

tesis Aprobada por O.S. S. S. S.
23.9.98 7-287

he

○ R + PA

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACION
CARRERA DE PSICOLOGIA

Ruth Noemí Quirós Olivera



Rocío Peredo Videá

Lic. J. O. de la Pinta

TESIS DE GRADO

ESTUDIO DE LA AUTOVALORACION
DE MUJERES EMBARAZADAS
PRIMIGESTAS

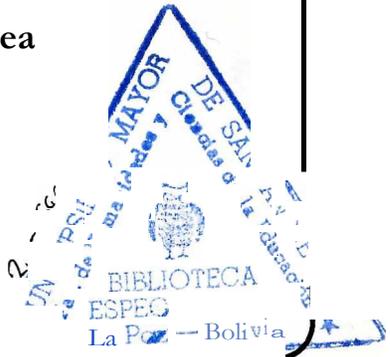
(Investigación realizada en PROSALUD
de la zona Alto Miraflores)

Postulante: Ruth Noemí Quirós Olivera

Profesor Guía: Lic. Rocío Peredo Videá

La Paz - Bolivia

1998



Dedicatoria:

Al gran artista que diseñó y estructuró de manera maravillosa al ser humano, dotándole de asombrosas capacidades perceptivas, gracias a las cuales podemos ver, oír, tocar, sentir, discernir, amar y también fijamos metas para luego alcanzarlas.

A mi madre Alcira, que estuvo siempre a mi lado en mis alegrías y mis tristezas, en mis triunfos y mis fracasos y que con su ejemplo silencioso de trabajadora incansable me inspiró a culminar este trabajo.

Agradecimientos:

A la Lic. Rocío Peredo Videa por guiarme en la elaboración de esta investigación.

Al Instituto de Estudios Bolivianos; por su apoyo pude concluir mi tesis.

Al Lic. Rubén Belmonte por su apoyo en el análisis estadístico.

Al entonces director de PROSALUD de Alto Miraflores; Dr. Juan Carlos Calderón, gracias al cual realice este trabajo en dicha institución.

Al personal de PROSALUD de Alto Miraflores:

A la **Dra.** Mónica Caba (Directora) , al Dr. Luis Nistahuz a la Lic. Ruth **Cortéz**, a Magda, Zule, Roxana, **Rosminda**, Lina y Bea.

INTRODUCCION

El embarazo, es un proceso que involucra aspectos biológicos, sociales y psicológicos.

Durante éste proceso se producen cambios importantes en la vida de las mujeres embarazadas; cambia su imagen corporal, cambian sus actitudes, emociones y su comportamiento. El embarazo intensifica la percepción de ellas mismas, ésta percepción cognitiva de su imagen corporal, favorable o desfavorable, y de cómo la gestación puede modificarla es de carácter psicológico, pero también tiene condicionamientos sociológicos.

En el caso de la mujer que se halla embarazada por primera vez ; ésta puede sentirse, realizada como mujer, dichosa, orgullosa, ambivalente, temerosa, irritada, deprimida, preocupada. Su embarazo puede ser motivo de orgullo o de vergüenza y de sentimientos de éxito o fracaso. Sus reacciones son un reflejo de una pluralidad de factores, tales como: su edad, su estado civil, sus factores socioeconómicos y culturales, sus expectativas, sus relaciones interpersonales y su autovaloración.

Los cambios físicos y emocionales de la primigesta pueden repercutir en su estado psíquico. Puesto que ésta debe adaptarse a su nueva imagen corporal y a la alteración de su autoconcepto, debiendo además tener en cuenta las reacciones de quienes la rodean. Y esos cambios a su vez pueden repercutir positivamente o negativamente en su autovaloración.

Por lo expuesto anteriormente, surgieron las siguientes interrogantes: ¿Cómo será la autovaloración de las mujeres embarazadas, especialmente de aquellas que por primera vez se hallan ante esa experiencia de estar esperando un hijo? ¿Su experiencia repercutirá de manera positiva o negativa en su autovaloración?

Ante lo cual se consideró importante estudiar la Autovaloración de las Mujeres Embarazadas Primigestas de una determinada Institución de la ciudad de La Paz, dado que en nuestro país, no

existen investigaciones referidas a esta problemática.

Pues, se sabe que, la autovaloración es una guía constante, un instrumento activo y regulador de la conducta cotidiana; que además la experiencia del individuo durante toda su vida va acompañada de un proceso continuo de valoración que le posibilita una relación social saludable y le garantiza su proyección futura.

Pero no se sabe cómo es la autovaloración de las mujeres embarazadas. Es por esa razón que se inició la presente investigación.

El presente estudio es descriptivo correlacional y el enfoque teórico que se emplea es el de la psicología cognitiva.

El capítulo I, está conformado por el marco teórico de la investigación. Se toca en éste el tema de la Autovaloración, se describen algunas definiciones de la autovaloración; Se da la definición de autovaloración del presente estudio; Se describe la estructura y dimensiones de la autovaloración y las diferencias de sexo en el desarrollo de la autovaloración.

Posteriormente se dan a conocer brevemente la situación de la mujer en Latinoamérica, para luego ahondar más la situación de la mujer en Bolivia respecto a la educación, trabajo y salud.

También se toca el tema del embarazo, las expectativas de la mujer embarazada; su situación económica sus relaciones familiares; la psicología del embarazo durante el primer, segundo y tercer trimestre; El embarazo y la autovaloración en el cual se tocan los temas de la autoimagen, el autoconcepto, los aspectos sociales y algunas evaluaciones cognitivas del embarazo.

El capítulo II, abarca la presentación del estudio; en este punto se describe el planteamiento del problema, la justificación, se dan a conocer los objetivos generales y específicos. También se presentan las preguntas generales y específicas que guiarán este estudio.

El capítulo III, está conformado por el método de la

investigación, en el cual se describe el tipo y características de la investigación, los sujetos de la investigación, el lugar, los instrumentos, las variables, la operacionalización de variables, el diseño, las fases de la investigación y el procedimiento.

En el capítulo IV, se da a conocer la presentación y análisis de los datos. En este capítulo, primero, se determina, describe y categoriza la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas (en baja media y alta) mediante dos dimensiones 1) Imagen de sí misma y 2) Concepto de sí misma. Segundo, se establece la interrelación de la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas con su edad, con sus meses de embarazo, su estado civil, su situación económica, sus relaciones familiares y sus expectativas (de maternidad, estudio-trabajo y autonomía).

En el capítulo V, se dan a conocer las conclusiones de los resultados de la investigación. Primero se dan a conocer las conclusiones específicas en las cuales se concluye respecto a cada variable de la investigación, a las correlaciones de las variables y a las variables que tienen mayor vinculación con la autovaloración de las primigestas. Segundo se dan a conocer las conclusiones generales en las cuales se concluye respecto a las variables de la investigación tomando en cuenta el marco teórico y finalmente en el punto tercero se hace un resumen de las conclusiones.

Para finalizar se presentan las recomendaciones, las referencias bibliográficas y el anexo.

INDICE

INTRODUCCION

Pág

CAPITULO 1

MARCO TEORICO.....	1
1 .1. LA AUTOVALORACION.....	1
1.1.1. DEFINICIONES DE AUTOVALORACION.....	1
1.1.1.1. Algunas tendencias teóricas en el estudio de la autovaloración.....	1
1.1.1.2. Definición de autovaloración en este estudio.....	5
1.1.2. ESTRUCTURA Y DIMENSIONES DE LA AUTOVALORACION.....	6
1.1.2.1. Dimensión cognitiva.....	7
1.1.2.1.1. La autoimagen.....	7
1.1.2.1.2. El autoconcepto.....	9
1.1.2.2. Dimensión afectiva, la autoestima.....	10
1.1.2.3. Dimensión social.....	13
1.1.2.4. Dimensión moral.....	16
1.1.3. DIFERENCIAS DE SEXO EN EL DESARROLLO DE LA AUTOVALORACIÓN.....	18
1.2. LA MUJER EN LATINOAMERICA.....	19
1.3. SITUACION DE LA MUJER EN BOLIVIA.....	20
1.3.1. Educación	21
1.3.2. Trabajo.....	21
1.3.3. Salud.....	23
1.4. EL EMBARAZO.....	24
1.4. 1. EXPECTATIVAS DE LA MUJER EMBARAZADA.....	24
1.4.1. 1. Expectativas de Maternidad.....	25
1.4.1.2. Expectativas hacia el hijo.....	26
1.4.2. SITUACION ECONOMICA.....	27
1.4.3. RELACIONES FAMILIARES	28
1.4.3.1. Relaciones con los Padres	28
1.4.3.2. Relaciones con la pareja	29
1.4.4. PSICOLOGIA DEL EMBARAZO.....	31
1.4.4.1. PRIMER TRIMESTRE	31
1.4.4.1.1. Expectativas e Incertidumbre	31
1.4.4.1.2. Sexualidad	32
1.4.4.2. SEGUNDO TRIMESTRE	32
1.4.4.2.1. Tranquilidad y Bienestar	32
1.4.4.2.2. Primeros preparativos	33
1.4.4.2.3. Sexualidad	33
1.4.4.2.4. Temores.....	34

1.4.4.3. TERCER TRIMESTRE.....	34
1.4.4.3.1. Miedo al Parto y Separación del Hijo.....	34
1.4.4.3.2. Temores sobre el niño.....	35
1.4.4.3.3. Mezcla de emociones.....	35
1.4.4.3.4. Los últimos días del embarazo.....	35
1.4.5. EMBARAZO Y AUTOVALORACION.....	36
1.4.5.1. La Autoimagen	38
1.4.5.1.1. Cambio de forma.....	38
1.4.5.1.2. Pérdida de atractivo, temor a las deformaciones, y al cambio de peso.....	39
1.4.5.2. Autoconcepto.....	40
1.4.5.3. Emociones.....	40
1.4.5.4. Aspectos sociales del embarazo	42
1.4.5.5. Algunas evaluaciones cognitivas del embarazo	44
1.4.5.5.1. Embarazo no deseado y planeamiento del embarazo.....	44
1.4.5.5.2. Embarazo en la adolescencia	46
1.4.5.5.2.1. Expectativas de maternidad	47
1.4.5.5.2.2. Expectativas de educación	47
1.4.5.5.2.3. Expectativas de trabajo	48
1.4.5.5.2.4. Expectativas frustradas	48
1.4.5.5.3. Embarazo en la mujer soltera	49
1.4.5.5.4. El estrés en el embarazo	49

CAPITULO 11

PRESENTACION DEL ESTUDIO.....	53
2 . 1 . Planteamiento del Problema.....	53
2.2. Justificación.....	58
2.3. Objetivos de la investigación.....	59
2.3.1. Objetivos generales.....	59
2.3.2. Objetivos específicos.....	59
2.4. Preguntas de investigación.....	60
2.4.1. Preguntas generales.....	60
2.4.2. Preguntas específicas.....	61

CAPITULO III

METODO DE LA INVESTIGACION.....	62
3.1. Tipo y características de la investigación.....	62
3.2. Sujetos de la investigación.....	62
3.3. Lugar.....	63
3.5. Instrumentos.....	63
3.6. Variables.....	65
3.7. Operacionalización de variables.....	66
3.8. Diseño de la investigación.....	68
3.8.1. Fases de la investigación.....	68
3.9. Procedimiento.....	69

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS DATOS	70
4.1. DETERMINACIÓN DE LA AUTOVALORACIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS PRIMIGESTAS	70
4.1.1. DETERMINACIÓN DE LA AUTOVALORACIÓN EN BASE A LA DIMENSIÓN IMAGEN DE SÍ MISMA (asociada a los cambios corporales y cambios emocionales).....	71
4.1.1.1. Cambios corporales.....	71
4.1.1.2. Autovaloración en base a los cambios corporales.....	72
4.1.2.1. Cambios emocionales.....	74
4.1.2.2. Autovaloración en base a los Cambios Emocionales.....	75
4.1.2. DETERMINACIÓN DE LA AUTOVALORACIÓN EN BASE A LA DIMENSIÓN CONCEPTO DE SÍ MISMA (asociada a: 1. Sí misma, 2. Pareja, 3. Familiares y 4. Otros (vecinos conocidos).....	77
4.1.2.1.1. Concepto de sí misma en relación a Sí misma.....	77
4.1.2.1.2. Autovaloración en base al Concepto de si misma en relación a sí misma.....	78
4.1.2.2.1. Concepto de si misma en relación á su pareja.....	79
4.1.2.2.2. Autovaloración en base al Concepto de si misma en relación a su pareja.....	80
4.1.2.3.1. Concepto de si misma en relación a sus padres.....	82
4.1.2.3.2. Autovaloración en base al Concepto de si misma en relación a sus familiares.....	82
4.1.2.4.1. Concepto de si misma en relación a otros (vecinos, conocidos).....	84
4.1.2.4.2. Autovaloración en base al Concepto de si misma en relación a otros (vecinos, conocidos).....	85
4.2. CORRELACION DE VARIABLES	87
4.2.1. MESES DE EMBARAZO	87
4.2.1.1. Autovaloracion y meses de embarazo.....	87
4.2.2. EDAD	89
4.2.2.1. AUTOVALORACION Y EDAD	89
4.2.2.2. Edad considerada adecuada para el embarazo.....	91
4.2.2.2.1. Autovaloración y edad considerada adecuada para el embarazo	91
4.2.2.3. Consideración de la edad para estar embarazadas	92
4.2.2.3.1. Autovaloración y consideración de la edad	93
4.2.3. NIVEL DE INSTRUCCION	94
4.2.3.1. AUTOVALORACION Y NIVEL DE INSTRUCCION	94
4.2.4. ESTADO CIVIL	96
4.2.4.1. AUTOVALORACION y ESTADO CIVIL	96
4.2.4.2. Consideración del estado civil	97
4.2.4.2.1. Autovaloración y consideración del estado civil	98
4.2.5. EXPECTATIVAS DE MATERNIDAD	99
4.2.5.1. Deseo de su embarazo	99
4.2.5.1.1. Autovaloración y deseo de su embarazo	100
4.2.5.2. Deseo de ser madre	101
4.2.5.2.1. Autovaloración y deseo de ser madre	101
4.2.5.3. Sentimientos al saber que estaban embarazadas	103
4.2.5.3.1. Autovaloración y sentimientos al saber que estaban embarazadas	103
4.2.5.4. Sentimientos actuales sobre su vida de mujer embarazada	105
4.2.5.4.1. Autovaloración y ¿Cómo es tu vida de mujer embarazada?	105
4.2.6. EXPECTATIVAS DE ESTUDIO Y TRABAJO	107
4.2.6.1. Actividades antes de embarazarse	107
4.2.6.1.1. Autovaloración y actividades realizadas antes de embarazarse	107

4.2.6.2. Actividades durante su embarazo.....	108
4.2.6.2.1. Autovaloración y actividades durante su embarazo	108
4.2.6.3. Deseos de seguir estudiando y trabajando.....	110
4.2.6.3.1. Autovaloración y deseos de seguir estudiando y trabajando.....	110
4.2.7. EXPECTATIVAS DE AUTONOMÍA.....	111
4.2.7.1. ¿Tu embarazo te impide realizar algunas actividades?	112
4.2.7.1.1. Autovaloración y ¿Tu embarazo te impide realizar algunas actividades?.....	112
4.2.7.2. ¿Tu embarazo deshizo alguno de tus planes?	113
4.2.7.2.1. Autovaloración y ¿Tu embarazo deshizo alguno de tus planes?.....	114
4.2.8. SITUACION ECONOMICA.....	115
4.2.8.1. Tenencia de la vivienda	115
4.2.8.1.1. Autovaloración y tenencia de la vivienda.....	115
4.2.8.2. Ingresos económicos.....	117
4.2.8.2.1. Autovaloración e ingresos económicos	117
4.2.8.3. Consideración de su situación económica	118
4.2.8.3.1. Autovaloración y consideración de su situación económica	119
4.2.8.4. ¿Crees que tu situación económica afecta a tu embarazo?	120
4.2.8.4.1. Autovaloración y ¿Crees que tu situación económica afecta a tu embarazo?.....	120
4.2.9. RELACIONES FAMILIARES	122
4.2.9.1. RELACIONES CON SU PAREJA	122
4.2.9.1.1. Reacción de la pareja ante el embarazo.....	122
4.2.9.1.1.1. Autovaloración y reacción de la pareja ante el embarazo	122
4.2.9.1.2. ¿Cómo te llevas con tu pareja?.....	124
4.2.9.1.2.1. Autovaloración y ¿Cómo te llevas con tu pareja?.....	124
4.2.9.1.3. Trato que le brinda la pareja.....	125
4.2.9.1.3.1. Autovaloración y trato que le brinda la pareja	125
4.2.9.2. RELACIONES CON SUS PADRES.....	127
4.2.9.2.1. Reacción de sus padres ante su embarazo.....	127
4.2.9.2.1.1. Autovaloración y reacción de sus padres ante su embarazo	127
4.2.9.2.2. Relaciones actuales con sus padres.....	128
4.2.9.2.2.1. Autovaloración y Relaciones actuales con sus padres.....	129
4.2.9.3. RELACIONES FAMILIARES.....	130
4.2.9.3.1. Apoyo de sus familiares	130
4.2.9.3.1.1. Autovaloración y apoyo de sus familiares	130
4.3. RELACION ENTRE EL SISTEMA DE RETROALIMENTACION DE LAS DIFERENTES ESFERAS DE INTERACCION DE LAS MUJERES EMBARAZADAS PRIMIGESTAS Y SU AUTOVALORACIÓN.....	132

CAPITULO V

5.1.CONCLUSIONES.....	138
5.1.1. Conclusiones específicas.....	138
5.1.2. Conclusiones Generales.....	157
5.1.3. Resumen de las conclusiones.....	171
RECOMENDACIONES.....	175
BIBLIOGRAFÍA.....	178
ANEXOS.....	181

Indice de tablas y gráficos

TABLAS	Pág.
1. Autovaloración de las primigestas	70
2. Cambios corporales.....	72
3. Autovaloración en base a los cambios corporales.....	73
4. Cambios emocionales.....	75
5. Autovaloración en base a los Cambios Emocionales.....	76
6. Concepto de si misma en relación a Sí misma.....	77
7. Autovaloración en base al Concepto de si misma en relación a sí misma.....	78
8. Concepto de si misma en relación a su pareja.....	80
9. Autovaloración en base al Concepto de si misma en relación a su pareja.....	80
10. Concepto de si misma en relación a sus familiares.....	82
11. Autovaloración en base al Concepto de si misma en relación a sus familiares	83
12. Concepto de si misma en relación a otros (vecinos, conocidos).....	84
13. Autovaloración en base al Concepto de si misma en relación a otros (vecinos, conocidos).....	85
14. Autovaloracion y meses de embarazo.....	88
15. Autovaloracion y edad.....	90
16. Autovaloración y edad considerada adecuada para el embarazo y autovaloración.....	91
17. Autovaloración y consideración de la edad	93
18. Autovaloracion y nivel de instruccion.....	94
19. Autovaloracion y estado civil	96
20. Autovaloración y consideración del estado civil.....	99
21. Autovaloración y deseo de su embarazo	101
22. Autovaloración y deseo de ser madre	102
23. Autovaloración y sentimientos al saber que estaban embarazadas.....	103
24. Autovaloración y ¿Cómo es tu vida de mujer embarazada?.....	106
25. Autovaloración y actividades realizadas antes de embarazarse.....	107
26. Autovaloración y actividades durante su embarazo	109
27. Autovaloración y deseos de seguir estudiando y trabajando.....	111
28. Autovaloración y ¿Tu embarazo te impide realizar algunas actividades?.....	112
29. Autovaloración y ¿Tu embarazo deshizo alguno de tus planes?.....	114
30. Autovaloración y tenencia de la vivienda.....	116
31. Autovaloración e ingresos económicos	118
32. Autovaloración y consideración de su situación económica.....	119
33. Autovaloración y ¿Crees que tu situación económica afecta a tu embarazo?	121
34. Autovaloración y reacción de la pareja ante el embarazo	123
35. Autovaloración y ¿Cómo te llevas con tu pareja?.....	124
36. Autovaloración y trato que le brinda la pareja	126
37. Autovaloración y ¿cómo reaccionaron tus padres ante tu embarazo?.....	128
38. Autovaloración y Relaciones actuales con sus padres.....	129
39. Autovaloración y apoyo de sus familiares	130

Gráficos

Pág.

1. Autovaloración de las primigestas	71
3. Autovaloración en base a los cambios corporales.....	74
5. Autovaloración en base a los Cambios Emocionales.....	76
7. Autovaloración en base al Concepto de si misma en relación a sí misma.....	79
9. Autovaloración en base al Concepto de si misma en relación a su pareja.....	81
11. Autovaloración en base al Concepto de si misma en relación a sus familiares.....	84
13. Autovaloración en base al Concepto de si misma en relación a otros (vecinos, conocidos).....	86
14. Autovaloración y meses de embarazo.....	88
15. Autovaloración y edad.....	90
16. Autovaloración y edad considerada adecuada para el embarazo y autovaloración.....	92
17. Autovaloración y consideración de la edad	93
18. Autovaloración y nivel de instrucción.....	95
19. Autovaloración y estado civil	97
20. Autovaloración y consideración del estado civil.....	98
21. Autovaloración y deseo de su embarazo	100
22. Autovaloración y deseo de ser madre	102
23. Autovaloración y sentimientos al saber que estaban embarazadas.....	104
24. Autovaloración y ¿Cómo es tu vida de mujer embarazada?.....	106
25. Autovaloración y actividades realizadas antes de embarazarse.....	108
26. Autovaloración y actividades durante su embarazo	109
27. Autovaloración y deseos de seguir estudiando y trabajando.....	111
28. Autovaloración y ¿Tu embarazo te impide realizar algunas actividades?.....	113
29. Autovaloración y ¿Tu embarazo deshizo alguno de tus planes?.....	114
30. Autovaloración y tenencia de la vivienda.....	116
31. Autovaloración e ingresos económicos	118
32. Autovaloración y consideración de su situación económica.....	119
33. Autovaloración y ¿Crees que tu situación económica afecta a tu embarazo'?	121
34. Autovaloración y reacción de la pareja ante el embarazo	123
35. Autovaloración y ¿Cómo te llevas con tu pareja?.....	125
36. Autovaloración y trato que le brinda la pareja	126
37. Autovaloración y ¿cómo reaccionaron tus padres ante tu embarazo?.....	128
38. Autovaloración y Relaciones actuales con sus padres.....	129
39. Autovaloración y apoyo de sus familiares	131

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1. AUTOVALORACION

1.1.1. DEFINICIONES DE LA AUTOVALORACION

1.1.1.1. Algunas tendencias teóricas en el estudio de la autovaloración

Williams James, dividió el concepto del "yo" frecuentemente utilizado para designar todo lo relacionado con la autoconciencia, en tres elementos principales (sí mismo "corporal", "material" y "espiritual"): a) El "yo material" formado por el cuerpo y los atributos externos de la persona; b) el "yo social" que representa las formas en que reconocen al hombre quienes le rodean y c) el "yo espiritual", como conjunto de capacidades y tendencias psíquicas. Según James (1968) el sí mismo de un individuo es la suma de todo lo que puede llamar suyo, incluyendo su cuerpo, familia, posesiones, estados de conciencia y reconocimiento social.

G.H. Mead, supone que el sentido primero del yo resulta en gran parte de las actitudes, palabras y gestos de los demás, que el niño percibe e imita y a los demás que responde. Su sentido de sí mismo es un producto de la conducta de, los demás respecto a él. Mientras vá desarrollando el sentido el sentido de continuidad e identidad, nunca deja de verse a sí mismo en función a los papeles que ejerce, en términos de las imágenes que otras personas tienen de él. El sí mismo, es en todos sus aspectos predominantemente un producto social. El autoconcepto incluye a la vez un yo real y un yo ideal (Mead, 1934)

Rosenberg (1965) define la autoestima como la evaluación que el individuo hace y generalmente mantiene hacia sí mismo que expresa una actitud de aprobación o desaprobación. Una otra es la proporcionada por Secordy Backman (1964), en la que se describen las actitudes de una persona como teniendo tres aspectos; el cognitivo (contenido de lo que se juzga), el evaluativo (el juicio) y el afectivo y/o conductual. La autoestima sería un aspecto de todas las actitudes de uno mismo.

Allport, (1975) usa el término "sí mismo" para denominar el autoconcepto, explicando que el niño al comienzo de su vida, no se da cuenta de sí mismo, como independiente. No separa el "Yo" del resto del mundo y esta separación es el eje de la vida ulterior. El proceso por el que la persona desarrolla la conciencia de sí mismo y vá creando su imagen (autoconcepto) es uno de los procesos más importantes en la vida de una persona desde los primeros años de su vida. No es impuesto al hombre al nacer, sino que sigue un desarrollo y se conforma, es adquirido.

Allport (1977), dice que "el término "sí mismo"(self) se usa en muy diversos sentidos. Es frecuente que se emplee en su lugar "yo" o "ego", no se ha establecido una distinción clara y constante entre los términos "yo" y "sí mismo", por ello este autor los trata como equivalentes". Además Allport (1937) sugirió; "la autoestima penetra en todos los sentimientos y características de la persona y es comúnmente definida como " el componente evaluador del autoconcepto ".

Neucomb, (1973) dice que concepto de sí mismo es en parte, el resultado del reconocimiento que el individuo recibe de los demás. Es un concepto que tiene relación íntima con la interacción interpersonal (Roger y Kinget, 1971) y es más se lo considera como un producto social.

Shavelson, Hubner y Stanton(1976) indican que el autoconcepto y la autoestima han sido utilizados de modo intercambiable en la literatura, ya que la distinción entre estos dos términos no ha sido clarificada ni desde el punto de vista conceptual ni tampoco desde una perspectiva empírica.

También podríamos considerar al autoconcepto como un intento de explicar nuestra propia persona, de construir un esquema (en términos piagetianos) que organice nuestras impresiones, sentimientos y actitudes sobre nosotros mismos. Sin embargo, este modelo o esquema no es permanente, unificado o inmutable. Es "un sistema complejo de ideas, sentimientos y deseos, que no están necesariamente bien articulados o coherentes" (Bromley,1978,p.164). Nuestra percepción de nosotros mismos varía en cada situación y de una a otra fase de nuestra vida (Grace y col.,1990;P.110).

Branden(1990) dice: "el autoconcepto se refiere a las ideas o creencias de un individuo sobre sus rasgos y características, obligaciones y habilidades, limitaciones y capacidades (reales o imaginarias)".

Gonzales (1990), indica que "la autovaloración es un subsistema de la personalidad que incluye un conjunto de necesidades y motivos. Es un concepto preciso y generalizado del sujeto sobre sí mismo, que integra un conjunto de cualidades, capacidades, intereses, comprometidos en la realización de las aspiraciones más significativas de la persona, está emocionalmente comprometida forma un sistema, porque los distintos elementos que la integran están activamente relacionados entre sí por el razonamiento y la reflexión del sujeto,...La autovaloración en su aspecto funcional incluye mecanismos activos de razonamiento y elaboración cognoscitiva...no es un producto cognoscitivo terminado de las cualidades que integran la personalidad, en ella pueden quedar incluidos aspectos que el sujeto desea poseer y que aún no ha logrado, así como elementos ya superados por él que se mantiene en su elaboración autovalorativa... La autovaloración es un sistema regulador constante de la actividad del sujeto, mediante el cual, se relacionan las cualidades y elementos que la integran tanto con la vida futura, como con las distintas exigencias del medio hacia el sujeto".

Ellis, define a la autoestima tomando las definiciones de Branden (1964), Rand (1961, 1964) y dice que "la autoestima significa que el individuo se valora a sí mismo porque ha actuado inteligentemente, correcta y competentemente. Y si se lleva a extremos lógicos, es la consecuencia, expresión y la recompensa de una mente totalmente entregada a la razón". Las personas no solo valoran sus actos, comportamientos y características como "buenas" o "malas" sino que también tienden a autodefinirse, es decir, a configurar una serie de características que definen su sí mismo. Estas autodefiniciones influyen profundamente en sus emociones y comportamientos y constituyen una de las principales fuentes de sus perturbaciones emocionales (Ellis, 1978).

Lazarus (1984), define a la evaluación como aquel proceso que determinará las consecuencias, que un acontecimiento dado provocará en

el individuo. Distingue tres tipos de evaluación cognitiva: La evaluación primaria , secundaria y la reevaluación (Lazarus, Kanner y Folkman, 1980). La evaluación primaria consiste en la valoración de una situación como irrelevante, benigno-positiva, o estresante. La evaluación secundaria que implica un proceso de evaluación de qué recursos adaptativos, poseemos para superar las amenazas, daños u obstáculos que la evaluación primaria detecte en un determinado entorno. La reevaluación proporciona una nueva evaluación sobre el éxito de nuestros esfuerzos adaptativos, una vez que hemos decidido ajustarnos a un entorno hostil o mejorable (mediante acciones, mediante elaboraciones cognitivas como, por ejemplo, racionalizaciones) (Morales, 1994).

Alcántara (1993), menciona que la autoestima es una estructura compleja compuesta por tres componentes: cognitivo, afectivo y conativo que operan íntimamente correlacionados. 1) El cognitivo indica idea, opinión, creencias, percepción y procesamiento de la información (autoconcepto). Lo afectivo y conductual, caminan bajo la dirección del autoconcepto, que a su vez se acompaña por la autoimagen o representación mental que un sujeto tiene de sí mismo en el presente y en las aspiraciones y expectativas futuras; 2) El afectivo (la autoestima), conlleva la valoración de lo que en nosotros hay de positivo y de negativo, implica un sentimiento de lo favorable o desfavorable, de lo agradable o desagradable que vemos en nosotros; y 3) Su elemento conductual que sería la intensión y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente.

Segun Maurus (1995) el autoconcepto incluye todas las convicciones individuales con respecto a la clase de persona que se es. En un nivel más profundo significa, la manera como una persona percibe su "yo" individual, determina la imagen que ella elabora de lo que es y debería ser.

Un Manual de Psicología y Desarrollo Educativo define al autoconcepto como: Sentido de sí mismo, de la propia identidad. Como el individuo se percibe a sí mismo, eso significa entender su autoconcepto (1990, Pág.152).

El autoconcepto para Markus (1985), es el conjunto de autoesquemas que organizan las experiencias pasadas y son usados para reconocer e

interpretar estímulos relevantes en el ambiente social. El autoesquema es una creencia y opinión sobre sí mismo que determina el modo en que es organizada, codificada y usada la información que nos llega sobre nosotros mismos. Es un marco de referencia por el cual damos un significado a los datos aprehendidos sobre nosotros mismos e incluso sobre los demás.

El autoconcepto para Ausubel (1983), es "una abstracción de las características esenciales y distintivas del sí- mismo que establecen una diferencia entre la existencia consciente de un individuo, por una parte, y el ambiente y otros sí-mismos por la otra. En el curso del desarrollo, se vinculan con el autoconcepto diversas actitudes evaluativas, valores, aspiraciones, motivos y obligaciones".

Por lo anteriormente descrito, se percibe que los psicólogos tienen grandes dificultades para llegar a un acuerdo sobre la definición de los términos de autovaloración autoestima, autoconcepto, yo ,self, sí mismo,ego, identidad, imagen de sí mismo,etc. Varios utilizan estos términos como sinónimos, dependiendo del enfoque de cada autor.

1.1.1.2. Definición de Autovaloración en este Estudio

En la presente investigación nos adscribimos al enfoque de la Psicología Cognitiva.

Y tratando de encontrar una definición adecuada y de acuerdo con las características de la autovaloración, objeto de este estudio planteamos la siguiente definición:

"La autovaloración es una estructura cognitiva diferenciada y articulada sobre uno mismo; sus destrezas y debilidades, sus logros y fracasos, sus capacidades y limitaciones, sus preferencias, su apariencia y sus expectativas; producto de una autoevaluación. Todo este autoconocimiento está representado en forma de esquemas cognitivos, acompañado estrechamente de una actividad afectiva y desarrollado en la interacción social".

1.1.2. ESTRUCTURA Y DIMENSIONES DE LA AUTOVALORACION

La autovaloración es un esquema autoreferencial que otorga valoraciones a las percepciones del sí mismo y que a su vez está conformada por otros esquemas cognitivos personales. La mayoría de los individuos no sólo disponen de esquemas referentes a otras personas, sino que poseen una percepción de de sí mismos en relación a su imagen (autoimagen) y su desempeño en las distintas áreas de su vida y en los diferentes roles que cumplen (autoconcepto). Actualmente, se acepta que todo este conocimiento se representa en forma de esquemas, igual que cualquier otro dominio de conocimiento (Bower y Gilligan, 1979; Lord, 1980; Ben, 1981; Greenwald, 1981; Markus, 1982).

La autovaloración es una estructura psicológica activa y multifacética, está involucrada en la mediación del ambiente social. Va a buscar el significado de lo que somos en base a lo que hemos sido y forjar lo que seremos. Este proceso se dá al experimentar de manera recurrente el mundo que nos rodea y las evaluaciones que los demás hacen de nosotros, desarrollamos nuestra propia evaluación de nosotros mismos. Nos concebimos como personas torpes o brillantes, amables o gruñonas, simpáticas o antipáticas, responsables o irresponsables, diligentes o perezosas, morales o inmorales, (Vander Zander, 1986) con destrezas y debilidades, con logros y fracasos, con preferencias, temperamento, etc. y todo este **autoconocimiento** se representa en forma de esquemas, (Rogers, 1977; Markus, 1977; Markus et al., 1982; Bem, 1981; Bower y Gilligan, 1979; Lord, 1980; Greenwald, 1981).

La noción de esquema se ha vuelto muy importante e imprescindible en la Psicología Cognitiva. No obstante no es nueva, pues, hace mucho tiempo dos psicólogos europeos desarrollaron, independientemente la idea de esquema para explicar los procesos de pensamiento en los niños (Piaget, 1926), y la comprensión y memoria en ámbitos sociales (Bartlett, 1932). Los psicólogos norteamericanos del procesamiento de la información tardaron más de treinta años en redescubrir los esquemas y fueron precisamente aquellos que trabajan en la Inteligencia Artificial los que actualizaron esta vieja idea (Minsky 1975; Schank y Abelson 1977).

Los esquemas son entidades conceptuales complejas, compuestas de

unidades más simples. El sistema de conocimiento humano puede caracterizarse como un conjunto de esquemas interconectados. Los esquemas integran esquemas más elementales, y constituyen a su vez subesquemas de otros.

Los esquemas tienen un carácter multifuncional, que intervienen en procesos como la percepción, comprensión, memoria y organización de la conducta.

En este estudio nos referiremos principalmente a los esquemas autorreferenciales, a la autovaloración (autoimagen y autoconcepto) y a los esquemas sociales que son esenciales para que se den los esquemas autorreferenciales, puesto que, la génesis de un esquema cognitivo no es un proceso estrictamente individual, sino que tiene una dimensión sociocultural. Una gran proporción de nuestro conocimiento del mundo se refiere a contenidos interpersonales. La mayoría de nuestras metas, creencias, conductas y roles se desarrollan en ámbitos sociales (De Vega, 1990).

La autovaloración es una estructura diferenciada y articulada donde lo cognitivo (autoimagen, autoconcepto), y lo afectivo (autoestima) están íntimamente relacionados, conformando un fenómeno unitario, desarrollado en la interacción social y solo se los separa con fines didácticos.

Como esquema autorreferencial, la autovaloración, está conformada por cuatro subesquemas o dimensiones que son: Cognitivo, emocional, social y moral.

1.1.2.1. Dimensión cognitiva

La dimensión cognitiva de la autovaloración está formado por la autoimagen y el autoconcepto del individuo.

1.1.2.1.1. La autoimagen

La autoimagen es un esquema relativo al conocimiento personal. Es una constelación de percepciones y recuerdos individuales que constan de la imagen visual de la propia apariencia física, la imagen auditiva que evoca el sonido del propio nombre, las imágenes de las sensaciones

kinestésicas y de la tensión visceral, los recuerdos de acontecimientos personales, etc. (Ausubel, 1983).

La autoimagen o representación mental que un sujeto tiene de sí mismo en el presente y en las aspiraciones y expectativas futuras. Es determinante el valor de la autoimagen para la vitalidad de la autovaloración. Solamente si se plasma el autoconcepto en imágenes intensas, ajustadas, ricas y actualizadas al espacio y tiempo en que vivimos, arraigará la autovaloración y demostrará su máxima eficacia en nuestros comportamientos (Alcántara,1993).

Autoimagen, se refiere a la percepción de sí mismo, de lo que se piensa ser. La buena autoimagen desempeña un papel dinámico, en el sentido de contribuir a la madurez; define y llena el trabajo diario, las aspiraciones y las relaciones del individuo , es esencial para lograr que el individuo sea bienvenido en la sociedad (Maurus,1995).

En A new self-image (Una nueva autoimagen). Peter M. Kalellis escribe: "Cuando concebimos una idea sobre alguien, formamos, al mismo tiempo, en nuestra mente una imagen a partir de lo que ya hemos leído o escuchado a su respecto. Al ver a dicha persona, nuestra imagen mental se vuelve a definir y pasa a formar parte de nuestro archivo mental (Maurus,1995).

Los adolescentes suelen ser muy sensibles y perceptivos respecto a su aspecto físico a su imagen corporal y al de sus amigos; las discrepancias entre su autoimagen imperfecta y el hermoso ideal que deben emular pueden constituir una fuente de ansiedad. No obstante, en general se ha comprobado que la preocupación por la imagen corporal disminuye a medida que el joven se acerca a la madurez (Craig y col.,1990;P.411)

Markus (1985) considera al sí mismo como un conjunto de esquemas. Estas estructuras están derivadas de pasadas experiencias y construyen activamente generalizaciones e hipótesis del sí mismo y guiamos en la elección de la conducta. Algunos de los más poderosos y recientes autoesquemas influyen en el rendimiento escolar, popularidad, competitividad, habilidad atlética.

1.1.2.1.2. El autoconcepto

El autoconcepto es una abstracción de las características esenciales y distintivas del sí- mismo que establecen una diferencia entre la diferencia entre la existencia consciente de un individuo, por una parte, y el ambiente y otros sí-mismos por la otra. En el curso del desarrollo, se vinculan con el autoconcepto diversas actitudes evaluativas, valores, aspiraciones, motivos y obligaciones (Ausubel,1983).

Las diferencias individuales en el autoconcepto se deriban del hecho de que el autoconcepto engloba un buen número de esquemas particulares, algunos de los cuales pueden ser totalmente idiosincrásicos, y otros compartidos sólo parcialmente. Por ejemplo un individuo determinado puede categorizarse a sí mismo como "independiente", y disponer de un esquema muy articulado en esta dimensión sobre sus actitudes, sus metas y sus comportamientos sociales (vg: ser individualista, inconformista, líder, etc). En cambio otra persona puede ser no-esquemática respecto al rasgo dependencia-independencia; es decir, que no se categoriza a sí mismo en un sentido ni en otro, y por tanto no dispone de un esquema articulado respecto a ese rasgo en su autoconcepto (Markus,1977) (De Vega,1990).

El desarrollo del autoconcepto en el niño es influido por los padres y otros familiares durante los primeros años, y por los amigos, los compañeros de la escuela y los maestros, conforme va creciendo. La escuela juega un papel determinante. Shavelson y sus colaboradores han propuesto, que durante los años escolares, el autoconcepto se vuelve cada vez más organizado, tanto en el aspecto académico como en el no académico. En efecto, por lo menos hay dos autoconceptos (Marsh y Shavelson,1985; Shavelson y Bolus, 1982; Shavelson, Hubner y Stanton, 1976). El autoconcepto académico se basa en la forma en que el estudiante se desempeña en las diferentes áreas académicas. El autoconcepto no académico se basa en las relaciones con los compañeros y otras personas importantes, en los estados emocionales y en las cualidades físicas. De hecho, el concepto no académico podría ser subdividido en los autoconceptos social, emocional y físico (Craig y col.,1990;P.112 T.3)

Shavelson también ha sugerido que el autoconcepto evoluciona mediante una autoevaluación constante en distintas situaciones (Shavelson y Bolus, 1982). Así, los niños y los adolescentes se preguntan continuamente "¿cómo lo estoy haciendo?". Comparan su desempeño con sus estándares anteriores y con el desempeño de sus compañeros... Para construir un autoconcepto positivo debemos atribuir nuestros éxitos a nuestras propias acciones y no a la suerte o a ayudas especiales. Un autoconcepto positivo es lo mismo que una alta estima (Craig y col., 1990; P.112, T.3).

Una vez establecidos nuestros conceptos de si funcionan como mecanismos selectivos, influyendo en la percepción, porque dicho proceso no se produce en un vacío, por el contrario actúan en ella autoconocimientos previos que se estructuraron y almacenaron en nuestra memoria. Por tanto nuestros conocimientos anteriores afectarán la interpretación de la información nueva. Por este motivo algunos individuos están sensibilizados ante ciertos estímulos, porque atienden de manera selectiva aquella información que los impactó anteriormente.

1.1.2.2. Dimension afectiva, la autoestima

La información autoreferente que vá acompañada de una especie de actividad afectiva y evaluativa es la "autoestima" porque se refiere al grado en el cual la persona se acepta, o aprueba a sí misma, qué tan valiosa se considera De acuerdo a Mattehew McKay y Patrick Fanning "la autoestima es esencial para la supervivencia psicológica. Es un sine qua non emocional. Sin cierta dosis de autoestima, la vida puede resultar enormemente penosa, haciéndose imposible la satisfacción de muchas necesidades básicas".

La autovaloración se dá en un proceso cognitivo, se realiza una evaluación por medio de un conocimiento amplio de propiedades y características del sí mismo, que pueden ser favorables o no. Pero si esta evaluación surge más bien de experiencias intensas de carácter positivo o negativo este es un proceso afectivo. (Francisco Morales, 1994).

Se concibe a la autoestima como un componente de la autovaloración porque lo que sentimos con respecto a nosotros mismos en este mundo depende enteramente de lo que apostemos a ser y hacer (Brandem, 1990;

Gross, 1994).

Según Branden (1995), " este sentimiento de importancia y aceptación nace en primera instancia de las relaciones interindividuales, porque es un deseo humano básico ser visible para los demás ser visto y apreciado por ser quien se es, que a uno se lo estime".

Hay que tomar en cuenta que los niños tienen intensas experiencias emocionales, por ejemplo pueden ser devastados cuando son rechazados por su grupo de compañeros o quedar completamente orgullosos de sí mismo cuando obtienen una calificación favorable.

El proteger y preservar nuestra autoestima, o como comúnmente se diría nuestro "amor propio" es innato. En muchas ocasiones se atribuyen los fracasos a causas externas y los éxitos a nosotros mismos. Sólomente las personas que tienen una conceptualización crónica, incoherente y persistente respecto a sus inadecuadas autopercepciones; están encerradas por sus propias concepciones de sí en pautas de fracaso que ellas mismas imponen.

La autoestima es un concepto inherente a una sensación fundamental de eficacia y a un sentido fundamental de mérito a la idoneidad y a la dignidad. es la suma integrada de confianza en sí mismo y respeto de sí mismo. Significa sentirse competente para vivir y merecer la felicidad. (Sanchez,1989).

La autoestima es una disposición hacia uno mismo, es la forma habitual de pensar, amar sentir y comportarse consigo mismo. Es la disposición permanente según la cual nos enfrentamos con nosotros mismos. Es el sistema fundamental por el cual ordenamos nuestras experiencias refiriéndolas a nuestro "yo" personal. Las líneas conformadoras y motivadoras de nuestra personalidad, que la sustentan y le dan sentido. (Alcántara,1993).

Conlleva la valoración de lo que en nosotros hay de positivo y de negativo, implica un sentimiento de lo favorable o desfavorable, de lo agradable o desagradable que vemos en nosotros. Es sentirse a gusto o disgusto consigo mismo. Es admiración ante la propia valía. Es un juicio de valor sobre nuestras cualidades personales. Es la respuesta

de nuestra sensibilidad y emotividad ante los valores y contravalores que advertimos dentro de nosotros.

Algunos aspectos del alcance de la autoestima según Alcántara son:

1) **Condiciona** el aprendizaje, 2) **Supera** las dificultades personales; la persona con autoestima es capaz de enfrentar los fracasos y los problemas que le sobrevengan. Dispone dentro de sí la fuerza necesaria para reaccionar buscando la superación de los obstáculos, 3) **Fundamenta** la responsabilidad; Solo se compromete el que tiene confianza en sí mismo, el que cree en su aptitud; y normalmente encuentra en su interior los recursos requeridos para superar las dificultades inherentes a su compromiso, 4) **Apoya** la creatividad; Exige ineludiblemente una autovaloración indiscutida, una vivencia de la propia valía. Recordando las principales estrategias suscitadoras de la creatividad podemos ver que en todas ellas es primordial la confianza en sí mismo, 5) **Determina** la autonomía personal; Los individuos son autónomos, autosuficientes, seguros de sí mismos, capaces de tomar decisiones, que se acepten a si mismos, que se sientan a gusto consigo mismo, que encuentren su propia identidad en la crisis de independencia, 6) **Posibilita** una relación social saludable; El respeto y aprecio hacia uno mismo es la plataforma adecuada para relacionarse con el resto de las personas y 7) **Garantiza** la proyección futura de la persona; Se proyecta hacia su futuro, se autoimpone unas aspiraciones y unas expectativas de realización, se siente capaz de escoger unas metas superiores.

La dimensión afectiva de la autovaloración se encuentra estrechamente relacionada con su dimensión cognitiva, siendo este el eje central de la afectividad a nivel de estructuración cognitiva de significados y creencias sobre uno mismo y los demás.

Lazarus (1966, 1968), señala que la emoción surge de una evaluación cognitiva del entorno. Para Lazarus (1984), la emoción y la cognición son un fenómeno unitario que sólo puede observarse disociado en circunstancias extraordinarias.

El constructo mediante el cual se articula esa idea es la *evaluación*. La evaluación consiste en un proceso de evaluación de los cambios que se producen en nuestro medio y el grado en que esos cambios

afectan nuestro bienestar. Lazarus distingue tres tipos de evaluación cognitiva: La evaluación primaria , secundaria y la reevaluación (Lazarus, Kanner y Folkman, 1980).

La evaluación primaria consiste en la valoración de una situación como irrelevante, benigno-positiva, o estresante. La evaluación secundaria que implica un proceso de evaluación de qué recursos adaptativos, poseemos para superar las amenazas, daños u obstáculos que la evaluación primaria detecte en un determinado entorno. La reevaluación proporciona una nueva evaluación sobre el éxito de nuestros esfuerzos adaptativos, una vez que hemos decidido ajustarnos a un entorno hostil o mejorable (mediante acciones, mediante elaboraciones cognitivas como, por ejemplo, racionalizaciones) (Morales, 1994).

Las emociones surgirían en esas relaciones o transacciones entre el individuo y sus entornos y constarían de tres elementos: a) La serie de evaluaciones cognitivas implicadas en esta situación. Esto sería el elemento central del fenómeno emocional. b) Una tendencia a actuar que puede manifestarse o no y que es la consecuencia directa de nuestras evaluaciones del entorno. c) Un patron de respuestas fisiológicas característico. Como indican Lazarus, Kanner y Folkman (1980).

1.1.2.3. Dimensión social

Para que la autovaloración se desarrolle, el niño necesita una comparación con los otros en términos de posesión, capacidades y cumplimiento. Es por este motivo que se considera hoy en día a los esquemas autorreferenciales (autoconcepto, autoestima, autoimagen) como un fenómeno esencialmente social. (Markus,1985).

Las experiencias iniciales de eficacia en primera instancia están concentradas en la familia; En la niñez intermedia los compañeros van asumiendo un rol cada vez más importante. El niño va a desarrollar autoconocimiento de sus capacidades y subsecuentemente de su eficacia. La relación entre la afiliación y el desarrollo de la eficacia es vista como recíproca y tan capaz de trabajar en beneficio del niño (Markus, 1985).

Los niños de los 6 a 12 años al convertirse en miembros activos de

su sociedad, están encargados de resolver tareas que les servirán en su vida y a su vez conforman el autoconcepto en gran medida. (Papalia,1992).

La primera tarea del individuo es desarrollar una comprensión relativamente estable y completa de sí mismo. Es un nivel general creciente y diferenciado del "Yo" y el "No Yo", es decir diferenciar los territorios del sí mismo. En niño refleja las percepciones de otras personas, sensibilizándose por las necesidades y expectativas de otros y el conocimiento del sí mismo. Se da un sentido de pertenencia (particularmente con sus compañeros) y empieza el desarrollo de una identidad social por medio de roles alcanzados a los que ahora han sido inducidos por ejemplo la amistad. En esta tarea se empieza a desarrollar la habilidad de presentación; porque tenemos ideas de quienes y cómo somos y procuramos de presentársela a los demás a fin de producir un resultado positivo.

La segunda tarea se da en la comprensión de cómo trabaja el mundo social. El niño comienza a identificar las reglas. Adquieren mayor comprensión de como trabaja el mundo social y la relación entre la gente, apreciando los conceptos de poder, igualdad, confianza y cooperación. Esta comprensión social muchas veces facilita crear mundos privados teniendo "un mejor amigo" sirviendo éste como base de entrenamiento para el desarrollo social, emocional y moral; comparten con el amigo sus puntos de vista comprensión de sus límites y perspectivas. Se puede lograr desarrollar la conducta altruista dando beneficio a otros sin esperar retribución externa.

La penúltima tarea es el de internalizar los estándares de la propia conducta, sus necesidades, metas y expectativas que coincidan con las de su sociedad. El niño se fija cada vez en las normas y las incorpora no solo para complacer a los demás sino también a sí mismo.

La última de las tareas es crear estrategias de autocontrol y dirección de la conducta. El niño al entrar al mundo social tiende a impulsar estrategias para mejorar el cumplimiento, el aprendizaje y luchar con las metas y expectativas conflictivas. El autocontrol les da la oportunidad de tener una idea más firme y unívoca de lo que debe ser su "si mismo" afanando en establecer congruencia entre lo que son y lo que hacen. Manteniendo así estándares personales y sociales;

aprendiendo a aceptar responsabilidades y culpas.

Un niño que interactúa y es más, que sea popular tiende a ser saludable, vigoroso y bien equilibrado. Se puede confiar en él, es afectivo y considerado, piensa con moderación acerca de él mismo (Papalia,1993).

La autovaloración es decisiva en el desarrollo de una personalidad integrada. Una autovaloración (autoconcepto) individual, aun en la niñez y con toda seguridad en la edad adulta, ha de ser bastante congruente pues de lo contrario la personalidad se fragmentará y el sujeto sufrirá una "confusión de roles" (Mead,1934). Mead, escribe:"... el yo individual no sólo 'incluye' en sí componentes sociales aislados, sino que en su integridad 'es en esencia la estructura social desarrollada de su experiencia social'". El individuo que percibe esos yo COMO similares estará mejor preparado para madurar y adaptarse que el que piensa que el yo real es muy inferior al yo ideal.

También es importante señalar cómo los padres, los miembros de la familia, los maestros, los amigos y los compañeros afectan nuestra percepción de nosotros mismos y de nuestro papel social-nuestra autovaloración. Conforme buscamos nuestra propia identidad y formamos una imagen de nosotros mismos en varias situaciones sociales, también buscamos y formamos una manera de entender a las personas que nos rodean. Los niños aprenden a verse como seres separados y, por tanto, a ver a los demás como personas independientes con sus propias identidades Es durante la adolescencia cuando el intelecto adquiere la capacidad de formular teorías y principios sobre el modo de ser de las cosas y sobre cómo debieran ser. Con esa nueva capacidad mental, los adolescentes empiezan a desarrollar el sentido de "identidad del yo", una idea coherente y unitaria del yo.

Aun cuando los procesos del aprendizaje están ayudando a formar la autovaloración (autoconcepto), éste a su vez está influyendo en el aprendizaje. Tendemos a estudiar nuestra propia conducta y actitudes, vigilándolas según las ideas que tenemos acerca de nuestra personalidad. Si una actitud o valor parece encajar en ellas, estamos propensos a adoptarlas. Si no es congruente con nuestra idea del yo, las excluimos por mucho que sean premiadas o por potentes que sean

nuestros modelos de los roles. Al excluir la conducta cultural que es incompatible con la autoimagen, tiene lugar un proceso de integración. En otras palabras, cuando el autoconcepto cobra suficiente fuerza para ayudar a regir nuestro comportamiento, se convierte en un agente de socialización y, a la vez, en un producto de ella (Craig y col.,1990;P.154).

1.1.2.4. Dimensión moral

El desarrollo del control y regulación de la conducta se consigue a través de un proceso de construcción e interiorización de valores. Este proceso se da en la socialización que consiste en que los niños aprendan a distinguir entre lo que su entorno considera correcto y lo que juzga incorrecto, es decir que puedan conseguir un nivel elevado de conocimiento de los valores morales que rigen esa sociedad y se comportan de acuerdo con ellos (Padilla,1993). Algunos de estos valores se relacionan con el comportamiento propio de los roles sexuales, otros se relacionan con las normas morales y otros simplemente se relacionan con la forma habitual de hacer las cosas. Muchos teóricos cognoscitivos señalan que los intentos del niño por regular su propio comportamiento reciben el influjo de sus incipientes conceptos sociales. Esos conceptos se refieren a un mayor conocimiento de sí mismo y de los otros (Craig y col.,1990).

Basándonos en un punto de vista cognitivo evolucionista planteado por Piaget y Kohlberg el desarrollo de las actitudes morales supone una reorganización secuencial relacionada con la edad, es decir por estadios, donde los niños desarrollan un sistema conceptual que le permiten comprender y transformar las nociones de comportamiento social.

El juego es una de las primeras actividades que hace despertar en el niño el respeto por las reglas (Piaget, 1932). Gracias a la acción lúdica el niño también incorpora información, es decir la asimila. Es gracias a este desarrollo que el niño irá comprendiendo no solo las reglas de un juego, sino de esa manera se va introduciendo en el mundo de los valores que rigen su sociedad.

En el primer estadio las reglas son percibidas por el menor como absolutistas. Para Kohlberg dicha moral está dada en la etapa

preconvencional donde se pone énfasis en el control externo.

Este proceso en que los individuos están dirigidos por leyes externas, es lo que Piaget denomina heteronomía, un acto de sumisión con doble vestimenta: hacer lo que se nos manda y dejar de hacer lo que se nos prohíbe. Se presenta aquí el primero de los respetos el unilateral; del niño hacia el adulto. Las consignas no son juzgadas ni interpretadas solo obedecidas (Piaget,1969).

El deber en este nivel es heterónimo, porque es independiente de la conciencia y obligatoriamente impuesto, sea cual sea la circunstancia en la que se halle el individuo.

El cambio de una moralidad heterónoma a una autónoma se produce presumiblemente cuando el niño empieza a apreciar otros puntos de vista a demás del propio. A las normas se las percibe como un sistema de relaciones en que uno obedece por consentimiento propio y por el respeto mútuo hacia los demás, respeto que hará percibir a los demás como iguales. "La autonomía aparece con la reciprocidad cuando el respeto **mútuo** es lo bastante fuerte para que el individuo experimente la necesidad de tratar a los demás como querría ser tratado" (Piaget,1932).

Esto ocurre alrededor de los diez años, donde empiezan a ver las leyes morales como medios por los cuales las personas pueden cooperar unas con otras. El respeto mútuo, el segundo de los respetos, provoca toda una serie de sentimientos morales desconocidos hasta entonces COMO es la honestidad entre jugadores que excluye la trampa no porque esté prohibida sino porque viola el acuerdo establecido entre los individuos que se aprecian. Por lo que la regla obliga en la medida que el propio yo lo consciente de forma autónoma con respecto al acuerdo establecido.

