

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO Y ORIENTACIÓN



Calidad y Satisfacción con la Vida en mujeres embarazadas primerizas.

Tutora:

Lucila Trías

Autores:

Fernández A. Jesiree

Flores G. Victoria

Caracas, 2014.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente le agradezco a mi hija Katrina Dairee por haber venido en el momento preciso y haberme guiado a este tema tan hermoso, que me motivó a culminar este trabajo de grado. A mi padre que me ha acompañado pacientemente en este largo camino, y a mi esposo que nunca dejó de darme ánimos y siempre estuvo dispuesto a ayudarme en lo que necesitara.

Le agradezco inmensamente a mi suegra y a mi madre por haber cuidado tan amorosamente a mi hija cuando yo no podía para poder terminar este proyecto.

A mi compañera de tesis que entre las dos nos apoyamos y nos comprendimos ya que habíamos pasado por situaciones similares, cuando una decaía la otra se levantaba y así nos complementamos para terminar esta investigación.

También le agradezco a todas las embarazadas de la muestra, ya que junto a ellas compartimos experiencias y se hizo más agradable el proceso de aplicación de instrumentos.

A los profesores Josnil Rojas, Dimas y nuestra tutora Lucy Trias, que nos supieron guiar claramente, nos dieron ánimo y ayudaron mucho para culminar esta meta.

Y por último a todos mis amigos (Estefanía, Sherley y Jennifer) que estuvieron pendientes en este trayecto y siempre con palabras apropiadas me expresaban su apoyo y comprensión.

Jesiree Fernández

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios con él TODO, sin él nada...

Agradezco a mis hijas por ser las impulsoras e inspiración desde que estaban en la barriga y por supuesto para la culminación de mis estudios y la realización de este proyecto. Muchas gracias a Cesar por su apoyo incondicional, paciencia y amor.

A mis padres que con paciencia, amor y apoyo han sido mi soporte en todos los aspectos de mi vida y por supuesto a lo largo de este camino de crecimiento personal y profesional han sido parte importante en cada momento.

Muchísimas gracias a toda mi familia.

Doy gracias a la profesora Josnil Rojas que nos guió en los primeros pasos de la realización de este proyecto.

Por supuesto agradezco a la excelente colaboración y guía de la profesora Lucy Trias por rescatarnos y reponer en marcha esta investigación, por su dedicación, consejos y tiempo que nos ofreció para la culminación de este trabajo.

Gracias Jesi por ser mi compañera, por la paciencia, compañerismo, amistad y conocimiento que me ofreciste a lo largo de este largo camino que recorrimos juntas.

Aquellas personas que han transitado conmigo este camino compartiendo conmigo aprendizajes emociones y valores.

Victoria Flores

DEDICATORIAS

Este trabajo de grado está dedicado a mi hija Katrina en primer lugar, y también a todas las mujeres embarazadas primerizas venezolanas, incluyéndome en su momento, que pasan por tantos cambios y situaciones nuevas que me inspiraron a elegir este tema de investigación.

Jesiree Fernández

A Dios,

Por darme la vida y esta vocación.

A mis Hijas,

Ya que son el motivo fundamental de la realización de este proyecto, mis embarazos sinceramente fueron los momentos más inspiradores de mi vida.

Victoria Flores

Calidad de Vida y Satisfacción con la Vida en mujeres embarazadas primerizas

Jesiree Fernandez

Jesiree538@hotmail.com

Victoria Flores

Vickyflores1985@yahoo.es

Tutora: Lucila Trías

triaslpsic@yahoo.com

Resumen

La Calidad de Vida y Satisfacción Vital son variables que se refieren a la percepción del individuo, a cómo se siente en cuanto a su entorno, relaciones, salud, entre otros. El embarazo, por su parte, es una etapa en donde la mujer se enfrenta a nuevas situaciones por lo que puede percibir cambios en su calidad y satisfacción con la vida. El objetivo de esta investigación es analizar el nivel de calidad y satisfacción con la vida presente en una muestra de mujeres embarazadas primerizas del área metropolitana de Caracas. Es un estudio no experimental transeccional con una muestra de 153 mujeres embarazadas primerizas; la recolección de los datos fue realizada mediante la visita a maternidades públicas y privadas con el fin de la aplicación de los instrumentos: WHOQOL-Bref, Escala de satisfacción vital y método de estratificación social Graffar- Méndez Castellano. Los datos obtenidos fueron analizados por el programa estadístico SPSS 20.0 y el coeficiente de correlación utilizado es Rho Spearman arrojando que independientemente de las variables socio-demográficas de cada mujer tienden en su mayoría a expresar Altos Niveles de Calidad y Satisfacción Vital.

Descriptores: Calidad de Vida, Satisfacción con la Vida, Embarazo.

Quality of Life and Life Satisfaction in pregnant girls.

Jesiree Fernandez

Jesiree538@hotmail.com

Victoria Flores

Vickyflores1985@yahoo.es

Tutora: Lucila Trías

triaslpsic@yahoo.com

Abstract.

Quality of life and life satisfaction are variables that relate to the individual's perception of how you feel about your surroundings, relationships, health and more. Meanwhile Pregnancy is a time where women are facing new situations so you can perceive changes in their quality and life satisfaction. The objective of this research is to analyze the quality and life satisfaction in a sample of first-time pregnant women in the metropolitan area of Caracas. It is a non-experimental synchronic study with a sample of 153 first-time pregnant women; Data collection was performed by the visiting public and private maternity to the implementation of the instruments: WHOQOL-Bref Scale, life satisfaction and social stratification method Graffar- Mendez Castilian. The data were analyzed by SPSS 20.0 and the correlation coefficient is used Spearman Rho throwing regardless of socio-demographic variables in women tend to express most High Levels of Quality and Life Satisfaction.

Keywords: Quality of Life, Satisfaction with Life, Pregnancy.

ÍNDICE

	Pp.
AGRADECIMIENTOS.....	ii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v
INDICE DE CONTENIDO.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
INDICE DE ANEXOS.....	xiv
I. INTRODUCCION.....	1
II. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	3
III. OBJETIVOS.....	8
3.1 Objetivo General.....	8
3.2 Objetivos específicos.....	8
IV. MARCO TEORICO.....	9
4.1 Calidad de Vida.....	9
4.1.2 Definiciones de Calidad de Vida.....	13
4.2 Satisfacción con la Vida.....	14
4.2.1 Estudio sobre el Bienestar Subjetivo.....	15
4.2.2 Definiciones de Satisfacción con la Vida.....	16

4.2.3 Modelos de la Satisfacción con la Vida.....	17
4.3 Embarazo.....	18
4.3.1 Embarazo y Calidad de Vida.....	23
4.4 Asesoramiento Psicológico, Calidad de Vida y Satisfacción con la vida.....	26
V. MARCO METODOLOGICO.....	28
5.1 Tipo de Investigación.....	28
5.2 Diseño de Investigación.....	28
5.3 Población.....	28
5.4 Muestra.....	29
5.5 Criterios de inclusión.....	29
5.6 Contexto de estudio.....	29
5.7 Variables.....	29
5.7.1 Variables de estudio	30
5.7.2 Variables seleccionadas	30
5.7.3 Variables no controladas	31
5.8 Instrumentos de recolección.....	32
5.9 Procedimiento.....	52
VI ANALISIS DE RESULTADOS.....	54
6.1 Caracterización de la Muestra.....	54

6.2 Descripción de las Variables de Estudio.....	63
6.2.1 Satisfacción con la Vida.....	63
6.2.2 Calidad de Vida.....	65
6.3 Correlaciones entre las variables de estudio y algunas variables sociodemográficas.....	70
6.3.1 Correlación entre Satisfacción Vital y Calidad de Vida.....	71
6.4 Variaciones entre la variable Calidad de Vida y las variables sociodemográficas.....	73
6.5 Variaciones entre la variable Satisfacción con la vida y Tipo de Institución.....	92
VII DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	94
VIII CONCLUSIONES.....	98
IX LIMITACIONES.....	100
X RECOMENDACIONES.....	101
XI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102
XII ANEXOS.....	108

INDICE DE TABLAS

	Pp.
Tablas 1. Dimensiones de la Escala WQOL-Bref.....	33
Tabla 2. Baremo de la Escala WQOL-Bref.....	46
Tabla 3. Calculo del Estrato Social.....	51
Tabla 4. Estadísticos de la variable Edad y Tiempo de Gestación.....	54
Tabla 5. Frecuencia y Porcentajes de los Problemas de salud que presentan las embarazadas.....	63
Tabla 6. Estadísticos descriptivos de la variable Satisfacción con la Vida.....	64
Tabla 7. Estadísticos descriptivos de las 4 dimensiones que componen la variable Calidad de Vida.....	65
Tabla 8. Correlaciones entre Satisfacción con la Vida y las 4 dimensiones de la Calidad de Vida.....	71
Tabla 9. Correlación entre Satisfacción con la Vida y las dimensiones Evaluación de Salud y Calidad de Vida General.....	72

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Histograma de la variable Edad.....	54
Figura 2. Histograma de la variable Tiempo de Gestación.....	55
Figura 3. Porcentajes de la variable Ocupación.....	56
Figura 4. Porcentajes de la variable Nivel de Instrucción.....	56
Figura 5. Porcentajes de la variable Tenencia de la Vivencia.....	57
Figura 6. Porcentajes de la Profesión del Jefe de Familia.....	58
Figura 7. Porcentajes del Nivel de Instrucción de la Madre.....	59
Figura 8. Porcentajes de la Principal Fuente de Ingresos de la Familia.....	59
Figura 9. Porcentajes del Tipo de Vivienda.....	60
Figura 10. Porcentajes de la variable Estrato Social.....	61
Figura 11. Porcentajes de las variables relacionadas con el embarazo.....	62
Figura 12. Histograma de la variable Satisfacción con la vida.....	64
Figura 13. Porcentaje de la Escala cualitativa de la Dimensión Física.....	66
Figura 14. Porcentaje de la Escala cualitativa de la Dimensión Psicológica.....	67
Figura 15. Porcentaje de la Escala cualitativa de la Dimensión Relaciones Sociales.....	68

Figura 16. Porcentaje de la Escala cualitativa de la Dimensión Entorno.....	68
Figura 17. Porcentaje de la Dimensión Calidad de Vida General.....	69
Figura 18. Porcentaje de la Dimensión Evaluación de Salud.....	70
Figura 19. Porcentajes de la variación entre Dimensión Física y Tipo de Institución.....	73
Figura 20. Porcentajes de la variación entre Dimensión Psicológica y Tipo de Institución.....	74
Figura 21. Porcentajes de la variación entre Dimensión Relaciones Sociales y Tipo de Institución.....	75
Figura 22. Porcentajes de la variación entre Dimensión Entorno y Tipo de Institución.....	76
Figura 23. Porcentajes de la variación entre Dimensión Física y Ocupación.....	77
Figura 24. Porcentajes de la variación entre Dimensión Psicológica y Ocupación.....	78
Figura 25. Porcentajes de la variación entre Dimensión relaciones Sociales y Ocupación.....	79
Figura 26. Porcentajes de la variación entre Dimensión Entorno y Ocupación.....	80
Figura 27. Porcentajes de la variación entre Dimensión Física y Nivel	81

de Instrucción.....	88
Figura 28. Porcentajes de la variación entre Dimensión Psicológica y Nivel de Instrucción.....	83
Figura 29. Porcentajes de la variación entre Dimensión Relaciones Sociales y Nivel de Instrucción.....	84
Figura 30. Porcentajes de la variación entre Dimensión Entorno y Nivel de Instrucción.....	85
Figura 31. Porcentajes de la variación entre Dimensión Física y Tenencia de la Vivienda.....	86
Figura 32. Porcentajes de la variación entre Dimensión Psicológica y Tenencia de la Vivienda.....	87
Figura 33. Porcentajes de la variación entre Dimensión Relaciones Sociales y Tenencia de la Vivienda.....	88
Figura 34. Porcentajes de la variación entre Dimensión Entorno y Tenencia de la Vivienda.....	89
Figura 35. Porcentajes de la variación entre Dimensión Física y Estrato Social.....	90
Figura 36. Porcentajes de la variación entre Dimensión Psicológica y Estrato Social.....	91
Figura 37. Porcentajes de la variación entre Dimensión Relaciones Sociales y Estrato Social.....	

Figura 38. Porcentajes de la variación entre Dimensión Entorno y Estrato Social.....	92
Figura 39. Variaciones entre Satisfacción con la Vida y Tipo de Institución.....	93

INDICE DE ANEXOS

	Pp.
Anexo 1 Escala de satisfacción con la vida de Diener.....	109
Anexo 2 Escala World Health Organization Quality of Life WHOQOL-BREF..	110
Anexo 3 Método de Estratificación Social Graffar- Méndez Castellano. Hoja de respuestas.....	113
Anexo 4 Carta de Consentimiento.....	114
.	
.	

INTRODUCCIÓN

En el presente estudio se desarrolla un repaso de la evolución del concepto de Calidad de Vida a través de los años lo que incluye la revisión de investigaciones más resaltantes para fines de este trabajo. De igual forma, se detalla el concepto de Satisfacción con la Vida incluyendo su origen y los modelos más pertinentes con esta investigación. Además se efectúa una revisión de las características del Embarazo y la relación de esta variable con Calidad de Vida. Posteriormente se realiza el marco metodológico en donde se detalla el tipo de investigación, la muestra, se definen las variables y se describe los instrumentos de recolección empleados, siguiendo con el análisis de resultados, la discusión y conclusión de los mismos; por último se plantean las limitaciones y recomendaciones de este trabajo.

En primer lugar, de acuerdo con el marco teórico, es importante destacar que el Embarazo es una etapa fundamental dentro de la vida de la mujer que ha decidido ser madre, es un período en donde se experimentan diversos y múltiples procesos tanto físicos como psicológicos lo que resulta una experiencia que podría producir diferentes respuestas, adaptaciones y maneras de afrontar dependiendo de cada embarazada; debido a esto resulta significativo comprender esta experiencia del período prenatal y a su vez la variación en su concepción de Calidad y Satisfacción con la Vida.

Ambas variables han sido estudiadas desde hace poco más de cuatro décadas y diversos autores afirman que la Calidad de Vida es un factor importante de cualquier ser humano ya que forma parte de nuestro estilo de vida. Con relación a las consideraciones anteriores cabe mencionar a Sen (2001) cuando dice que la Calidad de Vida es nuestra capacidad para vivir como queremos.

Por su parte, la Satisfacción Vital según Diener, Emmons, Larsen, y Griffin (1985) es conceptualizada como “una valoración global que la persona hace sobre

su vida, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con lo que esperaba obtener, sus expectativas”.

Es significativo mencionar que ambas variables Calidad de Vida y Satisfacción Vital, han sido relacionadas con diferentes muestras: ancianos, consumo de drogas, estudiantes universitarios, diversas poblaciones, entre otros; por lo tanto, para fines de esta investigación, resulta relevante y resaltante el estudio de dichas variables con mujeres embarazadas ya que durante esta etapa la mujer se enfrenta y debe adaptarse a nuevas y diferentes situaciones por lo que puede percibir cambios en su Calidad y Satisfacción con la Vida, dependiendo de diversos factores de los que se rodee y en relación con los cambios que afronta.

En relación a lo anterior Olivar (2002) afirma que en el embarazo los cambios psicológicos son importantes en relación con las condiciones desfavorables que envuelvan la gestación.

Es resaltante señalar que los cambios en el contexto sociocultural asociados con las migraciones, el urbanismo, la violencia, la pobreza y el abandono del cónyuge, ponen a las mujeres bajo estrés y al mismo tiempo destruyen las fuentes tradicionales de apoyo, lo cual se refleja en la Calidad de Vida de las mujeres (Canaval, G.; González, M.; Martínez-Schallmoser, L.; Tovar, M, Valencia, C. 2000).

En síntesis, a través de este estudio se pretende analizar la relación entre las variables Satisfacción Vital y Calidad de Vida en una muestra de mujeres embarazadas venezolanas de diversas edades, específicamente del área metropolitana de Caracas. Además es de interés conocer si ambas variables se relacionan e influyen en una etapa de suma importancia en la vida de la nueva madre con el nacimiento de su primer hijo.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El término de Calidad de Vida surge a partir de la década de los setenta, en diversos países occidentales donde a pesar de que existía una situación económica estable o bienestar material, los investigadores comenzaron a observar que las personas estaban insatisfechas en otras áreas de su vida. Ahí es cuando se comienza a relacionar el término Calidad de Vida con bienestar percibido, satisfacción y felicidad, tratando a estos conceptos como iguales. Sin embargo, actualmente se considera al bienestar percibido como componente subjetivo de la Calidad de Vida, el cual es medido a través de juicios de satisfacción y felicidad. Por esta razón en esta investigación se mide la Satisfacción con la Vida, la cual es utilizada para determinar el bienestar percibido, lo que a su vez se considera como indicadores subjetivos de la Calidad de Vida.

La Calidad de Vida es un concepto que se ha estudiado en diversas disciplinas como economía, sociología, psicología, medicina, etc. Sin embargo, en sus comienzos se refería principalmente a la satisfacción de necesidades básicas que respondían a la sobrevivencia del individuo, tales como, alimentación, vestido, salud, educación, vivienda, entre otras. Por otro parte, existen otras necesidades que van brotando del mismo proceso de desarrollo, tales como: recreación, acceso a la cultura, etc., que se convierten en carencias obligatorias para poder funcionar socialmente (Ovalle y Martínez, 2006).

En el ámbito de la psicología, la Calidad de Vida es un concepto multifacético, ya que diversos autores la han definido y se ha estudiado múltiples veces como variable en relación a diversas poblaciones. Por ejemplo, Tonón (2009) define la Calidad de Vida más ampliamente incluyendo la descripción de las circunstancias de una persona (condición objetiva), así como sus percepciones y sentimientos, considerados ambos como las reacciones ante dichas circunstancias (condición subjetiva).

En general, la definición de Calidad de Vida apunta a la explicación de la buena vida, aquella que satisface a la persona económica, social y psicológicamente; además de producir estados de felicidad. Para fines de esta investigación la definición más pertinente es la que plantea La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) la cual propone que la Calidad de Vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de su cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes”.

En cuanto al bienestar subjetivo, Veenhoven (1984) lo define como el grado en que una persona juzga de un modo general o global su vida en términos positivos o, en otras palabras, en qué medida la persona está a gusto con la vida que lleva. Para esta evaluación el individuo utiliza dos componentes: el componente cognitivo que es la satisfacción con la vida y el componente afectivo. Por su parte, la satisfacción con la vida representa la discrepancia percibida entre sus aspiraciones y sus logros, cuyo amplio rango evaluativo va desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de fracaso o frustración. Una satisfacción alta sugiere que la Calidad de Vida, en lo que concierne a una población, es buena.

A pesar de lo reciente de este campo de investigación, aproximadamente hace cuarenta años; se han realizado múltiples trabajos relacionados con diversas variables como: autoestima, edad, género, nivel socioeconómico, entre otros; y con diferentes muestras: adolescentes, adultos mayores, estudiantes universitarios y mujeres embarazadas. Con mujeres embarazadas se encontraron dos investigaciones relevantes que se mencionarán a continuación donde se estudian las variables Calidad de Vida y Satisfacción con la Vida.

En investigaciones sobre Calidad de Vida en mujeres embarazadas se reporta, que en el período postparto inmediato ellas evalúan su vida en general como muy satisfecha. Asimismo, se puede observar que los indicadores en dicho estudio de

bienestar subjetivo estuvieron por encima de los del bienestar objetivo, y esto puede deberse a que las percepciones de las madres acerca de su salud física, emocional y social influyen en su capacidad para desarrollar los recursos internos, que dicha satisfacción con los indicadores de la dimensión subjetiva en forma positiva representa la evaluación del mundo interno que hacen las madres en el período postparto inmediato (Coyle, 2009 cp. Nieri 2011).

Otro de los estudios es el de Cabañero, Martínez, Cabrero, Orts, Reig y Tosal (2004) tratan de comprobar la fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la vida (ESV) de Diener y cols. (1985). Este estudio confirma que la satisfacción vital no cambia a lo largo del embarazo a pesar de que se ve afectada la movilidad física por el aumento del volumen y peso. Además se relacionan los conceptos de Calidad de Vida, la salud y satisfacción con la vida ya que indican que son más cercanos que el concepto de salud percibida, al menos en el contexto de la mujer gestante y puérpera, sobre este juicio ejercería el mayor peso el funcionamiento psicológico, seguido por el funcionamiento social y en menor grado por el funcionamiento físico.

Las consideraciones anteriores dan cuenta por qué esta población es significativa de estudiar y una de las razones se debe a que el embarazo y el puerperio se considera una etapa de la vida de la mujer sumamente importante en la cual experimenta múltiples cambios a nivel físico, fisiológico, emocional y social.

Además en esta etapa la mujer tiene que pasar por una maduración emocional que la prepara para su futura labor de madre, la cual comprende, la aceptación del embarazo, adaptación a los cambios corporales, aceptación del momento de parto, cambios en la relación de pareja, cambio de estilo de vida, etc. (Torres, 2004).

Ante esta situación, el estereotipo cultural muestra el embarazo como un proceso feliz, que ocurre tranquilamente y, en general, sin alteración, sin embargo, la realidad es bien distinta; un embarazo, incluso el más normal, constituye una

situación de estrés real. En efecto en el embarazo un cierto nivel de ansiedad es necesario, debido a que estimula a la mujer a encontrar herramientas en su interior y exterior, para enfrentar este proceso. Sin embargo si el nivel de ansiedad sobrepasa el necesario la mujer se puede sentir inútil, en su forma de pensar y en su forma de actuar, puede interferir en las actividades diarias de la vida, ser incapaz de enfrentar el embarazo y el cuidado de su persona, lo que puede tener repercusiones tanto en su salud física y mental como la de su bebé (Torres, 2004). Respecto a esto, algunos autores, han encontrado que la ansiedad puede ocasionar abortos, partos prematuros, mayor riesgo de cesárea y alteraciones en el desarrollo fetal (Dole, Savitz, Hertz-Picciotto, Siega-Riz, McMahon, Buekens, 2003; Relier, 2001; Wadhwa, Dunkel-Schetter, Chicz-De Met, Porto y Roesch, 1996 cp. Torres, 2004).

Además de todos los riesgos que representa para la mujer embarazada el tener niveles de ansiedad elevados, sufrir un cuadro depresivo o estar insatisfecha con su vida, se le suma la profunda marca en la vida emocional del bebé que deja toda esta situación. Por otro lado, las emociones intensificadas como la alegría, el regocijo, por parte de la madre pueden contribuir significativamente en el desarrollo emocional de un niño sano (Verny 1981 cp. Ojeda, s.f.).

En este mismo orden de ideas, para que se dé un adecuado desarrollo emocional en el embarazo es necesario e ideal que la mujer esté satisfecha con su vida, lo que se refleja en una óptima Calidad de Vida. Por todo lo dicho anteriormente la relevancia de esta investigación está en: el estudio de la Calidad de Vida y satisfacción con la vida, describir el comportamiento de dichas variables en una muestra de mujeres embarazadas. Y como tercer y último punto se destaca el valor de tener una satisfactoria Calidad de Vida en la etapa del embarazo la cual puede indicar menor número de enfermedades físicas- mentales y una mayor felicidad que beneficia a un feliz término del embarazo y a un mejor desarrollo del bebé.

De los anteriores planteamientos se deduce la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué nivel de calidad y satisfacción con la vida perciben las mujeres embarazadas primerizas?

3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivo General

Explorar la relación entre el nivel de Calidad y Satisfacción con la Vida presente en una muestra de mujeres embarazadas primerizas del área metropolitana de Caracas.

3.2 Objetivos Específicos

- Describir la Calidad de Vida presente en una muestra de mujeres embarazadas primerizas.
- Describir el grado de satisfacción con la vida presente en una muestra de mujeres embarazadas primerizas.
- Determinar la asociación existente entre el grado de satisfacción con la vida y la Calidad de Vida de una muestra de mujeres embarazadas primerizas.
- Identificar las variaciones en la Calidad de Vida y Satisfacción Vital de las mujeres embarazadas en función a sus variables socio-demográfica: edad, estrato social, nivel de instrucción, ocupación, embarazo planificado o no y tipo de institución.
- Caracterizar a través del Método Graffar-Mendez Castellano a las mujeres embarazadas primerizas.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Calidad de Vida

La Calidad de Vida es un término que según diversos investigadores despertó un cierto interés recientemente. A continuación se hace una revisión teórica acerca de la evolución del estudio de esta variable.

4.2.1 Estudio de Calidad de Vida.

La Calidad de Vida, como constructo, es un concepto complejo y de amplio debate en el mundo debido a las dimensiones que abarca y a la multiplicidad de factores que la determinan. (Salas y Grisales, 2010)

La expresión Calidad de Vida se ha convertido en patrimonio del lenguaje cotidiano, que más que un significado preciso, se utiliza como un término de uso polivalente, que alude a una amplia diversidad de situaciones valoradas muy positivamente o consideradas deseables para las personas o para las comunidades humanas. (Casas, 1999)

El término de Calidad de Vida en los inicios aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. En la década de los 50 y a comienzos de los 60, surge un creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad y por lo tanto surge la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población.

Su uso extendido es a partir de los años sesenta, cuando los científicos sociales inician investigaciones en Calidad de Vida recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de

vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes (Bognar, 2005 cp Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012)

Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos. El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, provocó el proceso de diferenciación entre éstos y la Calidad de Vida (Arostegui, 1998).

Cabe destacar que si bien el tema de la Calidad de Vida está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 60 (Schwartzmann, 2003)

Sobre la base de las consideraciones anteriores Casas (1999) afirma que a pesar de que el surgimiento de los estudios sobre Calidad de Vida están ligados a la década de los 60; el economista Pigou ya había propuesto su uso en el año 1932, y Thorndike calculó el primer índice de Calidad de Vida para 310 ciudades de los EUA en 1939. Este mismo autor explica que las acepciones del término que se usan actualmente sobre Calidad de Vida aparecen con los grandes debates sociales y científicos de finales de los años 60, iniciados en Norteamérica y propagados rápidamente por Europa occidental.

Con referencia a lo anterior Blanco (1985) expresa que a partir de ese período, refiriéndose a los años 60; la calidad de la vida humana, vista en perspectiva macrosocial, fragmenta su fundamentación exclusivamente centrada en las condiciones materiales de vida y, por lo tanto, económicas, por lo que se debe empezar a entenderse como fuertemente empapada de componentes que empiezan a denominarse subjetivos, y que por lo tanto son psicosociales.

Por otra parte Lugones (2002) expone que la Calidad de Vida tiene una historia reciente y se refiere a cualidades, criterios y hasta contenidos que permiten valorar o apreciar diferentes aspectos de una vida en concreto. Este mismo autor propone que la Calidad de Vida tiene también un enfoque social y económico, pues la vida humana requiere de determinadas condiciones de orden social y económico, por ser éstas fundamentales para el desarrollo como seres humanos y poder satisfacer sus necesidades de tipo material.

Cabe destacar que, a través de la evolución de las investigaciones sobre este campo, surgieron nuevas propuestas que abandonarían el énfasis en los aspectos objetivos vinculados únicamente a condiciones de naturalezas económicas y sociales, concibiendo la Calidad de Vida como un concepto multidimensional que debía abarcar todas las áreas de la vida, tanto los aspectos objetivos como los componentes subjetivos (Gómez-Vela y Sabeh, 2000)

En el mismo sentido Verdugo(1994) afirma que es en los últimos quince años cuando se ha observado un importante incremento de investigaciones en diversos campos como la salud, la salud mental, la educación, la discapacidad, el mundo laboral, y los servicios.

En este orden de ideas se puede citar a Lugones (2002) que propuso que la Calidad de Vida no se podía reducir a las condiciones socioeconómicas a pesar de que éstas son fundamentales para el bienestar del ser humano. Pero por otro lado el autor se preguntó ¿qué se podría decir del aspecto psicológico?, por lo que explica que la armonía interior, el comportamiento y la actitud son aspectos determinantes que están muy relacionados con la forma de vida y las circunstancias en que éstas se desarrollan, y tiene que ver con el modo de vida de las personas. De hecho, el modo de comprender la vida humana difiere según una cultura de otra, y de esa misma manera, ocurre con la noción de Calidad de Vida.

Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) afirman que el concepto de Calidad de Vida actualmente incorpora tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias

Sociales. Cada una de estas disciplinas ha promovido el desarrollo de un punto de vista diferente respecto a cómo debiera ser conceptualizada la CV (Cummins, 2004 cp Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012)

Estos nuevos enfoques multidimensionales cobraron auge a mediados de los años 70, donde se perseguía encontrar indicadores subjetivos que se pudieran evaluar mediante datos físicos u observables, pero aún en la década de los 80 no existía un consenso sobre las áreas que constituyen la Calidad de Vida ni la delimitación de las mismas, sólo se coincidía en aceptar la importancia de los factores objetivos y subjetivos (Aparicio, 2003).

