

EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN PERÚ: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PARA EL BIENESTAR EMOCIONAL Y LA INCLUSIÓN EDUCATIVA

Justina Isabel Prado-Juscamaita*

isabpradoj@gmail.com
orcid.org/0000-0002-6558-4233

**Universidad Nacional
“Hermilio Valdizán”**

Enma Sofía Reves-Huapaya**

pillco30@hotmail.com
orcid.org/0000-0003-3075-5263

**Universidad Nacional
“Hermilio Valdizán”**

Recibido: 15/06/2018

Aprobado: 12/09/2018

RESUMEN

Este trabajo estudia el embarazo adolescente en Perú como una problemática compleja de salud pública, psicológica, biológica, educativa y social, negativa para el desarrollo de la mujer. Frente a esta realidad se realizó la aplicación de estrategias para afrontar el embarazo y mejorar el bienestar emocional de la embarazada en un hospital de la ciudad de Huánuco (Perú). El diseño fue cuasi-experimental, de pre y pos test, con dos grupos conformados por 29 sujetos. Los instrumentos utilizados fueron la escala de evaluación de afrontamiento y el cuestionario de bienestar emocional de la calidad de vida. Después de la intervención, el grupo experimental que recibió las sesiones de estrategia de afrontamiento frente al embarazo tuvo mayor índice de bienestar emocional, disposición al estudio y calidad de vida, manteniéndose estable en los seguimientos posteriores con 24,1%, respecto del grupo control con 3,4%.

Palabras clave: embarazo adolescente; bienestar emocional; estrategias de afrontamiento, inclusión educativa.

***Justina Isabel Prado-Juscamaita.** Doctorado en Ciencias de la Salud. Maestría en Educación con mención en Gestión y Planeamiento Educativo. Obstetra de profesión. **Universidad de adscripción:** Universidad Nacional “Hermilio Valdizán”.

****Enma Sofía Reves-Huapaya.** Doctorado en Ciencias Económicas y Sociales, mención Sociología. Magíster en Gestión y Planeamiento Educativo. Actualmente es Decana de la Facultad de Ciencias Sociales. **Universidad de adscripción:** Universidad Nacional “Hermilio Valdizán”.

COPING STRATEGIES TO PROMOTE EMOTIONAL WELL-BEING AND EDUCATIONAL INCLUSION IN PREGNANT ADOLESCENTS. CASE: PERU

ABSTRACT

This work studies adolescent pregnancy in Peru as a complex problem of public, psychological, biological, educational and social health, negative for the development of women. Faced with this reality, the application of strategies to face pregnancy and improve the emotional well-being of the pregnant woman in a hospital in the city of Huánuco (Peru) was carried out. The design was quasi-experimental, pre and post test, with two groups consisting of 29 subjects. The instruments used were the coping assessment scale and the emotional well-being questionnaire of the quality of life. After the intervention, the experimental group that received the coping strategies sessions in front of the pregnancy had a higher index of emotional well-being, readiness to study and quality of life, remaining stable in the later follow-ups with 24.1%, with respect to the control group with 3.4%.

Keywords: adolescent pregnancy; emotional well-being; coping strategies, educational inclusion.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) ha referido que más del 80% de embarazos en adolescentes no son deseados, ello constituye un problema de salud pública para la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, por los riesgos biológicos y psicosociales que representan para la madre al no ser capaz de enfrentar adecuadamente el proceso de la maternidad, con consecuencias posteriores para el niño. Adicionalmente, las jóvenes se ven obligadas a abandonar la educación y con ello se profundiza el índice de deserción escolar, el malestar emocional y el proceso de exclusión social.

En Perú el porcentaje de mujeres adolescentes (entre 15 y 19 años) que están o han estado alguna vez embarazadas se ha mantenido a niveles estables (alrededor del 13%) en las últimas dos décadas (Mendoza y Subiría, 2014). La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES aplicada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2017) revela que el 13,4% de adolescentes de 15 a 19 años fueron madres o quedaron embarazadas por primera vez en ese año. El porcentaje se mantiene en el mismo rango en los últimos cinco años, pues en el 2013 hubo un 14% de adolescentes embarazadas; en el 2014 fue 14.6% y en el 2015 fue 13,6%.