Este tomar parte activa de la dirección de su conducta le da la opción a la persona, por primera vez de reconocer la posibilidad de conflicto entre dos estándares sociales aceptados y decidir entre ellos.

La cooperación, cuyo principio es la solidaridad, constituye la forma ideal de equilibrio hacia la que tiende la sociedad rompiendo el conformismo obligatorio. De donde la disciplina es moderación y el

dominio del sí mismo. El control de la conducta es interno ahora, tanto en los estándares sociales observados como en el razonamiento sobre lo correcto y lo incorrecto.

La cooperación y el respeto mutuo son los que desarrollan los sentimientos de justicia. Por lo tanto el respeto mutuo que se diferencia gradualmente del respeto unilateral conduce a una nueva organización de los valores, cuya función es ampliar una relativa autonomía de la conciencia individual de los individuos. La cooperación coordina el punto de vista de una reciprocidad, entonces asegura la cohesión del grupo y para la persona autónoma. No obstante, idealmente no será hasta los primeros años de la adolescencia cuando la justicia igualitaria tenga un carácter realmente imparcial, en el sentido de aplicarla según las situación circunstancia y motivos en que se produzcan las transgresiones.

La concepción del deber es también cambiado, porque es un deber dictado desde dentro, no impuesto. "La dirección de éste se orienta de acuerdo a las normas que la razón y las necesidades crean al hombre, en cada tiempo y lugar para poder conciliar sus deseos con los demás" (Emilio Mira y López, 1986).

Efectivamente, en el momento que se ha evolucionado a una moralidad autónoma se resolverán los dilemas morales presentado en la vida cotidiana por regulación propia y no a presiones externas.

1.1.3. DIFERENCIAS DE SEXO EN EL DESARROLLO DE LA AUTOVALORACION

El rol de género que son las conductas, intereses, actitudes, habilidades comportamientos, roles y actividades que una cultura considera apropiada para hombres y mujeres en base a su sexo biológico. Las diferencias entre hombres y mujeres se dan desde edades muy tempranas, y se configuran como un esquema integrado en el autoconcepto. Esto significa que no solo se percibe a los demás según los patrones de un esquema sexual, sino que muchos individuos se comportan, se perciben a sí mismo y piensan como masculinos o femeninos. Los individuos esquemáticos masculinos, incluyen en su autoconcepto principalmente características como ser : ambicioso, asertivo, competente y los individuos esquemáticamente femeninos propiedades como: cariñoso, amable, hablar suavemente (Ben, 1981;

Markus, 1982).

Se han observado en estudios que las mujeres que a menudo sobrepasan a los niños durante la escuela elemental quedan atrás académicamente en la escuela superior. Las mujeres tendían a evitar los riesgos académicos. Se preparaban para los exámenes y se sentían menos seguras que sus compañeros sobre su preparación para el estudio de graduados.

Carol Gilligan (1982) también hace referencia a una diferencia existente en el desarrollo moral, porque las mujeres resuelven los dilemas morales en modo distinto al de los varones. Mientras que nuestra sociedad exige a los hombres que sean asertivos y usen un juicio independiente, se espera que las mujeres se preocupen por el bienestar de otros y se sacrifiquen para asegurar ese bienestar de otros y se sacrifiquen para asegurar ese bienestar. Por lo tanto el dilema de la mujer parte del conflicto entre ella misma y los otros, un conflicto que no surge en el esquema de Kohlberg. Se llegó a la conclusión de que mientras los hombres tienden a pensar en términos de justicia abstracta y equidad, las mujeres piensan sobre responsabilidades específicas. Gilligan plantea tres niveles, que va desde el egoísmo donde la mujer vive según sanciones impuestas; pasando por el autosacrificio, donde define su yo en base a la capacidad de cuidar y proteger; y el último en que la mujer alcanza autonomía porque es tan importante como los demás, logrando una igualdad moral.

1.2. LA MUJER EN LATINOAMERICA

UNICEF- Crespo (1986) propone que la discriminación de la mujer surge por el no reconocimiento del rol femenino en la producción, hecho que constituye el principal elemento determinante de las diferencias sexuales. Esta discriminación produce una desvalorización ideológica y social que resulta en una discriminación social, política, económica y educativa. En otras palabras no solamente se debe hablar de diferencias sexuales, sino que la principal característica de esta diferenciación en nuestro medio es la discriminación de la mujer.

Es a partir de lo biológico que se refuerza la explotación y discriminación de clase y de género, ya que el embarazo y el parto pone a la mujer en desventaja respecto del varón, pero este hecho está

alimentado por una estructura patriarcal que agudiza más aún la desventaja.

FLACSO (1993), indica : La universalidad de la discriminación que sufren las mujeres no oculta las modalidades específicas que asume en cada sociedad, de acuerdo a su historia y cultura. En América Latina, su particularidad tiene raíces profundas y se relaciona con la propia conformación de la región a través de los procesos de conquista y meztizaje, colonización y posterior independencia de los Estados nacionales.

Al estar inmersas en una sociedad que, aparte de patriarcal es también estratificada y discriminativa en términos de clase y cultura, estas interacciones están acompañadas de un manejo de valores respecto de los otros y respecto de sí mismas que van configurando las identidades y de algún modo van señalando los límites en los que nos movemos. De algún modo las identidades van señalando los límites en los que nos movemos . De algún modo las identidades la conciencia y los diferentes grados de interpelación están relacionados con el juego de valores que impone la interacción en un marco estratificado y discriminativo que ofrece la sociedad en la que vivimos(Peredo,1994).

1.3. SITUACION DE LA MUJER EN BOLIVIA

Bolivia según el censo de 1992 tiene algo más de 6 millones de habitantes de los cuales el 50.3 % son mujeres. La población urbana asciende al 58% y la rural al 42%. En cuanto a la distribución por edades de la población, existe un 36 % entre 4 y 19 años, y un 38 % entre 20 y 40 años (INE 1992).

Las mujeres bolivianas, tienen todavía cerca de cinco hijos promedio por mujer. Así, puede afirmarse que su ciclo vital ha sufrido modificaciones en estos últimos cuarenta años, pero no en la medida que lo experimentarían las mujeres de otros países latinoamericanos (CIDEM,1994).

Pese a que la población boliviana es apreciablemente joven, una elevada proporción de los mayores de 12 años se encuentra emparejada: en torno al 60% en 1992, tanto casados como en convivencia libre (INE,1994).

1.3.1. Educación

Siendo la educación un factor importante en la movilidad social, la carencia de esta presenta un elemento que contribuye a mantener las diferencias de oportunidades de desarrollo y progreso entre los sexos en detrimento de la mujer y del contexto social, en el que ella es centro como lo es la familia.

En la familia se destaca el privilegio de la educación de los varones por considerarse que los niños tienen "obligación de servicio" y que su futuro como amas de casa y madres de familia no requiere mayor educación. La definición de los roles es muy marcada limitando su acceso a la escuela.

La situación de pobreza incide en las posibilidades educacionales de las niñas; la falta de condiciones económicas impulsa la temprana inserción laboral de las niñas dentro o fuera de la casa. Pero la propia condición de pobreza, reflejado en precarios estados de salud y nutrición o distanciamiento geográfico, dificultan el acceso a los servicios educativos (INE,1994).

Las condiciones de vida de las bolivianas se encuentran entre las más deprimidas de América Latina. La situación educacional de las mujeres bolivianas ha mejorado apreciablemente en las últimas décadas, aunque su posición es aún marcadamente desigual respecto de los hombres. Todo ello en un contexto educativo que muestra deficiencias que se encuentran entre las más graves de la región, vinculadas, en general, a tres factores principales: género, raza y estratificación social (UNICEF,1994).

1.3.2. Trabajo

Como ha sucedido en el resto de América Latina, las mujeres han participado en el desarrollo socioeconómico de Bolivia de distintas formas, siendo las dos principales el trabajo doméstico y las actividades dedicada al mercado económico. A su vez, dicha participación ha estado condicionada por las características y los cambios del sistema productivo nacional, así como por su particular condición de género.

Así, la participación femenina en el desarrollo adquiere visibilidad fundamentalmente cuando puede medirse como actividad económica. Ello resulta un problema cuando en ciertos ámbitos, como el agrícola, las tareas domésticas y las dirigidas al mercado no pueden distinguirse con facilidad. Con frecuencia, los medios de encuesta y las propias mujeres se inclinan a considerar que su trabajo forma parte de las tareas del hogar y por tanto que son solamente dueñas de casa, es decir, económicamente inactivas (INE,1994).

Esta elevada participación femenina en el mercado laboral sólo ha cambiado levemente la segmentación sexual que existe en los distintos ámbitos ocupacionales. Las bolivianas, pese a que su trabajo agrícola está mejor registrado que en el pasado, siguen ocupándose principalmente en el sector servicios, en profesiones tradicionalmente femeninas: servicio doméstico, empleadas de comercio y oficina, y entre las profesionales, como profesoras, enfermeras, etc.(INE,1994).

Las diferencias salariales entre los sexos son en Bolivia una de las mayores de América Latina: en 1992 las mujeres perciben un ingreso promedio por el factor trabajo que es la mitad del que reciben los hombres. Estas diferencias proceden tanto de la segregación del tipo de trabajo (las mujeres difícilmente obtienen puestos de dirección), como por discriminación sexual directa en trabajos del mismo rango. Todo ello está referido, ciertamente, a la determinación cultural establecida.

Siendo la legislación boliviana una de las más avanzadas en América Latina en lo concerniente a la protección social de la mujer, sus normas no se cumplen a cabalidad debido a factores, tales como la falta de educación, carencia de información para que la mujer pueda tomar consciencia de sus derechos y ausencia de una reglamentación práctica que permita viabilizar la legislación vigente (Alianza de Médicas en Bolivia,1985).

Se prohíbe el despido por causa de embarazo o lactancia. La trabajadora embarazada tiene derecho a un descanso remunerado de 45 días antes y 45 días después del parto (Ley General del Trabajo,Art. 61). Toda mujer en período de gestación y hasta un año del nacimiento del hijo gozará de inamovilidad, tanto en las instituciones públicas como en las privadas (Art. 1 de la Ley de 2 de marzo de 1988).

Los artículos anteriormente mencionados, muchas veces no se cumplen, pues, en el ámbito laboral, muchas industrias contratan solo a mujeres solteras sin hijos o las despiden cuando se embarazan, usando como excusa la menor productividad debida a su ausencia del trabajo por razones del embarazo y comienzos del puerperio (O.P.S.,1991).

Un considerable porcentaje de mujeres embarazadas trabaja en trabajos domésticos no remunerativos, sin embargo; cumplen la misión de reproducción la fuerza de trabajo del país,extremo no reconocido por la sociedad, ni el Estado(Alianza de Médicas en Bolivia,1985).

1.3.3. Salud

A comienzos de los años noventa, la mayor parte de la asistencia sanitaria dependía en Bolivia del apoyo de la cooperación Internacional. La alta mortalidad infantil y materna se corresponden con una escasa cobertura de sistemas de salud reproductiva, en un país donde destaca el bajo uso de medios eficaces de control de la fecundidad al lado del nivel más alto de América Latina en cuanto a natalidad no deseada (INE,1994).

Nuestro país tiene el más alto índice de mortalidad materna de América Latina : por cada 100.000 nacidos vivos,480 mujeres mueren, lo que significa que al año mueren cerca de 1.500 mujeres debido a causas asociadas al embarazo y al parto.

Según ENDSA; la mortalidad materna entre mujeres solteras representaría hasta el 30% de estas cifras, lo que a su vez está relacionado con la edad temprana en que muchas inician su maternidad (UNICEF 1994). En Bolivia, una de cada dos mujeres tiene su primer hijo antes de los 21 años, una de cada tres antes de los 20 años, y dos de cada diez antes de los 18 años. estos datos nos cuestionan una serie de aspectos sobre el proceso de socialización de las mujeres, sus planes y expectativas de vida, sus ilusiones, sus proyectos y sus frustraciones.

Las causas de la mortalidad materna descritas por ENDSA están concentradas fundamentalmente en problemas relacionados con el parto (12%) o período de embarazo (67%), representando el 79% del total. Otros estudios hospitalarios sostienen que más de la mitad de las muertes maternas se deben a complicaciones de aborto , no se conoce la

totalidad de abortos inducidos por ser clandestinos al considerarse ilegales (UNICEF 1994).

1.4. EL EMBARAZO

Desde el inicio del embarazo, o incluso desde que la mujer lo imagina y ciertamente a lo largo de él se van expresando sentimientos y manifestando actitudes que dan cuenta del aspecto emocional que acompaña a los comienzos de la maternidad. Estos sentimientos pueden ser expresados con palabras con gestos, o a través de estados de ánimo: una mujer puede estar visiblemente alegre, triste, muy preocupada, ensimismada, pero además el aspecto emocional de la mujer que espera un niño recurre a los procesos orgánicos del embarazo para expresar a través de ellos tensiones o conflictos (Santiesteban,1985).

Haciendo caso a los investigadores que desde distintos ángulos han estudiado los efectos de su desarrollo sobre el psiquismo femenino, hay que seguir pensando que por encima de todo el embarazo significa un cambio importante en la vida de la mujer, el que le abre las puertas de su más completa realización, y está precedido de principio a fin por la felicidad y la serenidad.

1.4.1. EXPECTATIVAS DE LA MUJER EMBARAZADA

Cada cultura posee creencias firmes acerca de la conducta apropiada en el embarazo, las mujeres deben acomodarse a dichas creencias, que condicionan en gran medida sus expectativas y comportamiento (Mead, 1967).

Tales expectativas de conducta, constituyen exigencias que la mujer embarazada debe afrontar mediante un trabajo interno de aceptación, primero, y de cumplimiento con éxito después (Salvatierra, 1989).

La mujer embarazada sufre cambios en las expectativas de la función personal: por ejemplo, planes profesionales, libertad personal, sensación de comenzar a ser una "verdadera mujer", etc. (Read,1973)

1.4.1.1. Expectativas de Maternidad

La maternidad sin ser necesariamente algo planificado constituye una aspiración en la vida de muchas mujeres. En tal sentido podemos hablar no de una conducta instintiva, pero sí de una disposición a la maternidad que tiene su origen precisamente en las experiencias tempranas que afirmaron la identidad femenina de una mujer; asume también la dimensión de "encargo social" que tiene la maternidad como rol para la mujer (Santiesteban,1985). Ser Madre es una virtud que forma parte integral del destino biológico y social de la mujer. Se puede hablar de una " disposición natural " de la mujer a la maternidad (Gondonneau,1975).

Resulta difícil afirmar que toda mujer se siente madre por el solo hecho de saberse embarazada o incluso con ver a su hijo recién nacido. No obstante, es innegable que tanto el embarazo como el parto son momentos de un mismo proceso iniciales tal vez, pero constitutivos de la experiencia de la maternidad.

La maternidad es una actividad que se aprende, además las madres primerizas de nuestra sociedad, que quizá nunca hayan tenido antes un recién nacido en sus brazos, deben aprenderlo casi todo después de nacer su hijo. El maestro es el niño (Kitzinger,1975).

La ambivalencia de la mujer en cinta con respecto a su embarazo es frecuente. El medio familiar y sobre todo la actitud del marido, influye en la actitud de la mujer y, a menudo, la modifica. El hijo puede ser considerado como una molestia (el hijo "accidente") o como un "juguete" o, aún antes de haber nacido, por ser demasiado esperado o deseado, como el hijo "rey". El período de la primera gestación marca un giro decisivo en la vida conyugal. La espera del hijo es una ocasión de modificaciones de las costumbres de la vida de la pareja, cuyos proyectos giran ya alrededor del hijo por nacer y no pueden de modo alguno, ignorar su llegada (Psicología y Pedagogía Infantil,1996).

Podemos reconocer entonces la presencia de diversos factores que determina en una mujer su voluntad de ser madre no es siempre consciente ni racional y no necesariamente obedece al deseo de tener un hijo. La maternidad es en algunos casos un medio para alcanzar otros objetivos como por ejemplo estabilizar su relación de pareja poder

satisfacer una gran demanda de afecto, etc.

Las relaciones psicológicas complejas que la mujer mantiene con su cuerpo durante el embarazo son el origen del sentimiento maternal que, por una parte, es una relación narcisista de la futura madre con ella misma, antes de convertirse en una relación de la madre con su hijo. " A lo largo de los nueve meses de embarazo ella consigue psicológicamente , hacer una diferenciación progresiva de lo que es su cuerpo, es ella misma, por una parte y su hijo por otra " (Bernard Mundworf).

El aspecto biológico es el sustrato de la maternidad y al mismo tiempo es lo que aparece más evidente, pues se manifiesta en los cambios anatómicos y fisiológicos que ocurren en el organismo de la mujer gestante. Estos cambios así como la actividad que se genera al interior del cuerpo de la mujer embarazada son tal vez las características biológicas más importantes.

La maternidad se refiere a la relación de la madre y el hijo como un todo, sociológico, fisiológico y afectivo. Esta relación comienza con la concepción y se extiende a través de los procesos del embarazo, nacimiento, alimentación y asistencia (Deutch,1968). Al mismo tiempo, la maternidad vá más allá de un comportamiento o de un conjunto de actividades - de atención y cuidado - orientados hacia el hijo se une la participación en una relación interpersonal afectiva. En ese sentido la maternidad es un rol psicológico y como tal no es producto exclusivo de un proceso de socialización - educación para ser mamá - y tampoco solo expresión conducta de imitación en la que la hija copia a la madre. En otras palabras la actitud maternal de una mujer no depende necesariamente del hecho de haber jugado solo con muñecas, de haber sido mamá en sus juegos infantiles con otros niños ni siquiera de haber tenido una educación centrada en dicho rol (Santiesteban,1985).

1.4.1.2. Expectativas hacia el hijo

El primer hijo puede ser esperado como un continuador de la actividad del padre (si es varón), una ayuda en la casa para la madre (si es mujer), o bien en general como un sosten para la familia, una alegría para los abuelos y otros calificativos similares.

Pocos ocultan aún hoy su íntimo orgullo si su primogénito es un varón, o su decepción cuando sólo tienen hijas. Todo ello implica una carga de ansiedad suplementaria durante el embarazo y una sutil pero apreciable diferencia en las actitudes de los progenitores si el resultado (el sexo del niño o bien, más adelante, su "vocación") no corresponde con lo esperado (Psicología y Pedagogía Infantil,1996).

A veces se desea la venida del hijo como solución a las diferencias matrimoniales o para suplir el amor que falta en la pareja, en este caso, cómo uno y otro cónyuge van a aferrarse al niño, creándole una relación de excesiva dependencia, y haciéndole jugar un tácito papel de "objeto de intercambio de amor" de cuyos efectos su desarrollo psicológico ulterior podrá difícilmente escapar.

Las expectativas conscientes de los padres también son importantes, pues en ellas está en cierto modo definido el papel del futuro hijo en la familia. Y, en muchos casos, con el agravante de un cierto beneplácito social en base a factores culturales, políticos o religiosos según qué actitudes tengan (Psicología y Pedagogía Infantil,1996).

1.4.2. SITUACIÓN ECONÓMICA

Para una familia que se debate entre la carencia de medios económicos y la pobreza del ambiente social y cultural, la perspectiva de un embarazo no puede ser nunca, lógicamente, un acontecimiento feliz (Psicología y Pedagogía Infantil,1996).

Las condiciones de vida, singularmente las características de la vivienda, tienen notable capacidad estresante. El hacinamiento, la insuficiencia de instalaciones, la falta de intimidad, son fuentes de irritaciones menores, pero continuas, para referirse solamente a los aspectos psicológicos de la mujer embarazada (Salvatierra,1989)✦

El embarazo y la maternidad en cualquier condición adversa colocan a la madre y al niño en situación de alto riesgo personal y social, lo que se ve agudizado en la adolescencia, sobre todo en la temprana, y mucho más en los sectores de escasos recursos económicos (Consejo Nacional de la Mujer,1992).

Generalmente los riesgos están vinculados con la pertenencia a una clase social y a la posibilidad de las adolescentes a tener acceso a servicios de salud integral donde puedan recibir orientación anticonceptiva adecuada. a esto se debe agregar la falta de oportunidades educativas, de inserción en el mercado de trabajo y ningún acceso de vivienda (Isis Internacional,1993).

1.4.3. RELACIONES FAMILIARES

1.4.3.1. Relaciones con los Padres

Tan pronto como informan a otras personas del embarazo, (especialmente en los futuros abuelos) pueden sentir que se ha puesto en marcha la maquinaria social. Algunas parejas encontraron una fuerte desaprobación por parte de la familia, en especial de los padres, al decidir no tener hijos de momento; después, cuando la mujer se queda embarazada, quizá le sorprenda el alivio y el placer expresado por esas personas, como si por último hubiesen hecho algo socialmente aceptable (Kitzinger,1975).

Las relaciones con los padres de la pareja causan estrés con frecuencia. A veces por alejamiento geográfico, con soledad de la gestante, sin suficiente apoyo emocional y material. Otras, por todo lo contrario: el vivir demasiado cerca puede limitar la independencia de la pareja recién casada, dificultando la consecución del papel adulto. Mucho depende de las actitudes de los propios padres. El embarazo de la hija desencadena a veces excesiva ansiedad, particularmente en la madre, haciendo rebrotar conflictos latentes en su propia vida (Salvatierra, 1989).

Por otro lado, el medio familiar en que se desenvuelve una adolescente puede facilitar o perturbar la articulación de un proyecto personal. Una familia muy desintegrada protegerá mucho menos a una muchacha de un embarazo a **edad** muy temprana, asimismo una adolescente perteneciente a una familia que puede asegurar el financiamiento de sus estudios, estará más motivada a evitar cualquier acontecimiento que altere su proyecto de ser una profesional (Isis Internacional,1993).

1.4.3.2. Relaciones con la Pareja

La embarazada no es la única persona que debe ajustarse emocionalmente al embarazo. Su pareja también tiene que hacerlo. El no ha de enfrentarse a los cambios físicos, pero el impacto emocional de la primera gestación no es menos real, y el paso a la paternidad constituye una transición importante en su vida. Para un hombre suele retrasarse, este proceso hasta que han sucedido varias cosas: el embarazo se ha confirmado oficialmente, resultan evidentes los cambios de la figura, de la embarazada el niño se mueve o él lo ha sentido (Kitzinger,1975).

El papel del padre durante el embarazo de su pareja, parece de menor importancia, si se lo compara con los cambios emocionales por los que pasa la madre y el hijo; pero si vemos las cosas con más detenimiento advertiremos que sufren una gran transición al convertirse en padres. En muchos aspectos el embarazo constituye un "asunto de familia"(Parke, 1981). Tanto el padre como la madre sienten los problemas y el placer de esperar un hijo. Durante el primer trimestre, el padre no sólo afronta los mareos de la mañana, la fatiga y la "irritabilidad" de su esposa, sino que un 65% de los que esperan su primer hijo presentan los mismos síntomas que ella (Liebenberg,1967). Además, le preocupa el futuro tanto como a la madre; no está seguro de su capacidad para sostener una familia más numerosa y no sabe qué clase de padre será. Tiende a preocuparse tanto como la madre por saber si el hijo los respetará y amará y si podrá satisfacer las exigencias emocionales de él (Ditzion y Wolf, 1978; Parke,1981). Algunos aprovechan esta oportunidad para conocer mejor a los niños y los roles de la paternidad-maternidad. Otros hacen nuevos arreglos en lo económico. Muchos dan mayor apoyo emocional a su esposa. Cuando ya tienen otros hijos, los padres pasan más tiempo con ellos para ayudarles a prepararse a recibir al nuevo miembro de la familia (Parke,1981;Craig,1990).

El varón también puede sentir miedo del parto, e incluso del cuerpo embarazado de su compañera, como si fuese algo excesivamente delicado, que no debe tocarse para no dañar al niño. Para algunos hombres, la gestación es una época de verdadero estrés (Kitzinger,1975).

Aunque sea difícilmente perceptible para ellos mismos, una pareja con dificultades en sus relaciones, por ejemplo, puede proyectar en el futuro hijo la esperanza inconsciente de una solución a sus diferencias, como sustituto simbólico del amor que falta en sus vidas. No es difícil imaginar la época del embarazo resulta especialmente estresante para algunas parejas. Puede imponer una tensión a dos personas con una relación informal, incluso casual, que no daban importancia especial a la posibilidad de casarse, pero que quizá lo hagan cuando hay un niño en camino. Lo mismo sucede con la pareja que disfrutaba su relación y cuyos componentes no se veían a sí mismos como padres, pero que a pesar de todo deciden continuar con el embarazo. En estas distintas situaciones es necesario un ajuste rápido, y uno o ambos padres puede sentirse atrapados, quizá al mismo tiempo que se sienten sorprendidos y encantados (Kitzinger,1975).

El ajuste a la paternidad- maternidad constituye uno de los grandes retos y problemas de los adultos, en especial tratándose del primer hijo. Los nuevos padres han de hacer ajustes de tipo económico y social; a menudo deben revalorizar y modificar sus relaciones actuales. Entre los factores que intervienen en el ajuste se cuentan las actitudes culturales de la familia ante el embarazo, la procreación y la crianza del niño (Craig, y Woolfolk,1990).

Las relaciones maritales o de pareja son origen de estrés con frecuencia. Por otra parte, una relación marital armónica y cariñosa representa una protección, tanto contra el estrés como para los estreses externos (Shereshefsky y Yarrow,1973). Un primer punto en estas relaciones se refiere al reparto de papeles. Los papeles pueden estar segregados, o sea, la mujer actúa como esposa, ama de casa y madre (papel femenino tradicional) y el hombre como jefe de familia, protector y sustentador, o no segregados, en que ambos son iguales, trabajan fuera de casa y atienden las tareas de hogar en común. Muchos estudios demuestran que la transición a la paternidad ocurre con menos estrés si los papeles están segregados que si no lo están .

1.4.4. PSICOLOGIA DEL EMBARAZO

1.4.4.1. PRIMER TRIMESTRE

1.4.4.1.1. Expectativas e Incertidumbre

Una vez confirmado el embarazo, se producirán cambios importantes en la vida de las mujeres embarazadas en las siguientes semanas como ser: Cambios en las expectativas de la función personal, cambios en la conformación corporal, cambios en las relaciones con el entorno.

Al principio de entrar en la gestación, la mujer puede vivir una serie de ilusiones y supersticiones pensando en el hijo que se le acaba de anunciar. Si el embarazo es deseado, no hay duda de que éste introduce en su vida unas perspectivas muy halagüeñas. En este período inicial, la embarazada pasa fácilmente de la alegría al temor: alegría por la maternidad, ilusión por el hijo; pero, también, temor por el proceso que fisiológicamente la está afectando a ella misma, miedo ante todo lo desconocido que le aguarda y, muy en particular, a que se malogre la gestación (Psicología y Pedagogía Infantil,1996).

Uno de los primeros sentimientos que aparecen tras el anuncio del embarazo es la duda. La mujer no deja de preguntarse si su estado será cierto o no, aunque el medico y los análisis lo hayan confirmado, en tanto las modificaciones que se producen en su cuerpo y, sobre todo, los movimientos del feto no despejan definitivamente toda incertidumbre sobre la gravidez (Read,1973;Psicología y Pedagogía Infantil,1996). En otros muchos momentos, sin embargo, ciertos temores van a prevalecer y mantenerse, a lo largo de este primer trimestre, en el ánimo de la gestante.

Ya ante los primeros cambios fisiológicos que se verifican en su organismo, la embarazada puede experimentar un sentimiento especial de bienestar físico y plenitud que le impulsa a desear comunicar su estado a todo el mundo; o por el contrario, puede permanecer toda esta fase bajo un estado de profunda depresión, que en muchos casos se intentará enmascarar con un aumento de la actividad física (Psicología y Pedagogía Infantil, 1996).

1.4.4.1.2. Sexualidad

Unos cambios más o menos profundos se pueden observar también en estos tres primeros meses, en la sexualidad de la mujer, que suele ver disminuido su impulso sexual a causa de la fatiga y el malestar físico, por una parte, y ante el temor de que el feto, por otra, pueda resultar perjudicado a consecuencia de las relaciones (Psicología y Pedagogía Infantil, 1996).

En estos momentos, incluso el afecto a su pareja y a los otros niños ya presentes en la familia puede quedar relegado a un segundo lugar, pues la gestante tiende a encerrarse en sí misma y a perder interés por los hechos y las cosas que existen a su alrededor. Algunas veces siente fatiga e hipersensibilidad emocional durante las primeras semanas del embarazo (Read, 1973 y Psicología y Pedagogía Infantil, 1996).

En este primer período es cuando el distrés y la incertidumbre surgen con más intensidad, la somnolencia o el insomnio, la náusea y el vómito, los antojos, la fatiga, las disfunciones intestinales (diarrea y estreñimiento) y el apetito insaciable son síntomas frecuentes en estos tres primeros meses, en los cuales la embarazada es muy vulnerable, tanto física como psicológicamente, y necesita más que en ningún otro momento encontrar apoyo y comprensión en sus familiares.

1.4.4.2. SEGUNDO TRIMESTRE

1.4.4.2.1. Tranquilidad y Bienestar

El segundo trimestre es considerado el de la tranquilidad (Read, 1973; Psicología Infantil, 1996). Muchas gestantes sostienen, en efecto, que pocas veces han experimentado en su vida una serenidad tan profunda como en la segunda mitad de su embarazo (Lange; Craig, 1990). La experiencia más importante de este período es la percepción de los movimientos fetales. La relación madre-hijo se sitúa más allá sucediendo introabdominalmente, permitiendo la clara percepción del desarrollo de un individuo independiente. En este momento los padres suelen hacer conjeturas sobre la personalidad del niño, basándose en la frecuencia, momento de aparición e intensidad de los movimientos fetales (Read, 1973).

En esta etapa mejora la capacidad y el funcionamiento de algunos sistemas orgánicos, entre ellos el sistema circulatorio (Craig y Woolfolk,1990). Sin embargo, al tener conciencia de que el crecimiento del niño es un proceso que está dentro de su propio cuerpo pero fuera de su control, todo ello en constante incremento, no dejarán de producir en la mujer un cierto grado inevitable y lógico de ansiedad. La gestante necesita confiar en una persona que cuide de ella. Puede ser su propia madre, pero también puede acudir a su pareja para, al mismo tiempo, vincularla más intensamente al embarazo.

La actividad del feto supone no sólo que el embarazo es real sino también la justificación gratificante en contra de la deformidad del cuerpo y los transtornos físicos que ha padecido en la fase anterior(Read,1973). Al sentir los movimientos del feto, no solo queda confirmada la realidad del embarazo, sino además que el niño está vivo. Esta certidumbre disipa en la gestante los sentimientos de ambivalencia y rechazo y refuerza definitivamente en ella el deseo de tener el hijo.

1.4.4.2.2. Primeros Preparativos

La ilusión con que la mujer se entrega a los primeros preparativos para la venida del niño es bastante indicativa del grado en que acepta y desea al hijo. En estos momentos, la futura madre procurará interesar más al padre en la gestación.

Casi todas las mujeres, a partir de estos momentos, empiezan a llevar a cabo los primeros preparativos para su llegada. Esto no obstante, también se observa la reacción contraria, con cierta frecuencia, en aquellos casos en los que se está viviendo un embarazo no deseado. Entonces, las compras y los preparativos suelen postergarse hasta llegar prácticamente al final de la gravidez, e incluso, mientras le es posible, la mujer prefiere seguir llevando las mismas prendas de cuando no estaba embarazada. Algunos autores han sugerido que estas actitudes pueden indicar el grado de ilusión y deseo que la gestante siente hacia su embarazo y por el niño (Psicología y Pedagogía Infantil, 1996).

1.4.4.2.3. Sexualidad

Habiendo desaparecido en gran parte el distrés y los malestares

físicos, como el insomnio, la fatiga, las náuseas, etc., es probable que se produzca ahora un aumento del impulso sexual. Para algunos autores (Colman y Colman, Masters y Johnson), esta recuperación de la sexualidad estaría favorecida asimismo por determinados cambios fisiológicos que ahora se están produciendo, como - y principalmente- el aumento del riego sanguíneo en la región pélvica y el ensanchamiento de las zonas eróticas. Según opinan otros (Pasini, Mascherpa), en cambio, a lo largo de toda la gravidez existe en la embarazada un "desinterés generalizado hacia la sexualidad".

1.4.4.2.4. Temores

Los temores que ahora pueden aparecer están relacionados con el desarrollo del niño y sus movimientos, que la mujer puede sentir en algún momento como una agresión, y con la responsabilidad ante la cada vez más próxima maternidad.

En esta fase del embarazo, los problemas suelen estar relacionados, en primer lugar, con el hecho de que la madre teme a menudo que el hijo, con sus movimientos, pueda dañarla físicamente, y, en segundo lugar, con el miedo ante la responsabilidad asumida, ahora que las dimensiones corporales la hacen ya mucho más evidente y próxima al parto (Psicología y Pedagogía Infantil, 1996).

Estos momentos de tensión se manifiestan principalmente a través de los sueños y al dar lugar a pequeños conflictos con el padre o los abuelos maternos, estando todo ello presidido por una actitud de regreso a la propia infancia que nunca, durante el embarazo deja de estar presente en la mujer.

1.4.4.3. TERCER TRIMESTRE

1.4.4.3.1. Miedo al Parto y Separación del Hijo

El miedo al parto, la idea de la separación del hijo y las fantasías sobre la propia muerte son factores preocupantes que aparecen en los últimos meses del embarazo. Pueden originar distintas manifestaciones psíquicas y psicósomáticas que, sin embargo, el apoyo y la comprensión de los familiares conseguirán en gran medida compensar. Hacia el final del séptimo mes, los movimientos del feto para colocar

la cabeza a la entrada del canal del parto provocan en la madre una gran inquietud, la sensación de que algo extraño y desconocido está teniendo lugar (Psicología y Pedagogía Infantil,1996).

1.4.4.3.2. Temores sobre el niño

Casi todas las mujeres se preguntan en algún momento de la gestación si el niño será normal (Read,1973; Kitzinger,1975). El miedo a tener un hijo minusválido está conectado muchas veces con la ansiedad sobre no ser capaz de cumplir el conjunto de normas fijadas por alguna otra persona, habitualmente uno o ambos padres de la embarazada. Quizá consideren imposible producir algo perfecto en la oscuridad interior de sus cuerpos . Probablemente este sea el temor más persistente y profundo de todos, y la única forma de superarlo consiste en desarrollar la confianza en sí misma, un proceso que requiere tiempo.

1.4.4.3.3. Mezcla de emociones

Las emociones conflictivas en las mujeres embarazadas son características de estas últimas semanas. Pueden sentirse cansadas del embarazo, pero por otra parte es una situación que conocen y comprenden. A veces desean que el niño nazca lo antes posible, pero otras se sienten más seguras como están, y les produce ansiedad el futuro. Algunas mujeres dicen que al acercarse el momento del parto se sentían irritadas contra el embarazo e incluso contra el niño. Esto produce un estado emocional que hace aceptar con gusto el comienzo del parto. Otras embarazadas disfrutaban durante las últimas semanas y otras se sienten deprimidas (Kitzinger,1975).

1.4.4.3.4. Los últimos días del embarazo

En los días últimos del embarazo, se dan momentos de incertidumbre y distrés se hacen mucho más intensos y frecuentes, o aparecen por primera vez si antes no se habían presentado. Muchas gestantes dejan de percibir los movimientos del niño durante períodos de hasta veinticuatro horas, lo que les hace pensar inmediatamente en un posible aborto. En realidad, es un hecho muy común que los especialistas atribuyen al mismo tamaño del feto y a que existe ya un encajamiento, todo esto apoyado y aumentado por un bloqueo de la percepción debido al mismo nerviosismo de la mujer (Psicología y Pedagogía Infantil,1996).

Igualmente los cambios de humor en la embarazada (Read,1973) y la sensación de que el parto es inminente ("falsas alarmas") son fenómenos característicos de la última semana, y fruto de todas las preocupaciones y de la misma espera final.

1.4.5. EMBARAZO Y AUTOVALORACIÓN

La autovaloración es una estructura psíquica que está compuesta por la unión de lo cognitivo (autoimagen,autoconcepto) y lo afectivo (autoestima). La autovaloración tiene como función relacionar al individuo con la sociedad. Es producto de las relaciones que tiene el individuo en su medio y de su propia historia particular.

La autovaloración otorga valoraciones a las percepciones del sí mismo y que a su vez está conformada por otros esquemas cognitivos personales. La mayoría de los individuos no sólo disponen de esquemas referentes a otras personas, sino que poseen una percepción de de sí mismos en relación a su imagen (autoimagen) y su desempeño en las distintas áreas de su vida y en los diferentes roles que cumplen (autoconcepto).

En el caso de la mujer embarazada su autovaloración también estará determinada por las apreciaciones, valoraciones que los demás hacen de ella; y en base a esas evaluaciones desarrollará su propia evaluación de sí misma , una percepción de ella misma en relación a su autoimagen, autoconcepto y su autoestima.

El embarazo en tanto experiencia psicológica condensa y sintetiza vivencias, recuerdos, temores pasados, así como deseos y expectativas. Esta afirmación teórica expresa la forma cotidiana de ser mamá, la relación con los hijos, el valor que le da a su propia maternidad la relación con su pareja, etc. el estilo de ser madre es producto de una historia personal y es ocasión para revivir hechos del pasado, sobre todo de la infancia y de la pubertad de la mujer.

El embarazo supone un período de gran intensidad emotiva, lleno de miedos y regresiones, felicidad e ilusión, todo a un mismo tiempo; un período en el que la mujer replanteará sus relaciones con los demás, con sus propios padres y con su pareja y, también, con ella misma (Salvatierra,1989).

Una vez confirmado el embarazo, se producen cambios importantes en la vida de las mujeres embarazadas en las siguientes semanas y meses; que repercutiran en su autovaloración dependiendo claro esta, de cómo los asuma positivamente o negativamente. Esos cambios son :

- Cambios en las expectativas de la función personal: por ejemplo, planes profesionales, libertad personal, sensación de comenzar a ser una "verdadera mujer", etc.

- Cambios en la conformación corporal. Conciencia del propio aspecto; preocupaciones respecto a que se produzcan modificaciones inalterables, como obesidad o estrías, etc. Profundas modificaciones biológicas, anatómicas y funcionales, que alteran la imagen corporal y conllevan la posibilidad de daño corporal.

- Cambios en las relaciones con el entorno. Un cambio en el papel social. La adaptación a estos cambios exige un gasto importante de energía. El centro de atención de la mujer en este momento es ella misma y la significación que esas modificaciones tendrán para ella como madre y como individuo(Read,1973).

El deseo de tener un hijo está profundamente arraigado en toda mujer ; la maternidad significa la culminación de la feminidad, de su facultad de procrear y ocupa un lugar muy importante en la estructura de la psicología femenina.

Dice Helena Deutch que el embarazo pone a la mujer cara a cara con la realidad, intensificando su percepción de la misma. El darse cuenta y hacerse cargo de la realidad es, tal vez, la característica más importante de la madurez, y el embarazo es una "crisis de maduración". Ya Bibring (1959), basándose en estudios de gestantes seguidas longitudinalmente mediante entrevistas y tests, destacó el carácter de la gestación como crisis psicológica, un período de desequilibrio fisiológico y psicológico agudo que induce el crecimiento y maduración de la mujer. El aspecto de maduración es fácil de comprender si lo consideramos como el cumplimiento de la tarea de desarrollo psicosocial correspondiente. Pero simultáneamente con la maduración, la mujer gestante experimenta una regresión a sus etapas tempranas de desarrollo y conducta (Heiman,1965)

1.4.5.1. La autoimagen

Una influencia cognitiva de carácter más psicológico, pero que también tiene condicionamientos sociológicos, es la imagen corporal que la mujer tiene de sí misma, favorable o desfavorable, y de cómo la gestación puede modificarla (Chalmers, 1984). Según Ansaldo y Schelotto (1979), el 65% de mujeres no están satisfechas con su propio cuerpo. Muchas partes del mismo, singularmente los genitales, son una "zona de sombra", sobre la que la mujer tiene ideas confusas e, incluso, las contempla como partes vergonzosas y sucias. Las satisfechas con su apariencia temen que el embarazo y la lactancia deterioren su belleza. Todas, en general, tienen inseguridades y deformaciones cognitivas acerca de su útero, del canal genital y del proceso del parto, y tienen miedo a ser estrechas o inadecuadas, especialmente si la copulación es dolorosa.

La actitud psicológica de la mujer con relación a su aspecto físico, durante el embarazo, es índice interesante de la manera en que el embarazo es aceptado o rechazado. Generalmente el primer embarazo no es objeto de decisión. Para algunas es un acontecimiento fortuito, consecuencia imprevisible de uno o varios contactos sexuales en su juventud o antes de casarse o convivir. Para otras, es un hecho vívido como componente natural de una vida marital que recién comienza, donde las relaciones sexuales y el embarazo inmediato de una mujer forman parte de la nueva situación (Santiesteban, 1985).

1.4.5.1.1. Cambio de forma

En el primer trimestre del embarazo, incluso antes que este se confirme se dan una serie de cambios; la falta del período menstrual, sensación de sopor, mareos matutinos, los cambios de las mamas, que se preparan para la producción de leche, comienzan en las primeras semanas se da el oscurecimiento de las aureolas mamarias; y los pequeños bultitos que existen en ellos (tubérculos de Montgomery) adquieren mayor relieve. Si tienen la piel muy fina, quizá noten que se ha hecho mucho más evidente la red de vasos sanguíneos de los pechos. Las venas azuladas corren sobre las mamas. Los pechos también están hipersensibles y pesados. Las mujeres con mamas pequeñas pueden apreciar un aumento obvio de tamaño, y pueden sentirse encantadas. Si

tienen los pechos grandes, es posible que no noten ningún cambio de tamaño en esta fase (Kitzinger,1975)

Los cambios físicos que experimenta la mujer durante la gestación son, alteraciones de la forma del cuerpo con notable incremento de peso son generalmente muy evidentes. Hay profundas modificaciones metabólicas y circulatorias provocadas por una masiva producción de esteroides por la placenta. Nuevas sensaciones llegan al cerebro desde la periferia y, desde el quinto mes, la gestante percibe la existencia de alguien vivo en su matriz, que crece y se agita en progresión creciente hasta el momento del parto (Salvatierra, 1989; Pág.11).

Algunas mujeres disfrutan con los cambios físicos provocados por el embarazo. Otras se sienten amenazadas, por ese proceso inevitable. Kitzinger (1975).

1.4.5.1.2. Pérdida de atractivo, temor a las deformaciones y al cambio de peso.

A ciertas embarazadas les preocupa profundamente el que su atractivo sexual desaparezca por completo debido al embarazo. Les asusta perder la figura; también sienten ansiedad ante la posibilidad de que la vagina se afloje y cambie de forma, y que en consecuencia sean incapaces de hacer el amor con sus compañeros de una forma satisfactoria para ambos (Kitzinger,1975)

Hacia el quinto o sexto mes, cuando ya los cambios físicos son de cierta importancia, puede surgir en la gestante el temor a que persistan como deformaciones irreversibles y su cuerpo no vuelva a recuperar las proporciones anteriores al embarazo. Se siente fea y poco atractiva ante su pareja y teme su infidelidad. Aunque también puede empezar a sentir ahora, por primera vez, angustia y miedo al pensar en el parto, esta sensación se manifestará con más fuerza en los meses posteriores, prevaleciendo aún, momentáneamente, el sentimiento de menosprecio físico (Psicología y Pedagogía Infantil,1996).

El temor al aumento de peso, al ensanchamiento de las caderas, a la deformación de los senos, a la aparición de estrías, etc. constituye en muchos casos una preocupación principal y constante que, sin embargo, no está en absoluto justificada: un embarazo no tiene por qué

dejar forzosamente este tipo de consecuencias, si la gestante sigue las indicaciones de su médico y realiza, después del puerperio, los ejercicios que se le van a recomendar (Read,1973; Kitzinger,1975).

El reflejo somático de esta situación suele presentarse, a su vez, en forma de insomnio, exceso de peso, hipertensión o hipotensión, calambres y dolores musculares bulimia (hambre insaciable), disfunciones intestinales, **formaciones** varicosas, etc.

En una serie de 28 gestantes, McConnell y Daston (1961),utilizando el Diferencial Semántico de Osgood, los mismos autores hallaron que las embarazadas, en general, ven su cuerpo feo y devaluado durante la gestación. Es interesante que las gestantes con una evaluación positiva de su cuerpo dieron peores evaluaciones posparto, ocurriendo lo contrario en los casos con evaluación negativa. La interpretación es que en el primer caso la propia imagen corporal queda en segundo plano ante el recién nacido, mientras que en el segundo se trataría de mujeres con alto estrés, aliviado al ver el buen resultado del parto. Karmel, (1974) ha confirmado sustancialmente estos hallazgos.

1.4.5.2. Autoconcepto

Los cambios físicos citados pueden repercutir en el estado psíquico de la embarazada. Esta debe adaptarse a la nueva imagen corporal y a la alteración de su autoconcepto, debiendo además tener en cuenta las reacciones de quienes la rodean. algunas experimentan una sensación de identificación o distanciamiento de sus amigos o bien un deseo de ser protegidas. El embarazo puede suscitar sentimientos de incertidumbre en algunas mujeres: no están seguras de los planes profesionales para después del parto, muestran ansiedad respecto a su capacidad de cuidar al niño, temen la posibilidad de defectos congénitos, les preocupa la carga económica o simplemente les molesta el cambio notable en su autoimagen. Quizá anhelan tener el hijo pero se sienten decepcionadas por tener que compartir su tiempo, su energía y esposo con otra persona (Jessner,Weigert y Foy,1970).

1.4.5.3. Emociones

No hay emociones definidas, sino matices innumerables, de origen cognitivo, de un mismo estado fundamental, de acuerdo a cómo perciba la

embarazada su embarazo; favorablemente o desfavorablemente con gozo o dolor.

Muchas futuras madres tienen un aspecto radiante. Una mujer sana que ha concebido un hijo muy deseado, que mantiene una relación amorosa y segura con el padre del niño, y que sabe algo sobre el parto y sobre lo que puede hacer en su propio beneficio, suele disfrutar con el embarazo. Muchas gestantes afirman "me siento más en forma que nunca", o "realmente me gusta estar embarazada", y se sienten sorprendidas por la vitalidad y la sensación de plenitud que experimentan...Conforme avanza la gestación, es posible que sientan ansiedades más específicas. La ansiedad puede agarrotarles en medio de la noche, cuando el niño les ha despertado con una patada, o cuando han tenido que levantarse para vaciar la vejiga y no puedan conciliar el sueño de nuevo. Todos los miedos se magnifican en la oscuridad, cuando intentan dormir y les es imposible relajarse (Kitzinger,1975).

Aunque la embarazada desease mucho un hijo, es posible que el saber que está embarazada le produzca una variedad de emociones conflictivas: triunfo ("¡Lo conseguí!"), sensación de estar atrapada ("Ya no es posible retroceder. ¿Y ahora qué?"), miedo ("Mamá lo pasó muy mal al nacer yo. ¿Podré soportar el dolor?"), preocupación ("Nos seguiremos queriendo igual que antes?") y duda ("Seguirá deseándome cuando mi cintura comience a engordar?"). Es sorprendente cuántas mujeres responden a su primer embarazo con temor y sensación de que ha sucedido demasiado pronto, aunque desearan realmente un hijo. Si descubren que se han quedado embarazadas cuando no pensaban hacerlo, quizá se sientan atrapadas. Sin embargo, muchas mujeres (para las que el embarazo no es un desastre), sienten un placer primitivo y extraño, al saber que su fertilidad ha triunfado sobre sus deseos conscientes (Kitzinger,1975).

Estas nuevas realidades provocan reacciones psicológicas de la mujer. Por un lado existe un profundo "deseo de hijo", con la íntima convicción de que "debe cumplirse", ya que es el objetivo cumbre de la mujer. Por otro lado, ese deseo se acompaña de un conflicto centrado alrededor de la aceptación o del rechazo de la gestación. "Es general la ambivalencia con que las mujeres de nuestra cultura se enfrentan a la gestación. Tienen intenso deseo, pero temen a la experiencia o al

resultado" (Salvatierra, 1989).

Según Caplan (1957), un 80% de primigrávidas admiten sentimientos de frustración y ansiedad cuando supieron que estaban embarazadas. La ambivalencia ante la primera noticia, y en el curso del primer trimestre es muy común, incluso en los casos de un embarazo deseado. Sin duda, un factor de la ambivalencia es la impredecibilidad y la inseguridad del resultado, o sea, su ambigüedad (Salvatierra, 1989).

Quizá experimenten una crisis de confianza en sí mismas, al pensar que no serán unas buenas madres porque no tienen instintos maternales. Pero la maternidad es una actividad que se aprende, y en la que interviene muy poco el puro instinto.

1.4.5.4. Aspectos sociales del embarazo

Todas las culturas conocidas regulan su conducta reproductora dentro de un marco legal y ritual que, a veces, es un verdadero "troquelado". La información antropológica, que registran 222 culturas diferentes demuestran claramente la importancia atribuida a la mujer gestante, por cualquier sociedad, y la diversidad de patrones culturales (Newton, 1967). Cada cultura posee creencias firmes acerca de la conducta apropiada en el embarazo, el parto y el puerperio. Las futuras madres han de acomodarse a dichas creencias, que condicionan en gran parte sus expectativas y su comportamiento. A veces, esas creencias, en pequeñas sociedades primitivas aisladas, y las pautas de conducta derivadas nos parecen irracionales y absurdas, pero Mead (1967) asegura que rutinas y costumbres de ese tipo continúan influyendo en las prácticas, aparentemente científicas, de los hospitales occidentales. En todas las culturas la embarazada tiene la obligación de adaptarse a los cambios físicos, psicológicos y sociales que acompañan a la maternidad. (Craig, 1990).

Como ha señalado Rof Carvallo (1972) la finalidad última de la sexualidad es la transmisión de una herencia. La sexualidad procreativa transmite una dotación genética, pero en la especie humana es necesaria la sexualidad diatrófica, o tutelar, esto es, el cuidado ejercido por los padres durante el largo período de "invalidez" por el que atraviesa todo nacido humano. Ese cuidado es la primera influencia social, ya que troquela en forma decisiva la futura conducta de la niña y,

especialmente, su comportamiento sexual y durante el embarazo.

Las demandas sociales llegan a la futura madre por diversos medios, desde el troquelado parental a los medios de comunicación de masas, a través de las instrucciones médicas y sanitarias. Pero la sociedad no solamente exige sino también apoya. La reproducción humana es un proceso social cooperativo. Aunque con grandes variaciones cuantitativas, cualesquier comunidad suele ofrecer cuatro clases de ayuda (Neuton, 1967).

1) Ayuda a la fertilización, habitualmente en forma de un matrimonio institucionalizado, 2) Protección de daños e injurias durante la gestación, 3) Auxilio económico, en diversas formas. La más usual es la exención de ciertos trabajos y tareas comunitarias y 4) Asistencia personal durante el parto y el puerperio, y más raramente en algunas complicaciones del embarazo.

En todo caso, la sociedad demanda una garantía por parte de los padres, en forma de sentimientos de responsabilidad y de conductas adecuadas para el éxito de la gestación. Para el grupo social, el embarazo es el signo evidente de que la pareja es sexualmente normal y de que la mujer ha alcanzado la madurez. En 1950 Erickson introdujo el calificativo "psicosocial" para referirse a la "interacción entre los esfuerzos psicológicos del individuo y las demandas del medio social". La vida de una persona atraviesa una serie de estadios de desarrollo psicosocial. Durante cada estadio, la sociedad espera determinados comportamientos, que son los correspondientes a la edad y situación. Tales expectativas de conducta, variables según la cultura, constituyen exigencias que el sujeto debe afrontar mediante un trabajo interno de aceptación, primero, y de cumplimiento con éxito, después. Ese trabajo psicológico se denomina tarea de desarrollo psicosocial y prepara al sujeto para el estadio siguiente, a través de la adquisición de nuevas habilidades, empleadas para decrecer la tensión. El embarazo es un estadio de desarrollo que implica una tarea, la de aceptar la gestación, y la de aceptar y ejercer el papel materno con afecto o "ternura" (Salvatierra, 1989).

Los objetivos psicosociales del embarazo son que la mujer crezca y madure como madre. Como indica Budd (1987), el énfasis puede ponerse en el aspecto personal, psicológico, o en el aspecto social. Sin embargo,

actualmente podemos admitir que el objetivo en general es mantener o alcanzar una salud psicosocial óptima. Esto representa el cumplimiento de las tareas de desarrollo psicosocial que proveen los fundamentos para el siguiente estadio de maternidad. se distinguen generalmente tres componentes:

1. La aceptación del embarazo, no solo a nivel intelectual sino también a nivel emocional.

2. La adaptación al papel materno, que requiere la asignación al neonato de una identidad basada en la realidad.

3. La ligazón materno fetal que puede describirse como una actitud positiva e interactiva con su feto, y que es la base de la futura relación transaccional afectiva con el hijo.

1.4.5.5. Algunas evaluaciones cognitivas del embarazo

Es imposible analizar una por una las influencias cognitivas, y parece preferible, como hace la generación de autores, referirse como una importante variable intermedia, al deseo de embarazo y a la actitud hacia el mismo. Dicha actitud es un resumen de las cogniciones de la mujer adquiridas a lo largo de su vida (Salvatierra,1989;P.56).

1.4.5.5.1. Embarazo no deseado y planeamiento del embarazo

Un factor determinante del efecto estresante de un embarazo es si ha sido planeado o no. Llamaremos embarazo planeado al que es buscado de forma consciente y deliberada por los padres, por los motivos que fueren. Hijo deseado es el que satisface emocionalmente las aspiraciones de maternidad o paternidad. Ambas cosas están relacionadas pero no son idénticas. Un embarazo puede buscarse para satisfacer necesidades egoístas de los padres para rechazar posteriormente al niño (Hertz,1983). De un embarazo no planeado e inicialmente rechazado puede nacer un hijo íntimamente deseado y amado (Pohlman,1969;Miller,1974). muchas combinaciones son posibles (Psicología y Pedagogía Infantil, 1996).

Según Miller (1973), hay fases en la carrera reproductiva en que la mujer es más propicia a un embarazo no deseado, por una especie de "vulnerabilidad psicológica". Una de esas fases es la adolescencia, y otra el preclimaterio. Hay momentos de "exposición voluntaria a un embarazo no deseado" (Nijs,1972), que es más frecuente en jóvenes

solteras adolescentes. La complejidad psicológica del tema se revela por los resultados de una encuesta en 400 mujeres que solicitaron y tuvieron un aborto provocado (Teichman,1984). La investigación de **Teichman** demuestra solamente la variedad de actitudes, motivaciones y cogniciones que rodean el acontecimiento embarazo (Salvatierra,1989).

Muchos estudios demuestran que el embarazo no planeado, y más aún el no deseado, aumentan la situación de estrés de la mujer, con ansiedad, síntomas físicos durante la gestación y mala adaptación al papel materno (Pohlman, 1969; Nilsson y Almgren,1970; Oakley,1980;Wolkind y Zajicek,1981). En el estudio de Gallo y cols. (1979) puntuaciones anormales de estabilidad emocional ("Cornell Index"FN-2) ocurrieron en el 25% de casos de embarazo planeado, en el 34,8% de embarazo aceptado y en el 54,8% del rechazado. No sólo sentimientos de ansiedad y depresión, sino también síntomas de carácter psicossomático fueron significativamente más frecuentes en la gestación indeseada.