Durante los años 80, el término Calidad de Vida se adoptó como concepto sensibilizador que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios humanos, más orientados ahora hacia la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con su vida. A lo largo de los 90, las preocupaciones en torno a la conceptualización y evaluación del concepto tuvieron un mayor carácter metodológico. Superadas estas inquietudes, el siglo XXI se presenta como aquél en el que el término Calidad de Vida no sólo teñirá las intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión y optan por una vida de mayor calidad, sino también las de los servicios humanos en general. (Gómez-Vela y Sabeh, 2000)

Según Aparicio (2003), los avances en la investigación de la Calidad de Vida han originado como consecuencia que en la actualidad la dualidad entre las condiciones objetivas y los componentes subjetivos sea aceptada en casi todas las definiciones, incluyendo dentro del primer elemento los aspectos de funcionamiento social, como la independencia, empleo, indicadores sociales y nivel de vida, y en el aspecto subjetivo, se incluye el bienestar, la satisfacción con la vida y la felicidad.

En la actualidad existe un cierto acuerdo en dar el carácter multidimensional al constructo de Calidad de Vida, identificando tanto componentes objetivos como subjetivos (Pérez, 2006).

De acuerdo a las investigaciones más recientes de Calidad de Vida según Amerigo, (1993) está compuesta, tanto por bienestar percibido, felicidad y satisfacción como se demuestra en las siguientes definiciones expuestas por diversos autores.

4.1.2 Definiciones de Calidad de Vida

Desde los comienzos del estudio de la Calidad de Vida han surgido diversos conceptos y definiciones, diferentes autores según su percepción e investigaciones sobre el campo de dicha variable han propuesto sus impresiones aportando al estudio sobre la Calidad de Vida diversos antecedentes tales como; Levi y Andersson (1980) que definen Calidad de Vida como una medida compuesta de bienestar físico mental y social, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad , satisfacción y recompensa.

Por otro lado Szalai. (1980 cp. Ardila 2003) propone que la Calidad de Vida es la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo.

De igual forma Celia y Tulsy, (1990 cp. Ardila 2003) proponen que la Calidad de Vida es la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal.

En el mismo orden de ideas cabe mencionar que Quintero (1997) propone que la Calidad de Vida es el indicador multidimensional del bienestar material y espiritual del hombre en un marco social y cultural determinado.

Casas (1999) por su parte se centra en que dentro de las posturas con énfasis en el aspecto social, el cual alega que tanto la Calidad de Vida como el bienestar hacen alusión a situaciones deseables o valoradas positivamente.

Por último cabe destacar la definición manejada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su programa de salud mental WHOQOL Calidad de Vida, cuyo concepto subyace a la escala a trabajar en el presente estudio (OMS, 2005):

“Percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto amplio afectado de forma compleja por la salud física de la persona, el estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y su relación a características principales del ambiente”.

Por último se puede concluir que desde el inicio del estudio de Calidad de Vida han sido innumerables sus definiciones y puntos de vista asociados a dicha variable, dentro de éstas se puede observar que la Calidad de Vida está compuesta por dos elementos: el objetivo y el subjetivo; a su vez el componente subjetivo está relacionado con la Satisfacción vital que para fines de esta investigación es de interés, por lo que a continuación se detallará dicha variable.

4.2 Satisfacción Con La Vida.

Clásicamente dentro de la disciplina psicológica se acostumbraba mayormente a estudiar los aspectos patológicos o carencias humanas. Sin embargo muchos investigadores se dieron cuenta de que era mucho más interesante investigar por qué la gente era feliz y de qué constaba este estado, así que para mediados de los años 70 pasó este tema de estudio al territorio de la psicología. Sin embargo, para los años 80 fue que comenzaron a aparecer la mayoría de los estudios empíricos relacionados con las variables, satisfacción, felicidad y bienestar subjetivo.

4.2.1 Estudios sobre Bienestar Subjetivo.

En primer lugar, se observa el interés por el concepto de bienestar subjetivo ya que tiene que ver con el proceso de percepción de la vida de acuerdo con el propio sujeto, de allí la importancia de estudiar la satisfacción por la vida como un indicador de dicho bienestar y se convierte básicamente en una evaluación cognitiva de la calidad de las experiencias propias, un indicador del bienestar subjetivo que se estudia mediante la autoevaluación del propio sujeto. Esta evaluación es mediada por el sistema homeostático de la persona, que tiene la tarea de crear un sentido positivo de bienestar que no es específico y sí altamente personalizado, y que concierne sólo al bienestar percibido en el sentido más general (Arita, 2005).

Anguas y Zamarrón cp. Duran (2010) refieren que el bienestar subjetivo es una percepción de un estado interno de equilibrio u homeostasis que se acompaña de un estado emocional positivo y agradable, dando por resultado un proceso complejo de evaluación por medio de las experiencias vividas. Además, se establecen durante este proceso predisposiciones y preferencias dirigidas a satisfacer las necesidades faltantes, así como las que permitan el desarrollo.

De acuerdo a esto, se observa, que el bienestar subjetivo está constituido por 3 elementos: 1. El cognitivo el cual es la satisfacción con la vida, y 2 elementos afectivos los cuales son 2. El afecto positivo y 3.El afecto negativo. Con referencia a la clasificación anterior, Lucas, Diener y Suh (1996) demostraron que la satisfacción vital es un constructo diferente e independiente de los afectos positivos y negativos. Sin embargo, en las investigaciones pioneras de Bradburn (1969) se conceptualizaba el afecto como una dimensión hedónica unidimensional, en los polos de la cual se encontraban el Afecto Positivo de un lado y el Afecto Negativo del otro y que podían ser fácilmente medibles a través de opuestos bipolares. Pero, hoy por hoy, existe suficiente evidencia empírica mediante diferentes métodos que sostiene la independencia de estas dos

dimensiones (Bryanty Veroff, 1982; Diener y Emmons, 1985; Zevony Tellegen, 1982 cp. Castro 2009).

Las conclusiones de las investigaciones realizadas por los autores Diener, Larsen, Levine y Emmons (1985) denotan que la intensidad con que las personas experimentan el Afecto Positivo afecta el juicio que realizan sobre su satisfacción. Las personas que experimentan las emociones positivas más intensamente son aquellas mismas que experimentan el Afecto Negativo más intensamente también. Por lo tanto, una persona tiene alto bienestar si experimenta satisfacción con su vida, si frecuentemente su estado anímico es bueno y sólo ocasionalmente experimenta emociones poco placenteras como tristeza o rabia.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, la satisfacción con la vida es el componente cognitivo del bienestar subjetivo y éste, a su vez, está ligado al componente subjetivo de la Calidad de Vida. Muchos autores desde los inicios han definido de diversas maneras la satisfacción con la vida. A continuación se presentan algunas de estas definiciones.

4.2.2 Definiciones de Satisfacción con la vida.

En primer lugar se puede citar a Arita (2006) que explica que la satisfacción por la vida es básicamente una evaluación cognitiva de la calidad de las experiencias propias, es un indicador del bienestar subjetivo que se estudia a través de la propia evaluación que el sujeto expresa.

Por otro lado Pavot, Diener, Randall & Sandvik, (1991) en estudios posteriores explican que la Satisfacción con la Vida, hace referencia a un proceso de juicio mediante el cual los individuos valoran globalmente sus vidas sobre la base de su propio conjunto único de criterios.

Veenhoven (1994) define la satisfacción con la vida como el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva. En otras palabras, cuánto le gusta a una persona la vida que lleva.

Por su parte, Duran (2010) propone que la satisfacción es la discrepancia percibida entre sus aspiraciones y sus logros. La satisfacción sería un estado psicológico resultante de la transacción entre el individuo (personalidad) y su entorno microsocial (estado civil, familia, participación social, satisfacción laboral, apoyo social) y macrosocial (ingresos, cultura).

Para finalizar se puede destacar la definición que propone Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), ya que es el autor que propone la escala a trabajar en el presente estudio:

“La Satisfacción Vital se define como una valoración global que la persona hace sobre su vida, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con lo que esperaba obtener, sus expectativas”.

4.2.3 Modelos de la Satisfacción con la Vida.

La Satisfacción con la Vida se ha pretendido estudiar a través de los rasgos que tiene la persona, las relaciones personales, profesiones, cultura y además, la religiosidad. A su vez existen teorías que se basan en la felicidad que reconocen la importancia de la adaptación, mundo cultural y metas personales (Diener y Myers, 1995).

Para poder conocer por qué las personas se sienten satisfechas o no con la vida se han creado tres modelos para dicha explicación:

- Modelo de los rasgos de la personalidad: este modelo atañe a la satisfacción vital con rasgos como la extroversión y el afecto positivo (Diener, Oishi y Lucas, 2003). El modelo propone que la satisfacción es el

resultado de variables de personalidad latentes. El supuesto básico de este modelo es que una persona se siente feliz o satisfecha con la vida si experimenta durante más tiempo y con mayor frecuencia más cantidad de afectos positivos. (Costa, Crae, 1998, c.p. Casullo, 2002)

- **Modelo sociocultural:** este modelo plantea que la satisfacción se determina por condiciones ambientales que se pueden atribuir al contexto del que se rodea la persona (Casullo, 2002). Esto se refiere por ejemplo a que en las pequeñas ciudades se propicia más la satisfacción que en las grandes ciudades. (Casullo, 2002).
- **Modelo humanista:** es el modelo que mantiene una visión integradora, la cual explica que la auto aceptación del sí mismo, el significado vital que tiene el individuo de él mismo, el crecimiento personal, grado de compromiso del sujeto y el establecimiento de buenos vínculos afectivos, son aspectos esenciales que propician la satisfacción (Diener, Emmmons, Larsen y Griffin, 1985).

Para finalizar se puede decir que la Satisfacción con la Vida es un indicativo de felicidad y de bienestar subjetivo, esté es importante en cualquier momento de la vida de una persona, pero creemos que lo es más en la etapa de una mujer embarazada por muchas causas, estas se detallaran a continuación.

4.3 Embarazo

Históricamente el proceso del embarazo y parto se han considerado como fenómeno natural y fisiológico que incluye un trance doloroso lleno de intervenciones médicas en las cuales se ignoraban los aspectos psíquicos y sociales de la mujer gestante. También se dejaba a un lado el papel de la pareja, del padre y hasta se consideraba al niño no nacido como un ser pasivo, cuya

única función era crecer. Sin embargo, con la intención actual de humanizar el proceso del embarazo y la llegada del nuevo ser, la OMS en 1985 promulgó una serie de recomendaciones fundamentales para prestar una atención perinatal adecuada en el proceso del embarazo, como son tener en cuenta los factores sociales, emocionales y psicológicos por los que atraviesa la mujer gestante en dicho periodo, así como valorar el apoyo social con el que cuenta la mujer en todo el proceso y fortalecer los vínculos entre la madre, el hijo y su familia.

Actualmente una de las líneas de investigación psicológica mundial en las últimas décadas ha sido el estudio de la salud mental de la mujer durante el embarazo. Con base en los resultados obtenidos se propuso el concepto de salud mental perinatal, el cual incluye la vigilancia de los riesgos psicológicos que surgen en la mujer durante el periodo perinatal, y que pueden afectar tanto a la madre como al bebé (Austin, 2003 cp. Gómez, López, Aldana, Gonzales, Mota, Sánchez, 2009)

Asimismo, con el desarrollo de la psicología prenatal y de otras ciencias afines se considera al embarazo, nacimiento y puerperio como periodos vitales. De igual forma Ontiveros, López (2010) propone que el embarazo es un proceso complejo, en el que se llevan a cabo cambios importantes en la mujer, a nivel fisiológico, psicológico y social. Entre los fisiológicos se encuentran los cambios hormonales que propician diversos síntomas, entre ellos, la náusea, mareos, entre otros, que no sólo afectan la fisiología de la mujer, sino que favorecen o no cambios a nivel emocional, como es el estado de ánimo. En cuanto al aspecto social, la mujer advierte la diferencia del rol que tendrá, como madre y esposa, sobre todo cuando es el primer hijo. Además para la mujer, la maternidad representa uno de los eventos más importantes en su vida dado que la sociedad y la cultura le han proporcionado un valor especial, estableciendo lo que se espera de ella en esta etapa, cómo debe ser y comportarse para ser una buena madre. Por otra parte, influyen aspectos sociales como la presión que ejerce el que su embarazo no se dé en circunstancias socialmente deseables, es decir, con una pareja estable y en

una situación económica apropiada, lo cual se agrava cuando no cuenta con apoyo familiar por la misma situación (Gómez, Lopez, Aldana, Carreño y Sánchez, 2006).

En cuanto al aspecto psicológico son escasos los estudios que profundizan en esta área. Uno de los autores que investigó este tema fue Torres (2004) quien define al embarazo como una situación natural, resultado de la acción de un instinto básico y que resulta ser la culminación de la sexualidad. Menciona en lo referente al aspecto psicológico del embarazo, que durante este período deben realizarse tareas de maduración emocional que preparan a la mujer para su futuro papel de madre. Esas tareas son esencialmente tres:

1. La aceptación del embarazo, es decir, la adaptación a los inevitables cambios corporales y molestias físicas, así como la aceptación de la amenaza inexorable del parto con sus riesgos y su dolor.
2. La adaptación al papel materno, lo cual implica la aceptación definitiva de que existe un niño y que ese niño impondrá cambios en el rol personal y cambios en la pareja; la asignación al feto de una identidad, y la asunción de una actitud de protección y pertenencia.
3. Por último, el desarrollo de apego materno fetal, que puede describirse como el progreso de la interacción psicológica de la madre con el feto, que se hace progresiva, permanente y que es la base de la futura relación afectiva con el niño.

Aunque estas tareas son parte de un proceso normal no quiere decir que sean fáciles, más bien constituyen una situación de estrés real. En general, el estrés del embarazo es debido al presagio del parto, pero aceptar el embarazo implica no sólo asumir esa amenaza inevitable sino también asumir diversas exigencias como: trastornos físicos que causan inquietud, náuseas, vértigo, cambio del apetito; aumento de peso; deformación corporal; necesidad de acudir al médico y aceptar exploraciones y pruebas (Torres, 2004).

Como puede observarse el estado de gestación es un periodo especial para la mujer durante el cual se manifiesta un gran número de síntomas que desencadenan diversas emociones, entre ellas, ansiedad, depresión e inestabilidad emocional que influyen de diversas maneras en el desenlace del embarazo.

Por su parte, Callico (1995) propone que esta inestabilidad emocional produce que las mujeres embarazadas tengan partos más largos y más complicados. De igual forma diferentes estudios han puesto de manifiesto la relación existente entre variables psicológicas (estrés, depresión, baja autoestima, ansiedad), con partos más prolongados para las mujeres y una mayor cantidad de resultados negativos para el bebé, tales como nacimientos pre término y bajo peso al nacer (Copper, Goldenberg, Das, Elder, Swain, Norman, et al., 1996; Steer, Scholl, Hediger and Fischer, 1992; cp. Marin, Bullones, Carmona, Carretero, Moreno y Peñacoba, 2008).

Aunque ya se conocía que la ansiedad materna puede provocar el parto prematuro o afectar al crecimiento intrauterino del bebé, los estudios más recientes demuestran que el estrés y la ansiedad de la madre pueden además tener repercusiones significativas sobre la salud mental infantil. Para ilustrar esto, la teoría de la programación fetal explica que si hay estrés en algunos momentos críticos de la vida fetal algunas áreas cerebrales se desarrollarían programadas para una situación de estrés constante lo que da lugar a la conducta mal adaptada que se observa posteriormente (Olza y Tejedor, 2007).

Por ejemplo, se sabe que las mujeres que pasaron por acontecimientos vitales estresantes durante el primer trimestre refieren que es frecuente la presencia de náuseas, vómitos y fatiga, estos síntomas están asociados al estrés, ansiedad, falta de comunicación con la pareja, no aceptación del embarazo, escasa información referida al embarazo y cuidado del hijo, insomnio, depresión y otros síntomas somáticos que repercuten en la Calidad de Vida de la gestante; además

debido a esto el embarazo tiene un mayor riesgo de tener un aborto espontáneo o de que su hijo tenga un defecto congénito por una alteración del desarrollo de la cresta neural, como por ejemplo el labio leporino (Gómez, Lopez, Aldana, Carreño y Sánchez, 2006).

De la misma manera, parece que la ansiedad materna en el segundo trimestre del embarazo puede producir cambios persistentes en el sistema de adaptación al estrés del niño (a nivel del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal), cambios que lo harán más vulnerable e incrementarán considerablemente el riesgo de que padezca trastornos de conducta, emocionales o de hiperactividad. También se ha observado una asociación significativa entre la ansiedad materna en el tercer trimestre y las alteraciones de conducta y problemas emocionales en la primera infancia del bebé (Olza y Tejedor, 2007).

Estos hallazgos por sí mismos confirman la necesidad de prevenir, diagnosticar y tratar precozmente los trastornos de ansiedad en el embarazo. Desde luego que los motivos para ello no son sólo la prevención de las patologías mentales en el futuro niño, sino aliviar también el mismo padecimiento de la mujer embarazada. Sin embargo uno de los problemas terapéuticos más observados a lo largo de la literatura ha sido la ausencia de un tratamiento apropiado. Para esto, se han utilizado, entre otros, fármacos antidepresivos aunque ninguno parece ser seguro para el desarrollo del feto (Nahas et al., 1999 cp. Sánchez, Bermúdez y Buéla-Casal, 1997).

Ahora bien, otro de los aspectos que ha sido afectado por las alteraciones emocionales durante el periodo de gestación es el vínculo madre-hijo o apego maternal. Condon y Corkindale (1997) llevaron a cabo un estudio con el objeto de evaluar en qué medida el estado emocional de la mujer embarazada puede influir en el apego maternal de la misma, tanto durante el embarazo como después del mismo, y los resultados del estudio pusieron de manifiesto que las madres con un menor apego a sus hijos eran aquellas que habían presentado niveles de

depresión y ansiedad más altos, así como niveles más bajos de apoyo social, fuera de su relación de pareja. Estos resultados indican por tanto, que el estado psicológico de la mujer durante el embarazo influye notablemente en su apego maternal. En ese mismo sentido, Rodríguez, Pérez y Brito de la Nuez (2004) propone que la vinculación afectiva es fundamental para la Calidad de Vida de la madre, el padre y el bebé, durante y después del embarazo, ya que puede servir de amortiguador a la presión que suele aparecer en algún momento de la gestación y, más adelante, en las tareas de cuidado y crianza.

Es evidente entonces, que si una mujer embarazada pasa por un nivel muy alto de estrés o ansiedad durante su gestación, ésta no sólo afectará su estado emocional sino también podría afectar el desarrollo emocional de su bebé y hasta el vínculo materno-fetal. Sin embargo, emociones intensificadoras de la vida, como la alegría, el regocijo, pueden contribuir significativamente en el desarrollo emocional de un niño sano (Verny 1981 cp. Ojeda, s.f.). Para esto, es recomendable que la mujer embarazada se sienta bien consigo misma, con su entorno y situación, es decir, que se sienta satisfecha con su vida, así podrá transmitirle al bebé todo ese sentir. De todo esto, se desprende la importancia que tiene el estudio de la Calidad de Vida y la satisfacción con la vida en las mujeres embarazadas, por lo que se profundizará en estos temas en el apartado siguiente.

4.3.1 Embarazo y Calidad de Vida.

Actualmente se observa un interés en el estudio de Calidad de Vida y el proceso de embarazo. Tal es éste, que se ha creado un concepto de Calidad de Vida específicamente durante el embarazo, el cual, significa el esfuerzo para que el proceso de gestación, el trabajo de parto y la transición a la maternidad supongan la menor alteración posible en la autonomía real de estas mujeres y entrañe las menores variaciones en sus vidas habituales (Guarino, 2013)

En una investigación llevada a cabo con 42 mujeres adolescentes embarazadas, se observaron puntuaciones globales inferiores en los indicadores

de Calidad de Vida durante el embarazo, cuando se compararon con los promedios de la población general. Estos resultados pusieron de manifiesto la necesidad de facilitar ayuda y consejo psicológico a estas mujeres durante el proceso de embarazo, con la intención de disminuir posibles complicaciones médicas y psicológicas (Drescher, Monga, Williams, Promecene-Cook & Scneider, 2003; cp. Guarino, 2013).

Algunas variables que se han relacionado con la Calidad de Vida en mujeres embarazadas, en estudios recientes son: la sensibilidad emocional, el estilo emocional (rumiación e inhibición emocional) y el afrontamiento al embarazo, nivel de información y apoyo social.

En un estudio sobre el nivel de información y el apoyo social en el embarazo, los resultados indican que la variable apoyo social constituye el único predictor significativo del estatus de salud de las embarazadas, de tal forma que a mayor apoyo social, mayor estatus de salud (física y mental) y mayor su satisfacción con la Calidad de Vida experimentada durante el embarazo, al menos en su primer trimestre de gestación. Además, menor es la presencia de síntomas de somatización, angustia y ansiedad, depresión y deterioro global. En cuanto al nivel de información, indican un nivel moderado de información por parte de las embarazadas de la muestra y una asociación con una mayor Calidad de Vida con respecto a las relaciones sociales (Guarino, Scremín & Borrás, 2013).

En otra investigación que correlacionan la sensibilidad emocional y los estilos de afrontamiento con la Calidad de Vida durante el embarazo, los autores concluyen que las embarazadas que exhiben mayor sensibilidad emocional negativa, es decir, que tienen mayor tendencia a la irritabilidad y reacciones fuertes de ira, temor, vulnerabilidad ante las demandas del entorno, reportan en el primer trimestre de embarazo más síntomas físicos y mayor deterioro psicológico, es decir, mayor depresión, angustia y ansiedad. Como consecuencia de esto, informan menor Calidad de Vida y menos satisfacción en general (Guarino, 2013).

De acuerdo con dicha investigación, y como en el apartado anterior se mencionó, mayores niveles de depresión y estrés durante el embarazo están asociados a un deterioro general de salud y a un mayor riesgo de nacimientos a pre términos y a deterioros madurativos en el feto (Facchinetti y Ottolini, 2004; Orr, Blazer, Sherman y Reiter, 2007; Wadhwa, 2005; cp. Guarino, 2013).

En cuanto a las las formas de afrontamiento más utilizadas por las embarazadas se encuentran el uso de la oración (rezar) y en segundo lugar la interpretación positiva. Y como tipo de afrontamiento disfuncional, afrontamiento por evitación parece convertirse en un factor de riesgo para la salud física y psicológica de la mujer embarazada (Guarino, 2013).

Por último en el estudio sobre el estilo emocional (rumiación e inhibición emocional) y Calidad de Vida en embarazadas se concluye que la rumiación y la inhibición emocional, como formas particulares de manejar y manifestar las emociones frente a las circunstancias cambiantes del entorno, resultaron ser disfuncionales para las mujeres gestantes, en función de su asociación significativa con una mayor presencia de síntomas físicos y psicológicos, así como por su relación con una peor Calidad de Vida percibida. Particularmente, la rumiación mostró tener un impacto mayor sobre la salud física y mental de las embarazadas que la inhibición emocional (Guarino, Scremín & Borrás, 2010).

Para concluir, se puede decir que en todos los estudios anteriormente mencionados, en general, el grupo de embarazadas reportaba una satisfacción moderadamente alta con su Calidad de Vida, en otras palabras, al medir solo la variable Calidad de Vida en la muestra de embarazadas los resultados que se obtenían eran moderadamente buenos.

4.4 El Asesoramiento Psicológico, la Calidad de Vida y Satisfacción con la Vida.

En primer lugar es importante destacar a Carl Rogers como fundador de la corriente humanista y, en consecuencia, de la concepción del asesoramiento psicológico, él propone que un asesor tiene como objetivo lograr que las personas funcionen eficazmente, sean más originales, expresivos, parecidos a los que realmente desean ser, y enfrenten los problemas de manera fácil y adecuada (Rogers, 1961).

En este orden de ideas, se puede citar a Gómez-Vela y Sabeh (2000) que exponen que parte de los beneficios que se desprenden del estudio de la Calidad de Vida hace referencia precisamente a la evaluación de las necesidades reales de la sociedad.

De la misma manera Casado (1995) propone que para lograr este nivel conveniente de felicidad, efectividad y autorrealización personal y social resulta necesario cubrir también las necesidades básicas del ser humano. Por otra parte, es importante destacar que Maslow (1975) y Rogers (1961) comparten la visión de que la psicología humanista desea destacar la salud mental y todos los atributos positivos de la vida, como la felicidad, la satisfacción, el éxtasis, la amabilidad, la generosidad, el afecto, etc.

Seligman (2002) explica que considera la psicología positiva como un mero cambio en la concepción o perspectiva que tenía la psicología, pasando del estudio de los peores aspectos en la vida de los seres humanos, al estudio de factores que producen el bienestar, la satisfacción y que hagan la vida valer. Cabe destacar que la psicología humanista además, concibe que el bienestar está asociado a la valoración del resultado logrado con la forma de haber vivido una persona, lo que incrementa la satisfacción con su vida, además de que esta propuesta parece estar vincular a teorías de desarrollo y teorías del ciclo vital con

el crecimiento personal y el funcionamiento mental positivo del individuo (Casullo, 2002)

En este mismo orden y dirección, Casado (1995) explica que el sistema de asesoramiento psicológico debe ser vinculado a los sistemas educativos, de salud y seguridad social, considerando el proceso de satisfacción de necesidades, deseos, tendencias y etapas de desarrollo de las personas a las cuales se dirige la atención, para lograr de esta manera acciones conjuntas, promover el potencial humano y elevar la libertad de acción.

Por último, Sen (1996) afirma que la obtención del bienestar también incluye la libertad del individuo de elegir entre diferentes formas de vivir, lo cual se podría asociar a la concepción de persona integral que manejan los seguidores del abordaje holístico, donde se considera que ésta puede elegir libremente para hacerse responsable de su comportamiento, y al igual que las dimensiones de Calidad de Vida sugeridas por la OMS,

Losada (1995) propone además que debe considerarse que este individuo que representa un sistema de unicidad conformada, interactúa y mantiene transacciones con los demás, añadiéndose en el enfoque humanista, que se percibe como un ser consciente de sí mismo, racional, activo, capaz de crear y en constante proceso de devenir.

En conclusión se puede decir que un aporte significativo de parte del Asesoramiento Psicológico podría ser la inclusión de terapias individuales y acompañamiento psicológico dentro de los cursos prenatales y consultas de control médico tanto en clínicas privada como instituciones públicas, para ayudar a la mujer embarazada primeriza en la adaptación de esta nueva etapa de su vida

Una vez mostrado la fundamentación teórica del presente estudio, se presenta a continuación el marco metodológico.

5. MARCO METODOLOGICO

En este apartado se detalla la metodología utilizada para el logro de los objetivos propuestos en este trabajo. Incluyendo la definición de las variables de interés, instrumentos de medición y el tipo, diseño, población y muestra de la investigación.

5.1 Tipo de Investigación

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2006), esta investigación es de tipo descriptiva y correlacional ya que se busca describir las variables Satisfacción con la Vida y la Calidad de Vida en mujeres embarazadas y además correlacionar dichas variables. Como se puede ver, la investigación de tipo descriptiva busca especificar las propiedades importantes de las personas, grupos o fenómenos que sean sometidos a análisis. Este tipo de estudio mide de manera independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver. Y con respecto a los estudios correlacionales, los autores señalan que una investigación de este tipo pretende asociar variables mediante un patrón predecible para un grupo o población.

5.2 Diseño de Investigación

Según Hernández y cols. (2006) se trata de un estudio no experimental transeccional dado que no se manipulan variables independientes para identificar su efecto sobre otras dependientes; el propósito que se persigue es observar un fenómeno ya ocurrido para su posterior análisis, además de indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan las variables en un momento dado.

5.3 Población

Mujeres embarazadas por primera vez de la zona Metropolitana de Caracas.

5.4 Muestra

La muestra a emplearse según Hernández y cols. (2006), es no probabilística intencional ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las causas relacionadas con las características de la investigación.

La muestra empleada en la investigación consta de 153 mujeres embarazadas.

5.5 Criterio de Inclusión

Mujeres que estén en periodo de gestación, que asistan a control prenatal en las siguientes maternidades: Clínica Dr. Jiménez Rojas; Maternidad Consciente Aquamater, Hospital Clínico Universitario; Maternidad Santa Ana. Con edades comprendidas entre 18 y 45 años.

5.6 Contexto de Estudio

El estudio se realizó en dos clínicas privadas como lo son: Clínica Dr. Jiménez Rojas y Maternidad Consciente Aquamater. Dos hospitales públicos: Hospital Clínico Universitario, y Maternidad Santa Ana, específicamente en áreas de maternidad y consultorios de gineco-obstetricia, tomando en cuenta que debido a la condición de las maternidades especificadas, existirá un grupo que pague la consulta prenatal y otro grupo de mujeres que asiste gratuitamente a dicha consulta. Cabe mencionar que se tuvo en cuenta el espacio físico con el que se conto para la aplicación de las escalas.