Según el Ministerio de Salud (MINSA, 2017), el embarazo adolescente es el doble en el área rural en relación con el área urbana (22.5% y 10.6%, respectivamente para el 2015). Asimismo, es más alta en la selva que en el resto de regiones naturales del país y triplica el porcentaje de Lima Metropolitana (24.9% y 8.3%). Es seis veces más alto entre las adolescentes de nivel educativo secundario con respecto a las que tienen nivel educativo superior (37.9% y 6.1%). Igualmente, es relevante el intervalo de espaciamientos de los embarazos entre las jóvenes de acuerdo con su nivel de educación. La encuesta, ya referida, señala: “El espaciamiento de los nacimientos también tiene relación con el nivel educativo de las madres, siendo mayor en aquellas con educación superior (60,5 meses) que en las madres sin nivel educativo o con primaria (45,6 y 51,4 meses, respectivamente)” (INEI, 2017, p. 95).

Según el INEI (2017) cada día quedan embarazadas 4 adolescentes menores de 15 años y según el MINSA (2017) en el mismo año se registraron 1158 casos de niñas madres de entre 11 y 14 años, resultado de la violencia sexual. Estas cifras alarmantes se deben a la falta de políticas educativas eficientes para el ejercicio de la sexualidad responsable; por otro lado existen determinantes sociales como son la violencia de género, la pobreza y el abandono de los niños y adolescentes.

Al hacer un análisis de la situación problemática de las madres adolescentes, en el contexto específico de las usuarias del Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco (Perú), observamos que la situación es similar al contexto nacional. De esta manera, presentan pérdida de autonomía que obliga a las jóvenes a depender de sus padres, además interrumpen sus relaciones grupales porque, generalmente, se ven incapacitadas de continuar sus actividades escolares o laborales y, finalmente, se da la demora o el cese precoz de su desarrollo personal. Del mismo modo, casi siempre se muestran con estrés, ya que la capacidad biológica, psicológica y el rol social de la adolescente se ven fuertemente exigidos.

Existen esfuerzos del Estado y del Ministerio de Salud sobre intervenciones utilizadas con madres adolescentes centradas en trabajos educativos para aumentar el nivel de conocimiento sobre la sexualidad, servicios de planificación familiar, atención de embarazo de alto riesgo, entre otros, pero esto no ha eliminado la problemática de salud de estas jóvenes, ni ha logrado un contacto con otras instituciones que les proporcione movilización en programas educativos.

Evidentemente, el cuidado y la educación para prevenir un embarazo a temprana edad serían las mejores políticas sociales y educativas, ya lo afirma la UNESCO (2017) en su documento *Embarazo precoz y no planificado y el sector de la educación. Revisión de la evidencia y recomendaciones*: “Es posible prevenir el embarazo precoz o no planificado mediante una educación integral en sexualidad de buena calidad que incluya contenido sobre la igualdad de género y vínculos con servicios que aseguren la disponibilidad de anticonceptivos” (p. 7). Sin embargo, con el mismo espíritu de aceptación propone que:

Cuando una niña queda embarazada se deben implementar de manera apropiada las políticas de reincorporación a la escuela y reanudación de los estudios, lo que permitirá que las niñas embarazadas y las que ya son madres puedan ejercer su derecho a la educación. (UNESCO. 2017, p. 7)

Siendo la salud un factor de gran influencia sobre el bienestar personal (Prieto-Flores, Fernández-Mayoralas, Rojo-Pérez, Lardiés-Bosque, Rodríguez-Rodríguez, Ahmed-Mohamed y Rojo-Abuín, 2008) y viceversa (Vásquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009), se evidencia la necesidad de considerar variables psicológicas como la regulación emocional en la atención de la salud del adolescente, desde un enfoque multidisciplinario (Pérez y Guerra, 2014). Esa atención reducirá tanto la vulnerabilidad contextual como la subjetiva que provoca la exclusión escolar y al impactar positivamente se convertiría en un factor de permanencia en cualquier nivel de educación (Arteaga Quintero, 2012). Por ello fue necesario comprender desde la

perspectiva humana y orientar a estas adolescentes embarazadas que vienen atravesando, en el plano psicológico, una situación de sobrecarga emocional, estrés y, en muchos casos, podrían estar sufriendo trastornos de la personalidad como la ansiedad y la depresión provocados por la misma situación de incertidumbre que caracteriza la psicología del adolescente, con las consecuencias negativas en su salud.