Ante un embarazo no deseado, no es tan solo la falta de ilusión hacia el hecho que supone la maternidad lo que hay que prevenir, sino además los efectos del rechazo, esto es, de una disposición abiertamente negativa que en consecuencia multiplicará los sentimientos de angustia. Es sobre la base de esta situación que la gestante irá recibiendo todos los cambios físicos que se han de producir en su cuerpo, y que a menudo, inconscientemente, serán interpretados en ella como una agresión. En su caso, las indisposiciones físicas que habitualmente se suelen presentar en una gestación aceptada probablemente persistirán hasta el momento final. También el proceso de maduración personal que psicológicamente conlleva se le hará más arduo y conflictivo, y en el esfuerzo por interferirlo intentará posiblemente reforzar los vínculos que le unen a su propia madre (Read,1973).

Lo que más puede mover a la reflexión en estas circunstancias, por encima de cualquier otro tipo de consideraciones posibles, son las consecuencias negativas derivadas de esta actitud - sin entrar a rechazar ni a justificarla - que sin duda se proyectarán en el niño que va a nacer, y ante el cual no deja de sentir la embarazada, a pesar de todo, cierta culpabilidad. Los afectos que despierta el vínculo de la maternidad tienen una importancia trascendental en el desarrollo del

hijo, y este hecho, que la Psicología estudia y confirma, pero que todos los padres son capaces por sí mismos de advertir, es el argumento de más fuerzas puede proporcionar a la futura madre para reconducir su situación (Psicología y Pedagogía Infantil,1996).

1.4.5.5.2. Embarazo en la adolescencia

La realidad es que las adolescentes embarazadas no constituyen un grupo homogéneo. Es preciso tener en cuenta si el embarazo es deseado o no, y el marco social en que ocurre: existencia de un marido o compañero responsable, aceptación y apoyo familiar y legitimación de las relaciones y del embarazo.

El verdadero problema lo constituye, sin **duda**, el embarazo no deseado en la Adolescente soltera, que presenta perfiles cognitivos propios, como caso especial de embarazo no planeado (y en la actualidad, como el más frecuente). Las causas de tal embarazo son complejas, y hay una serie de aspectos sociológicos y "epidemiológicos" (Salvatierra,1989;P.61).

La adolescencia es, por definición, un período de transición entre la infancia y la edad adulta. En ella, el joven varón y la mujer sufren significativos cambios físicos, pero principalmente psicológicos. La aceptación y rechazo de valores y normas sociales y la elaboración propia de un cierto programa vital constituyen experiencias intensas y constantes en las que la ambivalencia de los sentimientos adolescentes suele conducir a posiciones extremas y poco sólidas.

La maternidad a edades muy tempranas involucra siempre a otra persona en sus consecuencias: la hija o hijo. Los graves deterioros que ésta produce a las posibilidades de desarrollo de la adolescente alcanza también a sus pequeños. Estos niños están más indefensos ante la vida, presentan un mayor riesgo que parece estar menos ligado a su biología y es más expresión de las dificultades para ellas para cumplir un papel de madre responsable y protectora de sus hijos (Isis Internacional, 1993).

La adolescente embarazada se ve enfrentada a una experiencia límite - el embarazo - que, por un lado le significa cambios fundamentales en su condición y por otro, la expone al juicio y

prejuicio manifiesto de la sociedad. Dicha experiencia de vida es asumida con mucha soledad conflicto y dolor, al estar adscrita a un medio que rechaza las conductas desviantes de las normas socialmente aceptadas (Isis Internacional,1993).

Una mujer adolescente debe no sólo enfrentar la doble discriminación que sufre como joven y como mujer: además ante una situación de embarazo sus posibilidades de decidir sobre su futuro y el modo de transitarlo, estarán aún más reducidas (Consejo Nacional de la Mujer,1992).

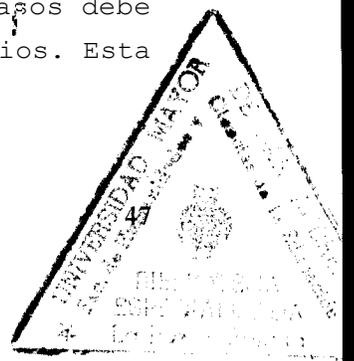
1.4.5.5.2.1. Expectativas de maternidad

Asumir la maternidad es difícil para una mujer de cualquier edad, sin embargo, si esta tarea llega cuando recién se ha cumplido los 15 o 16 años, las dificultades son mayores. Si bien es cierto que pueden estar biológicamente capacitadas para ser madres (aunque también hay dificultades con sus cuerpos en crecimiento) , es dudoso que lo estén desde el punto de vista psicológico y social (Isis Internacional,1993; Marea Alta,1992).

Resulta muy difícil desear sin reservas a un niño cuya temprana aparición es más a menudo accidental que conscientemente buscada y que además ha originado un sinfín de problemas emocionales, afectivos e incluso de carácter práctico. Las consecuencias sociales de la decisión de tener un niño durante la adolescencia adopta a veces formas extremas: un matrimonio rápido y no meditado, el rechazo incondicional de familiares o amigos y dificultades en el trabajo pueden llegar a ser un verdadero calvario para la joven madre. En otros casos, la excesiva e infantil dependencia de las niñas - madre de su propia madre implica una situación material y afectiva que puede resultar difícil de romper, hecho que sin duda marcará la infancia del bebé (Psicología y Pedagogía Infantil,1996).

1.4.5.5.2.2. Expectativas de Educación

Las adolescentes embarazadas, en la mayoría de los casos debe abandonar sus estudios, ya sea por vergüenza o por prejuicios. Esta problemática está vinculada a lo social.



Las madres adolescentes, más aún solteras y solas , son discriminadas en el trabajo, en la escuela, en sus familias, en los hospitales. La discriminación se funda en el desconocimiento. Desconocimiento avalado por parte de la literatura especializada que suele tipificar al embarazo y a la maternidad en la adolescencia como problema relacionado con el subdesarrollo, la promiscuidad, la pobreza, el desconocimiento del aparato reproductor, la ausencia de educación sexual y, en definitiva, como una catástrofe que hay que prevenir (Consejo Nacional de la Mujer,1992).

1.4.5.5.2.3. Expectativas de trabajo

Al no estar capacitadas laboralmente y estar, a su vez, muy presionadas por su precaria situación económica a conseguir algún ingreso, muchas de ellas terminan incorporándose al servicio doméstico, actividad laboral que no es sino la reproducción de roles domésticos tradicionales al servicio de una familia que no es la propia. En este sentido, el embarazo precoz conlleva un fracaso en la inserción en la esfera del trabajo, en alcanzar una participación en la sociedad más allá de la esfera privada.

Se sostiene que la maternidad adolescente carenciada engrosa el número de pobres, desempleadas , marginadas, estigmatizadas, sin suficiente calificación laboral, lo que estaría produciendo un aumento de niñas y niños de la calle, que su situación tenderá a repetirse con su descendencia.

1.4.5.5.2.4. Expectativas Frustradas

Hay quienes han denominado " síndrome de fracaso" al conjunto de efectos negativos que el embarazo indeseado produce en las distintas esferas de las adolescentes, especialmente en las menores, entre las cuales se incluye la imposibilidad de completar las funciones de la adolescencia, abandono de la actividad escolar por vergüenza o prohibición , grandes dificultades para rearticular su vida sexual y limitar su fecundidad, imposibilidad de establecer una familia y una vocación y poder cubrir las necesidades propias y las del hijo y asegurar que éste alcance su potencial vital (Palma,1993).

El embarazo adolescente afecta la posibilidad de realizar un

proyecto de pareja y de familia. Ser madre cuando se es adolescente implica alterar el las pautas que la sociedad ha definido al "proyecto de mujer". Primero se debe ser esposa, luego madre. En una condición subordinada, la mujer encuentra en la maternidad el atributo que le otorga mayor legitimación social. Pero la maternidad es valorada en tanto función de reproducción social que se da en el marco de la familia, ligada al espacio de la pareja (Isis Internacional,1993).

Irma Palma indica que; "El embarazo en la adolescencia es un acontecimiento que altera drásticamente las potencialidades de desarrollo personal y social de quienes lo experimentan".

1.4.5.5.3. Embarazo en la mujer soltera

El embarazo y el parto no son fáciles cuando no se tiene un compañero que proporcione amor y cuidados.

El hablar sobre la madre solitaria y las dificultades que ha de vencer, es hasta cierto punto un error, puesto que estas mujeres no se incluyen en una sola categoría, al igual que sucede con las que tienen una pareja. Las razones por las que una mujer sola se embaraza y sigue adelante con él, son muy variables. Algunas no ponen fin a la gestación, simplemente por ignorancia y temor. Otras tienen un hijo muy deseado, "antes de que sea demasiado tarde". Otras, amaban al padre del niño, y esperaban que la relación continuase, para acabar encontrándose embarazadas y solas. Por último hay mujeres cuyos compañeros murieron mientras estaban embarazadas, y tuvieron que enfrentarse solas con el futuro. Cualquiera que sea la razón, los problemas económicos pueden adquirir gran importancia para la madre solitaria (Kitzinger,1975).

1.4.5.5.4. El estrés en el embarazo

La cognición del embarazo como estrés depende también de las perspectivas futuras y de las consecuencias reales y percibidas. Aparte del embarazo mismo y del hijo que va a nacer, hay otros estreses: el mismo matrimonio precipitado, el abandono de la escuela y de la formación profesional, etc. Boyce y cols.(1985) conceden mucha importancia a lo que han llamado sentido de permanencia: la creencia o percepción de que hay elementos básicos de la experiencia vital que son estables y duraderos. Los componentes de ese sentido serían:

1. La conciencia de sí mismo como algo consistente y responsable.
2. La percepción de estabilidad en relaciones interpersonales importantes.
3. La identificación de ciertos lugares como especiales puntos de referencia.
4. La conciencia de rutinas y conductas establecidas en las actividades diarias.
5. La admisión de principios espirituales o religiosos que sugieren un orden universal.

En principio cabe suponer que un embarazo no deseado es resultado de un deficiente "sentido de permanencia".

Los límites temporales de las tareas son fluidos, existiendo imbrincaciones, adelantos y atrasos. Tal vez sería mejor hablar de tres "momentos" críticos o períodos de estrés incrementado:

1. La percepción del embarazo. Un período de espera hasta la confirmación diagnóstica tanto puede favorecer el estrés como permitir una adaptación progresiva. Muchas mujeres toleran mal la incertidumbre. En todo caso, la "noticia" de la gestación confirmada es un acontecimiento "mayor".

2. La percepción de movimientos fetales, alrededor del quinto mes. Aunque hoy el feto se oye y se ve mucho antes, merced a los ultrasonidos, todavía la percepción directa del feto constituye un fuerte impacto emocional.

3. La percepción de la inminencia del parto a través del simple calendario, con el inexorable paso de los días anunciando su "inminencia", pero también por la fatigosa distensión del abdomen y las contracciones uterinas de Braxton Hicks, ya en el último mes (Salvatierra,1989).

Cuando las preocupaciones son muy intensas, relacionadas con el miedo ante lo desconocido, la idea de la propia muerte y la de separación o "vaciamiento" son de por sí muy intensas , o bien se agraban al coincidir con una situación conflictiva de tipo emotivo (entre la pareja o con los familiares directos) o de carácter

económico, profesional o social en general, pueden provocar en situaciones extremas la expulsión prematura

El distrés de la embarazada se manifiesta principalmente, en el trimestre final, en forma de nerviosismo (Read,1973) y agitación, insomnio, una sensación de carga emocional (Craig,1990). Se da una gran variación en el grado de malestar, fatiga o sensación de carga sufridos por ellas durante las últimas semanas. A algunas este periodo les parece más fácil que a otras.

Depende de una serie de variables intermedias, tales como la personalidad del sujeto, sus experiencias anteriores, su capacidad y entrenamiento, y el apoyo social con que cuenta.

Las conductas sustitutivas representan una distracción, más o menos deliberada. En ciertos casos, el sujeto aumenta su distrés emocional, llora, se autoculpa, se autocastiga, como un medio de "tapar" su estrés y la deficiente capacidad de afrontamiento. Las estrategias enfocadas al problema pueden dirigirse a modificar el acontecimiento o situación estresante, dando solución al reto o eliminando la amenaza mediante procedimientos que no son aparentemente muy numerosos, pero que en la inquisición más atenta se demuestra que son altamente específicos. Evidentemente, las estrategias objetivas serán muy diferentes ante el estrés de un despido del trabajo que ante un embarazo. Pero dentro de estas estrategias están las dirigidas al propio sujeto, como reducir el nivel de aspiración, encontrar otros canales alternativos de gratificación, desarrollo de nuevas conductas, o aprendizaje de nuevas habilidades. Sin duda, estas estrategias son las más importantes, en el caso de un embarazo, y representan una adaptación a la situación (Salvatierra,1989).

Dentro de las estrategias de afrontamiento, (Lazarus y Folkman,1984) incluyen la búsqueda, obtención y uso de apoyo social, aunque otros autores estiman el apoyo social como una variable más independiente. Esa red social puede proporcionar apoyo, pero también crea exigencias. Su influencia puede ser positiva o negativa. Sin duda, puede aceptarse que el entramado de relaciones personales tiene importancia para el bienestar del sujeto, y también es admisible, en general, que la pobreza de relaciones interpersonales aumenta la vulnerabilidad de las personas. Pero en todas estas cuestiones hay

muchos factores entrelazados que hacen difícil una conceptualización clara. Schaefer y cols. (1982) distinguen tres tipos de funciones del apoyo social. En primer lugar, el apoyo emocional, que incluye el dar confianza y ánimo, el preocuparse, el amor y el cuidado, etc. En segundo lugar, el apoyo informacional, proporcionando consejo, información y crítica constructiva acerca de lo que el sujeto hace. En tercer lugar, apoyo tangible, en forma de ayuda financiera, atención personal o servicios diversos. Pero lo psicológicamente importante es la percepción del apoyo social. Una definición operativa es la de Cobb (1976) que asimila el apoyo social a "información que conduce al sujeto a creer que es atendido y amado, estimado y considerado miembro de una red de mutuas obligaciones".

El periodo prenatal tiene importancia psicológica, social y biológica tanto para el niño como para la familia. En cada cultura varían muchísimo las actitudes individuales y sociales ante el embarazo y la maternidad. Sin importar el concepto que se tenga de él, el período prenatal es una época de grandes ajustes que pueden influir en el niño antes del parto y, con toda seguridad, tendrán repercusiones después.

CAPITULO II

PRESENTACION DEL ESTUDIO

2.1. Planteamiento del Problema

Aspectos Sociales

América Latina es una región de realidades sociales heterogéneas, donde la llamada "modernización" ha sido vivida en forma desigual. La transición demográfica desde un alto crecimiento poblacional hacia otro más reducido, producto fundamentalmente de la caída de la fecundidad, y el surgimiento de nuevos patrones y expectativas de vida para las mujeres, tienen un perfil zigzagueante entre los distintos países (FLACSO, 1993).

Crespo (1986) hace una revisión de varios estudios realizados en nuestro país y concluye que la familia, como estructura social intermedia a través de la cual se ejerce la influencia de los niveles macro-estructurales, incide en la socialización de sus miembros, introduciendo valores, motivos y actitudes que responden a la situación cultural y clasista de cada familia.

En este difícil contexto, permanecen la discriminación, la invisibilidad y la desvalorización del aporte de las mujeres al quehacer social.

Las características de la formación y evolución de la sociedad boliviana determinan la discriminación de la mujer en lo económico, lo político social y lo cultural (Isis Internacional, 1993).

El acceso de la población en edad escolar (6 a 19 años) al sistema educativo ha mejorado en los últimos 16 años. Sin embargo, todavía el 25,7% de esta queda fuera de la escuela. La brecha entre las mujeres y los hombres que asisten al sistema escolar también ha disminuido considerablemente en los últimos 16 años. Analizando por grupos de edad las mayores diferencias todavía ocurren entre la población de 10 a 14 años, mostrando esto que las mujeres abandonan el sistema escolar más tempranamente que los hombres. En el ciclo medio (15 a 19 años) se vuelven a aproximar en términos proporcionales. El 52,8% de las mujeres y el 55,3% de hombres, en esa edad asiste a la escuela.

El menor acceso de las mujeres, así como su salida más temprana del sistema escolar se deben a un conjunto de factores socio-económicos y culturales que se manifiestan en la familia, en la sociedad y en el Estado.

Ante ese panorama de la mujer boliviana, cabe decir además que la mitad de la población de nuestro país, el 50,3% es constituida por mujeres. La mayoría tiene menos de 19 años, una de cada cuatro mujeres es analfabeta. La marginalidad escolar es mayor en la población femenina. Cuarenta mujeres por cada 10.000 nacidos vivos mueren a consecuencia de enfermedades relacionadas con el parto y el 46% de las defunciones maternas ocurre durante el embarazo. (INE, 1992)

En el plano social, la mujer como parte integrante de la sociedad, todavía es relegada, tiene que luchar por conseguir un puesto en la producción social; que se le reconozca su capacidad y creatividad y los mismos derechos y obligaciones que al hombre.

En el plano político, la mujer todavía no tiene una gran participación, ni tampoco en las organizaciones sindicales. Pero sin la participación de la mujer no se habría dado la Liberación Nacional.

En el plano ideológico, la mujer tiene que enmarcar su lucha contra las viejas concepciones, las viejas ideas.

En el aspecto económico la mujer ha empezado a participar en el proceso de la producción, aunque no en porcentaje relevante; su participación alcanza a un 37% de la población activa, de los 31% está formado por mujeres que están en período de fertilidad. Esta estadística no incluye al elemento femenino dedicado al comercio minorista y al servicio doméstico (CIDEM, 1994).

En el panorama actual podemos ver que en Bolivia y en América Latina a la mujer se la califica como sustentadora emocional del hogar, como el núcleo del hogar, como la reina del hogar, pero se le niega otras posibilidades de decisión o de trabajo (Sandoval 1992).

Cuando se defiende a la mujer, demagógicamente y se piensa que tiene que haber una legislación muy avanzada para proteger hasta el suspiro de una dama, no se la contrata se le cierran las puertas del

trabajo, especialmente cuando se halla embarazada.

El embarazo es uno de los fenómenos con mayores connotaciones ideológicas al constituirse en el hecho fundamental que hace la realización personal de la mujer; como exigencia social se convierte en un acto de fe y amor.

Embarazo y autovaloración

El embarazo provoca una transformación del cuerpo que modifica la percepción que la mujer tiene de la "imagen de su cuerpo". Se trata aparte del aspecto físico, de la personalidad de la mujer que se transforma a causa del embarazo. El niño en gestación no solo ocupa su cuerpo, sino también sus pensamientos; modifica aparte de las formas, su psiquis. La mujer embarazada está atenta a los cambios cada vez más pronunciados de su cuerpo y al desarrollo del feto.

El embarazo es también la expresión de la necesidad de la reproducción y, socialmente, su utilidad tiene consecuencias sobre la actitud del marido (pareja), de la familia y del entorno social que rodea a la embarazada.

El embarazo en algunos casos puede afectar la posibilidad de realizar un proyecto de pareja y familia. Pero la maternidad es valorada en tanto función de reproducción social que se da en el marco de la familia, ligada al espacio de la pareja (Isis Internacional, 1993).

Ante la presencia de un embarazo no esperado la futura madre verá modificado en esencia su estilo de vida y truncadas sus expectativas. La mayoría de las veces debe interrumpir sus estudios, su trabajo, limitando la posibilidad de ingresar al campo de trabajo con un nivel de preparación que le permita la obtención de ingresos que garanticen su nivel de vida satisfactorio para ella y su hijo. También se puede agregar las carencias afectivas, la soledad, la culpa, la vergüenza, la discriminación y la estigmatización (Congreso Venezolano de La Mujer, 1991).

El modo de asumir y enfrentar el embarazo estará en directa relación con las condiciones reales de su existencia, con

características concretas de la personalidad y autovaloración de la madre. Estará en directa relación, por ejemplo, con el momento vital en que nace el hijo, con el grado de madurez emocional de la madre, con el grado de solidez de su relación de pareja, con el nivel de seguridad que le ofrezca su entorno social.

La seguridad que ofrece al ser humano su entorno social es determinante para que este desarrolle una autovaloración positiva o adecuada. El desarrollo del ser humano conlleva una multiplicidad de interrelaciones e **interacciones**; en primera instancia, lo que los padres sienten hacia sus hijos tiene una profunda influencia en la forma en que cada ser humano siente acerca de sí mismo. No es posible examinar adecuadamente los procesos de desarrollo del individuo sin considerar este intercambio constante y dinámico que se dan en las relaciones **interpersonales** del ser humano (Lewis, 1979).

Los seres humanos están influidos por las actitudes, comportamientos de los que le rodean y también por la valoración que los otros hacen de sus capacidades. La forma en que el contexto social considera al individuo afectará en como éste se vea a sí mismo, en su autoestima, en su autovaloración, siempre de acuerdo a cómo sea valorizado, estimulado o menospreciado, en los logros que realiza, Y todo ello obstaculizarán su éxito social o lo fortalecerán.

El individuo está constantemente bombardeado por una serie de apreciaciones, evaluaciones, valorizaciones por parte de los que le rodean e interactúan con él. El modo en cómo lo ven, corrigen, estimulan, retroalimentan, guían o menosprecian, determinará, si este individuo desarrollará una autovaloración alta media o baja repercutiendo en su vida de adulto, repercutirá en la forma de relacionarse con los demás, en el modo de relacionarse con el medio ambiente que le rodea, pudiendo generar : timidez, agresividad, procesos defensivos ante el medio que lo rechaza, retracción, inasertividad en sus relaciones interpersonales, incapacidad de realizar determinadas cosas por falta de confianza en sí mismo, conflictos en sus relaciones con sus pares, con su pareja, dependencia, y utilización de mecanismos de defensa ante el rechazo de los demás, en todos sus logros como ser:

En su desempeño social, intelectual, familiar, esto siempre de acuerdo al tipo de autovaloración que presente.

Se sabe que la autovaloración otorga valoraciones a las percepciones del sí mismo y que a su vez está conformada por otros esquemas cognitivos personales.

En el caso de la mujer embarazada su autovaloración también estará determinada por las apreciaciones, valoraciones que los demás hacen de ella; y en base a esas evaluaciones desarrollará su propia evaluación de sí misma , una percepción de ella misma en relación a su autoimagen, autoconcepto y su autoestima.

Muchas veces el embarazo, especialmente, el primero y el ser madre es vivido como la culminación de un deseo, o de una expectativa e incluso como una experiencia que da sentido a la vida y en otros casos como la frustración de algunas de sus expectativas.

La mujer que se halla embarazada por primera vez, puede sentirse, realizada como mujer, dichosa, orgullosa, ambivalente, temerosa, irritada, deprimida y preocupada. Su embarazo puede ser motivo de orgullo o de vergüenza y de sentimientos de éxito o fracaso. Sus reacciones son un reflejo de una pluralidad de factores, tales como: su edad, su estado civil, sus factores socioeconómicos y culturales, sus expectativas; y sus relaciones interpersonales que influirán en su autovaloración

En base a lo expuesto anteriormente se plantean las siguientes preguntas :

¿Cómo será la autovaloración de las mujeres embarazadas, especialmente de aquellas que por primera vez se hallan ante esa experiencia de estar esperando un hijo?

¿Cómo se relacionarán los diferentes grados de autovaloración de las primigestas; con su edad, su estado civil, su situación económica, su nivel de instrucción, sus relaciones familiares y sus expectativas?

2.2. Justificación

Las mujeres embarazadas pasan por cambios tanto psíquico emocionales como fisiológicos, durante ese proceso cambian sus actitudes, sus emociones y su comportamiento; en unas se percibe alegría, su realización como mujeres y en otras desilusión tristeza y frustración, en fin, un matiz innumerable de reacciones, cada caso único y cada uno con sus respectivas circunstancias.

Ante lo dicho anteriormente surgieron preguntas ¿Cómo será la autovaloración de las mujeres embarazadas que por primera vez se hallan ante esa experiencia? ¿ Su experiencia repercutirá de manera positiva o negativa en su vida? ante estos cuestionamientos se inició la presente investigación.

Por otro lado, cabe mencionar que en la búsqueda bibliográfica que se realizó, se pudo observar que ni en Latinoamérica y mucho menos en Bolivia existen hasta la fecha investigaciones al respecto, hecho que impulsó y motivó, en mayor medida, para la realización de la presente investigación. Para aportar un granito de arena a esa inmensa playa que es la problemática de la mujer embarazada, específicamente, a las que por primera vez se hallan embarazadas.

Pocas veces (por no decir casi en ninguna oportunidad) se ha abordado el tema del embarazo y la autovaloración de la gestantes, desde la vivencia de ellas mismas , sobre qué significa para ellas estar embarazadas y ser madres, en qué modifica su vida, como se perciben a sí mismas. En ese rol, cuales son sus pensamientos, sentimientos al respecto y principalmente como será su autovaloración.

Ante esa situación se hace importante investigar sobre la autovaloración de la mujer embarazada primigesta de Bolivia, de la ciudad de La Paz de una determinada Institución para proponer medidas de apoyo al bienestar afectivo emocional, de la mujer embarazada, a las instancias encargadas de apoyarla; dado que en nuestro país no existen estudios al respecto, no existe un respaldo científico a este problema.

El estudio planteado ayudará entre otros aspectos, a conocer cómo es la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas. Sus implicaciones para la salud psíquica y también para el ser que se halla

en formación, proporcionando información útil para las mujeres, para las parejas de las mujeres embarazadas, para sus familiares (padres), en fin para la sociedad en su conjunto, para así tener un mejor entendimiento, comprensión sobre la problemática de la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas.

Esta investigación aportará datos importantes y novedosos sobre la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas y su relación con otras variables.

Por otro lado, consideramos que para que un individuo desarrolle una adecuada autovaloración y un buen desempeño en la sociedad, debería tomarse en cuenta su desarrollo en el vientre materno, el cómo fue la relación entre madre e hijo, cómo fue la autovaloración de la mujer embarazada, pues, ello repercutirá en ese nuevo ser.

Posterior a la presente investigación y en base a los datos obtenidos en la misma se planteará un programa de apoyo y reforzamiento de la autovaloración de las primigestas que irá dirigido, no solo al bienestar psíquico de la embarazada **sinó** que también irá dirigido a la vida de ese ser que se halla en proceso de formación, puesto que varias investigaciones demuestran que el niño no nacido ya percibe la voz de la madre, las emociones de la madre hacia su hijo, ante lo cuál, también creemos que la autovaloración de ella repercutirá en el desarrollo de ese ser que se halla en formación.

2.3. Objetivos

2.3.1. Objetivos generales

Describir la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas que asisten a PROSALUD de Alto Miraflores de la ciudad de La Paz.

Establecer la interrelación de la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas con sus expectativas, (de maternidad , estudios, trabajo e independencia) edad, estado civil, situación económica, nivel de instrucción y relaciones **familieres**.

2.3.1. Objetivos específicos

Determinar la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas que asisten a su control pre-natal a PROSALUD de Alto

Miraflores en base a las dimensiones: 1) Imagen de sí misma y 2) Concepto de sí misma.

Establecer si la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas en base a la dimensión; *Imagen de sí misma* está relacionada a sus cambios corporales y cambios emocionales.

Determinar la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas en base a la dimensión; *Concepto de sí misma* asociada a: 1) sí misma, 2) pareja, 3) familiares 4) otros (vecinos conocidos) y sus interrelaciones.

Identificar la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas de acuerdo a las categorías de: Alta, Media y Baja en base a las dimensiones anteriormente mencionadas (*Imagen de sí misma* y *Concepto de sí misma*).

Determinar si las expectativas de la mujer primigesta en relación a : 1) maternidad, 2) estudios, 3) trabajo y 4) autonomía están interrelacionadas con su autovaloración.

Determinar si la edad, estado civil, la situación económica, nivel de instrucción y las relaciones familiares están interrelacionadas con su autovaloración.

Establecer el grado de interrelación de las variables ~~anteriormente~~ mencionadas con la autovaloración de la mujer embarazada primigesta.

2.4. Preguntas de la investigación

Este estudio, está guiado por preguntas generales y específicas por ser inductivo y por esa razón, saca conclusiones derivadas de la observación de las características de las variables que intervienen en la investigación en torno (al fenómeno en cuestión) a la autovaloración de las mujeres embarazadas **primigestas**, con el fin de establecer las interrelaciones de las variables, derivadas del análisis.

2.4.1. Preguntas Generales

¿Cómo será la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas que asisten a PROSALUD de Alto Miraflores a su control

pre-natal tomando en cuenta las dimensiones: 1) Imagen de sí mismas Y
2) Concepto de sí mismas?

¿La autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas estará vinculada con sus expectativas (de maternidad, de estudios, de trabajo y de su libertad personal), su edad, estado civil, su situación económica, su nivel de instrucción y sus relaciones familiares?

2.4.1. Preguntas Específicas

¿Cuál será la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas tomando en cuenta la dimensión :Imagen de sí misma, vinculada a sus cambios corporales y cambios emocionales?

¿Cuál será la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas tomando en cuenta a la dimensión; Concepto de sí misma, asociada a': 1) Si misma, 2) Su pareja, 3) Sus familiares y 4) Otros?

¿La autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas en relación a las dimensiones mencionadas anteriormente, se caracterizarán en mayor proporción por ser : ALTA, MEDIA o BAJA?

¿Las expectativas de maternidad, estudio, trabajo y autonomía de las mujeres embarazadas primigestas estarán relacionadas significativamente con su autovaloración?

¿La edad, el estado civil, la situación económica, el nivel de instrucción e interrelaciones familiares estarán vinculadas significativamente con su autovaloración?

¿Cuales de las variables anteriormente mencionadas estarán relacionadas en mayor proporción con la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas que asisten a PROSALUD de Alto Miraflores?

CAPITULO III

METODO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y Características de la Investigación

La presente investigación es Descriptiva Correlacional.

Este estudio se inicio como exploratorio en su primera fase, por no existir investigaciones, antecedentes sobre la autovaloración de la mujer embarazada primigesta. La revisión de la literatura reveló que existen ideas vagas relacionadas con el problema de estudio. Además cabe señalar que esta clase de estudios (exploratorios) son comunes en la investigación del comportamiento, sobre todo en situaciones donde hay poca información.

Esta investigación es descriptiva, puesto que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de cualquier fenómeno sometido a análisis (Dankhe, 1986), en este caso sería la Autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas. Estos estudios miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. En este estudio se seleccionó una serie de categorías, variables y se midió cada una de ellas independientemente, para describir la autovaloración de la mujer embarazada primigesta.

Es correlacional, pues, los estudios correlacionales tienen como propósito medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables (Hernandez, 1991). En este estudio se correlaciona la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas con sus expectativas, su edad, su estado civil, su situación económica, su nivel de instrucción y sus relaciones familiares, se ve si están o no relacionadas y se analiza la correlación.

3.2. Sujetos de la investigación

Este estudio se realizó, con mujeres embarazadas primigestas que **asistieron** a realizar su control pre-natal en **PROSALUD** de la zona de Alto Miraflores de la ciudad de La Paz en el tiempo comprendido de junio de 1995 a abril de 1996.

Estas mujeres pertenecen en su mayoría a la zona **Nor-este** de la periferie de la ciudad de La Paz. Pertenecen a la clase Media y Media-Baja , todas cuentan con nivel de instrucción.

Para conformar la muestra se **seleccionarón** 50 mujeres embarazadas primigestas. Cada mujer embarazada primigesta que asistía a su control pre-natal tuvo la probabilidad de ser seleccionada para el estudio, pues, fueron elegidas todas las mujeres que asistían a su control pre-natal los días lunes, miércoles, y viernes hasta completar la muestra, dejando de lado a las que asistían los días martes, jueves y sábado (meses de junio de 1995 a abril de 1996).

Se empleó una muestra no probabilística de "los sujetos tipos". Esta muestra se utiliza en estudios exploratorios y en investigaciones de tipo cualitativo, donde el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información y no la cantidad, y estandarización. En estudios de perspectiva fenomenológica donde el objetivo es analizar los valores, ritos y significados de un determinado grupo social.

Las muestras dirigidas como esta son válidas en cuanto a que un determinado diseño de investigación así lo requiere, sin embargo los resultados son generalizables a la muestra en sí o a muestras similares. No son generalizables a una población.

3.3. Lugar

Este trabajo se realizó en la sala destinada a charlas y reuniones de PROSALUD de Alto Miraflores.

3.4. Instrumentos

Se emplearon dos instrumentos, de elaboración propia.

El cuestionario Nro 1 se elaboró tomando en cuenta la variable **Autovaloración** (exclusivamente para conocer la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas). Consta de 52 preguntas cerradas. (Ver operacionalización de variables). Es un instrumento ideado para evaluar de un modo general la autovaloración de las mujeres embarazadas.

Con este instrumento se mide dos dimensiones de la autovaloración de la mujer embarazada: 1) *Imagen de sí misma* con sus indicadores;

a) Cambios corporales y b) Cambios emocionales, cada uno con sus respectivas preguntas que suman un total de 28 preguntas y 2) *Concepto de sí misma* que se evaluó en relación a; a) Sí misma, b) Su pareja, c) Familiares y d) Otros (vecinos y conocidos). Cuyas preguntas suman un total de 24 preguntas.

1. *La imagen de sí misma* que indica aproximadamente la medida en que la embarazada se ve a sí misma y cómo se siente en relación a sus cambios corporales y cambios emocionales.

2. *El concepto de sí misma* que trata de medir cómo se percibe a sí misma la mujer embarazada en relación a : a) sí misma, b) su pareja, c) sus familiares y d) otros (vecinos, conocidos).

Para dicho objetivo, se estructuró proposiciones afirmativas que intentan abarcar en algún grado la mayoría de las áreas de la vida de la mujer embarazada. Las respuestas indican cómo es su autovaloración (Alta, Media o Baja) y en qué dimensiones se produce. Puede ocurrir, por ejemplo, que la mujer embarazada tenga una percepción negativa o un autoconcepto negativo solo en relación a sus padres; otra puede percibirse positivamente en todas las áreas excepto en la referente a su imagen de sí misma. Esos indicadores constituyen una valiosa ayuda para determinar la autovaloración de la mujer embarazada primigesta.

Un puntaje Bajo indica que la mujer embarazada presenta una Autovaloración menor que la media (Autovaloración Baja). Autovaloración "Media" indica que si bien presenta una imagen positiva de sí misma y un concepto positivo de sí misma, también presentara una imagen negativa de sí misma y un un concepto negativo de sí misma. En caso de presentar un puntaje alto mostrará una Autovaloración "Alta".

La puntuación máxima de ser obtenida es de 52 puntos. En lo referente a la forma de corrección e interpretación se realiza la sumatoria de los puntajes obtenidos de cada categoría y la clasificación de los puntajes es la siguiente:

A.Baja	1- 18 puntos
A.Media	19 - 35 puntos
A.Alta	36 - 52 puntos

El segundo Cuestionario consta de 26 preguntas, fué elaborado de

acuerdo a las variables que se deseaba investigar para correlacionar con la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas de este estudio. (Ver operacionalización de variables)

Las variables que se investigaron con este instrumento fueron : Las expectativas de la mujer embarazada primigesta (de maternidad, de estudio, de trabajo y autonomía), también las variables ; meses de embarazo, edad, estado civil, situación económica, nivel de instrucción y relaciones familiares. Este instrumento cuenta con preguntas abiertas y cerradas.(Ver anexo 4)

Este instrumento no cuenta con ponderación puesto que cada ítem se correlaciona con la autovaloración de las primigestas.

Los dos instrumentos descritos, fueron diseñados y elaborados para la presente investigación por la autora de la misma. Fueron construidos y puestos a prueba mediante un estudio piloto (con la finalidad de probar y determinar la validez de los mismos) antes de aplicarlos en la investigación.

La prueba piloto se realizo con una población de 30 mujeres embarazadas primigestas. Sobre dicha prueba los instrumentos se modificaron, ajustaron y se mejoraron.

3.5. Variables

Se trabajó con las siguientes variables intervinientes:

- V. Embarazo que tiene un papel causal (no manipulada)
- V.1 Autovaloración = V. Interviniente de tipo mediacional*.
- V.2 Meses de embarazo
- V.3 Edad
- V.4 Estado civil
- V.5 Expectativas
- V.6 Nivel de instrucción
- V.7 Interrelaciones familiares
- V.8 Situación económica

*Las variables mediacionales son recursos cognitivos de las personas, que forman parte de la estructura mental, están referidas a cambios internos de tipo cualitativo, son cambios cognitivos a nivel de proceso de uso y manejo interno de información o conocimientos.

3.6. Operacionalización de variables

Primer instrumento

Variable : Autovaloración de la mujer primigesta

Dimensión	Subdimensión	Indicadores	Items (instrumento)
Imagen de sí misma	Cambios Corporales	Positivos	6, 8, 14, 16, 46 y 49
		Negativos	5, 7, 13, 15, 21, 23 y 50
	Cambios emocionales	Positivos	22, 24, 30, 32, 38, 39, 40, 48
		Negativos	29, 31, 37, 45, 47, 51, 52
Concepto de sí misma	Si misma	Positivo	2, 4, 10
		Negativo	1, 42, 44
	Pareja	Positivo	35, 41, 43
		Negativo	28, 34, 36
	Familiares	Positivo	25, 27, 33
		Negativo	11, 19, 26
	Otros (vecinos, conocidos)	Positivo	12, 18, 20
		Negativo	3, 9, 17

Segundo instrumento

Variable	Dimensión	Indicadores	Remes (instrumento)
Meses de embarazo		1 er mes - 9no mes	1
Expectativas	Maternidad	Presente, ausente	8, 9, 10, 26
	Estudio-trabajo	Presente, ausente	11, 12, 13
	Autonomía	Presente, ausente	14, 15
Nivel de instrucción	Básico	1ro, 2do, 3ro, 4to,5to	5
	Intermedio	1ro, 2do, 3ro	
	Medio	1ro, 2do, 3ro, Oto	
	Superior		
Situación económica	Vivienda	Propia, alquilada, Anticrético, prestada	16
	Ingresos económicos	50 Bs. - 600 Bs 600 Bs. a más Sin ingresos	17
Edad		13 - 16 años, 17- 20 años, 21 - 25 años 26 - 30 años 31 -35 años	1, 3 y 4
Estado civil		Casada, Conviviente Soltera Viuda	6 y 7
Relaciones familiares	Pareja	Positivas, negativas existente, inexistente	20, 21 y 22
	Padres	Positivas, negativas existente, inexistente	23 y 24
	Familiares	Positivas, negativas existente, inexistente	25

3.7. Diseño de la investigación

Este estudio es transeccional o transversal porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

En este tipo de investigaciones se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para luego analizarlos. No existen condiciones o estímulos a los cuales se expongan a los sujetos del estudio (Hernandez, 1991).

3.8. Fases de la investigación

FASE	FASE 2	
Aplicación del primer instrumento V. Autovaloración de las mujeres primigestas	Aplicación del segundo instrumento Correlación de la variable autovaloración y las otras variables	Codificación y análisis de los datos

Fase 1 Se mide y describe la variable Autovaloración en base a sus dimensiones:

- 1) Imagen de sí misma
- 2) Concepto de sí misma

Fase 2 Se mide y describe la relación :

- V.2. Meses de embarazo
- V.3. Edad
- V.4. Estado civil
- V.5. Expectativas
 - Maternidad
 - Estudio - trabajo
 - Autonomía
- V. 1. Autovaloración
- V.6. Situación económica
- V.7. Nivel de instrucción
- V. 8. Relaciones familiares
 - Pareja
 - Padres
 - Familiares

Fase 3

- Codificación de las respuestas Instrumento s 1 y 2
- Elaboración del libro de códigos
- Llenado de la matriz de datos con los resultados
- Análisis cuantitativo (Programa SPSSr) y cualitativo de los datos

3.9. Procedimiento

Antes de aplicar los cuestionarios, se realizaron entrevistas personales a las mujeres primigestas con el fin de explicarles en qué consistía la investigación y para lograr su confianza. Se les garantizó la seriedad del trabajo y la reserva de nombres.

En la primera fase, se aplicó el cuestionario Nro 1 individualmente, aclarando algunas dudas durante el llenado del mismo. En base a éste instrumento se midió y describió la Variable *Autovaloración de la mujer primigesta*, de acuerdo a sus dimensiones: 1) Imagen de sí misma y 2) Concepto de sí misma. Tomando en cuenta a, dichas dimensiones se categorizó la autovaloración de las embarazadas en Baja, Media y Alta.

En la segunda fase, se aplicó el cuestionario Nro 2 también individualmente y aclarándoles las dudas durante el llenado del mismo. En base a los datos de este cuestionario, se midieron y describieron la relación entre la Variable autovaloración (del instrumento Nro 1) y las otras variables de la investigación (del instrumento Nro2).

En la tercera fase, una vez concluida la fase de recolección de datos se procedió a la codificación de las respuestas a los instrumentos Nro 1 y Nro 2 . A continuación, se elaboró el libro de códigos. Luego se procedió al llenado de la matriz de datos con los resultados obtenidos (por medio del libro de códigos), Para luego pasar al análisis cuantitativo y cualitativo.

El análisis cuantitativo de correlación de las variables se realizó mediante el Programa SPSSr. En todos los cruces de variables se aplicó la prueba estadística de asociación Chi Cuadrado. Tomándose como valores significativos estadísticamente las significancias iguales o menores a **0,05** y considerándose como valores de mayor significación estadística aquellos que más se aproximan al 0,00 (Valor de máxima asociación o significación estadística).

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

La presente investigación se realizó en una población de 50 mujeres primigestas. Cuyas edades comprendían de 14 a 30 años, con una media general de 21,3 años de edad.

Los meses de embarazo de estas mujeres primigestas, comprendían desde los 2 meses hasta los 9 meses de embarazo con una media de 6,6 meses de embarazo al momento del estudio y de su control prenatal.

Respecto a su estado civil el 20 % de las primigestas estaban casadas, el 54% convivientes, el 24% solteras y el 2% viudas.

4.1. DETERMINACIÓN DE LA AUTOVALORACIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS PRIMIGESTAS

Se determinó, describió y categorizó la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas (en baja media y alta) mediante dos dimensiones a) Imagen de si misma, asociada a sus cambios corporales y cambios emocionales con sus respectivos indicadores; y b)Concepto de si misma asociada a : 1. Sí misma, 2. Pareja, 3. Familiares y 4. Otros (vecinos, conocidos), también con sus respectivos indicadores. (Ver Cap.III, Operacionalización de variables del 1er instrumento y Anexo 4)

Cabe señalar además, que primeramente se describen los datos generales referentes a las dimensiones indicadas. Y posteriormente se las presenta asociadas a la autovaloración de las primigestas.

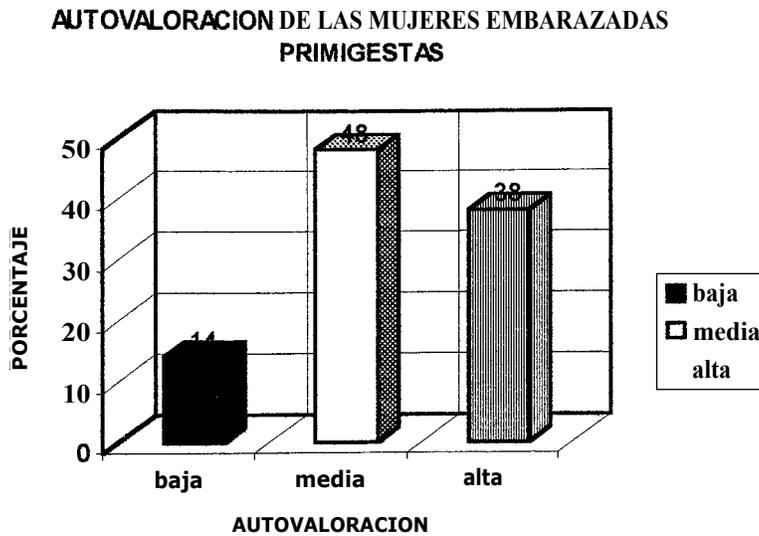
Determinando lo expuesto anteriormente se obtuvo los siguientes datos:

Tabla 1 Autovaloración de las primigestas

Autovaloración	Nro.Primigestas	%
Baja	7	14
Media	24	48
Alta	19	38
Total	50	100

Las primigestas de la presente investigación el 14% presentan autovaloración baja, el 48% presentan autovaloración media y el 38% presentan autovaloración alta. (Ver tabla 1 y gráfico 1)

Gráfico 1



4.1.1. DETERMINACIÓN DE LA AUTOVALORACIÓN EN BASE A LA DIMENSIÓN IMAGEN DE SÍ MISMA (asociada a los cambios corporales y cambios emocionales)

4.1.1.1. Cambios corporales

Respecto a los cambios corporales que atraviesan las mujeres primigestas, el 92% expresaron tener confianza en sí mismas y un 80% indicaron que se sienten contentas con su embarazo a pesar de sentir algunas molestias en su cuerpo como náuseas y algunos dolores; el 66% indican que con su embarazo ya no les entran algunas ropas que les gustaba ponerse y que ello les hace sentir mal, el 58% indican que no les agradan los cambios que se dan en sus cuerpos a medida que su embarazo avanza, el 56% indican que tienen miedo de que su cuerpo quede deforme después de su embarazo, y el 48% mencionan que les preocupa que su embarazo arruine su cuerpo. (Ver tabla 2)

Tabla2 Cambios corporales

Nro.	PREGUNTAS	%
6.	Me considero una mujer atractiva y simpática.	56
8.	Cuando me miro en el espejo me veo más radiante, más bonita que antes.	50
14.	Mi esposo, me dice que con mi embarazo me veo más bonita y simpática y ello me gusta.	64
16.	Me siento contenta con mi embarazo aunque sienta molestias en mi cuerpo como náuseas y algunos dolores.	80
46.	Deseo tanto este mi embarazo que a pesar de los problemas me siento contenta. .	60
49.	Tengo confianza en mí misma.	92
5.	No me agradan los cambios que se dan en mi cuerpo a medida que avanza mi embarazo.	58
7.	Mi embarazo hizo que viera negativamente todos los acontecimientos que me suceden.	38
13.	Ahora con mi embarazo, pienso que no soy atractiva para mi esposo.	38
15.	Me preocupa que mi embarazo arruine mi cuerpo.	48
21.	Con mi embarazo ya no me entran algunas ropas que me gustaba ponerme y me siento mal por eso	66
23.	Tengo miedo que mi cuerpo quede deforme después de mi embarazo..	56
50.	Con mi embarazo me salieron pecas en mi caray creo que me afean.	46

4.1.1.2. Autovaloración en base a los cambios corporales

Al determinar la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas, en base a sus cambios corporales, se obtuvieron los siguientes datos:

Las primigestas con **Autovaloración Baja** el 85.7% indican tener confianza en sí mismas, también en el mismo porcentaje 85.7% indican que no les agradan los cambios que se suceden en su cuerpo a medida que avanza su embarazo; el 85.7% que su embarazo hizo que vieran negativamente todos los acontecimientos que les suceden; el 85.7% se preocupan de que su embarazo arruine su cuerpo; y dicen tener miedo a que su cuerpo quede deforme después de su embarazo, el 42.8% indican que se consideran atractivas y simpáticas, el 42.8% también dicen sentirse contentas con su embarazo a pesar de sentir algunas molestias en su cuerpo como náuseas y algunos dolores. (Ver tabla 3 y gráfico 3)

Las mujeres con **Autovaloración Media**, indican el 87.5% tener confianza en ellas mismas, el 83.3% se sienten contentas con su embarazo aunque sientan molestias en su cuerpo como náuseas y algunos

dolores, el 83.3% también señalan que con su embarazo ya no les entran algunas ropas que les gustaba ponerse y que se sienten mal por eso, el 75% dicen tener miedo que su cuerpo quede deforme después de su embarazo, el 70.8% indican que sus esposos les dicen que con su embarazo se ven más bonitas y simpáticas y que ello les gusta, el 50% indican que desearon tanto su embarazo que a pesar de los problemas se sienten contentas y el 41.7% indican que su embarazo hizo que vieran negativamente todos los acontecimientos que les suceden. (Ver tabla 3)

Las mujeres con **Autovaloración Alta** muestran reacciones positivas respecto a los cambios que van sucediéndose en su cuerpo; ello se observa en que el 100% indican que tienen confianza en sí mismas, el 89,5% mencionan que se sienten contentas con su embarazo a pesar de sentir molestias como náuseas y algunos dolores, el 89,5% dicen que desearon tanto su embarazo que a pesar de los problemas se sienten contentas, el 78.9% mencionan que sus esposos les dicen que con su embarazo se ven más bonitas y simpáticas y que ello les gusta y el 42.1% mencionan que con su embarazo ya no les entran algunas ropas que les gustaba ponerse y que se sienten mal por eso. (Ver gráfico 3)

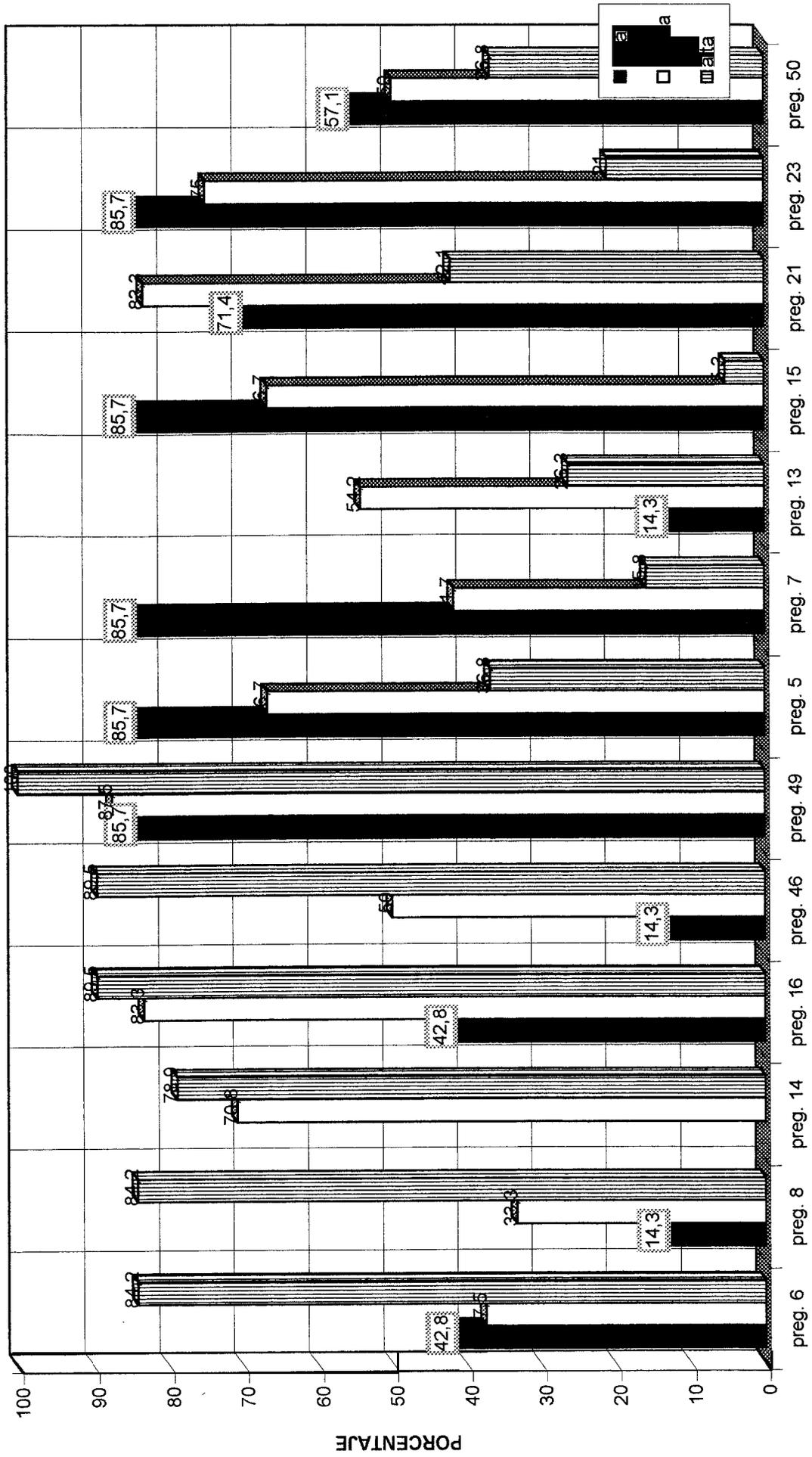
Tabla 3 Autovaloración en base a los cambios corporales

Nro.	PREGUNTAS	A.B.	A.M.	A.A.
6.	Me considero una mujer atractiva y simpática.	42,8	37,5	84,2
8.	Cuando me miro en el espejo me veo más radiante, más bonita que antes.	14,3	33,3	84,2
14.	Mi esposo, me dice que con mi embarazo me veo más bonita y simpática y ello me gusta.	0	70,8	78,9
16.	Me siento contenta con mi embarazo aunque sienta molestias en mi cuerpo como náuseas y algunos dolores.	42,8	83,3	89,5
46.	Deseo tanto este mi embarazo que a pesar de los problemas me siento contenta. .	14,3	50	89,5
49.	Tengo confianza en mí misma.	85,7	87,5	100
5.	No me agradan los cambios que se dan en mi cuerpo a medida que avanza mi embarazo.	85,7	66,7	38,8
7.	Mi embarazo hizo que viera negativamente todos los acontecimientos que me suceden.	85,7	41,7	15,8
13.	Ahora con mi embarazo, pienso que no soy atractiva para mi esposo.	14,3	54,2	26,3
15.	Me preocupa que mi embarazo arruine mi cuerpo.	85,7	66,7	5,3
21.	Con mi embarazo ya no me entran algunas ropas que me gustaba ponerme y me siento ma por esol	71,4	83,3	42,1
23.	Tengo miedo que mí cuerpo quede deforme después de mi embarazo..	85,7	75	21
50.	Con mi embarazo me salieron pecas en mi cara y creo que me afean.	57,1	50	36,8

Ante esos resultados se puede decir que las mujeres embarazadas sea que presenten autovaloración Baja, Media o Alta indican tener

Gráfico 3

AUTOVALORACION EN BASE A LOS CAMBIOS CORPORALES



confianza en sí mismas.

Las mujeres, que presentan A.Baja mencionan en mayor proporción que no les agradan los cambios que se suceden en su cuerpo a medida que avanza su embarazo, que su embarazo hizo que vieran negativamente todos los acontecimientos que les suceden, se preocupan de que su embarazo arruine su cuerpo y tienen miedo de que su cuerpo quede deforme después de su embarazo. (Ver gráfico 3)

Las que presentan A.Baja y A.Media indican casi en la misma proporción que con su embarazo ya no les entran algunas ropas que les gustaba ponerse y que se sienten mal por eso y además mencionan tener miedo a que su cuerpo quede deforme después de su embarazo. (Ver gráfico 3)

Las mujeres primigestas con A.Alta, dicen en mayor proporción; que desearon tanto su embarazo que a pesar de los problemas se sienten contentas, mencionan que se sienten contentas con su embarazo a pesar de sentir molestias como náuseas y algunos dolores, dicen que desearon tanto su embarazo que a pesar de los problemas se sienten contentas, dicen que se consideran atractivas y simpáticas, indican que cuando se miran en el espejo se ven más radiantes y más bonitas que antes, mencionan que sus esposos les dicen que con su embarazo se ven más bonitas y simpáticas que antes.

