impresión de que le faltan palabras para describir con precisión sus emociones. En el lenguaje cotidiano, se expresa las emociones dentro de una escala positivo-negativo y en magnitudes variables, como se siente bien, muy bien, etc., (intensidades o grados del polo positivo), o me siento mal, muy mal, etc., (intensidades o grados del polo negativo). Por ello se puede decir que las emociones son fenómenos psicofisiológicos continuos, que permiten adaptarse a ciertos cambios del entorno. Psicológicamente alteran la atención, condicionan las conductas e incluso activan la memoria. (Gómez, 1991: 31).

Los **sentimientos**, se definen como un proceso afectivo o estado de ánimo de agrado o desagrado hacia personas, objetos, sucesos, opiniones, que surge como resultado de una emoción y puede tener una tonalidad positiva o negativa. Se sabe que el sentimiento es un aspecto subjetivo de la vida psíquica constituida de conocimientos y tendencias que produce una impresión agradable o desagradable. Por ello las emociones y sentimientos tienen importancia en la vida afectiva, para valorar y juzgar los diferentes sentimientos, cuáles son y cómo influyen en la conducta.

El sentimiento como otras condiciones humanas, está sujeto a la influencia del ambiente y a la interacción que establezca con los estímulos, en relación a algún estímulo, podrá reforzarse, extinguirse, condicionarse o no, en todo caso está sujeto a leyes del aprendizaje. La manifestación afectiva es vital para un desarrollo psicosocial normal del sujeto, al mismo tiempo, un signo armónico de bienestar emocional y social de la persona.

Por ello, se cree que cualquier modelo educativo que lo soslaye será siempre un modelo segregador. En la consecución del bienestar emocional entendemos que el vínculo afectivo, es una necesidad primaria significativa que establece el nexo entre el individuo y su grupo social de referencia y sólo se puede satisfacer en sociedad. De este modo alcanzar un desarrollo afectivo pleno, introduce en el plano relacional del clima afectivo, entendiendo que éste es la base a partir de la cual se forman las relaciones interhumanas y los lazos que unen al individuo con su medio social. (Gutiérrez, 2004).

La conceptualización **afectivo-emocional**, debe unificar ambas perspectivas, interna y externa, lo que implica partir de una consideración del ser humano sometido a un proceso de asimilación-acomodación y adaptación, que garanticen un equilibrio óptimo entre los componentes individual y social. El significado de estas correlaciones demuestra que los estados afectivos regulan la vida del hombre y sus acciones en el mundo circundante, hasta tal punto, que la vida humana se convierte en un coexistir con otros.

Kleinginna (1981) propuso una clasificación de los distintos tipos de definición de emoción:

1. La categoría afectiva, que incluye aspectos subjetivos, la percepción de la activación fisiológica y su dimensión hedónica placer-displacer.
2. La categoría cognitiva, destacan el papel de la valoración y la catalogación de las emociones.
3. La categoría basada en estímulos e licitadores.
4. La categoría fisiológica, en el presente basada en la neurociencia
5. La conceptualización emocional/expresiva, centrada en el análisis de los procesos expresivos, sobre todo faciales.
6. La categoría disruptiva, destacando el papel desorganizador de la emoción
7. La categoría adaptativa, la anterior, destaca su papel funcional y adaptativo.
8. La categoría multifactorial, incluye determinantes múltiples en la emoción y sus respectivos fenómenos afectivos, fisiológicos, cognitivos y conductuales.
9. La conceptualización restrictiva, define la emoción por contraste con otros constructos, como por ejemplo, la motivación.
10. La categoría motivacional, vs. la anterior, insiste en el solapamiento con otras conceptos, sobre todo motivacionales.
11. La categoría exceptiva, que niega la utilidad de este constructo.

3. 1. Desde la perspectiva biológica

Los neurocientíficos hayan subrayado la importancia de los mecanismos cerebrales o hormonales, como los neurotransmisores implicados en la emoción, sin tener tanto en cuenta el componente subjetivo-experiencial. Ante esta diversidad de puntos de vista sobre las emociones es posible optar por una descripción general teniendo en cuenta los componentes o sistemas de respuestas que intervienen. En este sentido se puede afirmar que las emociones son respuestas a estímulos significativos que se producen en tres sistemas o componentes. (Limonero J. 2001, p: 2)

- (1) El neurofisiológico –bioquímico
- (2) El motor o conductual y expresivo

(3)El cognitivo o experiencial y subjetivo.

Respuestas de componentes neurofisiológico y bioquímico: cuando se siente miedo: aumenta la frecuencia cardíaca, la respiración se acelera, se dilata la pupila, sudan las manos, la musculatura se tensa, se produce segregación de adrenalina y un aumento de glucosa en la sangre, Como se puede apreciar se producen un gran número de cambios corporales destinados a preparar el organismo para hacer frente a las demandas exigidas por el medio.

El componente conductual o expresivo de la emoción comprende un conjunto de conductas externas como: expresiones faciales, movimientos corporales, conducta de aproximación, conducta verbal entonación de la voz, intensidad, sonidos, Así, por ejemplo, si se ve una persona con la boca abierta, las cejas alzadas y los ojos bien abiertos, al mismo tiempo.

Este componente de la emoción factores socioculturales y la expresión emocional: De esta manera, la expresión emocional varía a lo largo del desarrollo ontogenético de la persona, y son los adultos los que ejercen un control emocional más grande en comparación con los niños. Por otra parte, las reglas sociales modulan la expresión emocional porque facilitan o inhiben la manifestación de acuerdo con el contexto en el cual tiene lugar la experiencia emocional. Así, por ejemplo, si se llora y se siente tristeza en un entierro o inhibe la ira e insatisfacción en el trabajo delante de un superior.

El componente cognitivo-experiencial:De la emoción, como su nombre indica incluye dos aspectos fundamentales de la emoción. El aspecto experiencial está relacionado con la vivencia afectiva, con el hecho de sentir y de experimentar propiamente la emoción. Hace referencia al tono hedónico de la experiencia emocional, es decir, a los estados subjetivos calificados, por el sujeto, como agradables o desagradables, positivos o negativos que experimenta cuando es objeto de una emoción.

3.8. LA FAMILIA

La familia es la unidad básica de la sociedad, es el lugar donde se forma los valores, donde se forman las nuevas ciudades de la sociedad. Dentro de la familia, la conducta de cada individuo está relacionada con la de los otros y depende de ella. Toda conducta es comunicación y por ende influyen sobre los demás y sobre la influencia de éstos.

La familia es una estructura flexible constantemente cambia las relaciones intrafamiliares y los procesos de interacción entre sus miembros, vale decir que no son entidades estáticas sino esta ante el cambio, que se da y a partir de las interacciones entre los individuos de los miembros de la familia, (Ackermann. 1986).

3.8.1. Relaciones intrafamiliares

Las “relaciones intrafamiliares” son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. Este término está cercanamente asociado al de “ambiente familiar” y al de “recursos familiares”. La dimensión de unión y apoyo mide la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar, así también, la dimensión de expresión mide la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto (Rivera H. 2010.; P: 17).

3.8.2. Funciones de la familia

La familia es la institución que tiene fundamentalmente funciones que cumplir con los niños de manera especial, la familia es un grupo de personas que viven en un mismo domicilio, participan en la satisfacción de sus necesidades económicas, apoyo moral, interacción dentro de la familia, afectivas, comunicación constante, etc.

1. **Función física.**- La familia debe cubrir necesidades de alimentación, ambiente físico para su mejor desarrollo y velar por su salud, dentro del núcleo familiar son principalmente responsables de cumplir con esta función los padres.
2. **Función económica.**- En el modelo de la familia es brindar económicamente sus necesidades en el entorno familiar, ya que el apoyo económico es un factor importante en la familia en la sociedad.
3. **Función afectiva.** Es el clima que trasmite la familia y está expresando en la calidad de sus lazos de amor, lealtad, apoyo y reconocimiento. Esta función es la única que la familia no puede delegar al sistema social.
4. **Función psicológica.** Sobre todo satisfacer las necesidades afectivas y emocionales, esto quiere decir que una familia debe generar confianza, autoestima, potenciar la personalidad.

CAPÍTULO IV
DISEÑO METODOLÓGICO

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1.1. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación, por las características que conlleva, corresponde al área de la **Psicología Clínica**, debido a que la misma pretende determinar las características psicológicas de las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años que asisten al control en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija. Para lo cual, se recurrió a métodos de medición, análisis y observación, y en base a una integración de estos resultados se procedió a elaborar un diagnóstico.

En este sentido se evaluó las características psicológicas, tales como la ansiedad, nivel de autoestima, grado de depresión, rasgos afectivos-emocionales, rasgos de personalidad y relaciones intrafamiliares.

“La Psicología Clínica es una de las áreas dirigida a la detección, prevención y desarrollo de la salud mental de los individuos. Desarrolla investigaciones orientadas al estudio de la personalidad normal y patológica”. (Guzmán, 1998: 18).

Asimismo, el estudio es una investigación de corte **Descriptivo** porque busca especificar, describir o nombrar las características psicológicas de la población de estudio tal como se presenta en su estado natural, es decir, el nivel de ansiedad, depresión, autoestima, rasgos afectivo – emocionales, relaciones intrafamiliares y rasgos de personalidad” de las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años que asisten a la atención ginecología en el Hospital Regional San Juan de Dios de la Ciudad de Tarija.

Según Ortega (1993), “Los estudios descriptivos, indican que es aquella cuyo objeto consiste en reunir todo el material existente acerca del problema que se estudia. Es así que se trata de establecer una descripción más precisa de las características de un determinado individuo, situación o grupo”.

En cuanto al tratamiento de los datos, se realizó de forma cuantitativa y cualitativa, en lo que se refiere a la parte **CUANTITATIVA**, se transformó toda la información recopilada expresada en distintos cuadros referenciales, frecuencias y porcentajes para lo cual se utilizó el método estadístico.

Con relación a la parte **CUALITATIVA**, se hizo un análisis claro, basado en toda la teoría bibliográfica recopilada y los marcados objetivos que se plantearon. Para conseguir esto, se interpretaron todos los datos transformados y obtenidos en resultados, a través de los métodos teóricos, como ser la inducción – deducción, el análisis – síntesis, de esta manera tener una idea clara de lo que se pretende, para el presente trabajo de investigación.

4.2. POBLACIÓN

La población o universo para el desarrollo de la presente investigación, estuvo constituida por todas las mujeres embarazadas solteras que asistían a consulta en el Hospital Regional San Juan de Dios de la Ciudad de Tarija durante el proceso de gestación, periodo en el cual se hizo la aplicación de instrumentos.

Las mujeres embarazadas solteras en periodo de gestación que asistían al control prenatal ascienden a un total de 35, las mismas comprendidas entre las edades entre 15 a 18 años de edad.

Por las características de ser una población reducida se optó por trabajar con el 100% de la población, por lo que no se consideró muestra alguna y además para que los resultados sean representativos y generalizables a otras poblaciones con las mismas características.

**CUADRO N° 1
DETALLE DE LA POBLACIÓN**

EDADES	Frecuencia	Porcentaje
15 a 16 años	15	100%
17 a 18 años	20	100%
TOTAL	35	100%

FUENTE: Datos obtenidos del Hospital Regional San Juan de Dios.

4.3. MÉTODOS E INSTRUMENTOS

4.3.1. Métodos

Los métodos empleados en la presente investigación fueron:

- **Método Teórico.** El método teórico se utilizó principalmente en la construcción del marco teórico y la interpretación de los datos, aunque el mismo está presente en todos los momentos de la investigación.

El soporte teórico permitió afianzar la información obtenida y de ese modo consolidar los datos y su veracidad; en ese sentido se abordó todo lo concerniente a las características psicológicas particulares de las adolescentes en etapa de gestación.

Para tal efecto se utilizaron los métodos inductivo, deductivo, analítico y sintético en las diferentes etapas del proceso investigativo, como ser elaboración del marco teórico, análisis e interpretación de resultados, formulación de las conclusiones sobre el objeto de estudio.

- **Método Empírico.** A efectos de conocer la caracterización psicológica se procedió a la aplicación de pruebas estandarizadas, cuestionario y test psicológicos a las mujeres embarazadas, para facilitar la obtención de la información de la población de estudio de manera directa.

4.3.2. Instrumentos

Los instrumentos aplicados para la recopilación de datos, fueron los siguientes:

- **Cuestionario de Ansiedad de Enrique Rojas:**El mismo permite valorar el nivel de ansiedad que presenta una persona, consta de 100 preguntas relacionadas con los distintos síntomas de ansiedad que abarca lo fisiológico, psíquico, conductual, cognitivo y asertivo, a partir de los cuales se establece un diagnóstico y el nivel general de ansiedad que presenta el sujeto aplicado. (Ver Anexo N° 1, pág. N° 1).

Las escalas en las que se miden son:

0 a 20	Banda normal.
20 a 30	Ansiedad ligera.
30 a 40	Ansiedad moderada.