A partir de la observación del problema descrito, el presente estudio tuvo como objetivo proporcionar a las adolescentes embarazadas estrategias de afrontamiento para mejorar su bienestar emocional y su calidad de vida. Ellas tendrían como beneficio una serie de habilidades psicológicas para enfrentar positivamente su realidad y llevar un embarazo aceptado sin prejuicios y con toda naturalidad. En algunos países de América Latina y de África occidental existen prohibiciones para que la joven embarazada no pueda continuar los estudios y esto es una práctica habitual. En Sierra Leona, por ejemplo, se reportó que a las jóvenes embarazadas se les prohíbe volver a la escuela debido a que, según el propio gobierno, se convierten en una mala influencia para sus compañeras (Olías, 2015) y, con ello, pierden la oportunidad de presentar los exámenes, de graduarse y de continuar sus estudios a un nivel superior, lo que trae como consecuencia la ausencia de promoción social y de bienestar personal.

Mazuera y Albornoz (2017), en un trabajo dedicado a estudiar la maternidad adolescente y su relación con la desigualdad social y la exclusión educativa, encontraron que las jóvenes que se embarazan, en su mayoría, están fuera del sistema educativo, por lo tanto han desertado previamente de la escuela. Tanto en el Norte de Santander (Colombia) como en el estado Táchira (Venezuela), lugares en los que se realizó esa investigación, se pudo constatar que “el embarazo no es la principal causa de la deserción escolar en las adolescentes, casi las dos terceras partes de las encuestadas en ambos contextos, que actualmente no estudian, abandonaron sus estudios antes del primer embarazo” (p. 131). Esto indica la necesaria prevención y que las adolescentes que estudian, de alguna forma, se encuentran en menor riesgo de embarazarse; pero también señala que de ese universo, las restantes participantes abandonan la escolaridad a causa de su maternidad temprana y, casi en su totalidad, están marcadas por la desigualdad social, la marginalidad y la falta de apoyo institucional.

Del mismo modo, en México, Villalobos-Hernández, Campero, Suárez-López, Atienzo, Estrada, y De la Vara-Salazar (2015) analizaron una encuesta nacional sobre el embarazo adolescente con el objetivo de caracterizar a las jóvenes que se han embarazado en relación con el rezago educativo. En ella encontraron que “cohabitar con la pareja y tener un nivel socioeconómico bajo son variables de riesgo para rezago educativo, en tanto que la asistencia a la escuela es un factor protector” (p. 141).

Teniendo en cuenta a una población que se encuentra cursando sus estudios, Osorio y Hernández (2011) estudiaron la correspondencia entre el embarazo de las adolescentes y el porcentaje de abandono de la escolaridad, en relación con el grado en curso de la embarazada y su edad con el riesgo de deserción. Después de analizar una muestra de 605 embarazadas se encontró que casi una cuarta parte no terminaron de cursar su grado, de ellas la deserción mayor se presentó entre las jóvenes entre 12 y 15 años, por lo que a menor edad hubo mayor deserción, aun cuando si estaban estudiando un grado superior se reduce esa tasa de ausencia (pp. 305-306). Un tema interesante que

“quedó sin determinar [es] el motivo aducido para la suspensión (voluntaria, inducida por la familia o por la institución, entre otros)” (p. 307). Sería importante conocer, en esa investigación, sobre las estrategias de afrontamiento de quienes no desertaron, cómo las pudieron implementar o si estuvieron bajo su influencia con el apoyo de expertos.

Algunos trabajos sobre el afrontamiento adolescente nos revelan, como en el caso de Alcoser Villacis (2012), que el estudio de estas estrategias, pese a ser un tema muy complejo, aporta a la comprensión de las maneras de afrontar un evento tan impactante como lo es un embarazo no planificado. Igualmente, Alcoser-Villacis indica que no existe un modo establecido de afrontamiento para las situaciones de vida. Por su parte, Ongarato y Becerra (2007) indican que ante el suceso del embarazo en la adolescencia, las jóvenes comienzan a implementar una mayor variedad de recursos para el afrontamiento de los inconvenientes.

Es necesario tomar en cuenta la teoría del modelo de afrontamiento de Lazarus, Valdés Miyar y Folkman (citada en Góngora y Reyes, 1999) en la que se establece que las estrategias de afrontamiento actúan como “anticuerpos o recursos psicológicos”. En la misma línea, Frydenberg (1993) considera que las estrategias conductuales y cognitivas de afrontamiento dirigidas especialmente al grupo de adolescentes, desarrolla la capacidad de enfrentar adecuadamente sus preocupaciones. A la par, Della y Landoni (2005), indican que la utilización de las estrategias adecuadas genera medios que funcionan como factores protectores de su salud, a la vez que contribuyen con el crecimiento y desarrollo saludables, en la medida que protegen al individuo y le permiten enfrentar las situaciones de riesgo que se le presenten.