5.7 Variables

5.7.1 Variables de estudio:

- Calidad De Vida

Definición teórica o constitutiva: Percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (OMS, 2005).

Definición operacional: es la calificación positiva obtenida hacia alguno de los 4 campos de trabajo que conforman la World Health Organization Quality of Life-Bref distribuidos en 26 ítems.

- Satisfacción con la Vida.

Definición teórica o constitutiva: valoración global que la persona hace sobre su vida general, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con lo que esperaba obtener, sus expectativas (Diener y cols, 1985).

Definición operacional: es la calificación obtenida en la Escala de Satisfacción con la Vida (ESV) de Diener, Emmons, Larsen & Griffin (1985).

5.7.2 Variables seleccionadas:

- Edad

Definición teórica o constitutiva: Tiempo que ha vivido el sujeto desde el momento de su nacimiento hasta su participación en este estudio (El pequeño Larousse ilustrado, 1999).

Definición operacional: Valor numérico otorgado por los sujetos que hace referencia al tiempo que ha transcurrido desde su nacimiento hasta su participación en este estudio.

- Estrato social

Definición teórica o constitutiva: Clasificación de la población según las características culturales, sociales, económicas y de vivienda, determinadas por las relaciones entre los individuos que la componen y su estructura económica (Méndez y Méndez, 1999).

Definición operacional: Cantidad de respuestas con tendencia favorable hacia alguno de los cuatro campos de trabajo que componen el Método de Estratificación Social Graffar- Méndez Castellano (1999), con el cual se obtendrán datos sobre las variables: profesión jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia, condiciones de alojamiento.

- Tiempo de gestación:

Definición teórica o constitutiva: La edad gestacional se define como el tiempo medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha en que se efectúa la medición (Rivera, 2008).

Definición operacional: hace referencia a las semanas en que se encuentra la mujer en su embarazo.

- Ocupación:

Definición teórica o constitutiva: el concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer (Palomino, 2012).

Definición operacional: que responda en que actividad dedica su tiempo diariamente.

5.7.3 Variables no controladas:

Características o rasgos de personalidad: no se realizara la medición de otras variables personales que pudieran influir en la satisfacción con la vida y Calidad de Vida, como por ejemplo control personal, autoestima, autoconcepto, entre otros.

5.8 Instrumentos de Recolección

En la presente investigación se emplean tres instrumentos de medida, el primero responde a la escala World Health Organization quality of Life (OMS, 2000), el segundo hace referencia a la escala de satisfacción con la vida (ESV) de Diener, Emmons, Larsen & Griffin (1985), y por último el Método de Estratificación Social Graffar Méndez-Castellano (1999), por este motivo se presenta a continuación la descripción de los mismos:

- 1) Escala World Health Organization Quality of Life- Bref (WHOQOL-BREF) (ver anexo 1): La Organización Mundial de la Salud desarrolló la escala WHOQOL-Bref, la cual es la segunda versión de la escala original que consta de 26 ítems presentados en una escala de 5 puntos, donde a cada numeración corresponde una valoración constitutiva, siendo en el ítem 1: muy mala, mala, ni buena ni mala, buena y muy buena, en el ítem 2 y del 16 al 25: muy insatisfecho, un poco insatisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, satisfecho y muy satisfecho, del ítem 3 al 6: en lo absoluto, poco, cantidad moderada, mucho y demasiado, del ítem 7 al 9: en lo absoluto, muy poco, moderadamente, mucho y extremadamente, del ítem 10 al 14: en lo absoluto, muy poco, poco, en gran medida y completamente, al ítem 15 corresponden las opciones: en lo absoluto, muy poco, moderadamente, mucho y extremadamente, y por último al ítem 26 corresponden las opciones: nunca, rara vez, algunas veces, frecuentemente y siempre. Tanto la versión original de 100 ítems como la breve (a utilizarse en esta investigación), muestran validez discriminante, validez de contenido y confiabilidad, existiendo una correlación de 0,9 entre ambas escalas. Esta escala ha sido estudiada utilizando muestras conformadas por personas sanas y enfermas, con un rango de edad entre 12 y 97 años, representando una medida de la Calidad de Vida que toma en consideración diferentes situaciones y grupos de población, produciendo puntuaciones en torno a las siguientes dimensiones (OMS, 2005):

Tabla 1: Dimensiones de la escala WHQOL-Bref

DIMENSIONES	FACETAS
FISICA	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor y malestar • Energía y fatiga • Dormir y descansar
PSICOLOGICA	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos positivos • Pensamientos, aprendizaje, memoria y concentración • Autoestima • Imagen corporal y apariencia • Sentimientos negativos
RELACIONES SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones interpersonales • Apoyo social • Actividad sexual
ENTORNO	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad física y cuidado • Entorno familiar • Recursos financieros • Salud y cuidado social: Disponibilidad y calidad

Fuente: World Health Organization (2005)

A continuación detallaremos cada una de las Dimensiones y facetas de la escala WHQOL-Bref.

- Dimension física

1. Dolor y malestar.

Esta faceta explora sensaciones físicas desagradables experimentadas por una persona y, la forma en que estas sensaciones son estresantes e interfieren con la vida. Las preguntas en esta faceta incluyen el control que tiene esta persona sobre el dolor y la facilidad con la que puede alcanzar el alivio. La asunción realizada de que es más fácil revivir desde el dolor y temer menos al dolor tiene sus efectos en la Calidad de Vida. Similarmente cambios en los niveles de dolor pueden ser más dolorosos que el dolor propiamente dicho. Aun cuando una persona no percibe realmente el dolor, ya sea tomando drogas o por la propia naturaleza del mismo, su Calidad de Vida puede ser afectada por el constante tratamiento del mismo. Se reconoce que las personas responden al dolor de forma diferente y difiere la tolerancia de aceptación de éste, por lo que varía el efecto que tiene este impacto sobre la Calidad de Vida.

Se toma en cuenta sensaciones físicas desagradables así como la rigidez, dolores crónicos y de poca duración, e incluso picazón. El dolor puede ser juzgado si una persona reporta presentarlo, aún si no existe una razón médica para esto.

2. Energía y fatiga.

Esta faceta explora la energía y el entusiasmo que una persona desarrolla para llevar a cabo tareas necesarias de la vida diaria y una rutina, así como también la ejecución de actividades recreativas. Esto puede extenderse hasta reportes de discapacidad por agotamiento de acuerdo a los niveles de energía que realmente sienten. El cansancio puede ser resultado de un gran número de causas, por ejemplo enfermedades, problemas de depresión o sobreesfuerzo.

El impacto de la fatiga en las relaciones sociales, el incremento de la dependencia en otros por fatiga crónica y toda razón de ésta se encuentra fuera del alcance de

la escala, sin embargo esto se encuentra implícito en las preguntas concernientes a las facetas específicas de actividades diarias y relaciones interpersonales.

3. Dormir y descansar.

A esta faceta le concierne qué tanto se duerme y descansa, y cómo los problemas en esta área afectan la Calidad de Vida en las personas. En cuanto a los problemas para dormir se incluye la dificultad para ir a dormir, despertarse durante la noche o prematuramente en la mañana y la capacidad de volver a dormirse y descansar durante el sueño.

El foco de esta faceta se encuentra en si el sueño es perturbado o no; esto puede ser por cualquier razón, puede estar relacionado con la persona o con el medio ambiente.

Las preguntas en esta faceta no incurren en aspectos específicos del sueño como despertarse del mismo si la persona ingiere pastillas para dormir, y las cuestiones sobre si la persona depende de sustancias (ej: pastillas para dormir) que ayuden a dormir; son cubiertas en una faceta separada.

- Dimensión Psicológica

4. Sentimientos positivos

Esta faceta examina qué tanto una persona experimenta sentimientos positivos de alegría, balance, paz, felicidad, esperanza, placer y disfrute de las cosas buenas de la vida. El punto de vista de una persona y sus sentimientos acerca del futuro son vistos como parte importante de la faceta. Para muchos respondientes esta faceta puede ser considerada como un sinónimo de Calidad de Vida. Los sentimientos negativos no están incluidos debido a que se toman en cuenta en otra área.

5. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración

Esta faceta explora el punto de vista de una persona sobre sus pensamientos, aprendizaje, memoria, concentración y habilidad para tomar decisiones. Aquí se incorpora la velocidad y claridad del pensamiento. Incluye las preguntas sobre si una persona está alerta, consciente o despierto, la base de estas ideas, memoria y concentración. Se reconoce que algunas personas pueden no tener conocimiento de sus dificultades cognitivas, y en estos casos resultan necesarias algunas evaluaciones adicionales para la valoración subjetiva de la persona; un problema similar puede ser la resistencia a admitir dificultades en esta área que presentan algunos respondientes.

6. Autoestima

Esta faceta examina cuáles son los sentimientos de la persona sobre sí misma. Ésta cubre desde los sentimientos positivos a los extremadamente negativos sobre sí mismos. Se examina la valoración que se posee como persona. Este aspecto de autoestima incluye los sentimientos que tiene una persona sobre su autoeficacia, satisfacción consigo misma y control. Las preguntas que incluyen los sentimientos sobre sí mismos se encuentran en diferentes rangos: la capacidad de llevarse bien con otras personas; su educación; su habilidad de cambiar o adaptarse a tareas específicas o comportamientos; las relaciones familiares; y su sentido de dignidad y auto-aceptación. La autoestima de algunas personas depende ampliamente de su funcionamiento, en el trabajo, en el hogar y cómo son percibidos por otras personas. En algunas culturas la autoestima es en realidad la estima que se posee dentro de la familia, más que valoración individual. Las inferencias a las preguntas serán interpretadas por los respondientes dependiendo de sus significados y posiciones en la vida.

Estas preguntas no incluyen referencias específicas a imagen corporal o relaciones sociales, dado que estos aspectos se incluyen en otras áreas. Sin embargo, si bien el sentido de autovaloración viene dado también por estas áreas,

son cubiertas en un nivel más general. Se reconoce que algunas personas tienen dificultades para hablar al respecto, por lo que las preguntas procuran tomar este factor en cuenta.

7. Imagen corporal y apariencia

Esta faceta examina el punto de vista de la persona sobre su propio cuerpo. Se incluye si la apariencia del cuerpo es vista en forma positiva o negativa. El foco es la satisfacción de la persona con la forma en que luce y los efectos de esto en su auto-concepto. La faceta incluye si perciben o existen realmente impedimentos físicos que se puedan corregir (e.j: maquillaje, vestuario, prótesis, etc.).

La forma como otras personas responden a la apariencia del sujeto afecta considerablemente su auto-imagen corporal. La enunciación de las preguntas pretenden fomentar que las personas respondan cómo se sienten realmente más que la forma como piensan que deberían responder. Además, las cuestiones se formulan de manera que incluyan si la persona se siente feliz con la forma en que luce así como también incluye a quienes tienen alguna discapacidad física severa.

8. Sentimientos negativos

Esta faceta se refiere a qué tanto la persona experimenta sentimientos negativos, incluyendo desánimo, culpa, tristeza, llanto, desesperación, nerviosismo, ansiedad y pérdida de placer en la vida. En esta área se incluye la consideración de cómo los sentimientos negativos y dolorosos impactan en el funcionamiento diario de la persona. Las preguntas se formulan de manera que incluyan a las personas con dificultades psicológicas muy discapacitantes como depresión, manía o ataques de pánico.

Las preguntas no incluyen deficiente concentración o la relación entre los afectos negativos y su impacto en las relaciones sociales de la persona dado que estos aspectos son cubiertos en otra área. Tampoco se incluyen detalles con relación a la gravedad de los sentimientos negativos.

- Dimensión: Relaciones sociales

9. Relaciones interpersonales

Esta faceta examina la manera en que las personas sienten el compañerismo, amor y el deseo de afianzar relaciones íntimas en su vida. Este aspecto también se ocupa del compromiso, la experiencia actual y ofrecimiento de cuidado a otras personas.

Se incluye la habilidad y oportunidad de amar, de ser amado y de intimar con otros, física y emocionalmente. Esto se extiende a aquellas personas que sienten que pueden compartir momentos tanto de felicidad como de angustia con un ser amado, y la sensación de amar y ser amado es incluida. Los aspectos físicos de intimidad tales como abrazarse o tocarse también son incluidos. Es de reconocerse, sin embargo, que esta faceta probablemente se superpone considerablemente con la intimidad en el sexo, la cual es cubierta en la faceta de Actividad Sexual.

Las preguntas incluyen si una persona siente satisfacción al cuidar a otro, o si esto implica un problema para el mismo. La posibilidad de que esto resulte una experiencia positiva o negativa está implícita en la faceta.

Este aspecto también se ocupa de todos los tipos de relaciones amorosas, como una estrecha amistad y matrimonios tanto para parejas homosexuales como heterosexuales.

10. Apoyo social

La faceta examina qué tanto compromiso siente una persona, aprobación y disponibilidad de los familiares y amigos para ofrecer asistencia. Las preguntas exploran qué tanto los familiares y amigos comparten la responsabilidad y trabajo mutuo para resolver los problemas familiares y personales. El foco de la faceta

radica en qué tanto una persona siente el apoyo de su familia y amigos, particularmente en qué medida podría depender de este apoyo en una crisis.

Esto incluye qué tanto una persona siente que recibe la aprobación y estímulo de la familia y amigos. El rol potencialmente negativo de los amigos y familiares de la persona es incluido en esta faceta y las preguntas están formuladas de manera que puedan ser registrados los abusos físicos y verbales.

11. Actividad sexual

A esta faceta le concierne el instinto y deseo sexual de una persona, y se extiende a la capacidad de expresar y disfrutar este deseo sexual apropiadamente.

El deseo sexual y la intimidad para muchas personas se encuentran entrelazados. Sin embargo, las preguntas incurren únicamente en el impulso sexual, expresión y cumplimiento sexual, con otras formas de intimidad física que son cubiertas más adelante. En algunas culturas, la fertilidad es central en esta faceta, teniendo los niños un papel muy valorado. Las preguntas no incluyen sentencias de valoración en torno al sexo, se orientan únicamente a la influencia de la actividad sexual en la Calidad de Vida de la persona. De esta manera, la orientación sexual de la persona y sus prácticas sexuales no son vistas como relevantes en sí mismas: el foco de esta faceta es más bien el deseo de éste, la expresión, la oportunidad y el cumplimiento del acto sexual.

- Dimensión: Entorno

12. Seguridad física y cuidado

Esta faceta examina la sensación de una persona sobre su cuidado y seguridad ante cualquier daño físico. Las amenazas a la seguridad pueden surgir de cualquier fuente así como por parte de otras personas u opresión política. Esta faceta se relaciona directamente con la sensación de libertad de la persona. Las

preguntas están formuladas de manera que las respuestas agrupen desde las personas que tienen la oportunidad de vivir sin limitaciones, hasta las que se encuentran en una vecindad donde se sienten inseguros y oprimidos.

Las preguntas incluyen qué tantos recursos de protección piensa una persona que tiene y que pueden protegerlo o proteger su sensación de seguridad. Esta faceta tiene particular significado para ciertos grupos, como las víctimas de desastres, las personas sin hogar, personas con profesiones peligrosas, relacionados con delincuentes, y víctimas de abuso.

Las preguntas enfatizan en los sentimientos de la persona con relación a su seguridad/ falta de cuidado, seguridad/ e inseguridad, en la medida que éstos afectan en la Calidad de Vida.

13. Entorno familiar

Esta faceta examina el principal lugar donde vive la persona (por lo mínimo en donde duerme y conserva la mayor parte de sus posesiones), y la forma en la que éste impacta en la vida de la persona. La calidad del hogar debe evaluarse sobre la base de la comodidad y el ofrecimiento de un lugar seguro para que la persona resida.

Otras áreas son incluidas implícitamente: si se encuentra lleno de personas, cantidad de espacio disponible, limpieza, oportunidad de privacidad, asequibilidad (como la electricidad, lavabo, corriente de agua) y la calidad de la construcción del edificio (como fugas en el techo y humedad).

La calidad de la vecindad inmediata al hogar es importante para la Calidad de Vida, por ello las preguntas incluidas hacen referencia a las vecindades inmediatas. Las preguntas están formuladas de manera que incluyen la palabra “hogar”, esto es, donde la persona vive con su familia. Sin embargo, las preguntas también se formularon de forma que incluyeran a las personas que no viven en el mismo lugar que su familia, como en refugios, o personas que viven en

instituciones. No es usualmente posible hacer preguntas que permitan a las personas sin hogar responder significativamente.

14. Recursos financieros

Esta faceta explora el punto de vista de la persona sobre sus recursos financieros (y otros recursos canjeables) y esto se extiende a los recursos que satisfacen las necesidades de salud y comodidad en el estilo de vida. El foco se encuentra en el impacto que tiene en la Calidad de Vida lo que la persona puede proporcionarse o no.

Las preguntas incluyen la sensación de satisfacción/insatisfacción con los ingresos de la persona que le permite adquirir, así como también la sensación de dependencia/independencia que los recursos financieros (o recursos canjeables) le proveen a una persona, y el sentimiento de poseer suficiente.

La evaluación se lleva a cabo de forma independiente del estado de salud o si la persona se encuentra empleada. Es de conocimiento que la perspectiva de una persona sobre la suficiencia de los recursos financieros, como satisfacción de necesidades, etc., puede variar mucho, por lo que las preguntas están formuladas de manera que esta variación pueda presentarse.

15. Salud y cuidado social: Disponibilidad y calidad

Esta faceta examina el punto de vista de la persona con relación a la salud y el cuidado social en las vecindades cercanas, considerando “cerca” como el tiempo que toma para obtener ayuda.

Las preguntas incluyen el punto de vista de la persona sobre la disponibilidad de los servicios sociales y de salud, así como la calidad y la exhaustividad del cuidado que recibe o expectativas que espera recibir de estos servicios que son necesarios. Las preguntas incluyen el apoyo voluntario de la comunidad (beneficencia de religiones, templos...) los cuales también suplementan o podrían

ser el único sistema de cuidado de salud disponible en el entorno de la persona. Las preguntas envuelven qué tan fácil/difícil es alcanzar servicios sociales o establecimientos de salud y llevar a amigos o familiares a estas instalaciones.

El foco se encuentra en el punto de vista de la persona sobre los servicios sociales y de salud. Las cuestiones no preguntan qué aspectos de cuidado de salud tienen un significado personal particular o relevancia para quien responde a la misma.

16. Oportunidades para adquirir nueva información y habilidades

Esta faceta examina la oportunidad y deseo de la persona de aprender nuevas habilidades, adquirir nuevo conocimiento, y sentirse en contacto con lo que está sucediendo. Esto puede ser a través de programas de educación formal, clases de educación para adultos o a través de actividades recreacionales, en grupo o solo (ej. Leer).

Esta faceta incluye si la persona se siente en contacto y tiene noticias sobre lo que está sucediendo, lo cual para algunas personas es amplio (las “noticias mundiales”) y para otros es más limitado (chismes de pueblo). No obstante, el sentimiento de estar en contacto con lo que sucede en torno a ellos es importante para muchas personas y por esto es incluido.

La atención se centra en las posibilidades que tiene una persona para cubrir su necesidad de información y conocimiento, lo cual puede referirse a conocimientos en el sentido de la educación, o noticias nacionales, internacionales o regionales, que tienen cierta importancia en la Calidad de Vida de la persona.

Las preguntas están formuladas con la finalidad de captar estos diferentes aspectos de adquisición de nuevas habilidades e información que va desde las noticias mundiales y locales a la educación formal y formación profesional. Se trata de preguntas que serán interpretadas por los encuestados de acuerdo a la forma en la que esto sea relevante y significativo en la posición de su vida.

17. Participación en oportunidades de recreación y ocio

Esta faceta explora la capacidad de la persona, inclinación y oportunidades de participación en pasatiempos, relajación y ocio.

Las preguntas incluyen todas las formas de pasatiempos, recreación y relajación que pueden incluir desde ver a los amigos, hacer deportes, leer, ver televisión, invertir tiempo con la familia, o no hacer nada.

El foco de las preguntas tiene tres aspectos: la capacidad de la persona, oportunidades de disfrute, y recreación y relajación.

18. Entorno físico (contaminación/ ruido/ tráfico/ clima)

Esta faceta examina el punto de vista de la persona sobre su entorno. Esto incluye el ruido, la contaminación, clima y estética en general del entorno, si esto puede mejorar o afectar negativamente la Calidad de Vida. En algunas culturas ciertos aspectos del entorno pueden tener particular incidencia en la Calidad de Vida, así como la disponibilidad de agua o la contaminación del aire.

Esta faceta no incluye entorno familiar o transporte, dado que estos aspectos son cubiertos en facetas separadas.

19. Transporte

Esta faceta examina el punto de vista de la persona sobre que tan fácil o disponible le resulta encontrar y utilizar los servicios de transporte para moverse.

Las preguntas incluyen algunos medios de transporte que pueden estar disponibles para la persona (bicicleta, carro, autobús...). La atención se centra en la forma en la que la disposición de transporte le permite a la persona realizar sus tareas necesarias de la vida cotidiana, así como también la libertad para elegir actividades a realizar.

Las preguntas no incurren en el tipo de transporte ni los medios que utiliza la persona para moverse en su hogar. Además, la movilidad de la persona está incluida en otras áreas.

Estos cuatro dominios se han considerado más apropiados para la WHOQOL-Bref, debido a que se muestra superior al modelo de los seis factores en términos de “grado de ajuste”, tanto para las poblaciones sanas como las enfermas. La WHOQOL-Bref Australiana contiene un ítem de cada una de las 24 dimensiones contenidas en la WHOQOL-100, más dos ítems de las dimensiones de Calidad de Vida total y salud en general. Fue desarrollada en base a la información disponible sobre la WHOQOL-100 en todos los centros WHOQOL coordinados por el centro de Ginebra, convirtiéndose esta versión corta en la preferida por muchos investigadores, especialmente cuando el estudio involucra repetir medidas, grandes estudios epistemológicos, ensayos clínicos y cuando los respondientes tienen dificultades para completar la versión larga. Como en la WHOQOL-100, todos los ítems de la WHOQOL-Bref son puntuados en una escala de 5 puntos (Alvarez, 2009).

Con la WHOQOL-Bref se han realizado diversos estudios para la obtención de la confiabilidad y validez entre los que se pueden encontrar la Revisión de la Escala World Health Organization Quality of life – bref (whoqol - bref) en estudiantes de la Universidad Central de Venezuela; en el mencionado estudio que demostró que los índices de confiabilidad de la prueba resultaron favorables. El análisis factorial demostró cuatro componentes que explican la varianza de la escala. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al correlacionar las dimensiones y las variables seleccionadas: sexo, edad y estrato socioeconómico (Alvarez, 2009).

En cuanto a la administración del test, la WHOQOL-Bref fue diseñada para ser auto-administrada, pero puede ser aplicada por un entrevistador si es necesario. Se sugiere que la autoadministración para personas “sanas” y alfabetos (as) se

lleva a cabo en aproximadamente 5 minutos, mientras que con la administración de un entrevistador se requieren de 15 a 20 minutos. Además, para la autoadministración, se les debe ofrecer a los participantes un lugar tranquilo para completarlas, libre de distracciones e influencias de otras personas. Los ítems deben responderse en el orden en los cuales aparecen en la misma y no debe ser alterada.

En lo que respecta a los puntajes obtenidos a través de la escala WHOQOL-Bref, a través de la aplicación de la escala se pueden obtener cuatro puntajes de cada dimensión (los cuales se puntúan en una escala del 0 al 100) y de dos de los ítems individuales correspondientes a la evaluación de salud y Calidad de Vida en general (puntados en una escala del 1 al 5). Ambos puntajes se calculan en dirección positiva y se considera que valores elevados en los mismos indican alta Calidad de Vida. Para calcular los puntajes de las cuatro dimensiones y de los dos ítems individuales, se lleva a cabo la sumatoria de los puntajes obtenidos en cada una de las preguntas incluyentes.

Para fines de esta investigación se realizó un Baremo de este escala, ya que los números que miden un rasgo psicológico en un test psicológico se llaman puntuaciones directas y éstas no tienen un significado preciso si no se les compara con una tabla de normas (baremo), que ha sido previamente construido con las puntuaciones que en el test han obtenido un grupo de sujetos llamado grupo normativo. Así que, basándose en que todos los ítems son puntados en una escala de 5 puntos y que además los puntajes que se obtienen de cada dimensión se puntúan en una escala del 0 al 100, el baremo se dividió en 5 categorías las cuales son:

Tabla 2. Baremo de la escala WHOQOL-Bref

Categoría	Intervalo de Frecuencia
MUY BAJO	0-19
BAJO	20-39
MEDIO	40-59
ALTO	60-79
MUY ALTO	80-100

Fuentes: Autores

El nombre de las categorías se colocó tomando en cuenta otros instrumentos de Calidad de Vida revisados.

2) Escala de satisfacción con la vida (ESV) (ver anexo 2):

Fue creada por Diener, Emmons, Larsen & Griffin en el año de 1985, está compuesta por 5 ítems, y evalúa el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su vida, los individuos indican su grado de acuerdo y desacuerdo en una escala de 5 puntos tipo Likert que va desde “definitivamente en desacuerdo” (0) hasta “definitivamente de acuerdo” (4). Los 5 ítems de la escala fueron seleccionados de un grupo de 48 ítems basados en el análisis factorial. El rango de puntuación va de 0 a 35 puntos, donde altas puntuaciones indican altos grados de satisfacción.

La corrección de la prueba se realiza asignando a cada ítem un valor de acuerdo a la alternativa seleccionada, luego se suman para obtener una puntuación total en la prueba. A continuación se señalan las alternativas y su valor correspondientes: “definitivamente en desacuerdo” (0), “un tanto en desacuerdo”

(1), “ni en desacuerdo ni en acuerdo” (2), “un tanto en desacuerdo” (3), “definitivamente de acuerdo” (4).

Con esta escala se han realizado diversos estudios para la obtención de la confiabilidad y validez, en la que se puede destacar la investigación realizada por Cabañero, Martínez, Cabrero, Orts, Reig y Tosal (2004) donde se examinó la fiabilidad de la escala en 588 mujeres embarazadas a través del alfa de Cronbach, cuyo valor fue de 0,82. El análisis de componentes principales mostró un único factor que explicaba el 58,6% de la varianza. Otra investigación relevante fue la tesis realizada en la Universidad Simón Bolívar por Guzmán (2007) en la cual se traduce, adapta y valida la Escala de Satisfacción con la vida (ESV) en una muestra de 552 estudiantes universitarios entre 16 y 48 años de edad. Los resultados obtenidos muestran valores altos (superiores a 0.90) que indican claramente el factor al que teóricamente pertenecen, en consecuencia puede concluirse que la ESV (2000) tiene una adecuada validez de constructo. Además se obtuvo un alfa de Crombach de .967 lo que afirma que los ítems miden aspectos de una misma dimensión.

3) Método Graffar- Méndez Castellano (ver anexo 3)

Es un método que permite estratificar socialmente a la población venezolana y representa una herramienta que permite evaluarla considerando las características culturales, sociales, económicas y de vivienda, las cuales se encuentran determinadas por las relaciones entre los individuos y la estructura económica, los sujetos son clasificados en estratos sociales con base a la selección de cuatro variables que se consideran fundamentales: Profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia y condiciones de alojamiento (Méndez, 1999).

Cada variable posee cuatro categorías para elegir la que más se ajusta a la realidad del sujeto, selección que representa la puntuación que obtiene la persona en cada rango según la numeración que corresponde a la casilla respectiva. Las

alternativas de escogencia se presentan a continuación, indicando la puntuación correspondiente a cada una según la ordenación que reciben y una breve descripción de las mismas:

- Profesión del jefe de familia
 1. Profesión universitaria, financistas, banqueros, empresarios, comerciantes, ganaderos y hacendados, todos de alta productividad. Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de educación superior): Esta categoría abarca a las personas con títulos universitarios, títulos de politécnicos universitarios o institutos pedagógicos, propietarios de empresas de gran productividad. Grandes comerciantes y productores, reconocidos creadores de literatura y música, además de los sujetos con alta remuneración que ocupan posiciones de alta gerencia o dirección en empresas de productividad elevada.
 2. Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores: Representa a las personas egresadas con título de institutos y colegios universitarios, artistas de notoria aceptación de sus creaciones, dueños o gerentes generales de empresas que emplean entre 10 y 100 personas.
 3. Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores: Incluye a las personas egresadas de escuelas normales y técnicas de nivel medio, bachillerato diversificado técnico medio, empleados de organismos públicos o privados que poseen como mínimo la formación de bachilleres.
 4. Obreros especializados, parte de los trabajadores del sector informal de la economía (que no poseen título profesional): Engloba a todos los obreros calificados o especializados que tienen la primaria aprobada y han realizado cursos de capacitación o entrenamiento práctico con relación al servicio que ofrecen.

5. Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía: Agrupa a los obreros no calificados y a los trabajadores del sector informal de la economía, cuyas condiciones de trabajo, ocupación, ingreso o rendimiento son precarios, inestables y además no tienen la primaria completa.

- Nivel de instrucción de la madre

1. Enseñanza universitaria o su equivalencia: Se incluyen a las mujeres egresadas de universidades, pedagógicas, politécnicas y colegios universitarios.

2. Enseñanza superior completa. Técnica superior completa: Egresadas de bachillerato con título de escuelas normales, institutos de formación docente, técnica media e institutos de técnica superior (con título).

3. Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior: Secundaria incompleta representa a aquellas personas que han estudiado como mínimo hasta el 9no grado de educación básica (completo), mientras que técnica inferior incluye a las que tienen primaria completa o secundaria incompleta, y que han realizado cursos debidamente calificados con obtención de certificado correspondiente a una duración mínima de 2 años.

4. Enseñanza primaria o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria): Incluye a las personas que han estudiado algún grado de educación primaria o han cursado sólo 7mo, 8vo o 9no grado de educación básica pero incompleta, y saben leer y escribir.

5. Analfabetas: Esta categoría engloba a las personas que no saben leer ni escribir, así hayan cursado algunos grados de educación primaria.

- Principal fuente de ingreso de la familia

1. Fortuna heredada o adquirida: La familia vive de rentas producidas por dinero adquirido o heredado.

2. Ganancias, beneficios, honorarios profesionales: El ingreso familiar se origina de las utilidades de un negocio o una empresa, así como también de altos honorarios profesionales percibidos por los sujetos que ejercen profesiones liberales.

3. Sueldo mensual: El ingreso procede de la remuneración mensual.

4. Salario semanal, por día, entrada a destajo: Se incluyen las personas que realizan trabajos ocasionales con ganancias pequeñas o medianas pero inestables, así como también se circunscribe la buhonería (independientemente del monto) en esta categoría.

5. Donaciones de origen público o privado: Agrupa las ayudas económicas o subsidios otorgados por instituciones públicas o privadas, donaciones de origen familiar y la manutención económica de un pariente o persona que vive en el hogar.

- Condiciones de vivienda

1. Vivienda en óptimas condiciones sanitarias y ambientes de gran lujo y grandes espacios: Hace referencia a viviendas muy lujosas, ubicadas en urbanizaciones residenciales, donde el valor de la vivienda y el terreno es muy elevado. Además, los residentes de este tipo de vivienda suelen movilizarse en transporte propio.

2. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso, y suficientes espacios: Implica condiciones sanitarias óptimas, áreas espaciales y bien diferenciadas, con número adecuado de baños y habitaciones para los miembros de la familia, ubicada en una urbanización residencial, donde el valor del terreno es elevado pero se utilizó menor cantidad que en el caso anterior para la construcción de la vivienda.

3. Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2: Puede estar ubicada en zonas

residenciales, industriales o comerciales, el valor del terreno es menor que en los casos anteriores, así como también la cantidad de habitaciones y lujo.

4. Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias: Casas o apartamentos de construcción sólidas pero con deficiencias en ciertas condiciones sanitarias, tales como: número de baños, agua, electricidad, luz natural, ventilación. Generalmente están ubicadas en zonas comerciales o industriales.

5. Rancho o vivienda con espacios insuficientes y condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas: Esta categoría comprende las viviendas improvisadas, construidas con materiales de desecho (rancho, casas de vecindad, barracas), o construcciones de relativa solidez pero con falta de mantenimiento, condiciones sanitarias acentuadamente inadecuadas, hacinamiento y promiscuidad. Pueden carecer de agua corriente, disposición de la basura y excretas, en la mayoría de los casos se ocupa sin derechos legales y se ubican en los comúnmente llamados „barrios marginales“.

Finalmente, para la obtención del estrato social del sujeto, se utiliza el siguiente baremo para clasificar su puntuación total

Tabla 3. Cálculo del Estrato Social.

Cálculo del Estrato Social. Total Valor Obtenido	Estrato social	Denominación de Nivel
4, 5, 6	I	Clase Alta
7, 8, 9	II	Clase Media Alta
10, 11, 12	III	10-11 Clase Media 12-Clase Media Baja
13, 14, 15, 16	IV	Pobreza Relativa
17, 18, 19, 20	V	Pobreza Crítica

Fuente: Méndez (1999)

Las ponderaciones 4, 5, 6 corresponden al estrato I que reúne las máximas condiciones de una Alta Calidad de Vida. Puede llamarse también clase alta. Las ponderaciones 7, 8, 9 corresponden al estrato II que se diferencia con el estrato I en relación a los grandes lujos y al no ser poseedores de los medios de producción como son en el estrato I. este estrato puede denominarse clase media alta.

La Calidad de Vida desciende en el estrato III las cuales son de puntuaciones 10, 11, 12 y denominados clase media baja.

Al llegar al estrato IV comienza la situación de pobreza relativa y puede definirse como clase obrera no desempleada y con determinado nivel de escolaridad, en este los puntajes son 13, 14, 15, 16. Ya el estrato V se define como pobreza crítica porque implica un altísimo nivel de privación y son las ponderaciones 19 y 20.

5.9 Procedimiento:

En el siguiente apartado se presentan los procedimientos que se llevaron a cabo durante el desarrollo de la investigación, con la finalidad de alcanzar los objetivos.

- Primeramente se realizó el arqueo bibliográfico correspondiente a las variables de estudio Calidad de Vida y satisfacción vital con el fin de armar el marco teórico.
- Se seleccionaron los instrumentos: WHOQOL-Bref, Escala de satisfacción vital y método de estratificación social Graffar- Méndez Castellano para medir variables en la muestra.
- Se realizaron visitas a los centros maternos, con el objeto de reunirse con la directiva y solicitar los permisos que corresponden.

- Se procedió a efectuar la recolección de los datos mediante la visita a las maternidades con el fin de la aplicación de los instrumentos: WHOQOL-Bref, Escala de satisfacción vital y método de estratificación social Graffar-Méndez Castellano.
- Los datos obtenidos fueron analizados por el programa estadístico SPSS 20.0 arrojando todo las medidas de tendencia central como lo son Media, Mediana, Moda y Desviación Estándar para las variables continuas y las frecuencias y porcentajes para las variables categóricas.
- En cuanto al coeficiente de correlación utilizado es Rho Spearman ya que este se utiliza cuando una o ambas variables corresponden solo a una escala ordinal como lo es la variable Calidad de Vida.
- Luego se realizó para fines de esta investigación un Baremo para la interpretación de los resultados de la variable Calidad de Vida.

VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En el presente apartado se exponen los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a 153 embarazadas primerizas. Para comenzar se realizará la caracterización de la muestra, seguido por la descripción de las variables de estudio y por último la relación que existe entre éstas y algunas variables sociodemográficas como edad, estrato social, tenencia de la vivienda, nivel de instrucción, ocupación, embarazo planificado y tipo de institución.

6.1 Característica de la Muestra

A continuación se presentan la tabla donde se reflejan los estadísticos descriptivos en cuanto a la edad de la muestra y al tiempo de gestación en semanas.

Tabla 4. Estadísticos de la variable Edad y Tiempo de gestación.

Estadísticos		Tiempo de Gestación en Semanas	Edad
N	Válidos	153	153
	Perdidos	0	0
	Media	24,1569	25,7908
	Mediana	25,0000	25,0000
	Moda	30,00	21,00
	Desv. típ.	8,94730	5,00086
	Mínimo	5,00	18,00
	Máximo	39,00	40,00

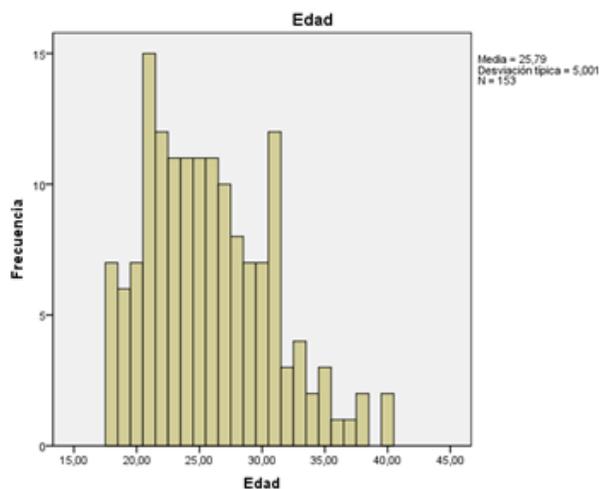


Figura 1. Histograma de la variable Edad.

Como se observa, el rango de edad (Ver figura 1) de las participantes oscila entre 18 y 40 años de edad, con una media de 25.79, una mediana de 25 y una moda de 21. Lo que significa que la edad promedio de las mujeres embarazadas es de 25 años y la edad que más se repite es 21 años. En cuanto a la variable Tiempo de gestación en semanas (Ver figura 2), se puede observar que la menor semana que reportan las embarazadas es la semana 5 y la máxima la semana 39, con una media de 24,1; una mediana de 25 y una moda de 30, lo que significa que la semana promedio en la que se encuentran las embarazas es la 24, sin embargo la semana que tiene mayor frecuencia es la 30.

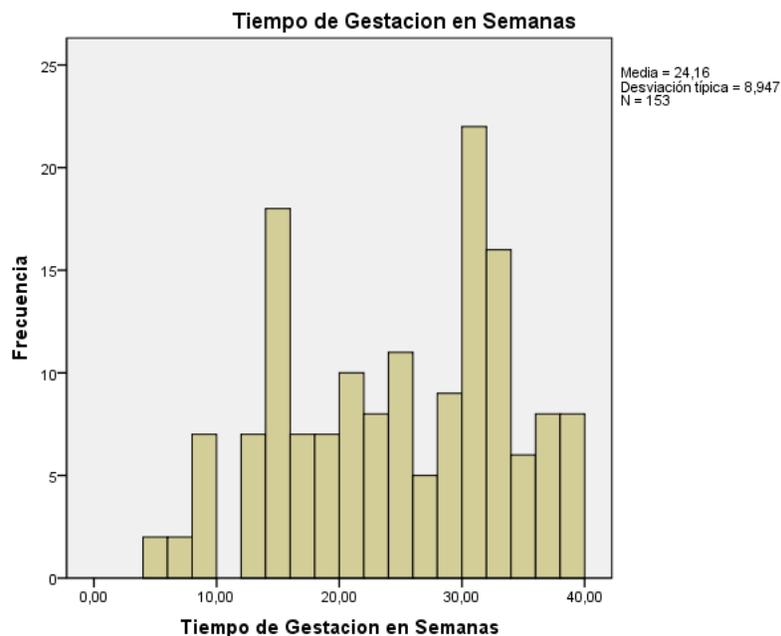


Figura 2. Histograma de la variable Tiempo de Gestación.

Seguidamente, se presentan los gráficos que reflejan los porcentajes en las variables de selección como ocupación, nivel de instrucción y tipo de vivienda de las embarazadas.



Figura 3. Porcentajes de la variable ocupación.

Como se muestra en la figura 3, la categoría con mayor porcentaje en la variable Ocupación es la de empleada, representando el 46% de la muestra. Seguido de ama de casa y estudiante en donde cada una constituye un 22% y por último la categoría de comerciante, representando el 10%. Lo que se puede concluir es que casi la mitad de la muestra de las embarazadas están trabajando.

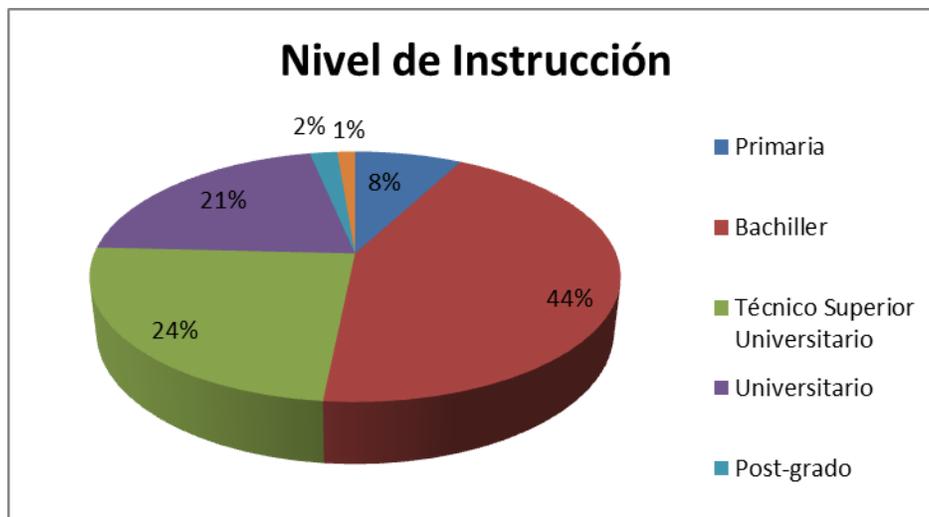


Figura 4. Porcentajes de la variable Nivel de Instrucción.

En cuanto a la variable Nivel de Instrucción (Ver figura 4.), se aprecia que la categoría de Bachiller representa un 44 % de la muestra, seguido por Técnico Superior Universitario con un 24%, luego Universitario con un 21 %, seguido de primaria quien constituye un 8% de la muestra y en quinta posición la categoría Post-grado que representa el 2 % y por último Doctorado quien es la categoría con la menor frecuencia que representa el 1% de las participantes. En referencia a la clasificación anterior se puede deducir que casi la mitad de la muestra es bachiller.

Para finalizar la descripción de la muestra, en la variable Tenencia de Vivienda (Ver figura 5.), la categoría con mayor frecuencia es Padres que pertenece al 41% de la muestra, seguida de la categoría Alquilada con un porcentaje de 27%, en tercer lugar está el tipo de vivienda Familiar la cual representa el 22% y por último se encuentra la categoría Propia con la menor frecuencia que significa un 10% de las participantes. Por lo tanto se puede concluir, que casi la mitad de las participantes aún viven con sus padres.

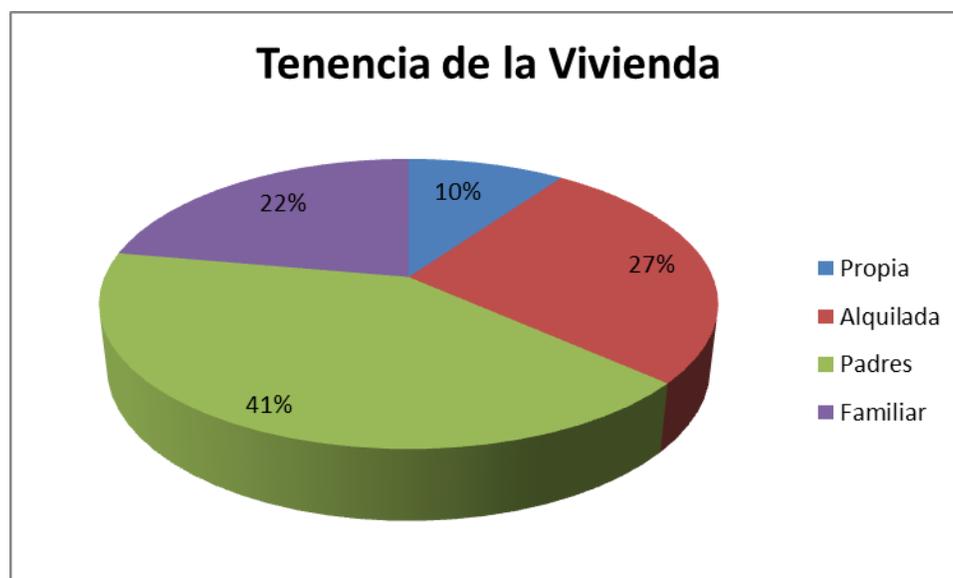


Figura 5. Porcentajes de la variable Tenencia de la Vivienda.

A continuación se presentan los Gráficos que demuestran los resultados obtenidos en la Escala de Estratificación Graffar- Méndez Castellano, describiendo cada ítem y completando los datos anteriormente expuestos.

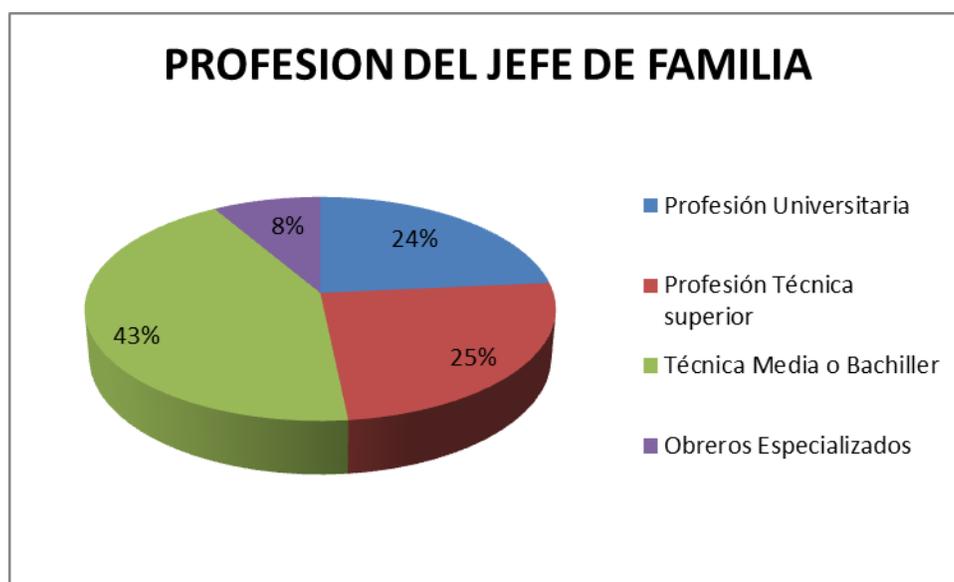


Figura 6. Porcentajes de la Profesión del Jefe de Familia.

Como se puede detallar en el primer ítems de la escala de estratificación social el cual hace referencia a la Profesión del jefe de familia (Ver figura 6), se obtiene que la opción Técnica Media o Bachiller contiene la mayor frecuencia que corresponde a un 43% de la muestra, en segundo lugar está la profesión técnica universitaria que representa un 25%, luego está la Profesión universitaria que corresponde a un 24% de las participantes y por último la categoría Obrero especializado con la frecuencia más baja que equivale a un 8%.

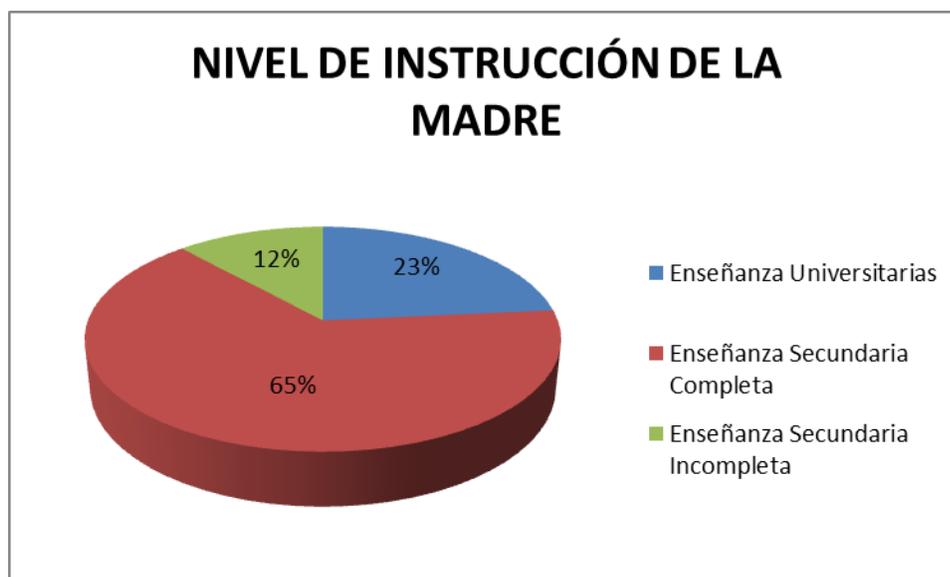


Figura 7. Porcentaje del Nivel de Instrucción de la Madre

En cuanto al Nivel de Instrucción de la Madre (Ver figura 7) el primer lugar lo obtiene la categoría Enseñanza Secundaria Competa con la mayor frecuencia que corresponde a un 65%; en segundo lugar la categoría de Enseñanza Universitaria que representa el 23% de la muestra y por último la Enseñanza Secundaria Incompleta con un porcentaje de 12%.

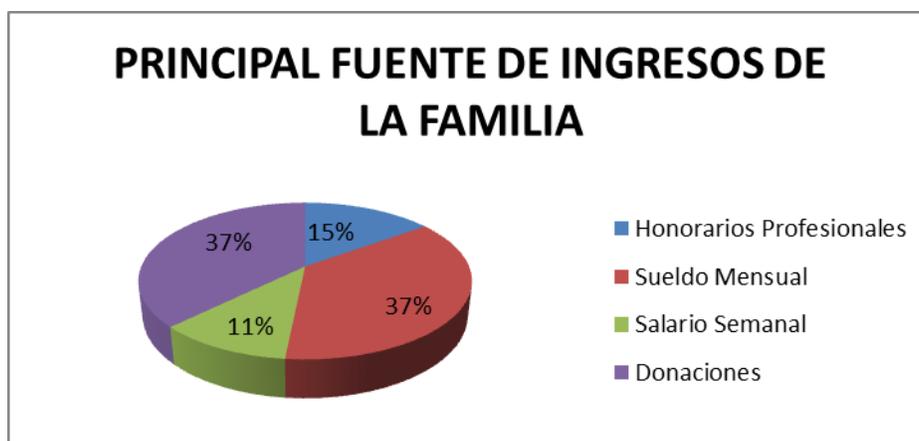


Figura 8. Porcentaje del Principal Fuente de Ingresos de la Familia.

En referencia a la figura anterior, que corresponde al ítem Principal fuente de Ingreso de la Familia, las opciones con mayores frecuencias son Donaciones y Sueldo mensual que constituyen un 37% cada una, en tercer lugar la opción Honorarios con un porcentaje de 15% y por último el Salario semanal con la frecuencia más baja que corresponde a un 11%. De acuerdo con los resultados anteriores se puede concluir que existe el mismo porcentaje de embarazadas que obtienen su ingreso económico de donaciones por parte de su pareja, familiares o instituciones privadas, y otras por su sueldo mensual.

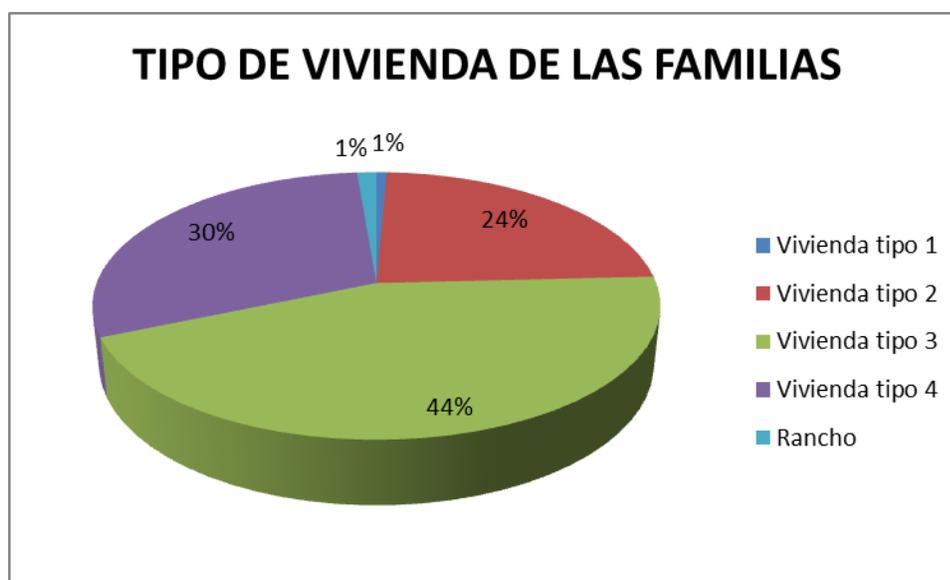


Figura 9. Porcentajes del Tipo de Vivienda de las Familias.

En cuanto, al último ítem de la escala el cual es Tipo de Vivienda (Ver figura 9) es representando en primer lugar por Vivienda Tipo 3 por un 44%; luego la Vivienda Tipo 4 con 30% de la muestra; en tercer lugar la Vivienda Tipo 2 que corresponde a un 24%; seguido de la Vivienda tipo 5 y la vivienda tipo 1 con una mínima frecuencia que representa el 1% de las participantes. Para concluir se puede decir que casi la mitad de las participantes dice vivir en un domicilio con buenas condiciones sanitarias, en espacios reducidos o no, y que puede estar ubicada en zonas residenciales, industriales o comerciales, aunque el valor del

terreno es menor que en los casos de las viviendas tipo 1 y 2, así como también la cantidad de habitaciones y lujo.

Para finalizar, como resultado del Graffar (Ver figura 10), la mayoría de las mujeres embarazadas primerizas se encuentran en el Estrato III con la mayor frecuencia que corresponde al 37% de la muestra, seguidamente del Estrato IV con un porcentaje de 34%, de tercer lugar está el Estrato II que representa el 22% y por último el Estrato I con un mínimo porcentaje de 7%. Lo que significa que la mayoría de las mujeres se encuentran en la clase media baja y clase baja de pobreza relativa que puede definirse como clase obrera no desempleada y con determinado nivel de escolaridad.

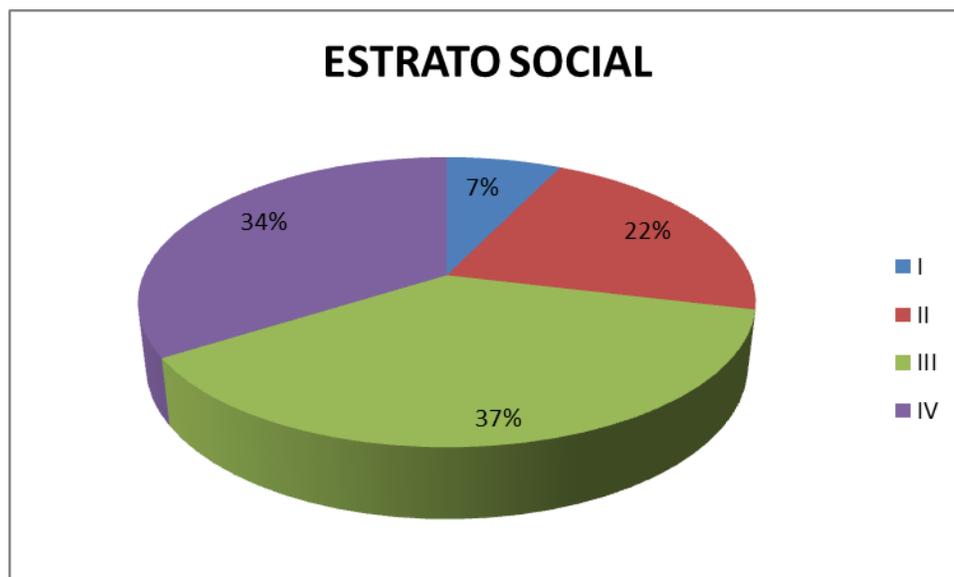


Figura 10. Porcentajes de la variable Estrato Social.

A continuación se muestra el gráfico que corresponde a los resultados obtenidos en las variables relacionada al embarazo.

