

Perfil psicosocial de adolescentes gestantes en dos instituciones de salud en Bogotá

Psychosocial profile of pregnant teens in two health institutions in Bogota

Esperanza Durán Flórez, Margarita María Aguirre Gallego, Carolina Low, Margarita Crespo, Milciades Ibáñez y José David Téllez¹

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue establecer el perfil psicosocial y demográfico de las adolescentes gestantes atendidas en dos instituciones de segundo y cuarto niveles de complejidad en la ciudad de Bogotá (Colombia), identificando variables tales como composición familiar, relaciones con padres y compañero y afrontamiento del embarazo. Para tal efecto, se utilizó una muestra de 325 adolescentes embarazadas, de 13 a 17 años de edad, en cualquier edad gestacional en la cual se encontrarán. Se realizó un estudio de corte descriptivo transversal, donde se identificaron las variables psicosociales y demográficas por medio de una entrevista realizada en cada institución donde se captaban las pacientes. Los datos se incluyeron en una base de datos compartida por las dos instituciones. Los resultados muestran que el nivel educativo más frecuente fue secundaria incompleta, la relación con padres fue disfuncional en una baja proporción, no así con el compañero. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, una tercera parte de las participantes mostraron un afrontamiento pasivo. Los autores concluyen que en el embarazo en adolescentes es importante realizar intervenciones tendientes a establecer estrategias para el rol de madre, desarrollar procesos de comunicación y negociación para mejorar la relación con padres y compañeros y, en general, integrar herramientas de apoyo psicosocial durante el embarazo y el posparto.

Palabras clave: Adolescentes gestantes; Factores psicosociales; Factores de riesgo.

ABSTRACT

The aim of the present study was to establish the psychosocial and demographic profile of pregnant teen assisting to two health institutions of second and fourth level of complexity in Bogota City, through assessing variables such as family composition, relationship with parents and partner, and coping with pregnancy. It was used a sample of 325 pregnant teen, aged between 13 and 17 years old. There were performed descriptive, cross-sectional studies, which identified psychosocial and demographic variables through interview in the institutions where patients were attended. The data were included in a database shared by the two institutions. Results show that the most common educational level was incomplete secondary, the relationship with parents was dysfunctional in few cases, whereas it was high with the partner. In terms of coping, a third part of the subjects showed a passive one. The authors conclude that in teen's pregnancy it is important to perform interventions to develop strategies towards the role of mother, communication and negotiation processes to improve the relationship with parents and partner, and overall tools for to integrate psychosocial support during pregnancy and postpartum.

Key words: Pregnant teens; Psychosocial factors; Risk factors.

¹ Clínica Universitaria Colombia, Calle 22B, Núm. 66-46, Bogotá, Colombia, correo electrónico: meduran@colsanitas.com. Artículo recibido el 20 de junio de 2013 y aceptado el 15 de octubre de 2014.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia es uno de los problemas de salud pública que más ha recibido atención de los sectores público y privado en todo el mundo a lo largo de los últimos años. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009), las adolescentes embarazadas requieren una atención física y psicológica especial durante el embarazo, el parto y el puerperio, lo que contribuye a preservar su salud y las de sus hijos. Las mujeres menores de 16 años tienen más riesgo de morir, más de cuatro veces que las de 20 a 30 años, por lo que constituye la mayor causa de mortalidad materna en esas edades (Mayor, 2004). Adicionalmente, la tasa de muerte de sus hijos es aproximadamente 50% más elevada. Así, es necesario abordar este problema, sobre todo en los países en vía de desarrollo, dado que 95% de los embarazos adolescentes ocurre en estos (OMS, 2009).

La necesidad de comprender las particularidades de las adolescentes gestantes en Bogotá, Colombia, es un imperativo debido al impacto social y sanitario de este fenómeno. Asimismo, constituiría una herramienta útil para empezar a develar los factores que se encuentran presentes en el embarazo adolescente para diseñar e implementar estrategias para prevenirlo. De esta manera, el Censo General de 2005 hecho por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística establece que una quinta parte de la población del país está conformada por adolescentes, grupo de edad que corresponde al segundo en magnitud después del de los adultos jóvenes. En efecto, en 2009, según la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Protección Social (2010), los adolescentes de entre 10 y 19 años constituían 19.6% del total de la población, llegando hasta 46% en las áreas de menor nivel de desarrollo, como por ejemplo la Amazonia. Aunque los 21.7 años de edad es la edad media en el país para la primera unión conyugal, la quinta parte del grupo de mujeres de entre 15 y 19 años ya eran madres o estaban embarazadas de su primer hijo.