40 a 50 Ansiedad grave.
50 ó más Ansiedad muy grave

- **Inventario de Depresión de Beck.** Es un instrumento cuyo objetivo es evaluar el grado de depresión en el cual se ubica un sujeto.
- Este inventario comprende 21 categorías de síntomas o actitudes; cada una de ellas es una manifestación de depresión, en valores numéricos del 0 al 3 que cuantifican estas posibilidades. En algunas categorías existen dos alternativas de respuesta y se divide en a y b; los ítems fueron escogidos tomando en cuenta su relación con el cuadro depresivo, dejando de lado cualquier significación etiológica. (Ver Anexo N° 2, pág. N° 8).

Las escalas en las que se miden son:

Sin depresión	0-9
Depresión leve	10-18
Depresión moderada	19-25
Depresión moderada grave	26-35
Depresión grave	36-63

- **Inventario de Autoestima de forma 35 B.** El inventario de autoestima 35B, es un instrumento que mide el nivel de autoestima.
- Este instrumento consta de 50 ítems, a los cuales el sujeto debe responder en función a cuatro alternativas, desde óptimo hasta deficiente, en un rango de 0 a 3, la escala de autoestima comprende diez rangos, cada uno con sus determinados niveles, tomando en cuenta las cuatro categorías que son: autoconocimiento, grado en que la persona conoce sus potencialidades y rendimientos; autoconcepto, lo cual se refiere a una serie de creencias acerca de uno mismo, que se manifiesta en la conducta; autoevaluación, catalogada como el grado en que la persona se evalúa a sí misma y finalmente el autorespeto, que es el grado en que la persona reconoce y acepta su propia valoración. (Ver Anexo N° 3, pág. N° 11).

Las escalas en las que se mide son:

La escala de autoestima comprende diez rangos cada uno con sus determinados niveles:

Óptimo 61 a 75.

Excelente 46 a 60.

Muy Bueno 31 a 45.

Bueno 16 a 30.

Regular 0 a 15.

Baja - 1 a - 15.

Deficiente - 16 a - 31.

Muy Bajo - 31 a - 45.

Extrema - 46 a - 60.

Nula - 60

El cuestionario es aplicable a personas a partir de los 12 años en adelante; para la corrección del test se procede a la sumatoria de los resultados individuales de todos los ítems con números pares, de este total se resta la sumatoria de los resulta individuales de todos los ítems con números impares y se procede a ubicar el puntaje en uno de los diez rangos existente.

- **Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I).** Se trata de una escala autoaplicable con cinco opciones de respuesta que varían de: Totalmente de Acuerdo a Totalmente en Desacuerdo.

Los puntajes que obtienen las personas que responden la escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares en sus tres dimensiones proporcionan información sobre cómo es la interacción familiar respecto a la expresión de emociones, a la unión y apoyo, y a la percepción de dificultades o conflictos.

- Las autoras de esta escala son: María Elena Rivera Heredia perteneciente a la Facultad de Psicología (Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo) y

Patricia Andrade Palos también perteneciente a la Facultad de Psicología (Universidad Nacional Autónoma de México). (Ver Anexo N° 4, pág. N° 15).

La escala en las cuales se responde son:

TA = 5 = Totalmente de Acuerdo

A = 4 = De acuerdo

N = 3 = Neutral (ni de acuerdo ni en desacuerdo)

D = 2 = En Desacuerdo

T = 1 = Totalmente en Desacuerdo

- **Test de la figura humana de Karen Mackover.** Es una de las pruebas proyectivas de dibujos más completas e interesantes que existen en el mundo de la interpretación, valoración y estudio de la personalidad. Tomando en consideración el postulado básico de que una persona es capaz de exteriorizar su mundo interno, una vez que organiza y reestructura un estímulo interno, sobre la base de un conjunto de ocho dibujos, obtener una información bastante aproximada de la personalidad de un sujeto.
- **Administración:** Puede ser aplicada de modo individual o colectivo, en adultos y en niños a partir de los cinco años. Sin embargo, su aplicación arroja mayor cantidad de elementos para un cuadro diagnóstico y descriptivo de la personalidad, si se realiza en forma individual o colectiva cuando los grupos son pequeños: no más de diez personas. (Ver Anexo N° 5, pág. N° 16).

Escalas en las cuales se puntúa es:

Presenta = 0

No presenta= 1

- **Inventario de Personalidad HSPQ.** El inventario de personalidad HSPQ para adolescentes de 12 a 18 años (Raymond BeltrandCattell). Es un test que mide los rasgos de personalidad y sus derivaciones en relación a la familia, entorno social y educativo, consta de 140 ítems que incluyen 14 factores bipolares. Se

utilizó el test HSPQ para identificar los principales rasgos de personalidad de las adolescentes embarazadas.

Nombre del test: Inventario de personalidad HSPQ (High School Personality Questionary)

Autores: Raymond Beltrand Cattell y M. D. Cattell

Responsable de la adaptación: Nicolás Seisdedos

Administración: De forma individual y colectiva.

Duración: Tiempo estimado de 40 a 50 minutos, no existe un tiempo límite

Naturaleza y finalidad: El HSPQ es un test que mide los rasgos de personalidad y sus derivaciones en relación a la familia, entorno social y educativo.

Descripción: El HSPQ consta de 140 ítems y 14 factores bipolares. Las respuestas correspondientes a las preguntas de cada factor tienen tres alternativas: “sí”, “en duda” y “no”, precedidos por las letras a, b y c. el inventario posee un manual con normas de aplicación, corrección e interpretación de los resultados.

Instrucciones: La investigadora dio al examinado una “hoja de respuestas”, donde se anotaron los datos personales, posteriormente se proporcionó el “cuadernillo de preguntas” y se le leyó en voz alta las instrucciones que se hallan en la primera hoja para luego iniciar el test.

Calificación: Cada respuesta se calificó con 1 o 2 puntos de acuerdo a la “clave de valoración”. Cada puntaje posee un puntaje parcial diferente que se anotó en la hoja de respuesta en los casilleros correspondientes a cada uno de los factores.

Posteriormente, se sumó el puntaje parcial obtenido en cada factor y se obtuvo un total que es el puntaje directo el cual se anotó en el recuadro derecho de la hoja de respuestas. Se prosigue a elaborar el “perfil individual” de acuerdo a los baremos según el sexo se transformaron los puntajes directos en

“decatipos” que se distribuyen en una escala de 10 puntos equidistantes en unidades típicas. Se puede considerar por tanto, que los decatipos 5 y 6 son valores medios, 4 y 7 muestran una pequeña desviación y 1 y 10 son valores extremos.

- Para una mejor interpretación de los factores de primer orden (escalas A Q₄) es necesario copiar la columna correspondiente de los decatipos que se trasladan al gráfico donde éstos se multiplicarán por los pesos impresos en la parte izquierda de las casillas o pequeños recuadros donde se anotará los resultados, esta operación en síntesis es la ponderación de los factores de segundo orden (escalas Q_I a Q_{IV}). (Ver Anexo N° 6, pág. N° 24).

Nivel Bajo: Puntajes 1 - 2 - 3

Nivel Medio: Puntajes 5 - 6

Tendencias: Puntajes 4 - 7

Nivel Alto: Puntajes 8 - 9 - 10

Por último se estableció en el “perfil general” mediante un informe gráfico y se realizó la interpretación de los resultados a partir de la significación sólo de los “niveles bajos” y de los “niveles altos” solamente.

4.4.PROCEDIMIENTO

El desarrollo del proceso investigativo del presente trabajo de investigación se realizó en las siguientes fases que se detallan a continuación:

- **Primera fase: Revisión Bibliográfica.** Previamente se procedió a la revisión bibliográfica y recopiló toda la información acerca del tema que se investigó; la misma permitió recabar la información pertinente y por ende consolidar el soporte suficiente para la elaboración del marco teórico, esta información fue recabada de diversas fuentes, como ser libros y páginas web.

- **Segunda fase: Contacto con la Institución.** En la segunda fase se procedió a establecer el contacto con las autoridades de la institución, en este caso al Hospital Regional San Juan de Dios.
- **Tercera fase: Prueba Piloto.** Esta etapa comprendió la aplicación de la prueba piloto a identificar la existencia de dificultades respecto a ciertas preguntas por lo cual se procedió a realizar algunos cambios o selecciones de instrumentos.
- **Cuarta fase: Aplicación de Instrumentos.** Una vez delimitada la población se procedió a la aplicación de los instrumentos a cada una de las mujeres embarazadas solteras y menores de 18 años que se encontraban en consulta en el hospital San Juan de Dios.
- **Quinta fase: Sistematización y Procesamiento de los Datos.** En esta fase de la investigación se procedió a la tabulación y realización de la matriz de datos lo cual permitió la creación de los cuadros respectivos.
- **Sexta fase: Análisis e Interpretación de Resultados.** Consistió en el respectivo análisis e interpretación de los resultados de manera cuantitativa y cualitativa a la vez, en función a los objetivos planteados a inicio de la investigación.
- **Séptima fase: Elaboración, redacción y presentación del documento final:** Se procedió a elaborar el informe final del trabajo de investigación para la respectiva presentación, revisión y aprobación por las instancias correspondientes y la posterior defensa oral del trabajo y de tal manera presentar los resultados obtenidos a lo largo del proceso investigativo.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

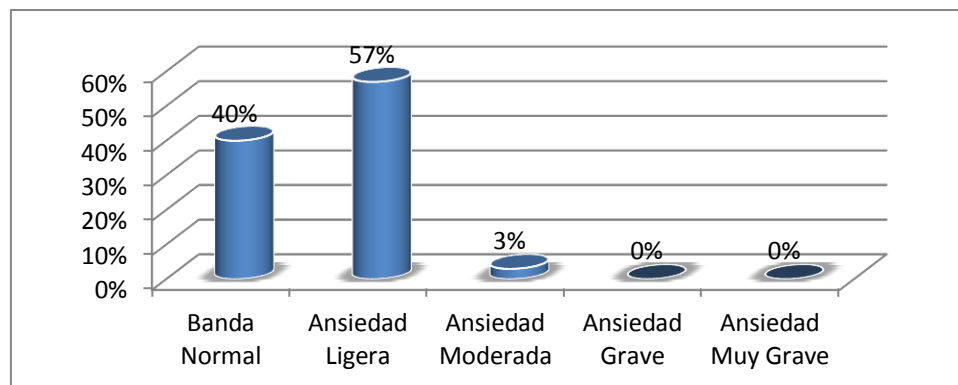
A continuación en el presente capítulo se presenta el respectivo análisis e interpretación de los resultados obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos a la población de estudio, el mismo se encuentra estructurado y presentado de manera sistemática de acuerdo a los objetivos planteados a inicio de la investigación, los mismos están expresados en cuadros referenciales, de acuerdo al siguiente detalle:

5.1. Primer Objetivo: “Determinar el nivel de ansiedad que presentan las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad”.

CUADRO N° 2
ANSIEDAD EN MUJERES EMBARAZADAS

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Banda Normal	14	40%
Ansiedad Ligera	20	57%
Ansiedad Moderada	1	3%
Ansiedad Grave	-	-
Ansiedad Muy Grave	-	-
TOTAL	35	100%

GRÁFICO N° 1
ANSIEDAD EN MUJERES EMBARAZADAS



La ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, que a diferencia del miedo tiene una referencia explícita. Comparte con el miedo la anterior impresión interior de temor, de indefensión de zozobra. Pero mientras en el miedo esto se produce por algo, en la ansiedad se produce por nada, se difuminan las referencias de ahí que podamos decir que el miedo es un estado de temor con objeto mientras que la ansiedad es un estado impreciso carente de objeto exterior. (Rojas E. 2000, p.36-52).

La ansiedad es antes que todo, una respuesta adaptativa que tiene como fin la preparación del organismo para satisfacer las demandas que lo hace el medio. Funciona como una señal de alerta ante la presencia de estímulos potencialmente nocivos para la homeostasis del individuo, el cual hace la evaluación subjetiva de la situación subjetiva de la situación estímulo y recuperar el equilibrio.

En consecuencia, los resultados del Cuadro N° 2 reflejan los resultados sobre la Ansiedad para lo cual se aplicó el Cuestionario de Ansiedad de Rojas, de acuerdo al cual se puede observar que el 57% del total de la población de las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años presentan un nivel de **Ansiedad Ligera**, lo cual significa que la presencia de signos de ansiedad en este nivel es de una intensidad tolerable. Este nivel describe un grado de ansiedad más superficial, ya que el nivel de intensidad de los síntomas es ligero. Esto muestra una preocupación emocional, pero no existe una alteración significativa en el estado de ánimo y que pueden desarrollar sus actividades de manera normal y que el estado de gestación no incide en el comportamiento y sus acciones, teniendo una interacción equilibrada con los demás.

Por otra parte, el 40% de la población de estudio presentan un nivel de ansiedad dentro la **Banda Normal**, es decir, que no presentan síntomas de ansiedad que pueda alterar su comportamiento.