Por consiguiente, las estrategias no son más que acciones y pensamientos que se organizan, aplican y aprovechan conscientemente para enfrentar, controlar y reducir las circunstancias difíciles (Vázquez Valverde, Crespo López y Ring, 2003). Los mismos Lazarus, Valdés Miyar y Folkman (1986, p. 164) definieron estas estrategias como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

Con respecto a la intervención, el estudio de Centenaro-Levandowski, Piccinini y Sobreira-Lopes (2008), concluye en desarrollar intervenciones de apoyo para estas jóvenes, para que puedan alcanzar sus objetivos personales, lo que puede resultar en una maternidad más adecuada, previniendo así diversos problemas psicosociales para ellas, su niño y su familia. Igualmente, Prado-Juscamaita (2009) concluye que las estrategias de afrontamiento frente al embarazo adolescente contribuyen a tener un mayor índice de calidad de vida.

En este contexto de los antecedentes se planteó probar que las adolescentes que reciben las estrategias de afrontamiento frente al embarazo tienen mayor índice de bienestar emocional y más alta tendencia a reanudar sus estudios.

Método

La metodología empleada fue de enfoque cuantitativo. El tipo de estudio prospectivo longitudinal por lo que se estudiaron las variables en varios periodos de tiempo. El diseño de investigación fue cuasi experimental con dos grupos (Tabla 1): experimental y control, tal como se muestra a continuación:

Tabla 1. Grupos participantes

Grupo	Intervención	Después
G ₁	O ₁ X	O ₃ O ₅ O ₇
G ₂	O ₂ I	O ₄ O ₆ O ₈

G₁ y G₂: Grupos de estudio.

X: Intervención (estrategia de afrontamiento).

I: Intervención tradicional (controles prenatales habitual).

O₁ y O₂: Observación basal, antes de la intervención.

O₃ y O₄: Observación post estrategia.

O₅ y O₆: Observación post estrategia al mes y,

O₇ y O₈: Observación post estrategia, a los 2 meses.

El ámbito de estudio fue el Hospital “Hermilio Valdizán Medrano” de la ciudad de Huánuco en los servicios de Control prenatal y Psicoprofilaxis Obstétrica. La muestra fue probabilística, de tipo aleatorio simple, con el procedimiento de asignación de sujetos a tratamientos. Estuvo constituido por 29 adolescentes embarazadas por cada grupo, en consideración de los criterios de inclusión. Una vez determinada la muestra se aplicó la ficha del consentimiento informado y el compromiso de confidencialidad y protección de datos.

En anteriores publicaciones sobre las indagaciones realizadas con estas adolescentes (Prado-Juscamaita, 2012) se expuso la percepción de su calidad de vida a partir de las estrategias de afrontamiento. En este caso, a partir de otros hallazgos dentro de la amplitud del estudio, los propósitos abarcaron desde la aplicación de las estrategias, la recolección de la información, el procesamiento de los datos, el impacto en su bienestar personal y la prospectiva para su inclusión en la educación.

A ambos grupos se les aplicaron los instrumentos de recolección de datos: entrevista demográfica e historia reproductiva, escala de afrontamiento y el cuestionario de bienestar emocional en la calidad de vida, previamente validados a través de la opinión de 10 expertos. La confiabilidad se determinó mediante el coeficiente de medición Alfa de Cronbach.

Las estrategias de afrontamiento aplicadas a las adolescentes embarazadas del grupo experimental consistieron en un conjunto de actividades planificadas y organizadas en 6 sesiones: embarazo, parto, cuidados pre y posnatales, autoestima, habilidades sociales para la vida, manejo de emociones y resiliencia; contenidos previamente validados por un equipo de expertos de obstetricia, psicología y educación.

De forma resumida se podrían enumerar las principales estrategias de afrontamiento aplicadas al grupo (Prado-Juscamaita, 2012): a) en primer lugar la acción preventiva

durante el embarazo que les permitiría entender su propia situación y sentirse bajo control; b) terapias sobre las formas de llevar su embarazo y las posibilidades de un parto feliz; c) manejo de los temas de autoestima, asertividad, comunicación, inteligencia emocional, motivación, gobierno del estrés, la resiliencia, acompañadas con técnicas de relajación; d) disposición a tomar iniciativas y a hacer uso de las estrategias de afrontamiento; e) apoyo social, control de salud y recursos asistenciales; f) apoyo para la permanencia en el trabajo, práctica de meditación, hobbies y distracciones, entre otras.