En cuanto a las políticas públicas, el gobierno colombiano ha realizado esfuerzos para prevenir e intervenir el embarazo en la adolescencia. En el año 2003 se definió la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PSSR) como estra-

tegia prioritaria, donde se planteó una reducción de 26% del embarazo en adolescentes a través de temas como la salud sexual y reproductiva en jóvenes y adolescentes, la maternidad segura, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual, el cáncer del cuello uterino y la violencia de género (Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Protección Social, 2010).

ANTECEDENTES

Tanto en Colombia como en otros países de América Latina se han venido haciendo estudios relacionados con la caracterización de la población adolescente gestante, uno de los cuales fue el realizado por Fernández, Carro, Oses y Pérez (2004) en el Hospital Materno-Infantil Docente “Julio Trigo López” de La Habana (Cuba), en el cual los autores del mismo establecieron las características demográficas y obstétricas de este estrato poblacional. Los resultados de este estudio descriptivo de corte transversal establecieron que entre más jóvenes son las madres adolescentes, mayores son los factores de riesgo para el recién nacido. En Colombia, Pérez (2003) condujo un estudio donde caracterizó la familia de las adolescentes gestantes, en el cual se describen las características de los factores de riesgo y la salud familiar.

Por otro lado, Baeza, Póo, Vásquez, Muñoz y Vallejos (2007) identificaron factores asociados con el embarazo no planificado a partir del discurso de escolares gestantes en Chile. Los factores que favorecen el embarazo aparecen en categorías como “amor romántico”, que se refiere al hecho que las adolescentes justifican la actividad sexual e incluso el embarazo por un sentimiento de amor idealizado; otra causa es no utilizar métodos anticonceptivos, en la que se ven involucrados aspectos tales como el olvido, el miedo a subir de peso, la dificultad o el temor a acceder a los métodos de anticoncepción. La baja autoestima corresponde a otro factor, y se ve expresada por el temor al rechazo de las amistades, a perder la pareja por negarse a mantener la actividad sexual o por la “irresponsabilidad masculina”.

López, Lugones, Valdespino y San Martín (2005) llevaron a cabo un estudio descriptivo sobre los factores de riesgo asociados al embarazo

en adolescentes en mujeres menores de 15 años. Exploraron las áreas psicosocial, familiar, afectivo-familiar y sexual. Así, en las adolescentes estudiadas se encontró una educación sexista, en la que desempeña un importante papel la presión del grupo, lo que las obliga a iniciar una vida sexual a más temprana edad y, en ocasiones, sin que exista un vínculo afectivo estrecho con la pareja. Las relaciones sexuales implican el reconocimiento del grupo de pares; las jóvenes consideran que el inicio de relaciones sexuales se convierte en una competencia asociada a una baja autoestima y a una pobre habilidad para tomar decisiones. Sin embargo, con respecto al área familiar, los padres, aunque inicialmente rechazan el embarazo y asumen posturas distantes, terminan por aceptar y apoyar a los jóvenes, fortaleciéndose incluso su relación. Así, se genera una reestructuración del funcionamiento interno, en la cual las madres establecen una alianza con sus hijas e incluso las sobreprotegen en ocasiones, lo que implica para las adolescentes una ganancia secundaria al recibir una mayor atención.

Relaciones intrafamiliares y embarazo adolescente

Las relaciones intrafamiliares son uno de los elementos primordiales en el proceso de socialización de un niño. Las interrelaciones entre padres e hijos se denominan “estilo parental”, al que Muisitu y García (2001) definen como “la persistencia de ciertos patrones de actuación y las consecuencias que esos patrones tienen para la relación paterno-filial” (p. 9). Por otro lado, Bleichmar (2004) considera que es la percepción que el niño construye acerca del comportamiento de sus padres y no el comportamiento “real” de los mismos lo que determina esa relación. A este respecto, Richaud de Minzi (2005) señala que a partir de la relación padres-hijos se podrá establecer la forma como estos últimos afronten las situaciones adversas de la vida.