Finalmente, un reducido 3% de las mujeres embarazadas solteras presenta un nivel de **Ansiedad Moderada**, lo cual da a entender que en ellas están presentes los signos de inquietud, desasosiego, temores difusos, insomnios y otros signos asociados a los

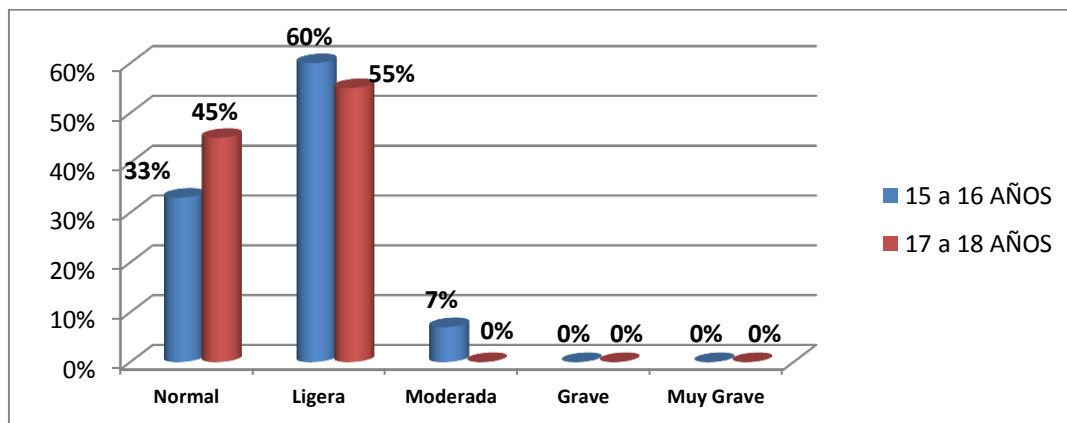
estados de ansiedad, pero en menor intensidad, que no altera el equilibrio emocional a pesar del estado en que se encuentran.

Por tanto, a manera de síntesis se puede manifestar que las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años presentan niveles normales y ligeros respectivamente, que no alteran el desarrollo de sus actividades ni el equilibrio emocional propio del estado de gestación en el que se encuentran, asociado de una u otra manera a lo que los demás y la sociedad puedan pensar o decir algo sobre su situación.

CUADRO N° 3
ANSIEDAD SEGÚN LA EDAD EN MUJERES EMBARAZADAS

NIVEL	EDAD			
	15 A 16 AÑOS		17 A 18 AÑOS	
	F	%	F	%
Banda Normal	5	33%	9	45%
Ansiedad Ligera	9	60%	11	55%
Ansiedad Moderada	1	7%	--	--
Ansiedad Grave	--	--	--	--
Ansiedad Muy Grave	--	--	--	--
TOTAL	15	100%	20	100%

GRÁFICO N° 2
ANSIEDAD SEGÚN LA EDAD EN MUJERES EMBARAZADAS



Los resultados del Cuadro N° 3 hacen referencia al nivel de ansiedad que presentan las mujeres embarazadas solteras en relación a la edad que tienen, de acuerdo a dichos datos se puede expresar que las mujeres comprendidas entre las edades de 15 a 16 años en un 60% presentan un nivel de ansiedad ligera en relación a las de 17 a 18 años en un 55% lo cual significa que las primeras presentan síntomas de ansiedad por el embarazo, además porque desde el punto de vista psicológico no están preparados para asimilar y aceptar el embarazo. De la misma manera desde lo físico, se encuentran en desventaja ya que su organismo no está preparado para albergar un nuevo ser y que además este proceso implica cambios a nivel hormonal y reacciones de distinta naturaleza que puede generar el proceso de gestación, que en cierta manera genera la presencia de síntomas de ansiedad en cada mujer.

Asimismo, se puede observar que las mujeres de 17 a 18 años en un 45% presentan un nivel de ansiedad normal, frente al 33% de mujeres comprendidas entre las edades de 15 a 16 años, lo cual significa que los síntomas de ansiedad son irrelevantes ya que no afectan el comportamiento de ellas, lo cual hace presumir que el embarazo es aceptado y que la presión de sus pares y de los demás no afecta ni tampoco les genera un desequilibrio a nivel emocional que perjudique sus relaciones familiares y sociales, lo cual puede estar asociado al apoyo familiar que tengan al respecto.

Por tanto, a manera de conclusión se puede expresar que las mujeres de 15 a 16 años en mayor porcentaje presentan un nivel de ansiedad ligera en relación a sus pares de 17 a 18 años de edad, ya que el mismo hecho del embarazo genera ideas negativas en las de menor edad ya que asumir el rol de madre implica una gran responsabilidad que obviamente genera una inseguridad en sí mismas, cambios a nivel físico, psicológico y social, desencadenado de tal manera en la presencia de síntomas de ansiedad, reflejado en la ejecución de actividades normales.

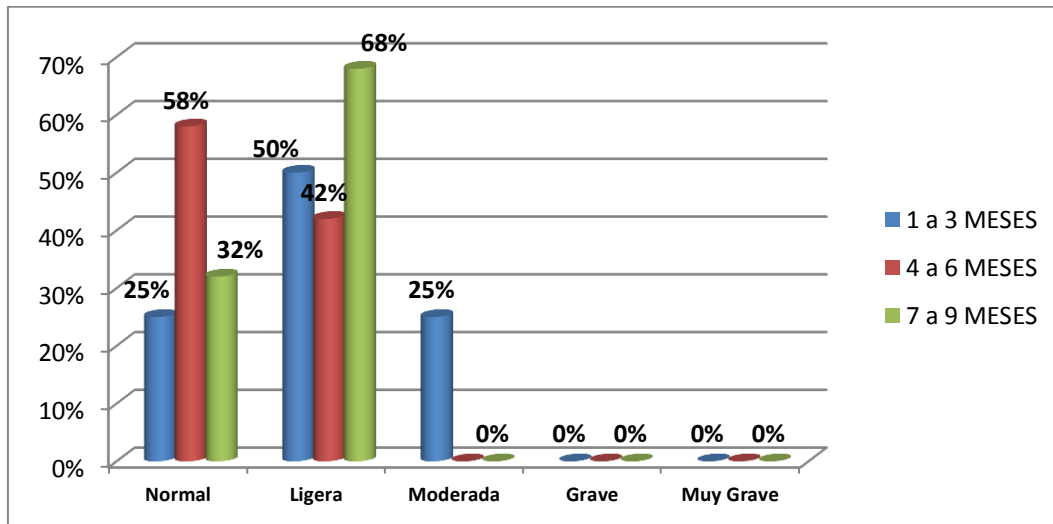
CUADRO N° 4

ANSIEDAD SEGÚN TIEMPO DE EMBARAZO

NIVEL	TIEMPO DE EMBARAZO					
	1 a 3 MESES		4 a 6 MESES		7 a 9 MESES	
	F	%	F	%	F	%
Banda Normal	1	25%	7	58%	6	32%
Ansiedad Ligera	2	50%	5	42%	13	68%
Ansiedad Moderada	1	25%	--	--	--	--
Ansiedad Grave	--	--	--	--	--	--
Ansiedad Muy Grave	--	--	--	--	--	--
TOTAL	4	100%	12	100%	19	100%

GRÁFICO N° 3

ANSIEDAD SEGÚN TIEMPO DE EMBARAZO



El Cuadro N° 3 refleja los resultados referidos a la ansiedad según el tiempo de embarazo, de acuerdo a ello se puede observar que las mujeres embarazadas con un tiempo de 7 a 9 meses en un 68% presentan un nivel de ansiedad ligera en relación a las de 1 a 3 meses que en un 50% y las de 4 a 6 meses en un 42% también presentan

una ansiedad ligera. Dichos datos dan a entender que mientras más tiempo de embarazo se tiene los niveles de ansiedad tienden a subir paulatinamente, ya que los últimos meses son los más pesados y hay señales de desesperación por la pronta llegada del nuevo ser, por ende se vuelven más impacientes consigo mismas y con los demás.

Mientras tanto, las mujeres embarazadas solteras de 4 a 6 meses (segundo trimestre) en un 54% presentan un nivel de ansiedad dentro la banda normal, de igual manera lo mismo las mujeres que se encuentran entre los 7 a 9 meses (tercer trimestre de embarazo) en un 32% y las que se encuentran entre 1 a 3 meses (primer trimestre) en un 25% presentan un nivel de ansiedad en el parámetro de banda normal, lo cual significa que el estado en que se encuentran no representa un desequilibrio para desarrollar sus actividades de manera regular.

Sin embargo, es preciso hacer notar que existe un 25% de mujeres embarazadas solteras que se encuentran en el primer trimestre de gestación (1 a 3 meses), presentan síntomas de ansiedad en un nivel moderado, relacionado con la preocupación y negación que significa el estar embarazada, aparecen temores con respecto a la permanencia de la gestación por eso la mayoría de los adolescentes eligen no comunicar su estado hasta que es casi imposible esconder la situación lo cual desencadena en la presencia de síntomas de ansiedad.

En consecuencia, a manera de conclusión se puede expresar que las mujeres embarazadas solteras que se encuentran en el tercer trimestre de gestación (7 a 9 meses) son las que presentan en mayor porcentaje niveles de ansiedad ligera, considerando que son los últimos meses que implica tener responsabilidad de criar a un niño (a), dudando en ciertos momentos de sus capacidades maternas. Además que en estos meses existen cambios significativos a nivel físico, se vuelven más sensibles y muchas veces se altera el estado de ánimo sin motivo alguno, puesto que las condiciones en las que se encuentran generan cambios a nivel emocional.

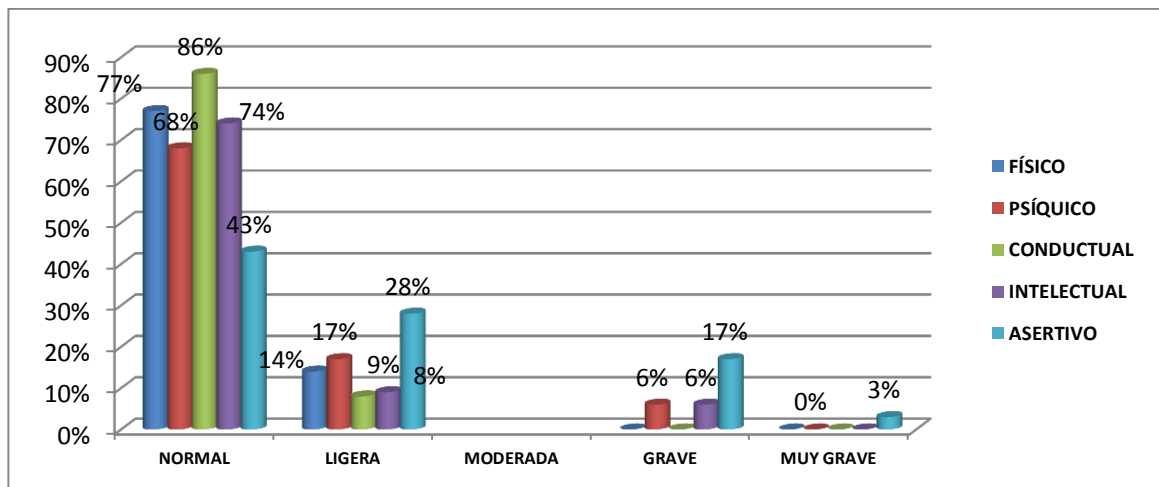
CUADRO N° 5

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN MUJERES EMBARAZADAS

SÍNTOMAS	Ansiedad Normal		Ansiedad Ligera		Ansiedad Moderada		Ansiedad Grave		Ansiedad Muy Grave		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
FÍSICO	27	77%	5	14%	3	9%	--	--	--	--	35	100%
PSÍQUICO	24	68%	6	17%	3	9%	2	6%	--	--	35	100%
CONDUCTUAL	30	86%	3	8%	2	6%	--	--	--	--	35	100%
INTELECTUAL	26	74%	3	9%	4	11%	2	6%	--	--	35	100%
ASERTIVO	15	43%	10	28%	3	9%	6	17%	1	3%	35	100%

GRÁFICO N° 4

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN MUJERES EMBARAZADAS



El Cuadro N° 4 muestra los resultados referidos a los síntomas de ansiedad presente en las mujeres embarazadas solteras, de acuerdo a ello se puede observar que la mayoría de los síntomas de ansiedad se encuentran dentro del nivel de banda normal, es decir, que el 86% de la población de estudio presentan síntomas de carácter conductual, el 77% síntomas físicos, el 74% síntomas de índole intelectual, el 68% de

síntomas psíquicos y finalmente el 43% de las mujeres embarazadas solteras presentan síntomas asertivos.

Sin duda alguna, sea cual sea el tipo síntoma de ansiedad presente en cada una de ellas en un nivel normal, son aspectos que se deben considerar en el normal desarrollo de la vida. Esto debido a que cada persona, según su predisposición biológica o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas; algunos de ellos sólo se manifiesta de manera significativa en alteraciones o trastornos de ansiedad. En casos de ansiedad normal se experimenten pocos síntomas, normalmente de poca intensidad, poca duración. A continuación se describen algunas de sus particularidades.