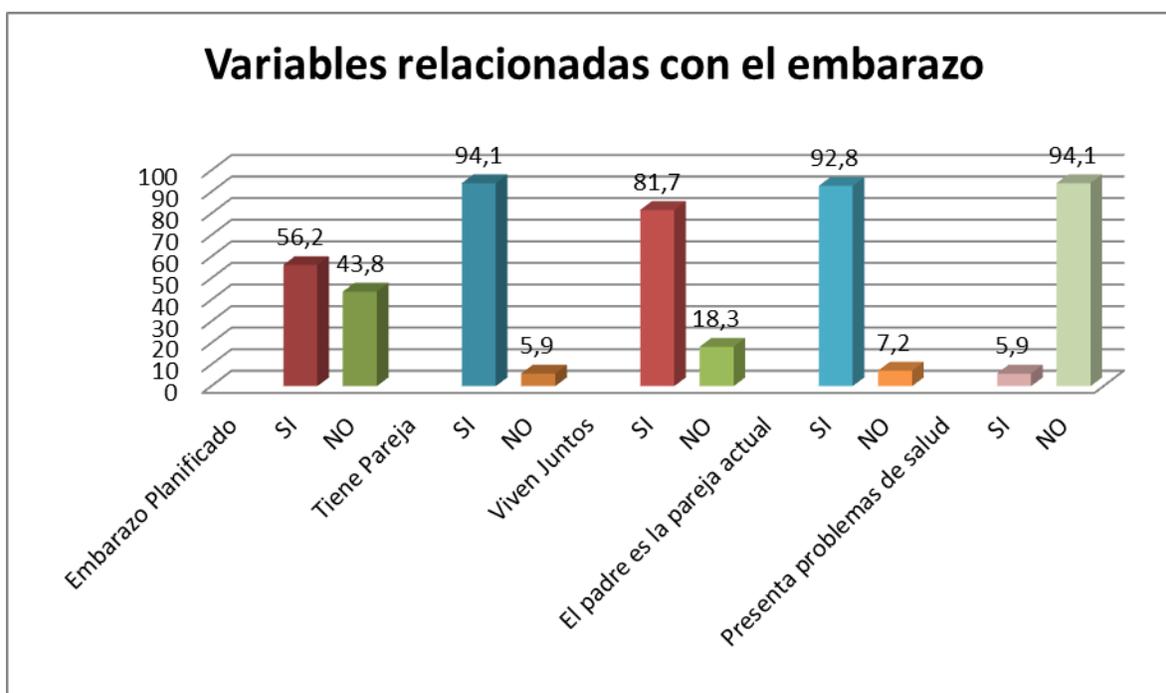


Figura 11. Porcentajes de las variables relacionadas con el embarazo.

Tal como se observa en la Figura 11 se puede deducir que la mayoría de los embarazos fueron planificados obteniendo la opción SI un 56.2%, contra un 43,8% de la opción NO. Así mismo, se puede decir que la mayoría de las participantes tienen pareja ya que un 94.1% respondió SI. Igualmente reportan que viven con su pareja el 81.7% de las embarazadas. En cuanto a si el padre es la pareja actual la mayoría de las embarazadas dicen que SI con un porcentaje de 92.8%. Y por último, al preguntarles si presentaban algún problema de salud la opción NO obtuvo una mayor frecuencia con un porcentaje de 94.1%; sin embargo un 5.9% de las participantes si padecen de algún problema de salud, lo que detallaremos en la tabla siguiente.

Tabla 5. Frecuencia y Porcentaje de los Problemas de salud que presentan las embarazadas.

		Problemas de Salud			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NINGUNO	144	94,1	94,1	94,1
	TENSION	5	3,3	3,3	97,4
	EPILEPSIA	1	,7	,7	98,0
	ASMA	1	,7	,7	98,7
	ANEMIA	1	,7	,7	99,3
	ARRITMIA	1	,7	,7	100,0
	Total	153	100,0	100,0	

Como se muestra, la mayoría de las embarazadas que presentan un problema de salud está relacionado con la Tensión, teniendo esta opción una frecuencia de 5 y representando 3.3% de las participantes que presentan algún problema de salud. Algunos de las otras enfermedades que reportaron tener las embarazadas son Epilepsia, Asma, Anemia y Arritmia todas con una frecuencia de 1 y un porcentaje de 0.7%.

6.2 Descripción de las Variables de estudio:

En el siguiente apartado se expondrán todo los estadísticos que permitan describir de manera exhaustiva las variables de estudio las cuales son: Satisfacción con la Vida y Calidad de Vida. Algunos de estos estadísticos son, la media, mediana, moda, la desviación estándar, asimetría y curtosis.

6.2.1 Satisfacción con la Vida.

A continuación presentaremos los estadísticos pertinentes para el análisis de la variable Satisfacción con la Vida.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de la variable Satisfacción con la Vida.

Estadísticos

Satisfacción con la vida

N	Válidos	153
	Perdidos	0
Media		14,8758
Mediana		15,0000
Moda		15,00
Desv. típ.		4,16647
Asimetría		-1,077
Error típ. de asimetría		,196
Curtosis		1,420
Error típ. de curtosis		,390
Mínimo		,00
Máximo		20,00

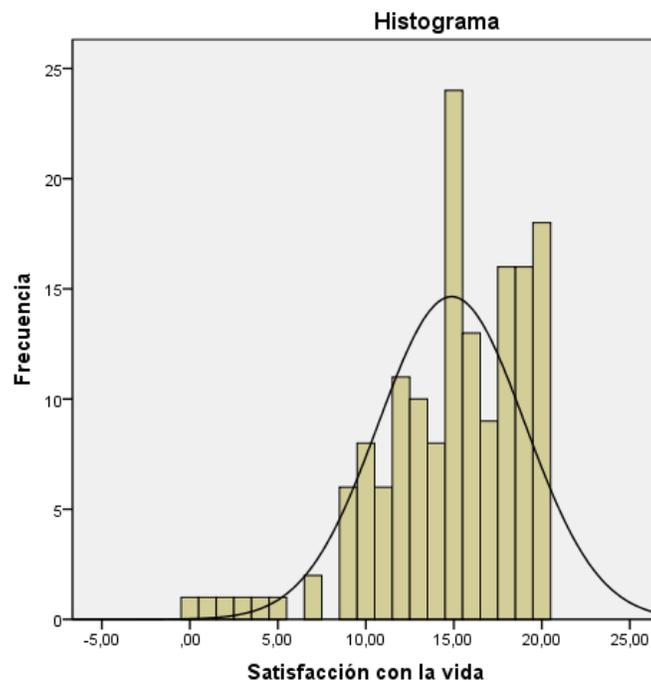


Figura 12. Histograma de la variable Satisfacción con la Vida.

En referencia a la tabla anterior, se puede observar que la variable Satisfacción con la Vida se encuentra en un rango entre 0 y 20 puntos, resultando una media de 14,87 y una mediana y moda de 15, lo que significa que la mayoría de las

participantes puntúan alto en la ESV, por lo que muestran niveles altos de Satisfacción con la Vida (Ver figura 13).

En cuanto a la forma en cómo se distribuyen los datos, lo que es la asimetría, podemos observar con un coeficiente de -1.07 lo que significa que la distribución es ligeramente asimétrica ya que este valor está un poco alejado de 0 y con sesgo negativo, es decir, que la mayor parte de los datos se concentran en los valores altos. Ahora referente a la curtosis, con un coeficiente de 1.42 , indica que se trata de una distribución leptocurtica, ya que su valor es mayor a 0. Y por último, para una muestra de 153 sujetos, con una desviación de 4.16 , la distribución no es muy dispersa.

6.2.1 Calidad de Vida

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de las 4 dimensiones que componen la variable Calidad de Vida.

		Estadísticos			
		Puntaje Transformado Dimension Física	Puntaje Transformado Dimension Psicologica	Puntaje Transformado Dimension Relaciones Sociales	Puntaje Transformado Dimension Entorno
N	Válidos	153	153	153	153
	Perdidos	0	0	0	0
Media		71,1718	74,6187	72,7669	67,6062
Mediana		71,4286	75,0000	75,0000	68,7500
Moda		67,86	70,83	75,00	65,63
Desv. típ.		13,47627	12,36550	19,04631	14,21587
Asimetría		-,456	-,683	-1,025	-,441
Error típ. de asimetría		,196	,196	,196	,196
Curtosis		,275	,497	1,636	,334
Error típ. de curtosis		,390	,390	,390	,390
Mínimo		21,43	37,50	8,33	21,88
Máximo		100,00	100,00	100,00	100,00

La variable Calidad de Vida como se sabe está dividida en cuatro dimensiones las cuales son; Dimensión Física, Dimensión Psicológica, Dimensión Relaciones Sociales, Dimensión Entorno y además dos dimensiones que se desarrollaran más adelante; Dimensión Calidad de Vida General y Percepción de Salud.

En la tabla 8 se muestra que el área que obtuvo mayor promedio de sus puntajes fue la Dimensión psicológica representando una media 74,61 y una desviación típica de 12,36; seguida por la Dimensión relaciones sociales con una media de 72,76 y desviación típica de 19,04. En tercer lugar, la Dimensión física obtiene una media de 71,17 y una desviación típica de 13,47. Y por último, la Dimensión entorno alcanza una media de 67,60 una y una desviación de 14,21. Como se puede observar, existen pocas diferencias en los valores obtenidos en todas las áreas. Y todas las medias caen en la categoría Alta según el baremo descrito en el apartado anterior. Lo que se puede concluir que probablemente el promedio de la muestra tenga altos niveles de Calidad de Vida.

Sin embargo, para ahondar en la conclusión anterior, se hizo el análisis cualitativo de las 4 dimensiones que conforman a la variable Calidad de Vida para dar mayor claridad a los resultados obtenidos. Esto se realizó mediante el baremo, el cual se construyó para una mejor interpretación de los resultados de esta investigación.

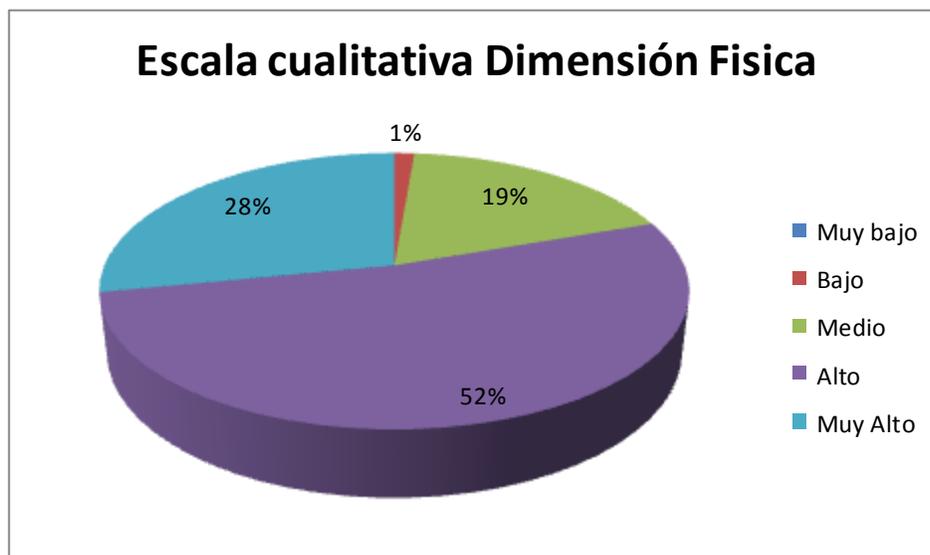


Figura 13. Porcentajes de la Escala cualitativa de la Dimensión Física

Como puede observarse en la figura anterior el 52% de las participantes se encuentra en la categoría Alto de la Dimensión Física, lo que significa que un poco más de la mitad de la muestra califica alta su Calidad de Vida en cuanto al área Física, seguidamente un 28% consideran que tienen muy alta Calidad de Vida en esta dimensión.

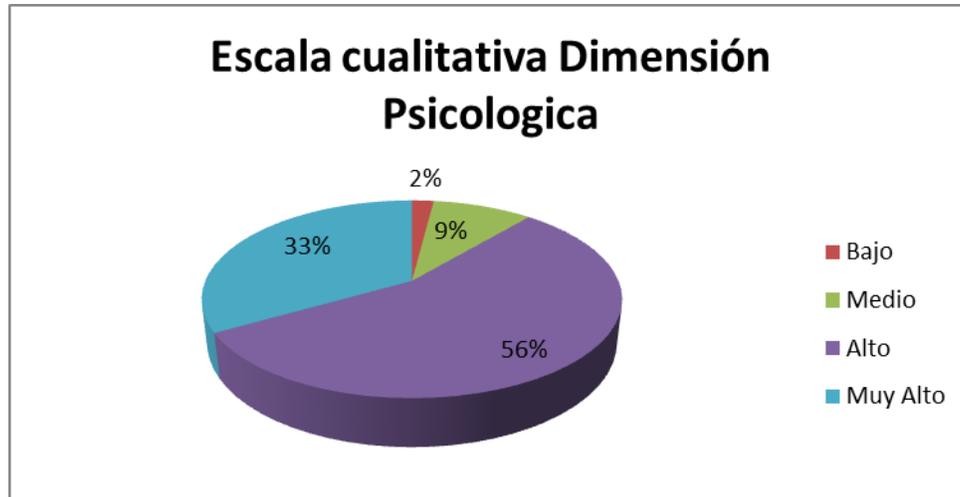


Figura 14. Porcentajes de la Escala cualitativa de la Dimensión Psicológica

En referencia a la Dimensión Psicológica se obtiene que el 56% de las mujeres embarazadas se encuentran en la categoría alto, lo que significa que más de la mitad de la muestra considera que tiene una alta Calidad de Vida en el área psicológica, además hay un 33% que considera que tiene muy alta Calidad de Vida en la misma área y solo el 2% de las participantes dicen tener una baja Calidad de Vida en la Dimensión Psicológica.

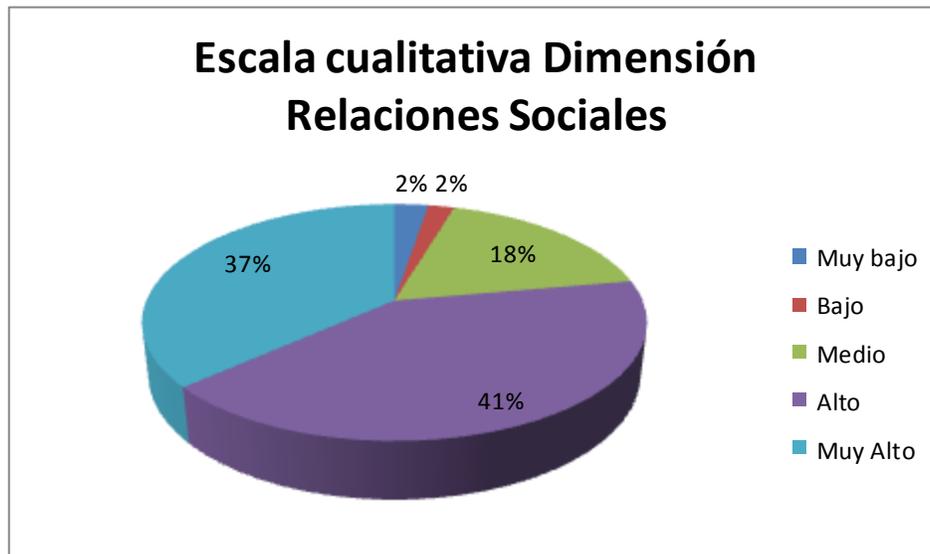


Figura 15. Porcentajes de la Escala cualitativa de la Dimensión Relaciones Sociales.

En cuanto a la Dimensión Relaciones Sociales se puede observar que el 41% de la muestra reporta tener alta Calidad de Vida en esta área, seguidamente de un 37% que se encuentra en la categoría Muy Alto, a lo que se puede concluir que la mayoría de las participantes tienen una alta Calidad de Vida en la Dimensión Relaciones Sociales.

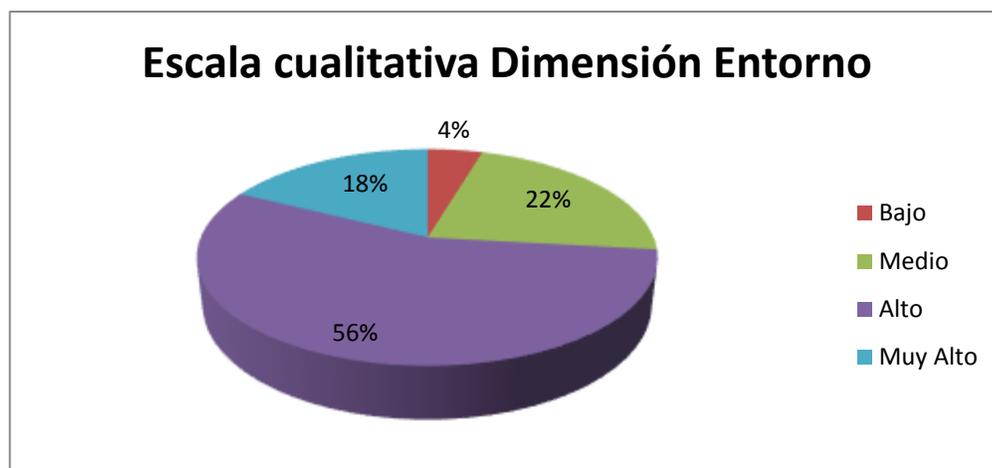


Figura 16. Porcentaje de la escala cualitativa de la Dimensión Entorno.

Como puede apreciarse en la Figura 17, el 56% de las participantes se encuentran en la categoría alto, seguido del 22% que se encuentra en la categoría Medio. Lo que significa que más de la mitad de las embarazadas tienen una alta Calidad de Vida en la Dimensión Entorno.

Ahora para finalizar con la variable Calidad de Vida, se expondrán los resultados obtenidos en las otras dos dimensiones que incluye la escala WHQOL-Bref, las cuales son: Calidad de Vida General y Evaluación de Salud que corresponden a los ítems 1 y 2 respectivamente.

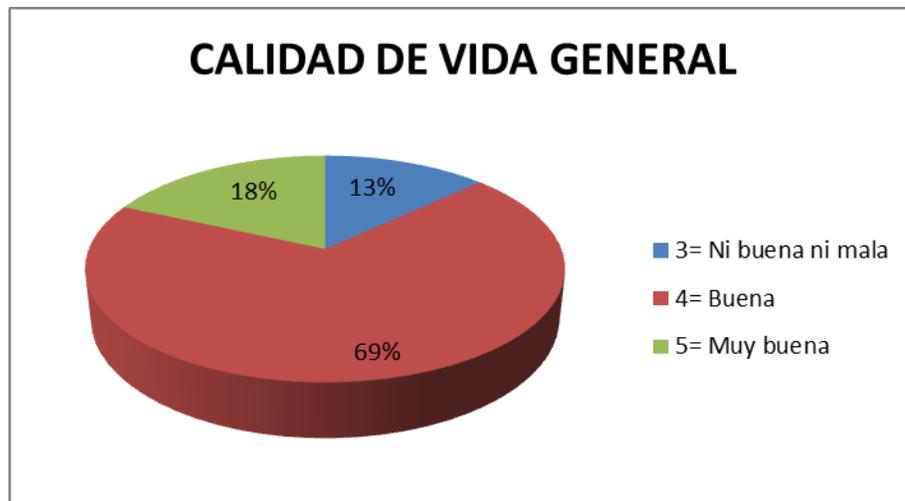


Figura 17. Porcentaje de la Dimensión Calidad de Vida General

Como puede observarse, en la dimensiones Calidad de Vida General (Ver figura 18) solo hay 3 opciones válidas, de las cuales la que tiene mayor frecuencia es la opción 4= Buena que corresponde a un 69% de la muestra. Seguidamente, la opción 5= Muy buena con un porcentaje de 18% y por último la opción 3= Ni buena ni mala que representa el 13% de las participantes. Lo que quiere decir que la mayoría de la muestra dice que tiene buena Calidad de Vida General.

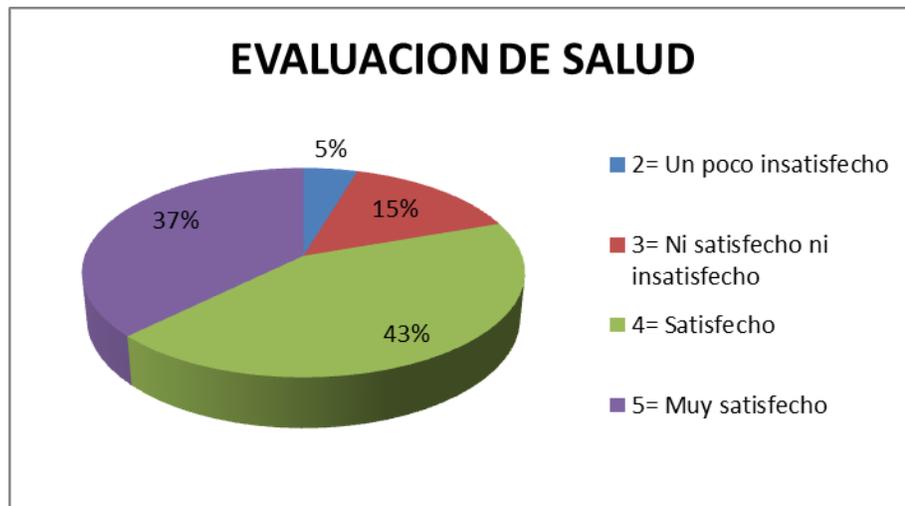


Figura 18. Porcentaje de la Dimensión Evaluación de Salud.

En ese mismo sentido la dimensión Evaluación de salud (Ver figura 19) solo tiene 4 opciones válidas de las cuales la opción 4= Satisfecho es la que obtiene una mayor frecuencia siendo éste un 66% de la muestra. Seguido por la opción 5= Muy satisfecho que corresponde al 37%, luego viene la opción 3= Ni satisfecho ni insatisfecho que representa el 15% de las participantes y por último está la opción 2= Un poco insatisfecho con un porcentaje de 5%. A lo que se puede concluir que, la mayoría de las embarazadas hacen una evaluación de su salud como satisfactoria.

Finalmente se puede concluir que la mayoría de las mujeres embarazadas de la muestra consideran que tienen una alta Calidad de Vida.

6.3 Correlaciones entre las variables de estudio y algunas variables sociodemográficas.

En el siguiente apartado se mostrarán las correlaciones entre las variables de estudio las cuales son Satisfacción con la Vida y Calidad de Vida y luego se

mostrarán algunas variaciones cualitativas entre estas variables y algunas sociodemográficas como son: ocupación, nivel de instrucción, tipo de institución, embarazo planificado y estrato social.

6.3.1 Correlación entre Satisfacción Vital y Calidad de Vida.

Para la correlación entre las variables de estudio, Satisfacción con la vida y Calidad de Vida se utilizó el coeficiente de correlación Rho Spearman, ya que éste se maneja cuando una de las variables tiene una escala ordinal como es el caso de Calidad de Vida y la otra es en intervalo como es Satisfacción con la Vida.

Tabla 8. Correlaciones entre Satisfacción con la Vida y las 4 dimensiones de Calidad de Vida.

Correlaciones							
			Puntaje Transformado Dimension Fisica	Puntaje Transformado Dimension Psicologica	Puntaje Transformado Dimension Relaciones Sociales	Puntaje Transformado Dimension Entorno	Satisfacción con la vida
Rho de Spearman	Puntaje Transformado Dimension Fisica	Coefficiente de correlación	1,000	,658**	,532**	,562**	,502**
		Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,000
		N	153	153	153	153	153
	Puntaje Transformado Dimension Psicologica	Coefficiente de correlación	,658**	1,000	,563**	,624**	,464**
		Sig. (bilateral)	,000		,000	,000	,000
		N	153	153	153	153	153
	Puntaje Transformado Dimension Relaciones Sociales	Coefficiente de correlación	,532**	,563**	1,000	,556**	,417**
		Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	,000
		N	153	153	153	153	153
	Puntaje Transformado Dimension Entorno	Coefficiente de correlación	,562**	,624**	,556**	1,000	,515**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000		,000
		N	153	153	153	153	153
	Satisfacción con la vida	Coefficiente de correlación	,502**	,464**	,417**	,515**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	
		N	153	153	153	153	153

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Se puede observar claramente en la tabla anterior que la variable Satisfacción con la Vida está correlacionada con cada una de las 4 Dimensiones de la variable Calidad de Vida y ésta tiene un nivel crítico de significación menor a 0.01, mostrando una mayor relación con la dimensión entorno con un valor de 0.515, seguido de la dimensión física con un puntaje de 0.502, luego la dimensión psicológica con un valor de 0.464 y por último se asocia con la dimensión relaciones sociales con un puntaje de 0.417.

Tabla 9. Correlación entre Satisfacción con la Vida y las Dimensiones Evaluación de Salud y Calidad de Vida General.

Correlaciones			Satisfacción con la vida	Dimensión Evaluación Salud	Dimensión Calidad Vida General
Rho de Spearman	Satisfacción con la vida	Coefficiente de correlación	1,000	,431**	,403**
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000
		N	153	153	153
	Dimensión Evaluación Salud	Coefficiente de correlación	,431**	1,000	,453**
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000
		N	153	153	153
	Dimensión Calidad Vida General	Coefficiente de correlación	,403**	,453**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.
		N	153	153	153

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Igualmente como refleja la tabla 9. También existe una relación entre la variable Satisfacción con la Vida y las Dimensiones Evaluación de Salud y Calidad de Vida General. La primera con un puntaje de 0.431 siendo ésta la mayor y la segunda con un valor de 0.403 ambas con una significación al nivel 0.01. En conclusión, se puede decir que existe una relación significativa entre la variable Satisfacción con la Vida y todas las dimensiones de variable Calidad de Vida.

6.3.2 Variaciones entre la variable Calidad de Vida y las variables sociodemográficas.

Se comenzará el siguiente apartado con los gráficos que describen los porcentajes de cada dimensión de Calidad de Vida con la variable Tipo de Institución.

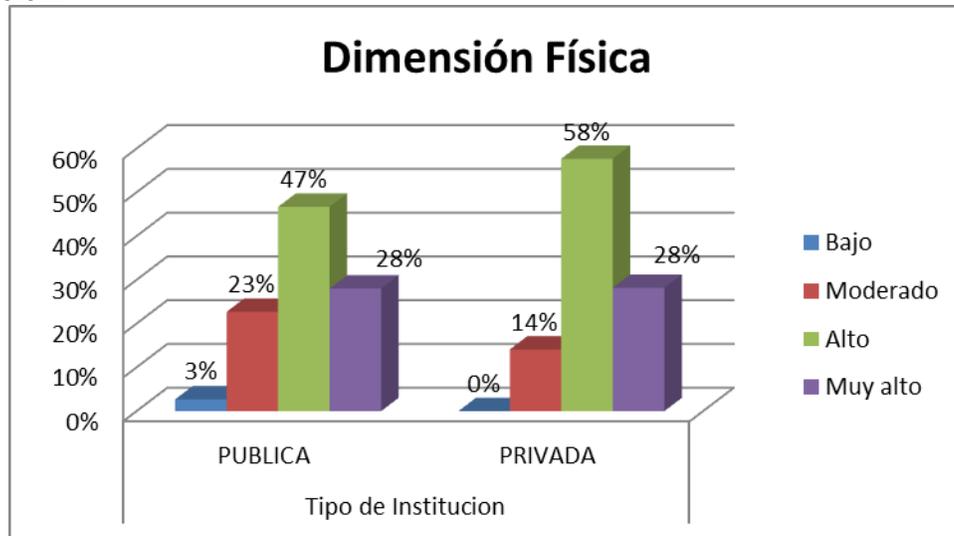


Figura 19. Porcentajes de la variación entre Dimensión Física y Tipo de Institución.

Como se puede observar en la figura anterior en cuanto a la Dimensión Física las mujeres que asisten tanto a una institución pública como privada reportan tener alta Calidad de Vida. Sin embargo, el porcentaje es mayor en las embarazadas que asisten a instituciones privadas con un 58% que en las instituciones públicas con un 47%. Esto puede deberse a que en esta área se explora las sensaciones físicas desagradables experimentadas por una persona y el temer menos al dolor tiene sus efectos en la Calidad de Vida, por lo que, posiblemente las mujeres que asisten a una institución privada se sienten más segura con respecto al dolor.

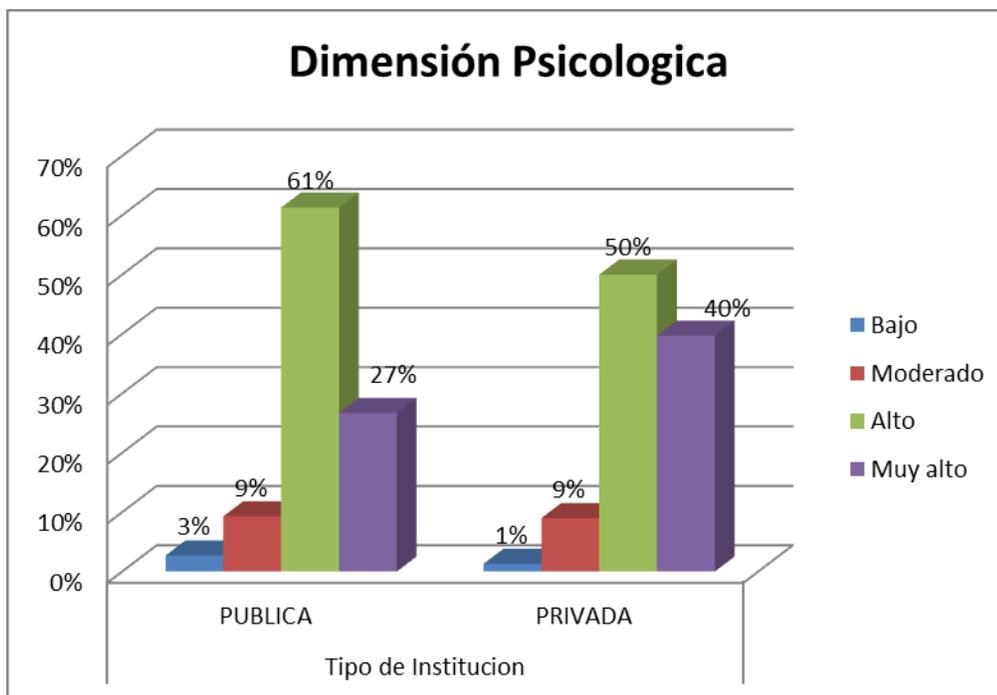


Figura 20. Porcentajes de la variación entre Dimensión Psicológica y Tipo de Institución.