Pérez (2003) realizó un estudio para caracterizar las familias de adolescentes embarazadas en poblaciones cercanas a Bogotá, encontrando que casi la mitad de las familias de estas jóvenes eran nucleares; sin embargo, 39.3% eran familias reconstruidas, lo que generaba conflictos por la con-

formación de unidades previamente establecidas por otras personas. Lo más llamativo fue el ciclo familiar predominante; de hecho, 22.7% estaba constituido por adolescentes. Este tipo de familia mostraba disfunción en sus relaciones y se caracterizaba por pobreza, violencia intrafamiliar, deserción escolar y dificultades para encarar nuevas situaciones escolares.

Por otro lado, las construcciones de Barrera y Vargas (2005) sobre las relaciones intrafamiliares y el desarrollo de autoeficacia y control personal resultan interesantes. Los autores reportan los resultados obtenidos a través de un instrumento de autorreporte aplicado a 326 adolescentes de los dos sexos. A partir de un análisis estadístico, las conclusiones apuntan a que entre mayor es la comunicación con los padres y más cercanas son las relaciones entre padres e hijos, los adolescentes muestran mayores índices de autoeficacia y control personal, lo que se ve reflejado en la toma de decisiones en el área sexual.

Según el estudio realizado por Molina (2011) con un grupo de padres adolescentes, en el que expresan la vivencia de su paternidad como una nueva experiencia de aprendizaje, es en el comienzo del embarazo cuando se distancian o se fortalecen las relaciones; así, algunos jóvenes optan por distanciarse por el temor de afrontar tal situación. Para algunos adolescentes, ser padres puede ayudarlos a mejorar su autoestima al permitirles asumir responsabilidades adultas, lo cual los lleva a reafirmar su masculinidad.

En un estudio realizado en Chile por Cruzat y Aracena (2006) con un grupo de adolescentes, 85% de ellos sostuvo que apoyaría a su pareja afectiva y económicamente; además, hallaron una relación entre ese apoyo y el empleo: si se tenía un empleo había un mayor apoyo hacia la pareja. Tal apoyo también incide de manera importante en la autoestima de la madre y en la forma en que ella asume el rol materno.

Afrontamiento

Para resistir las situaciones que producen estrés, como el embarazo o el nacimiento de un hijo —especialmente durante la adolescencia—, Halsted, Bennett y Cunningham (1993) plantearon el concepto de *afrontamiento*, entendido como un esfuerzo cog-

nitivo y conductual orientado a reducir, minimizar o tolerar las demandas internas o externas. Dicho afrontamiento puede ser activo o pasivo; el primero se refiere a la búsqueda de soluciones y toma de decisiones, en tanto que el segundo tiene que ver con culparse a uno mismo, culpar a los demás, no enfrentar la situación, preocuparse sin solucionar nada u omitir las decisiones que se deben tomar frente a una situación. Otros autores sugieren el afrontamiento como centrado en la emoción o centrado en el problema (Lazarus y Folkman, 1986), y algunos más proponen dicho constructo como un conjunto de varias estrategias (Carver, Scheier y Weintraub, 1989).

En la adolescencia, el afrontamiento se ha estudiado teniendo como foco ciertos aspectos específicos de esta etapa (Contini, 2006). Así, se han examinado las áreas académica y social (Fernández, Ongarato, Carreras, Lupano y Quesada, 2008), los perfiles demográficos dependiendo del área de la vivienda, la inteligencia y el temperamento (Casullo y Fernández, 2001; Richaud de Minzi, 2006).

Solis y Vidal (2006) llevaron a cabo un estudio para establecer las formas de afrontamiento en la adolescencia, hallando que el patrón varía de acuerdo al sexo y el proceso de socialización del adolescente, quien generalmente utiliza la estrategia de preocuparse, fallando en la toma apropiada de decisiones, hasta que llega a concentrarse en la solución del problema y tiene éxito. La asociación de este tema con el embarazo adolescente permite realizar intervenciones más puntuales a medida que se van estableciendo formas de afrontamiento más activas.

En el estudio desarrollado por Zambrano, Vera y Flórez (2012), cuyo objetivo era determinar la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento en adolescentes embarazadas, se encontró que la estrategia más utilizada era la de concentrarse en resolver el problema, seguida por la de preocuparse o temer el futuro. En cuanto al estilo de afrontamiento en referencia a los otros, las adolescentes utilizaban el apoyo social y la búsqueda de pertenencia, lo que implica que, aunque no se soluciona directamente el problema, la situación se alivia momentáneamente.