Al respecto, los síntomas conductuales, se denominan así porque pueden observarse desde afuera, sin necesidad de que el sujeto cuente lo que le pasa. De ahí que las mujeres embarazadas solteras en un 86% presentan síntomas conductuales en un nivel de banda normal, es decir, 18 años presentan una reacción esperable y común ante una situación estresante como es el embarazo, así también el grado de sufrimiento es mucho más transitorio y se encuentran en mayores condiciones de vivir una vida lo más normal posible. El encontrarse en esta etapa no significa que el embarazo no afecte a estas jóvenes, al contrario, se da de por medio los cambios habituales a nivel fisiológico, psicológico y social pero estas mujeres logran establecer ese equilibrio interior.

Por otra parte, los síntomas físicos, se produce con una serie de estructuras cerebrales intermedias. Donde se orientan las bases neurobiológicas de las emociones; el hipotálamo y el sistema nervioso simpático que produce en la médula suprarrenal grandes cantidades de adrenalina.

Precisamente, el 77% de la población de estudio presentan síntomas físicos dentro la banda normal; lo cual significa que los cambios biológicos, psicológicos y sociales radicales de adaptación para una mujer propia del periodo de gestación no provocan desesperación en las mujeres. Aunque son muchas las características biológicas, psicológicas y sociales que se presentan en los embarazos, existen igualmente muchas

experiencias únicas e irrepetibles para cada mujer, estas mujeres pasan por algunos síntomas físicos como ser, taquicardias, vértigos, orinan con mucha frecuencia, sueño durante el día, náuseas y vómitos, se les seca la boca, les cuesta dormir en las noches, características propias del periodo de gestación.

Entre tanto, los síntomas intelectuales, hacen referencia a un estado subjetivo de tensión que se produce como consecuencia de errores o diferencias en la acumulación de la información.

En consecuencia, de acuerdo a los resultados obtenidos, se puede expresar que el 74% del total de la población presentan síntomas intelectuales que se encuentran en la banda normal; es decir, que aceptan el embarazo como algo natural y que por tanto no representa una inestabilidad o desequilibrio emocional a nivel intelectual, por lo que son capaces de afrontar y vivir con los síntomas de ansiedad que puedan surgir en el periodo de gestación.

Esto se debe a que el ser humano se halla constantemente en un proceso evaluativo que determina el por qué y hasta qué punto una situación genera el entorno estresante o amenazante para ellas; por lo que gracias a sus capacidades racionales acepta el embarazo y no se sienten desorientadas; ni tampoco entran en conflicto con la realidad, porque ellas buscan en todo momento modificarla y hacerla parte de ellas.

De la misma manera, los síntomas psicológicos, es una vertiente subjetiva que se captan a través del lenguaje verbal, según los resultados el 68% de la población de estudio presentan síntomas psicológicos situados en un nivel de banda normal; estas adolescentes expresan sentirse tranquilas, sin miedos por el embarazo, a pesar de la falta de apoyo familiar o de pareja siguen adelante.

Finalmente, los síntomas asertivos, se refiere al trastorno de las habilidades sociales, que se ve reflejada en las dificultades de comportamiento personal y social adecuado a cada situación. Según estos resultados, las mujeres embarazadas menores de 18 años en un 43% presentan síntomas asertivos dentro del nivel de banda normal, lo cual representa que son personas que no tienen dificultades para entablar relaciones sociales y compartir con los demás.

Sin embargo, es preciso hacer notar que hay un 29% de la población de estudio, que presenta síntomas asertivos en un nivel de ansiedad ligera, esto significa que las mujeres embarazadas menores de 18 años muchas veces debido a su estado disminuyen las relaciones con sus pares y/o compañeros, en ocasiones hasta se aíslan por vergüenza y temor al rechazo ya que en esta etapa de la adolescencia la aprobación social sobre todo de sus pares es muy sobrevalorada.

Por consiguiente, a manera de síntesis se puede señalar que de una u otra manera los diferentes síntomas de ansiedad están presentes en las mujeres embarazadas solteras pero en niveles dentro de la banda normal, lo cual da a entender que el periodo de gestación en la que se encuentran ha sido asimilado y aceptado de la mejor manera posible, es decir, aprendieron a convivir con ello.

5.2. Segundo objetivo: *“Identificar el grado de depresión que presentan las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad”.*

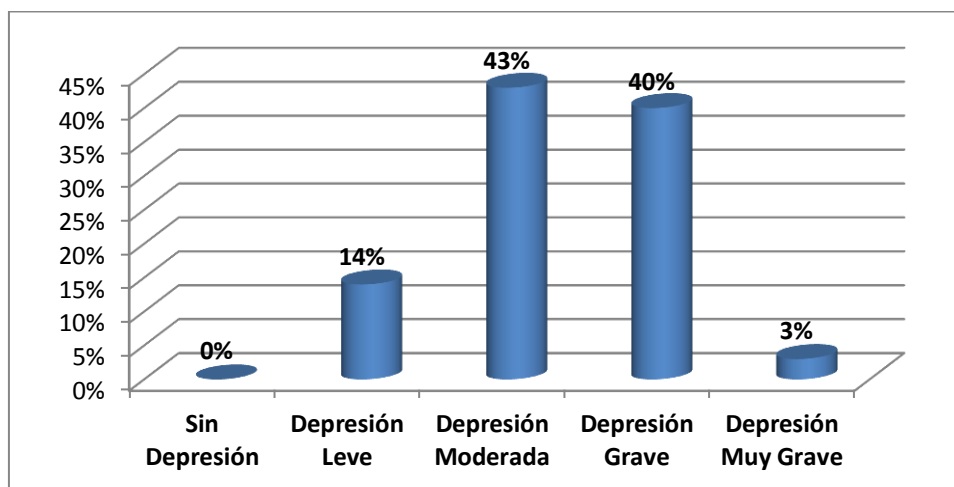
CUADRO N° 6

DEPRESIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS

NIVELES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin Depresión	--	--
Depresión Leve	5	14%
Depresión Moderada	15	43%
Depresión Grave	14	40%
Depresión Muy Grave	1	3%
TOTAL	35	100%

GRÁFICO N° 5

DEPRESIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS



La depresión es un trastorno de la afectividad, caracterizada por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, cansancio, y abatimiento en general que puede acompañarse de ansiedad. En consecuencia, existen diferentes niveles tales como: grave, moderada grave, leve, sin depresión.

Al respecto, el Cuadro N° 5 muestra los resultados referidos al nivel de depresión que presentan las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años, de acuerdo a los resultados se puede observar que el 43% de la población de estudio presentan niveles de depresión moderada, lo cual significa la presencia de estados de ánimo moderadamente deprimidos, un notable detrimento en las actividades cotidianas, como consecuencia del estado en la que se encuentran y la poca energía disponible para llevarlas a cabo. Por consiguiente estas mujeres pueden presentar alteraciones del apetito y del sueño, sin embargo estos signos están presentes en una intensidad más tolerable.

Además significa un estado emocional más inestable, porque son personas que sienten mucha ansiedad, inseguridad por falta de apoyo de la pareja y familia, sentimientos de tristeza, lo cual les dificulta lograr una afrontación psicológica, ya que se sienten culpables, presienten que algo malo les puede suceder, ven la vida

llena de fracasos, llegando a disminuir sus actividades habituales en la mayoría de los casos así también angustia por no saber el nuevo rumbo que tomaran sus vidas debido al embarazo ya que en su mayoría son embarazos no planificados, son jóvenes que dependen del núcleo familiar, no se encuentran preparadas psicológicamente, ni económicamente.

Por otra parte, el 40% de estas mujeres presentan un nivel de depresión grave, lo cual significa la presencia de un estado de ánimo marcadamente deprimido, alteraciones del sueño y del apetito, ausencia de interés y energía para emprender actividades diarias. Los niveles de depresión grave por lo general están presentes en mujeres que presentan sentimientos de soledad, ausencia de objetivos para consigo mismas, se sienten descontentas consigo mismas, se acusan a sí mismas de todo lo que les va mal, no pueden tomar decisiones sin ayuda, sienten cambios físicos que las hacen parecer desagradables, con sensaciones de cansancio por las mañanas, menos interés en el sexo que antes.

Al encontrarse estas adolescentes en esta etapa de su vida es probable que sus niveles de depresión aumenten debido a que se encuentran en una etapa de cambios somáticos, fisiológicos, psicológicos y psicosociales. Además que están en proceso de definición de su sentido de identidad, autonomía con escasas expectativas de éxito personal, es así que al encontrarse embarazadas a temprana edad sin estar preparadas, su entusiasmo y optimismo, sus responsabilidades para lograr un propósito o meta en su vida se ve fuertemente afectados por la falta de aliento para hacer lo que debe o se propone para alcanzar la meta. La naturaleza misma de la mujer de la hace más vulnerable a los sucesos de la vida cotidiana debido a los cambios biológicos y hormonales.

Finalmente, los resultados obtenidos permiten observar que tan sólo el 14% de la población de estudio padecen de síntomas de depresión leve, lo cual indica la presencia de ligeras alteraciones del sueño y el apetito, estados de ánimo ligeramente decaídos. En cierta manera podrían carecer de suficiente energía para emprender las distintas actividades de carácter laboral, familiar y social de cada día.

Este nivel de depresión corresponde a un estado emocional normal, lo cual significa, que se trata de mujeres que se están adaptando a un nuevo estilo de vida en función del estado de gestación en el que se encuentran, por tanto, poseen mejores herramientas psicológicas para afrontar su vida. En tal sentido, las estadísticas demuestran que las mujeres padecen depresión en mayor grado que los hombres debido a las diferencias biológicas entre ambos.

Sin embargo, es preciso hacer notar que existe un 3% de las mujeres embarazadas solteras que tienen un nivel de depresión muy grave, lo cual significa la presencia de los indicadores mencionados anteriormente pero en mayor intensidad.

Por tanto, a manera de síntesis se puede mencionar que cada una de las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad, de manera general presentan algún nivel de depresión, lo cual hace suponer que ninguna de ellas está exenta de padecer la presencia de los signos y síntomas que los episodios depresivos que trae consigo el embarazo y la responsabilidad que implica ser madre soltera, ya que los mismos están presentes en mayor o menor grado de intensidad en cada una de estas mujeres.

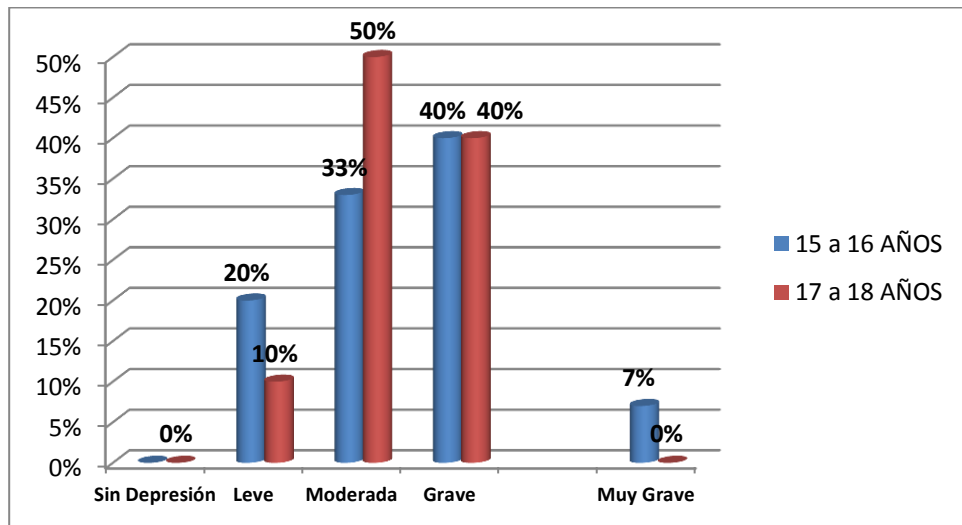
CUADRO N° 7

NIVELES DE DEPRESIÓN SEGÚN LA EDAD

NIVELES	EDAD			
	15 A 16 AÑOS		17 A 18 AÑOS	
	F	%	F	%
Sin Depresión	--	--	--	--
Depresión Leve	3	20%	2	10%
Depresión Moderada	5	33%	10	50%
Depresión Grave	6	40%	8	40%
Depresión Muy Grave	1	7%	--	--
TOTAL	15	100%	20	100%

GRÁFICO N° 6

NIVELES DE DEPRESIÓN SEGÚN LA EDAD



El presente Cuadro N° 6 presenta los resultados referidos al nivel de depresión que presentan las mujeres embarazadas solteras menores según la edad, de acuerdo a ello se tiene que las adolescentes comprendidas entre los 17 a 18 años en un 50% y las de 15 a 16 años en un 33% presentan niveles de depresión moderada, lo cual significa que son personas que presentan características como ser sentimientos de culpa, inseguridad de sí mismas, con pérdida de interés por la diversión, por los demás, con mayor cansancio que antes, todo esto asociado al periodo de gestación en la que se encuentran.

Al respecto Beck (1979) citado por Ruiz Sánchez (2000) indica que la depresión presenta una serie de sintomatologías en lo que tanto el componente afectivo, intelectual, conductual y somático sufren con concluyentes cambios a los que se denominaran como trastornos.