4.1.2.1. Cambios emocionales

Respecto a los cambios emocionales que atravieza la mujer embarazada primigesta durante su embarazo se obtuvieron los siguientes datos: el 96% indican que les preocupa su salud y la de su hijo, el 94% indican que se sienten con muchas fuerzas para seguir adelante, el 92% indican que esperan con ansiedad y dicha a su bebé, el 88% indican que su embarazo hace que tenga sentido su vida y por ello se sienten dichosas y también el 88% indican que su embarazo las hace sentir realizadas como mujeres, un 76% mencionan sentirse temerosas a medida que avanza su embarazo, el 62% indican que a medida que cambia su cuerpo con su embarazo y engordan se sienten felices, el 60% (preg.39) indican que su embarazo hizo que vieran positivamente todos los acontecimientos que les suceden, y el 44% indican que con su embarazo se volvieron más renegonas. (Ver tabla 4)

Tabla 4 Cambios emocionales

Nro,	PREGUNTAS	%
22	Me siento muy feliz desde que supe de mi embarazo.	70
24	A medida que cambia mi cuerpo con mi embarazo y engordo me siento feliz.	62
30	Me siento con muchas fuerzas para seguir adelante.	94
32	Yo estoy tranquila a medida que mi embarazo avanza.	80
38	Mi embarazo hace que tenga sentido mi vida y por ello me siento dichosa.	88
40	Mi embarazo me hace sentir realizada como mujer.	88
48	Espero con ansiedad y dicha a mi bebé.	92
39	Mi embarazo hizo que viera positivamente todos los acontecimientos que me suceden.	60
29	Me siento desvalida por no tener un apoyo en mi embarazo.	44
31	Me siento muy triste desde que supe de mi embarazo.	32
37	Yo estoy muy nerviosa desde que supe de mi embarazo.	64
45	Me siento temerosa a medida que avanza mi embarazo.	76
47	Me preocupa mi salud y la de mi hijo.	96
51	Desearía no tener que ocultar y hacer frente a esta mi realidad.	68
52	Me siento intranquila a medida que mi embarazo avanza.	68

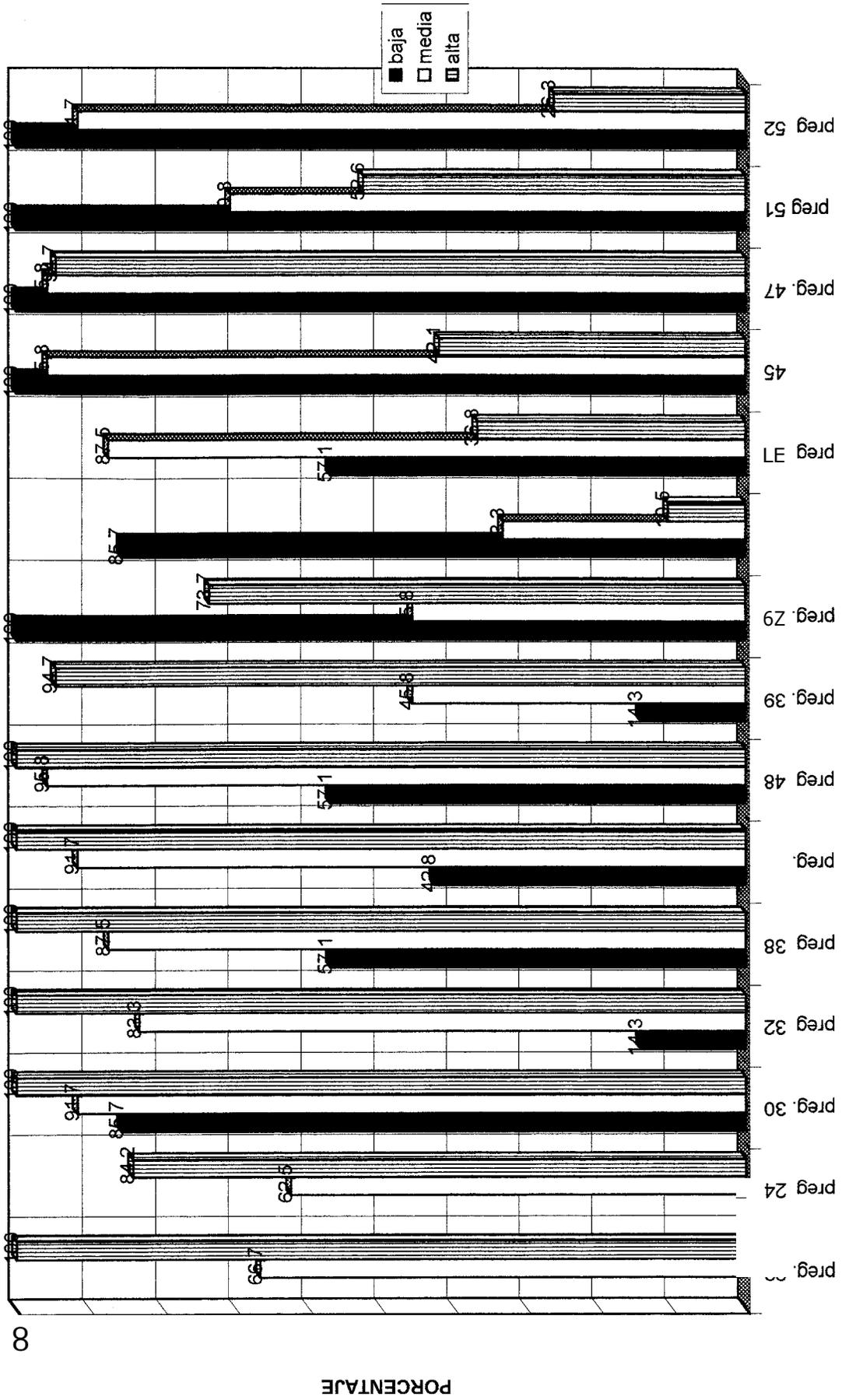
4.1.2.2. Autovaloración en base a los Cambios Emocionales

La autovaloración que presentan las primigestas según los cambios emocionales que atraviesan, son los siguientes:

Las que presentan **Autovaloración Baja** presentan mayor porcentaje en los siguientes indicadores: el 100% indican que se sienten desvalidas por no tener un apoyo en su embarazo; mencionan sentirse temerosas a medida que avanza su embarazo; les preocupa su salud y la de su hijo; indican que desearían no tener que ocultar y hacer frente a su realidad; dicen sentirse intranquilas a medida que su embarazo avanza, el 57.1% indican que esperan con ansiedad y dicha a su bebé y el 42.8% indican que su embarazo las hace sentir realizadas como mujeres. (Ver tabla 5 y gráfico 5)

Las que presentan **Autovaloración Media**: El 95,8% indican que esperan con ansiedad y dicha a su bebé; mencionan sentirse temerosas a medida que avanza su embarazo, les preocupa su salud y la de su hijo; el 91.7% indican que se sienten con muchas fuerzas para seguir adelante, que su embarazo les hace sentir realizadas como mujeres y también ,dicen sentirse intranquilas a medida que su embarazo avanza,

AUTOVALORACION EN BASE A LOS CAMBIOS EMOCIONALES



el 87.5% indican que su embarazo las hace sentir realizadas como mujeres, el 66.7% indican que se sienten muy felices desde que supieron de su embarazo, el 62.5% (preg.24 indican que a medida que cambia su cuerpo con su embarazo y engordan se sienten felices, el 45.8% indican que su embarazo hizo que vieran positivamente todos los acontecimientos que les suceden y también el 45.8% indican que se sienten desvalidas por no tener un apoyo en su embarazo. (Ver tabla 5 y gráfico 5)

Tabla 5 Autovaloración en base a los Cambios Emocionales

Nro.	PREGUNTAS	A.B.	A.M.	A.A.
22	Me siento muy feliz desde que supe de mi embarazo.	0	66,7	100
24	A medida que cambia mi cuerpo con mi embarazo y engordo me siento feliz.	0	62,5	84,2
30	Me siento con muchas fuerzas para seguir adelante.	85,7	91,7	100
32	Yo estoy tranquila a medida que mi embarazo avanza.	14,3	83,3	100
38	Mi embarazo hace que tenga sentido mi vida y por ello me siento dichosa.	57,1	87,5	100
40	Mi embarazo me hace sentir realizada como mujer.	42,8	91,7	100
48	Espero con ansiedad y dicha a mi bebé.	57,1	95,8	100
39	Mi embarazo hizo que viera positivamente todos los acontecimientos que me suceden.	14,3	45,8	94,7
29	Me siento desvalida por no tener un apoyo en mi embarazo.	100	45,8	73,7
31	Me siento muy triste desde que supe de mi embarazo.	85,7	33,3	10,5
37	Yo <u>estoy</u> muy nerviosa desde que supe de mi embarazo.	57,1	87,5	36,8
45	Me siento temerosa a medida que avanza mi embarazo.	100	95,8	42,1
47	Me preocupa mi salud y la de mi hijo.	100	95,8	94,7
51	Desearía no tener que ocultar y hacer frente a esta mi realidad.	100	70,8	52,6
52	Me siento intranquila a medida que mi embarazo avanza.	100	91,7	26,3

El 100% de las mujeres con **Autovaloración Alta** indican que se sienten muy felices desde que supieron de su embarazo; se sienten con muchas fuerzas para seguir adelante; dicen estar tranquilas a medida que su embarazo avanza; indican que su embarazo hace que tenga sentido su vida y por ello se sienten dichosas; indican que su embarazo les hace sentir realizadas como mujeres; esperan con ansiedad y dicha a su bebé; el 94,7% indican que su embarazo hizo que vieran positivamente todos los acontecimientos que les sucede, el 52.6% mencionan que desearían no tener que ocultar y hacer frente a su realidad y el 42.1% indican que se sienten temerosas a medida que avanza su embarazo.

De manera general se observa que las mujeres embarazadas primigestas, sea que presenten A.Alta, A.Media o A.Baja; se preocupan casi en igual proporción sobre su salud y la de su hijo y también casi en igual proporción mencionan que se sienten con muchas fuerzas para seguir adelante. (Ver gráfico 5)

Las que presentan A.Media y A.Baja muestran casi igual porcentajes en lo referente a los siguientes indicadores: mencionan sentirse temerosas a medida que avanza su embarazo y dicen sentirse intranquilas a medida que su embarazo avanza. (Ver gráfico 5)

Las que presentan A.Alta y A.Media indican en mayor proporción que esperan con ansiedad y dicha a su bebé; que su embarazo les hace sentir realizadas como mujeres; indican que SU embarazo hace que tenga sentido su vida y por ello se sienten dichosas.

4.1.2. DETERMINACIÓN DE LA AUTOVALORACIÓN EN BASE A LA DIMENSIÓN CONCEPTO DE SÍ MISMA (asociada a: 1. Sí misma, 2. Pareja, 3. Familiares y 4. Otros (vecinos conocidos))

4.1.2.1.1. Concepto de si misma en relación a Sí misma

Respecto al concepto de sí mismas en relación a sí mismas las embarazadas indicaron los siguientes datos: El 82% mencionan que con SU embarazo valen más como personas, el 76% mencionan que su embarazo es lo mejor que les pasó, el 74% indican ser miedosas y tímidas, el 70% indican que con su embarazo se volvieron más renegonas y agresivas, el 68% indican que se consideran mujeres con muchas virtudes, y el 28% mencionan que desde que supieron de su embarazo no valen como personas.

Tabla 6 Concepto de si misma en relación a sí misma

Nro.	PREGUNTAS	%
2	Mi embarazo es lo mejor que me pasó.	76
4	Me considero una mujer con muchas virtudes.	68
10	Ahora que estoy embarazada siento que valgo más como persona.	82
1	Desde que supe de mi embarazo, pienso que no valgo como persona.	28
42	Yo soy muy miedosa y tímida.	74
44	Con mi embarazo me volví más renegona y agresiva.	70

4.1.2.1.2. Autovaloración en base al Concepto de si misma en relación a sí misma

Al determinar la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas, en base al concepto de sí misma en relación a sí misma, se obtuvieron los siguientes datos:

Las que presentan **Autovaloración Baja**: El 71.4%, Indican que se volvieron más renegonas y agresivas; indican que son muy miedosas y tímidas. El 57.1% indican que desde que supieron de su embarazo, piensan que no valen como personas, el 28.6% indican que ahora que están embarazadas sienten que valen más como personas, el 14.3% mencionan que su embarazo es lo mejor que les pasó, y el 14.3% se consideran con muchas virtudes. (Ver tabla 7 y gráfico 7)

Las que presentan **Autovaloración Media**, el 87.5% Indican que son miedosas y tímidas; el 83.3% indican que ahora con su embarazo sienten que valen más como personas y también el 83.3% indican que con su embarazo se volvieron más renegonas y agresivas, el 75% mencionan que su embarazo es lo mejor que les pasó, el 70,8% indican que se consideran mujeres con muchas virtudes y el 41.7% indican que desde que supieron de su embarazo, piensan que no valen como personas. (Ver tabla y grafico 7)

Tabla 7

Autovaloración en base al Concepto de si misma en relación a sí misma

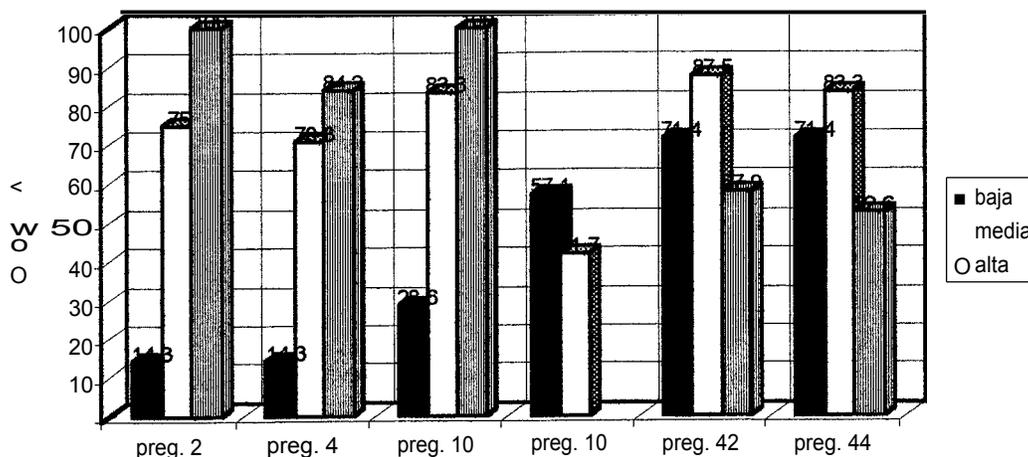
Nro.	PREGUNTAS	A.B.	A.M.	A.A.
2	Mi embarazo es lo mejor que me pasó.	14,3	75	100
4	Me considero una mujer con muchas virtudes.	14,3	70,8	84,2
10	Ahora que estoy embarazada siento que valgo más como persona.	28,6	83,3	100
1	Desde que supe de mi embarazo, pienso que no valgo como persona.	57,1	41,7	0
42	Yo soy muy miedosa y tímida.	71,4	87,5	57,9
44	Con mi embarazo me volví más renegona y agresiva.	71,4	83,3	52,6

Las embarazadas con **Autovaloración Alta**; el 100% mencionan que su embarazo es lo mejor que les pasó ,que ahora con su embarazo sienten que valen más como personas ,el 84,2% se consideran con muchas virtudes, el 57.9% Indican que son miedosas y tímidas y el 52.6% indican

que con su embarazo se volvieron más renegonas y agresivas.

Grafico7

AUTOVALORACION EN BASE AL CONCEPTO DE SI MISMA EN RELACION A SI MISMA



De manera general, se observa que, las que presentan A.Alta y A.Media indican en casi similares porcentajes que su embarazo es lo mejor que les pasó; que con su embarazo valen más como personas, cosa que no se observa en las con A.Baja. Casi en igual proporción mencionan las que presentan A.Alta y A.Media que su embarazo es lo mejor que les pasó, frente a un porcentaje mínimo de las que presentan A.Baja. Lo mismo ocurre con el indicador que se consideran mujeres con muchas virtudes puesto que las con A.Alta y Media presentan porcentajes altos y las con A.Baja porcentaje bajo. (Ver gráfico 7)

Las que presentan A.Media y las con A.Baja presentan porcentajes altos y similares respecto a ser miedosas y tímidas frente a un porcentaje menor de las con A.Alta.

Las que presentan A.Media y las con A.Baja indican que desde que supieron de su embarazo no valen como personas en una proporción considerable, cosa que no se observa en las con A.Alta pues presentan un 0%. (Ver gráfico 7)

4.1.2.2.1. Concepto de si misma en relación a su pareja

El 78% mencionan que su esposo las cuida más que antes y que eso las hace sentir contentas, el 70% mencionan que tratan siempre de estar de acuerdo con su esposo aunque este no tenga la razón y el 68%

indican que ahora que están embarazadas sus esposos las valoran más, el 56% mencionan que su esposo (pareja) valora su inteligencia, el 18% indican que sus esposos (pareja) les trata mal y el 10% indican que sus esposos (pareja) les dicen que son tontas. (Ver tabla 8)

Tabla 8

Concepto de si misma en relación a su pareja

Nro.	PREGUNTAS	%
35	Ahora que estoy embarazada mi esposo me valora más.	68
41	Mi esposo me cuida más que antes y eso me hace sentir contenta.	78
43	Mi esposo valora mi inteligencia, me dice que soy inteligente.	56
28	Trato de estar siempre de acuerdo con mi esposo aunque este no tenga la razón.	70
34	Mi esposo me trata mal.	18
36	Mi esposo dice que soy una tonta.	10

4.1.2.2.2. Autovaloración en base al Concepto de si misma en relación a su pareja

Al determinar la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas, en base al concepto de si misma en relación a su pareja, se obtuvieron los siguientes datos:

Las que presentan **Autovaloración Baja** ; el 57.1% indican que su esposo o pareja les trata mal y el 14.3% indican que tratan de estar de acuerdo con sus esposos(pareja) aunque estos no tengan la razon y también el 14,3%indican que sus esposos(pareja) les dicen que son unas tontas. (Ver tabla 9 y gráfico 9)

Tabla 9

Autovaloración en base al Concepto de si misma en relación a su pareja

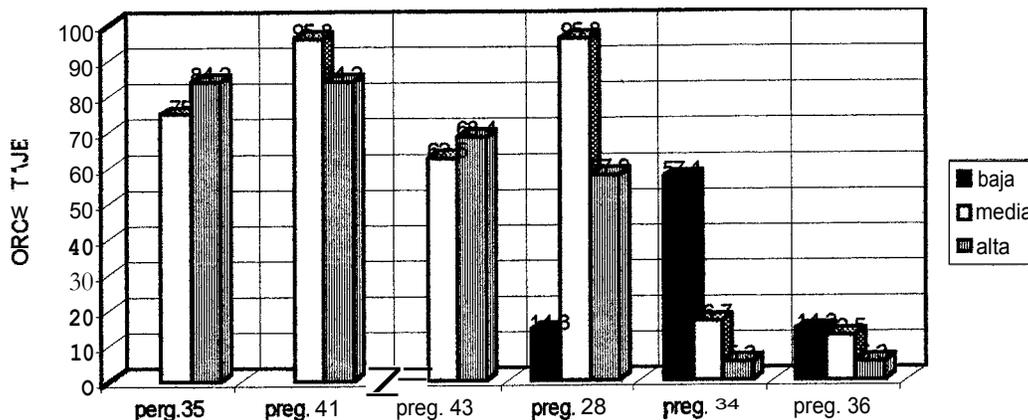
Nro.	PREGUNTAS	A.B.	AM.	A.A.
35	Ahora que estoy embarazada mi esposo me valora más.	0	75	84,2
41	Mi esposo me cuida más que antes y eso me hace sentir contenta.	0	95,8	84,2
43	Mi esposo valora mi inteligencia, me dice que so inteligente.	0	62,5	68,4
28	Trató de estar siempre de acuerdo con mi esposo aunque este no tenga la razón.	14,3	95,8	57,9
34	Mi esposo me trata mal.	57,1	16,7	5,3
36	Mi esposo dice que soy una tonta.	14,3	12,5	5,3

Las que presentan **Autovaloración Media**, indican el 95.8% que sus esposos las cuidan más que antes y que eso las hace sentir contentas; el 95.8% indican que tratan de estar siempre de acuerdo con su esposo aunque este no tenga la razón y el 75% indican que ahora que están embarazadas su esposo las valora más, el 62.5% mencionan que su esposo (pareja) valora su inteligencia, el 16.7% indican que su esposo o pareja les trata mal y el 12.5% indican que sus esposos (pareja) les dicen que son unas tontas. (Ver tabla 9)

Las mujeres embarazadas que presentan **Autovaloración Alta** el 84.2% indican que ahora que están embarazadas su esposo las valora más, también el 84.2% indican que sus esposos las cuidan más que antes y que eso las hace sentir contentas, el 68,4% indican que sus esposos valoran su inteligencia, el 57.9% indican que tratan de estar de acuerdo con sus esposos (pareja) aunque estos no tengan la razón, el 5.3% indican que su esposo o pareja les trata mal y también, el 5.3% indican que sus esposos (pareja) les dicen que son unas tontas. (Ver gráfico 9)

Gráfico 9

AUTOVALORACION EN BASE AL CONCEPTO DE SI MISMA EN EN RELACION A SU PAREJA



Se puede observar que las que presentan A.Alta y A.Media mencionan en un porcentaje elevado que sus esposos las cuidan más que antes y que eso les hace sentir contentas, cosa que no ocurre con las de A.Baja (0%). (Ver gráfico 9)

Las que presentan A.Alta y A. Media indican en un porcentaje elevado que sus esposos las valoran más que antes de que estuvieran

embarazadas, en cambio en las que presentan A.Baja no presentan ningún porcentaje en este indicador. (Ver gráfico 9)

Las mujeres con A.Alta y con A.Media se sienten más valoradas y con más cuidados por parte de sus esposos, cosa que no ocurre con las que presentan A.Baja, que más de la mitad de ellas indican que sus parejas les tratan mal. (Ver gráfico 9)

Pero, por otro lado se puede notar que las mujeres con A.Alta y con A.Media tratan de estar siempre de acuerdo con sus esposos o parejas aunque estos no tengan la razón. (ver gráfico 9)

4.1.2.3.1. Concepto de si misma en relación a sus padres

Respecto al concepto de sí mismas en relación a sus padres y familiares: El 76% Indican que sus familiares les apoyan y que eso les hace sentir bien, el 74% indican que sus padres se sienten contentos porque les darán un nieto, también el 74% indican que sus padres siempre están preocupándose por ellas y que ello les da seguridad y tranquilidad, el 42% indican que sus familiares no les comprenden, el 38% mencionan que sus padres les dicen que no son buenas hijas y el 32% mencionan que no sirven para nada porque defraudaron a sus padres.

Tabla 10

Concepto de si misma en relación a a sus padres

Nro.	PREGUNTAS	%
25	Mis padres se sienten contentos porque les daré un nieto y eso me alegra.	74
27	Mis familiares me apoyan y eso me hace sentir bien.	76
33	Mis padres siempre están preocupándose por mi y eso me dá seguridad y tranquilidad.	74
11	Yo no sirvo para nada porque defraudé a mis padres.	32
19	Mis padres me dicen que no soy una buena hija.	38
26	Mis familiares no me comprenden.	42

4.1.2.3.2. Autovaloración en base al Concepto de si misma en relación a sus familiares

Al determinar la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas, en base al concepto de sí misma en relación a sus familiares, se obtuvieron los siguientes datos:

Las que presentan **Autovaloración Baja** : El 85,7% indican que no sirven para nada porque defraudaron a sus padres, el 71.4% indican que sus padres les dicen que no son buenas hijas, también el 71,4% indican

que sus familiares no les comprenden, el 42.8% Indican que sus familiares les apoyan y que eso les hace sentir bien, el 42.8% indican que sus padres siempre están preocupándose por ellas y que ello les dá seguridad y tranquilidad y el 14.3% indican que sus padres se sienten contentos porque les darán un nieto y eso les alegra. (Ver gráfico 11)

Tabla 11

Autovaloración en base al Concepto de si misma en relación a sus familiares

Nro.	PREGUNTAS	A.B.	A.M.	A.A.
25	Mis padres se sienten contentos porque les daré un nieto y eso me alegra.	14,3	83,3	84,2
27	Mis familiares me apoyan y eso me hace sentir bien.	42,8	75	89,5
33	Mis padres siempre están preocupándose por mi y eso me da seguridad y tranquilidad.	42,8	79,2	78,9
11	Yo no sirvo para nada porque defraudé a mis padres.	85,7	37,5	5,3
19	Mis padres me dicen que no soy una buena hija.	71,4	45,8	15,8
26	Mis familiares no me comprenden.	71,4	50	21

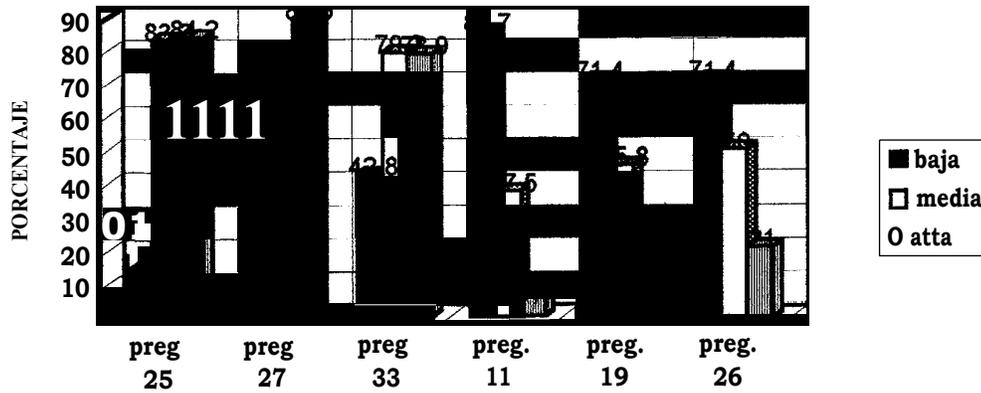
Las que presentan **Autovaloración Media**; el 83.3% indican que sus padres se sienten contentos porque les darán un nieto y eso les alegra, un 79.2% indican que sus padres siempre están preocupándose por ellas y que ello les dá seguridad y tranquilidad, el 75% Indican que sus familiares les apoyan y que eso les hace sentir bien, el 50% indican que sus familiares no les comprenden, el 45.8% mencionan que sus padres les dicen que no son buenas hijas y el 37,5% indican que no sirven para nada porque defraudaron a sus padres. (Ver tabla 11 y gráfico 11)

Las que presentan **Autovaloración Alta**; el 89,5% indican que sus familiares les apoyan y que eso las hace sentirse bién, el 84.2% indican que sus padres se sienten contentos porque les darán un nieto y que eso les alegra, el 21% indican que sus familiares no les comprenden, el 15.8% mencionan que sus padres les dicen que no son buenas hijas y el 5,3% indican que no sirven para nada porque defraudaron a sus padres. (Ver tabla 11 y gráfico 11)

De manera general se puede observar que las que tienen A.Alta y A.Media, en mayor grado tienen el apoyo de sus padres, pues, indican que sus padres se sienten contentos porque les darán un nieto y eso les alegra. (Ver gráfico 11)

Grafico 11

AUTOVALORACION EN BASE AL CONCEPTO DE SI MISMA EN RELACION A SUS FAMILIARES



En cambio las que presentan A.Baja dicen en mayor proporción, que no sirven para nada porque defraudaron a sus padres, que a su vez les dicen que no son buenas hijas y además sienten que sus familiares no les comprenden. (Ver gráfico 11)

4.1.2.4.1. Concepto de si misma en relación a otros (vecinos, conocidos)

Del total de mujeres embarazadas primigestas el 94% indican que la mayor parte de la gente que conocen las quieren, el 86% indican que algunas personas les lastiman al juzgarles mal; el 78% indican que sus vecinos y otras personas les preguntan sobre su embarazo y que les dan consejos, dicen que les hacen sentir que se preocupan por ellas y que eso les alegra; 74% indican que no les interesa lo que la gente piense de su embarazo ; el 54% indican que a veces se sienten humilladas por lo que la gente habla y el 46% indican que sus vecinos hablan sobre su estado y que ello las hace sentir mal. (Ver tabla 12)

Tabla 12

Concepto de si misma en relación a otros (vecinos, conocidos)

Nro.	PREGUNTAS	%
12	No me interesa lo que la gente piense de mi embarazo.	74
18	La mayor parte de la gente que conozco me quiere.	94
20	Mis vecinos y otras personas me preguntan sobre mi embarazo y me dan consejos, me hacen sentir que se preocupan por mí y eso me alegra.	78
3	A veces me siento humillada por lo que la gente habla.	54
9	Algunas personas me lastiman al juzgarme mal.	86
17	Mis vecinos hablan sobre mi estado y me siento mal.	46

4.1.2.4.2. Autovaloración en base al Concepto de si misma en relación a otros (vecinos, conocidos)

Al determinar la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas, en base al concepto de sí misma en relación a otros (vecinos, conocidos)

Las que presentan **Autovaloración Baja**; el 100% indican que algunas personas les lastiman al juzgarlas mal, el 85.7% indican que a veces se sienten humilladas por lo que la gente habla, el 85.7% dicen que la mayor parte de la gente que conocen las quieren, y el 28.6% indican que sus vecinos y otras personas les preguntan sobre su embarazo y que les dan consejos, dicen que les hacen sentir que se preocupan por ellas y que eso les alegra. (Ver tabla 13)

Las que tienen **Autovaloración Media**; el 95.8% indican que algunas personas les lastiman al juzgarlas mal, el 91.7% dicen que la mayor parte de la gente que conocen las quieren, el 79.2% indican que sus vecinos y otras personas les preguntan sobre su embarazo y que les dan consejos, dicen que les hacen sentir que se preocupan por ellas y que eso les alegra; el 62,5% dicen que sus vecinos hablan sobre su estado y que ello las hace sentir mal. (Ver tabla 13 y gráfico 13)

Tabla 13

Autovaloración en base al Concepto de si misma en relación a otros (vecinos, conocidos)

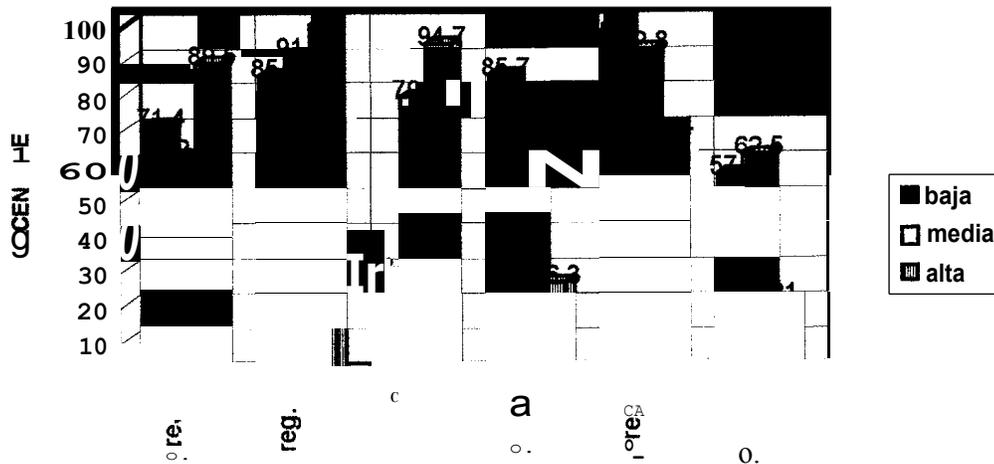
Nro.	PREGUNTAS	A.B.	A.M.	A.A.
12	12. No me interesa lo que la gente piense de mi embarazo.	71,4	62,5	89,5
18	18. La mayor parte de la gente que conozco me quiere.	85,7	91,7	100
20	20. Mis vecinos y otras personas me preguntan sobre mi embarazo y me dan consejos, me hacen sentir que se preocupan por mí y eso me alegra.	28,6	79,2	94,7
3	A veces me siento humillada por lo que la gente habla.	85,7	66,7	26,3
9	Algunas personas me lastiman al juzgarme mal.	100	92,8	68,4
17	17. Mis vecinos hablan sobre mi estado y me siento mal.	57,1	62,5	21

Las que presentan **Autovaloración Alta**; el 100% indican que la mayor parte de la gente que conocen las quieren, el 94.7% indican que sus vecinos y otras personas les preguntan sobre su embarazo y que les

dan consejos, dicen que les hacen sentir que se preocupan por ellas y que eso les alegra, el 89.5% indican que no les interesa lo que la gente piense de su embarazo, el 26.3% indican que a veces se sienten humilladas por lo que la gente habla y el 21% indican que sus vecinos hablan sobre su estado y que ello las hace sentir mal.

Grafico 13

**AUTOVALORACION EN BASE AL CONCEPTO DE SI MISMA EN RELACION A OTROS
(VECINOS, CONOCIDOS)**



Analizando los resultados anteriores, se observa que: Las mujeres embarazadas primigestas sin importar cual fuere su autovaloración sea Alta, Media o Baja; indican casi en porcentajes muy aproximados: que la mayor parte de la gente que conocen las quieren, y también indican que algunas personas les lastiman al juzgarlas mal. (Ver gráfico 13)

Las que presentan A.Alta, mencionan en mayor grado que la gente les quiere, que sus vecinos se preocupan por ellas y también indican que no les interesa lo que la gente piense de su embarazo; en cambio en las que presentan A.Media y especialmente las con A.Baja presentan los indicadores más altos en lo referente a: que algunas personas les lastiman al juzgarlas mal, que se sienten humilladas por lo que la gente habla y además contradictoriamente con el anterior indicador, mencionan que no les importa que la gente hable de su embarazo. (Ver gráfico 13)

4.2. CORRELACION DE VARIABLES

Una vez determinada la autovaloración de las primigestas y categorizada (en baja, media y alta); se procedió a correlacionarla con las otras variables de la investigación (Ver Cap. III Operacionalización de variables del 2do instrumento y Fases de la Investigación).

El análisis cuantitativo de correlación de las variables se realizó mediante el Programa SPSSr. En todos los cruces de variables se aplicó la prueba estadística de asociación Chi Cuadrado. Tomándose como valores significativos estadísticamente las significancias iguales o menores a **0,05** y considerándose como valores de mayor significación estadística aquellos que más se aproximan al **0,00** (Valor de máxima asociación o significación estadística).

4.2.1. MESES DE EMBARAZO

De acuerdo a los meses de embarazo las primigestas se encontraban: El 28% con 9 meses de embarazo, el 20% con 8 meses de embarazo, el 12% con 6 meses de embarazo, el 10% con 2 meses de embarazo, el 10% también con tres meses de embarazo, el 8% con 7 meses de embarazo, el 6 % con cuatro meses de embarazo y el 6% también, con 5 meses de embarazo.

Como se puede ver se observa que, las mujeres en mayor proporción al momento de la investigación se encontraban con nueve meses de embarazo seguidas por las que se encontraban de 8 meses y con un porcentaje menor las con 6 meses de embarazo.

4.2.1.1. Autovaloracion y meses de embarazo

De acuerdo a los meses se embarazo en que se encontraban las primigestas al momento de la investigación en relación a su autovaloración se obtuvieron los siguientes datos:

Las primigestas con **Autovaloración Baja** (A.B.) al momento de la investigación el 42.9% se encontraba en el 9no mes de embarazo, el 28.6% entre el 7mo y 8vo mes de embarazo, el 14,3% entre el Oto y 6to mes de embarazo y también el 14.3% se encontraba entre el 1ro y 3er mes de embarazo. (Ver tabla 14 y gráfico 14)

Tabla 14 Autovaloración y meses de embarazo

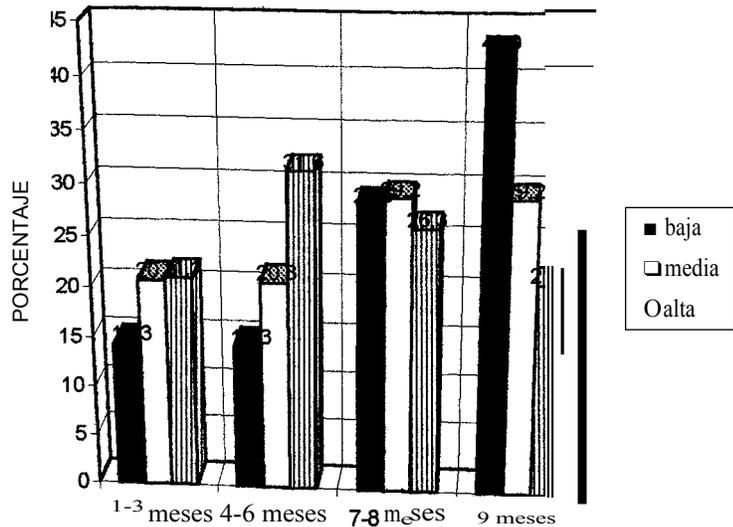
Meses de embarazo	Autov.Baja %	Autov.Media %	Autov.Alta %
1-3 meses	14,3	20,8	21,1
4-6 meses	14,3	20,8	31,6
7-8 meses	28,6	29,2	26,3
9 meses	42,9	29,2	21,1

Las con **Autovaloración Media** (A.M.) el 29.2% se encontraban al momento de la investigación en el 9no mes de embarazo, el 29.2% también se encontraban entre el 7mo y 8vo mes de embarazo, el 20.8% entre el 4to y 6to mes y el 20.8% entre el 1er y 3er mes de embarazo.

Las con **Autovaloración Alta** (A.A.) el 31.6% se encontraban al momento de la investigación entre el 4to a 6to mes de embarazo, el 26.3% entre el 7mo y 8vo mes de embarazo, el 21.1% en el 9no mes y el 21.1% también entre el 1ro y 3er mes de embarazo. (Ver tabla 14 y gráfico 14)

Gráfico 14

AUTOVALORACION EN RELACION A LOS MESES DE EMBARAZO



Analizando los datos se observa que: Las mujeres con A.B. en mayor porcentaje se encontraban al momento de la investigación, en el 9no mes

de embarazo y en un menor porcentaje entre el 1er y 3er mes de embarazo; las con A.M. en un mayor porcentaje se hallaban entre el 7mo, 8vo, 9no mes de embarazo y en menor porcentaje entre el 1er y 3er mes de embarazo; las con A.A. en mayor porcentaje se hallaban en mayor porcentaje entre el 4to y 6to mes de embarazo. Cabe hacer notar que en esta categoría se distribuyen casi en similares porcentajes en los 4 rangos de embarazo. (Ver gráfico 14)

Estas dos variables **meses de embarazo y autovaloración** no se correlacionan entre si, no presentan significancia (significancia de .92987).

Por lo tanto, se puede decir que *la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas, no está determinada por los meses de embarazo.* (Ver anexo 1 tabla de correlaciones)

4.2.2. EDAD

El 8% se hallan entre los rangos comprendidos de 13-16 años, el 46% entre los 17-20 años, el 32% entre los 21-25 años, el 12% entre los 26-30 años y tan solo el 2% entre las edades comprendidas de 31-35. (Ver anexo, Frecuencias)

De acuerdo a los datos se nota que en su mayoría las primigestas son menores de 20 años con un 54% y solo el 2% mayores de 30 años. Por lo que, podemos señalar que, la población del estudio está conformado en su mayoría por adolescentes.

4.2.2.1. AUTOVALORACION Y EDAD

En la relación de estas dos variables se obtuvieron los siguientes datos:

Las primigestas con **Autovaloración Baja**, el 42.9% se encuentra en el rango de edad comprendido de 26-30 años, el 28.6% se encuentran en el rango de 17-20 años y el 28.6% también se encuentran en el rango de edad comprendido de 13-16 años.

Las primigestas con **Autovaloración Media**, el 54.2% se encuentra en el rango de edad comprendido de 17-20 años, el 33.3% el el rango de

21-25 años, el 8.3% entre el rango de edad de 13-16 años y el 4.2% en el rango de edad comprendido de 31-35 años. (Ver tabla 15)

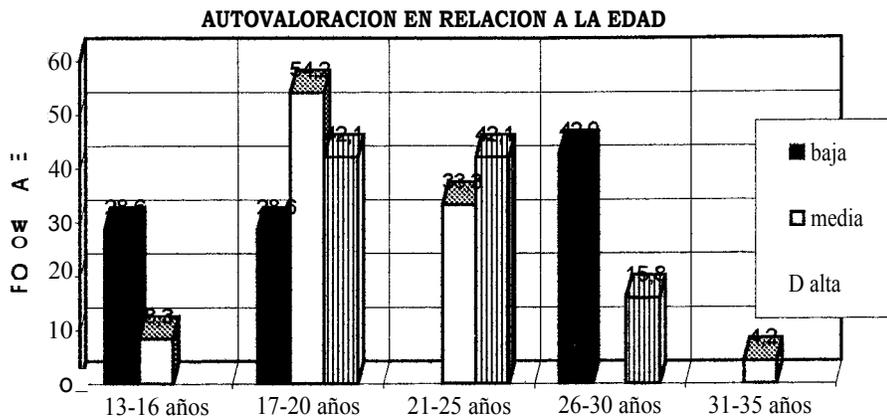
Las primigestas con **Autovaloración Alta**, el 42.1% se encuentra en el rango de edad comprendido de 17-20 años, el 42.1% también se encuentra en el rango de 21-25 años y el 15.8% se encuentra en el rango de 26-30 años. (Ver tabla 15 y gráfico 15)

Tabla 15 Autovaloración y edad

Edad	Autov.Baja %	Autov.Medía %	Autov.Alta %
13-16 años	28,6	8,3	
17-20 años	28,6	54,2	42,1
21-25 años	0	33,3	42,1
26-30 años	42,9	0	15,8
31-35 años	0	4,2	0
Total	100	100	100

De manera general, se observa que, las primigestas con A.B. se hallan en mayor porcentaje entre el rango de edad de los 26-30 años y el menor porcentaje entre los 13-16 años; las que presentan A.M. tienen mayor porcentaje el rango de los 17-20 años y el porcentaje más bajo entre el rango de los 31-35 años; las con A.A. presentan mayor porcentaje en los rangos de edad de 17-20 años y de 21-25 años encontrándose el porcentaje más bajo de esta categoría en el rango de edad comprendido de 26-30 años. (Ver gráfico 15)

Gráfico 15



Las con A.A. y con A.M. presentan mayores porcentajes en los rangos de 17-20 años y 21-25 años, en cambio las con A.B. presentan mayor porcentaje en el rango comprendido de los 26-30 años.

La correlación de estas dos variables (edad y autovaloración) es significativa (Significancia de **.01653**). Por lo tanto, la autovaloración de las *primigestas* está correlacionada con su edad. (Ver anexo tabla de correlaciones)

4.2.2.2. Edad considerada adecuada para el embarazo

Se les hizo una pregunta para saber qué edad les parecía la más adecuada para embarazarse y los datos que se obtuvieron fueron los siguientes: El 22% indicó que que la edad adecuada para embarazarse era de 17-20 años; indican que esta edad es adecuada porque el 66% de 21-25 años y el 12% de 26-30 años. En mayor porcentaje las primigestas consideran adecuada las edades comprendidas de 21-25 años por diferentes motivos que se cita a continuación; Consideran que a esa edad ya son maduras y que son fuertes para tener al bebé, a esa edad indican que ya están preparadas para ser mamás, porque a esa edad indican que ya son responsables y pueden cuidar mejor al bebé, porque ya se consideran mayores, porque a esa edad indican que ya tienen profesión. (Ver anexo, Frecuencias)

4.2.2.2.1. Autovaloración y edad considerada adecuada para el embarazo y autovaloración

Las mujeres con **Autovaloración Baja** indican : el 57.1% que la edad adecuada para embarazarse es de los 21-25 años y el 42.9% de los 26-30 años. (Ver tabla 16)

Tabla 16

Autovaloración y edad considerada adecuada para el embarazo y autovaloración

Edad	Autov.Baja %	Autov.Media %	Autov.Alt %
17-20 años	0	16,7	36,8
21-25 años	57,1	79,2	52,6
26-30 años	42,9	4,2	10,5

Las mujeres con **Autovaloración Media**, indican : el 79.2% que la

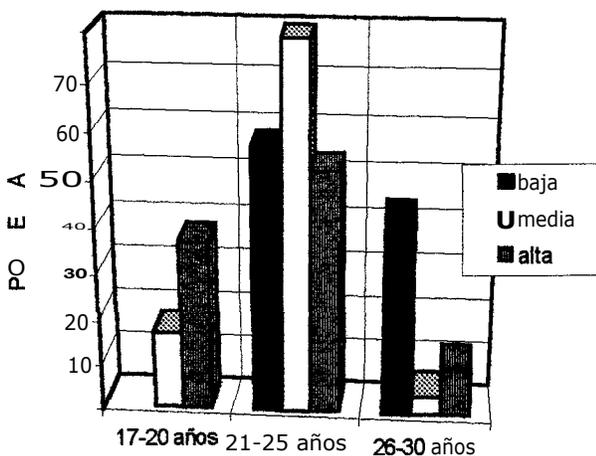
edad adecuada para embarazarse es de los 21-25 años, el 16.7% de los 17-20 años y el 4.2% de los 26-30 años. (Ver tabla 16 y gráfico 16)

Las que presentan **Autovaloración Alta**, el 52.6% indican que la edad adecuada para embarazarse es de los 21-25 años, el 36.8% de los 17-20 años y el 10.5% indican que la edad adecuada para embarazarse es de los 26-30 años. (Ver tabla 16 y gráfico 16)

Las mujeres embarazadas primigestas en las tres categorías de Autovaloración, sea, Alta, Media o Baja; indican que la edad adecuada para embarazarse se encuentra de los 21 a los 25 años de edad.

Gráfico 16

AUTOVALORACION EN RELACION A LA EDAD CONSIDERADADA ADECUADA PARA EL EMBARAZO



La autovaloración de las primigestas está relacionada con la edad considerada por ellas adecuada para embarazarse. Es significativa esta relación, con un nivel de significancia del .01893. (Ver anexo 1, tabla de correlaciones)

4.2.2.3. Consideración de la edad para estar embarazadas

Para corroborar los anteriores datos se les formuló la siguiente pregunta: ¿Cómo te consideras para estar embarazada? y las respuestas fueron las siguientes; el 46% se consideran jóvenes, el 10% mayores y el 44% consideran que tienen la edad adecuada para embarazarse.

4.2.2.3.1. Autovaloración y consideración de la edad

Las que presentan **Autovaloración Baja**; el 42.9% se consideran jóvenes para estar embarazadas, el 42.9% también se consideran mayores y sólo el 14.3% consideran que tienen la edad adecuada para estar embarazadas. (Ver tabla 17 y gráfico 17)

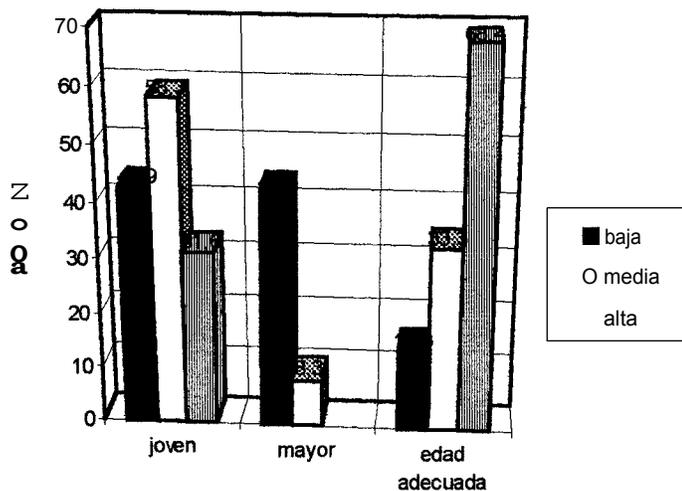
Tabla 17 Autovaloración y consideración de la edad

Edad	Autov.Baja %	Autov.Media %	Autov.Alta %
joven	42,9	58,3	31,6
mayor	42,9	8,3	
edad adecuada	14,3	33,3	68,4

Las que presentan **Autovaloración Media**; el 58.3% se consideran jóvenes para estar embarazadas, el 33.3% consideran que tienen la edad adecuada para estar embarazadas y sólo el 8.3% se consideran mayores para estar embarazadas. (Ver tabla 17)

Gráfico 17

AUTOVALORACION EN RELACION A LA CONSIDERACION DE LA EDAD



CONSIDERACIONES DE EDAD

Las que presentan **Autovaloración Alta**; el 68.4% consideran que tienen la edad adecuada para estar embarazadas y el 31% se consideran jóvenes para estar embarazadas. (Ver gráfico 17)

Analizando los resultados anteriores, se observa que: Las mujeres que presentan A.B. se consideran jóvenes o mayores en mayores porcentajes y en menor porcentaje se consideran con la edad adecuada para estar embarazadas. (Ver gráfico 17)

Las con A.M., se consideran en mayor porcentaje jóvenes para estar embarazadas y en menor porcentaje mayores para estar embarazadas.

Las mujeres con A.A. se consideran en un mayor porcentaje con la edad adecuada para estar embarazadas y en menor porcentaje se consideran jóvenes para estar embarazadas. (Ver gráfico 17)

En el análisis estadístico se determinó que la autovaloración de las mujeres primigestas está vinculada con la edad considerada adecuada para estar embarazadas.

Esta correlación es significativa (significancia de **.00331**). (Ver anexo 1, tabla de correlaciones)

4.2.3. NIVEL DE INSTRUCCION

El 20% cursaron el nivel básico, el 16 % intermedio (están o ya estuvieron), el 48% el nivel medio (están o ya estuvieron), y el 16% el nivel superior. Como se ve en un mayor porcentaje las primigestas se encuentran en el nivel medio o puede ser también que algunas hayan estado anteriormente. (Ver anexo 2)

4.2.3.1. AUTOVALORACION Y NIVEL DE INSTRUCCION

Las primigestas con **Autovaloración Baja**; el 42.9% cursaron o cursan el nivel intermedio, el 28.65 cursaron o cursan el nivel medio, el 14.3% cursan o cursaron el nivel básico y el 14.3% también cursan el nivel superior. (Ver tabla 18 y gráfico 18)

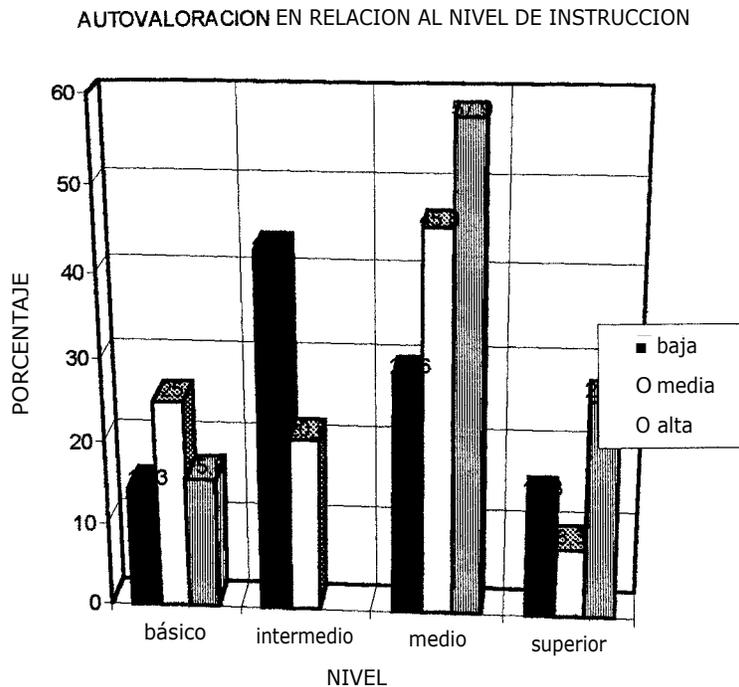
Tabla 18 Autovaloracion y nivel de instruccion

Nivel de instrucción	Autov.Baja %	Autov.Media %	Autov.Alt %
básico	14,3	25	15,8
intermedio	42,9	20,8	0
medio	28,6	45,8	57,9
superior	14,3	8,3	26,3

Las primigestas que presentan **Autovaloración Media**; el 45.8% cursan o cursaron el nivel medio, el 25.0% cursan o cursaron el nivel básico, el 20.8% cursan o cursaron el nivel intermedio y el 8.3% cursan el nivel superior. (Ver tabla 18)

Las con **Autovaloración Alta**; el 57.9% cursaron o cursan el nivel medio, el 26.3% cursan o cursaron el nivel superior y el 15.8% cursaron o cursan el nivel básico. (Ver tabla 18 y gráfico 18)

Gráfico 18



Las con **A.B.** en mayor porcentaje cursaron o cursan el nivel intermedio y en un menor porcentaje cursan o cursaron el nivel básico. (Ver gráfico 18)

Las con **A.M.** en mayor porcentaje cursan o cursaron el nivel medio y en menor porcentaje cursaron o cursan el nivel superior.

Las con **A.A.** en mayor porcentaje cursan o cursaron el nivel medio y en menor porcentaje cursaron o cursan el nivel básico.

En el análisis estadístico se determinó que la autovaloración de

las primigestas no depende del nivel de instrucción que tengan. Esta correlación no es significativa (Significancia de .11457). (Ver anexo 1, tabla de correlaciones)

4.2.4. ESTADO CIVIL

El 20 % de las primigestas eran casadas, el 54% convivientes, el 24% solteras y el 2% viuda. Se observa que más de la mitad de esta población corresponde a la categoría de conviviente y casi la cuarta parte a la categoría soltera. (Ver anexo, Frecuencias)

4.2.4.1. AUTOVALORACION y ESTADO CIVIL

Observando según su autovaloración y su estado civil se obtuvieron los siguientes datos :

Las mujeres que presentan **Autovaloración Baja** el 85.7% son solteras y el 14.3% son casadas. (Ver tabla 19 y gráfico 19)

Las mujeres que presentan **Autovaloración Media** el 52% son convivientes y el 16.7% son solteras y el 12,5% son casadas.

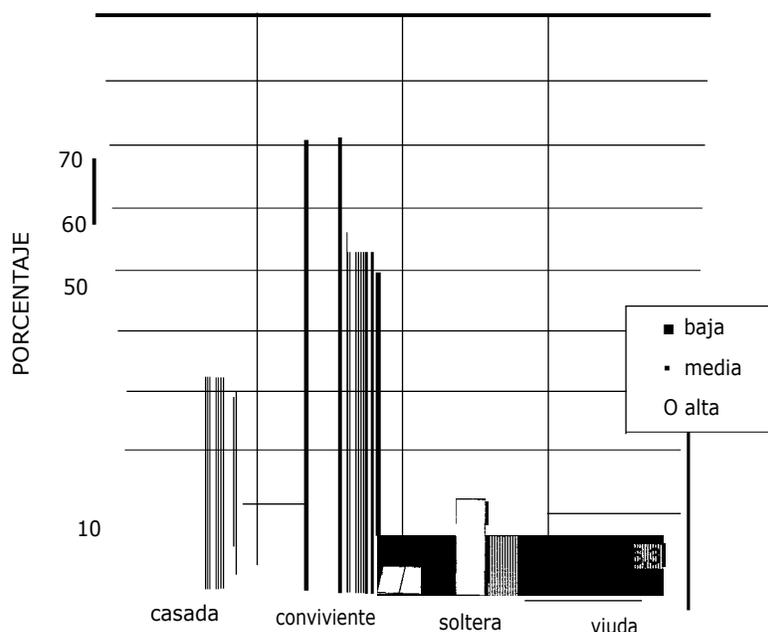
Las mujeres con **Autovaloración Alta** el 52.6% son convivientes, el 31.6% son casadas, solteras el 10,5% y 5.3% viudas.