El propósito, obviamente, es el desarrollo de la capacidad de enfrentar adecuadamente su realidad y prepararles para la toma de decisiones que las conduzca al éxito social y educativo. Las posibilidades de lograr un autocontrol y pensar en una nueva perspectiva de vida contribuyen con su bienestar y las posibilidades de sentirse incluidas en un mundo en donde serán dueñas de su futuro.

Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva e inferencial; en esta última se empleó el Análisis de Varianza (ANOVA) Univariado, teniendo el primer factor intersujeto de dos niveles (grupo experimental y grupo control) y un segundo factor intrasujeto de medidas repetidas con cuatro niveles (momento basal, tras la estrategia, al mes y a dos meses). Se utilizó el análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni, para comprobar la existencia de diferencias significativas entre las variables definidas.

Resultados

Tabla 2. Características demográficas de los grupos en estudio

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Grupo Experimental (n = 29)		Grupo Control (n = 29)	
	Nº	%	Nº	%
Grupo de edad (años)				
10 a 14	1	3,4	0	0,0
15 a 19	28	96,6	29	100,0
Estado civil				
Soltera	12	41,4	4	13,8
Conviviente	17	58,6	25	86,2
Grado de instrucción				
Primaria incompleta	1	3,4	1	3,4
Primaria completa	2	6,9	2	6,9
Secundaria incompleta	6	20,7	12	41,4
Secundaria completa	20	69,0	14	48,3
Religión				
Católico	21	72,4	17	58,6
Evangélico	8	27,6	12	41,4
Ocupación				
Ama de casa	17	58,6	21	72,4
Estudiante	11	37,9	8	27,6
Trabajo	1	3,4	0	0,0
Procedencia				
Rural	1	3,4	6	20,7
Urbana	26	89,7	23	79,3
Periurbana	2	6,9	0	0,0

Fuente: elaboración propia a partir de la entrevista sociodemográfica y reproductiva.

Sobre las características demográficas en los grupos de estudio se observó que en el grupo experimental el 96,6% (28) se ubicó entre los 15 y los 19 años; 58,6% (17) fueron de condición conviviente; 69,0% (20) tuvieron como grado de escolaridad la secundaria completa; 72,4% (21) profesaban la religión católica; 58,6% (17) cumplían la labor de ama de casa y 89,7% (26) procedían de la zona urbana.

En el grupo control el 100,0% (29) de adolescentes tuvo entre 15 y 19 años; 86,2% (25) fueron de condición conviviente; 48,3% (14) estuvieron con secundaria completa; 58,6% (17) profesan la religión católica; 72,4% (21) se dedicaban como ama de casa y 79,3% (23) procedían de la zona urbana.

Tabla 3. Historia reproductiva de los grupos en estudio

HISTORIA REPRODUCTIVA	Grupo Experimental (n = 29)		Grupo Control (n = 29)	
	Nº	%	Nº	%
Edad de la primera relación sexual				
14	1	3.4	5	17.2
15	8	27.6	16	55.2
16	7	24.1	2	6.9
17	6	20.7	4	13.8
18	7	24.1	2	6.9
Frecuencia de relaciones sexuales				
Diario	0	0.0	1	3.4
Interdiario	6	20.7	3	10.3
Semanal	7	24.1	4	13.8
Mensual	16	55.2	21	72.4
Uso de método anticonceptivo antes del embarazo				
SI	7	24.1	9	31.0
NO	22	75.9	20	69.0

Fuente: elaboración propia a partir de la entrevista sociodemográfica y reproductiva

En relación con la historia reproductiva, en el grupo experimental, 27,6% (12) inició la primera relación sexual a los 15 años; 55,2% (16) la frecuencia de dichas relaciones fueron mensuales y el 75,9% (22) no utilizó método anticonceptivo antes de su embarazo. En el grupo control, 55,2% (16) inició la primera relación sexual a los 15 años; 72,4% (21) la frecuencia de las mismas fueron mensuales y el 69,0% (20) no utilizó método anticonceptivo alguno antes de embarazarse.