En otras palabras están presentes en estas mujeres embarazadas solteras, trastornos afectivos, reflejado en el estado de indiferencia hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés, aparece la tristeza persistente y relativamente impermeable a influencias exteriores, de tal modo cosas que antes pudieran haber

estimulado su ánimo, ahora abatido, no son afectivas, quizá más frecuente que la tristeza es la inseguridad.

Por otra parte, también están presentes los trastornos intelectuales, es decir, ideas de culpa y de fracaso, como también trastornos conductuales, reflejado en las alteraciones de la afectividad y del intelecto, dan lugar en las personas deprimidas a que la actividad y la productividad del sujeto disminuyen, con frecuencia se muestra vacilante, dudoso, perplejo; aun teniendo en mente la conducta por seguir no puede decidirse a llevarlo a cabo. Como también existe la presencia de trastornos somáticos, caracterizados por el insomnio, la dificultad para dormir perturba considerablemente a las mujeres embarazadas, disminución del apetito, y otros síntomas que se hacen visibles por el periodo de gestación que atraviesan cada una de estas mujeres.

Por otra parte, en similares porcentajes del 40% de las jóvenes gestantes entre 15 a 16 y 17 a 18 años, presentan un nivel de depresión grave, lo cual significa que se sienten desanimadas cuando ven el futuro, tienen una visión negativa, estiman que el mundo le hace enormes exigencias y le presta obstáculos que interfieren con el logro de sus objetivos. Así también sienten que hay cambios en su aspecto físico que les hace parecer desagradable o menos atractivas, llorar continuamente, despertarse cansadas por las mañanas. El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas, como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.

Asimismo, el 20% de mujeres embarazadas de 15 a 16 años y el 10% de mujeres comprendidas entre 17 a 18 años presentan niveles de depresión leve, lo cual significa la presencia de los diferentes indicadores anteriormente mencionados pero en menor intensidad, lo cual no afecta el normal desarrollo de su vida ni tampoco interfiere en las relaciones sociales o de interacción con los demás.

Finalmente, es preciso hacer notar, que las mujeres embarazadas de 15 a 16 años de edad en un 7% presentan niveles de depresión muy grave, lo cual da a entender que estas mujeres tienen estados de ánimo marcadamente deprimido, alteraciones del

sueño y del apetito, ausencia de interés y energía para emprender actividades diarias. Los niveles de depresión muy grave por lo general están presentes en mujeres que presentan sentimientos de soledad, ausencia de objetivos para consigo mismos, lo cual estaría asociado al hecho de ser madre y no tener el apoyo de la pareja ni de la familia para enfrentar esta nueva etapa en sus vidas.

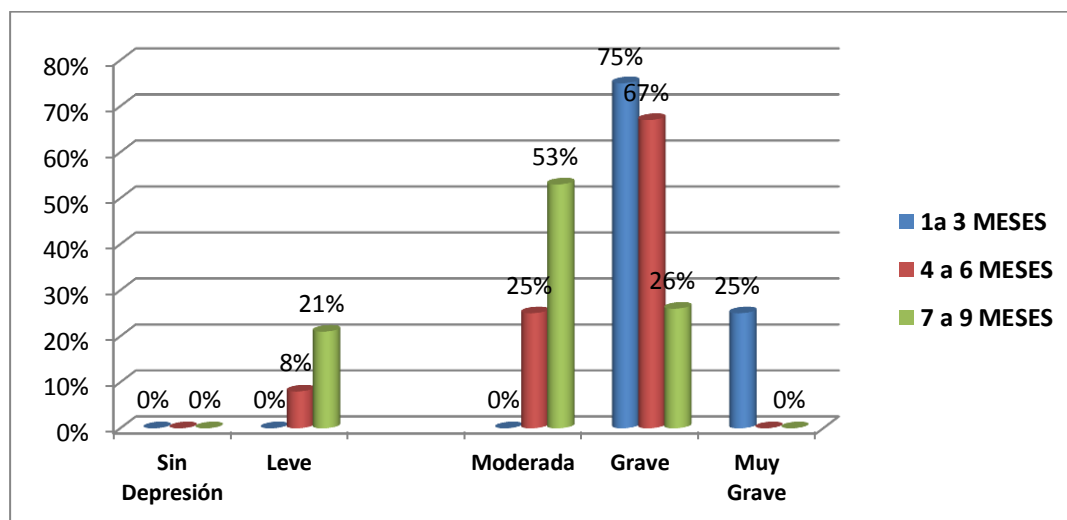
En consecuencia, a manera de conclusión se puede expresar que las mujeres comprendidas entre las edades de 15 a 16 años presentan mayores niveles de depresión en relación a sus pares de 17 a 18 años, lo cual supone que las primeras tienen dificultades para aceptar y reconocer que serán madres, lo cual les genera inestabilidad emocional y la presencia de síntomas depresivos.

CUADRO N° 8

NIVEL DE DEPRESION SEGÚN TIEMPO DE EMBARAZO

NIVELES	TIEMPO DE EMBARAZO					
	1 A 3 MESES		4 A 6 MESES		7 A 9 MESES	
	F	%	F	%	F	%
Sin Depresión	--	--	--	--	--	--
Depresión Leve	--	--	1	8%	4	21%
Depresión Moderada	--	--	3	25%	10	53%
Depresión Grave	3	75%	8	67%	5	26%
Depresión Muy Grave	1	25%	--	--	--	--
TOTAL	4	100%	12	100%	19	100%

GRÁFICO N° 7
NIVEL DE DEPRESION SEGÚN TIEMPO DE EMBARAZO



Para Beck (1978), la depresión es un trastorno emocional que se caracteriza por la presencia de sesgos en el procesamiento que se manifiesta en la codificación, la comprensión y la recuperación de la información emocional. Según este autor, el sujeto deprimido siente de manera en que lo hace porque su pensamiento está basado en interpretaciones negativas.

El Cuadro N° 7 muestra los resultados referidos a los niveles de depresión según el tiempo de embarazo que tienen cada una de las mujeres embarazadas solteras, de acuerdo a ello se tiene que las adolescentes embarazadas con un tiempo de 1 a 3 meses, el 67% de las mujeres embarazadas entre 4 a 6 meses y el 26% de las que tienen 7 a 9 meses de gestación presentan un nivel de depresión grave, lo cual significa que el embarazo como tal tiene consecuencias en ellas puesto que se ve interrumpida la tarea evolutiva de las adolescentes, sufren pérdidas afectivas graves, les duele tener que asumir nuevos roles en su vida, perder amistades de colegio, perder la confianza de sus padres y no poder salir a divertirse como antes.

La maternidad induce a la necesidad de asumir roles de adultos cuando aún no es tiempo de hacerlo. Es común que deba asumir responsabilidades no propias de esta

etapa de su vida, remplazando a su madre, viéndose privada de las actividades que corresponden a su edad y confundiendo su rol dentro del grupo, pasando a ser “una hija madre”, predisponiéndoles ante la presencia de síntomas de depresión.

Asimismo, el 56% las mujeres embarazadas entre 7 a 9 meses de embarazo y las de 4 a 6 meses de gestación en un 25% presentan un nivel de depresión moderada, lo cual significa la presencia de síntomas de depresión pero en niveles más tolerables, asociado al hecho de tener que experimentar los cambios y consecuencias que traen el embarazo, tanto físicas, psicológicas y sociales, estas mujeres pueden experimentar las limitaciones derivadas de la misma, podría decirse que viven en un periodo de desequilibrio, de formación de nuevos valores y creencias ante la maternidad.

La depresión suele aparecer unida a los sentimientos de desvalorización y pérdida de la autoestima personal, a causa de asumir la maternidad a esta edad sin estar aún preparadas, estas mujeres experimentan tristeza como consecuencia lógica de los cambios radicales que trae consigo el embarazo. Sin embargo, las reacciones varían según la persona para cada mujer el embarazo es una experiencia única, aunque es evidente que les resulta difícil sobreponerse a la situación y salir adelante, el sentir que no pueden llevar a cabo sus actividades cotidianas y adaptarse a su nuevo rol, manifiestan tener problemas en su pensamiento ya que sus pensamientos se tornan negativos hacia sí mismas, lo cual pueden conducir a un cuadro depresivo.

Finalmente, es preciso hacer notar que las adolescentes con un embarazo de 7 a 9 meses en un 21% presentan un nivel de depresión leve, sin embargo, las que tienen entre 1 y 3 meses presentan niveles muy graves en un 25%, lo cual da entender que los tres primeros meses de gestación son los más complicados generando en las futuras madres una inestabilidad emocional y un desequilibrio en las actividades cotidianas, asociado a los cambios físicos, psicológicos y sociales que conlleva consigo el hecho de ser madres.

Por consiguiente, a manera de síntesis se puede expresar que las mujeres embarazadas con un tiempo de 1 a 3 meses presentan mayores niveles de depresión en relación a quienes se encuentran entre 4 a 6 y 7 a 9 meses respectivamente. Esto se debe quizá

al hecho mismo de que los primeros tres meses son los más complicados del embarazo, ya que justamente el organismo debe adaptarse al nuevo ser y la persona debe aceptar que está embarazada y será madre.

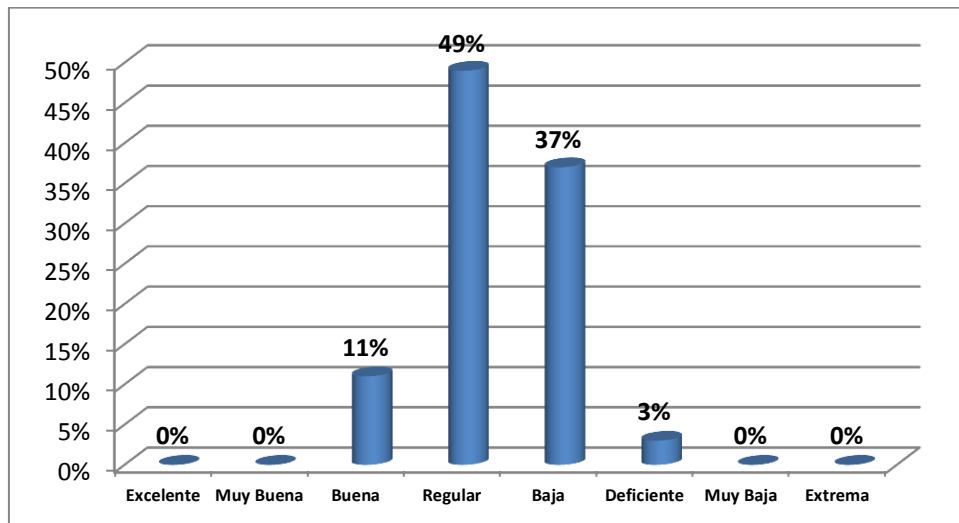
5.3. Tercer objetivo: “Caracterizar el nivel de autoestima que presentan las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad”.

“La autoestima es un síndrome porque se trata de un grupo de sentimientos, comportamientos que sobreponen, enlazan e interdependen con una misma finalidad”. (De los Ríos, 1999 citado por Espinoza, 2008). Es el concepto que el ser humano tiene de su valía; le permite desarrollar la habilidad de establecer su identidad y darle su valor. A partir de ello es posible proponerse metas y alcanzarlas; es la autoestima que aporta la energía que permite disfrutar de los logros y sentir satisfacción por la concreción de los proyectos realizados.

CUADRO N° 9
AUTOESTIMA EN MUJERES EMBARAZADAS

NIVELES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	--	--
Muy Buena	--	--
Buena	4	11%
Regular	17	49%
Baja	13	37%
Deficiente	1	3%
Muy Baja	--	--
Extrema	--	--
TOTAL	35	100%

GRÁFICO N° 8
AUTOESTIMA EN MUJERES EMBARAZADAS



“La autoestima no viene determinada por el éxito social, el aspecto físico, la popularidad o cualquier otro valor que no se halle directamente bajo el control de nuestra voluntad. Al contrario, depende de nuestra racionalidad, honestidad e integridad, pues son los procesos volitivos, operaciones de la mente de las cuales somos responsables”. (Alcántara J., 1993:15).

Todo ser humano tiene la tendencia dirigida al desarrollo personal donde la auto comunicación, autovaloración y auto aceptación son fundamentales para su salud mental y normal desarrollo; esto le permite no desmayar cuando se le presentan dificultades y ser positivo en momentos de tristeza o frustración; lo que sin duda mostrará al individuo la verdadera plenitud y gozo por la vida.

En tal sentido, el Cuadro N° 8 expone los resultados obtenidos sobre los niveles de autoestima que presentan cada una de las mujeres embarazadas solteras, que fueron partícipes del trabajo de investigación, es decir, la valoración que tienen de sí mismas.

En consecuencia, se observa que el 49% de las mujeres embarazadas solteras, presentan un nivel regular de autoestima, lo cual significa que tienen relativamente

confianza en sí mismas, en sus capacidades y potencialidades que tienen para poder enfrentar la vida en sus diferentes facetas, particularmente en el rol de madres solteras. Sin embargo, esto parece depender de la aceptación del estilo de vida que cada una de ellas eligió, como también de la aceptación y apoyo del entorno familiar y social en el cual interactúan, ya que el hecho de ser soltera es una responsabilidad que implica doble trabajo, al no contar con el apoyo de su pareja.