Tabla 19 Autovaloración y estado civil

Estado civil	Autov.Baja %	Autov.Media %	Autov.Alta %
casada	14,3	12,5	31,6
conviviente		70,8	52,6
soltera	87,5	16,7	10,5
viuda	0	0	5,3

De manera general, se observa que, las mujeres con A.B., en su mayoría son solteras y un porcentaje inferior casadas en cambio se observa que las que presentan A.M. en su mayoría son convivientes, seguidas por solteras y luego casadas, en cambio no ocurre lo mismo con las que presentan A.A., pues, ellas se distribuyen en convivientes en mayor grado seguidas por las casadas y solteras. (Ver gráfico 19)

Gráfico 19 Autovaloración en relación al estado civil



Por lo anteriormente mencionado y por el análisis estadístico; se puede expresar que la autovaloración de las primigestas está determinada por su estado civil

Estas dos variables se encuentran correlacionadas, significativamente (Significancia de **.00130**). (Ver anexo 1 y 2)

4.2.4.2. Consideración del estado civil

Para determinar este indicador se les hizo la siguiente pregunta: ¿Piensas que es mejor estar casada para estar embarazada? y sus respuestas fueron: el 84% considera que es mejor estar casada para estar embarazada y el 16% considera que no.

Dicen que consideran mejor estar casadas porque: Tienen un apoyo emocional, económico; El niño nace en un hogar, así no tienen problemas con sus padres (ni familiares), el hijo es reconocido, porque piensan mal de las madres solteras, la gente habla y se es prejuizada, para que el bebé tenga el amor y el cariño de ambos padres, porque de esa manera no es rechazado el bebé.

Dicen que piensan que es mejor no estar casadas porque: A veces

existen problemas en el matrimonio, piensan que pueden tener solas a sus bebés, al poco tiempo se separan y al vivir antes entonces indican que se conocen más y porque consideran que no es necesario casarse cuando se quieren.

4.2.4.2.1. Autovaloración y consideración del estado civil

Según la autovaloración de estas mujeres se obtuvo los siguientes resultados :

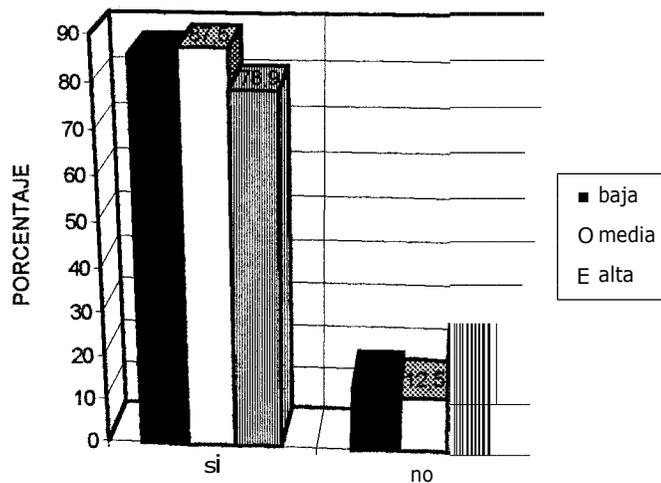
Las con **Autovaloración Baja**; el 85.7% indican que el estar casadas es mejor para estar embarazadas, solo el 14.3% indican que no es mejor estar casadas para embarazarse. (Ver tabla 20)

Las con **Autovaloración Media**; el 87.5% indican que el estar casadas es mejor para estar embarazadas y el 12.5% indican que no es mejor estar casadas para embarazarse. (Ver tabla 20 y gráfico 20)

Las con **Autovaloración Alta**; el 78.9% indican que el estar casadas es mejor para estar embarazadas y el 21.1% que no es mejor estar casada para embarazarse. (Ver tabla 20 y gráfico 20)

Gráfico 20

AUTOVALORACION EN RELACION A ¿PIENSAS QUE ES MEJOR ESTAR CASADA PARA EMBARAZARSE?



Las mujeres embarazadas primigestas con A.B., con A.M. y con

A.A. indican en mayores porcentajes que es mejor estar casadas para embarazarse. (Ver gráfico 20)

Tabla 20

Autovaloración y ¿Piensas que es mejor estar casada para estar embarazada?

Estado civil	Autov.Baja %	Autov.Media %	Autov.Alt a %
SI	85,7	87,5	78,9
NO	14,3	12,5	21,1
TOTAL	100	100	100

Por otro lado, de acuerdo al análisis estadístico la consideración del estado civil y la autovaloración de las primigestas no se hallan vinculadas.

Por lo tanto se puede decir que la autovaloración de las primigestas no depende de la consideración de su estado civil (Significancia de .74269). (Ver anexo 1 y 2)

EXPECTATIVAS

4.2.5. EXPECTATIVAS DE MATERNIDAD

Para determinar las expectativas de maternidad se les hizo cuatro preguntas; 1) **sobre** el deseo de su embarazo, 2) deseo de ser madre 3) sus sentimientos al saber de que estaban embarazadas y 4) sobre cómo consideran su vida de mujeres embarazadas.

4.2.5.1. Deseo de su embarazo

Respecto a si deseaban estar embarazadas, las respuestas fueron: El 56% indicó que sí deseaban estar embarazadas y el 44% que no deseaban estar embarazadas.

Indican que deseaban estar embarazadas por las siguientes razones: Querían tener un hijo, porque sus parejas y ellas lo deseaban porque se quieren, porque les gustan los niños, indican que porque un bebé es la alegría y complemento del hogar, por la edad, porque hace tiempo que andaban esperando y porque indican que ese era su sueño.

Indican que no deseaban estar embarazadas por las siguientes

razones: Querían continuar estudiando, porque no pensaban todavía porque son jóvenes, querían terminar sus estudios carreras, no estaban preparadas, querían tenerlo después y querían casarse antes de embarazarse.

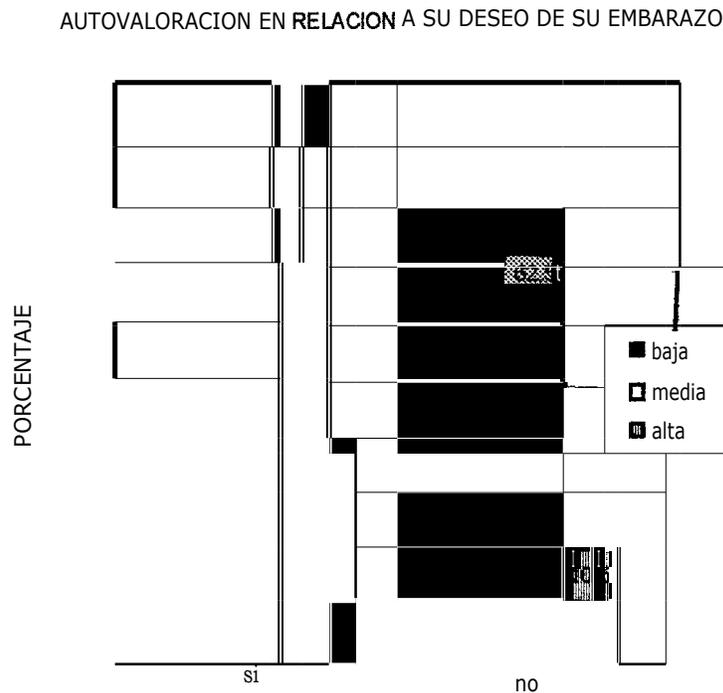
4.2.5.1.1. Autovaloración y deseo de su embarazo

Las con **Autovaloración Baja**, el 71.4% indicaron que no deseaban estar embarazadas y el 28.6% que sí querían estar embarazadas. (Ver tabla 21 y gráfico 21)

Las con **Autovaloración Media**, el 62.5% indican que no querían estar embarazadas y el 37.5% que sí deseaban estar embarazadas.

Las con **Autovaloración Alta**, el 89.5% mencionan que querían estar embarazadas y el 10.5% mencionan que no deseaban estar embarazadas.

Gráfico 21



Las mujeres con A.Baja mencionan en mayor porcentaje que no deseaban estar embarazadas, las con A.Media también indican lo mismo en un porcentaje un poco menor. En cambio las con A.Alta casi el 90% indican

que sí deseaban estar embarazadas y un porcentaje mínimo que no deseaban estar embarazadas. (Ver gráfico 21 y tabla 21)

Tabla 21 Autovaloración y ¿Deseabas estar embarazada?

Deseo de embarazo	Autov.Baja %	Autov.Medía %	Autov.Alta %
SI	28,6	37,5	89,5
NO	71,4	62,5	10,5

Estas dos variables están correlacionadas pues, obtuvieron un nivel muy significativo (Significancia de **.00086**). (Ver anexo tabla de correlaciones)

Por lo tanto; *la Autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas depende de su deseo de estar embarazadas.*

4.2.5.2. Deseo de ser madre

En lo referente a si deseaban ser madres, las respuestas fueron las siguientes: El 82% indicaron que sí deseaban ser madres y el 18% indicaron que no deseaban ser madres.

Mencionan que deseaban ser madres por las siguientes razones: Porque siempre les gustaron los bebés, porque indican que el ser madre es el sueño de toda mujer, creen que un bebé es la felicidad del hogar, creen que la maternidad hace más madura a la mujer, para dar cariño y no estar solas y también indican que porque ya estaban en la edad de ser madres.

Mencionan que no deseaban ser madres por las siguientes razones: Porque indican que es mucha responsabilidad, porque tienen problemas con sus parejas, porque todavía no estaban preparadas y porque no tienen la edad suficiente.

4.2.5.2.1. Autovaloración y deseo de ser madre

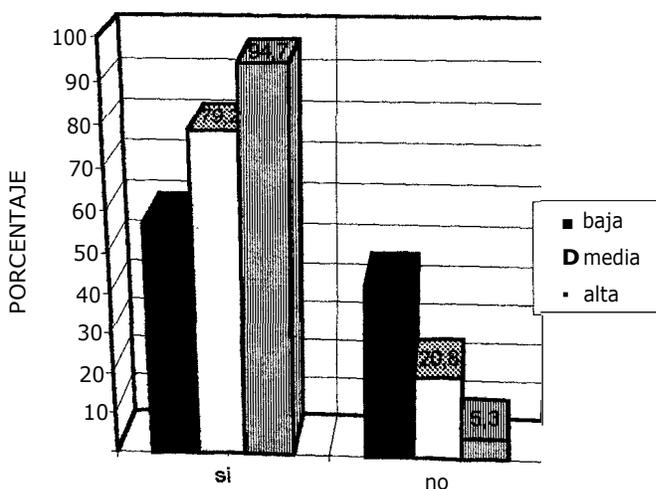
Las que presentan **Autovaloración Baja**, el 57.15% indicaron que si deseaban ser madres y el 42.9% que no deseaban ser madres. (Ver tabla 22 y gráfico 22)

Las que presentan **Autovaloración Media**, el 79.2 % indican que sí deseaban ser madres y el 20.8% que no deseaban ser madres. (Ver tabla 22 y gráfico 22)

Las que presentan **Autovaloración Alta**, el 94.75 indican que sí deseaban ser madres y el 5.3% indican que no deseaban ser madres.

Gráfico 22

AUTOVALORACION EN RELACION A SU DESEO DE SER MADRES



Las mujeres embarazadas primigestas en las tres categorías (de A.Baja, A.Media y A.Alta) indican que si deseaban ser madres en mayores porcentajes. (Ver gráfico 22 y tabla 22)

Pero las con A.Baja y A.Media respectivamente señalan en porcentajes apreciables que no deseaban ser madres; en cambio las con A.Alta indican en un porcentaje mínimo este indicador.

Tabla 22 Autovaloración y ¿Deseabas ser madre?

Deseo de ser madre	Autov.Baja %	Autov.Media %	Autov.Alta %
SI	57,1	79,2	94,7
NO	42,9	20,8	5,3

Estas variables (autovaloración y el deseo de ser madres) según el análisis estadístico no se hallan correlacionadas (Significancia de

.07619). (Ver anexo 1 y 2)

Por lo tanto se puede decir que: la *Autovaloración de las primigestas no está determinada por su deseo de ser madres.*

4.2.5.3. Sentimientos al saber que estaban embarazadas

Respecto a cómo se sintieron al saber que estaban embarazadas, las primigestas mencionaron lo siguiente: El 54% indicaron que se sintieron felices, al saber que estaban embarazadas; el 32% indicaron que se sintieron con miedo; el 30% indican que rechazaron su embarazo; el 28% indican que se sintieron tristes; el 24% indicaron que se sintieron preocupadas; el 4% indicó que se sintieron deprimidas y el 2% indicó que se sintieron confiadas al saber de su embarazo.

4.2.5.3.1. Autovaloración y sentimientos al saber que estaban embarazadas

Las que presentan **Autovaloración Baja** el 57.1% mencionan que se sintieron tristes al saber de su embarazo, también el 57,1% indican que rechazaron su embarazo al saber que estaban embarazadas, el 42.8% se sintieron preocupadas, el 28.6% con miedo, y el 14.3% se sintieron deprimidas al saber que estaban embarazadas. (Ver gráfico 23)

Tabla 23

Autovaloración y ¿Cómo te sentiste al saber de tu embarazo?

	Autov.Baja %	Autov.Media %	Autov.Alta %
Feliz	14,3	33,3	91,7
Triste	57,1	37,5	5,3
Preocupada	42,8	20,8	21
Con miedo	28,6	41,7	21
Con dudas	0	4,2	0
Deprimida	14,3	4,2	0
Confiada	0	0	5,3
Rechacé mi E.	57.1	37,5	10,5

Las con **Autovaloración Media**, el 41.7 indicaron que se sintieron con miedo, el 37,5% indicaron que se sintieron tristes, también el 37.5% indicaron que rechazaron su embarazo, el 33.3% indica que reaccionaron felices, el 20.8% se sintieron preocupadas, el 4.2% indica que se sintió con dudas y el 4.2% también indicó que se sintieron deprimidas al saber que estaban embarazadas.

Las con **Autovaloración Alta**, el 91.7% indicaron que se sintieron felices al saber de su embarazo, el 21% indican que se sintieron preocupadas, también el 21% indican que se sintieron con miedo, el 10.5% indican que rechazaron su embarazo y el 5.35 indicaron que se sintieron confiadas al saber que estaban embarazadas. (Ver tabla 23 y gráfico 23)

De acuerdo al análisis de los resultados se observa que; las mujeres primigestas con A.Baja obtienen mayores porcentajes en lo referente a que se sintieron tristes al saber de su embarazo y también en lo referente a que rechazaron su embarazo, también en un porcentaje apreciable indican que se sintieron preocupadas.

Las con A.Media, obtuvieron mayores porcentajes en lo referente a que se sintieron con miedo al saber de su embarazo, también en un porcentaje apreciable indican que se sintieron tristes y que rechazaron su embarazo y un porcentaje menor indican que se sintieron felices al saber que estaban embarazadas. (Ver gráfico 23)

Las con A.Alta, obtuvieron mayor porcentaje en lo referente a que se sintieron felices al saber de su embarazo, en porcentajes menores mencionan que se sintieron preocupadas y con miedo y un porcentaje mínimo indican que rechazaron su embarazo.

Como se observa las mujeres con A.Baja y Media respectivamente, indican en mayores porcentajes que se sintieron tristes, con miedo y que rechazaron su embarazo y en porcentajes menores que se sintieron felices al saber de su embarazo. En cambio las con A.Alta indican en mayor porcentaje que se sintieron felices al saber de su embarazo; en menores porcentajes indican que se sintieron preocupadas y con miedo y en porcentaje mínimo indican que rechazaron su embarazo.

De acuerdo al análisis estadístico, la autovaloración y los sentimientos de la primigesta, al saber que estaban embarazadas se hallan correlacionadas entre sí, pues, su vinculación es significativa (Significancia de **.00119**). (Ver anexo tabla de correlaciones)

Por lo tanto se puede decir que, la *Autovaloración de las primigestas* está determinada por cómo se sintieron las primigestas al saber que estaban embarazadas.

4.2.5.4. Sentimientos actuales sobre su vida de mujer embarazada

Respecto a cómo consideran su vida de mujer embarazada; El 30% indicaron que su vida actual de mujeres embarazadas era feliz, el 22% ni feliz ni triste, el 16% triste, también el 16% buena, el 10% respondieron muy feliz, 4% muy triste y el 2% consideraron su vida actual de mujer embarazada como mala.

4.2.5.4.1. Autovaloración y ¿Cómo es tu vida de mujer embarazada?

Las con **Autovaloración Baja**, el 28.6% consideran su vida actual de mujer embarazada como triste, el 28.6% como muy triste, también el 28.6% como ni feliz ni triste y el 14.3% consideran su vida actual de mujer embarazada como mala. (Ver tabla 24 y gráfico 24)

Indican que su vida actual es triste por las siguientes razones: Porque tienen más responsabilidades, porque no están casadas, no esperaban estar embarazadas por su situación económica y porque sus familiares no saben que están embarazadas.

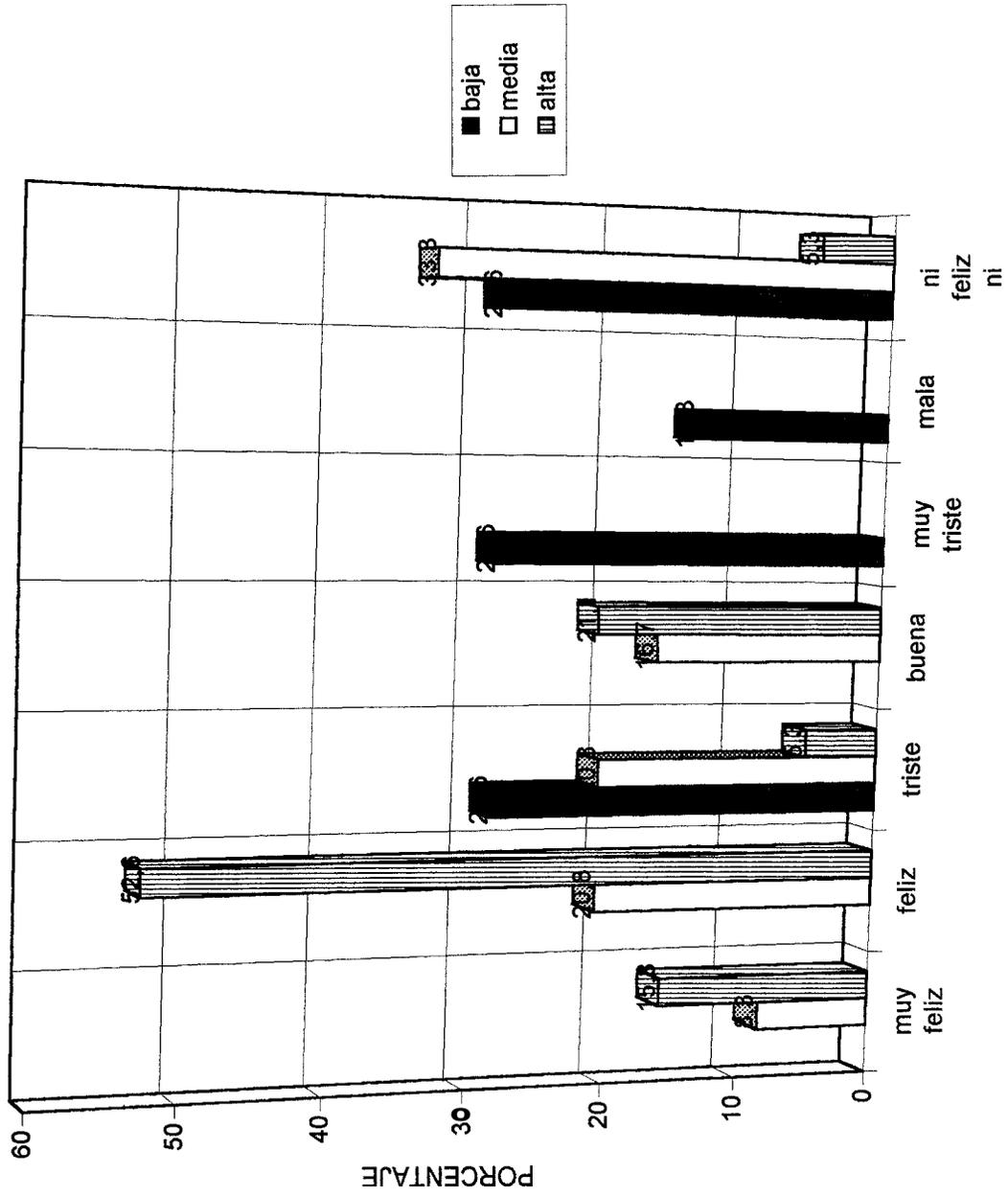
Las con **Autovaloración Media**, el 33.3% consideran su vida actual de mujer embarazada como ni feliz ni triste, el 20.85 como feliz, también el 20.8% como triste, el 16.7% como buena y el 8.3% consideran su vida actual de mujer embarazada como muy feliz. (Ver tabla 24 y gráfico 24)

Indican que su vida actual es feliz por las siguientes razones: Porque ya lo esperaban a su bebé, porque sus padres les apoyan, porque viven felices con sus parejas y porque indican que se sienten más capaces para salir adelante por su bebé.

Indican que su vida actual es triste por las siguientes razones: Tienen problemas con sus parejas, no saben cómo van a reaccionar sus padres, se llevan mal con sus familiares, porque tienen más preocupaciones que antes.

Las con **Autovaloración Alta**, el 52.65 consideran su vida actual de mujer embarazada como feliz, el 21.15 como buena, el 15.8% como muy feliz el 5.35 como triste y el 5.35 también consideran su vida actual de mujer embarazada como ni feliz ni triste. (Ver tabla 24)

AUTOVALORACION EN RELACION A LA CONSIDERACION ACTUAL DE SU VIDA DE MUJERES EMBARAZADAS



Indican que su vida actual es feliz por las siguientes razones: porque ambos deseaban tener un bebé, porque indican que se sienten ya mujeres, que tienen más ganas de vivir y de trabajar, indican que al fin van a tener un bebé, que ya no se van a sentir solas y porque sus sueños se han hecho realidad.

Tabla 24

Autovaloración y ¿Cómo es tu vida de mujer embarazada?

	Autov.Baja %	Autov.Media la	Autov.Alta %
Muy feliz	0	8,3	15,8
Feliz	0	20,8	52,6
Triste	28,6	20,8	5,3
Buena	0	16,7	21,1
Muy triste	28,6	0	0
Mala	14,3	0	0
Ni feliz ni triste	28,6	33,3	5,3

Las con A.Baja; presentan mayores porcentajes en lo referente a que consideran su vida actual de mujer embarazada como triste y muy triste. (Ver gráfico 24)

las con A.Media; presentan mayores porcentajes en lo referente a que consideran su vida actual de mujer embarazada como ni feliz ni triste, feliz y triste.

Las con A.Alta; presentan mayores porcentajes en lo referente a que consideran su vida actual de mujer embarazada como feliz y el 21.1% como buena. (Ver gráfico 24)

A mayor autovaloración se sienten mayormente felices a menor autovaloración se sienten mayormente tristes.

De acuerdo al análisis estadístico las variables anteriormente mencionadas están correlacionadas ,obtienen un valor muy significativo (Significancia de **.00077**). (Ver anexo 1 y 2)

por tanto se puede decir que, la *Autovaloración de las primigestas depende de cómo consideran su vida de mujeres embarazadas.*

4.2.6. EXPECTATIVAS DE ESTUDIO Y TRABAJO

Para determinar las expectativas de estudio y de trabajo de las primigestas se les formuló varias preguntas, respecto a qué actividades realizaban; antes de embarazarse, durante su embarazo y sus deseos de seguir estudiando, trabajando o estudiando y trabajando.

4.2.6.1. Actividades antes de embarazarse

Se obtuvieron los siguientes datos: El 40% trabajaba antes de embarazarse, 30% estudiaba el 24% estudiaba y trabajaba y el 6% realizaba labores de casa.

4.2.6.1.1. Autovaloración y actividades realizadas antes de embarazarse

Las con **Autovaloración Baja**, el 42.9% trabajaba antes de embarazarse, el 28.6% estudiaba y el 28.6% también estudiaba Y trabajaba. (Ver tabla 25 y gráfico 25)

Tabla 25

Autovaloración y ¿Qué actividad realizabas antes de embarazarte?

	Autov.Baja %	Autov.Media %	Autov.Alta %
Estudiaba	28,6	29,2	31,6
Trabajaba	42,9	45,8	31,6
Estud.y trab.	28,6	20,8	26,3
Lab. de casa	0	4,2	10,5

Las con **Autovaloración Media**, el 45.8% trabajaba antes de embarazarse, el 29.2% estudiaba, el 20.8% estudiaba y trabajaba y el 4.2% realizaba labores de casa. (Ver tabla 25 y gráfico 25)

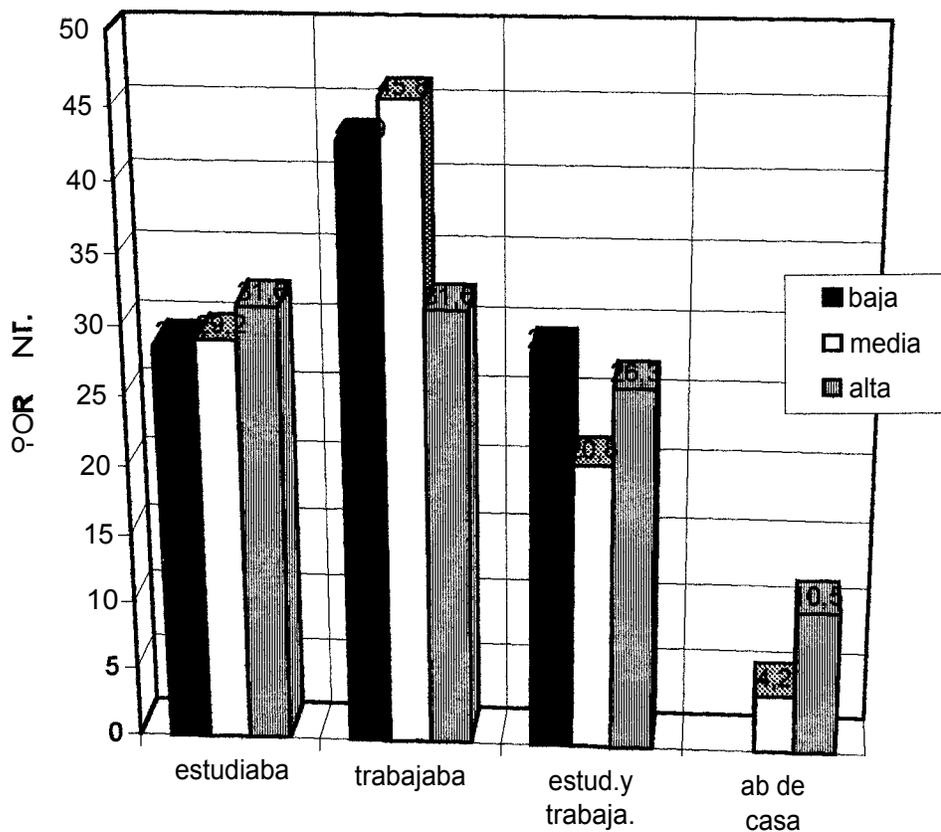
Las con **Autovaloración Alta**, el 31.6 % estudiaba, el 31.6% también trabajaba, el 26.3% estudiaba y trabajaba y el 10.5% realizaba labores de casa. (Ver tabla 25 y gráfico 25) Las con **Autovaloración Media**, el 45.8% trabajaba antes de embarazarse, el 29.2% estudiaba, el 20.8% estudiaba y trabajaba y el 4.2% realizaba labores de casa. (Ver tabla 25 y gráfico 25)

Las con **Autovaloración Alta**, el 31.6 % estudiaba, el 31.6% también trabajaba, el 26.3% estudiaba y trabajaba y el 10.5% realizaba labores

de casa. (Ver tabla 25 y gráfico 25)

Gráfico 25

AUTOVALORACION EN RELACION A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS ANTES DE EMBARAZARSE



4.2.6.2. Actividades durante su embarazo

Se obtuvo las siguientes respuestas: El 62% indicaron que durante su embarazo realizan labores de casa, el 18% trabajan, el 16% estudio y el 4% indican que estudian y trabajan.

4.2.6.2.1. Autovaloración y actividades durante su embarazo

Las mujeres con **Autovaloración Baja**, el 7.1% realizan labores de casa, el 28.6% trabajan y el 14.3% estudian. (Ver tabla 26)

Las mujeres con **Autovaloración Media**, el 75% realizan labores de casa, el 16.7% estudian y el 8.3% trabajan. (Ver gráfico 26)

Las mujeres con **Autovaloración Alta**, el 47.4% realizan labores de casa, el 26.3% trabajan, el 15.8% estudian y el 10.5% estudian y trabajan. (Ver tabla 26)

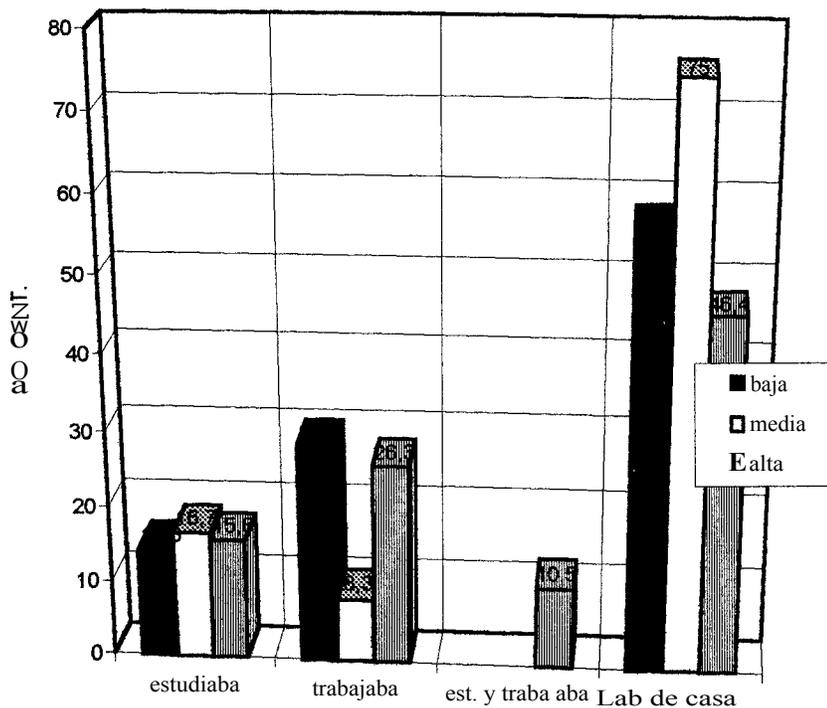
Tabla 26

Autovaloración y ¿Qué actividades realizas durante tu embarazo?

	Autov.Baja %	Autov.Media %	Autov.Alta %
Estudio	14,3	16,7	15,8
Trabajo	28,6	8,3	26,3
Estudio y Trab.	0	0	10,5
Lab. de casa	57,1	7,5	46,4

Gráfico 26

AUTOVALORACION EN RELACION A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE SU EMBARAZO



En general, se observa que las mujeres con A.Baja, A.Media y A.Alta, antes de su embarazo estudiaban, trabajaban, estudiaban y

trabajaban y en un porcentaje menor realizaban labores de casa excepto las con A.Baja. (Ver tabla 25 y gráfico 25)

Pero, durante su embarazo estas sus actividades cambiaron observándose un mayor porcentaje en lo referente a las labores de casa y menores porcentajes en lo referente a las otras actividades. (Ver gráfico 26 y tabla 26)

De acuerdo al análisis estadístico, la Autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas no está correlacionada con las actividades que realizaba antes de embarazarse y con las actividades durante su embarazo pues, no obtienen valores de significancia (Significancia de .92077 y .31803 respectivamente). (Ver anexol)

Por lo tanto, la *Autovaloración de las primigestas no está determinada por las actividades que realizaban antes de embarazarse y las actividades que realizaban durante su embarazo.*

4.2.6.3. Deseos de seguir estudiando y trabajando

Respecto a las expectativas de estudio y trabajo se les preguntó si deseaban seguir, estudiando, trabajando, estudiando y trabajando y otros; obteniéndose los siguientes datos: El 64% indican que desean seguir, estudiando y trabajando, el 24% trabajando, el 6% dijo que desea seguir estudiando y también el 6% otros (labores de casa).

4.2.6.3.1. Autovaloración y deseos de seguir estudiando Y trabajando

Las con **Autovaloración Baja:** El 57.1% desea seguir estudiando y trabajando y el 42.9% desean seguir trabajando.

Las con **Autovaloración Media:** el 62.5% desean seguir estudiando y trabajando, el 29.2% trabajando, el 4.2% estudiando y también el 4.2% otros (labores de casa). (Ver tabla 27 y gráfico 27)

Las con **Autovaloración Alta:** el 68.4% desea seguir estudiando y trabajando, el 10.5% estudiando, el 10.5% trabajando y el 10.5% también otros (labores de casa). (Ver tabla 27 y gráfico 27)

Tabla 27

Autovaloración y deseos de seguir estudiando y trabajando

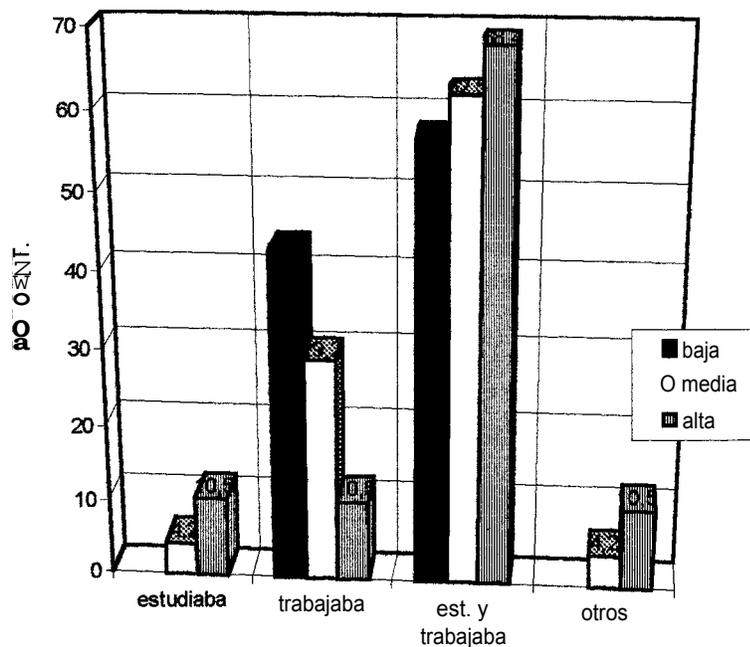
	Autov.Baja %	Autov.Media %	Autov.Alta %
estudiando	0	4,2	10,5
trabajando	42,9	29,2	10,5
estudiando y trabajando	57,1	62,5	68,4
otros	0	4,2	10,5

En las tres categorías de Autovaloración Alta,Media y baja mencionan que desean seguir estudiando y trabajando.

Las variables anteriormente mencionadas no se relacionan, obtienen un nivel de significancia de .51023. (Ver anexo 1 y 2)

Gráfico 27

AUTOVALORACION EN RELACION A SUS DESEOS DE SEGUIR ESTUDIANDO Y TRABAJANDO



4.2.7. EXPECTATIVAS DE AUTONOMÍA

Para determinar esta variable se les hizo dos preguntas referentes a si su embarazo les impide realizar algunas actividades y si su embarazo deshizo alguno de sus planes.

4.2.7.1. ¿Tu embarazo te impide realizar algunas actividades?

Las respuestas fueron las siguientes; el 52% dijo que no le impedía realizar alguna de sus actividades y el 48% dijo que sí le impedía realizar algunas actividades.

Algunas de las actividades que indican que les impide realizar su embarazo son: Estudiar, agacharse mucho, realizar trabajos fuertes, viajar, salir con sus amigas, ir a bailar, estudiar y trabajar, ver a sus familiares y lavar ropa.

4.2.7.1.1. Autovaloración y ¿Tu embarazo te impide realizar algunas actividades?

Las con **Autovaloración Baja**, el 71.4% indica que sí le impide realizar algunas actividades y el 28.6% indican que no les impide realizar ninguna de sus actividades. (Ver tabla 28 y gráfico 28)

Las con **Autovaloración Media**, el 54.2% indica que sí le impide realizar algunas actividades y el 45.8% indica que no les impide realizar ninguna de sus actividades. (Ver tabla 28 y gráfico 28)

Las con **Autovaloración Alta**, el 68.4% indica que no les impide realizar ninguna de sus actividades y el 31.6% indica que sí le impide realizar algunas actividades. (Ver tabla 28 y gráfico 28)

Tabla 28

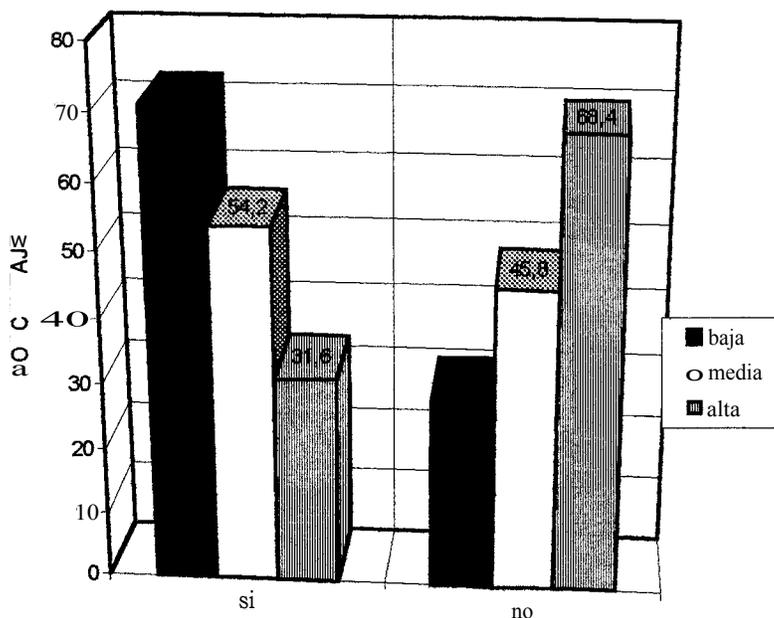
Autovaloración y ¿Tu embarazo te impide realizar algunas actividades?

	Autov.Baja %	Autov.Media %	Autov.Alta %
SI	71,4	54,2	31,6
NO	28,6	45,8	68,4

Las con A.Baja mencionan en mayor porcentaje que su embarazo les impide realizar algunas de sus actividades, las con A.Media también indican lo mismo pero en un porcentaje menor en cambio las con A.Alta mencionan en un mayor porcentaje que su embarazo no les impide realizar ninguna de sus actividades. (Ver gráfico 28 y tabla 28)

Gráfico 28

AUTOVALORACION EN RELACION A SI SU EMBARAZO LES IMPIDE REALIZAR ALGUNAS ACTIVIDADES



Según el análisis estadístico, la Autovaloración de las primigestas no depende de si su embarazo les impide realizar algunas de sus actividades, estas variables no se correlacionan, pues, no obtuvieron un valor de significancia apreciable (significancia de .13823).

4.2.7.2. ¿Tu embarazo deshizo alguno de tus planes?

Las respuestas fueron las siguientes: El 60% dijo que no deshizo sus planes y el 40% dijo que sí deshizo algunos de sus planes.

Algunos de los planes que indican, deshizo su embarazo son los siguientes: Estudiar, ser profesional, viajar y trabajar. Otras en cambio indican que no se arrepienten, que están conformes con su embarazo, indican que después continuarán con sus planes, indican que siguen con sus planes e indican que no tenían ningún plan o que su plan era embarazarse.

4.2.7.2.1. Autovaloración y ¿Tu embarazo deshizo alguno de tus planes?

Las con **Autovaloración Baja**, el 85.7% indica que su embarazo deshizo alguno de sus planes y el 14.3% indicó que no deshizo sus planes. (Ver tabla 29)

Las con **Autovaloración Media**, el 54.2% indicó que su embarazo deshizo alguno de sus planes y el 45.8% indicó que no deshizo sus planes. (Ver tabla 29)

Las con **Autovaloración Alta**, el 94.7% indicó que su embarazo no deshizo ninguno de sus planes y el 5.3% indicó que sí deshizo alguno de sus planes. (Ver tabla 29 y gráfico 29)

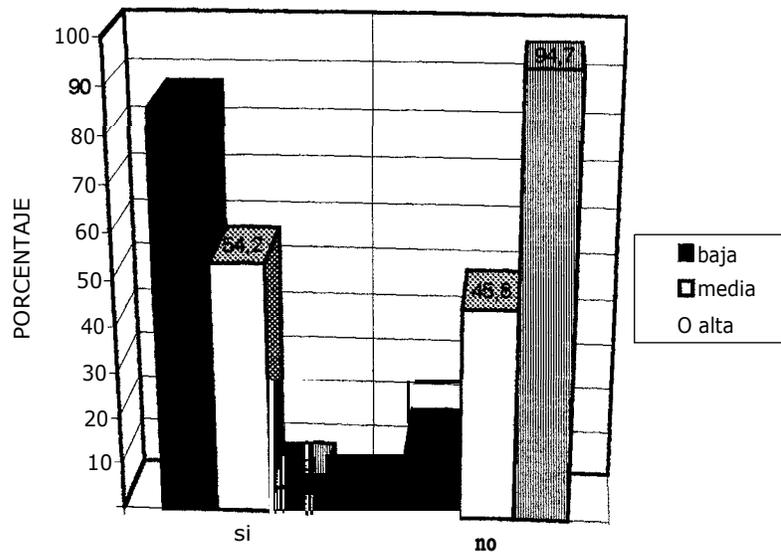
Tabla 29

Autovaloración y ¿Tu embarazo deshizo alguno de tus planes?

	Autov.Baja %	Autov.Media %	Autov.Alta %
SI	85,7	54,2	5,3
O	14,3	45,8	94,7

Gráfico 29

AUTOVALORACION EN RELACION A SI SU EMBARAZO DESHIZO SUS PLANES



Las con A.Baja en mayor porcentaje indican que su embarazo deshizo alguno de sus planes y un porcentaje menor indica que no deshizo alguno de sus planes. (Ver gráfico 29)

Las con A.Media en porcentaje mayor indican que su embarazo deshizo alguno de sus planes y en un porcentaje un poco menor indica que no. (Ver gráfico 29)

Las con A.Alta en mayor porcentaje casi el 100% indica que su embarazo no deshizo ninguno de sus planes y solo el 5.3% indicó que su embarazo deshizo alguno de sus planes. (Ver gráfico 29)

Estas dos variables se hallan altamente correlacionadas, pues, obtuvieron un nivel muy significativo en su relación (Significancia de **.00015**). (Ver anexo tabla de correlaciones)

Por lo tanto se puede decir , que *la Autovaloración de las primigestas está determinada por si su embarazo deshizo o no alguno de sus planes.*

4.2.8. SITUACION ECONOMICA

4.2.8.1. Tenencia de la vivienda

El 32% cuenta con vivienda propia, el 36% con vivienda alquilada, el 4% en anticrético y el 28% en casa prestada (se refiere a casas de sus padres u otros familiares que les permiten vivir en sus casas sin pagar).

4.2.8.1.1. Autovaloración y tenencia de la vivienda

Las con **Autovaloración Baja**, el 57.1% cuentan con vivienda alquilada y el 42.9% con vivienda propia. (Ver tabla 30)

Las con **Autovaloración Media**, el 37.5% cuentan con vivienda prestada, el 33.3% con alquilada y el 29.25 cuentan con vivienda propia. (Ver tabla 30)

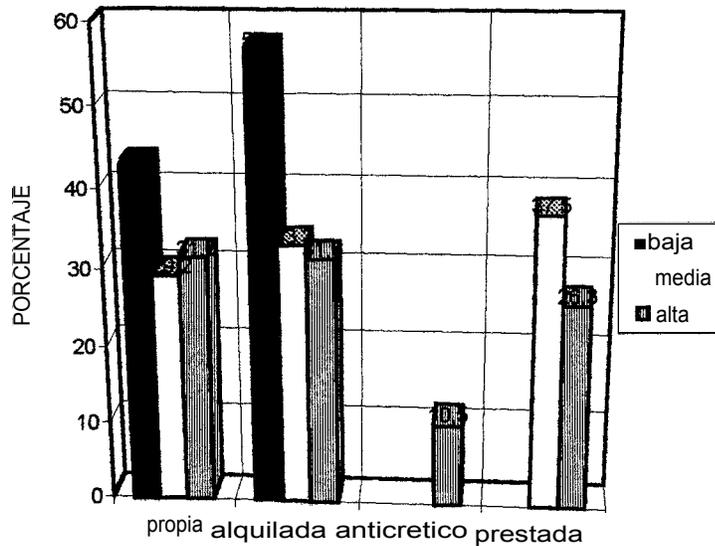
Tabla 30 Autovaloración y tenencia de la vivienda

Tenencia de la vivienda	Autov.Baja %	Autov.Media %	Autov.Alta %
Propia	42,9	29,2	31,6
Alquilada	57,1	33,3	31,6
Anticretico	0	0	10,5
Prestada	0	37,5	26,3

Las con **Autovaloración Alta**, el 31.6% cuentan con vivienda propia, también el 31.6% con vivienda alquilada, el 26.3% prestada y el 10,.5% viven en anticrético. (Ver tabla 30 y gráfico 30)

Gráfico 30

AUTOVALORACION EN RELACION A LA TENENCIA DE LA VIVIENDA



Analizando los resultados anteriores se observa que: Las con A.Baja, en mayor porcentaje cuentan con vivienda alquilada y en menor porcentaje con vivienda propia. Las con A.Media en mayor porcentaje cuentan con vivienda prestada y en menores porcentajes con vivienda alquilada y propia respectivamente. Las con A.Alta obtienen casi similares porcentajes mayores del 30% en lo que se refiere a que cuentan con vivienda propia, alquilada, prestada y en menor porcentaje con vivienda alquilada. (Ver gráfico 30)

Y analizando estadísticamente se observa que; la tenencia de la vivienda y la Autovaloración de las primigestas no se hallan correlacionadas (Significancia de .28927). (Ver anexo 1 y 2)

4.2.8.2. Ingresos económicos

Los ingresos económicos de las primigestas varían, van desde los 50 bolivianos a los 600 bolivianos o más.

El 28% cuentan con un ingreso económico de 400-499 bolivianos, el 18% con 500-599 bolivianos, el 16% cuenta con 300 a 399 bolivianos, el 16% también no cuenta con ningún ingreso económico, el 8% con 100-199 bolivianos, el 6% con 200-299 bolivianos, el 4% con 50-99 bolivianos y el 4% también con 600 a más ingresos económicos.

En mayor porcentaje las **primigestas** cuentan con ingresos de 400-499 bolivianos, las que tienen ingresos económicos de 600- a más bolivianos es una pequeña minoría al igual que las que cuentan con ingresos de 50-59 bolivianos. (Ver gráfico 31)

4.2.8.2.1. Autovaloración e ingresos económicos

Las con **Autovaloración Baja**, el 42.9% indican que no cuentan con ingresos económicos el 28.6% indican que sus ingresos económicos van de 300-399 bolivianos, el 14.3% de 50-99 bolivianos y también el 14.3% de 100-199 bolivianos. (Ver tabla 31 y gráfico 31)

Las con **Autovaloración Media**, el 25% indican que sus ingresos económicos van de los 400-499 bolivianos, el 20.8% de 500-599 bolivianos, el 16.7% sin ingresos el 12.5% de 300-399 bolivianos y el 4.2% de 600-a más bolivianos. (Ver tabla 31 y gráfico 31)

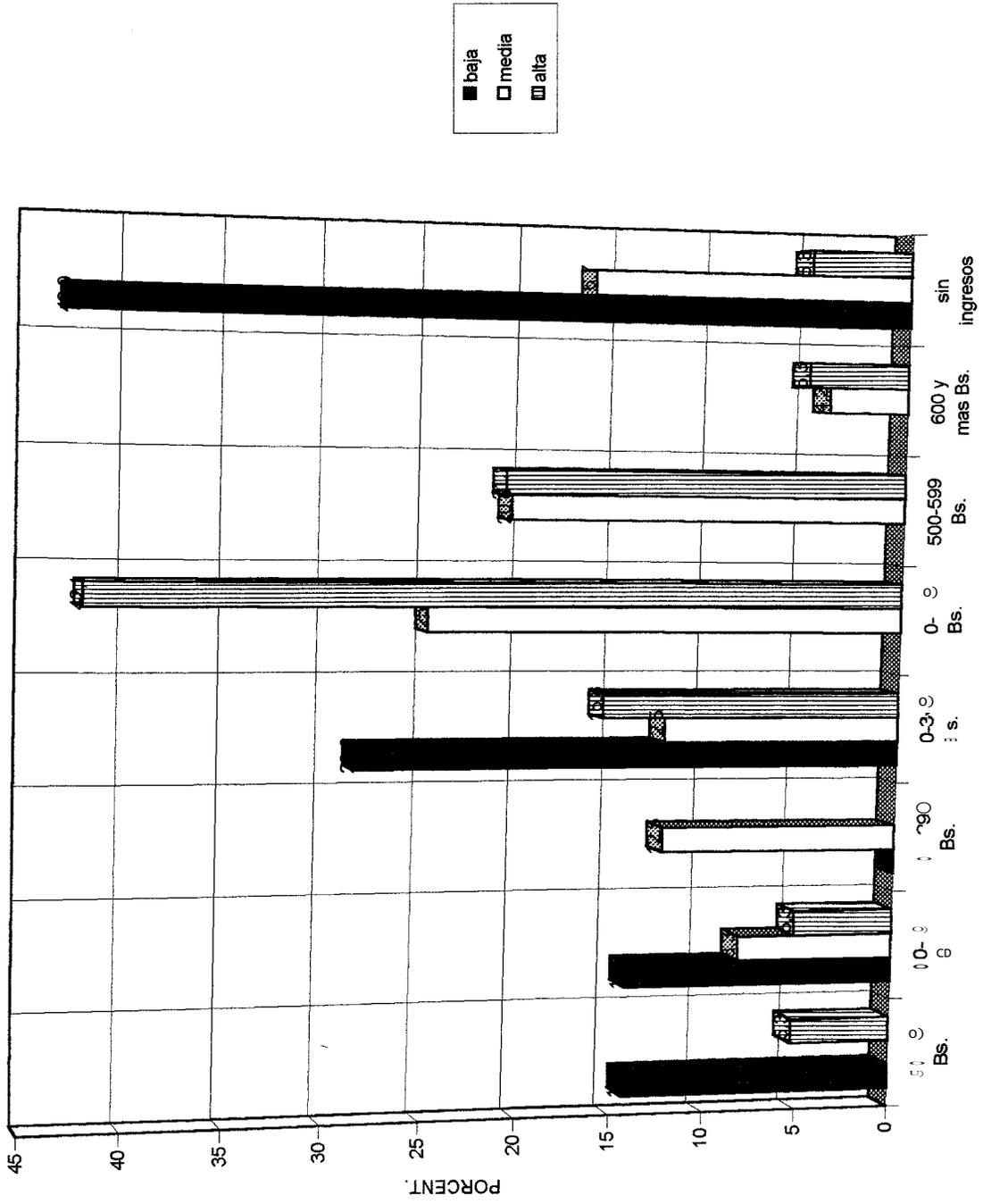
Las con **Autovaloración Alta**, el 42.1% cuentan con 400-499 bolivianos, el 21.1% con 500-599 bolivianos, el 15.8% con 300-399 bolivianos y el 5.3% sin ingresos económicos. (Ver tabla 31)

Las con A.Baja en mayor porcentaje no cuenta con ningún ingreso seguida por 300-399 bolivianos y en menores porcentajes con ingresos de 50-199 bolivianos. (Ver gráfico 31)

Las con A.Media indican en mayor porcentaje que sus ingresos van

Gráfico31

AUTOVALORACION EN RELACION A SUS INGRESOS ECONOMICOS



de los 400-499 bolivianos seguidas por las que cuentan con 500-599 bolivianos y en menores porcentajes cuentan con 600- a más ingresos económicos. (Ver gráfico 31)

Tabla 31 Autovaloración e ingresos económicos

Ingresos económicos	Autov.Baja %	Autov.Media %	Autov.Alta %
50-99 Bs.	14,3	0	5,3
100-199 Bs.	14,3	8,3	5,3
200-299 Bs.	0	12,5	0
300-399 Bs.	28,6	12,5	15,8
400-499 Bs.	0	25	42,1
500-599 Bs.	0	20,8	21,1
600 y mas Bs.	0	4,2	5,3
sin ingresos	42,9	16,7	5,3

Las con A. Alta mencionan en mayores porcentajes que cuentan con ingresos económicos de 400-499 bolivianos, seguidas por las con ingresos de 500-599 bolivianos y en menores porcentajes indican que cuentan con 50-199 bolivianos, de 600- a más bolivianos y sin ingresos económicos. (Ver gráfico 31)

De manera general se observa que las con A.Baja no cuentan con ningún ingreso económico, las con A.Media cuentan con ingresos económicos distribuidos casi en todos los rangos mencionados pero también mencionan en porcentaje de más del 10% que no cuentan con ingresos económicos, las con A.Alta cuentan con ingresos económicos en todos los rangos mencionados pero en menor porcentaje indican que no cuentan con ingresos económicos.

En el análisis estadístico se determinó que, la correlación de estas variables (ingresos económicos y autovaloración) no es significativa, (significancia de .24151). (Ver anexo 1 Y 2)

Por lo tanto la autovaloración de las primigestas no depende de sus ingresos económicos.

4.2.8.3.Consideración de su situación económica

Respecto a cómo consideran su situación económica, las primigestas indicaron lo siguiente: El 62% considera su situación económica

regular, el 22% considera buena y el 16% considera su situación económica mala.

4.2.8.3.1. Autovaloración y consideración de su situación económica

Las con **Autovaloración Baja**, El 57.1% consideran su situación económica como regular, el 28,6% como mala y el 14.3% como buena.

Tabla 32

Autovaloración y ¿Cómo consideras tu situación económica?