Tabla 4. Afrontamiento dirigido a la resolución de problemas según momentos evaluados

Afrontamiento dirigido a la resolución de problemas	Basal		Post estrategia		Al mes post estrategia		A 2 meses post estrategia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo experimental (n = 29)								
Amplia	0	0,0	6	20,7	5	17,2	6	20,7
Considerable	0	0,0	19	65,5	20	69,0	19	65,5
Escasa	19	65,5	4	13,8	4	13,8	4	13,8
Mínima	10	34,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Grupo control (n=29)								
Amplia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Considerable	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Escasa	15	51,7	19	65,5	24	82,8	14	48,3
Mínima	14	48,3	10	34,5	5	17,2	15	51,7

Fuente: elaboración propia a partir de la escala del afrontamiento

Respecto al afrontamiento dirigido a la resolución de problemas, en el momento basal no existió diferencias en el nivel amplio (experimental 0,0%; control 0,0%). Al finalizar la estrategia de intervención el porcentaje de afrontamiento amplio se mantuvo en el grupo control (0,0%) respecto al grupo experimental (20,7%) (6). Durante las mediciones efectuadas en los dos seguimientos posteriores (al mes y dos meses postestrategia), los porcentajes de afrontamiento dirigido a la resolución de problemas fueron mayores en el grupo experimental que en el grupo control.

Tabla 5. Afrontamiento en relación con los demás según momentos evaluados

Afrontamiento en relación con los demás	Basal		Post estrategia		Al mes post estrategia		A 2 meses post estrategia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo experimental (n = 29)								
Amplia	0	0,0	0	0,0	2	6,9	2	6,9
Considerable	0	0,0	11	37,9	10	34,5	11	37,9
Escasa	17	58,6	18	62,1	17	58,6	16	55,2
Mínima	12	41,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Grupo control (n=29)								
Amplia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Considerable	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Escasa	16	55,2	14	48,3	17	58,6	18	62,1
Mínima	13	44,8	15	51,7	12	41,4	11	37,9

Fuente: elaboración propia a partir de la escala del afrontamiento.

En cuanto al afrontamiento en relación con los demás, en el momento basal no existió diferencias en el nivel amplio y considerable (experimental 0,0%; control 0,0%). Al finalizar la estrategia de intervención el porcentaje de afrontamiento de nivel considerable se mantuvo en el grupo control (0,0%) respecto al grupo experimental (37,9%) (11). Durante las mediciones efectuadas en los dos seguimientos posteriores, los porcentajes de afrontamiento en relación con los demás fueron mayores en el grupo experimental que en el grupo control.

Tabla 6. Afrontamiento improductivo, según momentos evaluados

Afrontamiento improductivo	Basal		Post estrategia		Al mes post estrategia		A 2 meses post estrategia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo experimental (n = 29)								
Amplia	3	10,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Considerable	12	41,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Escasa	14	48,3	21	72,4	22	75,9	18	62,1
Mínima	0	0,0	8	27,6	7	24,1	11	37,9
Grupo control (n=29)								
Amplia	5	17,2	4	13,8	3	10,3	5	17,2
Considerable	9	31,0	13	44,8	13	44,8	8	27,6
Escasa	15	51,7	12	41,4	13	44,8	16	55,2
Mínima	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: elaboración propia a partir de la escala de afrontamiento.

En relación con el afrontamiento improductivo, en el momento basal no existió diferencias en el nivel mínimo (experimental 0,0%; control 0,0%). Al finalizar la estrategia el porcentaje de afrontamiento improductivo mínimo se mantuvo en el grupo control (0,0%) respecto al grupo experimental (27,6%) (8). Durante las mediciones efectuadas en los dos seguimientos posteriores, los porcentajes de afrontamiento improductivo fueron menores en el grupo experimental que en el grupo control.

Tabla 7. Bienestar emocional en la calidad de vida según momentos evaluados

Bienestar emocional	Basal		Post estrategia		Al mes post estrategia		A 2 meses post estrategia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo experimental (n = 29)								
Alta	0	0,0	7	24,1	7	24,1	8	27,6
Medianamente alta	0	0,0	16	55,2	17	58,6	12	41,4
Aceptable	1	3,4	3	10,3	4	13,8	7	24,1
Baja	12	41,4	3	10,3	1	3,4	2	6,9
Muy baja	16	55,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Grupo control (n=29)								
Alta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Medianamente alta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Aceptable	1	3,4	0	0,0	2	6,9	1	3,4
Baja	10	34,5	8	27,6	10	34,5	15	51,7
Muy baja	18	62,1	21	72,4	17	58,6	13	44,8

Fuente: elaboración propia a partir de cuestionario bienestar emocional en la calidad de vida.

En cuanto a la variable bienestar emocional en la calidad de vida, en el momento basal no existieron diferencias en el nivel alto (experimental 0,0%; control 0,0%). Al finalizar la estrategia de intervención el porcentaje de bienestar emocional se mantuvo en el grupo control (0,0%) respecto al grupo experimental (24,1%) (7). Durante las mediciones generadas en los dos seguimientos posteriores (al mes y dos meses postestrategia), los porcentajes de bienestar emocional fueron mayores en el grupo experimental, respecto al grupo control.