Por otra parte, el 37% de la población de estudio presentan un nivel de autoestima bajo, lo cual implica un nivel bajo de valoración de sí mismas, con falta de confianza, evidenciando de tal manera niveles bajos de autoconcepto, con sentimientos de valoración negativos, asociado a la situación en la que se encuentran. Por otro lado, significa que dichas mujeres se caracterizan por ser personas con tendencia a la autocrítica, tienen muchos problemas para tomar decisiones, no por falta de información, sino por un exagerado miedo a equivocarse y la inseguridad que presentan por la condición de ser madres solteras.

Sin embargo, el procesamiento de la autocrítica, la búsqueda de aceptación de los demás, sensibilidad a la crítica, negativismo son formas de pensamiento, que no se encuentran arraigados en el individuo, por tanto, son bastante modificables.

Finalmente, el restante 11% de las mujeres solteras embarazadas, presentan un nivel bueno de autoestima, que refleja que son personas con buena valoración en sí mismas, en sus habilidades y potencialidades a lo hora de realizar las diferentes actividades en su rol de madres, en sus relaciones interpersonales, como también en los diferentes contextos en los cuales interactúa. Dicho nivel significa que son capaces de verse a sí mismas en términos positivos, con virtudes y cualidades que vivan a plenitud esta opción o estilo de vida, a pesar de no tener el apoyo de su pareja en el cumplimiento de la responsabilidad de ser padres. La presencia de estos puntajes está relacionada con el hecho de que más allá de la situación en la que se encuentran estas mujeres valoran la vida y como pretender asumir la responsabilidad que implica el ser madre joven y soltera.

En consecuencia, a manera de síntesis se puede evidenciar que las mujeres embarazadas solteras presentan de manera general bajos niveles de autoestima, la presencia de estos niveles, implica la presencia de sentimientos de rechazo hacia sí mismas, infravaloración, culpa, temor, vergüenza de sí mismas, relacionadas al hecho de estar embarazadas y que en cierta manera faltaron a la confianza de sus padres.

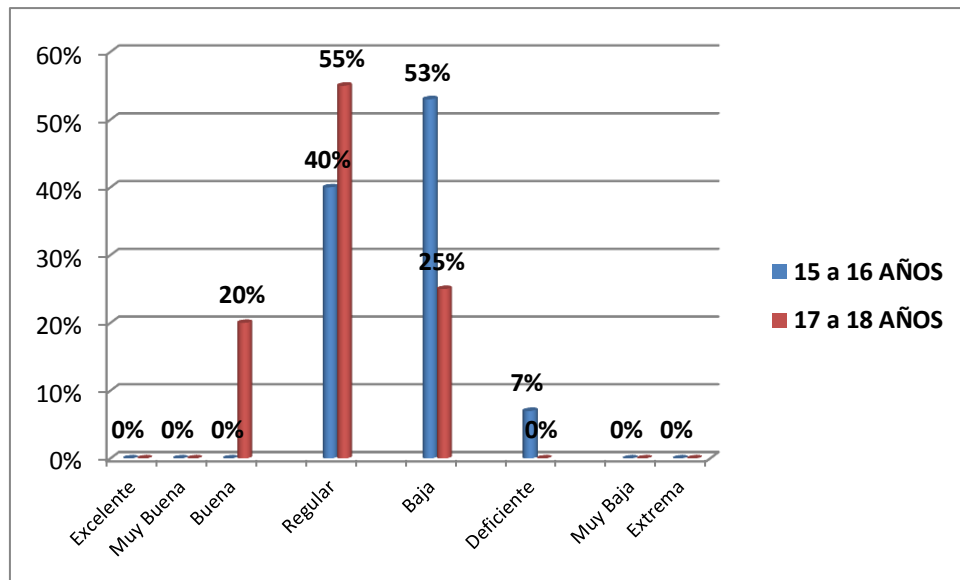
Dichas características repercuten de forma negativa en la actividad diaria de cada una de ellas, su interacción con los demás, ocasionando en cierta forma el aislamiento de su entorno familiar. De la misma manera, les impide tener una valoración positiva de sí mismas, lo cual da lugar a que en ellas disminuyan sus capacidades, para el emprendimiento tanto en el ámbito laboral, social y familiar, relaciones interpersonales con los demás e interacción en el medio.

CUADRO N° 10
AUTOESTIMA SEGÚN LA EDAD EN MUJERES EMBARAZADAS

	15 a 16 AÑOS		17 a 18 AÑOS	
	F	%	F	%
Excelente	--	--	--	--
Muy Buena	--	--	--	--
Buena	--	--	4	20%
Regular	6	40%	11	55%
Baja	8	53%	5	25%
Deficiente	1	7%	--	--
Muy Baja	--	--	--	--
Extrema	--	--	--	--
TOTAL	15	100%	20	100%

GRÁFICO N° 9

AUTOESTIMA SEGÚN LA EDAD EN MUJERES EMBARAZADAS



En este sentido Reasoner, citado por Raffini (1998:19), define “la autoestima como la apreciación del propio valor e importancia, caracterizada por la posibilidad de responsabilizarse de uno mismo y de actuar de manera responsable hacia los demás.

En consecuencia, el presente cuadro N° 9 refleja los resultados sobre el nivel de autoestima según la edad, de acuerdo al cual se evidencia que las mujeres embarazadas solteras de 17 a 18 años de edad presentan un nivel regular de autoestima en un 55% y las de 15 a 16 años en un 40% también presentan dicho nivel de autoestima.

La presencia de un nivel regular de autoestima, significa que tienen relativamente confianza en sí mismas, son personas expresivas, dependen de la aceptación social, igualmente tienen alto número de afirmaciones positivas, siendo más moderadas en sus expectativas y competencias que las demás, asociado a la situación por la cual atraviesan.

Haciendo una comparación, se puede establecer que las adolescentes de 17 a 18 años en mayor porcentaje a las de 15 a 16 años presentan un nivel regular de autoestima. Por otra parte, el 53% de las adolescentes embarazadas de 15 a 16 años de edad y el

25% de las adolescentes de 17 a 18 años presentan un nivel bajo de autoestima, lo cual da a entender que son personas desanimadas, deprimidas, aisladas, consideran no poseer atractivo, son incapaces de expresarse y defenderse; se sienten débiles para vencer sus deficiencias, tienen miedo de provocar el enfado de los demás, su actitud hacia sí mismo es negativa, carecen de herramientas internas para tolerar situaciones y ansiedades, como producto de la situación de embarazo que tienen y al encontrarse solas sin el apoyo de la pareja.

Haciendo un análisis respectivo de los datos, se establece una diferencia bastante significativa ya que las adolescentes de mayor edad presentan un nivel bajo de autovaloración, confianza en sí mismas, en relación a las adolescentes de menor edad, quienes a pesar de la situación tratan de enfrentar la condición de embarazo en que se encuentran.

Finalmente, en porcentajes reducidos del 20% de adolescentes de 17 a 18 años de edad y el 7% de mujeres embarazadas de 15 a 16 años presentan un nivel de autoestima buena, lo cual significa que son expresivas, asertivas, con éxitos, confían en sus propias percepciones y esperan siempre el éxito, consideran que a pesar de la situación en la cual se encuentran podrán seguir adelante pensando en que tienen una razón fundamental para hacerlos, mantienen altas expectativas con respecto a su futuro, manejan la creatividad, se auto respetan y sienten orgullo de sí mismas, caminan hacia metas realistas en busca de la felicidad y en el hecho de asumir el nuevo rol de madre que tendrán.

Por consiguiente, a manera de síntesis, se puede señalar que tanto las adolescentes de 15 a 16 y las de 17 a 18 años de edad, de una u otra manera presentan niveles bajos de autoestima, que no les permite tener confianza en sí mismas relacionado con la situación actual de embarazo por la que atraviesan y la falta de apoyo que tienen por parte de la pareja y la familia, sintiéndose poco valoradas y con falta de confianza que dificultan sus relaciones interpersonales con los demás y el medio en el cual interactúan.

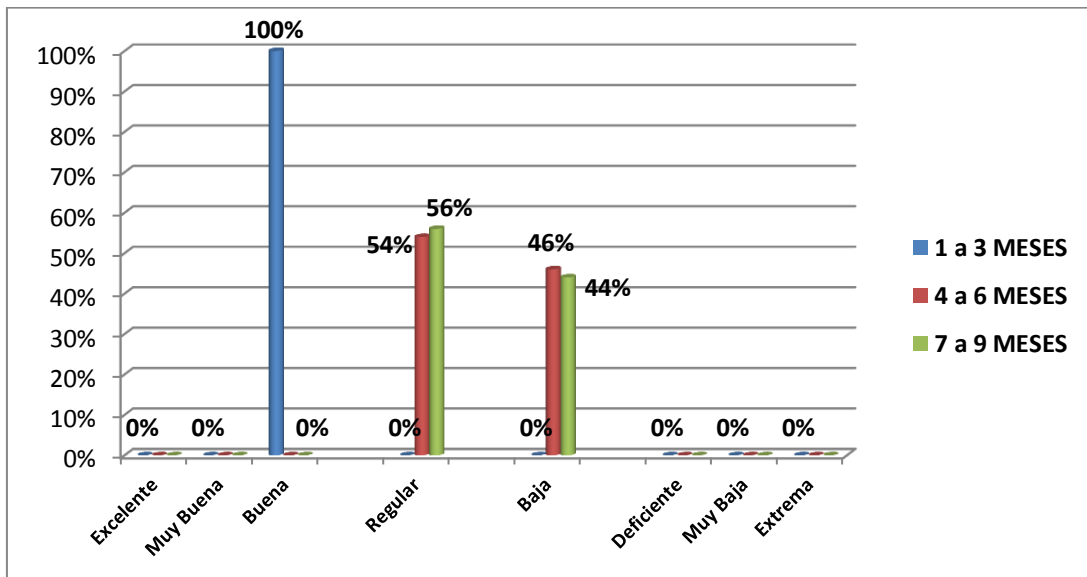
CUADRO N° 11

AUTOESTIMA SEGÚN TIEMPO DE EMBARAZO EN MUJERES

NIVELES	1 a 3 MESES		4 a 6 MESES		7 a 9 MESES	
	F	%	F	%	F	%
Excelente	--	--	--	--	--	--
Muy Buena	--	--	--	--	--	--
Buena	4	100%	--	--	--	--
Regular	0	0%	7	54%	10	56%
Baja	0	0%	6	46%	8	44%
Deficiente	--	--	--	--	--	--
Muy Baja	--	--	--	--	--	--
Extrema	--	--	--	--	--	--
TOTAL	4	100%	13	100%	18	100%

GRÁFICO N° 10

AUTOESTIMA SEGÚN TIEMPO DE EMBARAZO EN MUJERES



De acuerdo los resultados del Cuadro N° 10 el cual hace referencia al nivel de autoestima que presentan las adolescentes mujeres embarazadas según el tiempo de

embarazo que tienen, según el cual se puede evidenciar que el 56% que se encuentra entre 7 a 9 meses de embarazo y el 54% de las mujeres embarazadas solteras que se encuentran entre 4 a 6 meses presentan un nivel de autoestima regular.

La presencia de estos indicadores, significa que el tiempo de embarazo que tienen en cierta manera hace que el nivel de autoestima sea regular, es decir, que en la medida que pasa el tiempo de embarazo surge una cierta desconfianza en sí mismas, en sus habilidades y en la incertidumbre que tienen por el nacimiento de su bebé, creen que no serán capaces de culminar con el proceso de gestación y empiezan a desconfiar de sí mismas generando inseguridad en ellas.

Por otro lado, las mujeres que se encuentran entre 4 a 6 meses en un 46%, el 44% de las que se encuentran entre 7 a 9 meses presentan un nivel bajo de autoestima.

Dicho nivel de autoestima, se refiere a que en la medida que pasa el tiempo el autoestima de las mujeres solteras embarazadas es bajo, lo cual está asociado a la falta de confianza que tienen en sí mismas, la situación en la que se encuentran, la inseguridad que nace en ellas por no saber cómo será su vida de ahí en adelante por la llegada del nuevo ser.

Sin embargo, es preciso hacer notar que las mujeres embarazadas que se encuentran entre 1 a 3 meses en un 100% presentan un nivel de autoestima buena, lo que significa que el tiempo en cierta manera por el tiempo que llevan confían en sí mismas, creen que son capaces de salir adelante a pesar de la adversidad y hecho de no contar con el apoyo de la pareja y familiar, la fuerza que llevan por dentro el saber que tienen un bebé en su vientre les da la suficiente fuerza de confiar en sí mismas.

A manera de conclusión, se puede expresar que las mujeres embarazadas solteras de mayor tiempo de gestación son más propensas a presentar niveles bajos de autoestima por la inseguridad e inestabilidad emocional que significa el nacimiento de un nuevo ser de quién deben ser los directos responsables en cuanto a su educación, salud, bienestar, etc., en comparación a las de menor tiempo de gestación.