En lo referente a la Dimensión Psicológica, la cual trata sobre la experiencia de los sentimientos positivos que pueda tener una persona acerca del futuro, se puede ver que, como en el caso anterior, tanto las participantes que asisten a las instituciones públicas o privadas reportan tener una alta Calidad de Vida, sin embargo en esta área hay un 61% en instituciones públicas y un 50% en instituciones privadas.

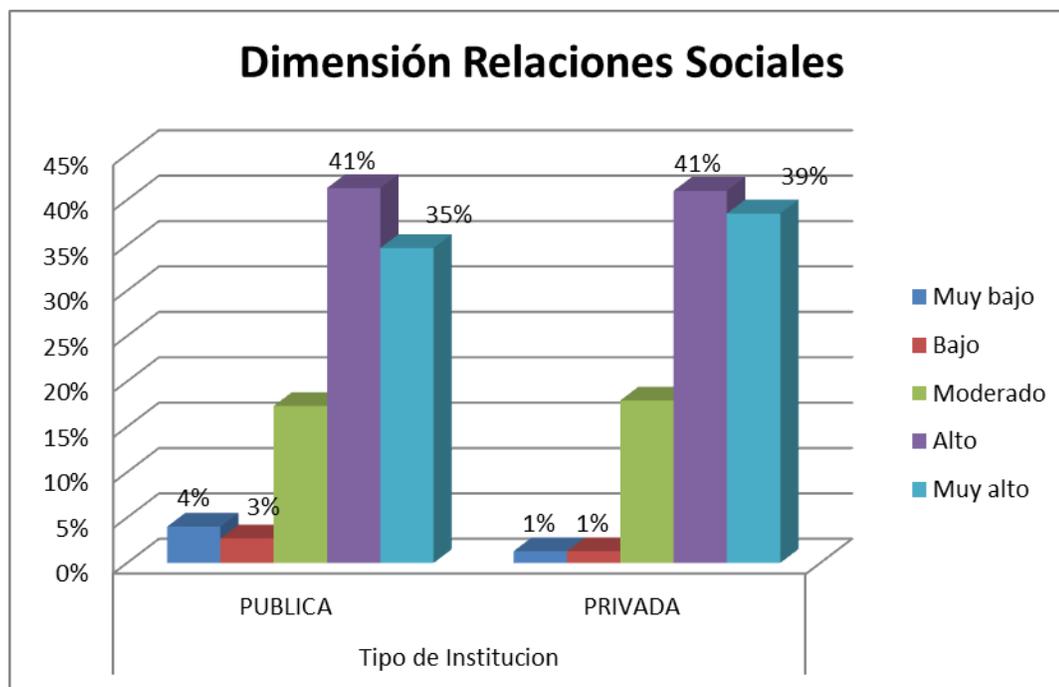


Figura 21. Porcentajes de la variación entre Dimensión Relaciones Sociales y Tipo de Institución.

Como puede deducirse de la figura anterior las participantes que asistían tanto en las instituciones privadas como públicas tiene una alta Calidad de Vida en el área de Relaciones Sociales las cuales corresponden a un 41% para cada grupo lo que puede significar que son personas que sienten que tienen la habilidad y oportunidad de amar, de ser amado y de intimar con otros ya sea física o emocionalmente.

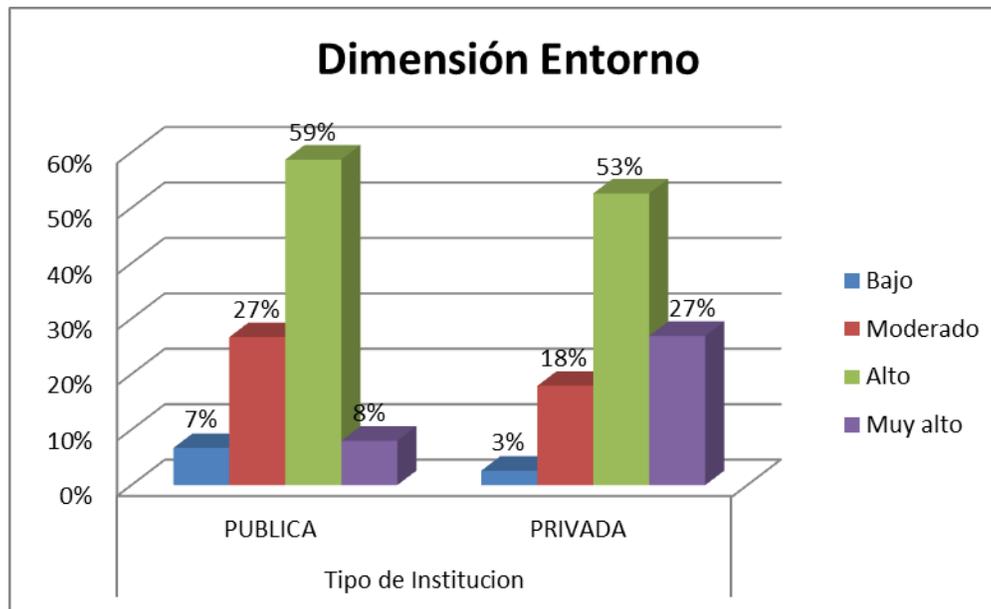


Figura 22. Porcentajes de la variación entre Dimensión Entorno y Tipo de Institución.

En cuanto a la Dimensión Entorno se observa que en los dos grupos de participantes que asisten a las instituciones públicas o privadas reportan tener una alta Calidad de Vida. Las mujeres que asisten a maternidades públicas son un 59% y las que asisten a las clínicas privadas son un 53%. Esta área se explora los recursos que tienen las personas para protegerse lo que les da una sensación de seguridad.

Para concluir, se puede decir que no existe alguna diferencia o variación en la Calidad de Vida de las mujeres con respecto al tipo de institución al que asisten, ya que en todas las dimensiones, tanto las embarazadas que asistían a las instituciones públicas como privadas reportaban tener una alta Calidad de Vida.

A continuación se presentan los gráficos que evidencian las variaciones que existen entre cada dimensión de la variable Calidad de Vida y la variable sociodemográfica Ocupación.

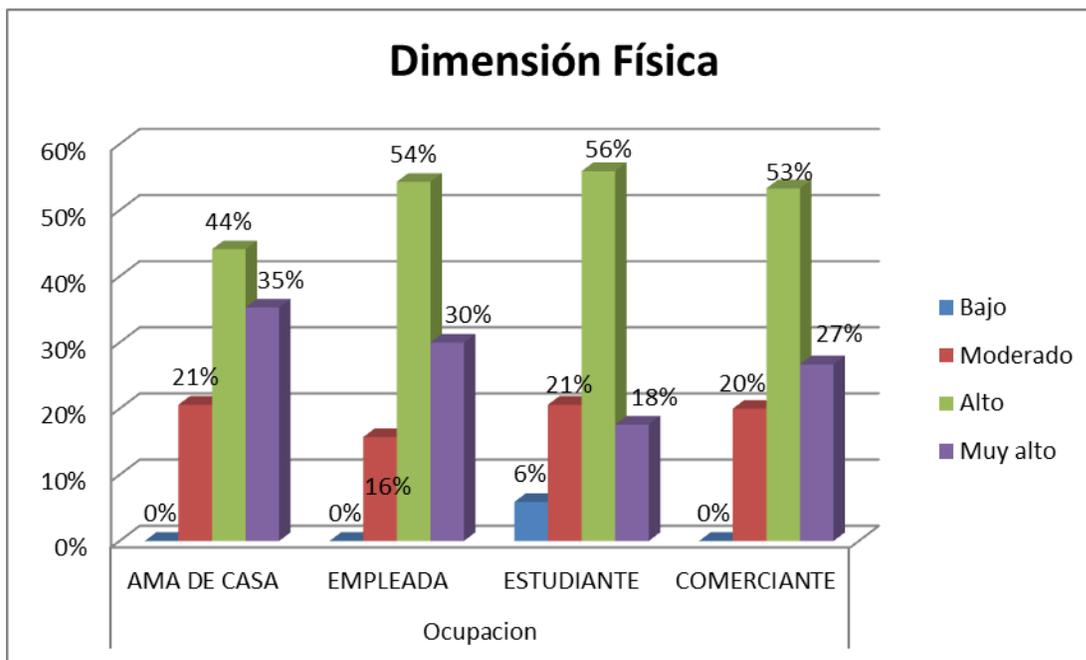


Figura 23. Porcentajes de la variación entre Dimensión Física y Ocupación.

Con respecto a la Dimensión Física se puede observar en la figura 24 no importa cuál sea la ocupación que tenga la embarazada ya que todas reportan tener una alta Calidad de Vida. Las Amas de casa con un 44%, las Empleadas con un 54%, las Estudiantes con un 56% y las comerciantes con un 53%. En esta área se explora la energía y el entusiasmo con que una persona desarrolla sus actividades diarias y recreativas. En este caso se ve como la mayoría de las embarazadas de la muestra se sienten bien con su rendimiento físico.

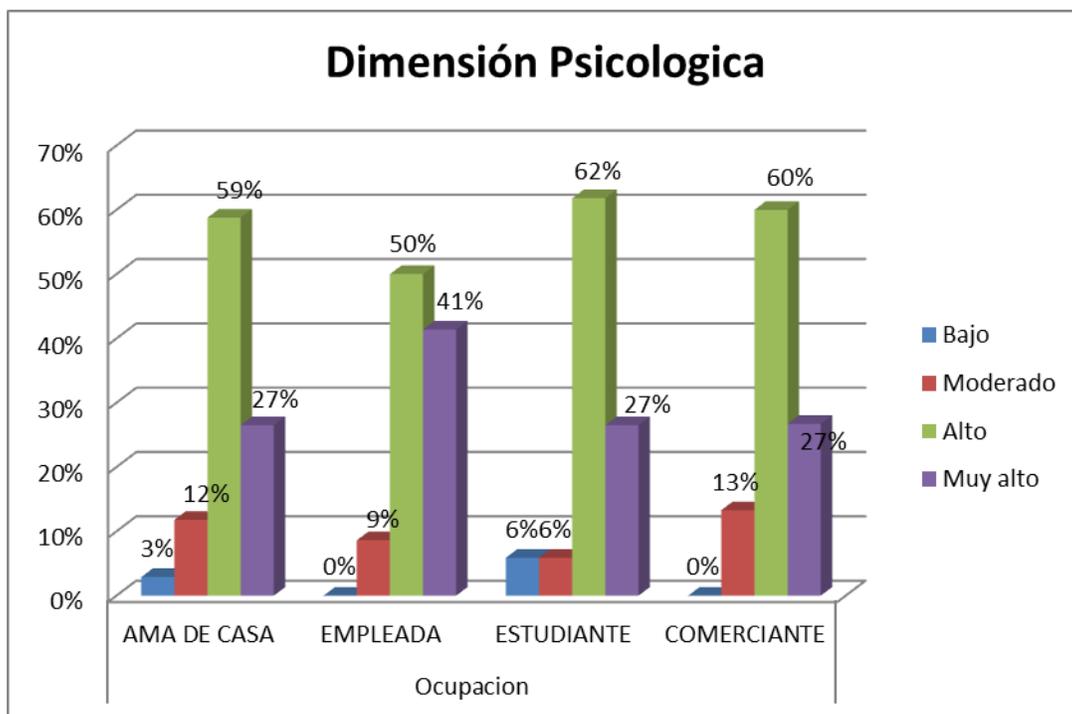


Figura 24. Porcentajes de la variación entre Dimensión Psicológica y Ocupación.

En lo referente a la faceta psicológica se puede ver que también todas las categorías de la variable Ocupación describen tener alta Calidad de Vida. Las Amas de casa con un 59%, las empleadas con un 50%, las estudiantes con un 62% y las comerciantes con un 60%. Lo que puede significar que más de la mitad de la muestra sin importar que ocupación tenga se siente bien en cuanto a sus pensamientos, aprendizaje, memoria, concentración y habilidad para tomar decisiones.

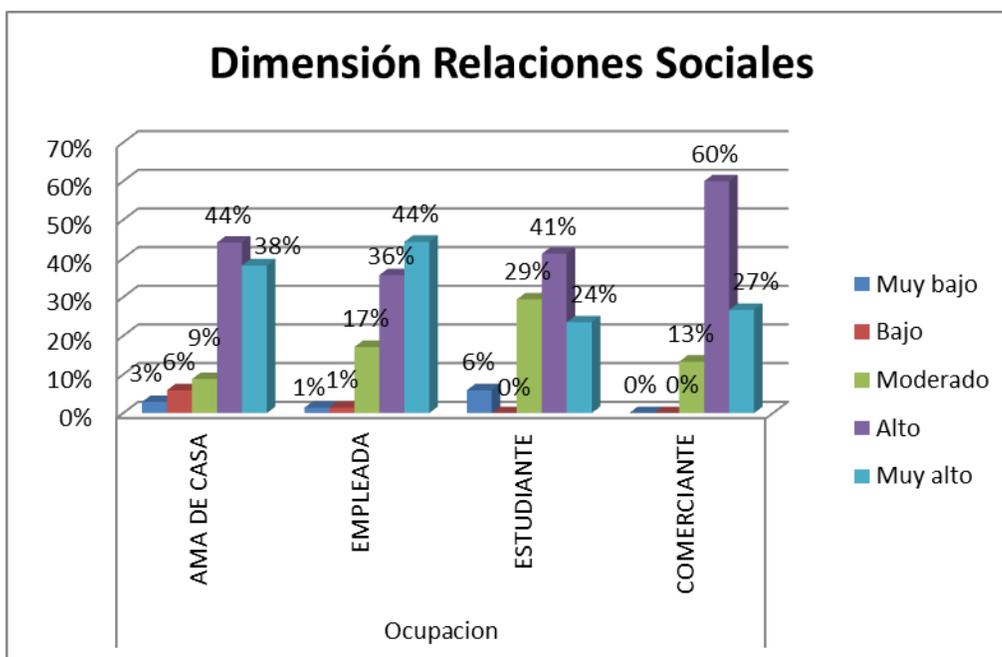


Figura 25. Porcentajes de la variación entre Dimensión Relaciones Sociales y Ocupación

Por su parte en la Dimensión Relaciones Sociales como en las otras dimensiones la mayoría de las participantes reportan tener alta Calidad de Vida y solo la categoría Empleada su mayor porcentaje que es de 44% reportan tener muy alta Calidad de Vida y esto puede deberse a que el trabajo ayuda a que formen más relaciones interpersonales y vínculos afectivos con otras personas que no sean familiares. Sin embargo, en general, la muestra tiene una alta Calidad de Vida, comenzando por las amas de casa con un 44%, las Estudiantes con un 41% y las comerciantes con un 60% (Ver figura 26).

Por último en la faceta de Entorno, igualmente no hay diferencias significativas en cuanto a la ocupación de las mujeres ya que todas reportan tener una alta Calidad de Vida, las amas de casa con un 65%, las Empleadas con un 54%, las Estudiantes con un 44% y las comerciantes con un 67%. Esto puede significar que las participantes se sienten bien con respecto a sus recursos financieros que satisfacen sus necesidades y estilo de vida (Ver figura 27).

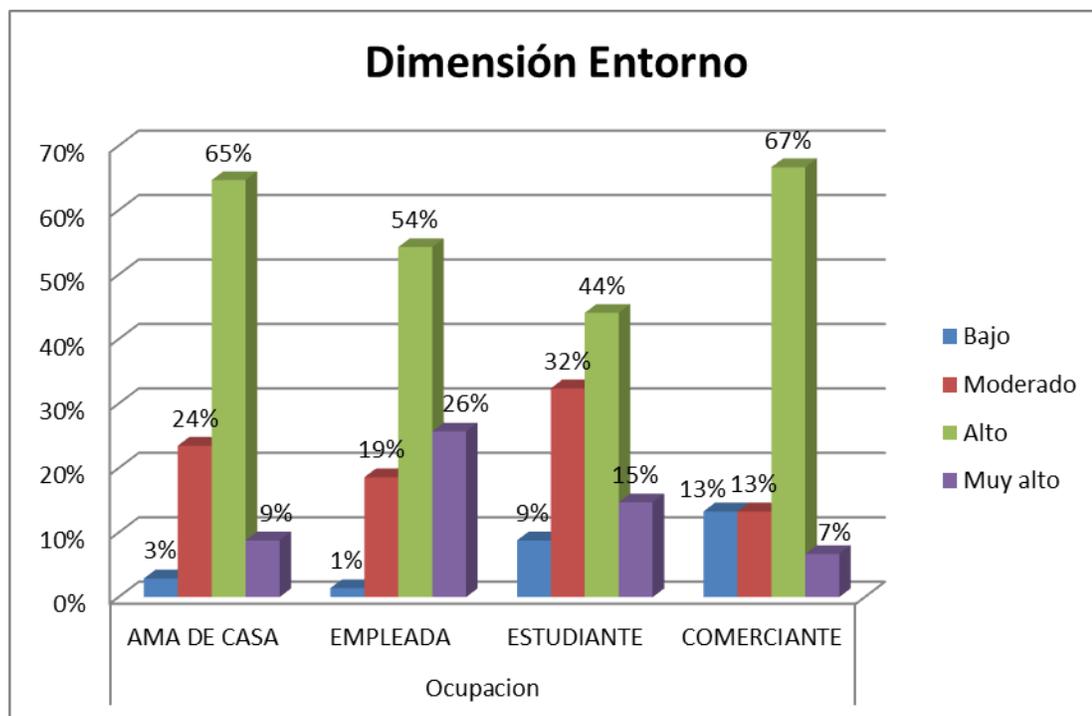


Figura 26. Porcentajes de la variación entre Dimensión Entorno y Ocupación.

Para finalizar con la variable Ocupación se puede concluir que no existen variaciones relevantes en la Calidad de Vida de las embarazadas, ya que en todas las dimensiones reportaron tener una alta Calidad de Vida sin importar la ocupación que tuviesen.

Seguidamente se expondrán los gráficos que demuestran las variaciones de la variable Calidad de Vida y Nivel de Instrucción.

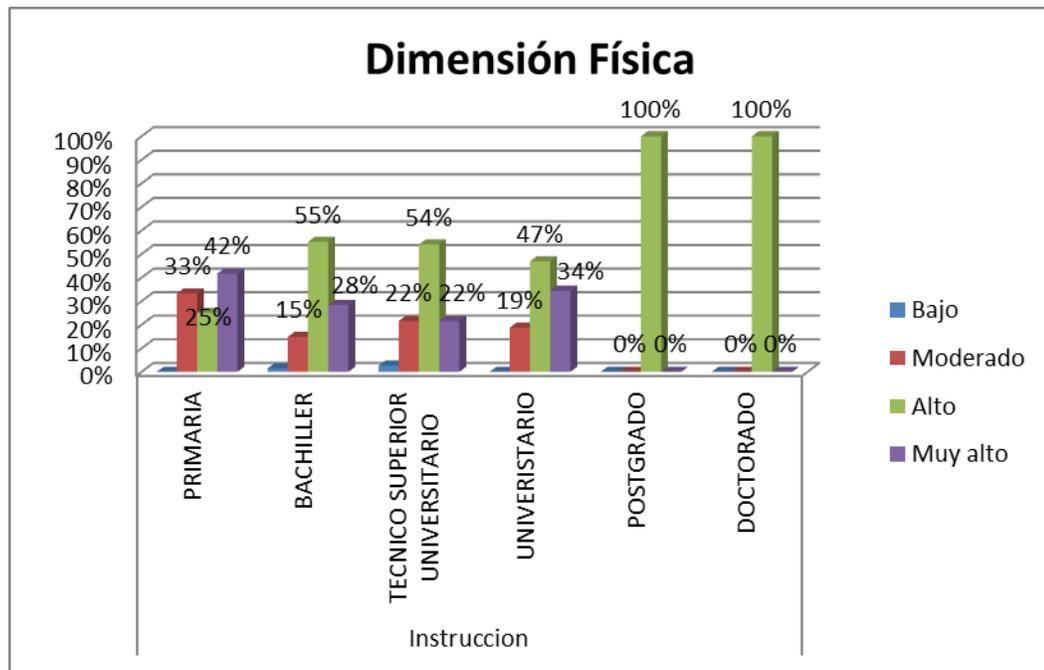


Figura 27. Porcentajes de la variación entre Dimensión Física y Nivel de Instrucción.

Como se puede observar en la figura anterior en el área física las mujeres entrevistadas ligado a su nivel de instrucción reportan tener alta Calidad de Vida; en el caso de postgrado y doctorado el 100% de las participantes, seguido de 55 % de mujeres son bachilleres, seguido de un 54% Técnico Superior Universitario y un 47% con profesión universitaria. En el caso del 42 % de embarazadas con educación primaria reportan una muy alta Calidad de Vida. Lo que puede mostrar que en este ámbito las mujeres se sienten con energía, logran descansar y presentan poco malestar físico.

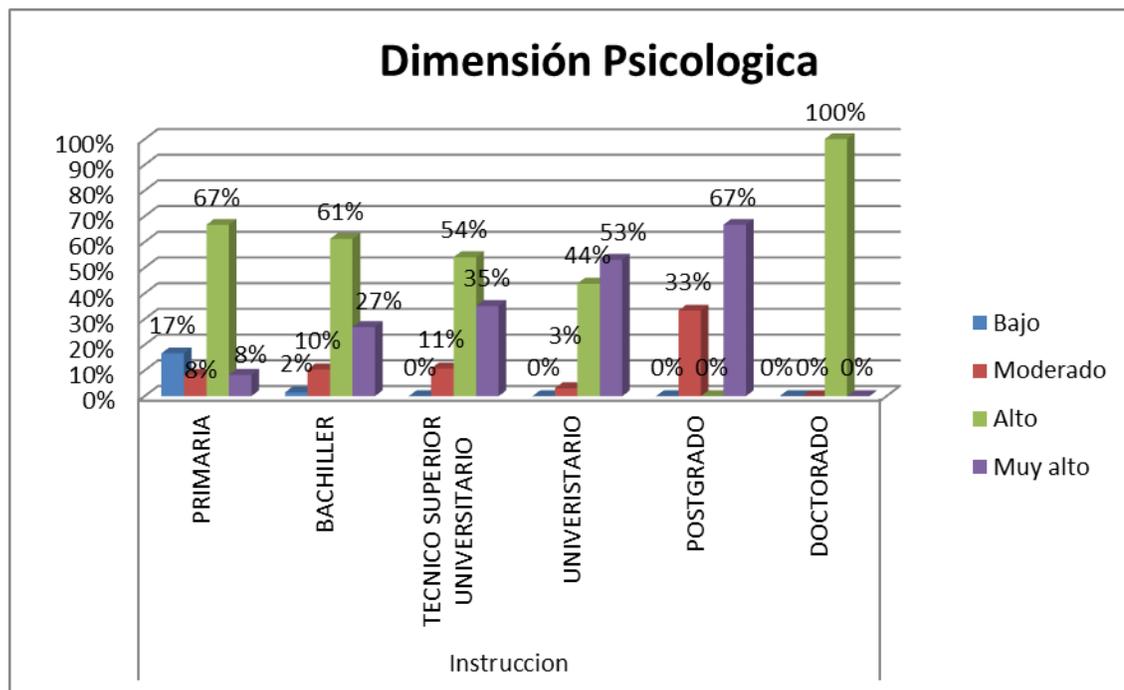


Figura 28. Porcentajes de la variación entre Dimensión Psicológica y Nivel de Instrucción.

En este aspecto según el gráfico anterior, se muestra que en casi todas las dimensiones de acuerdo con el nivel de instrucción las mujeres reportan una alta Calidad de Vida como por ejemplo un 67% con educación primaria, un 61% bachiller, un 54% de la muestra universitaria y un 100% de las embarazadas con doctorado. Otro grupo de la muestra compuesto por un 53% con profesión universitaria y un 67% con nivel de postgrado muestran una muy alta Calidad de Vida. Esta categoría demuestra que la mayoría de las participantes experimentan sentimientos de paz, alegría, placer, entre otros; además de tener pensamientos agradables, alta autoestima con una agradable percepción de su imagen corporal.

La figura 30 indica que el 42% de mujeres con educación primaria, el 43% bachilleres y el 100% de participantes con doctorado muestran una muy alta Calidad de Vida en Relaciones Sociales lo que puede indicar que este grupo se siente con buenas relaciones de compañerismo y con agradables experiencias con sus relaciones íntimas con la sensación de amar y ser amado. Por su parte un 41% Técnico Superior Universitario y 44% de profesionales universitario experimentan una alta Calidad de Vida y por último un 67% de la muestra con postgrado refiere una moderada Calidad de Vida en esta categoría.

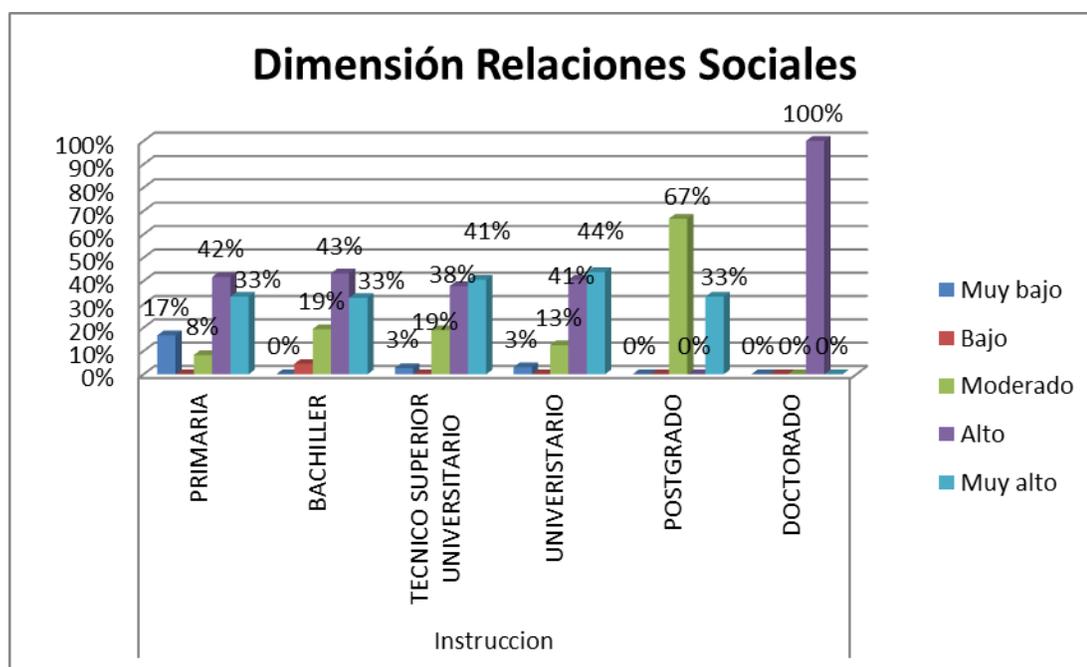


Figura 29. Porcentajes de la variación entre Dimensión Relaciones Sociales y Nivel de Instrucción.

De acuerdo con la figura 31 se evidencia que en el caso de la Dimensión Entorno la mayoría de las entrevistadas refiere tener una alta Calidad de Vida como un 75% de mujeres con primaria, un 55% bachilleres, 54% técnico superior universitario y un 53 % de profesionales universitarias lo que puede decir que son mujeres que tienen sensación de seguridad, se sienten cómodas con sus

recursos financieros, transporte, oportunidades de ocio y recreación y salud y cuidado social.

Para finalizar, se puede decir que no existe ninguna variación en la Calidad de Vida de las participantes según su nivel de instrucción, ya que todas reportan tener una alta Calidad de Vida sin importar qué nivel de instrucción tengan.