Conclusiones

En cuanto a la variable afrontamiento los del grupo experimental demostraron diferencias significativas ($p=0,000$), con respecto al grupo control, tanto en la dimensión de resolución de problemas en relación con los demás y el afrontamiento improductivo, siendo este último un menor índice en relación con el grupo control.

Estos resultados demuestran que las estrategias de afrontamiento impartidas han sido recursos psicológicos que primeramente han ayudado a la adolescente a aceptar su embarazo, manejar situaciones estresantes propias del embarazo y tener actitud positiva; conclusión que se relaciona con lo que plantean Veloso-Besio, Caqueo-Arancibia, Caqueo-Urizar, Muñoz-Sánchez y Villegas-Abarzúa (2010) sobre el hecho de que los programas de intervención en convenciones de afrontamiento favorecen mecanismos de resolución de problemas más efectivos en los adolescentes. Igualmente, Viñas Poch, González Carrasco, García Moreno, Malo Cerrato y Casas Aznar (2015) afirman que las estrategias de afrontamiento de fijarse en lo positivo, manejar el estrés y autoaceptación están asociadas a un mayor bienestar personal.

Por otro lado Scafarelli y García (2010) consideran relevante que se preste atención a los adolescentes, de tal modo que les ayuden a manejar sus problemas y preocupaciones de modo adaptativo y beneficioso. Así como Fiorentino (2008) señala la importancia del apoyo social y solidario para enfrentar las adversidades de la vida.

En la comparación de la variable bienestar emocional, se observó que en el momento basal no hubo diferencias significativas ($p = 0,566$), pero a partir de la postestrategia se encontraron diferencias reveladoras ($p = 0,000$); al mes ($p = 0,000$) y a 2 meses postestrategia ($p = 0,000$). Los promedios obtenidos en el grupo experimental (14,9; 15,2 y 15,0 en la postestrategia, al mes y a 2 meses postestrategia de afrontamiento respectivamente) resultaron mayores que los obtenidos en el grupo control (6,8; 7,1 y 7,2 en la postestrategia, al mes y a 2 meses postestrategia, respectivamente).

Se puede concluir que el grupo experimental que recibió las sesiones de las estrategias de afrontamiento frente al embarazo tienen mayor índice de bienestar emocional en comparación con el grupo control, que solo recibió las atenciones prenatales habituales probándose la hipótesis de investigación. Al respecto, Macías, Madariaga Orozco, Valle-Amarís y Zambrano (2013) resaltan la relevancia del abordaje científico del afrontamiento dada su importancia para el bienestar de las personas como recursos psicológicos de resiliencia a la hora de afrontar situaciones desbordantes por el nivel de estrés que generan. Igualmente, Arjona y Guerrero (2001) indican que los sujetos con estilo de afrontamiento activo mostrarían una mejor adaptación y soporte hacia el bienestar psicológico.

Finalmente, se sugiere que para realizar una atención integral diferenciada a la adolescente embarazada se necesita realizar intervenciones de esta naturaleza sostenibles que les ayuden a generar estrategias de afrontamiento para un bienestar emocional y por ende un parto y una maternidad feliz. Debe insistirse en el hecho de que sin una serie de estrategias de afrontamiento bien planificadas, las jóvenes no podrán retornar a la educación y que su futuro y el del nuevo niño se verán seriamente comprometidos, pues su propio bienestar emocional, tal como se observa en las investigaciones sobre embarazo adolescente, estarán condicionados a una mirada futura de superación.

Referencias

- Alcoser-Villacis, A. Y. (2012). *Estrategias de afrontamiento en adolescentes de 12 a 15 años con embarazos no planificados, usuarias del Centro de Atención Integral del Adolescente del Área 17 del Cantón Durán* (tesis de pregrado). Guayaquil. Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/6004>
- Arjona, J. y Guerrero, S. (2001). *Un estudio sobre los estilos y las estrategias de afrontamiento y su relación con la variable adaptación*. Recuperado de <http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/File/psicologiapdf-182-un-estudio-sobre-los-estilos-y-las-estrategias-de-afrontamiento-y-su-relacion-co.pdf>