5.4. Cuarto objetivo: “Describir las relaciones intrafamiliares que presentan las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad”

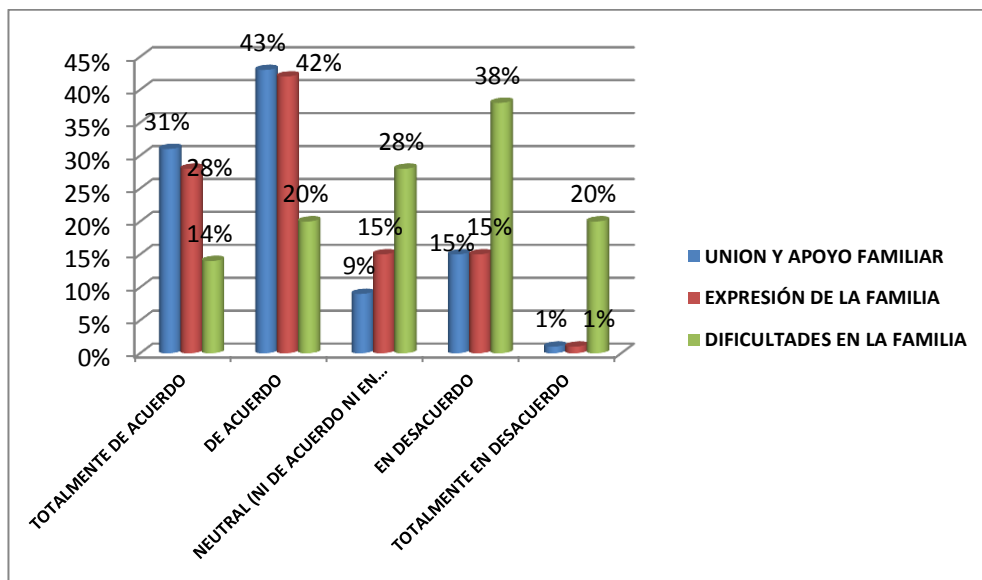
CUADRO N° 12

RELACIONES INTRAFAMILIARES EN MUJERES EMBARAZADAS

NIVELES	UNIÓN Y APOYO FAMILIAR		EXPRESIÓN DE LA FAMILIA		DIFICULTADES EN LA FAMILIA	
	F	%	F	%	F	%
TOTALMENTE DE ACUERDO	43	31%	39	28%	15	14%
DE ACUERDO	59	43%	57	42%	22	20%
NEUTRAL (NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO)	13	9%	21	15%	30	28%
EN DESACUERDO	21	15%	20	15%	41	38%
TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	1%	1	1%	22	20%
TOTAL	137	100%	137	100%	108	100%

GRÁFICO N° 11

RELACIONES INTRAFAMILIARES EN MUJERES EMBARAZADAS



Las “relaciones intrafamiliares” son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. Este término está cercanamente asociado al de “ambiente familiar” y al de “recursos familiares”.

La dimensión de **unión y apoyo** mide la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar, así también, la dimensión de **expresión** mide la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto (Rivera H. 2010.; P: 17).

La unión y apoyo, es la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto de convivir y de apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar.

La expresión, se refiere a la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto.

Por consiguiente, de acuerdo a los resultados obtenidos el 42% y 28% de las mujeres solteras embarazadas manifiestan que efectivamente las relaciones intrafamiliares que se generan entre los miembros de la familia, permite la expresión de los sentimientos, emociones e ideas a los miembros de la familia, producto del apoyo y unión familiar que existe entre ellos, lo cual hace que cada una de las mujeres embarazadas se sientan apoyadas durante el periodo de embarazo, que se sientan seguras, por ende brinden la seguridad y confianza que necesita el nuevo ser a pesar de estar en el vientre de la madre.

Las dificultades, es la dimensión que evalúa los aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo o por la sociedad

como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. Permite identificar el grado de percepción de conflicto en la familia.

En tal sentido, respecto a las dificultades en familia como producto de las relaciones intrafamiliares, los datos reflejan que el 38% y 28% de la población de estudio, señalan que las relaciones intrafamiliares no generan dificultades al interior de la familia, lo cual significa que las relaciones familiares son armoniosas donde existe un ambiente favorable y de confianza que brinda a cada una de las mujeres solteras embarazadas seguridad para sí como también para sus bebés.

Por consiguiente, a manera de síntesis, se puede expresar que las relaciones intrafamiliares brindan unión y apoyo familiar, expresión de sentimientos emociones a los miembros de la familia, cuya interrelación permite establecer que no existen conflictos al interior de la familia, reflejándose relaciones familiares armoniosas enmarcadas en el respeto entre los diferentes miembros de la familia.

5.5. Quinto Objetivo: “Establecer los rasgos afectivos-emocionales que presentan las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad”.

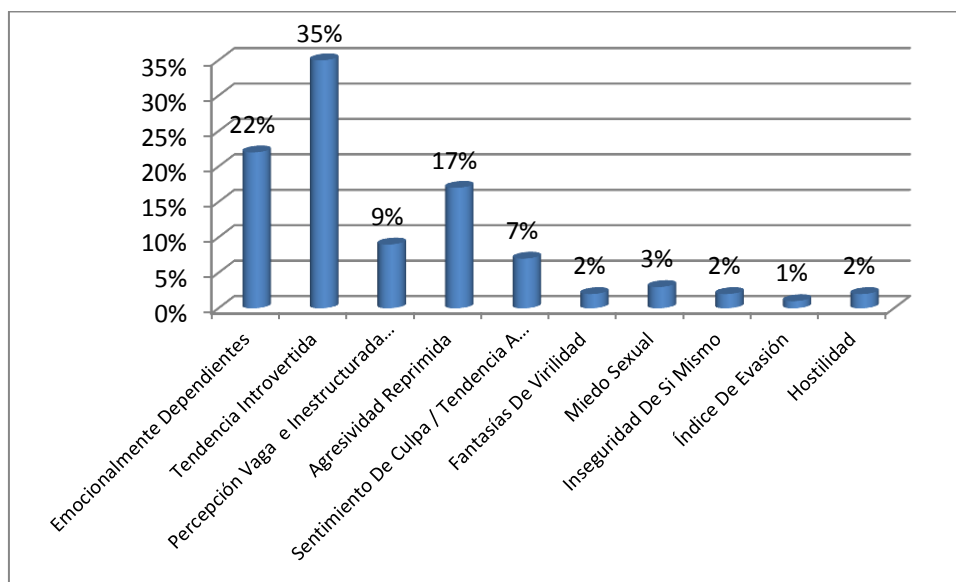
CUADRO N°13

RASGOS AFECTIVOS – EMOCIONALES EN MUJERES EMBARAZADAS

INDICADORES	F	%
Emocionalmente Dependientes	27	22%
Tendencia Introversa	44	35%
Percepción Vaga e Inestructurada Del Mundo	11	9%
Agresividad Reprimida	21	17%
Sentimiento De Culpa / Tendencia A Esconder Los Sentimientos.	9	7%
Fantasías De Virilidad	2	2%
Miedo Sexual	4	3%
Inseguridad De Si Mismo	2	2%
Índice De Evasión	1	1%
Hostilidad	3	2%
TOTAL	124	100%

GRÁFICO N° 12

RASGOS AFECTIVOS – EMOCIONALES EN MUJERES EMBARAZADAS



Las emociones están presentes en la vida de todas las personas, prácticamente en todo lo que hacemos. Estamos con un amigo porque nos sentimos a gusto con él, visitamos a nuestros abuelos porque les queremos, y vamos el fin de semana a la playa con ánimo de pasarlo bien. Ya que lo emocional es una adicción hacia otra persona, generalmente la pareja.

De acuerdo a los resultados del Cuadro N° 12, que hace referencia a los estados afectivo – emocionales, se puede observar que 35% de las mujeres embarazadas solteras presentan rasgos caracterizados por la tendencia introversiva, lo cual significa que son adolescentes que aún no tiene bien definida su personalidad y asumir el embarazo a esta etapa, como en su mayoría son embarazos no planificados, esto puede provocar que las adolescentes se sientan incómodas, sean tímidas, calladas, no hablen, no interactúen mucho con los demás, no salgan mucho, poca socialización y prefieren estar en lugares donde se sienta a gusto y no haya mucha gente.

Por otra parte, el 22% de las jóvenes embarazadas presentan indicadores emocionalmente dependientes, caracterizados por estar demasiado sensibles, esto puede deberse a que sienten miedo al rechazo y abandono, por lo son

dependientes necesitan del apoyo de otras personas, la fuerza de alguien que les guíe y les oriente, valoran más la orientación que le dan los demás. Suelen depender del núcleo familiar y tienen temor a enfrentarse a su propia vida, a sus deseos, objetivos, metas, etc. ya que su mayoría dependen económicamente de sus padres.

Por último, el 17% de las adolescentes embarazadas reflejan indicadores afectivo – emocionales caracterizados por la agresividad reprimida, a las adolescentes no solo les afectan los cambios físicos pues también hay cambios importantes a nivel de desarrollo emocional y mental. La agresividad reprimida se puede manifestar como resentimiento, terquedad, pesadez o el fracaso intencionado en realizar las tareas requeridas a causa que estas adolescentes se convierten en madres antes de afianzar su propio proyecto de vida, sin tener aún madurez física ni emocional.

En consecuencia, a partir de los resultados obtenidos a manera de conclusión se puede expresar que las mujeres embarazadas solteras de una u otra manera presentan rasgos afectivos emocionales caracterizados por la introversión, dependencia emocional y agresividad reprimida, todo ello asociado al estado de embarazo que tienen.

5.6. Sexto Objetivo: “Describir los rasgos de personalidad que presentan las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad”.

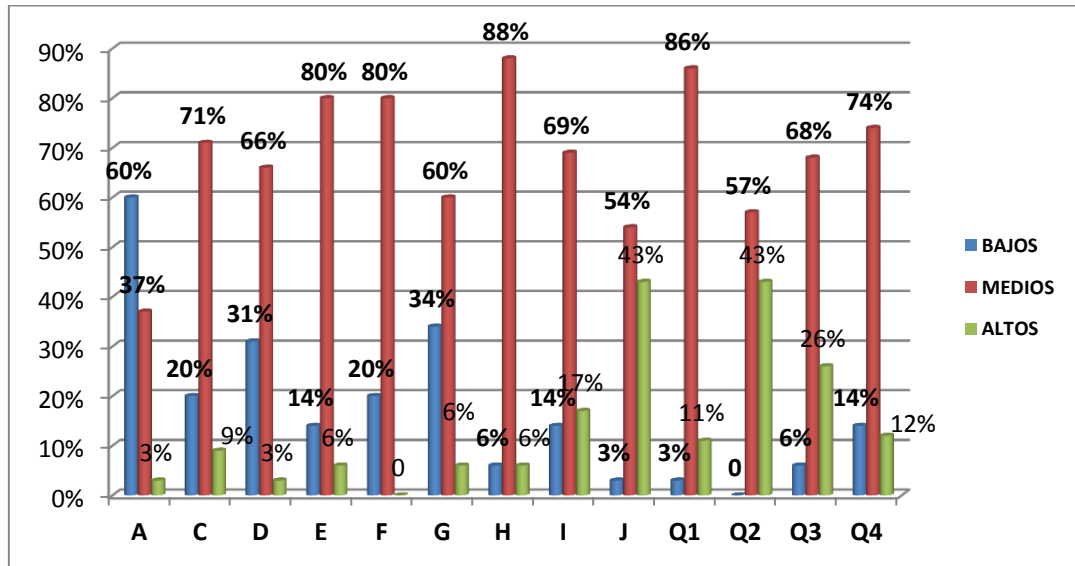
CUADRO N° 14

RASGOS DE PERSONALIDAD EN MUJERES EMBARAZADAS

FACTORES	BAJOS		MEDIOS		ALTOS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	TOTAL	%
A	21	60%	13	37%	1	3%	35	100%
C	7	20%	25	71%	3	9%	35	100%
D	11	31%	23	66%	1	3%	35	100%
E	2	14%	28	80%	5	6%	35	100%
F	7	20%	28	80%	-	-	35	100%
G	12	34%	21	60%	2	6%	35	100%
H	2	6%	31	88%	2	6%	35	100%
I	5	14%	24	69%	6	17%	35	100%
J	1	3%	19	54%	15	43%	35	100%
Q1	1	3%	30	86%	4	11%	35	100%
Q2	-	-	20	57%	15	43%	35	100%
Q3	2	6%	24	68%	9	26%	35	100%
Q4	5	14%	26	74%	4	12%	35	100%

GRÁFICO N° 13

RASGOS DE PERSONALIDAD EN MUJERES EMBARAZADAS



La Teoría de la personalidad de Cattell está fundada en la técnica estadística del análisis factorial y sirve de puente de unión entre las teorías clínicas y experimentales. Se sostenía que todos los individuos tienen rasgos idénticos, pero en distinto grado por lo tanto no hay dos individuos exactamente iguales.

La personalidad permite describir a los individuos, ya que los que determina la conducta en una situación definida y un estado de ánimo definido. El rasgo representa tendencias reactivas generales y nos indica características de conducta del sujeto que son relativamente permanentes. El rasgo implica una configuración y regularidad de conducta a lo largo del tiempo y de las situaciones. Algunos rasgos pueden ser comunes a todos los individuos, y otros pueden ser exclusivos de un individuo.