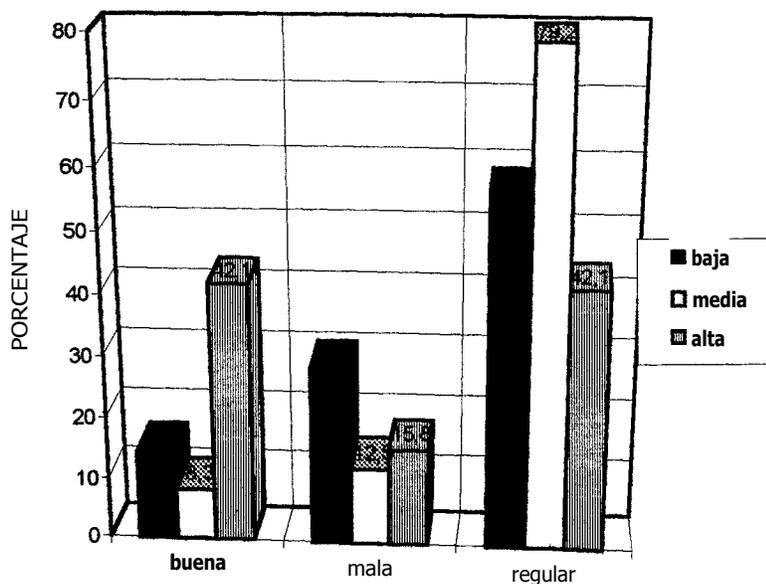
Situación económica	Autov.Baja %	Autov.Media %	Autov.Alta %
buena	14,3	8,3	42,1
mala	28,6	12,5	15,8
regular	57,1	79,2	42,1

Las con **Autovaloración Media**, el 79.2% consideran su situación económica como regular, el 12.5% como mala y el 8.3% mala.

Las con **Autovaloración Alta**, el 42.1% consideran su situación económica como buena , también el 42.1% como regular y el 15.8% mala.
(Ver tabla 32)

Gráfico 32

AUTOVALORACION EN RELACION A LA CONSIDERACION DE SU SITUACION ECONOMICA



En las tres categorías de Autovaloración las mujeres primigestas consideran como regular su situación económica. (Ver gráfico 32)

Las con A.Baja consideran en mayor porcentaje su situación económica como regular y en segundo lugar como mala y en porcentaje menor como buena. (Ver gráfico 32)

Las con A.Media en mayor porcentaje consideran regular su situación económica y en menor porcentaje como buena. (Ver gráfico 32)

Las con A.Alta consideran en porcentajes mayores que su situación económica es buena y también regular en el mismo porcentaje y en un porcentaje menor consideran como mala su situación económica.

En el análisis estadístico se determinó que, la autovaloración de las primigestas no está determinada por la consideración de su situación económica. Estas variables no obtuvieron un valor significativo de correlación (Significancia de **.06175**). (Ver anexol)

Para tener un panorama más completo respecto a su situación económica también se les formuló la siguiente pregunta:

4.2.8.4. ¿Crees que tu situación económica afecta a tu embarazo?

Obteniéndose los siguientes datos: El 54% cree que su situación económica afecta a su embarazo y el 46% que no afecta a su embarazo. (Ver anexo 2)

Creen que su situación económica afecta a su embarazo, por las siguientes razones: No tienen los suficientes recursos económicos, dicen que la vida está muy cara y que es difícil cubrir algunas necesidades básicas (la alimentación, recetas, antojos) y porque dicen que se dan cuenta que necesitarán más dinero para cuando el bebé nazca.

Creen que su situación económica no afecta a su embarazo, por las siguientes razones: Indican tener lo necesario, lo suficiente; indican que se dan sus gustos.

4.2.8.4.1. Autovaloración y ¿Crees que tu situación económica afecta a tu embarazo?

Las con **Autovaloración Baja**, el 85.7% creen que su situación

económica afecta a su embarazo y el 14.3% que no afecta a su embarazo.
(Ver tabla 33 y gráfico 33)

Tabla 33

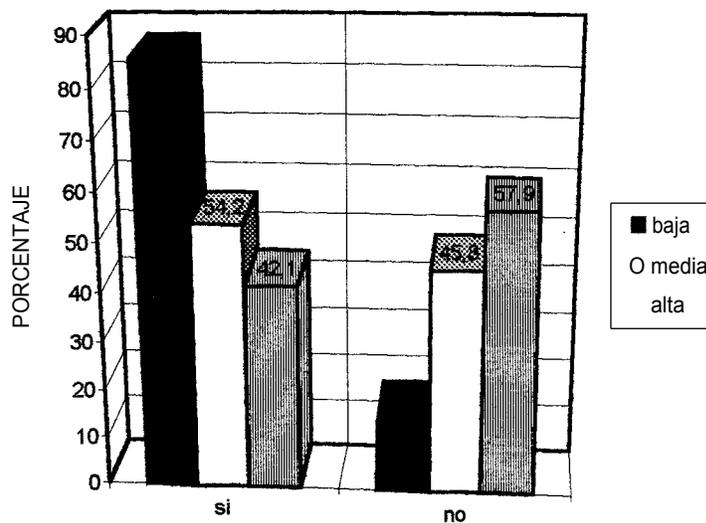
Autovaloración y ¿Crees que tu situación económica afecta a tu embarazo?

	Autov. Baja %	Autov. Media %	Autov. Alta %
SI	85,7	54,2	42,1
NO	14,3	45,8	57,9

Las con **Autovaloración Media**, el 54.2% indican que su situación económica afecta a su embarazo y el 45.8% indican que no afecta a su embarazo.

Gráfico 33

AUTOVALORACION Y ¿CREES QUE TU SITUACION ECONOMICA AFECTA TU EMBARAZO?



Las con **Autovaloración Alta**, el 57.9% indican que su situación económica no afecta a su embarazo y el 42.1% indican que sí afecta a su embarazo. (Ver tabla 33 y gráfico 33)

En los resultados anteriores se observa que: Las con A.Baja, en mayor porcentaje (casi el 90%) indican que su situación económica afecta a su embarazo y en un porcentaje mínimo indican que no afecta a

su embarazo. (Ver gráfico 33)

Las con A.Media, en mayor porcentaje indican que su situación económica afecta a su embarazo y en un porcentaje un poco menor indican que no afecta a su embarazo. (Ver gráfico 33)

Las con A.Alta, en mayor porcentaje indican que su situación económica no afecta a su embarazo y en menor porcentaje que sí afecta a su embarazo. (Ver gráfico 33)

En el análisis estadístico se determino que éstas variables no se hallan correlacionadas, no tienen un valor de significancia apreciable (Significancia de .14108). (ver anexo 1 y 2)

4.2.9. RELACIONES FAMILIARES

4.2.9.1. RELACIONES CON SU PAREJA

4.2.9.1.1. Reacción de la pareja ante el embarazo

Las reacciones de las parejas de las mujeres embarazadas primigestas fueron variadas, ellas indican que: el 66% reaccionaron felices, el 18% preocupados, el 16% otros (indican que; querían que abortaran, no quisieron saber nada y uno murió sin saber que iba a ser padre) el 14% indiferentes, el 4% renegados, el 4% tranquilos y el 2% nerviosos.

4.2.9.1.1.1. Autovaloración y reacción de la pareja ante el embarazo

Las con **Autovaloración Baja**, el 100% indican que sus parejas reaccionaron indiferentes, el 57,1% otros (indican que; querían que abortaran, no quisieron saber nada), el 14.3% indican que sus parejas reaccionaron felices y el 14,3% también indican que reaccionaron renegados. (Ver tabla 34 y gráfico 34)

Las con **Autovaloración Media**, el 70.8% indican que sus parejas reaccionaron felices, el 29.2% preocupados, el 8.3% tranquilos, el 4.2% renegados y el 4.25% también otros (indican que; querían que abortaran, no quisieron saber nada). (Ver tabla 34)

Las con **Autovaloración Alta**, el 78.9% indican que sus parejas

reaccionaron felices, el 15.8% otros (indican que; querían que abortaran, no quisieron saber nada y uno murió sin saber que iba a ser padre), el 10.5% preocupado y el 5.3% indiferente.

Tabla 34

Autovaloración y ¿Cómo reaccionó tu pareja ante tu Embarazo?

	Autov.Baja %	Autov.Media %	Autov.Alta %
Feliz	14,3	70,8	78,9
Preocupado	0	29.2	10,5
Triste	0	0	0
Renegado	14,3	4,2	0
Nervioso	0	0	5,3
Indiferente	100	0	0
Tranquilo	0	8.3	0
Otros	57,1	4,2	15,8

De manera general, se observa que, las con **A.Baja** en mayor porcentaje indican que sus parejas reaccionaron indiferentes, en un porcentaje menor mencionan otros (indican que; querían que abortaran, no quisieron saber nada) y en un porcentaje mas bajo indican que reaccionaron felices y también renegados.

Las con **A.Media**, indican en mayor porcentaje que reaccionaron felices, en menor porcentaje preocupados y en un porcentaje más bajo indican renegados y otros. (Ver gráfico 34 y tabla 34)

Las con **A. Alta**, Indican en mayor porcentaje que sus parejas reaccionaron felices, en menor porcentaje indican otros (indican que; querían que abortaran, no quisieron saber nada y uno murió sin saber que iba a ser padre) y en un porcentaje más bajo indicaron que reaccionaron nerviosos. (Ver gráfico 34 y tabla 34)

En el análisis estadístico, se determinó que, la Autovaloración de las **primigestas** está vinculada con las reacciones de sus parejas ante su embarazo. Esta correlación es **altamente significativa** (Significancia de **.00001**). (Ver anexo 1, tabla de correlaciones)

Por lo tanto se puede decir que *la autovaloración de las primigestas está determinada por las reacciones que tuvieron sus parejas al saber de su embarazo.*

4.2.9.1.2. ¿Cómo te llevas con tu pareja?

El 72% mencionaron llevarse bien con su pareja, el 12% con algunos problemas, el 12% también indican que no hablan con sus parejas (no tienen comunicación), el 12% mencionan otros (indican que; no quisieron saber nada y uno murió sin saber que iba a ser padre), el 10% indican sin problemas, el 4% con algunas peleas, el 2% regular.

4.2.9.1.2.1. Autovaloración y ¿Cómo te llevas con tu pareja?

Las con **Autovaloración Baja**, el 85.7% mencionan que no hablan con sus parejas, el 14.3% indican; que se llevan de manera regular, con algunos problemas y con algunas peleas. (Ver tabla 35 y gráfico 35)

Las con **Autovaloración Media**, el 83.3% indican que se llevan bien con sus parejas, el 12.6% con algunos problemas, también el 12.6% sin problemas, el 4.2% regular y el 4.2% también con algunas peleas.

Tabla 35 Autovaloración y ¿Cómo te llevas con tu pareja?

	Autov.Baja %	Autov.Media %	Autov.Alta %
Bien	0	83,3	84,2
Regular	14,3	4,2	0
Con alg.prob.	14,3	12,6	10,5
Sin problem.	0	12,6	10,5
Con alg.pelea.	14,3	4,2	0
No hablamos	85,7	0	0
Otros	0	0	15,8

Las con **Autovaloración Alta**, el 84.2% indican llevarse bien con sus parejas, el 15.8% mencionan otros (indican que; no quisieron saber nada y uno murió sin saber que iba a ser padre) y el 10.5% indica con algunos problemas. (Ver tabla 35 y gráfico 35)

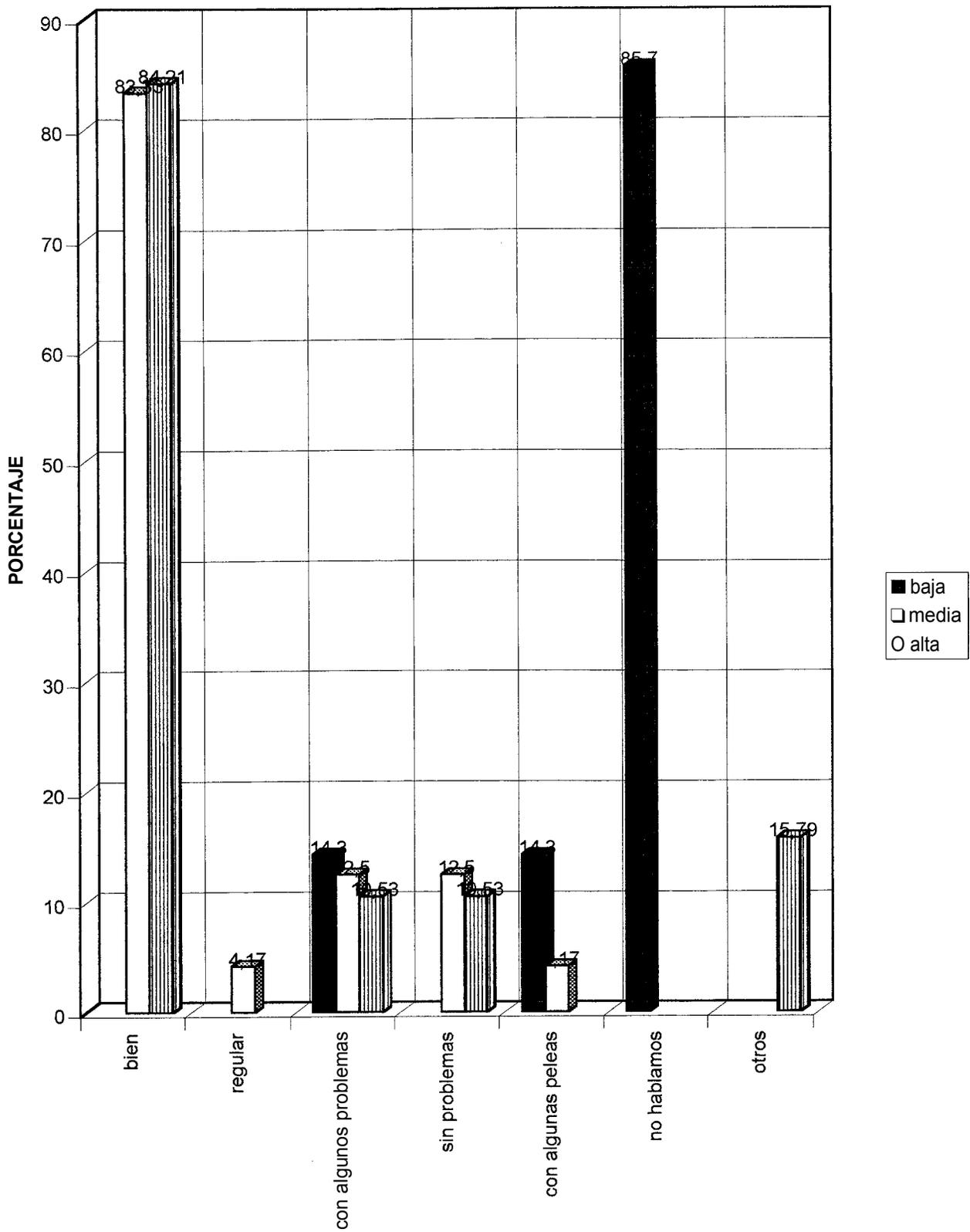
Analizando los resultados anteriores, se observa que: Las con A.Baja, indican en mayor porcentaje que no hablan con sus parejas y en menores porcentajes indican; que se llevan de manera regular, con algunos problemas y con algunas peleas. (Ver gráfico 35)

Las con A.Media en mayor porcentaje indican que se llevan bien con sus parejas y en menores porcentajes con algunos problemas, sin problemas, regular y con algunas peleas. (Ver gráfico 35)

Las con A.Alta, en mayor porcentaje mencionan que se llevan bien

Gráfico35

AUTOVALORACION Y RELACIONES CON LA PAREJA



con sus parejas y en menores porcentajes mencionan otros(que no quisieron saber nada y uno murió sin saber que iba a ser padre) y con algunos problemas. (Ver gráfico 35 y tabla 35)

De manera general, se observa que a mayor autovaloración mejores son sus relaciones con su pareja y a mayores relaciones conflictivas menor autovaloración, presentan las primigestas.

En el análisis estadístico se determinó que:

*La autovaloración de las mujeres primigestas está altamente correlacionada con las relaciones que tiene con su pareja. Esta correlación obtuvo el **máximo nivel de significación** (Significancia de .00000). (Ver anexo 1, tabla de correlaciones)*

4.2.9.1.3. Trato que le brinda la pareja

Respecto al trato que les brindan sus parejas , se obtuvo los siguientes datos: El 60% indica que les cuidan, el 46% indican que les tratan con más cariño que antes que estuvieran embarazadas, el 8% con menos cariño que antes que estuvieran embarazadas, el 8% con indiferencia, el 2% indican que no les cuidan, y el 16% indican otros(indican que; querían que abortaran, no quisieron saber nada y uno murió sin saber que iba a ser padre).

4.2.9.1.3.1. Autovaloración y trato que le brinda la pareja

Las con **Autovaloración Baja**, el 57.1% indican que sus parejas son indiferentes, el 28.6% mencionan otros(sus parejas querían que abortaran,no quisieron saber nada de su embarazo), el 14% indican que las tratan con menos cariño y también el 14.3% indican que les cuidan.

Las con **Autovaloración Media**, el 75% indican que sus parejas les cuidan, el 50% indican que las tratan con más cariño que antes, el 12.6% indican que las tratan con menos cariño, el 8.3% otros(sus parejas querían que abortaran,no quisieron saber nada de su embarazo) y el 4.2% indican que no les cuidan, (Ver tabla 36 y gráfico 36)

Las con **Autovaloración Alta**, el 57,9% indican que sus parejas les tratan con más cariño que antes,, también el 57.9% indican que les

cuidan, y el 21% indican otros (sus parejas querían que abortaran, no quisieron saber nada de su embarazo y uno murió sin saber que iba a ser padre). (Ver tabla 36 y gráfico 36)

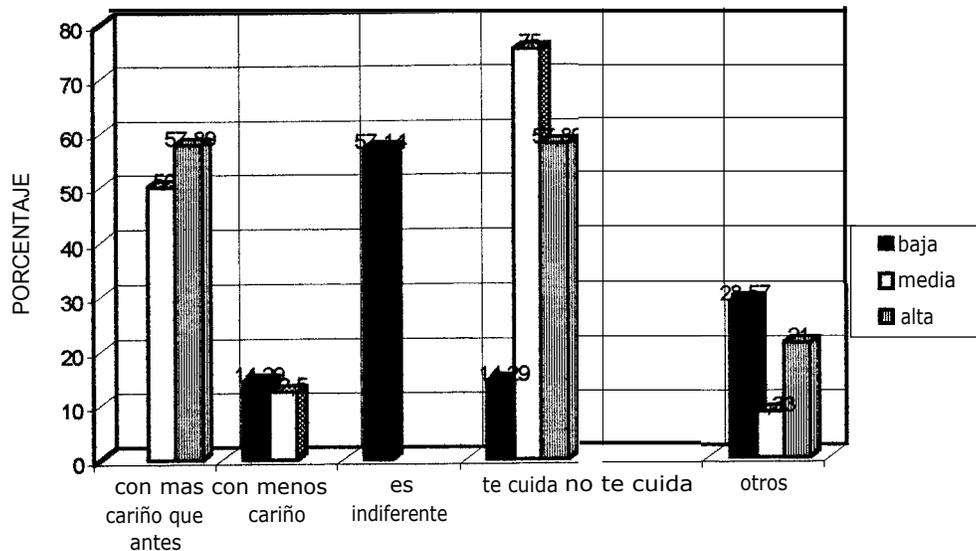
Tabla 36 Autovaloración y ¿Cómo te trata tu pareja?

	Autov.Baja %	Autov.Media %	Autov.Alta %
Con más cariño	0	50	57,9
Con menos cariño.	14,3	12,6	0
Es indiferente	57.1	0	0
Te cuida	14,3	75	57,9
no te cuida	0	4,2	0
Otros	28.6	8,3	21

De manera general se observa que a mejores tratos recibidos por la pareja mejor autovaloración presentan las embarazadas. (Ver gráfico 36)

Gráfico 36

AUTOVALORACIÓN Y TRATO QUE LE BRINDA LA PAREJA



Las con A.Baja mencionan en mayor porcentaje que sus parejas son indiferentes, las con A. Media indican en mayor porcentaje que sus parejas las cuidan y también que las tratan con más cariño que antes. Las con A.Alta indican en mayores porcentajes que sus parejas las tratan con más cariño que antes y que las cuidan. (Ver gráfico 36)

Las con A.Baja mencionan en mayor porcentaje que sus parejas son indiferentes, las con A. Media indican en mayor porcentaje que sus parejas les cuidan y también que las tratan con más cariño que ante. Las con A.Alta indican en mayores porcentajes que sus parejas las tratan con más cariño que antes y que las cuidan. (Ver gráfico 36)

La autovaloración de las mujeres primigestas está altamente correlacionada con el trato que les brindan sus parejas. Esta correlación obtuvo un valor **muy significativo** (Significancia de **.00073**). (Ver anexo 1 y 2)

4.2.9.2. RELACIONES CON SUS PADRES

4.2.9.2.1. Reacción de sus padres ante su embarazo

Las mujeres embarazadas primigestas indicaron varias alternativas respecto a las reacciones de sus papás ante su embarazo. El 30% indicaron que les comprendieron, el 24% indicaron que reaccionaron enojados, el 24% también indicaron que les riñeron, el 20% mencionan que no saben sus papás de su embarazo, el 12% indican que reaccionaron tranquilos, el 10% tristes, el 6% preocupados, el 2% indican que no les comprendieron y el 2% indican que les pegaron. (Ver anexo, Frecuencias)

4.2.9.2.1.1. Autovaloración y reacción de sus padres ante su embarazo

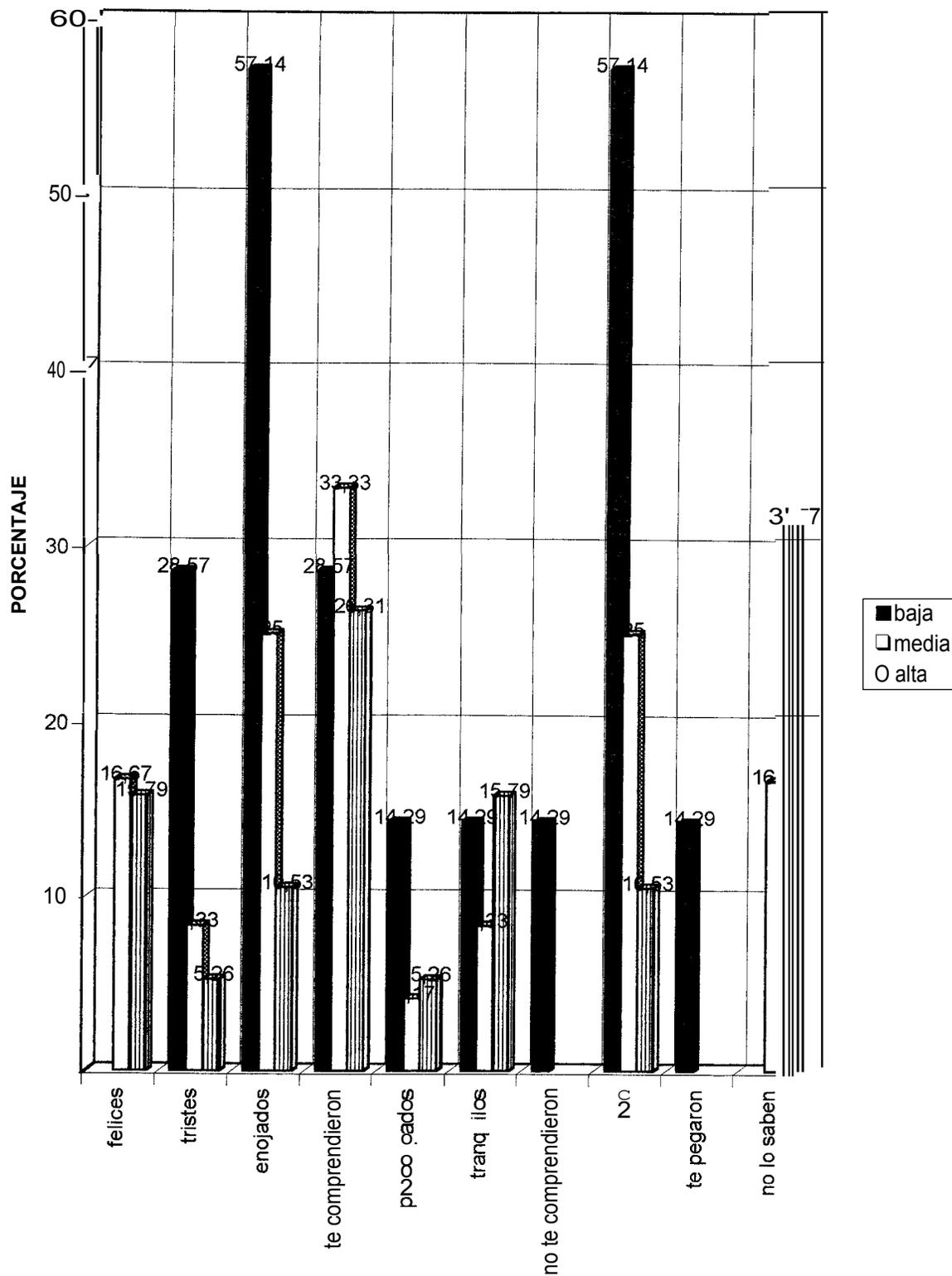
Las con **Autovaloración Baja**, el 57,1% indicaron que reaccionaron enojados, también el 57.1% indicaron que les riñeron, el 28.6% tristes, también el 28.6% indicaron que les comprendieron, el 14.3% indican que; reaccionaron preocupados, tranquilos, les pegaron **y no les** comprendieron. (Ver tabla 37 y gráfico 37)

Las con **Autovaloración Media**, el 33.3% indicaron que les comprendieron, el 25% indican que sus padres reaccionaron enojados, también el 25% indicaron que les riñeron, el 16.7% indican que reaccionaron felices, también el 16.7% indicaron que sus padres no lo saben y el 8.35 indican que reaccionaron tristes.

Las con **Autovaloración Alta**, el 31,6% indican que sus padres no lo saben, el 26,35 dicen que les comprendieron, el 15.8% indican que

Gráfico37

AUTOVALORACION Y REACCION DE SUS PADRES ANTE SU EMBARAZO



reaccionaron felices, también el 15.8% indican que reaccionaron tranquilos, el 10.5% dicen que les riñeron y el 5.3% indican que reaccionaron tristes. (Ver tabla 37 y gráfico 37)

Tabla 37

Autovaloración y ¿Cómo reaccionaron tus padres ante tu Embarazo?

	Autov.Baja %	Autov.Media %	Autov.Alta %
Felices	0	16,7	15,8
Tristes	28,6	8,3	5,3
Enojados	57,1	25	10,5
Te comprend.	28,6	33,3	26,3
Preocupados	14,3	4,2	5,3
Tranquilos	14,3	8,3	15,8
No te compr.	14,3	0	0
Te riñeron	57,1	25	10,5
Te pegaron	14,3	0	0
No lo saben	0	16,7	31,6

Analizando los resultados anteriores se observa que, las con A.Baja en mayor porcentaje indican que sus padres reaccionaron, enojados y en porcentajes menores que les riñeron, tristes y que les comprendieron. (Ver gráfico 37)

Las con A.Media en mayor porcentaje indicaron, que les comprendieron, en porcentajes menores indicaron que sus padres reaccionaron enojados, que les riñeron, reaccionaron felices y también indican que sus padres no lo saben. (Ver gráfico 37)

Las con A.Alta, en mayor porcentaje indicaron; que sus padres no saben de su embarazo, dicen que les comprendieron; en menores porcentajes indican que reaccionaron felices, tranquilos, dicen que les riñeron y en un porcentaje más bajo indican que reaccionaron tristes. (Ver gráfico 37)

En el análisis estadístico se determinó que, *la autovaloración de las mujeres primigestas está correlacionada con la reacción de sus padres al saber de su embarazo*. Esta correlación es significativa (Significancia de **.00511**). (Ver anexo 1 y 2)

4.2.9.2.2. Relaciones actuales con sus padres

El 68% de las primigestas indican que se llevan bien con sus

padres, el 18% regular, el 10% otros (no tienen comunicación con sus padres, o no están de acuerdo con el embarazo de sus hijas) y el 4% indican que se llevan mal con sus padres. (Ver anexo, Frecuencias)

4.2.9.2.2.1. Autovaloración y Relaciones actuales con sus padres

Las con **Autovaloración Baja**, el 42.9% indican que ahora se llevan regular con sus padres, el 28.6% indican que se llevan bien, el 14.3% se llevan mal y el 14.3% también indican otros (indican que siempre les están riñendo). (Ver tabla 38 y gráfico 38)

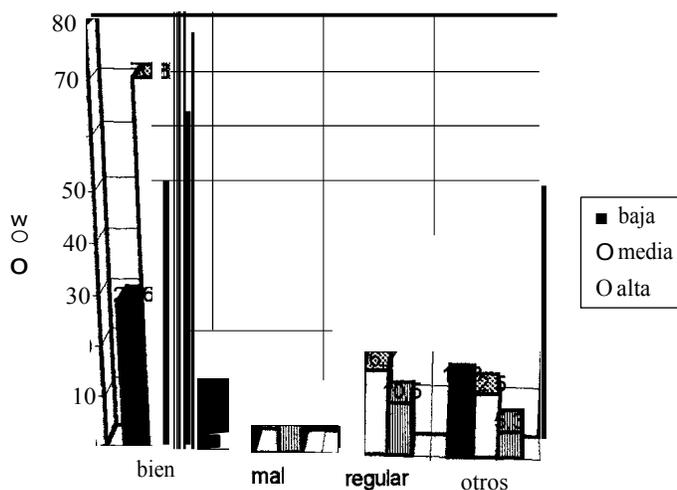
Tabla 38

Autovaloración y ¿Cómo te llevas ahora con tus padres?

	Autov.Baja %	Autov.Media %	Autov.Alta %
bien	28,6	70,8	78,9
mal	14,3	0	5,3
regular	22,9	16,7	10,5
otros	14,3	12,5	5,3

Gráfico 38

AUTOVALORACION EN RELACION A LAS RELACIONES ACTUALES CON SUS PADRES



Las con **Autovaloración Media**, el 70.8% indican que se llevan bien con sus padres, el 16.7% indican que se llevan regular y el 12.5% indican otros (indican que siempre les están riñendo).

Las con **Autovaloración Alta**, el 78.9% indican que se llevan bien con sus padres, el 10.5% regular, el 5.3% mal y el 5.3% también indican otros (indican que no los ven, que no están de acuerdo con su embarazo). (Ver tabla 38 y gráfico 38)

Las primigestas que tienen mejores relaciones con sus padres también muestran mejor Autovaloración ello se observa en las que tienen A.Media y A.Alta que indican en mayores porcentajes que se llevan bien con sus padres, en cambio las que presentan A.Baja mencionan en mayor porcentaje que tienen relaciones regulares con sus padres.

Estadísticamente, la autovaloración de las primigestas no está determinada por las relaciones buenas, regulares o malas con sus padres. Esta correlación adquirió un valor no significativo en su correlación (Significancia de .19913). (Ver anexo 1 y 2)

4.2.9.3. RELACIONES FAMILIARES

4.2.9.3.1. Apoyo de sus familiares

El 74% indican que si reciben apoyo de sus familiares (emocional u económico) y el 26% indican que no cuentan con el apoyo de sus familiares. (Ver anexo 2)

4.2.9.3.1.1. Autovaloración y apoyo de sus familiares

Las mujeres que presentan **Autovaloración Baja**: El 57.1% indican que no reciben apoyo de sus familiares y el 42.9% indican que sí reciben apoyo de sus familiares. (Ver tabla 39 y gráfico 39)

Las mujeres con **Autovaloración Media**: El 70.8% indican que sí reciben el apoyo de sus padres y el 29.2% indican que no reciben el apoyo de sus familiares. (Ver tabla 39 y gráfico 39)

Tabla 39 Autovaloración y ¿Te apoyan tus familiares?

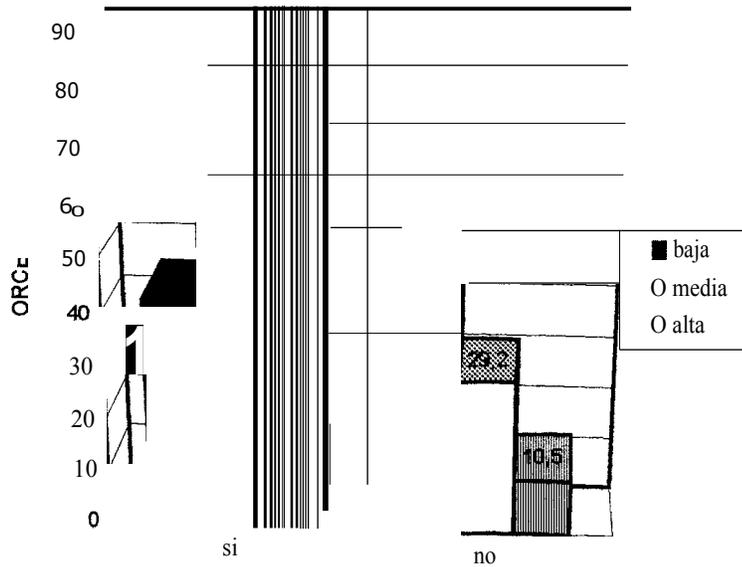
	Autov.Baja %	Autov.Media %	Autov.Alta %
SI	42,9	70,8	89,5
NO	57,1	29,2	10,5

Las mujeres con **Autovaloración Alta**: El 89.5% indican que sí reciben el apoyo de sus padres y el 10.5% indican que no reciben el

apoyo de sus familiares. (Ver tabla 39 y gráfico 39)

Gráfico 39

AUTOVALORACION EN RELACION AL APOYO DE SUS FAMILIARES



Las mujeres con A.Baja, indican en mayor porcentaje que no reciben el apoyo de sus familiares y un porcentaje un poco menor indican que sí reciben el apoyo de sus familiares. (Ver gráfico 39)

Las con A.Media en mayor porcentaje indican que sí reciben apoyo de sus familiares y en un porcentaje mucho mas bajo indican que no reciben apoyo de sus familiares. (Ver gráfico 39)

Las con A.Alta, indican en mayor porcentaje casi el 90% que sí reciben apoyo de sus familiares y un porcentaje mínimo indican que no reciben el apoyo de sus familiares. (Ver gráfico 39)

A mayor apoyo de los familiares, se observa mayor Autovaloración de las primigestas.

En el análisis estadístico, se determinó que, *la autovaloración de las mujeres primigestas está correlacionada con el apoyo que estas reciben de sus familiares*. Esta correlación es significativa (Significancia de **.04934**). (Ver anexo tabla de correlaciones)

4.3. RELACIÓN ENTRE EL SISTEMA DE RETROALIMENTACION DE LAS DIFERENTES ESFERAS DE INTERACCION DE LAS MUJERES EMBARAZADAS PRIMIGESTAS Y SU AUTOVALORACIÓN

Las mujeres embarazadas primigestas al igual que las demás personas poseen un componente afectivo-emocional que es un espacio gravitante, el ambiente influye en la primigesta desde pensamientos automáticos (de la vida cotidiana) hasta lo que es más gravitante su afectividad lo que afectará grandemente en sus interacciones y su desempeño social.

La configuración de esferas de interacción varían de acuerdo al sujeto y al contexto. Las esferas de interacción de las sujetos influirán en las áreas de su conducta, emoción y cognición.

La configuración de esferas de interacción de las mujeres embarazadas primigestas que cuentan con el apoyo de sus parejas, familiares y otras personas de su contexto; no será el mismo de aquellas que no cuentan con el apoyo y colaboración de sus parejas, familiares y que además no cuentan con ingresos económicos debido a que por su embarazo tuvieron que dejar sus trabajos.

1. En la **Esfera personal**, es donde el sujeto sufre un impacto en las 3 áreas de la conducta, emoción y cognición.

En la esfera personal, las mujeres embarazadas primigestas dependiendo de la autovaloración que presenten pueden percibir a su imagen corporal (cambios corporales) como positivos o negativos, al igual que sus cambios emocionales. Por ejemplo:

A menor autovaloración las mujeres embarazadas primigestas perciben sus cambios corporales como negativos, Presentan miedo de quedar deformes después de su embarazo, ven negativamente los acontecimientos que les suceden, se sienten desvalidas por no tener apoyo en su embarazo, se sienten tristes, intranquilas, temerosas, ansiosas y mencionan que desearían no tener que ocultar su realidad.

A mayor autovaloración las primigestas perciben sus cambios corporales y emocionales como positivos, se consideran atractivas disfrutan con sus cambios físicos lo cual a su vez es retroalimentado

por parte de sus parejas por lo cual ellas, mencionan que reciben apreciaciones positivas de su aspecto por parte de sus parejas; además se sienten tranquilas, felices con los cambios que se van dando en su cuerpo, piensan que su embarazo le da sentido a sus vidas, se sienten realizadas como mujeres y esperan con ansiedad a sus bebés.

2. **Esfera de relación (social)**, es un puente es igual a la afectividad que permite que el sujeto se relacione con las demás esferas como ser esferas sociales.

Las mujeres embarazadas primigestas que reciben apreciaciones positivas y que cuentan con el apoyo de sus parejas, familiares y de su entorno social como ser vecinos conocidos, presentan mayor autovaloración; presentando conceptos positivos sobre su apariencia y conducta. Sucediendo lo contrario en las que presentan menor autovaloración. Ejemplo:

Las embarazadas con menor autovaloración piensan que no valen como personas se consideran renegonas, agresivas, miedosas, tímidas (inacertividad). A estas embarazadas, sus parejas les tratan mal o no tienen comunicación con estos; tienen un concepto disminuido sobre sí mismas, indican que no sirven para nada porque defraudaron a sus padres lo cual se relaciona con las apreciaciones de estos que les dicen que no son buenas hijas, lo cual además hace que las primigestas mencionen que no son comprendidas por sus padres ni familiares. A menor autovaloración también indican; que algunas personas les lastiman al juzgarlas mal, Se sienten humilladas por lo que la gente habla.

A mayor autovaloración en cambio las primigestas; piensan que valen más como personas, se consideran con muchas virtudes, sienten que son más valoradas por sus esposos, además mencionan recibir más cuidados por parte de sus parejas; mencionan mayormente que la gente les quiere, que sus vecinos se preocupan por ellas e indican que no les interesa lo que la gente piense de su embarazo.

Como se pudo observar en lo mencionado anteriormente, las esferas de relación o interacción social de la mujer embarazada primigesta son determinantes para que esta presente una autovaloración positiva o una autovaloración negativa.

Muchas veces se dá una **problemática de Contexto**, que tiene sus requerimientos respecto al comportamiento y roles que deben cumplir los individuos determinados también por el ambiente sociocultural. Las mujeres embarazadas primigestas que presentan autovaloración baja de este estudio la mayoría son mujeres solteras y un también varias son menores de 20 años, esas características hace que la sociedad las vea mal, juzgándolas y estigmatizándolas; puesto que no cumplieron con una de sus normas la cual es que se debe ser primero esposa y luego madre. También en muchos casos no cumplieron con sus propias expectativas y también con las expectativas de sus familiares que deseaban que su hija primero culminara su **bachillerato** o que tuviese una profesión.

En el caso de las mujeres embarazadas primigestas que presentan autovaloración entre media y alta especialmente, estas cumplieron en su mayoría con el hecho de estar primero casadas o estar conviviendo con sus parejas y por tanto no reciben la desaprobación de su entorno social como es en el caso de las mujeres solteras embarazadas. Además éstas también cuentan con mayor apoyo afectivo y también económico por parte de sus parejas y familiares.

Así se percibe que el sistema de adaptación, a su nuevo rol de mujeres embarazadas puede ser diferente de caso a caso y lo mismo sucederá con la retroalimentación con el contexto.

Mucha de la problemática está ligada a exigencias del contexto convirtiéndose en estresores sociales que se convierten en una situación de amenaza para el sujeto provocando retraimiento, escape, etc. Ello se observa en los casos de las embarazadas que presentan autovaloración baja, pues presentan ansiedad, temor, miedo, intranquilidad hecho que a su vez puede generar en ellas retraimiento de su medio social como respuesta a la estigmatización y a los prejuicios que sufre lo cual puede interferir en su desempeño social y en su futuro rol de madre.

Para determinar la autovaloración de las mujeres primigestas se verá el **contexto de interacción**, se verá 1ro el tipo de interferencia (para que presente autovaloración baja o alta), a qué área situacional pertenece y 2do se verá con que tipo de interferencia se produce esta interferencia, qué magnitud tiene, en qué grado está

afectando esa interferencia a la autovaloración de la mujer embarazada primigesta (sujeto de acción).

De acuerdo a los datos de esta investigación se observa que la autovaloración de las primigestas depende desde lo personal hasta lo social

En lo personal, es lo referido la esfera afectiva de la primigesta, en la cual ella se constituye en el núcleo y no así su contorno el otro y el yo es problemática personal.

En la evaluación sobre el otro está el cuadro afectivo. En el momento que sale de lo afectivo ya va a lo social.

La autovaloración de la primigesta depende especialmente de las relaciones que tiene con su pareja positivas o negativas, de sus propias expectativas. Muchas primero deseaban culminar su colegio o ser profesionales o primero casarse y otras en cambio tenían como expectativa embarazarse. **En lo social,** la retroalimentación positiva o negativa que recibe de su entorno social familiares y otros (vecinos, conocidos) repercutirá en su autovaloración. De acuerdo a esos factores unas presentaran menor o mayor autovaloración.

Lo que influirá a su vez en un adecuado manejo afectivo a la mayor parte de las exigencias de la esfera personal, y adecuado manejo con la esfera social; en general un adecuado funcionamiento con todas las esferas de interacción.

Este adecuado funcionamiento se da en las primigestas que presentan mayor autovaloración que tienen a su vez un manejo efectivo y una retroalimentación e interacción positiva. Ellas tienen un adecuado manejo y tolerancia a la frustración, cognitivamente superan la frustración, y que tienen en general bastante actividad estructurada. Ejemplo. Las mujeres con autovaloración alta no se sienten frustradas con su embarazo dicen que continuarán sus planes (de estudio o trabajo) después de su embarazo; en cambio varias de las con autovaloración baja mencionan que no valen como personas y lo ven todo de manera negativa porque su embarazo frustró alguno de sus planes.

Tenemos en el contexto al sujeto inmerso en la interacción, este

espacio de contexto es un espacio dinámico porque está siempre en un proceso dinámico de transformación ambiental y humana. Estas dos, ejercen una sobre la otra lo que nos muestra una dialecticidad en el desarrollo humano. No vemos al hombre solamente en si, tenemos el contexto del hombre.

En esa dialecticidad, se estructuran los **Esquemas de autoconcepto** en una relación de tipo afectiva que se va conformando a través de la retroalimentación y en esta se van desarrollando esquemas de autovaloración que tiene 3 niveles.

1. Valoración que le va dando el medio pero de tipo social.
2. Nivel de medio natural o familiar.
3. El medio que va dando el propio sujeto.

Los que le permitirán desarrollar un autoconcepto que está ubicado en un cruce espacio temporal. Va desarrollando una serie de necesidades, motivaciones, etc. en base a ese esquema de identificación consigo mismo. Así por ejemplo las mujeres embarazadas primigestas sentirán que valen más como personas desde que supieron de su embarazo o pensaran que no son buenas hijas porque no terminaron primero sus estudios o no se casaron primero para embarazarse.

Así se dará una distancia entre lo que son mujeres embarazadas y lo que hubieran querido ser (sin haber cumplido su expectativa de ser profesionales o haber terminado su bachillerato) antes de embarazarse, lo que determinará su frustración.

Este nivel tan básico va marcar los niveles del autoconcepto. Se van creando a través de los niveles de retroalimentación valorativa que van a formar toda una estructura de la afectividad.

La estructura de la afectividad es todo un sistema que tiene el sujeto a través del autoconcepto.

Es lo que le permite relacionarse consigo mismo y con los (demás) otros.

Una relación afectiva está construida bajo un nivel de valoración. Una pareja entra en crisis cuando ya no existen valoración de consideración y ese es el sistema de afectividad. En el caso de las mujeres primigestas con autovaloración baja se observa que ese sistema

de afectividad está en crisis. Ejemplo indican que sus relaciones son conflictivas, con problemas y en algunos casos indican que sus parejas son indiferentes ante esas situaciones puede desarrollar una personalidad dependiente, puesto que, una persona dependiente se forma cuando se va relacionando con otra y cuando esta lo deja crea una dependencia generando autovaloración baja en la persona que fué abandonada.

Las mujeres desarrollan un sistema de dependencia en América Latina. El sistema estructural en Bolivia es machista. La mujer desempeña tres trabajos. Esposa , ama de casa, profesional y con lo que ha sido criada en un sistema de sobreprotección, allí desarrolla un nivel de dependencia; Las mujeres **primigestas** desarrollan dependencia de sus parejas en este trabajo tanto las mujeres con autovaloración alta, media y baja mencionaron que tratan de estar siempre de acuerdo con sus parejas aunque estos no tengan la razón incluso las universitarias solo una estudiante de derecho mencionó que no sucede eso en su caso.

Así las primigestas van desarrollando una serie de conceptos esquemas sobre ellas mismas, pero también van desarrollando los esquemas de las otras personas de acuerdo al sistema de valoración consigo mismas.

La experiencia es importante en el autoconcepto. No existen esquemas de autoconcepto iguales. Las primigestas con autovaloración baja no tendran un autoconcepto igual al de las presentan autovaloración alta. Unas serán más asertivas, más activas y otras más dependientes y tímidas.

Este **sistema** de autoconcepto regula su situación emocional. Gracias a estos el sujeto encontrará verá las relaciones sociales, relaciones de identidad, de todo lo que son acontecimientos, de los esquemas socioculturales, etc.

Todos esos esquemas sociales vienen a ser un eje gravitacional que le permite hacer un juicio de la realidad.

La esencia primordial está en la autovaloración de su sí mismo (a partir de lo que yo hago o de lo que hace el otro) se crea dependencia.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

5.1. CONCLUSIONES ESPECÍFICAS

AUTOVALORACION DE LAS MUJERES EMBARAZADAS PRIMIGESTAS

Las **primigestas** de la presente investigación el 14% presentan autovaloración baja, el 48% presentan autovaloración media y el 38% presentan autovaloración alta.

El perfil general **de** las mujeres primigestas del estudio (50 mujeres) indicó que tenían en promedio de 21,3 años de edad, con un promedio de 6,6 meses de embarazo al momento del estudio y de su control prenatal, y todas contaban con nivel de instrucción.

En su mayoría las primigestas son menores de 20 años (adolescentes) con el 54%, el 44% mayores de 20 años y solo el 2% mayores de 30 años.

Respecto a su estado civil el 20 % de las primigestas estaban casadas, el 54% convivientes, el 24% solteras y el 2% viudas.

DETERMINACIÓN DE LA AUTOVALORACIÓN EN BASE A LA DIMENSIÓN IMAGEN DE SÍ MISMA (asociada a los cambios corporales y cambios emocionales)

Autovaloración en base a los cambios corporales

A la mayoría de las mujeres con *Autovaloración Baja* no les agradan los cambios que se suceden en su cuerpo, tienen miedo y se preocupan de quedar deformes después de su embarazo. Además perciben todos los acontecimientos que les suceden como negativos.

Las mujeres con *Autovaloración Media*, indican que se sienten contentas con su embarazo aunque sientan molestias en su cuerpo como **náuseas** y algunos dolores, pero también señalan (casi en igual proporción que las con autovaloración baja) que ya no les quedan (entran) algunas ropas que les gustaba ponerse, que se sienten mal por eso y tienen miedo que su cuerpo quede deforme después de su embarazo.

Las primigestas con *autovaloración alta*, en su mayoría desearon tanto su embarazo que a pesar de los problemas y molestias (náuseas y algunos dolores), se sienten contentas, se consideran atractivas y simpáticas (indican que cuando se miran en el espejo se ven más radiantes y más bonitas que antes), mencionan que sus esposos las ven más bonitas y simpáticas que antes de su embarazo y en menor proporción, menos de la mitad, mencionan que con su embarazo ya no les quedan (entran) algunas ropas que les gustaba ponerse y que se sienten mal por eso.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, se concluye: Que las mujeres embarazadas primigestas que perciben sus cambios corporales como positivos considerándose atractivas simpáticas .Que además reciben apreciaciones positivas sobre su apariencia (por parte de sus parejas); presentan autovaloración alta.

Las mujeres embarazadas primigestas que perciben sus cambios corporales como negativos indicando que no les agradan sus cambios en su cuerpo, que tienen miedo y preocupación de quedar deformes después de su embarazo, y también viendo negativamente los acontecimientos que les suceden; presentan autovaloración baja.

Las con autovaloración baja no están satisfechas con su propio cuerpo en general. Las con autovaloración alta disfrutaban con los cambios físicos provocados por el embarazo.

Autovaloración en base a los Cambios Emocionales

Las primigestas con **Autovaloración Baja** en su mayoría, se sienten desvalidas por no tener un apoyo en su embarazo, temerosas, les preocupa su salud y la de su hijo, desean no tener que ocultar y hacer frente a su realidad, se sienten intranquilas a medida que su embarazo avanza, se sienten muy tristes desde que supieron de su embarazo, y en menor proporción, esperan con ansiedad y felicidad a su bebé y su embarazo las hace sentir realizadas como mujeres.

Las que presentan **Autovaloración Media** esperan con ansiedad y felicidad a su bebé, se sienten temerosas a medida que avanza su embarazo, les preocupa su salud y la de su hijo, su embarazo les hace sentir realizadas como mujeres, se sienten intranquilas a medida que su embarazo avanza, su embarazo las hace sentir realizadas como mujeres.

En menores porcentajes indican que su embarazo hizo que vieran positivamente todos los acontecimientos que les suceden y también indican que se sienten desvalidas por no tener un apoyo en su embarazo.

Las mujeres con **Autovaloración Alta**, indican que se sienten muy felices desde que supieron de su embarazo, se sienten con muchas fuerzas para seguir adelante, se sienten tranquilas a medida que su embarazo avanza, su embarazo hace que tenga sentido su vida y por lo cual se sienten dichosas, su embarazo les hace sentir realizadas como mujeres, esperan con ansiedad y felicidad a su bebé, su embarazo hace que perciban positivamente los acontecimientos que les sucede, a medida que cambia su cuerpo con su embarazo y engordan se sienten felices, y una minoría menciona que desearían no tener que ocultar y hacer frente a su realidad e indican que se sienten temerosas a medida que avanza su embarazo.

Concluyendo diremos que las primigestas que presentan cambios emocionales positivos, que se sienten felices ,que sienten que su embarazo hace tener sentido a su vida y que se sienten realizadas como mujeres; presentan autovaloración entre alta y media.

En cambio las que presentan cambios emocionales negativos, que se sienten desvalidas por no tener un apoyo en su embarazo, que se sienten en mayores proporciones temerosas ansiosas, tristes, intranquilas, que desearían no tener que ocultar y hacer frente a su realidad y en mínima proporción indican que con su embarazo se sienten realizadas como mujeres; presentan autovaloración baja.

DETERMINACIÓN DE LA AUTOVALORACIÓN EN BASE A LA DIMENSIÓN CONCEPTO DE SÍ MISMA (asociada a: 1.Sí misma, 2.Pareja,3. Familiares y 4. Otros (vecinos conocidos)

Autovaloración en base al Concepto de sí misma en relación a sí misma

Las primigestas con **Autovaloración Baja** en su mayoría indican que: presentan mayor activación emocional(se volvieron más renegonas y agresivas), se consideran miedosas y tímidas es decir, como personas inasertivas; desde que supieron de su embarazo, piensan que no valen como personas, y en menor proporción se consideran con muchas

virtudes.

Las que presentan **Autovaloración Media** en mayor porcentaje indican que son miedosas y tímidas, con su embarazo sienten que valen más como personas, presentan mayor activación emocional (se volvieron más renegonas y agresivas), se consideran con muchas virtudes y en menores porcentajes indican que desde que supieron de su embarazo, piensan que no valen como personas.

Las embarazadas con **Autovaloración Alta**; el 100% mencionan que su embarazo es lo mejor que les pasó, sienten que valen más como personas, se consideran con muchas virtudes y en menores porcentajes indican que con su embarazo se volvieron más renegonas.

A mayor autovaloración las primigestas indican que su embarazo es lo mejor que les pasó (preg.2); que con su embarazo valen más como **personas (preg.10)**, se consideran mujeres con muchas virtudes cosa que no se observa en las con autovaloración baja.

A menor autovaloración las primigestas se consideran: miedosas y tímidas, indican que desde que supieron de su embarazo no valen como personas en una proporción considerable, cosa que no se observa en las con Autovaloración alta pues presentan un 0% en este indicador.

Autovaloración en base al Concepto de sí misma en relación a su pareja

Las mujeres que presentan mayor autovaloración se sienten más valoradas y con más cuidados por parte de sus esposos, cosa que no ocurre con las que presentan autovaloración baja, que más de la mitad de ellas indican que sus parejas les tratan mal.

Pero, por otro lado se puede notar que las mujeres con Autovaloración alta y con Autovaloración media tratan de estar siempre de acuerdo con sus esposos o parejas aunque estos no tengan la razón, denotándose en ello su nivel de dependencia hacia sus parejas puesto que en Bolivia el sistema estructural es machista.

Autovaloración en base al Concepto de sí misma en relación a sus familiares

Las que presentan **Autovaloración Baja** tienen un concepto

disminuido sobre sí mismas. Mayormente indican que no sirven para nada porque defraudaron a sus padres, que sus padres les dicen que no son buenas hijas, que sus familiares no les comprenden.

Las que presentan **Autovaloración Media** en mayor porcentaje indican; que sus padres se sienten contentos porque les darán un nieto y eso les alegra, que siempre están preocupándose por ellas y que ello les dá seguridad y tranquilidad, que sus familiares les apoyan y que eso les hace sentir bien. En menores porcentajes indican, que sus padres les dicen que no son buenas hijas.

Las que presentan **Autovaloración Alta**, en mayor porcentaje, indican que sus familiares les apoyan y que eso las hace sentirse bien, que sus padres se sienten contentos porque les darán un nieto y que eso les alegra y en menor porcentaje mencionan que sus padres les dicen que no son buenas hijas.

En conclusión se observa que las mujeres primigestas que tienen autovaloración alta y autovaloración media, cuentan en mayor grado con el apoyo de sus padres y familiares cosa que no ocurre en las que presentan autovaloración baja. Lo que repercute en el concepto que tienen sobre sí mismas.

Autovaloración en base al Concepto de si misma en relación a otros (vecinos, conocidos)

Las que presentan Autovaloración alta, mencionan en mayor grado que la gente les quiere, que sus vecinos se preocupan por ellas y también indican que no les interesa lo que la gente piense de su embarazo; en cambio en las que presentan Autovaloración media y especialmente las con autovaloración baja presentan los indicadores más altos en lo referente a: que algunas personas les lastiman al juzgarlas mal, que se sienten humilladas por lo que la gente habla y además contradictoriamente con el anterior indicador , mencionan que no les importa que la gente hable de su embarazo.

Las mujeres embarazadas primigestas sin importar cual fuere su autovaloración sea Alta, Media o Baja; indican casi en porcentajes muy aproximados: que la mayor parte de la gente que conocen las quieren y también indican que algunas personas les lastiman al juzgarlas mal.

CORRELACION DE VARIABLES

Autovaloración relacionada a los meses de embarazo

Según el análisis estadístico los meses de embarazo de las primigestas no están correlacionados con la autovaloración de las primigestas. Por lo tanto, *la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas, no está determinada por los meses de embarazo.* Dado que las primigestas con autovaloración baja, media y alta se encuentran distribuidas en casi todos los rangos de meses de embarazo.

AUTOVALORACION EN RELACION A LA EDAD

La autovaloración de las primigestas está correlacionada con su edad. Estas dos variables se hallan correlacionadas significativamente. Por lo tanto se puede decir que la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas está determinada por su edad.