- Arteaga Quintero, M. (2016). Problemas de exclusión escolar. Un enfoque de género. *Statu Quo. Revista de Secretaria de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador*, 2(1), 85-107.
- Centenaro-Levandowski, D., Piccinini, C.A. y Sobreira-Lopes, R. (2008). Maternidade adolescente. *Estudos de Psicologia*, 25(2), 251-263. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000200010>
- Della, M. y Landoni, A. (2005). Estrategias de afrontamiento de adolescentes embarazadas de la ciudad de Buenos Aires. *Revista Psicología Científica.com*, 1-15.
- Fiorentino, M.T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida. *Suma Psicológica*, 15(1), 95-113. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604004>
- Frydenberg, E. (1993). The coping strategies used by capable adolescents. *Australian journal of guidance y counselling*, 3(1), 1-9.
- Góngora, E. y Reyes, L. (1999). La estructura de los estilos de enfrentamiento: rasgo y estado en un ecosistema tradicional mexicano. *Revista Sonorense de Psicología*, 13(2), 3-14. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/139300115/13-2-3>
- INEI-Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES*. Nacional y Departamental. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html
- Lazarus, R.S., Valdés Miyar, M. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Macías, M., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M., y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>
- Mazuera, R. y Alborno, N. (2017). Maternidad adolescente, desigualdad social y exclusión educativa en el Norte de Santander (Colombia) y Táchira (Venezuela). *Espacio Abierto*, 26(1), 121-137. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12252817007>
- Mendoza, W. y Subiría, G. (2013). El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 30(3), 471-479. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300017&lng=es&tlng=es
- MINSA. Ministerio de Salud. (2017). *Documento técnico: situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud.
- Olías, L. (2015). Las adolescentes embarazadas que no pueden volver a su escuela por ser "una mala influencia". *El diario.es/ Desalambre*. Recuperado de https://www.eldiario.es/desalambre/adolescentes-embarazadas-Sierra-Leona-Gobierno_0_449356013.html
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (2011). *Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias*. Ginebra: OMS/Departamento de Salud Materna.

- Ongarato, P. y Becerra, L. (2007). *Embarazo adolescente y estrategias de afrontamiento en Escuelas medias de la ciudad de Buenos Aires*. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Osorio, I. y Hernández, M. (2011). Prevalencia de deserción escolar en embarazadas adolescentes de instituciones educativas oficiales del Valle del Cauca, Colombia, 2006. *Colombia Médica*, 42(3), 303-308. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v42n3/v42n3a6.pdf>
- Pérez, Y. y Guerra, V. (2014). La regulación emocional y su implicación en la salud del adolescente. *Revista cubana de pediatría*, 86(3), 368-375. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000300011&lng=es&tlng=es
- Prado-Juscamaita, J. (2009). *Estrategias de afrontamiento en la calidad de vida percibida por adolescentes*. Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano" de Huánuco (tesis doctoral inédita), Universidad Nacional "Hermilio Valdizán", Huánuco, Perú.
- Prado-Juscamaita, J. (2012). Estrategias de afrontamiento en la calidad de vida percibida por adolescentes embarazadas. Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano", Huánuco 2009. *Revista peruana de obstetricia y enfermería*, 8(1), 2-9. Recuperado de <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/669/522>
- Prieto-Flores, M.E., Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Lardiés-Bosque, Raúl., Rodríguez-Rodríguez, V., Ahmed-Mohamed, K. y Rojo-Abuín, J. (2008). Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la Comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 301-303.
- Scafarelli-Tarabal, L. y García-Pérez, R. (2010). Estrategias de afrontamiento al estrés en una muestra de jóvenes universitarios uruguayos. *Ciencias Psicológicas*, 4(2), 165-175. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4595/459545426004.pdf>
- UNESCO. (2017). *Embarazo precoz y no planificado y el sector de la educación. Revisión de la evidencia y recomendaciones*. París: UNESCO. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0025/002515/251509S.pdf>
- Vásquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J., y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28
- Vázquez Valverde, C., Crespo López, M. y Ring, J. M. (2003). Estrategias de afrontamiento. En A. Bulbena Vilarrasa, G. Berrios y P. Fernández (Edits.), *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona, España: MASSON.
- Veloso-Besio, C., Caqueo-Arancibia, W., Caqueo-Urizar, A., Muñoz-Sánchez, Z. y Villegas-Abarzúa, F. (2010). Estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Fractal: revista de psicología*, 22(1), 23-34. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922010000100003>
- Villalobos-Hernández, A., Campero, L., Suárez-López, L., Atienzo, E., Estrada, F. y De la Vara-Salazar, E. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública de México*, 57(2), 135-143. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10636867004>

Viñas Poch, F., González Carrasco, M., García Moreno, Y., Malo Cerrato, S., y Casas Aznar, F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 31(1), 226-233. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.1.163681>