Allport G., (1974:15), define la personalidad como la organización dinámica en el interior del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característico”.

Los rasgos están determinados por la influencia de la herencia y del ambiente. La conducta del individuo ante una situación dependerá de los rasgos de su personalidad pertinentes a dicha situación, y de otras variables transitorias que pueden intervenir en

esta situación. Algunos rasgos están relacionados con motivos, que son los rasgos dinámicos, y otros guardan relación con la capacidad y el temperamento.

Según los resultados del Cuadro N° 13, el cual refleja los resultados referidos a los rasgos de personalidad, los cuales fueron obtenidos a través del HSPQ, de acuerdo a ello, se puede observar que en cuanto a los puntajes bajos, el 60% de las mujeres embarazadas solteras presentan rasgos de personalidad caracterizado por ser RESERVADA (factor A), lo cual significa que son personas alejadas y críticas, son adolescentes que no tienen mucha interrelación con las demás personas, no confían fácilmente en los demás, prefieren mantener reservados sus sentimientos y pensamientos para sí mismo, en su mayoría si se relaciona con sus pares es sólo para distraerse.

Por otro lado, el 34% presenta rasgos de personalidad caracterizados por ser DESPREOCUPADO (factor G); que significa que son despreocupadas, desatentas con los demás, actúa por consecuencia propia y poca fuerza del súper ego, son personas cautelosas y poco expresivas, algo vacías existencialmente, ya que prefieren ver el futuro con pocas oportunidades para salir adelante.

Por último, el 31% de la población de estudio presentan una personalidad CALMOSA (tranquila), es decir, que son poco expresivas, cautas, poco activas, lo cual está relacionado con el estado de gestación en el cual se encuentran.

En cuanto a los puntajes altos, de acuerdo a los resultados se puede observar que el 43% de las mujeres embarazadas solteras presentan rasgos de personalidad DUBITATIVO (factor J); lo cual da a entender que son personas irresolutas, reservadas, individualistas, reprimidas interiormente, que prefieren guardar todo para sí mismas y que tampoco toman decisiones.

Asimismo, el otro 43% de estas adolescentes presentan una personalidad AUTOSUFICIENTE (Q2), significa que son personas que a pesar de encontrarse en un situación adversa son personas que prefieren sus propias decisiones y que están llenas de recursos, lo cual es contradictorio al anterior factor.

Por último, el 26% de estas mujeres son MUY INTEGRADAS (Q3), tienen una personalidad caracterizada por ser sociables, auto disciplinadas, preocupadas por controlar la imagen que irradian a los demás.

En consecuencia, a partir de los datos analizados se puede arribar como conclusión que las mujeres embarazadas solteras presentan rasgos de personalidad caracterizados por ser reservadas, despreocupadas, calmosas, dubitativas, autosuficientes y muy integradas socialmente, más allá de estar embarazadas tratan de llevar una vida normal.

Análisis de la Hipótesis

En función a los resultados obtenidos, se realiza el respectivo análisis de las hipótesis, las cuales se detallan a continuación:

- Respecto a la primera que decía *“Las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad que asisten a consulta en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija, presentan un nivel de ansiedad grave”*, la misma SE RECHAZA, ya que los resultados obtenidos reflejan bajos niveles de ansiedad.
- En cuanto a la segunda hipótesis, que decía *“Las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad que asisten a consulta en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija, presentan un grado de depresión moderada”*, la misma que en función a los datos obtenidos se evidencia que la misma SE CONFIRMA, puesto que las mujeres embarazadas presentan dicho nivel de depresión.
- Respecto a la tercera hipótesis que decía, *“Las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad que asisten a consulta en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija, presentan un nivel de autoestima bajo”*, de acuerdo al análisis e interpretación de los datos, la misma SE RECHAZA, ya que dichas mujeres a pesar de la situación en la que se encuentran presentan una autoestima regular, por lo que no se confirma la hipótesis planteada a inicio de la investigación.
- De acuerdo a los resultados obtenidos, la cuarta hipótesis que decía, *“Las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad que asisten a consulta en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija, que la relación intrafamiliar es armoniosa que supone una adecuada comunicación, apoyo y unión familiar, con un ambiente favorable y de confianza”*, la misma SE CONFIRMA, ya que los resultados demuestran efectivamente que al interior de la familia están presente cada uno de estos aspectos mencionados como parte de la armonía familiar.

- En cuanto a la quinta hipótesis que decía, *“Las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad que asisten a consulta en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija, presentan rasgos afectivo-emocionales con sentimientos de culpa, sentimientos de inferioridad, inmadurez, rechazo desprecio de sí mismas”*, la misma que a partir de los datos obtenidos que reflejan una tendencia introvertida, dependencia emocional y agresividad reprimida, da lugar a señalar que la hipótesis planteada a inicio de la investigación SE RECHAZA, puesto que no están presentes ninguno de los indicadores señalados a inicio de la investigación.
- Finalmente la última hipótesis planteada que decía, *“Las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad que asisten a consulta en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija, presentan rasgos de personalidad de reservado, calmoso, dependiente, emocionalmente afectado”*, de acuerdo al análisis e interpretación de los resultados se puede expresar que la misma SE RECHAZA, ya que no están presentes todos los rasgos mencionados inicialmente en la hipótesis.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

VI. CONCLUSIONES

6.1. Conclusiones

A partir del análisis e interpretación de los resultados obtenidos se presentan las conclusiones a las cuales se arribaron como producto de la investigación, los cuales se presentan de acuerdo al orden de los objetivos planteados a inicio de la investigación. Entre los principales resultados se tiene:

Respecto al Primer Objetivo: ***“Determinar el nivel de ansiedad que presentan las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad”***, se puede concluir que:

- Las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años presentan niveles normales y ligeros respectivamente, que no alteran el desarrollo de sus actividades ni el equilibrio emocional propio del estado de gestación en el que se encuentran, asociado de una u otra manera a lo que los demás y la sociedad puedan pensar o decir algo sobre su situación.
- Las mujeres de 15 a 16 años en mayor porcentaje presentan un nivel de ansiedad ligera en relación a sus pares de 17 a 18 años de edad, ya que el mismo hecho del embarazo genera ideas negativas en las de menor edad ya que asumir el rol de madre implica una gran responsabilidad que obviamente genera una inseguridad en sí mismas, cambios a nivel físico, psicológico y social, desencadenado de tal manera en la presencia de síntomas de ansiedad, reflejado en la ejecución de actividades normales.
- Las mujeres embarazadas solteras que se encuentran en el tercer trimestre de gestación (7 a 9 meses) son las que presentan en mayor porcentaje niveles de ansiedad ligera, considerando que son los últimos meses que implica tener responsabilidad de criar a un niño (a), dudando en ciertos momentos de sus capacidades maternas. Además que en estos meses existen cambios significativos a nivel físico, se vuelven más sensibles y muchas veces se altera el estado de ánimo sin motivo alguno, puesto que las condiciones en las que se encuentran generan cambios a nivel emocional.

Los diferentes síntomas de ansiedad están presentes en las mujeres embarazadas solteras pero en niveles dentro de la banda normal, lo cual da a entender que el periodo de gestación en la que se encuentran ha sido asimilado y aceptado de la mejor manera posible, es decir, aprendieron a convivir con ello.

En cuanto al Segundo objetivo: “**Identificar el grado de depresión que presentan las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad**”, a manera de conclusión se puede expresar que:

- Las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad, presentan un nivel de depresión moderada, es decir, los síntomas depresivos están presentes pero en menor intensidad.
- Las mujeres comprendidas entre las edades de 15 a 16 años presentan mayores niveles de depresión en relación a sus pares de 17 a 18 años, lo cual supone que las primeras tienen dificultades para aceptar y reconocer que serán madres, lo cual les genera inestabilidad emocional y la presencia de síntomas depresivos.
- Las mujeres embarazadas con un tiempo de 1 a 3 meses presentan mayores niveles de depresión en relación a quienes se encuentran entre 4 a 6 y 7 a 9 meses respectivamente. Esto se debe quizá al hecho mismo de que los primeros tres meses son los más complicados del embarazo, ya que justamente el organismo debe adaptarse al nuevo ser y la persona debe aceptar que está embarazada y será madre.

En cuanto al Tercer objetivo: “**Caracterizar el nivel de autoestima que presentan las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad**”, se concluye que:

- Las mujeres embarazadas solteras presentan un nivel de autoestima regular, lo cual implica la presencia de sentimientos de rechazo hacia sí mismas, infravaloración, culpa, temor, vergüenza de sí mismas, relacionadas al hecho de estar embarazadas y que en cierta manera faltaron a la confianza de sus padres.

- Las adolescentes de 15 a 16 y las de 17 a 18 años de edad, presentan niveles bajos de autoestima, que no les permite tener confianza en sí mismas relacionado con la situación actual de embarazo por la que atraviesan y la falta de apoyo que tienen por parte de la pareja y la familia, sintiéndose poco valoradas y con falta de confianza que dificultan sus relaciones interpersonales con los demás y el medio en el cual interactúan.
- Las mujeres embarazadas solteras de mayor tiempo de gestación son más propensas a presentar niveles bajos de autoestima por la inseguridad e inestabilidad emocional que significa el nacimiento de un nuevo ser de quien deben ser los directos responsables en cuanto a su educación, salud, bienestar, etc., en comparación a las de menor tiempo de gestación.

En lo que respecta al Cuarto objetivo: ***“Describir las relaciones intrafamiliares que presentan las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad”***, en conclusión se puede expresar que:

- Las relaciones intrafamiliares brindan unión y apoyo familiar, expresión de sentimientos emociones a los miembros de la familia, cuya interrelación permite establecer que no existen conflictos al interior de la familia, reflejándose relaciones familiares armoniosas enmarcadas en el respeto entre los diferentes miembros de la familia.

Respecto al quinto Objetivo: ***“Establecer los rasgos afectivos emocionales que presentan las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad”***, se puede concluir que:

- Las mujeres embarazadas solteras presentan rasgos afectivos – emocionales caracterizados por la introversión, dependencia emocional y agresividad reprimida, todo ello asociado al estado de embarazo que tienen.

Finalmente respecto al Sexto Objetivo: ***“Describir los rasgos de personalidad que presentan las mujeres embarazadas solteras menores de 18 años de edad”***, se puede concluir que:

- Las mujeres embarazadas solteras presentan rasgos de personalidad caracterizados por ser reservadas, despreocupadas, calmosas, dubitativas, autosuficientes y muy integradas socialmente, más allá de estar embarazadas tratan de llevar una vida normal.

6.2.RECOMENDACIONES

Al finalizar esta investigación, se recomienda lo siguiente:

- A las mujeres embarazadas solteras recibir apoyo psicológico para reducir los índices de ansiedad y depresión respectivamente.
- A las instituciones que brindan apoyo psicológico desarrollar programas de intervención con la población sujeto de estudio para elevar los bajos niveles de autoestima que tienen y de tal manera potenciar sus habilidades y capacidades para afrontar la vida.
- Al hospital San Juan de Dios se recomienda atribuyan la importancia que requiere el apoyo psicológico para las pacientes embarazadas menores de 18 años, debido a que las mismas necesitan ser preparadas emocionalmente, para enfrentar el nuevo rol que les toca vivir, se considera que la preparación psicológica hace menos traumática esta etapa.
- Al personal de la unidadde Ginecologíadel Hospital Regional San Juan de Diosdar a conocerlas instancias pertinentes sobre la importancia de coordinar con un profesional Psicólogoel que deberá coordinar multidisciplinariamente en relación con los demás profesionales para mejorar la calidad de vida tanto a nivel físico como emocional, de las mujeres jóvenes en etapa de gestación.
- Al entorno familiar de estas mujeres concientizar para que brinden un apoyo emocional y realicen el acompañamiento para enfrentar esta etapa del embarazo.
- A los padres de familia que no vean el tema de sexualidad como un tabú, más al contrario, es muy importante hablar de este tema con los hijos, para así evitar conductas de riesgo en cuanto a la sexualidad.
- Al entorno familiar y a las mujeres embarazadas solteras, a buscar apoyo psicológico, para aceptar de manera natural la idea del embarazo y la llegada del nuevo ser, y que no resulte traumática.

- Concientizar a las parejas jóvenes a ser responsables de sus actos más allá de ser menores de edad.
- Socializar los resultados del trabajo de investigación a la sociedad, a la población de mujeres embarazadas solteras para que conozcan el diagnóstico obtenido a través del trabajo de investigación.
- A los futuros investigadores se recomienda tomar en cuenta los datos obtenidos en la presente investigación sobre las características psicológicas de las mujeres embarazadas menores de 18 años, con el fin de profundizar estos datos considerando en lo sucesivo otras variables que no hayan sido tomadas en cuenta en esta oportunidad como por ejemplo, calidad de vida.
- Se recomienda a personas interesadas en la temática a desarrollar trabajos de intervención en base a los resultados obtenidos para que esta población vulnerable se sienta representada.