Autovaloración en relación a la edad considerada adecuada para el embarazo

Las mujeres embarazadas primigestas en las tres categorías de Autovaloración, sea, Alta, Media o Baja; indican que la edad adecuada para embarazarse se encuentra de los 21 a los 25 años de edad. Indican que ese rango de edad es adecuado por que a esa edad son ya responsables, porque ya están preparadas para ser mamás y también para cuidar mejor a su bebé, a esa edad ya tienen profesión.

De lo anterior, se concluye que la autovaloración de las primigestas está relacionada con la edad considerada por ellas adecuada para embarazarse (21 - 25 años). Las que presentan autovaloración alta, en mayor proporción se encuentran en este rango de edad o en un rango aproximado; las que presentan autovaloración media se encuentran en mayor porcentaje en un rango aproximado (17 - 20 años) y en un porcentaje un poco menor en este rango. Las con autovaloración baja en cambio se hallan distribuidas en mayor proporción en los rangos extremos de edad de 26 -30 años y de 13-16 años y ninguna se halla en el rango de 21-25 años.

En resumen, las primigestas con mayor autovaloración se hallan más próximas en edad, a la edad considerada por ellas adecuada para

embarazarse (21 - 25 años).

Autovaloración en relación a la consideración de la edad

La consideración de la edad de las primigestas está asociada con su autovaloración pues las que presentan autovaloración alta indican mayormente que tienen la edad adecuada para estar embarazadas , en cambio las que presentan autovaloración baja se consideran o jóvenes o mayores en su mayoría y las con autovaloración media se consideran jóvenes en su mayoría y en menor porcentaje se consideran con la edad adecuada. Estos datos dan lugar a que estas dos variables estén significativamente correlacionadas.

Por tanto se concluye, que las mujeres primigestas que consideran su edad adecuada para embarazarse también presentan autovaloración alta en su mayoría. En las con autovaloración baja se percibe lo contrario.

AUTOVALORACION EN RELACION AL NIVEL DE INSTRUCCION

La autovaloración de las primigestas según el análisis estadístico no depende del nivel de instrucción que tengan. Esta correlación no es significativa. Las primigestas con autovaloración alta y autovaloración media se distribuyen en un mayor porcentaje en el nivel medio. Las con autovaloración baja mayormente se hallan en el nivel intermedio y también distribuidas en los otros niveles de instrucción.

AUTOVALORACION EN RELACIÓN AL ESTADO CIVIL

Se observa que las que presentan mayor autovaloración; o son convivientes o casadas, en su mayoría, y las que presentan menor autovaloración son solteras mayormente.

Estas dos variables se encuentran correlacionadas significativamente. Por lo tanto, la autovaloración de las primigestas está determinada por su estado civil. Y el estado civil de las primigestas también está correlacionada significativamente con el hecho de considerar, mejor estar casada o no, para embarazarse. (Ver Cap.IV y anexo tabla de correlaciones)

Además cabe indicar que: Las mujeres embarazadas primigestas con autovaloración baja, con media y con alta; indican en mayores

porcentajes que es mejor estar casadas para embarazarse y en menores porcentajes que no.

En conclusión, la consideración del estado civil y la autovaloración de las primigestas no se hallan vinculadas. La autovaloración de las primigestas no depende de la consideración de su estado civil. Pero si se determinó que la consideración de el estado civil está relacionado significativamente con el estado civil. (Ver Cap.IV y anexo 1, tabla de correlaciones)

AUTOVALORACIÓN EN RELACIÓN A LAS EXPECTATIVAS DE MATERNIDAD

Autovaloración en relación a deseo de su embarazo

Estas dos variables se hallan muy significativamente correlacionadas. Las mujeres con autovaloración baja no deseaban estar embarazadas. Las con autovaloración media también indican lo mismo en un porcentaje un poco menor. En cambio las con autovaloración alta en su mayoría que deseaban estar embarazadas y un porcentaje mínimo no deseaban estar embarazadas.

En resumen, los datos expuestos y el análisis estadístico determinan que la *Autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas depende de su deseo de estar embarazadas.* (Ver Cap.IV y anexo 1 y 2).

y el deseo de estar embarazadas está a su vez relacionada muy significativamente con el hecho de sí su embarazo deshizo o no alguno de sus planes y también está relacionada significativamente con la consideración (buena, mala y regular) de su situación económica.

Autovaloración en relación a su deseo de ser madre

Estas variables no se hallan correlacionadas. Las mujeres embarazadas primigestas en las tres categorías de autovaloración, indican en mayores porcentajes que sí deseaban ser madres.

Pero las con autovaloración baja y autovaloración media respectivamente señalan en porcentajes apreciables que no deseaban ser madres; en cambio las con Autovaloración alta indican en un porcentaje mínimo este indicador.

En conclusión, *la Autovaloración de las primigestas no está determinada por su deseo de ser madres*. Pues, varias mujeres con autovaloración baja y media deseaban ser madres pero después de concluir con un plan trazado.

Autovaloración en relación a los sentimientos expresados al saber que estaban embarazadas

Estas dos variables se hallan correlacionadas entre sí pues, su vinculación es muy significativa.

Las mujeres con autovaloración baja se sintieron en su mayoría: tristes, rechazaron su embarazo, y también se sintieron preocupadas.

Las mujeres con Autovaloración media, se sintieron en su mayoría: con miedo, se sintieron tristes y rechazaron su embarazo en un porcentaje apreciable y un porcentaje menor se sintieron felices al saber que estaban embarazadas.

Las mujeres con Autovaloración alta en su mayoría se sintieron felices al saber de su embarazo, en porcentajes menores se sintieron preocupadas y con miedo y un porcentaje mínimo indican que rechazaron su embarazo.

En conclusión, a mayor autovaloración, las primigestas presentan sentimientos de felicidad y de aceptación a sus embarazos, en cambio a menor autovaloración presentan mayormente sentimientos de tristeza, miedo y de rechazo a su embarazo.

Por lo tanto, *la Autovaloración de las primigestas está determinada por cómo se sintieron las primigestas al saber que estaban embarazadas*.

Autovaloración en relación a sentimientos actuales referentes a su vida de mujer embarazada

Estas variables obtuvieron un nivel muy significativo en su correlación. Por tanto: *la Autovaloración de las primigestas depende de cómo consideran su vida de mujeres embarazadas*.

Las primigestas con autovaloración baja consideran su vida actual

de mujeres embarazadas como triste y muy triste, las primigestas con Autovaloración media consideran su vida actual de mujeres embarazadas como ni feliz ni triste (ambivalencia) en su mayoría y en menores porcentajes como feliz y triste. Las primigestas con Autovaloración alta, en cambio, consideran su vida actual de mujer embarazada como feliz y como buena.

En resumen, a mayor autovaloración consideran su vida de mujeres embarazadas como feliz y a menor autovaloración consideran su vida de mujeres embarazadas como triste.

AUTOVALORACION EN RELACION A LAS EXPECTATIVAS DE ESTUDIO Y TRABAJO

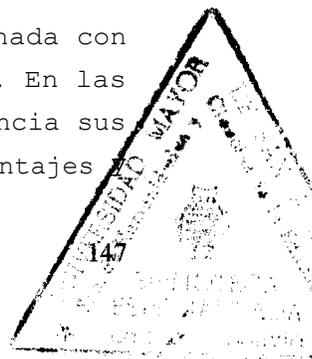
Para determinar las expectativas de estudio y de trabajo de las primigestas se formularon varias preguntas, relacionadas con las actividades que realizaban las primigestas; antes de embarazarse, durante su embarazo y sus deseos de seguir estudiando, trabajando o estudiando y trabajando.

En general se observa que las mujeres de las tres categorías de autovaloración (baja, media y alta) antes de su embarazo estudiaban, trabajaban o estudiaban y trabajaban y en un porcentaje menor realizaban labores de casa excepto las con Autovaloración baja, que ninguna realizaba labores de casa. Pero, durante su embarazo estas sus actividades cambiaron observándose un mayor porcentaje en lo referente a las labores de casa y menores porcentajes en lo referente a las otras actividades.

En conclusión, la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas no está correlacionada con las actividades que realizaban antes y durante su embarazo. Por lo tanto, *la Autovaloración de ellas no está determinada por las actividades que realizaban antes y durante su embarazo.*

Autovaloración en relación a sus deseos de seguir estudiando y trabajando

La autovaloración de las primigestas no está correlacionada con sus deseos (expectativas) de seguir estudiando y trabajando. En las tres categorías de Autovaloración alta, media y baja se evidencia sus expectativas de seguir estudiando y trabajando en mayores porcentajes



en menores porcentajes sólo estudiando y otros (labores de casa).

AUTOVALORACION EN RELACIÓN A SUS EXPECTATIVAS DE AUTONOMIA

Para determinar esta variable se hizo dos preguntas referentes a si su embarazo les impide realizar algunas actividades y si su embarazo deshizo alguno de sus planes.

Autovaloración en relación a si su embarazo les impide realizar algunas actividades

De acuerdo al análisis estadístico se determina que la autovaloración de las primigestas no depende directamente de las actividades que ellas no pueden realizar durante sus embarazos. Estas variables no se correlacionan.

Sin embargo los datos que se obtuvieron son importantes pues, las primigestas con Autovaloración baja mencionan en mayor porcentaje que su embarazo les impide realizar algunas de sus actividades, las con Autovaloración media también indican lo mismo pero en un porcentaje menor. Algunas de las actividades que indican que les impide realizar su embarazo son: Estudiar, agacharse mucho, realizar trabajos fuertes, viajar, salir con sus amigas, ir a bailar, estudiar y trabajar, ver a sus familiares y lavar ropa.

En cambio, las con autovaloración alta mencionan en un mayor porcentaje que su embarazo no les impide realizar ninguna de sus actividades.

Por lo expuesto anteriormente, se deduce que a mayor autovaloración tienen menor impedimento de realizar algunas actividades durante el embarazo. En cambio, a menor autovaloración las primigestas muestran mayor impedimento de realizar sus actividades durante su embarazo.

Por otro lado, cabe mencionar que el impedimento de la realización o no de algunas actividades durante el embarazo están significativamente relacionadas con el deseo de (su) embarazo de las embarazadas primigestas. (Ver Cap. IV y anexo la tabla de correlaciones)

Autovaloración en relación a planes deshechos

Estas dos variables se hallan relacionadas, obtuvieron un nivel muy significativo en su correlación.

Las mujeres con autovaloración baja en su mayoría indican que su embarazo deshizo alguno de sus planes y un porcentaje menor indica que no deshizo alguno de sus planes. Algunos de los planes que indican que deshizo su embarazo son los siguientes: Estudiar, ser profesional, viajar y trabajar.

Las con Autovaloración media en porcentaje mayor indican que su embarazo deshizo alguno de sus planes y en un porcentaje casi similar indican que no deshizo sus planes. En cambio, casi el 100% de las mujeres con Autovaloración alta indican que su embarazo no deshizo ninguno de sus planes y solo el 5.3% que su embarazo deshizo alguno de sus planes. Estas, (también las con autovaloración media) indican que no se arrepienten, que están conformes con su embarazo, que después continuarán con sus planes, que siguen con sus planes y también que no tenían ningún plan o que su plan era embarazarse.

De los datos anteriores se deduce que en las mujeres con autovaloración alta el embarazo no fue factor determinante para frustrar sus planes, en cambio, las con autovaloración baja ocurre lo contrario.

En conclusión, *la autovaloración de las primigestas está determinada por si su embarazo deshizo (frustró) o nó alguno de sus planes.*

Y a su vez, el hecho de si su embarazo deshizo o nó alguno de sus planes, está muy significativamente relacionado con el deseo de su embarazo, y con los sentimientos que tuvieron al saber que estaban embarazadas y también está significativamente relacionado con el deseo de ser madres. (Ver Cap.IV y anexo tabla de correlaciones)

AUTOVALORACION EN RELACION A SU SITUACION ECONOMICA

Autovaloración en relación a la tenencia de la vivienda

La tenencia de la vivienda y la Autovaloración de las primigestas no se hallan correlacionadas. Por lo tanto la autovaloración de las primigestas no está determinada por la tenencia de la vivienda. Puesto que las con autovaloración baja son las que mayormente cuentan con vivienda propia y las con autovaloración media y alta cuentan con viviendas propias, alquiladas y prestadas casi en iguales porcentajes.

Autovaloración en relación a los ingresos económicos

La correlación de estas variables no es significativa según el análisis estadístico. Por lo tanto se podría decir que la autovaloración de las primigestas no depende de sus ingresos económicos.

Pero sin embargo los datos obtenidos son llamativos e importantes, pues, las primigestas con Autovaloración baja en su mayoría no cuentan con ningún ingreso económico y en menores porcentajes con 50-199 bolivianos. Las primigestas con Autovaloración media cuentan con ingresos económicos distribuidos casi en todos los rangos mencionados; en mayor porcentaje con 400-499 bolivianos y en menor porcentaje con 600- a más bolivianos, o sin ingresos económicos. Las primigestas con Autovaloración alta cuentan también con ingresos económicos en todos los rangos; en mayores porcentajes con 400-499 bolivianos, y en menores porcentajes con 600- a más bolivianos y sin ingresos económicos.

Autovaloración en relación a la consideración de su situación económica

La autovaloración de las primigestas no está determinada por la consideración de su situación económica (Ver anexo tabla de correlaciones).

Pero los datos obtenidos son importantes y deben ser tomados en cuenta. En las tres categorías de Autovaloración las mujeres primigestas consideran mayormente como regular su situación económica.

Las con Autovaloración baja y autovaloración media consideran en

mayor porcentaje su situación económica como regular y en menor porcentaje como buena. En cambio las con autovaloración alta en mayor porcentaje consideran su situación económica como buena, también regular y en menor porcentaje la consideran como mala.

En resumen, se observa que las primigestas que presentan mayor autovaloración, consideran su situación económica como buena y las que presentan menor autovaloración consideran su situación económica regular.

Pero cabe mencionar por otra parte según el análisis estadístico esta variable, de consideración de su situación económica está relacionada significativamente con el deseo de embarazo de las primigestas.

Autovaloración en relación a la opinión de la primigesta, referente a si su situación económica afecta a su embarazo

Estas variables no se hallan correlacionadas. Sin embargo, las primigestas con Autovaloración baja, mayormente, indican que su situación económica afecta a su embarazo y en un porcentaje mínimo que no. Las primigestas con autovaloración media, en porcentajes aproximados indican; que su situación económica afecta a su embarazo y no afecta a su embarazo. En cambio las primigestas con autovaloración alta en mayor porcentaje indican que su situación económica no afecta a su embarazo y en menor porcentaje que sí.

En los datos mencionados también se nota que a menor autovaloración las primigestas consideran que su situación económica afecta su embarazo, sucediendo lo contrario con las de autovaloración alta.

RELACIONES FAMILIARES

AUTOVALORACION VINCULADA A LAS RELACIONES CON SU PAREJA

Autovaloración de la primigesta en relación a la reacción de su pareja ante su embarazo

La Autovaloración de las primigestas está vinculada con las reacciones de sus parejas ante su embarazo. Esta correlación obtuvo un

nivel altamente significativo.

El 100% de las parejas de las primigestas con autovaloración baja reaccionaron indiferentes, en porcentaje menor indican otros (querían que abortaran o no quisieron saber nada) y mínimamente indican que reaccionaron felices y renegados.

Las parejas de las primigestas con Autovaloración media, reaccionaron felices en su mayoría. En menor porcentaje expresaron preocupación y en un porcentaje mínimo renegaron y otros (querían que abortaran).

Las parejas de las **primigestas** con Autovaloración alta reaccionaron felices en mayor porcentaje. En menor porcentaje se mostraron preocupados y otros (querían que abortaran, y uno murió sin saber que iba a ser padre).

Los datos mencionados indican: que a mayores reacciones de felicidad por parte de las parejas de las primigestas, éstas presentan también mayor autovaloración. En cambio a menores reacciones positivas por parte de las parejas de las **primigestas**, éstas también presentan menor autovaloración. Esto se observa en las reacciones de indiferencia y deseos de que aborten sus parejas.

En resumen, la autovaloración de las primigestas está determinada por las reacciones que tuvieron sus parejas al saber de su embarazo.

Autovaloración vinculada a las relaciones con la pareja

Esta correlación obtuvo el valor de máxima significación. Los datos que siguen determinan esta correlación:

Las mujeres con autovaloración baja, en su mayoría, no hablan con sus parejas, se llevan de manera regular, o se llevan con algunos problemas y algunas veces pelean.

Las con Autovaloración media, mayormente, se llevan bien con sus parejas y en menores porcentajes sin problemas o con algunos problemas, regular y con algunas peleas.

Las con Autovaloración alta, mayormente, se llevan bien con sus

parejas y en menor porcentaje mencionan otros (no quisieron saber nada y uno murió sin saber que iba a ser padre) y con algunos problemas.

De los datos mencionados se deduce que: a mejores relaciones con sus parejas, las embarazadas presentan mayor autovaloración y a mayores relaciones conflictivas, presentan, menor autovaloración.

En resumen, la autovaloración de las mujeres primigestas está correlacionada con las relaciones que tiene con su pareja.

Autovaloración en relación al trato que le brinda su pareja

La autovaloración de las mujeres primigestas está correlacionada con el trato que les brindan sus parejas, esta correlación es muy significativa.

A las primigestas con autovaloración baja sus parejas las tratan con indiferencia. A las con autovaloración media sus parejas las cuidan y las tratan con más cariño que antes. A las con Autovaloración alta las tratan también con más cariño que antes y también las cuidan, pero éstas en estos indicadores obtienen mayores porcentajes que las con autovaloración media.

Se observa que a mejores tratos recibidos por la pareja mayor autovaloración presentan las embarazadas.

AUTOVALORACION VINCULADA A LAS RELACIONES CON SUS PADRES

Autovaloración vinculada a las reacciones de sus padres ante el embarazo

La autovaloración de las mujeres primigestas está correlacionada con la reacción de sus padres al saber de su embarazo. Esta correlación es significativa.

Los padres de las primigestas con Autovaloración baja reaccionaron, en su mayoría, enojados y las riñeron, en porcentajes menores reaccionaron tristes y las comprendieron.

Los padres de las primigestas con autovaloración media en, su mayoría, las comprendieron, y en su minoría reaccionaron enojados, les riñeron, reaccionaron felices y también sus padres no lo saben.

Los padres de las primigestas con Autovaloración alta en mayor porcentaje no saben de su embarazo, las comprendieron; en menores porcentajes reaccionaron felices y tranquilos.

Autovaloración vinculada a las relaciones actuales con sus padres

La autovaloración de las primigestas no está determinada por las relaciones buenas, regulares o malas que tengan con sus padres. Esta correlación no es significativa. Sin embargo, las primigestas que tienen mejores relaciones con sus padres muestran mejor autovaloración ello se observa en las que tienen autovaloración media y autovaloración alta que indican en mayores porcentajes que se llevan bien con sus padres. En cambio, las que presentan autovaloración baja llevan, en mayor porcentaje relaciones regulares con sus padres.

Autovaloración vinculada al apoyo de sus familiares

Esta correlación es significativa. Las mujeres con autovaloración baja, en mayor porcentaje no reciben el apoyo de sus familiares y un porcentaje un poco menor reciben el apoyo de sus familiares.

Las con Autovaloración media mayormente reciben apoyo de sus familiares y en menor porcentaje no reciben apoyo de sus familiares.

Las con autovaloración alta casi el 90% reciben apoyo de sus familiares y un porcentaje mínimo no reciben el apoyo de sus familiares.

Por la descripción de esos datos se concluye que a mayor apoyo de los familiares, se observa también mayor autovaloración de las primigestas. Por lo tanto, *la autovaloración de las mujeres primigestas está vinculada con el apoyo que éstas reciben de sus familiares.*

VARIABLES QUE TIENEN MAYOR VINCULACIÓN CON LA AUTOVALORACIÓN DE LAS PRIMIGESTAS

Las variables que tienen mayor vinculación con la autovaloración de las primigestas son: 1) Las relaciones que la primigesta tiene con su pareja, 2) La reacción de su pareja ante su embarazo, 3) El trato que le brinda su pareja, 4) Si el embarazo deshizo alguno de los planes

de la primigesta, 5) Sentimientos actuales referentes a su vida de mujer embarazada, y 6) Su deseo de embarazo. (Ver Cap.IV y anexos 1 y 2)

1. Autovaloración vinculada a las relaciones con la pareja

Las relaciones que tiene la primigesta con su pareja son determinantes para su autovaloración pues, se observa que, a mejores relaciones las embarazadas presentan mayor autovaloración y a mayores relaciones conflictivas, presentan, menor autovaloración.

*En conclusión, la autovaloración de las mujeres **primigestas** está altamente correlacionada con las relaciones que tiene con su pareja.* Esta correlación obtuvo el **máximo nivel de significación** (Significancia de **.00000**). (Ver anexo 1 y 2)

2. Autovaloración de la primigesta en relación a la reacción de su pareja ante su embarazo

La Autovaloración de las primigestas está vinculada con las reacciones de sus parejas ante su embarazo. A mayores reacciones de felicidad (de aceptación del embarazo) por parte de las parejas de las primigestas, éstas presentan también mayor autovaloración. En cambio a menores reacciones positivas (indiferencia y deseos de que aborten) por parte de las parejas de las primigestas, éstas también presentan menor autovaloración.

*En resumen, la autovaloración de las **primigestas** está determinada por las reacciones que tuvieron sus parejas al saber de su embarazo.* Esta correlación es **altamente significativa** (Significancia de **.00001**). (Ver anexo 1 y 2)

3. Autovaloración en relación al trato que le brinda su pareja

Se observa que a mejores tratos recibidos por la pareja mayor autovaloración presentan las embarazadas. Y a peores tratos recibidos por su pareja presentan menor autovaloración.

*En resumen, la autovaloración de las mujeres **primigestas** está altamente correlacionada con el trato que les brindan sus parejas.* Esta correlación obtuvo un valor **muy significativo** (Significancia de **.00073**). (Ver anexo 1 y 2)

4. Autovaloración en relación a si el embarazo deshizo alguno de los planes de la primigesta.

El embarazo no fué factor determinante para frustrar los planes de las primigestas con mayor autovaloración. En cambio, en las con menor autovaloración (autovaloración baja) ocurre lo contrario.

En conclusión, *la autovaloración de las primigestas está determinada por si su embarazo deshizo (frustró) o nó alguno de sus planes.*

Estas dos variables se hallan correlacionadas, pues, obtuvieron un nivel muy significativo en su relación (Significancia de **.00015**). (Ver anexo 1 y 2)

Autovaloración en relación a las expectativas de maternidad

5. Autovaloración en relación a sentimientos actuales referentes a su vida de mujer embarazada

A mayor autovaloración consideran su vida de mujeres embarazadas como feliz y a menor autovaloración consideran su vida de mujeres embarazadas como triste.

Estas variables obtuvieron un nivel muy significativo en su correlación (Significancia de **.00077**).

Por tanto: *la Autovaloración de las primigestas depende de cómo consideran su vida de mujeres embarazadas.*

6. Autovaloración en relación a su deseo de embarazo

Las mujeres con autovaloración baja no deseaban estar embarazadas. Las con autovaloración media también indican lo mismo en un porcentaje un poco menor. En cambio las con autovaloración alta en su mayoría que deseaban estar embarazadas y un porcentaje mínimo no deseaban estar embarazadas.

En resumen, *la Autovaloración de las mujeres embarazadas*

primigestas depende de su deseo de estar embarazadas.

Estas dos variables están correlacionadas pues, obtuvieron un nivel muy significativo (Significancia de **.00086**). (Ver anexo 1 y 2)

*El deseo de estar embarazadas está a su vez relacionada muy significativamente con el hecho de si su embarazo deshizo o **nó** alguno de sus **planes**(Significancia de **.00031**). (Ver Cap.IV y anexo1)*

Otra correlación que obtuvo un nivel muy significativo fue:

Frustración de planes de la primigesta y sentimientos al saber de su embarazo

Las primigestas que mayormente mencionan que su embarazo deshizo alguno de sus planes; indican que se sintieron deprimidas, rechazaron su embarazo y se sintieron tristes.

Las **primigestas** que mayormente mencionan que su embarazo no deshizo alguno de sus planes; indican que se sintieron felices y preocupadas. (Ver anexo 1 y 2)

Estas variables se hallan **correlacionadas muy significativamente** (Significancia **.00023**).

Por lo tanto se observa que *los sentimientos de la embarazada al saber de su embarazo están determinados por sí su embarazo deshizo o no alguno de sus planes.* (Ver Cap.IV y anexo tabla de correlaciones)

5.2. CONCLUSIONES GENERALES

Autovaloración de las primigestas

La experiencia del individuo durante su vida va acompañada de un proceso continuo de valoración. La autovaloración posibilita una relación social saludable. Garantiza la proyección futura de la persona.

El embarazo, es un proceso que tiene aspectos biológicos, sociales y psicológicos. En éste la autovaloración de la embarazada tiene sus propias características.

Durante el embarazo, se producen cambios importantes en la vida de las mujeres como ser: Cambios en sus expectativas, en sus planes profesionales, en su autonomía personal, sensación de comenzar a ser una "verdadera mujer", etc. Cambios en su conformación corporal; conciencia de su propio aspecto, preocupaciones respecto a que se produzcan modificaciones inalterables, como deformación en su cuerpo después del, etc. Cambios en las relaciones con el entorno. El centro de atención de la mujer en este momento es ella misma y la significación que esas modificaciones tendrán para ella como madre y como individuo. Todos esos cambios van a repercutir de manera positiva o negativa en la autovaloración de las gestantes y ello lo corroboran los datos obtenidos en la presente investigación.

Autovaloración en base a los cambios corporales y emocionales

Los cambios físicos pueden repercutir en el estado psíquico de la embarazada. Esta debe adaptarse a la nueva imagen corporal y a la alteración de su autoconcepto, debiendo además tener en cuenta las reacciones de quienes la rodean.

La autopercepción de la mujer con relación a su aspecto físico, durante el embarazo, es índice interesante además de la manera en que el embarazo es aceptado o rechazado.

En la presente investigación, las mujeres embarazadas primigestas que perciben sus cambios corporales como negativos indicando que no les agradan sus cambios en su cuerpo, que tienen miedo y preocupación de quedar deformes después de su embarazo, y también viendo negativamente los acontecimientos que les suceden; presentan autovaloración baja.

Las con autovaloración baja no están satisfechas con su propio cuerpo en general. Las con autovaloración alta disfrutaban con los cambios físicos provocados por el embarazo.

Muchas gestantes que no desean su embarazo, mientras le es posible, prefieren seguir llevando las mismas ropas que cuando no estaban embarazadas. Algunos autores han sugerido que estos comportamientos pueden indicar el grado de ilusión y deseo que la gestante siente hacia su embarazo y por el niño.

En una serie de 28 gestantes, McConnell y Daston (1961), utilizando el Diferencial Semántico de Osgood, hallaron que las embarazadas, en general, ven su cuerpo feo y devaluado durante la gestación. Pero en esta investigación se determinó que las primigestas con autovaloración baja presentan esas características en cambio las con autovaloración alta ven sus cambios corporales de manera positiva.

Los resultados anteriores nos dan a conocer que el embarazo intensifica la percepción que tienen sobre sí mismas respecto a sus cambios corporales. Esta percepción cognitiva de la imagen corporal que la mujer tiene de sí misma, favorable o desfavorable, y de cómo la gestación puede modificarla es de carácter más psicológico, pero también tiene condicionamientos sociológicos. Que repercuten de manera positiva o negativa en su autovaloración.

El embarazo es también, una etapa de gran actividad emocional en la vida de la mujer, y despierta en ella una serie de emociones alegría, tristeza, preocupaciones, temores, etc. Para algunos autores que han analizado las manifestaciones de la gestación desde el ámbito de la Psicología, se trata de un período denso y crítico que conduce hasta la madurez.

No hay emociones definidas, sino matices innumerables, de origen cognitivo, de un mismo estado fundamental, (de su autovaloración) de acuerdo a cómo perciba la embarazada su embarazo; favorablemente o desfavorablemente con gozo o dolor.

Los resultados obtenidos en este estudio expresan que: Las primigestas que presentan cambios emocionales positivos, que se sienten felices, que sienten que su embarazo hace tener sentido a su vida y que se sienten realizadas como mujeres; presentan autovaloración entre alta y media. En cambio las que presentan cambios emocionales negativos, que se sienten desvalidas por no tener un apoyo en su embarazo, que se sienten en mayores proporciones temerosas ansiosas, tristes, intranquilas, que desearían no tener que ocultar y hacer frente a su realidad.

En la autovaloración de las gestantes, en muchos casos puede observarse una valoración afectiva de sus contenidos. Las primigestas utilizan expresiones afectivas para calificar algunas de sus

características como: "ahora con mi embarazo siento que valgo más como persona", " me siento feliz a medida que mi embarazo avanza y engordo", "no sirvo para nada porque defraudé a mis padres" etc. expresando así su autovaloración.

Los cambios emocionales y físicos citados pueden repercutir en el estado psíquico de la embarazada. Esta debe adaptarse a la nueva imagen corporal y a la alteración de su autoconcepto, debiendo además tener en cuenta las reacciones de quienes la rodean. Algunas se sienten sumamente sensibles respecto a las apreciaciones, expresiones de afecto, de protección de su pareja, y otras personas de su entorno como vecinos y conocidos.

Se sabe que algunos malestares (vómitos y algunos dolores) son frecuentes cuando una mujer está embarazada, son considerados casi "normales" y tienen incluso explicaciones médicas, pero en algunos casos son mejor comprendidas, si se tiene en cuenta los sentimientos, temores y otros elementos psicológicos. Así la percepción de los cambios corporales y emocionales como negativos pueden manifestar la dificultad que tiene la mujer para asumir su embarazo y el hecho que hubiera preferido no estar embarazada, y ello repercutirá en la autovaloración de la futura madre.

Además, la percepción del embarazo puede favorecer el estrés en las con autovaloración baja, como permitir una adaptación progresiva **sucediendo** esto en las que presentan autovaloración alta y media.

Cuando las preocupaciones son muy intensas, relacionadas con el miedo ante lo desconocido, la idea de la propia muerte y la de separación o "vaciamiento" son de por sí muy intensas , o bien se agravan al coincidir con una situación conflictiva de tipo emotivo (entre la pareja o con los familiares directos) o de carácter económico, profesional o social en general, pueden provocar en situaciones extremas el parto prematuro.

El distrés de la embarazada se manifiesta principalmente, en el trimestre final, en forma de nerviosismo (Read,1973) y agitación, insomnio, una sensación de carga emocional. Se da una gran variación en el grado de malestar, fatiga o sensación de carga sufridos por ellas durante las últimas semanas. A algunas este periodo les parece más

fácil que a otras.

Autovaloración en base al concepto de si misma (asociada a: 1) sí misma, 2) pareja, 3) familiares y 4) vecinos , conocidos).

Las primigestas que tienen un concepto positivo sobre sí mismas presentan a su vez autovaloración alta, indican que su embarazo es lo mejor que les pasó (preg.2); que con su embarazo valen más como **personas (preg.10)**, que se consideran mujeres con muchas virtudes, etc. En cambio en las con concepto de sí mismas negativo presentan autovaloración baja e indican que desde que supieron de su embarazo no valen como personas en **proporciones** considerables; presentan menor autovaloración (autovaloración baja). Dato que no se observa en las con Autovaloración alta pues presentan un 0% en este indicador.

El autoconcepto puede premiarse o castigarse a sí mismo. Cuando las personas se conducen en una forma que es compatible con su autoimagen, no necesariamente requieren la aprobación o elogio de la comunidad; se sienten contentos consigo mismos y eso les satisface. Por ejemplo, las mujeres primigestas que presentan una imagen de sí mismas alta durante su embarazo, disfrutará el elogio que le hagan sus parejas, familiares y vecinos, pero también se sentirá satisfecha, teniendo un comportamiento que corresponda a su autoimagen, aun cuando esté sin el apoyo de los demás. También los autoconceptos pueden ser autopunitivos. Los que se creen incapaces pueden sabotear inconscientemente sus esfuerzos y de esa manera mantener dicha imagen. Un cambio radical de la imagen de sí misma (cambios corporales durante el embarazo) pueden producir gran inquietud por ejemplo creer que quedarán deformes después de su embarazo. La imagen que vé quizá no sea compatible con la autoimagen familiar en el caso por ejemplo de que sus demás hermanas se hayan casado antes de esperar un hijo.

La autovaloración nace en las relaciones interindividuales, porque es un deseo humano básico de ser apreciado por los demás por ser quien se es, y ser estimado por esto mismo.

Las primigestas tienen acentuadas experiencias emocionales, por ejemplo se percibe que pueden ser devastadas cuando son rechazadas, despreciadas, prejuzgadas por por sus parejas, sus padres, familiares, e incluso por otras personas de su entorno. O pueden estar orgullosas,

seguras de sí mismas, tranquilas cuando reciben apreciaciones y valoraciones positivas respecto a su embarazo. Lo cual repercutirá de manera decisiva en la autovaloración que presenten sea ésta, alta media o baja.

La forma en que la primigesta se valore a sí misma depende fundamentalmente de cómo su pareja, padres, familiares y otras personas de su entorno la traten, brindándole apoyo emocional especialmente.

Las mujeres que presentan mayor autovaloración se sienten más valoradas y con más cuidados por parte de sus esposos; indican mayormente que sus parejas reaccionaron felices cosa que no ocurre con las que presentan autovaloración baja, que más de la mitad de ellas indican que sus parejas les tratan mal.

En otros casos las parejas de las primigestas con autovaloración baja reaccionan rechazando el embarazo de su pareja, negando al hijo que lleva en el vientre y dejándolas solas con toda la responsabilidad, en otros casos reaccionan indiferentes no desean saber nada sobre el hijo o querían que abortaran.

Como se observa en los resultados de la investigación, la Autovaloración de las primigestas está estrechamente vinculada con las relaciones que tienen con sus parejas, con las reacciones de sus parejas ante su embarazo y con el trato que reciben de éstos.

Pasando a un caso particular como es el de la embarazada adolescente soltera; esta necesita comunicar sus preocupaciones y recibir acogida y confianza. La joven soltera es especialmente vulnerable. Se da cuenta de que emocional e intelectualmente está lejos de la madurez que creía tener. En el momento en que necesita más apoyo emocional, por lo general es cuando menos lo recibe. Su compañero puede estar asustado por la responsabilidad y huir de ella. Ella puede estar alejada de sus amistades por no poder ir a estudiar con ellas. Su aislamiento emocional en un momento de gran tensión puede desorganizar la búsqueda adolescente de identidad y repercutir en su autovaloración de manera negativa.

El ajuste a la paternidad, maternidad constituye uno de los

grandes retos y problemas de las personas adultas, en especial tratándose del primer hijo. Los futuros padres deben hacer ajustes de tipo económico y social; a menudo deben revalorizar y modificar sus relaciones actuales.

Las relaciones que las primigestas tienen con sus padres y familiares pueden determinar la autovaloración de éstas, pues, las que presentan Autovaloración Baja tienen un concepto disminuido sobre sí mismas. Mayormente indican que no sirven para nada porque defraudaron a sus padres, que sus padres les dicen que no son buenas hijas, que sus familiares no les comprenden. Las mujeres primigestas que tienen autovaloración alta y autovaloración media, cuentan en mayor grado con el apoyo de sus padres y familiares razón por la cual no se sienten con un concepto disminuido.

Este intenso sentido de fracaso en uno de los campos de la vida (relaciones con los padres o familiares) puede conducir a la formación de un sentimiento general de inseguridad y falta de confianza disminuyendo la autovaloración de las embarazadas primigestas .

Los deseos de los padres de la primigesta, respecto a que se profesionalice, termine su bachillerato, o se case antes de embarazarse, pueden hacer que ésta se considere una buena hija y una buena mujer o que se considere una mala hija y una mala persona llegando a pensar que decepcionó a sus padres o familiares desarrollando una autoimagen negativa lo que a su vez repercutirá en su autovaloración.

También puede existir una situación de dependencia económica y afectiva de la familia que hacen que la primigesta se sienta obligada a cumplir ciertas normas de conducta, exigencias y expectativas que recaen sobre ellas, y se sienten mal cuando les fallan. El incumplimiento de esas reglas les puede representar una serie de consecuencias tales como salir de la casa, abandonar sus planes de estudio o perder el apoyo familiar.

Por ello cualquier situación social se vivencia y valora por el sujeto a la luz de su experiencia, incluyendo su autovaloración pasada. El hombre con un bajo nivel de autorrespeto de sí, vivenciará cualquier fracaso parcial más profundo y desagradable que un sujeto tranquilo y

seguro de sí, aspectos que son percibidos en las mujeres primigestas con autovaloración baja. (Ver Cap. IV)

En el transcurso del embarazo, surge con más intensidad, la necesidad que tiene la gestante de recibir la protección y el apoyo de los demás, ya que de la resolución positiva de los conflictos que está viviendo dependen la evolución final de la gestación y la entrada de la mujer en la maternidad.

El apoyo social que puede recibir la embarazada puede dividirse en tres. En primer lugar, el apoyo emocional, que incluye el dar confianza y ánimo, el preocuparse, el amor y el cuidado, etc. En segundo lugar, el apoyo informacional, proporcionando consejo, información y crítica constructiva acerca del comportamiento de la embarazada. En tercer lugar, apoyo concreto, en forma de ayuda financiera, atención personal o servicios diversos. Pero lo psicológicamente importante es la percepción del apoyo social. O sea, es lo que a la primigesta embarazada en este caso le lleva a creer que es atendida y amada, estimada, considerada y valorada como parte de una determinada familia y de un entorno social.

De acuerdo a los resultados del presente estudio, todas las sensaciones, percepciones y comportamientos de las otras personas que rodean a la primigesta (vecinos y conocidos) que conforman su entorno social, pueden darle seguridad, apreciaciones positivas o prejuizarla y menospreciarla dando origen a un periodo muy importante de estrés, cambio y ajuste a su nuevo estado que influirá en la imagen que la embarazada tiene de sí misma.

La cognición del embarazo como un evento estresante depende también de las perspectivas futuras y de las consecuencias reales y percibidas. Aparte del embarazo mismo y del hijo que va a nacer, hay otros estresores: el mismo matrimonio precipitado, el abandono de la escuela y de la formación profesional, etc.

Dentro de las estrategias de afrontamiento, (Lazarus y Folkman, 1984) incluyen la búsqueda, obtención y uso de apoyo social. Esa red social puede proporcionar apoyo, brindándole a la primigesta apoyo emocional, pero también crea exigencias como que puede decirle que primero debe cumplir con ciertas reglas de conducta. Su influencia

puede ser positiva o negativa. Ello se constató en los datos obtenidos en esta investigación. (Ver Cap. IV)

Sin duda, puede aceptarse que las relaciones personales tienen importancia para el bienestar de las personas, y también es seguro que la pobreza de relaciones interpersonales aumenta la vulnerabilidad de las personas. Esto se percibe en lo referente a las relaciones de las primigestas con su entorno social, pues, las primigestas que mencionan tener relaciones cordiales con sus vecinos y conocidos, que se sienten queridas y apreciadas, que reciben apoyo en forma de consejos por estos presentan a su vez una autovaloración alta. En cambio las que reciben críticas, que se sienten juzgadas negativamente, que se sienten humilladas por lo que la gente habla; presentan autovaloración baja.

Por lo tanto, las relaciones sociales, de la primigesta; el cómo sea apreciada, juzgada o valorada negativamente o positivamente en sus relaciones interpersonales juegan un papel determinante en su autovaloración.

Correlacion de las variables

Autovaloración en relación a la edad

Las primigestas con autovaloración alta se hallan más próximas en edad a la edad considerada por la mayoría de las primigestas adecuada para embarazarse (21 - 25 años). Las con autovaloración están aproximadas a este rango de edad.

Indican que ese rango de edad es adecuado por que a esa edad son ya responsables, porque ya están preparadas para ser mamás y también para cuidar mejor a su bebé, a esa edad ya tienen profesión.

Las con autovaloración baja en cambio se hallan aisladas de este rango de edad o son más jóvenes o más mayores.

De los datos anteriores se puede deducir que la autovaloración de las primigestas está vinculada con su edad, con la edad considerada adecuada para embarazarse, pero además está relacionada con sus expectativas de culminar sus estudios o tener ya una profesión.

Autovaloración en relación al Estado civil

Se encuentra que la presencia o la ausencia de la pareja, la calidad y el futuro de la relación, juegan un papel importante en la autovaloración de las primigestas y en la no aceptación del embarazo.

Las embarazadas **primigestas** con mayor autovaloración cuentan en su mayoría con su pareja o son convivientes o casadas, en su mayoría, y las que presentan menor autovaloración son solteras mayormente.

Por otro lado, las madres solteras no se incluyen en una sola categoría, al igual que sucede con las que tienen una pareja. Las razones por las que una mujer sola se embaraza y sigue adelante con él, son muy variables. Algunas no ponen fin a la gestación, simplemente por ignorancia y temor. Otras tienen un hijo muy deseado, "antes de que sea demasiado tarde". Otras, amaban al padre del niño, y esperaban que la relación continuase, para acabar encontrándose embarazadas y solas. Por último hay mujeres cuyos compañeros murieron mientras estaban embarazadas, y tuvieron que enfrentarse solas con el futuro. Cualquiera que sea la razón, los problemas económicos pueden adquirir gran importancia para la madre solitaria.

El estado civil de las adolescentes embarazadas también puede operar como un factor de riesgo durante el embarazo y maternidad. Las solteras viven sin duda un período de tensión y conflicto. lo que incide en sus embarazos, además sus posibilidades de decidir sobre su futuro y el modo de transitarlo, estarán aún más reducidas.

Ser madre cuando se es adolescente implica alterar el las pautas que la sociedad ha definido. Primero se debe ser esposa, luego madre, pues, la maternidad es valorada en tanto función de reproducción social que se da en el marco de la familia, ligada al espacio de la pareja.

En el caso de la adolescente soltera embarazada por ejemplo, se ve enfrentada a una experiencia límite el embarazo que, por un lado le significa cambios fundamentales en su condición y por otro, la expone al juicio y prejuicio manifiesto de la sociedad. Dicha experiencia de vida es asumida con mucha soledad conflicto y dolor, al estar adscrita

un medio que rechaza las conductas que van en contra de las normas socialmente aceptadas.

El conjunto de las razones mencionadas confirma que para que las mujeres embarazadas primigestas presenten una autovaloración positiva se requiere, que se den circunstancias individuales, de la pareja, de la familia y del entorno social de la primigesta.

Autovaloración en relación a las Expectativas de maternidad

La maternidad en tanto experiencia psicológica condensa y sintetiza vivencias, recuerdos, temores pasados, así como deseos Y expectativas. Esta afirmación teórica expresa la forma cotidiana de ser mamá, la relación con los hijos, el valor que le dá a su propia maternidad la relación con su pareja, etc.

Con el embarazo el cuerpo va cambiando y ese cambio provoca emociones y sentimientos. El embarazo significa un cambio importante en la vida de la mujer, pudiendo significar su completa realización como persona o su frustración. Que va en detrimento o fortalecimiento de su autovaloración dependiendo que esa gestación sea esperada o rechazada.

Las mujeres con autovaloración baja no deseaban estar embarazadas mayormente. Las que tienen autovaloración media también indican lo mismo en un porcentaje un poco menor. En cambio las con autovaloración alta en su mayoría deseaban estar embarazadas.

El deseo de tener un hijo está profundamente arraigado en toda mujer ; la maternidad significa la culminación de la feminidad, de su facultad de procrear y ocupa un lugar muy importante en la estructura cognitiva de la psicología femenina.

Muchas de las primigestas expresaron que su embarazo las hace sentir realizadas como mujeres o que desde que supieron de su embarazo piensan que valen más como personas (especialmente las con autovaloración alta y media) lo que indica que la maternidad sigue considerándose fundamental para la realización de la mujer.

El deseo de tener un hijo está profundamente arraigado en toda mujer ; la maternidad significa la culminación de la feminidad, de su facultad de procrear y ocupa un lugar muy importante en la estructura

de la psicología femenina.

Para señalar si el embarazo es deseado o no, se debe tomar en cuenta el marco social en que ocurre: existencia de un marido o compañero responsable, aceptación y apoyo familiar y legitimación de las relaciones y del embarazo.

El problema lo constituye, sin duda, el embarazo no deseado en la adolescente soltera, que presenta perfiles **cognitivos** propios, como caso especial de embarazo no planeado (y en la actualidad, como el más frecuente). Presentando en la mayoría de estos casos autovaloración baja.

Estudios demuestran que el embarazo no deseado, aumentan la situación de estrés de la mujer, con ansiedad, síntomas físicos durante la gestación y mala adaptación al papel materno.

El embarazo deseado, favorecerá un parto más distendido y fácil. Por el contrario, un embarazo que no ha sido **bién** aceptado, será más propenso a desembocar en un parto difícil, algunas veces hasta prematuro, y acentuar después la depresión posparto.

Autovaloración en relación a los Sentimientos al saber que estaban embarazadas

A mayor autovaloración las primigestas presentaron sentimientos de felicidad y de aceptación al saber de su embarazo, en cambio a menor autovaloración presentaron mayormente sentimientos de tristeza, miedo y de rechazo a su embarazo.

Las primigestas con autovaloración baja consideran su vida actual de mujeres embarazadas como triste y muy triste, las primigestas con Autovaloración media consideran su vida actual de mujeres embarazadas como ni feliz ni **triste(ambivalencia)** en su mayoría y en menores porcentajes como feliz y triste. Las primigestas con Autovaloración alta, en cambio, consideran su vida actual de mujer embarazada como feliz y como buena.

Autovaloración en relación a las expectativas de estudio y trabajo

Con sus planes actuales se vé que el embarazo produce una fuerte ruptura entre sus aspiraciones y la realidad que están viviendo y

avisoran a futuro. Esta distancia notable entre sus expectativas y la realidad crea sentimientos de tristeza, amargura y frustración en ellas.

Algunas de las que se encontraban estudiando al momento de ocurrir el embarazo, desertaron del sistema escolar como consecuencia de éste. Las razones para ello muestran que el embarazo es motivo de vergüenza, situación que es mejor ocultar, además que no cuentan con apoyo para seguir estudiando, tanto por parte de profesores, compañeros como de la misma pareja y además que cuentan con problemas económicos.

Pueden darse deserciones escolares al momento de ocurrir el embarazo

Autovaloración en relación a las expectativas de autonomía

De acuerdo a los resultados de la investigación se deduce que las que presentan mayor autovaloración no se ven impedidas de realizar algunas de sus actividades en su embarazo. En cambio las con autovaloración menor si se ven impedidas de realizar sus actividades durante su embarazo.

Algunas de las actividades que indican que les impide realizar su embarazo son: Estudiar, agacharse mucho, realizar trabajos fuertes, viajar, salir con sus amigas, ir a bailar, estudiar y trabajar, ver a sus familiares y lavar ropa.

De los datos anteriores se deduce que en las mujeres con autovaloración alta el embarazo no fue factor determinante para frustrar sus planes. Las con Autovaloración media casi en igual proporción indican que su embarazo deshizo alguno de sus planes y también que no deshizo sus planes. En cambio, casi el 100% de las mujeres con Autovaloración alta indican que su embarazo no deshizo ninguno de sus planes y solo el 5.3% que su embarazo deshizo alguno de sus planes. Estas, (incluidas las con autovaloración media) indican que no se arrepienten, que están conformes con su embarazo, que después continuarán con sus planes, que siguen con sus planes y también que no tenían ningún plan o que su plan era embarazarse. En las con autovaloración baja ocurre lo contrario. Algunos de los planes que indican que deshizo su embarazo son los siguientes: Estudiar, ser

profesional, viajar y trabajar.

En conclusión, *la autovaloración de las primigestas está determinada muy significativamente por si su embarazo deshizo (frustró) o nó alguno de sus planes y también se halla correlacionada con el deseo de embarazo.*

El autoconcepto evoluciona mediante una autoevaluación constante en distintas situaciones (Shavelson y Bolus, 1982). Así, las primigestas comparan su conducta actual con sus conductas anteriores (con lo que ellas deseaban ser o sus padres esperaban de ellas). Comparan con el desempeño de sus (pares) compañeras, vecinas, conocidas, para construir una autovaloración positiva o negativa.

Es por ello que se nota que las primigestas que ven frustradas sus expectativas de trabajo, estudios y su autonomía presentan en su mayoría una autovaloración baja. Lo que sentimos con respecto a nosotros mismos en este mundo depende enteramente de lo que deseamos ser y hacer depende de nuestra autoestima.

La autoestima determina la autonomía personal; Los individuos son autónomos, son autosuficientes, seguros de sí mismos, capaces de tomar decisiones, capaces de aceptarse a sí mismos, se sienten a gusto consigo mismo, encuentran su propia identidad en la crisis de independencia

La experiencia del embarazo es, significativamente importante en la vida de toda mujer, de manera tal que toda su vida futura quedará notablemente transformada por este proceso.

En las embarazadas adolescentes es frecuente que tengan que abandonar, tras el nacimiento de su hijo, estudios, aficiones o formas de vida tal vez sólo iniciadas. Las renunciaciones que impone la maternidad y las decisiones que habrá que tomar precipitadamente, a consecuencia de su estado, convierten esta experiencia importante en la vida de toda mujer en una fuente de conflictos, frustraciones y estrés.

En esta investigación se pudo determinar que no solo las adolescentes embarazadas ven frustradas sus expectativas de autonomía (Impedimento de algunos planes) sino también se percibe esto en aquellas

que ya han sobrepasado esta etapa del desarrollo, dependiendo primordialmente del deseo de su embarazo.

Autovaloración en relación a la situación económica

La situación social de la familia ejerce influencia considerable sobre el desarrollo del embarazo. Los factores económicos y culturales en el medio que va a recibir al bebé pueden llegar a ser determinantes, puesto que, condicionan tanto las circunstancias materiales del entorno como los mismos deseos y expectativas de los padres, representa un esfuerzo económico suplementario.

Pero de acuerdo a los datos obtenidos en la presente investigación, se observa que las primigestas que presentan mayor autovaloración, consideran su situación económica como buena (tengan ingresos bajos medianos o altos) y las que presentan menor autovaloración consideran su situación económica regular. (Ver Cap.IV)

Se sabe que las condiciones de vida, singularmente las características de la vivienda, tienen notable capacidad estresante. El hacinamiento, la insuficiencia de instalaciones, la falta de intimidad, son fuentes de irritaciones menores, pero continuas, para referirse solamente a los aspectos psicológicos de la mujer embarazada. Pero se observa que la tenencia de la vivienda (alquilada, prestada, en anticrético o propia) no se relacionan directamente con la autovaloración de las primigestas de la presente investigación.

Se observa además, que a menor autovaloración las primigestas consideran que su situación económica afecta su embarazo, sucediendo lo contrario con las de autovaloración alta. Aunque estas dos variables autovaloración y situación económica de las primigestas no se hallan correlacionadas significativamente. Pero al parecer los ingresos económicos no determinan la autovaloración de las embarazadas primigestas de la presente investigación.

5.3. RESUMEN DE LAS CONCLUSIONES

Las mujeres embarazadas primigestas que presentan mayor autovaloración, presentan una imagen y un concepto positivo sobre sí mismas.

Perciben sus cambios corporales como positivos considerándose atractivas simpáticas. además éstas reciben apreciaciones positivas sobre su apariencia (por parte de sus parejas). Presentan cambios emocionales positivos, se sienten felices , sienten que su embarazo hace tener sentido a su vida y se sienten realizadas como mujeres (presentan autovaloración entre alta y media).

Tienen un concepto positivo sobre sí mismas, indican que su embarazo es lo mejor que les pasó, que con su embarazo valen más como personas, se consideran mujeres con muchas virtudes; se sienten más valoradas y con más cuidados por parte de sus esposos; cuentan en mayor grado con el apoyo de sus padres y familiares razón por la cual no se sienten con un concepto disminuido; mencionan en mayor grado que la gente les quiere, que sus vecinos se preocupan por ellas y también indican que no les interesa lo que la gente piense de su embarazo.

Las mujeres embarazadas primigestas que presentan menor autovaloración (autovaloración baja), presentan una imagen y un concepto negativo sobre sí mismas.

Perciben sus cambios corporales como negativos, no les agradan los cambios que se dan en su cuerpo, tienen miedo y preocupación de quedar deformes después de su embarazo, y ven negativamente los acontecimientos que les suceden. Estas también presentan cambios emocionales negativos, se sienten desvalidas por no tener un apoyo en su embarazo, se sienten en mayores proporciones temerosas ansiosas, tristes, intranquilas, desearían no tener que ocultar y hacer frente a su realidad y en mínima proporción indican que con su embarazo se sienten realizadas como mujeres.

Tienen un concepto negativo sobre sí mismas, se consideran: miedosas y tímidas, indican que desde que supieron de su embarazo no valen como personas en una proporción considerable; la mayoría de ellas no hablan con sus parejas y más de la mitad de ellas indican que sus parejas les tratan mal; tienen un concepto disminuido sobre sí mismas, pues, mayormente indican que no sirven para nada porque defraudaron a sus padres, que sus padres les dicen que no son buenas hijas y que sus familiares no les comprenden; además, presentan los indicadores más altos en lo referente a: que algunas personas les lastiman al juzgarlas mal y que se sienten humilladas por lo que la gente habla

En conclusión, a mayor autovaloración, las mujeres embarazadas primigestas presentan una imagen y un concepto positivo sobre sí mismas, son valoradas por sus parejas, padres, familiares y otras personas con las que interactúan (vecinos, conocidos) . En cambio cuando presentan menor autovaloración sucede lo contrario.

CORRELACION DE VARIABLES

Una vez determinada la autovaloración de las primigestas y categorizada (en baja, media y alta); se procedió a correlacionarla con las otras variables de la investigación, se aplicó la prueba estadística de asociación Chi Cuadrado. Tomándose como valores significativos estadísticamente las significancias iguales o menores a **0,05** y considerándose como valores de mayor significación estadística aquellos que más se aproximan al 0,00 (Programa **SPSSr**).

Los datos que se obtuvieron fueron los siguientes:

Los meses de embarazo, el nivel de instrucción, las expectativas de estudio-trabajo y la situación económica de las primigestas no están relacionadas con su autovaloración. (Ver anexo 1 y 2)

Por lo tanto, *la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas, no está determinada por los meses de embarazo, por su nivel de instrucción, por sus expectativas de estudio-trabajo ni tampoco por su situación económica.*

La edad, el estado civil, las expectativas de maternidad, las expectativas de autonomía, y las relaciones familiares (pareja, padres, familiares) de las primigestas están relacionadas. Obteniendo un nivel significativo, muy significativo, altamente significativo y también el máximo nivel de significancia.

Por lo tanto, la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas, está determinada por su edad, su estado civil, sus expectativas (de maternidad, y de autonomía) y sus relaciones familiares (pareja, padres, familiares).

Las variables que más vinculadas están con la autovaloración de las primigestas son:

1. Las relaciones con su pareja, esta correlación obtuvo el **máximo nivel de significación** (Significancia de **.00000**).

2. Las reacciones que tuvieron sus parejas al saber de su embarazo. Esta correlación es **altamente significativa** (Significancia de **.00001**). (Ver anexo 1 y 2)

3. El trato que les brindan sus parejas. Esta correlación obtuvo un valor **muy significativo** (Significancia de **.00073**).