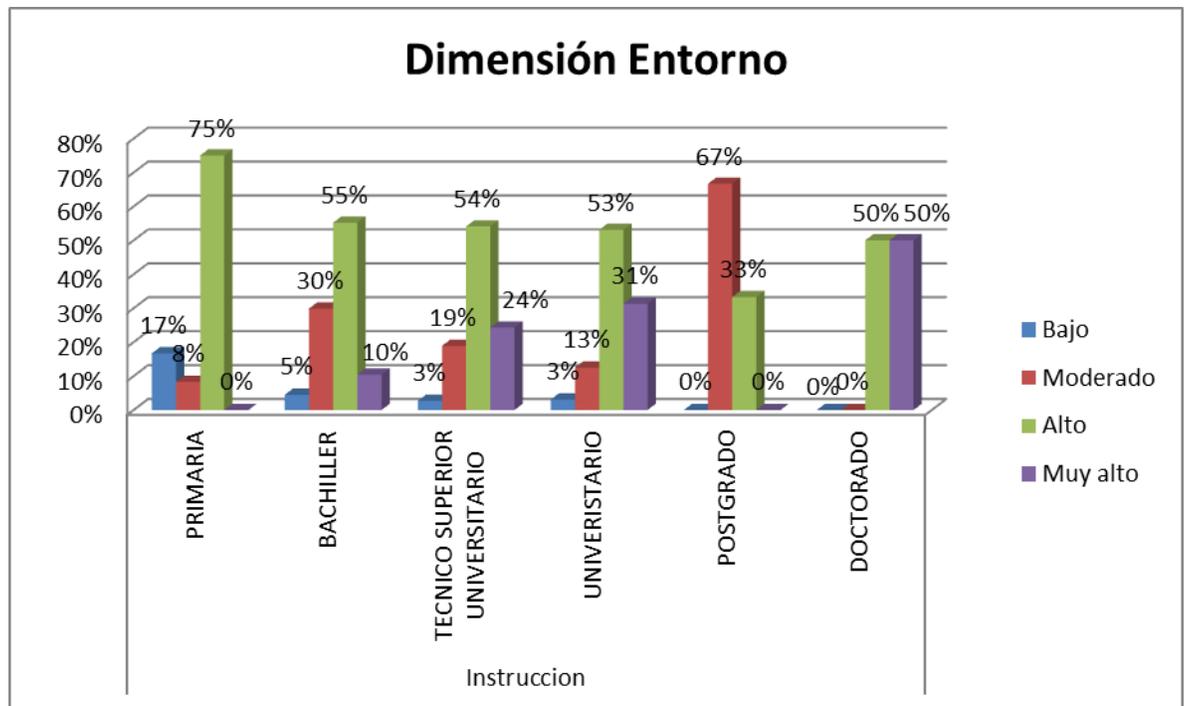


Figura 30. Porcentajes de la variación entre Dimensión Entorno y Nivel de Instrucción.

A continuación se presentarán los gráficos de las variaciones entre la variable Calidad de Vida y Tenencia de la Vivienda.

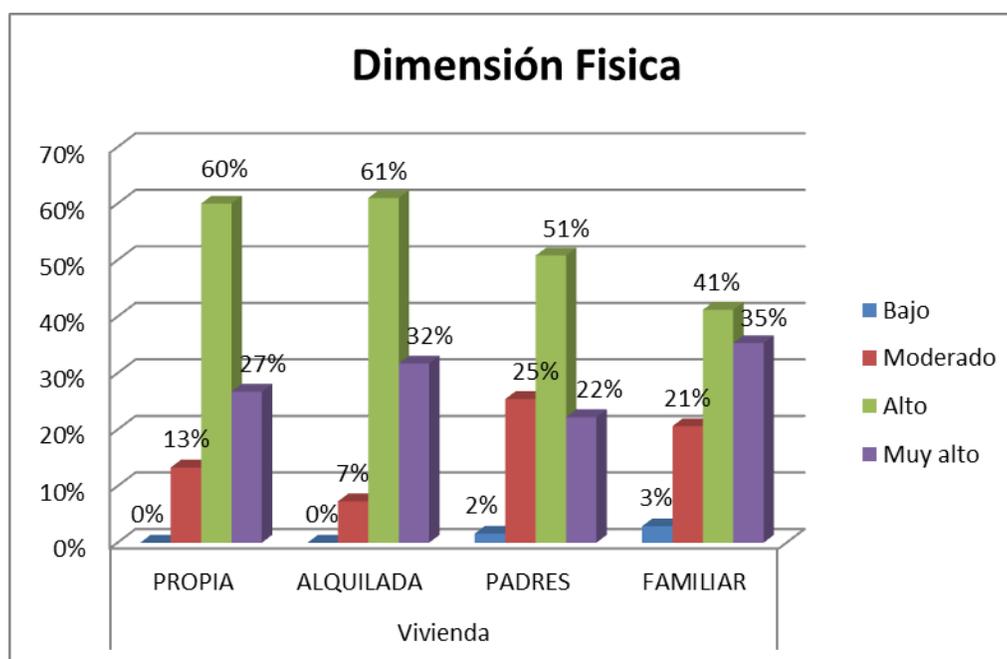


Figura 31. Porcentajes de la variación entre Dimensión Física y Tenencia de la Vivienda.

En lo que refiere a la Dimensión Física se puede observar en la figura 32 que las participantes tienen una alta Calidad de Vida en esta área sin importar en qué tipo de vivienda habiten. Las mujeres con tipo de vivienda propia son un 60%, las que viven alquilada son un 61%, las que conviven con sus padres son un 51% y las que viven con un familiar son un 41%. Lo que puede significar que las embarazadas se sienten cómodas, sin ningún tipo de malestar y consideran que pueden descansar en el lugar donde viven.

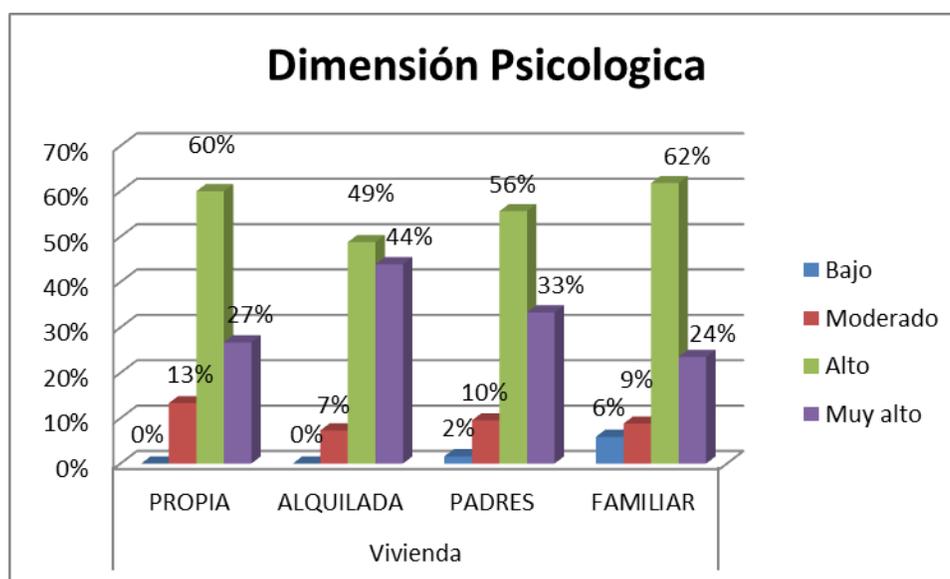


Figura 32. Porcentajes de la variación entre Dimensión Psicológica y Tenencia de la Vivienda.

Según se ha visto en la figura anterior, en la faceta Psicológica las participantes reportan tener una alta Calidad de Vida sin importar que tipo de vivienda tengan. Por ejemplo las mujeres que tienen una vivienda propia son un 60%, las que están alquiladas son un 49%, las que viven con sus padres son un 56% y las que están viviendo con familiares son el 62%, calificando tener una alta Calidad de Vida en esta área, lo que puede significar que el tipo de vivienda en el que habitan las embarazadas no afecta en su experiencia de paz, felicidad y balance en el que se encuentran.

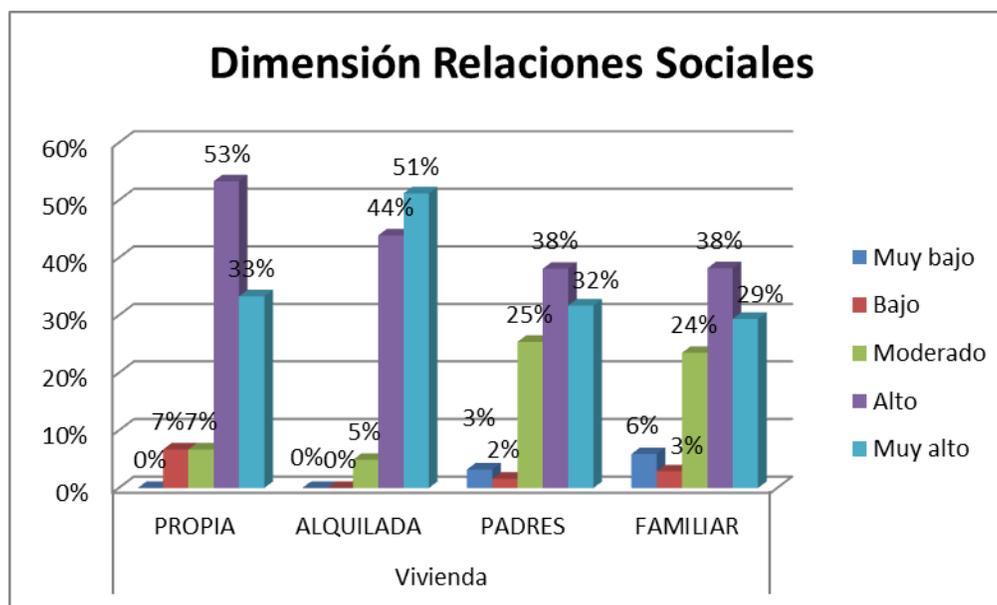


Figura 33. Porcentajes de la variación entre Dimensión Relaciones Sociales y Tenencia de la Vivienda.

En cuanto a la Dimensión de Relaciones Sociales, se puede observar que las participantes que tienen una vivienda propia reportan tener una Alta Calidad de Vida un 53%, más un 33% que dicen tener una muy Alta Calidad de Vida y esto mismo ocurre en la categoría de alquilada donde un 44% de las mujeres dicen tener una Alta Calidad de Vida y un 51% una muy Alta Calidad de Vida. Mientras tanto las mujeres que viven con sus padres aunque también reportan tener una Alta Calidad de Vida son un 38%, con un 25% en la categoría Moderado y un 32% en la Calidad Muy Alta y así mismo ocurre con las participantes que viven con un familiar, un 24% en Calidad Moderado, 38% en Calidad Alto y un 29% en Muy Alto. De los anteriores planteamientos se puede deducir que en esta área puede haber una relación con el tipo de vivienda en el que habitan las embarazadas, ya que en esta faceta se examina las relaciones interpersonales que tienen las personas y cómo se sienten con las mismas.

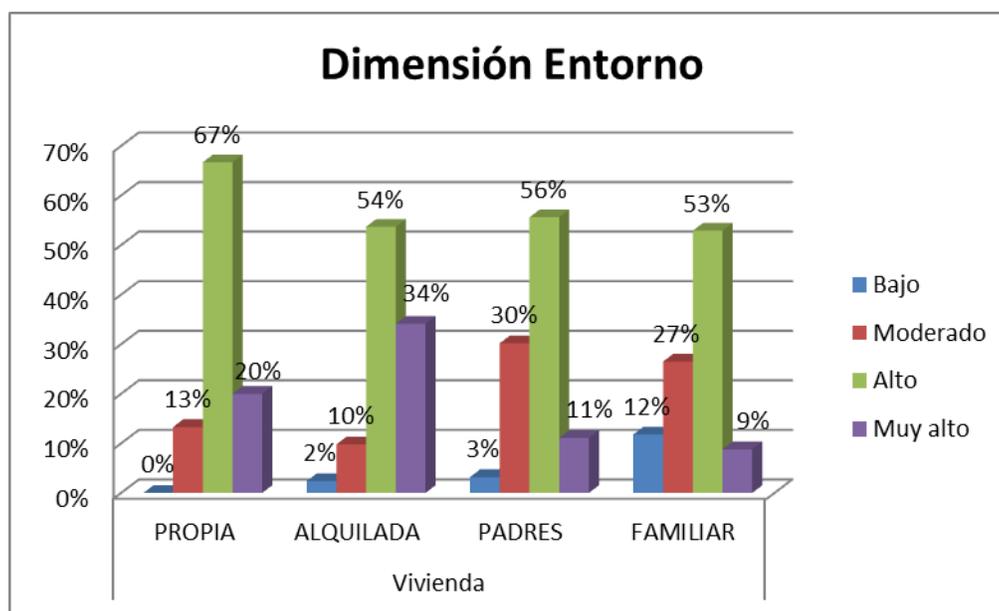


Figura 34. Porcentajes de la variación entre Dimensión Entorno y Tenencia de la Vivienda.

Como puede observarse en la Figura 35 en cuanto al área Entorno la mayoría de las participantes se encuentran en la categoría de Calidad Alta, las que tienen vivienda propia con un 67%, las que viven alquiladas con un 54%, las que conviven con sus padres con un 56% y las que viven con algún familiar con un 53%. Lo que puede significar que las embarazadas se sienten bien en cuanto a su seguridad personal, su entorno familiar, recursos financieros y entorno físico.

A manera de resumen final se puede decir que la muestra reporta tener una Alta Calidad de Vida sin importar que vivienda tengan o habiten.

En el orden de las ideas anteriores, se realizará el análisis de las variaciones entre la variable Calidad de Vida y Estrato Social.

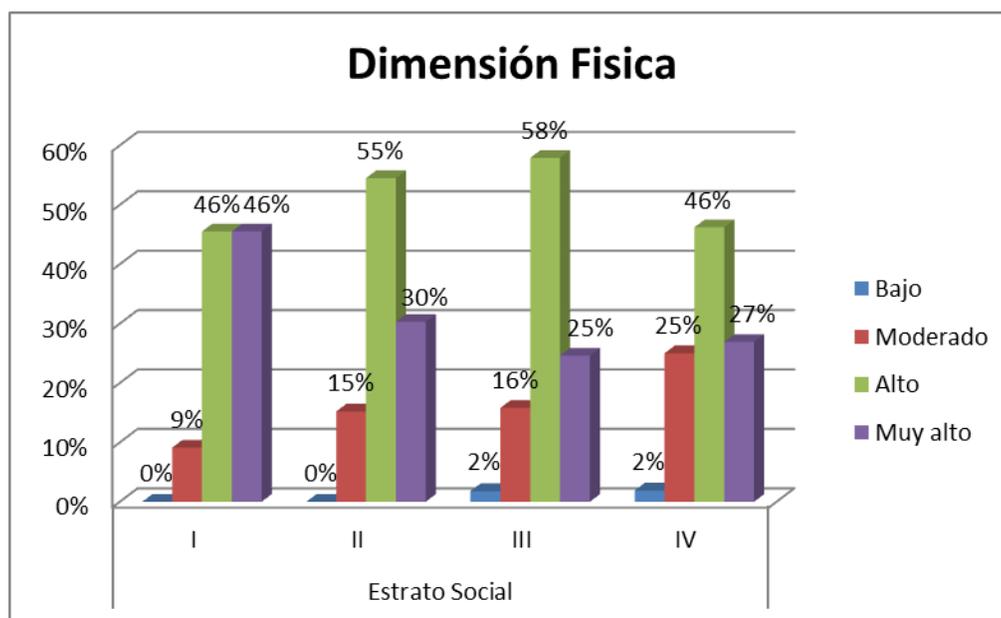


Figura 35. Porcentajes de la variación entre Dimensión Física y Estrato Social.

La figura anterior indica que en relación con los estratos sociales y la Dimensión Física la mayoría de las participantes perciben una Alta Calidad de Vida por ejemplo en el estrato III un 58% de mujeres muestra este resultado y un 55 % del estrato II y en el estrato IV un 46%. En el estrato I se evidencia que casi un 100% de la muestra percibe una Muy Alta y Alta Calidad de Vida. Estos resultados muestran que casi todas las encuestadas sin distinción de su estrato social no experimentan sensaciones físicas desagradables.

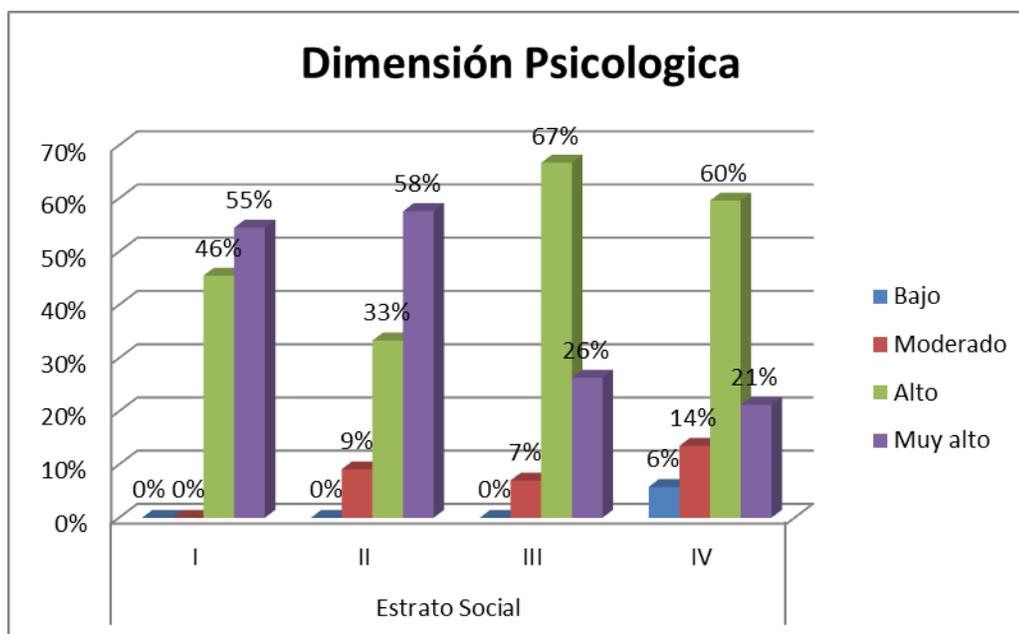


Figura 36. . Porcentajes de la variación entre Dimensión Psicológica y Estrato Social.

La figura antes expuesta demuestra que un 67% de las embarazadas del estrato III y un 60% del estrato IV se sienten con una Alta Calidad de Vida y un 55% del estrato I y un 58% del estrato II perciben una Muy Alta Calidad de Vida relacionada con la dimensión psicológica lo que indica que independientemente del estrato las mujeres tienen pensamientos positivos asociados a la felicidad.

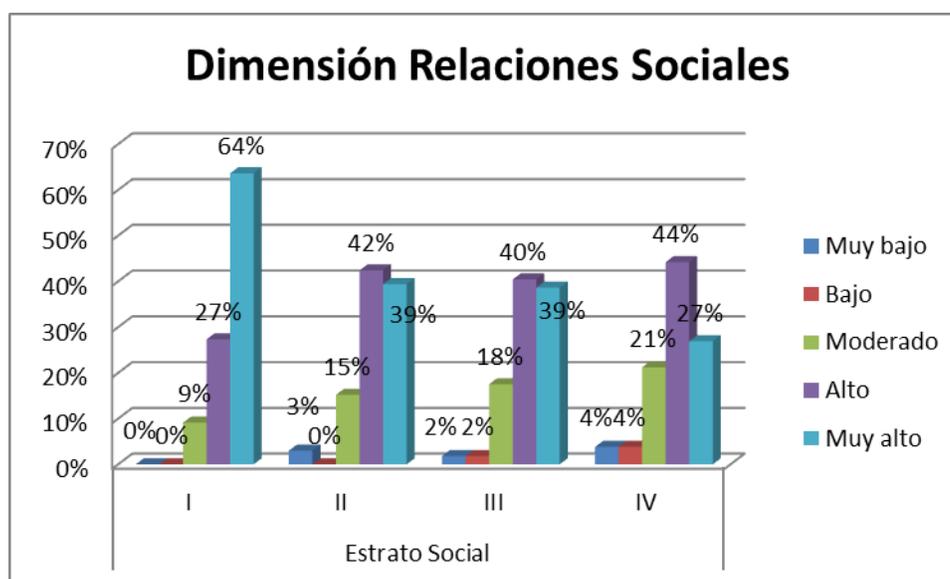


Figura 37. . Porcentajes de la variación entre Dimensión Relaciones Sociales y Estrato Social.

El gráfico expuesto anteriormente demuestra que en su mayoría los resultados asociados al estrato social y la Calidad de Vida en la dimensión Relaciones Sociales son Altos y Muy Altos lo que se evidencia con un 64% del estrato I, un 42% de la muestra del estrato II, 40% de situadas en el estrato III y por último un 44% del estrato IV. Estos resultados indican entonces que en su mayoría las participantes se sienten con una buena relación con los demás en tanto con su capacidad para amar y ser amadas independientemente del estrato social en que se encuentren.

Por otra parte, la figura 38 expone que, de igual manera en cuanto a la categoría Entorno y su relación con el estrato social, los resultados arrojan que las participantes expresan tener una alta Calidad de Vida manifestado con un más del 80% en el estrato I, un 49% pertenecientes al estrato II, seguido del 69% del total de las entrevistadas pertenecientes al estrato III y por último, un 5% del estrato social IV. En síntesis, estos resultados aportan que en su mayoría las mujeres embarazadas sin diferencia de estratos sociales se sienten a gusto con el sitio donde viven y de lo que tienen a su alrededor.

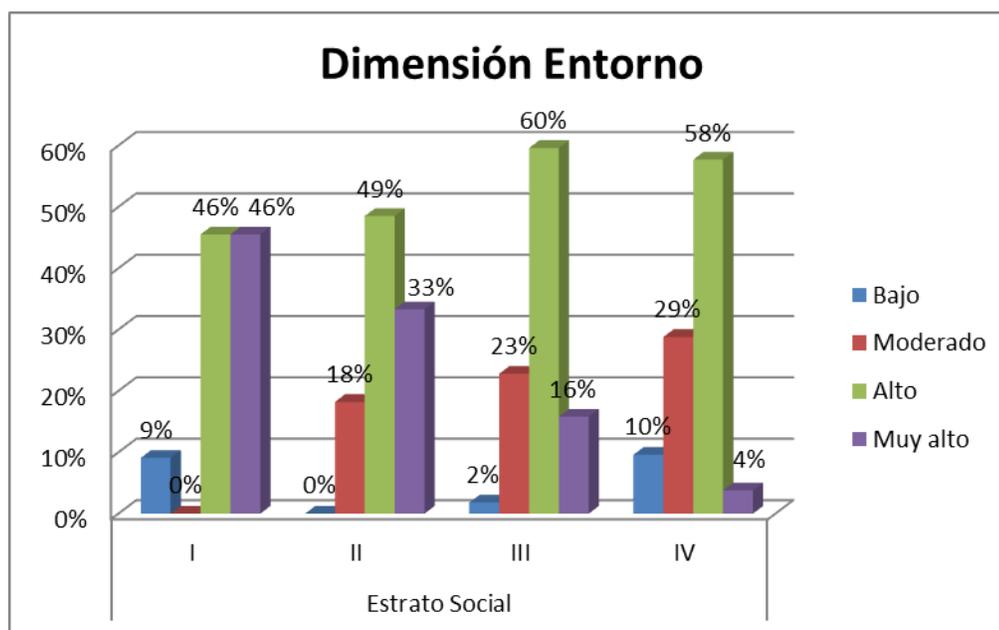


Figura 38. . Porcentajes de la variación entre Dimensión Entorno y Estrato Social.

En conclusión en los resultados obtenidos de acuerdo al Estrato Social de las participantes ligados a cada una de las dimensiones de la escala: Física, Psicológica, Relaciones Sociales y Entorno expresan que en su mayoría las mujeres muestran tener una Alta Calidad de Vida.

6.5 Variaciones entre la variable Satisfacción con la vida y Tipo de Institución.

En este apartado sólo se describirá la variación que hay entre la variable Satisfacción con la vida y Tipo de Institución ya que la muestra para esta variable sí resulta ser homogénea. Sin embargo, para las demás variables socio demográficas como nivel de instrucción, Ocupación y Estrato social la muestra no resulta ser homogénea y debido a la naturaleza de la variable Satisfacción con la vida, que no tiene una escala cualitativa, no es pertinente realizar ningún tipo de análisis estadístico descriptivo.

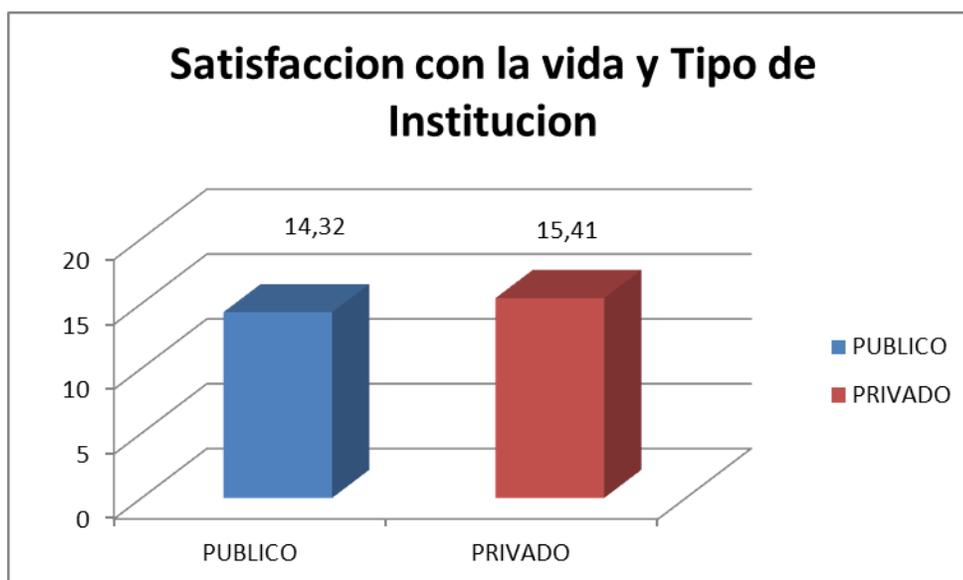


Figura 39. Variaciones entre Satisfacción con la Vida y Tipo de Institución.

Como se puede observar en la Figura anterior, la media mayor se encuentra en el Tipo de institución Privada con un valor de 15.41, lo que podría significar que las embarazadas que asisten a su control en una institución privada se sienten más satisfechas con su vida. Sin embargo, no hay una diferencia significativa entre el tipo de instituciones, ya que la media del Tipo de institución pública es de 14.32, a lo que se puede concluir que las embarazadas están satisfechas con su vida asistan a una institución pública o privada.

VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

En el presente estudio se analiza el nivel de calidad y satisfacción con la vida presente en una muestra de mujeres embarazadas primerizas del área metropolitana de Caracas. A continuación se discutirán los resultados obtenidos a partir de los objetivos propuestos de la investigación realizada.

Con respecto a la variable Satisfacción con la Vida se obtuvo que casi el total de las mujeres embarazadas primerizas reporten un Alto nivel de Satisfacción en la Escala de Diener. Es pertinente destacar de lo anteriormente descrito que Diener, Larsen, Levine y Emmons (1985) denotan que la intensidad con que las personas experimentan el Afecto Positivo afecta el juicio que realizan sobre su satisfacción por lo tanto las mujeres en estado de gestación tienen expectativas positivas y de felicidad, aunque hay retos emocionales importantes; como que ya no podrán pensar sólo en sí misma, sino en “nosotros”: en ella y en su hijo o hija (Maldonado-Durán, Saucedo-García y Lartigue, 2008).

La variable Calidad de Vida que de acuerdo a sus seis dimensiones: Dimensión Física, Dimensión Psicológica, Dimensión Relaciones Sociales, Dimensión Entorno, Dimensión Calidad de Vida General y Percepción de Salud arrojaron similares resultados. En efecto, en las cuatro primeras áreas la mayoría de la muestra reporta tener una Alta Calidad de Vida. En las últimas 2 dimensiones que son: Calidad de Vida General las participantes obtienen Buena Calidad de Vida General y en el área de la Percepción de la Salud, muestran estar Satisfechas con su salud.

Entre ambas variables se realizó una correlación mediante el coeficiente de correlación Rho Spearman, lo que demostró que la variable Satisfacción con la Vida está correlacionada con cada una de las 6 Dimensiones de la variable Calidad de Vida.

En este apartado se procede a describir la variación de la variable Calidad de Vida con las socio-demográficas tales como ocupación, nivel de instrucción, Tendencia de vivienda, tipo de institución y estrato social. Por último, se presentaron los resultados obtenidos entre la relación de ambas variables Satisfacción Vital y tipo de institución.

En primer lugar, se presenta que en cada variable socio-demográfica la mayoría de las encuestadas tienen una Alta Calidad de Vida en las cuatro dimensiones de la escala. En relación con la variable ocupación, según Verny y Kelly (1988) el trabajo afecta la percepción que la mujer tiene del embarazo y lo importante que es el sentimiento de realización y valía que la mujer extrae de su trabajo, ya que lo que siente acerca de sí misma influirá en lo que siente respecto a su hijo.

En cuanto al nivel de instrucción de la madre se obtiene que la mayoría de las mujeres reportan tener una Alta Calidad de Vida. A su vez independientemente de la Tenencia de la Vivienda es decir si es propia, alquilada, vive con sus padres o algún otro familiar las mujeres reportan una Alta Calidad de Vida percibida.

En relación al tipo de estrato que las mujeres ocupan se encontró que la mayor parte de participantes independientemente del estrato social al que pertenezcan reportan una alta Calidad de Vida lo que pudiese resultar coherente en cuanto a los primeros tres estratos en donde se supone la mujer se encuentra dentro de un ambiente propicio, cómodo, seguro y dotado con los espacios para cubrir las necesidades básicas, pero en relación a los resultados de las embarazadas ubicadas en el estrato social IV se pudiese mencionar que existe una razón para esto, la cual según Maldonado-Durán, Saucedo-García y Lartigue (2008) es el apego de la madre hacia el hijo, el cual se inicia con la noticia de estar embarazada.

Los mismos autores plantean que casi toda mujer ya ha tenido desde niña la fantasía de ser madre y además en sociedades en que se valora altamente la

maternidad, el embarazo es un estado de bendición y da un status especial, merecedor de consideraciones y admiración. Esto también explica los resultados de la variable nivel de instrucción donde las mujeres que solo tienen educación Primaria reportan una Alta Calidad de Vida. Para reafirmar lo anteriormente expuesto Moreno (2012) expone que “sobre la vivencia relacional madre-hijo florece una ética fundamental de tipo afectivo, solidarizante y comunicacional” (p.21).

Ambas variables de estudio se relacionaron con el tipo de institución. Lo que arrojó que tanto en Calidad de Vida como en Satisfacción Vital no existe diferencias significativas si se realizaban el control prenatal en una institución pública o privada ya que en ambas, la mayoría de las participantes proyectaron altos niveles de Calidad de Vida y Satisfacción.

En relación a los aspectos socio-demográficos: edad, tiempo de gestación, ocupación, nivel de instrucción y tipo de vivienda proporcionados por la escala de Estratificación Graffar Modificada-Méndez Castellano, en segundo lugar se obtuvieron resultados en cuanto a la percepción de la Satisfacción Vital y Calidad de Vida según la muestra de mujeres participantes.

En este primer paso se obtuvo que en cuanto al área socio-demográfica las edades de las participantes oscilan entre 18 y 40 años de edad, con una media de 25. En cuanto al tiempo de gestación la mayoría de las mujeres se encontraban entre la semana 5 y la semana 30 siendo la semana promedio la 24, sin embargo la semana que tiene mayor frecuencia es la de 30.

Por otra parte, se observó que el 46% de las mujeres embarazadas tenían como ocupación de empleada, el 44% arrojó un nivel de instrucción de bachiller y el 41% aún viven con sus padres.

Continuando con estos resultados, en cuanto a la Escala Graffar que viene a completar los datos demográficos obtenidos, se observó que en el ítem Profesión

del Jefe de Familia hubo un 43% en la categoría de Empleados sin Profesión Universitaria, con Técnica Media. Luego en el segundo ítem que habla del Nivel de Instrucción de la Madre un 65% reportó la opción Enseñanza Secundaria Completa y Técnica Superior, como se observa en esta categoría se incluyen las mujeres embarazadas Bachilleres y las que tienen un Técnico Superior Universitario. En referencia a la Principal Fuente de Ingresos de la Familia el 37% obtiene Sueldo Mensual y otro 37% recibe Donaciones Públicas y Privadas. La mayoría de las participantes vive en una vivienda tipo III, que representa el 44% y el 30% habita en la vivienda tipo IV. En general, el Estrato Social de la mayoría de las mujeres embarazadas primerizas se encuentra en el Estrato III con un 37% y en el Estrato IV se encuentra un 34% de la muestra total.

Según Fundacredesa (2001) en el Estrato III y IV existen condiciones de hacinamiento como consecuencia en la disminución del poder adquisitivo de la familia, como se demostró en los resultados anteriores la mayoría de las embarazadas habitan con sus padres. Esto, obliga la reunión de familias por la necesidad de sumar aportes económicos y lo que por lo general genera tensiones familiares y problemas psicosociales. Además es importante destacar que la existencia de personas adicionales que duermen en el cuarto de la pareja es otro indicador del descenso en la Calidad de Vida de todos los estratos. También Verny y Kelly (1981) exponen que el espacio donde se vive el embarazo puede crear ansiedad, un estudio demostró que la vivienda estrecha alteraba los sentimientos hacia el embarazo.

En cuanto a las variables relacionadas con el embarazo se encontró que las participantes registraron que en su mayoría los embarazos fueron planificados, tienen pareja y viven con ella. Además un 93% reportan que el padre de su hijo es su pareja actual. Por último, la mayoría de las mujeres no presentaban ningún problema de salud al momento de realizarse el estudio.

VIII. CONCLUSIONES

A manera de resumen final, tomando en cuenta el arqueo bibliográfico y el análisis de los resultados se puede llegar a las siguientes conclusiones:

- En cuanto a la variable Satisfacción con la Vida, las mujeres reportan tener altos niveles de satisfacción.
- En la variable Calidad de Vida, las participantes dicen tener una alta Calidad de Vida en todas las áreas de ésta, las cuales son: Dimensión Física, Psicológica, Relaciones Sociales y Entorno.
- También alcanzan a tener buena Calidad de Vida General y están satisfechas con su Salud.
- La muestra estuvo compuesta por 153 mujeres embarazadas primerizas de las cuales 75 de ellas eran atendidas en instituciones públicas y 78 en instituciones privadas. Con edades comprendidas entre 18 y 40 años, la mayoría de ellas de ocupación empleadas, bachilleres, viven en casa de sus padres y pertenecen al estrato social III y IV, su embarazo fue planificado, tienen pareja, viven juntos y por último no presentan problemas de salud.
- En cuanto a las variaciones de las variables socio-demográficas y Calidad de Vida no hay diferencias significativas ya que todas las embarazadas reportan tener una Alta Calidad de Vida indiferentemente del estrato social, la ocupación, nivel de instrucción, tenencia de la vivienda y tipo de institución.

- Otro de los factores que pudiese haber afectado las respuestas de las Escalas aplicadas es la deseabilidad social ya que muchas de las participantes al responder los instrumentos estaban acompañadas de su pareja. Como por ejemplo, se encontró que en el ítem de tipo de vivienda de la Escala Graffar, casi la mitad de las participantes decían vivir en una vivienda tipo II y III; sin embargo en los resultados de la Escala la mayoría de las participantes se encontraron en el estrato social III y IV.
- Construcción del baremo de la Escala World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) para la interpretación de los resultados debido a que existía.

IX. LIMITACIONES

- Una de las limitaciones que se encontraron en el transcurso de la investigación fue que la muestra era poco homogénea para aplicar otros tipos de estadísticos pertinentes, como las variaciones que se querían demostrar con la variable Satisfacción con la Vida y algunas variables sociodemográficas.
- Asimismo ocurrieron problemas en la localización de las mujeres embarazadas ya que la muestra tenía que ser primeriza y equivalente en cuanto al tipo de institución, lo cual se encontró que la mayoría de las embarazadas que asiste a centros públicos eran 2da o 3ra gesta.
- También hubo inconvenientes en la aplicación de la Escala Graffar, lo que ocasionó que la administración fuera individual a cada una de las mujeres embarazadas de la muestra, ya que éstas estaban respondiendo mal la escala.
- Otra de las limitantes fue la poca bibliografía que se encontró en relación a las variables de estudio y la muestra desde el punto de vista psicológico, ya que hay mucha información desde el punto de vista biológico de las embarazadas más no desde lo psicológico y social.
- Por último, la Escala World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) no posee baremos para la interpretación de los resultados. Por ello se construyó un baremo de la escala para la muestra de la investigación.

X. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones son las siguientes:

- Para las futuras investigaciones es recomendable que la muestra sea homogénea, para que se puedan aplicar otro tipo de análisis estadísticos, como los de correlación y tablas de contingencia.
- Es importante realizar estudios de ansiedad y depresión con este tipo de muestra, mujeres embarazadas primerizas.
- Otros estudios significativos serian el poder contar con una muestra de mujeres embarazadas con 2da y 3ra gesta.
- Realizar un estudio longitudinal donde se trabaje con las primerizas, luego en el puerperio cuando él bebé ya haya nacido. O simplemente investigar la Calidad de Vida y Satisfacción con la Vida en mujeres que están en puerperio o postnatal.

REFERENCIAS

Alvarez, J. (2009). *Revisión de la Escala WorldHealthOrganizationQuality of Life – Bref (WHOQOL - BREF) en estudiantes universitarios*. Trabajo Especial de Grado para optar al título de Licenciada en Psicología. Universidad Central de Venezuela.

Amérigo, M. (1993). La Calidad de Vida. Juicios de satisfacción y felicidad como indicadores actitudinales de bienestar. *Revista de Psicología Social*, 8, 1, 101-110.

Aparicio, M. (2003). Calidad de Vida en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica y repercusión psicológica en sus padres. *Tesis Phd. Universidad Complutense de Madrid*. Recuperado en el mes de octubre de 2012 del sitio web: <http://www.ucm.es/BUCM/tesis/med/ucm-t26603.pdf>

Ardila, R. (2003). Calidad de Vida: una visión integradora. *Revista latinoamericana de psicología*, vol 35, nº 2, pag 161-164. *Universidad Nacional de Colombia*. Recuperado en el mes de octubre de 2012 del sitio web: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/805/80535203.pdf>

Arita, B. (2006). *Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar*. *Facultad de Ciencias Sociales*. *Psicología y Salud*, 5 (2), 35-46

Arostegui, I. (1998) Evaluación de la Calidad de Vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. *Universidad de Deusto*.

Blanco, A. (1985). *La Calidad de Vida: supuestos psicosociales*. *Psicología social aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine. Recuperado en el mes de octubre de 2012 del sitio web: http://www.norc.org/PDFs/publications/BradburnN_Struc_Psych_Well_Being.pdf.

Cabañero M, M., Martínez M., Cabrero García J., Orts M., Abilio Reig, A., Tosa, B. (2004). *Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas*. *Revista electrónica Psicothema* 2004. Vol.16, nº3, pp.448-455. Recuperado en el mes de

octubre de 2012 del sitio web:
<http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8221>

Callico Cantalejo, G. (1995). Factores psicológicos de la gestación y su incidencia en las posteriores dificultades durante el parto y el puerperio. *Psicopatología*, 15, 70-74.

Canaval, G.; González, M.; Martínez-Schallmoser, L.; Tovar, M, Valencia, C. (2000) Depresión postparto, apoyo social y Calidad de Vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Médica* Vol. 31 N° 1. Recuperado el mes de Julio de 2014 del sitio web
[:http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/6914/1/Depresion%20postparto.pdf](http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/6914/1/Depresion%20postparto.pdf)

Casado, E. (1995). De la orientación al asesoramiento psicológico: una selección de lecturas. *Caracas: Universidad Central de Venezuela, comisión de desarrollo científico y humanístico.*

Casas, F. (1999). *Calidad de Vida y calidad humana*. Recuperado el mes de diciembre de 2012 del sitio web: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernun-mero.asp?id=812>

Castro, A. (2009). *El Bienestar Psicológico: Cuatro Décadas de Progreso*. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66 (23,3), pp. 43-72.

Casullo, M. (2002). *Evaluación del Bienestar Psicológico*. *Argentina: Paidós.*

Condon, J. T. y Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 359-372.

Díaz, G., Alonso R., Bayarre H. (2002) Factores de riesgo de insatisfacción con la vida en mujeres de edad mediana. *Rev Cubana HigEpidemiol.* 40(3).

Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

Diener, E., Larsen, R., Levine, S. y Emmons, R. (1985). Intensity and frequency: Dimensions underlying positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (5), 1253-1265.

Diener, E. y Myers. (1995). Cross- Cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal Of Personality and Social Psychology.*

Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. Annual Review of Psychology, 2003, 54, 403-425.

Duran, I. (2010). La Teoría Homeostática del Bienestar. Bienestar Psicológico y Satisfacción por la Vida en Adultos Mayores. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, Vol. 2, N.o 1.

Durán, M. M. (2010). *Bienestar Psicológico: el estrés y la Calidad de Vida en el contexto laboral*. *Revista Nacional de Administración*, 1 (1), 71-84. Recuperado en el mes de noviembre de 2012 del sitio web: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan044031.pdf>.

El Pequeño Larousse Ilustrado. (5ta ed). (1999). Bogotá, Colombia: Larousse.

Fundacredesa (2001). Indicadores de situación de vida, Movilidad Social años 1995-2001. El Estudio Nacional. Tomo 1. Caracas, Venezuela.

Gómez, M.E., López, E., Aldana, G., González, C., Mota, M. y Sánchez, P. (2009). Psicoterapia de Grupo para Mujeres con Embarazo de Alto Riesgo. *Terapia Psicológica*, Vol. 27, N° 2, 215-225. Recuperado en el mes de Enero de 2013 del sitio web: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200007

Gómez, M.E, Aldana, E., Carreño, J. & Sánchez, C. (2006). Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada. *Psicología Iberoamericana*, 14(2) 28-35. Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=133920321004>

Gómez-Vela y Sabeh E. (2000). Calidad de Vida: Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca. Recuperado en el mes de Enero de 2013 del sitio web: <http://inico.usal.es/publicaciones.asp>

Guarino, L. (2013). Sensibilidad emocional, afrontamiento, salud y Calidad de Vida percibida durante en el embarazo. *Psicología y Salud*. 20. 179-188. Recuperado en el mes de Julio del 2014 del sitio web: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/600/1040>

Guarino, L., Scremin, F. y Borrás, S. (2010). Estilo emocional, salud y Calidad de Vida percibida en Embarazadas. *SUMMA Psicológica*. 7. 79-90. Recuperado en el mes de Julio del 2014 del sitio web: <http://summapsicologica.cl/index.php/summa/article/view/113/pdf>

Guarino, L., Scremin, F. y Borrás, S. (2013) Nivel de información y apoyo social como predictores de la salud y Calidad de Vida durante el embarazo. *Psychologia: avances de la disciplina*. 7.13-21. Recuperado en el mes de Julio del 2014 del sitio web: <http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/352/271>

Guzmán, R. (2007). *Obesidad y satisfacción con la vida un diagrama de ruta. Tesis de maestría publicada*, Universidad Simón Bolívar, Caracas.

Hernández, R., Fernández, C y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. (4ed). México D.F: Mc Graw-Hill

Levi, L. y Andersson, L. (1980). La tensión psicosocial. Población, ambiente y Calidad de la vida. México: el Manual Moderno.

Losada, J. (1995). Reflexiones sobre el movimiento humanista: En Casado, E. (comp). *De la orientación al asesoramiento psicológico: una selección de lecturas*. Caracas: Universidad Central de Venezuela.

Lucas, R. E., Diener, E. y Suh, E. (1996). *Discriminant validity of well-being measures*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.

Lugones, M. (2002). Algunas consideraciones sobre la Calidad de Vida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, versión On-line ISSN 1561-3038. Recuperado el mes de octubre de 2012 del sitio web: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=14019&id_seccion=801&id_ejemplar=1435&id_revista=69

Marín, D., Bullones, M.A., Carmona, F., Carretero, M.I., Moreno, M.A. y Peñacoba, C. (2008). *Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal*. *Nure Investigación*, nº 37, Noviembre – Diciembre. Recuperado en el mes de Enero de 2013 del sitio web: http://www.fuden.eu/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyemb3721_0200893951.pdf

Maldonado-Durán, M., Saucedo-García, J. M., y Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del

feto. *Perinatol Reprod Hum*, 22(1), 5-14. Recuperado en el mes de noviembre de 2014 del sitio web: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip081c.pdf>

Maslow, A. (1975) *Motivación y Personalidad*. Sagitario, Barcelona.

Méndez, H y Méndez, M. (1999). Metodología de investigación social, Graffar-Méndez Castellano. *Fundación Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana*.

Moreno, A. (2012) *La Familia Popular Venezolana*. Centro Gumilla Publicaciones UCAB. Caracas, Venezuela.

Moyano E, Ramos, N. Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum*. 2007; 22(2): 177-193.

Nieri, L. (2011). Análisis de la Calidad de Vida en madres puérperas. *Universidad de Palermo-CONICET*. Recuperado el mes de octubre de 2012 del sitio web:

http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/1309/hologramatica16_v1pp3_22.pdf

Ojeda, D. (s.f). Llevando un embarazo a término feliz, en vinculación y de manera gratificante. Recuperado en el mes de octubre de 2012 del sitio web: http://cursoprenatal.tripod.com/articulos/llevando_un_embarazo_a_terminofeliz.pdf

Olivar, A (2002). Cambios biológicos, psicológicos y sociales durante el embarazo. Recuperado en el mes de abril del 2014 del sitio web: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=351858&indexSearch=ID>

Olza, I. y Tejedor, G. (2007). La Teoría de la Programación Fetal y el Efecto de la Ansiedad Materna durante el embarazo en el Neurodesarrollo Infantil. *Revista de Psiquiatría infanto-juvenil*, vol. 24, n. 2,3 y 4, pp. 176.

Ontiveros, M. y López, J. (2010). Adaptación Psicosocial y Niveles de Ansiedad en Embarazadas Primigestas de Bajo Riesgo Obstétrico. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*; 27(2): 92-98. Recuperado el mes de Noviembre de 2012 del sitio web: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2010/bis102b.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2005). WHOQOL, Calidad de Vida. Recuperado el mes de Noviembre de 2012 del sitio web: <http://www.envelliment.org/documents-/docs/whoqol0001.pdf>

Ovalle, O. y Martínez, J. (2006) La Calidad de Vida y la felicidad en: Contribuciones a la Economía. Recuperado el mes de octubre de 2012 del sitio web: <http://www.eumed.net/ce/2006/oojm.htm>

Pagano, R. (2006). *Estadísticas para la ciencia del comportamiento*. (7ª ed.). Mexico, D.F. Thomson.

Palomino, J. (2012). Estructura Poblacional. *Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrion. Peru.*

Pavot, W., Diener, E., Colvin, C.R., y Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being. *Social Indicators Research*, 28, 1-20.

Pérez A. (2006) El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de Vida, apoyo social y salud mental. [tesis doctoral]. *Salamanca: Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca*. Recuperado de <http://www.laalamedilla.org/Investigacion/CD%20Tesis/Tesis%20Anibal/tesina%20cuidadores06.pdf>

Quintero G, González,U (1997). *La Calidad de Vida, contexto socioeconómico en personas de edad avanzada*. Madrid, España: Buendía.

Rivera, A. (2008). Semanas de Gestación. *Universidad Nacional Autónoma de México. México.*

Rodríguez, A.R., Pérez, J. y Brito de la Nuez, A. (2004). *La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos. Un estudio preliminar. Anales de psicología, vol. 20, n 1, pp. 95-102.*

Rogers, C. (1961). El proceso de convertirse en persona, mi técnica terapéutica. *Buenos Aires: Paidós.*

Rojas G, Fritsch R, Solis Jk, González M, Guajardo V & Araya R. (2006). Calidad de Vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Rev Méd Chile; 134: 713-20.*

Sánchez, A.I., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (1997). Efectos del Estado de Gestación sobre el Estado de Ánimo. *Universidad de Granada. España.*

Salas, C; Grisales, H (2010). Calidad de Vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana Salud Publica.* 28(1):9–18. Recuperado el mes de agosto de 2014 del sitio web: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a02.pdf>

Schwartzmann, L. (2003) Calidad de Vida Relacionada con la Salud: aspectos conceptuales, health-related quality of life: conceptual aspects.

Seligman, M. (2002). La auténtica felicidad. Barcelona. Ediciones B.

Sen, A. (1996). *Capacidad y bienestar.* México: Fondo de Cultura Económica.

Sen, A. (2001). Desarrollo y libertad. Bogotá: Planeta.

Tonon, G. (2009) Los estudios sobre Calidad de Vida y la perspectiva de la Psicología Positiva. *Revista Psicod debate: Psicología, Cultura y Sociedad.* Vol.Nº 10.U.P. Buenos Aires.

Torres, M. (2004). Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 33 (3) 285-97.

Urzúa, A; Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de Vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica,* 30(1), 61-71. Recuperado en agosto de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-48082012000100006.

Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida Intervención Psicosocial. *Erasmus University Repository,* 3, 87-116.

Verdugo, M. (1994). El papel de la psicología de la rehabilitación en la integración de personas con discapacidad y en el logro de Calidad de Vida. *Siglo Cero,* 156, 33-40.

Verdugo, M. y Sabeh, E. (2002). Evaluación de la percepción de Calidad de Vida en la infancia. *Universidad de Salamanca, psicothema Vol. 14, nº 1, pp.* 86-9.

Verny, T. y Kelly, J. (1988). La vida secreta del niño antes de nacer. Urano. Pp 135

Anexos

Anexo 1

Escala de satisfacción con la vida de Diener

ESV-ES					
<p>A continuación se presentan cinco afirmaciones con la que puedes estar de acuerdo o no.</p> <p>Para ello contarás con cinco (5) opciones de respuesta: Definitivamente en desacuerdo, Un tanto en desacuerdo, Ni en desacuerdo ni de acuerdo, Un tanto de acuerdo, y Definitivamente de acuerdo. Marca con una X la opción con que más te identifiques (una sola opción).</p> <p>Por favor, responde a todas las preguntas y se lo más abierto y honesto en responder.</p>	Definitivamente en desacuerdo	Un tanto en desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	Un tanto de acuerdo	Definitivamente de acuerdo
1. En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea.					
2. Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importante.					
3. Estoy satisfecho (a) con mi vida.					
4. Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido.					
5. Las circunstancias de mi vida son buenas.					

Anexo 2

Escala World Health Organization Quality of Life WHOQOL-BREF

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE WHOQoL-BREF Australian Version (May 2000)

Instrucciones

En esta evaluación se le pregunta cómo se siente acerca de su Calidad de Vida, salud, y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro (a) de qué responder, por favor, elija la opción que le parezca más apropiada. Esta puede ser frecuentemente su primera respuesta. Por favor, tenga en cuenta sus normas, esperanzas, alegrías y preocupaciones. Le pedimos que piense acerca de su vida en las últimas dos semanas.

Ejemplo:

	En lo absoluto	Muy poco	Moderadamente	Mucho	Totalmente
¿Recibe de los demás el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Usted debe colocar un círculo en el número 4 si en las últimas dos semanas recibió mucho apoyo de los demás.

	En lo absoluto	Muy poco	Moderadamente	Mucho	Totalmente
¿Recibe de los demás el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Pero si usted no obtuvo el apoyo que necesitaba por parte de los demás, debe colocar un círculo en el número 1

Gracias por su colaboración.

Por favor lea cada pregunta y evalúe su percepción, en las últimas dos semanas, y encierre en un círculo el número de la escala que corresponda a la respuesta que sea la más apropiada para usted.

	Muy mala	Mala	Ni buena ni mala	Buena	Muy buena
1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
2. ¿Está satisfecho (a) con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son acerca de cuánto ha experimentado ciertas situaciones en las últimas dos semanas.

	En lo absoluto	Poco	Cantidad moderada	Mucho	Demasiado
3. ¿En qué medida usted piensa que el dolor físico le impide llevar a cabo lo que necesita hacer?	1	2	3	4	5
4. ¿Cuánto necesita de un tratamiento médico para funcionar en la vida diaria?	1	2	3	4	5
5. ¿Qué tanto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6. ¿En qué medida considera que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
	En lo absoluto	Muy poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
7. ¿Qué tanto puede concentrarse?	1	2	3	4	5
8. ¿Qué tan seguro (a) se siente en la vida diaria?	1	2	3	4	5
9. ¿Qué tan saludable es su entorno físico?	1	2	3	4	5
	En lo absoluto	Muy poco	Poco	En gran medida	Completamente
10. ¿Tiene suficiente energía para la vida cotidiana?	1	2	3	4	5
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12. ¿Tiene dinero suficiente para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5

13. ¿Qué tan disponible tiene la información que necesita en la vida diaria?	1	2	3	4	5
14. ¿En qué medida tiene oportunidades para disfrutar de tiempo libre?	1	2	3	4	5
	En lo absoluto	Muy poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
15. ¿Qué tan bien puede usted moverse físicamente?	1	2	3	4	5

En las siguientes preguntas le pedimos decir qué tan bien o satisfecho (a) se ha sentido con relación a varios aspectos de su vida, en las **últimas dos semanas**

	Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
16. ¿Qué tan satisfecho (a) está con su sueño?	1	2	3	4	5
17. ¿Qué tan satisfecho (a) está con su capacidad de realizar actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18. ¿Qué tan satisfecho (a) está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19. ¿Qué tan satisfecho (a) está consigo mismo (a)?	1	2	3	4	5
20. ¿Qué tan satisfecho (a) está con sus relaciones interpersonales?	1	2	3	4	5
21. ¿Qué tan satisfecho (a) está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22. ¿Qué tan satisfecho (a) está con el apoyo que recibe de sus amigos?	1	2	3	4	5
23. ¿Qué tan satisfecho (a) está con el lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24. ¿Qué tan satisfecho (a) está con su acceso a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25. ¿Qué tan satisfecho (a) está con su medio de transporte?	1	2	3	4	5
	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos como tristeza, desesperación, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

Anexo 3

Método de Estratificación Social Graffar- Méndez Castellano. Hoja de respuestas.

ESTRATIFICACIÓN SOCIAL

ESTRATO SOCIAL <input style="width: 30px;" type="text"/>				
1.1.1 <input style="width: 30px;" type="text"/>	1.1.2 <input style="width: 30px;" type="text"/>	1.1.3 <input style="width: 30px;" type="text"/>	1.1.4 <input style="width: 30px;" type="text"/>	TOTAL <input style="width: 30px;" type="text"/>

1.1.1 PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA

1	PROFESIÓN UNIVERSITARIA, FINANCIEROS, BANQUEROS EMPRESARIOS COMERCIANTES TODOS DE ALTA PRODUCTIVIDAD. (OFICIALES DE LAS F.A.N. (SI TIENEN UN RANGO DE EDUCACION SUPERIOR)
2	PROFESIÓN TÉCNICA SUPERIOR, MEDIANOS COMERCIANTES O PRODUCTORES
3	EMPLEADOS SIN PROFESIÓN UNIVERSITARIA, CON TÉCNICA MEDIA, PEQUEÑOS COMERCIANTES O PRODUCTORES PROPIETARIOS
4	OBROSEROS ESPECIALIZADOS Y PARTE DE TRABAJADORES DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA (PRIMARIA COMPLETA)
5	OBROSEROS NO ESPECIALIZADOS Y PARTE DE TRABAJADORES DEL SECTOR INFORMAL (SIN PRIMARIA INCOMPLETA)

1.1.3 PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO DE LA FAMILIA

1	FORTUNA HEREDADA O ADQUIRIDA
2	GANANCIAS, BENEFICIOS, HONORARIOS PROFESIONALES
3	SUELDO MENSUAL
4	SALARIO SEMANAL, POR DÍA ENTRADA A DESTAJO
5	DONACIONES DE ORIGEN PÚBLICO O PRIVADO

1.1.2 NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

1	ENSEÑANZA UNIVERSITARIA O SU EQUIVALENTE
2	ENSEÑANZA SECUNDARIA COMPLETA TÉCNICA SUPERIOR
3	ENSEÑANZA SECUNDARIA INCOMPLETA TÉCNICA SUPERIOR
4	ENSEÑANZA PRIMARIA, ALFABETA, CON ALGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN PRIMARIA
5	ANALFABETA

1.1.4 TIPO DE VIVIENDA DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS

1	VIVIENDA CON ÓPTIMAS CONDICIONES SANITARIAS Y AMBIENTES DE GRAN LUJO (VIVIENDA TIPO I)
2	VIVIENDA CON ÓPTIMAS CONDICIONES SANITARIAS ESPACIOSAS Y AMBIENTES CON LUJO PERO SIN EXCESO (VIVIENDA TIPO II)
3	VIVIENDA CON BUENAS CONDICIONES SANITARIAS ESPACIOS REDUCIDOS O NO SIN LUJO (VIVIENDA TIPO III)
4	VIVIENDA CON AMBIENTES ESPACIOSOS O REDUCIDOS Y DEFICIENCIA EN ALGUNAS CONDICIONES SANITARIAS (VIVIENDA TIPO IV)
5	RANCHO O VIVIENDA CON CONDICIONES SANITARIAS INADECUADAS HACINAMIENTO Y/O PROMISCUIDAD (VIVIENDA TIPO V)

OBSERVACIONES: _____

Anexo 4**Carta de Consentimiento****CARTA DE CONSENTIMIENTO**

Yo, _____, Cedula de Identidad: _____, acepto voluntariamente participar en la investigación titulada "Calidad de Vida y Satisfacción con la vida en mujeres embarazadas", y en consecuencia ser evaluada por los autores o colaboradores de dicho trabajo, siendo estatutoriada por el Profesor(a):_____.

Firma