4. Si su embarazo deshizo (frustró) o nó alguno de sus planes. Esta correlación obtuvo un valor **muy significativo** (Significancia de **.00015**). (Ver anexo 1 y 2)

Por otro lado se observa que *los sentimientos de la embarazada al saber de su embarazo están determinados por sí su embarazo deshizo o no alguno de sus planes*. Estas variables se hallan correlacionadas muy significativamente (Significancia **.00023**). (Ver Cap.IV y anexo tabla de correlaciones)

5. El *cómo consideran su vida de mujeres embarazadas*. Estas variables obtuvieron un nivel **muy significativo** en su correlación (Significancia de **.00077**).

6. El deseo de estar embarazadas. Estas dos variables están correlacionadas obtuvieron un nivel **muy significativo** (Significancia de **.00086**). (Ver anexo 1 y 2)

El deseo de estar embarazadas está a su vez relacionada muy significativamente con el hecho de si su embarazo deshizo o nó alguno de sus planes (Significancia de **.00031**).

En conclusión, la autovaloración de las mujeres primigestas está estrechamente vinculada 1) con las relaciones que tiene con su pareja, 2) con las reacciones que tuvieron sus parejas al saber de su embarazo, 3) con el trato que les brindan sus parejas, 4) por sí su embarazo

deshizo (frustró) o nó alguno de sus planes, 5) cómo consideran su vida de mujeres embarazadas y 6) con su deseo de estar embarazadas.

Finalmente, como limitación propia de toda investigación cualitativa los resultados del estudio no se pueden generalizar al resto de la población. Sin embargo es importante destacar el valor que tienen los estudios cualitativos para abordar temas tan complejos e importantes como la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas.

RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta los resultados y las conclusiones de esta investigación se plantean las siguientes recomendaciones:

- Plantear un programa de apoyo y fortalecimiento de la autovaloración de las primigestas que irá dirigido, no solo al bienestar psíquico de la embarazada sino que también irá dirigido a la vida de ese ser que se halla en proceso de formación, puesto que varias investigaciones demuestran que el niño no nacido ya percibe la voz de la madre, las emociones de la madre hacia su hijo, ante lo cuál, también creemos que la autovaloración de ella repercutirá en el desarrollo de ese ser que se halla en formación.

- Tomando en cuenta los resultados de esta investigación realizar un estudio comparativo con una población de mujeres embarazadas primigestas pertenecientes a una clase social alta para determinar las diferencias que pueden presentarse en los resultados respecto a la autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas en relación a sus cambios corporales y otras variables.

- Profundizar la investigación tomando en cuenta el sistema de retroalimentación de las diferentes esferas de interacción de las mujeres embarazadas primigestas y su autovaloración.

- Otros investigadores(as) pueden proyectar esta investigación a responder más a una problemática de tipo social que personal.

- Informar a los familiares de la mujer embarazada lo importante que es que cuente con su apoyo, aprecio y valoración (durante todo el proceso del embarazo) para que ella, fortalezca su autovaloración que irá en beneficio de esta y de el futuro bebé.

- Los programas de atención a las embarazadas adolescentes (que generalmente son primigestas) deben tomar en cuenta lo importante que es para ella el apoyo, la relación con su pareja y familiares para que ésta presente una autovaloración positiva para poder brindarles la ayuda que requieren tanto durante el embarazo como en su maternidad.

- Proponer programas, seminarios y conferencias en las diferentes instituciones encargadas de velar por el bienestar de las mujeres embarazadas con temáticas relacionadas a la autovaloración de las mujeres embarazadas

- Informar a la sociedad, a los familiares de las primigestas, lo importante que es que ésta cuente durante ese proceso de la gestación con su apoyo. Pero especialmente con el apoyo de su pareja, en la presente investigación se determinó lo importante de ello, puesto que, a mejores relaciones con su pareja, a mejores tratos; la primigesta presenta una autovaloración alta percibiendo sus cambios corporales y emocionales como positivos. En cambio ante la presencia de relaciones conflictivas, de indiferencia, y malos tratos de la pareja la embarazada presenta autovaloración baja, lo que le hace percibir sus cambios corporales y emocionales como negativos lo cual repercute en su buen desempeño a nivel personal y social.

- Informar a los futuros padres mediante charlas educativas (sobre la problemática de la autovaloración de las embarazadas) para que éste tome conciencia, en su calidad de componente del grupo familiar, del rol activo que deben jugar en la protección, en el bienestar emocional de su pareja embarazada. Para que a su vez ésta fortalezca su autovaloración, que irá en beneficio de ella y de su hijo que se halla en formación.

- Informar a las futuras madres mediante una educación sexual y planificación familiar de lo importante que es que ésta tome conciencia sobre su rol de futura madre y del hecho de que su autovaloración es importante para su realización como persona y que ésta depende

principalmente de su deseo de su embarazo ligado a sus deseos de culminar un proyecto de vida y de sus relaciones familiares y sociales.

- Para poder mejorar las condiciones de salud integral de las mujeres embarazadas, es primordial desarrollar una educación integral y programada a través de un equipo multidisciplinario para hacer conocer a las mujeres los medios de prevenir el desarrollo de un organismo sano tanto psíquico-emocional, biológico y socialmente, en las diferentes etapas de su vida desde la niñez y adolescencia hasta la edad adulta, en todas las cuales se la considera como madre en potencia.

- La problemática del embarazo debe tratarse en forma interdisciplinaria por obstetras, psicólogos, sociólogos y enfermeras, denotando el carácter altamente psicosomático, multifactorial, del embarazo y de la maternidad y no restringiéndola a tan solo la atención médica.

- En base a los resultados obtenidos en la presente investigación, realizar programas sobre autovaloración enfocando la importancia de ésta durante el proceso de embarazo, dirigido a los futuros padres y futuras madres (Preadolescentes, adolescentes y jóvenes) en colegios, universidades y diferentes centros de salud.

- Se recomienda a posteriores investigadores(as) en base a este trabajo seguir investigando esta problemática tomando en cuenta aspectos como:

1. Autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas en relación a alteraciones afectivas y alteraciones cognitivas.

2. Autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas en relación a los **transtornos** de ansiedad.

3. Autovaloración de las mujeres embarazadas primigestas y el desempeño de sus hijos ya nacidos en sus interacciones sociales en su desempeño social, intelectual, familiar.

BIBLIOGRAFIA

- ALCANTARA, J.A. (1993) Como educar la autoestima. Barcelona-España: Editorial Ceac, S.A.
- ALIANZA DE MEDICAS EN BOLIVIA. (1985). Primer Seminario Taller sobre Protección a la Mujer Embarazada en Funciones Laborales. La Paz-Bolivia: Alianza de Médicas en Bolivia.
- ALLPORT, G. (1977). La Personalidad. Barcelona-España: Editorial Herder.
- ANSALDO Y SCHELOTTO (1979). En **V. Salvatierra(1989)**. Psicobiología del embarazo y sus transtornos. Barcelona España: Ediciones Martínez Roca.
- AUSUBEL. (1983). El desarrollo infantil. España: Editorial Paidós Ibérica, S.A.
- BIBLIOTECA PRÁCTICA PARA PADRES Y EDUCADORES. (1996). Pedagogía y Psicología Infantil. Madrid-España: Ed. Cultural, S.A. Edición 1996.
- BRANDEN, N. (1995). El poder de la autoestima. Argentina: Editorial Paidós.
- BUDD**, (1987). En V. Salvatierra(1989). Psicobiología del embarazo y sus transtornos. Barcelona España: Ediciones Martínez Roca.
- BRUHN y PHILIPS (1984). En V. Salvatierra(1989). Psicobiología del embarazo y sus transtornos. Barcelona España: Ediciones Martínez Roca.
- COMISION FEMENINA ASESORA DE LA PRESIDENCIA DE LA REP. DE VENEZUELA. (1991). Ponencias presentadas en el tema; La mujer y calidad de vida; Perfil de salud. Caracas: s.e., 1991. 190p.; Congreso Venezolano de la Mujer "Mujer y Poder: Mujer calidad de vida", 2, Caracas, 5 - 9 Marzo 1991.
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACION (CONAPO) (1991) Mujer: Embarazo alimentación y salud. La Paz: CONAPO.
- CONSEJO NACIONAL DE LA **MUJER**.(1992). Embarazo y maternidad adolescente. Buenos Aires-Argentina: Consejo Nacional de la Mujer.
- CHALMERS (1984). En V. **Salvatierra(1989)**. Psicobiología del embarazo y sus transtornos. Barcelona España: Ediciones Martínez Roca.
- CLEMES, H. y BEAN, R. (1995). Cómo desarrollar la autoestima en los niños. Madrid-España: Editorial Debate S.A. Cuarta edición en español.
- CRAIG, G.J. y WOOLFOLK A.E. (1990). Manual de Psicología y Desarrollo Educativo. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A., Englewood Cliffs, **1ra** ed. en español, tomos I, II y IV.
- O.P.S. CHELALA, C.A.(1991)**. Salud materna: un perenne desafío. Washington: **O.P.S.**
- DEUTSCH, H. (1968). Psicología de la mujer. Buenos Aires-Argentina: De. Losada, S.A. Cuarta edición, tomo I.

- ELLIS,A. (1981). Manual de terapia racional emotiva. Bilbao-España: desclée de Brouwer.
- GILLIGAN,C. (1985). La moral y la teoría, *Psicología del desarrollo femenino*. México: Fondo de Cultura Económica, primera edición en español.
- GONDONNEAU,J.; **GARNIER,G.(1975)**. La sexualidad de la mujer embarazada. Barcelona-España: ATE.
- GONZALEZ,F. **(1989)**.**Psicología** principios y categorías. La Habana-Cuba: Editorial de Ciencias Sociales.
- GONZALEZ,F. (1990). Motivación moral en adolescentes y jóvenes. La Habana-Cuba: Editorial Científico-Técnica.
- HERNANDEZ SAMPIERI,R.,FERNANDEZ,C.,y BAPTISTA L.,P.(1996). Metodología de la Investigación. México: Editorial McGRAW-HILL.
- HONORABLE CAMARA DE DIPUTADOS. (1992). Comisión de la Mujer, Seminario Taller, "Mujer y Trabajo". La Paz, octubre.
- FLACSO. Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales de España y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. (1993). Mujeres Latinoamericanas en Cifras Santiago: Instituto de la mujer, **FLACSO**.
- INE. (1994). Encuesta nacional de demografía y salud. La Paz-Bolivia: INE.
- ISIS INTERNACIONAL. (1991). Memoria de reunión de trabajo: Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del caribe. Santiago: **Isis** Internacional.
- KITZINGER, S.(1988). Embarazo y nacimiento. México: Nueva Editorial Interamericana, S.A. Primera edición en español.
- LAZARUS,R., FOLKMAN,S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona-España: Martinez Roca.
- LEWIS,D. (1987). Cómo potenciar el talento de su hijo. Barcelona-España: Ediciones Martinez Roca, S.A.
- NEWTON (1967). En **V.Salvatierra(1989)**. Psicobiología del embarazo y sus transtomos. Barcelona España:Edicines Martinez Roca.
- MAREA ALTA. La maternidad cuestionada: Embarazo Adolescente. Marea Alta, n.6, junio 1992, pág. 5-7.
- McKAY,M. y FANNING,P. (1981). Autoestima evaluación y mejora. Barcelona-España: Martínez Roca.
- McCONNELL y DASTON (1961). En V.Salvatierra (1989). Psicobiología del embarazo y sus transtomos. Barcelona España: Edicines Martinez Roca.
- MAURUS,J. (1995). Cultive su autoimagen. Colombia: Editorial San Pablo.
- MOLINSKI (1986). En V.Salvatierra(1989). Psicobiología del embarazo y sus transtomos. Barcelona España: Ediciones Martinez Roca.

- MORALES,J.F.; MOYA,M. y otros. (1994). Psicología Social. España: McGraw-Hill, **1ra** ed. en español.
- PAPALIA,D. (1990). Desarrollo humano. México: McGRAW-HILL-Interamericana, S.A.
- PEREDO,E.;VOLGGER,R.,y DIBBITS.I. (1994). Trenzando ilusiones. La Paz-Bolivia: TAHIPAMU.
- RAPPOPORT. (1996). La personalidad desde los 6 a los 12 años Barcelona-España: Ed. Paidos.
- READ,D. (1973). La aproximación original al parto natural. México: Ed. Paidos.
- UNICEF. Situación de la mujer en Bolivia. (1976-1994). La Paz-Bolivia: UNICEF
- SANCHEZ,R. (1992). Aprendizaje asertivo. La Paz-Bolivia: Edvil.
- SANTIESTEBAN,F. (1985) Mujer víctima de opresión y portadora de liberación: Instituto Bartolome de las Casas.
- SALVATIERRA,V.** (1989). Psicobiología del embarazo y sus transtornos. Barcelona España:Edicines Martinez Roca.
- SANDOVAL (1992). Comisión de la Mujer, Seminario Taller, "Mujer y Trabajo". La Paz, Octubre de 1992.
- TAMAYO Y TAMAYO,M. (1990). Diccionario de la investigación científica. México: Editorial Limusa.
- TAMAYO Y TAMAYO,M. (1991). El proceso de la investigación científica. México: Editorial Limusa.
- VECCHINI,I.; VERA,G. y otras. (1992). Atención a la mujer: humanización del embarazo. Juanita & Giovannino, v.3, n.1, Enero-marzo, pág. 33-39.
- VEGA DE, M. (1990). Introducción a la psicología **cognitiva**. Madrid-España: Editorial Alianza,S.A.
- VILLEGAS M.,J. y MORA T.,M. (1992). Embarazo indeseado y aborto. Bogotá-Colombia: OMS.

ANEXO

Tabla

CORRELACION DE VARIABLES

Variables	Significancia	Nivel de significancia
Autovaloración y Meses de embarazo	.92987	No significativa
Autovaloración y Edad		
1. Autovaloración y y Edad	.01653	Significativa
2. Autovaloración y y Edad considerada adecuada para embarazarse	.01893	Significativa
3. Autovaloración y Consideracion de la edad	.00331	Significativa
Autovaloración y Nivel de instruccion	.11457	No significativa
Autovaloración y Estado civil		
1. Autovaloración y Estado civil	.00130	Significativa
2. Autovaloración y pensamientos sobre si es mejor estar casada para embarazarse	.74269	No significativa
Autovaloración y Expectativas de maternidad		
1. Autovaloración y deseo de embarazo	.00086	Muy significativa
2. Autovaloración y deseo de ser madre	.07619	No significativa
3. Autovaloración y Sentimientos al saber de su embarazo	.00119	Significativa
4. Autovaloración y consideración de su vida de mujer embarazada	.00077	Muy significativa
Autovaloración y Expectativas de estudio - trabajo		
1. Autovaloración y actividades realizadas antes de embarazarse	.92077	No significativa
2. Autovaloración y actividades realizadas durante su embarazo	.31803	No significativa
3. Autovaloración y Deseos de seguir estudiando y trabajando	.51023	No significativa
Autovaloración y Expectativas de autonomía		
1. Autovaloración e impedimento de realizar algunas actividades por el e.	.13823	No significativa
2. Autovaloración y frustración de planes por el embarazo.	.00015	Muy significativa
Autovaloración y Situacion económica		
1. Autovaloración y Tenencia de la vivienda	.28927	No significativa
2. Autovaloración e ingresos economicos	.24150	No significativa
3. Autovaloración y consideración de su situación económica	.06175	No significativa
4. Autovaloración y opinión de si su situación económica afecta a su embarazo	.14108	No significativa

Autovaloración y Relaciones familiares		
- Relaciones con su pareja		
1. Autovaloración y reacciones de su pareja ante su embarazo	.00001	Altamente significativa Máximo nivel de <u>significancia</u> Muy significativa
2. Autovaloración y relaciones con su pareja.	.00000	
3. Autovaloración y trato que le brinda su pareja	.00073	
- Autovaloración y Relaciones con sus padres		
1. Autovaloración y Reacción de sus padres ante su embarazo	.00511	Significativa
2. Autovaloración y relaciones actuales con sus padres	.19913	No significativa
- Relaciones con sus familiares		
Autovaloración y apoyo de sus familiares	.04934	Significativa
OTRAS CORRELACIONES DE LA INVESTIGACIÓN		
Estado civil y pensamientos sobre si es mejor estar casada para embarazarse	.04799	Significativa
Actividades durante el embarazo y deseos de ser madre	.00482	Significativa
Frustración de planes por el embarazo y deseos de embarazo	.00031	Muy significativa Significativa
Frustración de planes por el embarazo y deseos de ser madre	.01063	
Frustración de planes por el embarazo y deseos de embarazo y sentimientos al saber de su embarazo	.00023	Muy significativa
Consideración de su situación económica y deseos de embarazo	.02967	Significativa

ANEXO 2

CORRELACION DE VARIABLES

MESES DE EMBARAZO Y AUTOVALORACION		P36 Page 1 of 1			
Col Pct	BAJA	MEDIA	ALTA	Row Total	
	1	2	3		
RP2					
1.00 DE 1 A 3 MESES	14.3	20.8	21.1	10 20.0	
2.00 DE 4 A 6 MESES	14.3	20.8	31.6	12 24.0	
3.00 7 Y 8 MESES	28.6	29.2	26.3	14 28.0	
4.00 9 MESES	42.9	29.2	21.1	14 28.0	
Column Total	7 14.0	24 48.0	19 38.0	50 100.0	
Chi-Cuadrado	Valor			DF	Significancia
Pearson	1.88615			6	.9298 ⁷
Likelihood Ratio	1.86233			6	.93191
Mantel-Haenszel test for linear association	1.14879			1	.28380

EDAD Y AUTOVALORACION		P36 Page 1 of 1			
Col Pct	BAJA	MEDIA	ALTA	Row Total	
	1	2	3		
RP3					
13-16	28.6	8.3		4 8.0	
17-20	28.6	54.2	42.1	23 46.0	
21-25		33.3	42.1	16 32.0	
26-30	42.9		15.8	6 12.0	
31-35		4.2		1 2.0	
Column Total	7 14.0	24 48.0	19 38.0	50 100.0	
Chi-Cuadrado	Valor			DF	Significancia
Pearson	18.70369			8	.01653
Likelihood Ratio	21.98025			8	.00495
Mantel-Haenszel test for linear association	.68350			1	.40839

EDAD CONSIDERADA ADECUADA PARA EMBARAZARSE Y AUTOVALORACION		P36 Page 1 of 1			
Col Pct	BAJA	MEDIA	ALTA	Row Total	
	1	2	3		
RP4					
17-20		16.7	36.8	11 22.0	
21-25	57.1	79.2	52.6	33 66.0	
26-30	42.9	4.2	10.5	6 12.0	
Column Total	7 14.0	24 48.0	19 38.0	50 100.0	
Chi-Cuadrado	Valor			DF	Significando
Pearson	11.79678			4	.01893
Likelihood Ratio	11.22808			4	.02412
Mantel-Haenszel test for linear association	5.93939			1	.01481

CONSIDERACION DE LA EDAD Y AUTOVALORACION

		P36			Page 1 of 1
Col	Pct	BAJA	MEDIA	ALTA	Row Total
			2	3	
P5					
	1	42.9	58.3	31.6	23
JOVEN					46.0
	2	42.9	8.3		5
MAYOR					10.0
	3	14.3	33.3	68.4	22
EDAD ADECUADA					44.0
	Column	7	24	19	50
	Total	14.0	48.0	38.0	100.0
	Chi-Cuadrado	Valor			DF
	Pearson	15.79205			4
	Likelihood Ratio	14.50172			4
	Mantel-Haenszel test for linear association	4.02284			1

Significancia

NIVEL DE INSTRUCCION Y AUTOVALORACION

		P36			Page 1 of 1
Col	Pct	BAJA	MEDIA	ALTA	Row Total
			1	2	3
P6					
	1	14.3	25.0	15.8	10
BASICO					20.0
	2	42.9	20.8		8
INTERMEDIO					16.0
	3	28.6	45.8	57.9	24
MEDIO					48.0
	4	14.3	8.3	26.3	8
SUPERIOR					16.0
	Column	7	24	19	50
	Total	14.0	48.0	38.0	100.0
	Chi-Cuadrado	Valor			DF
	Pearson	10.24854			6
	Likelihood Ratio	12.30967			6
	Mantel-Haenszel test for linear association	2.68631			1

Significancia

ESTADO CIVIL Y AUTOVALORACION

		P36			Page 1 of 1
Col	Pct	BAJA	MEDIA	ALTA	Row Total
			1	2	3
P7					
	1	14.3	12.5	31.6	10
CASADA					20.0
	2		70.8	52.6	27
CONVIVIENTE					54.0
	3	85.7	16.7	10.5	12
SOLTERA					24.0
	4			5.3	2.0
VIUDA					
	Column	7	24	19	50
	Total	14.0	48.0	38.0	100.0
	Chi-Cuadrado	Valor			DF
	Pearson	21.82406			6
	Likelihood Ratio	21.69744			6
	Mantel-Haenszel test for linear association	5.22925			1

Significancia

Minimum Expected Frequency = .140
Cells with Expected Frequency < 5 = 9 OF 12 (75.01)

¿PIENSAS QUE ES MEJOR ESTAR CASADA PARA EMBARAZARSE? Y AUTOVALORACION

Page 1 of 1

Col Pct	P36			Roe Total
	BAJA	MEDIA	ALTA	
	1	2	3	
P8				
SI	1	85.7	87.5	42
				84.0
	2	14.3	12.5	8
NO			21.1	16.0
	Column	7	24	19
	Total	14.0	48.0	38.0
				50
				100.0

Chi-Cuadrado	Valor	DF	Significancia
Pearson	.59496	2	.74269
Likelihood Ratio	.58357	2	.74693
Mantel-Haenszel test for linear association	.36786	1	.54417

EXPECTATIVAS DE MATERNIDAD Y AUTOVALORACIÓN

¿ DESEABAS ESTAR EMBARAZADA ? Y AUTOVALORACION

Page 1 of 1

Col Pct	P36			Roe Total
	BAJA	MEDIA	ALTA	
	1	2	3	
P9				
SI	1	28.6	37.5	28
				56.0
	2	71.4	62.5	22
NO			10.5	44.0
	Column	7	24	19
	Total	14.0	48.0	38.0
				50
				100.0

Chi-Cuadrado	Valor	DF	Significancia
Pearson	14.11102	2	.00086
Likelihood Ratio	15.67533	2	.00039
Mantel-Haenszel test for linear association	11.79392	1	.00059

¿ DESEABAS SER MADRE? Y AUTOVALORACION

Page 1 of 1

Col Pct	P36			Roe Total
	BAJA	MEDIA	ALTA	
	1	2	3	
P10				
SI	1	57.1	79.2	41
				82.0
	2	42.9	20.8	9
NO			5.3	18.0
	Column	7	24	19
	Total	14.0	48.0	38.0
				50
				100.0

Chi-Cuadrado	Valor	DF	Significancia
Pearson	5.14914	2	.07619
Likelihood Ratio	5.17981	2	.07503
Mantel-Haenszel test for linear association	4.96980	1	.02579

Minimum Expected Frequency - 1.260
 Cells with Expected Frequency < 5 - 3 OF 6 (50.0%)

SENTIMIENTOS AL SABER DE SU EMBARAZO Y AUTOVALORACION

Col Pct	BAJA	MEDIA	ALTA	Roe Total
	1	2	3	
P11				
FELIZ 1	14.3	33.3	94.7	27 54.0
TRISTE 2	57.1	29.2		11 22.0
PREOCUPADA 3	28.6	8.3		4 8.0
CON MIEDO 4		16.7	5.3	5 10.0
DEPRIMIDA 6		4.2		1 2.0
RECHAZO SU EMBAR 8		8.3		4.0
Colom Total	14.0	24 48.0	19 38.0	50 100.0
Chi-Cuadrado		Valor		DF

Significancia

Pearson	29.12085	10	.00119
Likelihood Ratio	33.90375	10	.00019
Mantel-Haenszel test for linear association	4.79384		.02856

Col Pct	BAJA	MEDIA	ALTA	Row Total
	1	2	3	
P12				
TRISTE 2		8.3	5.3	3 6.0
PREOCUPADA 3	14.3	12.5	21.1	8 16.0
CON MIEDO 4	28.6	16.7	15.8	9 18.0
CON DUDAS 5		4.2		2.0
CONFIADA 7			5.3	2.0
RECHAZO SU EMBAR 8	42.9	16.7	5.3	6 16.0
Colom Total	14.0	24 48.0	19 38.0	50 100.0
Chi-Cuadrado		Valor		DF

Significancia

Pearson	10.34257	12	.58593
Likelihood Ratio	11.20416	12	.51151
Mantel-Haenszel test for linear association	1.65458	1	.19834

SENTIMIENTOS AL SABER DE SU EMBARAZO Y AUTOVALORACION

Col Pct	BAJA	MEDIA	ALTA	Roe Total
	2	3		
P13				
CON MIEDO 4		8.3		2 4.0
DEPRIMIDA 6	14.3			1 2.0
RECHAZO SU EMBAR 8	14.3	12.5	5.3	5 10.0
Column Total	7 14.0	24 48.0	19 38.0	50 100.0
Chi-Cuadrado		Valor		DF

Significancia

Pearson	9.47361	6	.14864
Likelihood Ratio	8.09378	6	.23131
Mantel-Haenszel test for linear association	2.70297	1	.10016

¿ COMO ES TU VIDA DE MUJER EMBARAZADA? Y AUTOVALORACION

P36 Page 1 of 1

Col Pct	BAJA MEDIA ALTA			Row Total
	1	2	3	
P14				
MUY FELIZ	1	8.3	15.8	5
FELIZ	2	20.8	52.6	15
TRISTE	3	28.6	20.8	5.3
BUENA	4	16.7	21.1	16.0
MUY TRISTE	5	28.6		2
MALA	6	14.3		4.0
NI FELIZ NI TRIS	7	28.6	33.3	5.3
				11
				22.0
Col umn	7	24	19	50
Total	14.0	48.0	38.0	100.0
Chi-Cuadrado	Valor			DF
Pearson	33.64663			12
Likelihood Ratio	31.49426			12
Mantel-Haenszel test for linear association	9.66648			1

Significancia

EXPECTATIVAS DE ESTUDIO - TRABAJO Y AUTOVALORACION
¿ QUE ACTIVIDAD REALIZABAS ANTES DE EMBARAZARTE ? Y AUTOVALORACION

P36 Page 1 of 1

Col Pct	BAJA MEDIA ALTA			Row Total
	2	3		
P15				
ESTUDIABA	1	28.6	29.2	31.6
TRABAJABA	2	42.9	45.8	31.6
EST. Y TRABAJA	3	28.6	20.8	26.3
LAB. DE CASA	4		4.2	10.5
Col umn		24	19	50
Total	14.0	48.0	38.0	100.0
Chi-Cuadrado	Valor			DF
Pearson	1.98830			6
Likelihood Ratio	2.32093			6
Mantel-Haenszel test for linear association	.28381			1

Significancia

¿ QUE ACTIVIDADES REALIZAS DURANTE TU EMBARAZO ? Y AUTOVALORACION

P36 Page 1 of 1

Col Pct	BAJA MEDIA ALTA			Row Total
	1	2	3	
P16				
ESTUDIO	1	14.3	16.7	15.8
TRABAJO	2	28.6	8.3	26.3
EST. Y TRABAJA	3			10.5
LAB. DE CASA	4	57.1	75.0	47.4
Column		24	19	50
Total	14.0	48.0	38.0	100.0
Chi-Cuadrado	Valor			DF
Pearson	7.03057			6
Likelihood Ratio	7.81135			6
Mantel-Haenszel test for	.35185			1

Significancia

DESEAS SEGUIR Y AUTOVALORACION

P36 Page 1 of 1

Col	Pct	BAJA MEDIA ALTA			Row Total
		1	2	3	
P17					
	1		4.2	10.5	3
ESTUDIANDO					6.0
	2	42.9	29.2	10.5	12
TRABAJANDO					24.0
	3	57.1	62.5	68.4	32
EST. Y TRABAJAN					64.0
	4	6.0	4.2	10.5	3
OTROS (Lab. Casa)					
Column	7	24	19		50
Total	14.0	48.0	38.0		100.0
Chi-Cuadrado		Valor		DF	Significancia
Pearson		5.26561		6	.51023
Likelihood Ratio		6.06881		6	.41553
Mantel-Haenszel test for linear association		.63676		1	.42489

EXPECTATIVAS DE LIBERTAD PERSONAL Y AUTOVALORACION

¿ TU EMBARAZO TE IMPIDE REALIZAR ALGUNAS ACTIVIDADES ? Y AUTOVALORACION

P36 Page 1 of 1

Col	Pct	BAJA MEDIA ALTA			Row Total
		2	3		
P18					
	1	71.4	54.2	31.6	24
SI					48.0
	2	28.6	45.8	68.4	26
NO					52.0
Column	7	24	19		50
Total	14.0	48.0	38.0		100.0
Chi-Cuadrado		Valor		DF	Significancia
Pearson		3.95766		2	.13823
Likelihood Ratio		4.05583		2	.13161
Mantel-Haenszel test for linear association		3.84776		1	.04981

¿ TU EMBARAZO DESHIZO ALGUNO DE TUS PLANES ? Y AUTOVALORACION

P36 Page 1 of 1

Col	Pct	BAJA MEDIA ALTA			Row Total
		1	2	3	
P19					
	1	85.7	54.2	5.3	20
SI					90.0
	2	14.3	45.8	94.7	30
NO					60.0
Column	7	24	19		50
Total	14.0	48.0	38.0		100.0
Chi-Cuadrado		Valor		DF	Significancia
Pearson		17.65481		2	.00015
Likelihood Ratio		20.62004		2	.00003
Mantel-Haenszel test for linear association		16.96208		1	.00004
Minimum Expected Frequency -	2.800				
Celia with Expected Frequency < 5 -	2 OF	6	(33.3%)		

SITUACION ECONOMICA Y AUTOVALORACION

TENENCIA DE LA VIVIENDA Y AUTOVALORACION

		P36			Page 1 of 1	
Col	Pct	BAJA	MEDIA	ALTA	Row	Total
			2	3		
P20	1	42.9	29.2	31.6	16	32.0
	PROPIA					
	2	57.1	33.3	31.6	18	36.0
	ALQUILADA					
	3			10.5	2	4.0
	ANTICRETICO					
	4		37.5	26.3	14	28.0
	PRESTADA					
	Column	7	24	19	50	
	Total	14.0	48.0	38.0	100.0	

Chi-Cuadrado	Valor	DF	Significancia
Pearson	7.35487	6	.28927
Likelihood Ratio	9.69695	6	.13801
Mantel-Haenszel test for linear association	.96199	1	.32669
Minimum Expected Frequency -	.280		
Cells with Expected Frequency < 5 -	6 OF	12 (50.04)	

INGRESOS ECONOMICOS Y AUTOVALORACION

		P36			Page 1 of 1	
Col	Pct	BAJA	MEDIA	ALTA	Row	Total
		1	2	3		
P21	1	14.3		5.3	2	4.0
	50-99					
	2	14.3	8.3	5.3	4	8.0
	100-199					
	3		12.5		3	6.0
	200-299					
	4	28.6	12.5	15.8	8	16.0
	300-399					
	5		25.0	42.1	14	28.0
	400-499					
	6		20.8	21.1	9	18.0
	500-599					
	7		4.2	5.3	2	4.0
	600 Y MAS					
	8	42.9	16.7	5.3	16.0	
	SIN INGRESOS					
	Coloran	7	24	19	50	
	Total	14.0	48.0	38.0	100.0	

Chi-Cuadrado	Valor	DF	Significando
Pearson	17.28127	14	.24150
Likelihood Ratio	21.27045	14	.09490
Mantel-Haenszel test for linear association	.03546	1	.85064
Minimum Expected Frequency -	.280		
Cells with Expected Frequency < 5 -	22 OF	24 (91.7%)	

COMO CONSIDERAS TU SITUACION ECONOMICA? Y AUTOVALORACION

P36 Page 1 of 1

Col Pct	P36			Row Total
	BAJA	MEDIA	ALTA	
	1	2	3	
P22				
BUENA	1	14.3	8.3	42.1
				11
				22.0
MALA	2	28.6	12.5	15.8
				8
				16.0
REGULAR	3	57.1	79.2	42.1
				31
				62.0
Column Total	7	24	19	50
Chi-Cuadrado	14.0	48.0	38.0	100.0
		Valor		DF
Pearson		8.97396		4
Likelihood Ratio		8.84202		4
Mantel-Haenszel test for linear association		3.79244		1
				Significancia

				.06175
				.06517
				.05148

¿ CREES QUE TU SITUACION ECONOMICA AFECTA TU EMBARAZO ? Y AUTOVALORACION

P36 Page 1 of 1

Col Pct	P36			Row Total
	BAJA	MEDIA	ALTA	
	1	2	3	
P23				
SI	1	85.7	59.2	42.1
				27
				54.0
NO	2	14.3	45.8	57.9
				23
				46.0
Colean Total	7	24	19	50
Chi-Cuadrado	14.0	48.0	38.0	100.0
		Valor		DF
Pearson		3.91685		2
Likelihood Ratio		4.28462		2
Mantel-Haenszel test for linear association		3.42486		1
				Significancia

				.14108
				.11738
				.06422

RELACIONES FAMILIARES Y AUTOVALORACION

RELACIONES CON SU PAREJA

¿ COMO REACCIONO TU PAREJA ANTE TU EMBARAZO ? Y AUTOVALORACION

P36 Page 1 of 1

Col Pct	P36			Row Total
	BAJA	MEDIA	ALTA	
	1	2	3	
P24				
FELIZ	1	14.3	70.8	78.9
				33
				66.0
PREOCUPADO	2		20.8	5.3
				6
				12.0
RENEGADO	4	14.3	4.2	
				2
				4.0
NERVIOSO	5			5.3
				1
				2.0
INDIFERENTE	6	71.9		
				5
				10.0
OTROS	8		4.2	10.5
				3
				6.0
Column Total	7	24	19	50
Chi-Cuadrado	14.0	48.0	38.0	100.0
		Valor		DF
Pearson		42.68531		10
Likelihood Ratio		34.32714		10
Mantel-Haenszel test for linear association		5.14029		
				Significancia

				.00001
				.00016
				.02338

Minimum Expected Frequency - .140
 Cells with Expected Frequency < 5 - 16 OF 18 (88.9%)

¿ COM REACCIONO TU PAREJA ANTE TU EMBARAZO ? Y AUTOVALORACION

P36 Page 1 of 1

Col Pct	BAJA	MEDIA	ALTA	Row Total
	1	2	3	
P25				
PREOCUPADO	2	8.3	5.3	3
INDIFERENTE	6	28.6		2
TRANQUILO	7	4.2		1
OTROS	8	42.9	5.3	4
Column Total	7	24	19	50
Chi-Cuadrado	19.0	48.0	38.0	100.0

	Valor	DF	Significancia
Pearson	29.44954	8	.00026
Likelihood Ratio	23.06796	8	.00328
Mantel-Haenszel test for linear association	7.44776	1	.00635

	BAJA	MEDIA	ALTA	Row Total
	1	2	3	
P26				
TRANQUILO	7	4.2		1
OTROS	8	14.3		2
Column Total	7	24	19	50
Chi-Cuadrado	14.0	48.0	38.0	100.0

	Valor	DF	Significando
Pearson	7.33507	4	.11921
Likelihood Ratio	5.51152	4	.23872
Mantel-Haenszel test for linear association	2.39996	1	.12134

Minimum Expected Frequency - .140
 Cells with Expected Frequency < 5 - 6 OF 9 (66.7%)

¿ COMO TE LLEVAS CON TU PAREJA ? Y AUTOVALORACION

P36 Page 1 of 1

Col Pct	BAJA	MEDIA	ALTA	Row Total
	1	2	3	
P27				
BIEN		83.3	84.2	36
REGULAR	3	9.2		2
CON ALGUNOS PROB		14.3	8.3	3
CON ALGUNAS PELE	6	4.2		2
NO HABLAN	8	85.7		6
OTROS	9		15.8	3
Column Total	7	24	19	50
Chi-Cuadrado	14.0	48.0	38.0	100.0

	Valor	DF	Significancia
Pearson	51.93887	10	.00000
Likelihood Ratio	46.24397	10	.00000
Mantel-Haenszel test for linear association	8.60639	1	.00335

Minimum Expected Frequency - .140
 Cells with Expected Frequency < 5 - 15 OF 18 (83.3%)

		P36			Page 1 of 1
Col Pct		BAJA	MEDIA	ALTA	Row Total
		1	2	3	
P28	4		4.2	10.5	3
	CON ALGUNOS PROB				6.0
	5		12.5	10.5	5
	SIN PROBL.				10.0
	6	14.3			1
	CON ALGUNAS PELE				2.0
	Column	7	24	19	50
	Total	14.0	48.0	38.0	100.0

Chi-Cuadrado	Valor	DF	Significancia
Pearson	8.23991	6	.22105
Likelihood Ratio	7.03409	6	.31771
Mantel-Haenszel test for linear association	.21475	1	.64307

Minimum Expected Frequency = .140
 Cells with Expected Frequency < 5 = 9 OF 12 (75.0%)

COMO TE TRATA TU PAREJA ? Y AUTOVALORACION

		P36			Page 1 of 1
Col Pct		BAJA	MEDIA	ALTA	Row Total
		1	2	3	
P29	1		50.0	57.9	23
	MAS CARINO				46.0
	2	14.3	12.5		4
	MENOS CARINO				8.0
	3	42.9			3
	INDIFERENTE				6.0
	4	14.3	29.2	26.3	13
	TE CUIDA				26.0
	6	28.6	8.3	15.8	7
	OTROS				19.0
	Column	7	24	19	50
	Total	14.0	48.0	38.0	100.0

Chi-Cuadrado	Valor	DF	Significando
Pearson	26.90797	8	.00073
Likelihood Ratio	24.72688	8	.00173
Mantel-Haenszel test for linear association	1.31097	1	.25222

		BAJA	MEDIA	ALTA	Row Total
		1	2	3	
P30	3	14.3			2.0
	INDIFERENTE				
	4		45.8	31.6	17
	TE CUIDA				34.0
	5		4.2		1
	NO TE CUIDA				2.0
	OTROS			5.3	1
	Column	7	24	19	50
	Total	14.0	48.0	38.0	100.0

Chi-Cuadrado	Valor	DF	Significancia
Pearson	13.46196	8	.09691
Likelihood Ratio	14.15464	8	.07782
Mantel-Haenszel test for linear association	.24371	1	.62154

Minimum Expected Frequency = .140
 Cells with Expected Frequency < 5 = 11 OF 15 (73.3%)

RELACIONES CON SUS PADRES Y AUTOVALORACION
REACCION DE SUS PADRES ANTE SU EMBARAZO Y AUTOVALORACION

P36 Page 1 of 1

Col Pct	BAJA	MEDIA	ALTA	Row Total
		2	3	
P31				
FELICES 1		16.7	15.8	7
				14.0
TRISTES 2	28.6	8.3	5.3	5
				10.0
ENOJADOS 3	42.9	20.8	15.8	11
				22.0
TE COMPRENDIERON 4		25.0	10.5	8
				16.0
TRANQUILOS 6		8.3	21.1	6
				12.0
TE RINERON 8	14.3	4.2	5.3	3
				6.0
NO LO SABEN 10	14.3	16.7	26.3	10
				20.0
Column Total	14.0	48.0	38.0	50
Chi-Cuadrado			Valor	DF

	Valor	DF	Significancia
Pearson	12.46112	12	.40939
Likelihood Ratio	13.84423	12	.31077
Mantel-Haenszel test for linear association	.96142	1	.32683

Col Pct	BAJA	MEDIA	ALTA	Row Total
	1	2	3	
P32				
ENOJADOS 3	14.3	4.2		4.6
				7
TE COMPRENDIERON 4	28.6	8.3	15.8	14.0
				2
PREOCUPADOS 5		4.2	5.3	4.0
				1
NO TE COMPRENDI 7	14.3			2.0
				5
TE RINERON 8	14.3	16.7		10.0
				50
Column Total	7	24	19	50
Chi-Cuadrado	14.0	48.0	38.0	100.0
			Valor	DF

	Valor	DF	Significancia
Pearson	15.83421	10	.10448
Likelihood Ratio	15.83663	10	.10441
Mantel-Haenszel test for linear association	4.79717	1	.02851

REACCION DE SUS PADRES ANTE SU EMBARAZO Y AUTOVALORACION

P36 Page 1 of 1

Col Pct	BAJA	MEDIA	ALTA	Row Total
	1	2	3	
P33				
PREOCUPADOS 5	14.3			2.0
				4
TE RINERON 8	28.6	4.2	5.3	8.0
				1
TE PEGARON	14.3			2.0
				50
Column Total	7	24	19	50
Chi-Cuadrado	14.0	48.0	38.0	100.0
			Valor	DF

	Valor	DF	Significancia
Pearson	18.49368	6	.00511
Likelihood Ratio	13.07563	6	.04185
Mantel-Haenszel test for linear association	7.95037	1	.00481

¿ COMO TE LLEVAS AHORA CON TUS PADRES ? Y AUTOVALORACION

P36 Page 1 of 1

Col	Pct	P36			Row Total
		BAJA	MEDIA	ALTA	
		1	2	3	
P34					
BIEN	1	28.6	70.8	78.9	34 68.0
MAL	2	14.3		5.3	2 4.0
REGULAR	3	42.9	16.7	10.5	9 18.0
OTROS	4	14.3	12.5	5.3	5 10.0
	Column Total	7 14.0	24 48.0	19 38.0	50 100.0
	Chi-Cuadrado		Valor		DF
	Pearson		8.57179		6
	Likelihood Ratio		8.70441		6
	Mantel-Haenszel test for linear association		3.91849		1
					Significancia
					.19913
					.19090
					.04776

RELACIONES CON SUS FAMILIARES ¿ TE APOYAN TUS FAMILIARES ? Y AUTOVALORACION

P36 Page 1 of 1

Col	Pct	P36			Row Total
		BAJA	MEDIA	ALTA	
		1	2	3	
P35					
SI		42.9	70.8	89.5	37 74.0
NO	2	57.1	29.2	10.5	13 26.0
	Column Total	7 14.0	24 48.0	19 38.0	50 100.0
	Chi-Cuadrado		Valor		DF
	Pearson		6.01823		2
	Likelihood Ratio		5.98355		2
	Mantel-Haenszel test for linear association		5.77528		1
					Significancia
					.04934
					.05020
					.01625

OTRAS CORRELACIONES DE LA INVESTIGACION

ESTADO CIVIL Y ¿PIENSAS QUE ES MEJOR ESTAR CASADA PARA EMBARAZARSE?

P8 Page 1 of 1

Count	Col	Pct	P8		Row Total
			SI	NO	
			1	2	
P7					
CASADA		10			10 20.0
CONVIVIENTE	2	23	4		27 54.0
SOLTERA	3	9	3		12 24.0
VIUDA	4		1	1	2 2.0
	Column Total	42 84.0	8 16.0		50 100.0
	Chi-Cuadrado		Value		DF
	Pearson		7.90620		3
	Likelihood Ratio		7.81885		3
	Mantel-Haenszel test for linear association		5.39765		1
	Minimum Expected Frequency -		.160		
	Cells with Expected Frequency	0 5 -	5 OF	8	(62.5%)
					Significancia
					.04799
					.04991
					.02016

ACTIVIDADES DURANTE EL EMBARAZO y ¿DESEABAS SER MADRE?

Page 1 of 1

	Count Col Pct	P10		Row Total
		SI	NO	
		1	2	
P16				
ESTUDIA	1	5 7.3	3 55.6	8 16.0
TRABAJA	2	8 19.5	10 11.1	18.0
EST. Y TRABAJA	3	2 4.9		2 4.0
LAB. DE CASA	4	28 68.3	3 33.3	31 62.0
Column Total		41 82.0	9 18.0	50 100.0

Chi-Cuadrado	Value	DF	Significancia
Pearson	12.91622	3	.00482
Likelihood Ratio	10.56328	3	.01434
Mantel-Haenszel test for linear association	7.67969	1	.00558

Minimum Expected Frequency - .360
Cells with Expected Frequency < 5 - 4 OF 8 (50.0%)

¿TU EMBARAZO DESHIZO ALGUNOS DE TUS PLANES? DESEABAS ESTAR EMBARAZADA?

Page 1 of 1

	Count Col Pct	P9		Row Total
		SI	NO	
		1	2	
P19				
SI	1	5 17.9	15 68.2	20 40.0
NO	2	23 82.1	7 31.8	30 60.0
Column Total		28 56.0	22 44.0	50 100.0

Chi-Cuadrado	Value	DF	Significancia
Pearson	13.00054	1	.00031
Continuity Correction	10.98823	1	.00092
Likelihood Ratio	13.50321	1	.00024
Mantel-Haenszel test for linear association	12.74053	1	.00036

Minimum Expected Frequency - 8.800

¿TU EMBARAZO DESHIZO ALGUNOS DE TUS PLANES? y ¿DESEABAS SER MADRE?

Page 1 of 1

	Count Col Pct	P10		Row Total
		SI	NO	
		1	2	
P19				
SI	1	13 31.7	7 77.8	20 40.0
NO	2	28 68.3	2 22.2	30 60.0
Column Total		41 82.0	9 18.0	50 100.0

Chi-Cuadrado	Value	DF	Significancia
Pearson	6.52665	1	.01063
Continuity Correction	4.74819	1	.02933
Likelihood Ratio	6.54568	1	.01051
Mantel-Haenszel test for linear association	6.39612	1	.01144

Fisher's Exact Test:
One-Tail .01503
Two-Tail .02075

Minimum Expected Frequency - 3.600
Cells with Expected Frequency < 5 - 1 OF 4 (25.0%)

¿TU EMBARAZO DESHIZO ALGUNO DE TUS PLANES? Y ¿QUE SENTISTE AL SABER DE TU EMBARAZO?

P11 Page 1 of 2

	Count Col Pct	P11					Row Total
		FELIZ	TRISTE	PREOCUPA CON DA	MIEDO O	DEPRIMIDA	
P19		1	2	3	4	6	
SI	1	4 14.8	10 90.9	25.0	2 40.0	100.0	20 40.0
NO	2	23 85.2	9.1	3 75.0	3 60.0		30 60.0
Colom (Continued) Total		27 54.0	11 22.0	4 8.0	5 10.0	1 2.0	50 100.0

	Count Col Pct	RECHAZO SU EMBARAZO	
		8	Row Total
P19			
SI	2	20 100.0	40.0
NO	2	30 60.0	60.0
Colom Total		2 4.0	50 100.0

Chi-Cuadrado	Value	DF	Significancia
Pearson	23.88959	5	.00023
Likelihood Ratio	26.71827	5	.00006
Mantel-Haenszel test for linear association	7.34306	1	.00673

Minimum Expected Frequency = .400
Cells with Expected Frequency < 5 = 9 OF 12 (75.0%)

¿COMO CONSIDERAS TU SITUACION ECONOMICA? Y ¿DESEABAS ESTAR EMBARAZADA?

P9 Page 1 of 1

	Count Col Pct	P9		Row Total
		SI	NO	
P22				
BUENA	1	10 35.7	1 4.5	11 22.0
MALA	2	4 14.3	4 18.2	8 16.0
REGULAR	3	14 50.0	17 77.3	31 62.0
Column Total		28 56.0	22 44.0	50 100.0

Chi-Cuadrado	Value	DF	Significancia
Pearson	7.03527	2	.02967
Likelihood Ratio	8.11628	2	.01728
Mantel-Haenszel test for linear association	6.06417	1	.01380

Minimum Expected Frequency = 3.520
Cells with Expected Frequency < 5 = 3 OF 6 (50.0%)

CUESTIONARIO No 1

Cuestionario de autovaloración de mujeres embarazadas

Lee atentamente las siguientes afirmaciones que dicen cómo se sienten algunas mujeres embarazadas.

Lee cada afirmación y decide si dice, o no como tú te sientes. Si es verdad o es más cercano a la verdad, haz un círculo en la columna del Si, correspondiente a esta afirmación. Si es falso o más cercano a lo falso, haz un círculo en la columna del No, en la hoja de respuestas.

Trata de marcar realmente lo que sientes. ¡ GRACIAS !

1. Desde que supe de mí embarazo, pienso que no valgo como persona Si No
2. Mi embarazo es lo mejor que me pasó Si No
3. A veces me siento humillada por lo que la gente habla Si No
4. Me considero una mujer con muchas virtudes Si No
5. No me agradan los cambios que se dan en mi cuerpo a medida que avanza mi embarazo Si No
6. Me considero una mujer atractiva y simpática Si No
7. Mi embarazo hizo que viera negativamente todos los acontecimientos que me suceden Si No
8. Cuando me miro en el espejo me veo más radiante, más bonita que antes. Si No
9. Algunas personas me lastiman al juzgarme mal Si No
10. Ahora que estoy embarazada siento que valgo más como persona Si No
11. Yo no sirvo para nada porque defraudé a mis padres Si No
12. No me interesa lo que la gente piense de mi embarazo Si No
13. Ahora con mi embarazo, pienso que no soy atractiva para mi esposo Si No
14. Mi esposo, me dice que con mi embarazo me veo más bonita y simpática y ello me gusta Si No
15. Me preocupa que mi embarazo arruine mi cuerpo Si No
16. Me siento contenta con mi embarazo aunque sienta molestias en mi cuerpo como nauseas y algunos dolores Si No
17. Mis vecinos hablan sobre mi estado y me siento mal Si No
18. La mayor parte de la gente que conozco me quiere Si No
19. Mis padres me dicen que no soy una buena hija Si No
20. Mis vecinos y otras personas me preguntan sobre mi embarazo y me dan consejos, me hacen sentir que se preocupan por mí y eso me alegra Si No
21. Con mi embarazo ya no me entran algunas ropas que me gustaba ponerme y me siento mal por eso..... Si No
22. Me siento muy feliz desde que supe de mi embarazo Si No

23. Tengo miedo que mi cuerpo quede deforme después de mi embarazo Si No
24. A medida que cambia mi cuerpo con mí embarazo y engordo me siento
feliz Si No
25. Mis padres se sienten contentos porque les daré un nieto y eso me alegra.. Si No
26. Mis familiares no me comprendenSi No
27. Mis familiares me apoyan y eso me hace sentir bienSi No
28. Trato de estar siempre de acuerdo con mi esposo aunque este no tenga
la razón Si No
29. Me siento desvalida por no tener un apoyo en mi embarazo Si No
30. Me siento con muchas fuerzas para seguir adelanteSi No
31. Me siento muy triste desde que supe de mi embarazo Si No
32. Yo estoy tranquila a medida que mi embarazo avanza Si No
33. Mis padres siempre están preocupándose por mi y eso me da seguridad y
tranquilidad Si No
34. Mi esposo me trata mal Si No
35. Ahora que estoy embarazada mi esposo me valora más Si No
36. Mi esposo dice que soy una tonta Si No
37. Yo estoy muy nerviosa desde que supe de mi embarazo Si No
38. Mi embarazo hace que tenga sentido mi vida y por ello me siento
dichosa Si No
39. Mi embarazo hizo que viera positivamente todos los acontecimientos que
me suceden Si No
40. Mi embarazo me hace sentir realizada como mujer Si No
41. Mí esposo me cuida más que antes y eso me hace sentir contenta Si No
42. Yo soy muy miedosa y tímida Si No
43. Mi esposo valora mi inteligencia, me dice que soy inteligente Si No
44. Con mi embarazo me volví más renegona y agresiva Si No
45. Me siento temerosa a medida que avanza mi embarazo Si No
46. Deseo tanto este mi embarazo que a pesar de los problemas me siento
contenta Si No
47. Me preocupa mi salud y la de mi hijo Si No
48. Espero con ansiedad y dicha a mi bebé Si No
49. Tengo confianza en mí misma Si No
50. Con mi embarazo me salieron pecas en mi cara y creo que me afean Si No
51. Desearía no tener que ocultar y hacer frente a esta mi realidad Si No
52. Me siento intranquila a medida que mi embarazo avanza Si No

CUESTIONARIO No 2

1. Nombre..... Edad.....
2. Meses de embarazo.....
3. A qué edad crees que es mejor embarazarse.
de 13 - 16 años, de 17 - 20 años, de 21 - 25 años,
de 26 - 30 años, de 31 - 35 años
¿Por qué piensas que esa edad es la mejor?.....
.....
4. Cómo te consideras para estar embarazada:
a) joven b) mayor c) tienes la edad adecuada
5. Hasta qué curso estudiaste (o estudias) :
a) Sin instrucción
b) Básico 1ro, 2do, 3ro, 4to, 5to
c) Intermedio 1 ro, 2do, 3ro
d) Medio 1ro, 2do, 3ro, 4to
e) Superior.....
- 6.Cuál es tu estado civil actual :
a) casada b) conviviente c) soltera
d) viuda e) separada f) divorciada
7. Piensas que es mejor estar casada para embarazarse? Si No
Por qué.....
8. ¿Deseabas estar embarazada? Si No Por qué.....
.....
9. ¿deseabas ser madre? Si No Por qué.....
.....
10. ¿ Cómo te sentiste al saber que estabas embarazada?
a) feliz b)triste c) preocupada d) con miedo
e) con dudas f) deprimida g) confiada h) rechacé mi embarazo
11. ¿Qué actividades realizabas antes de embarazarte?
a) estudiabas b) trabajabas
c) estudiabas y trabajabas d) labores de casa

12. ¿Qué actividades realizas durante tu embarazo?
a) estudias b) trabajas
c) estudias y trabajas d) labores de casa
13. Deseas seguir :
a) estudiando b) trabajando
c) estudiando y trabajando d) otros.....
14. ¿Tu embarazo te impide realizar algunas actividades ? Si **No**
¿Cuales?.....
15. ¿Tu embarazo deshizo alguno de tus planes? Sí **No** ¿Cuales?.....
.....
16. Tú vives actualmente en casa :
a) propia b) alquilada c) en anticrético
d) prestada e) otros
17. Cuanto es tu ingreso económico mensual :
a) 50 - 99 Bs. b)100 - 199 Bs.
c) 200 - 299 Bs. d) 300 -399 Bs.
e) 400 - 499 Bs. f) 500 - 599 Bs.
g) 600 - a más Bs. h) Sin ingresos
18. ¿Cómo consideras que está tu situación económica?
a) buena b) mala c) Regular
d) muy buena e) muy mala
19. ¿Crees que tu situación económica afecta a tu embarazo? Si **No**
Por qué.....
20. ¿Cómo reaccionó tu esposo o padre de tu hijo al saber que estabas embarazada?
a) feliz b) preocupado c) triste d) renegado
e) nervioso f) indiferente g) tranquilo h) otros.....
21. ¿Cómo te llevas con tu esposo o padre se tu hijo?
a) bien b) mal c) regular d) con algunos problemas
e) sin problemas f) con algunas peleas g) sin pelea
h) no hablamos y) otros.....

22. ¿Cómo te trata tu esposo o padre de tu hijo?
a) con más cariño que antes b) con menos cariño
c) es indiferente d) te cuida e) no te cuida
f) otros.....
23. ¿cómo reaccionaron tus papás al saber que estabas embarazada?
a) felices b) tristes c) enojados d) te comprendieron
e) preocupados f) tranquilos g) no te comprendieron
h) te riñeron y) te pegaron j) no lo saben
24. ¿Cómo te llevas ahora con tus papás?
a) bien b) mal c) regular d) otros.....
25. ¿Te apoyan tus familiares? Si **No**
26. ¿Cómo es tu vida actual de mujer embarazada?
a) muy feliz b) muy triste c) **feliz** d) triste
e) buena f) mala g) feliz y triste
Por qué.....