Prado (2012) desarrolló un estudio en Perú mediante el cual pretendía demostrar la efectividad

de las estrategias de afrontamiento en la calidad de vida percibida por adolescentes embarazadas, usuarias de un hospital. Los resultados indicaron que, en cuanto al afrontamiento para la resolución de problemas, los promedios en el grupo experimental –que recibió sesiones de estrategias de afrontamiento ante al embarazo– fueron mayores que en el grupo control, que recibió únicamente la atención tradicional en el control prenatal habitual. Así, las estrategias de afrontamiento mostraron eficacia al momento de hacer frente al embarazo en cuanto que las adolescentes tomaron iniciativas e hicieron uso de las mismas. De igual modo, utilizaron una gran cantidad de recursos para enfrentar la situación en la que se hallaban, como el apoyo social, un estado de salud satisfactorio, una vida sana, pasatiempos y distracciones.

De esta manera, la relevancia del embarazo en las adolescentes es evidente, al igual que los factores psicosociales asociados. Teniendo como punto de referencia estos antecedentes, se llevó a cabo un estudio para establecer el perfil psicosocial y demográfico de las adolescentes gestantes de 13 a 17 años atendidas en dos instituciones de segundo y cuarto nivel de complejidad en una institución prestadora de servicios de salud (IPS) de la ciudad de Bogotá, Colombia, a lo largo de tres años.

MÉTODO

Se realizó un estudio de corte transversal para indagar algunas variables psicosociales, como la composición familiar, la relación con los padres y la pareja, las estrategias de afrontamiento y el proyecto de vida. Además, se determinaron ciertas variables demográficas, como edad, ocupación y nivel de escolaridad. Para la evaluación de tales variables se creó un instrumento de entrevista, el cual se aplicó tanto en la clínica de cuarto nivel como en el clinicentro de segundo nivel de complejidad.

Participantes

Teniendo como criterios de inclusión que todas las mujeres adolescentes que participaran estuvieran embarazadas, según un diagnóstico hecho mediante prueba beta positiva, con edades comprendidas entre 13 y 17 años y que fueran consultantes de

la clínica o del clinicentro², se obtuvo finalmente una muestra de 325 participantes. Se excluyeron las adolescentes con prueba negativa de embarazo o con diagnóstico de enfermedad mental.

Variables de estudio e instrumento

Al inicio, se indagaron variables de tipo sociodemográfico, tales como edad cronológica para establecer la adolescencia temprana, media o tardía; la edad cronológica en años cumplidos; ocupación (estudiante, empleada, labores del hogar, cesante o independiente); escolaridad medida según el último año académico cursado, aprobado y reportado durante la entrevista hecha a la adolescente (primaria, primaria incompleta, secundaria, secundaria incompleta, carrera técnica, carrera universitaria completa o incompleta, analfabeta); sexo; institución prestadora de salud (IPS) a la cual pertenecía para hacer el seguimiento tan pronto tuviera el bebé y regresara a la IPS que le correspondía (clínica o clinicentro que identificó el caso), la cual reporta directamente a la IPS que recibió a la paciente (Clinicentro “La Soledad” o Clínica Universitaria Colombia), y edad cronológica de su pareja.

Se estudiaron diversas variables psicosociales: composición familiar, relación con los padres, relación con el padre del bebé y estrategias de afrontamiento.

La composición familiar se refiere a las personas que vivirán con la adolescente y el bebé: familia nuclear (padres y hermanos), familia extensa de la gestante (abuelos, tíos, primos), pareja (compañero permanente, padre o no del bebé), familia extensa de la pareja (suegros, cuñados) y sola.

La relación con los padres se refiere a los patrones de comunicación y manejo de conflictos intrafamiliares, diferenciada como buena (existen patrones de comunicación y utilizan el diálogo para solucionar problemas) o mala (no se comunican, existen conflictos de familia).

La relación con el padre del bebé alude a si éste se hará cargo emocional y económicamente de la madre y el niño y si vivirá con ellos; dicha

relación se clasificó como buena (el padre no vive con ella, pero provee económicamente las necesidades del niño y la madre y participa en el cuidado de ambos, o vive con ella y cumple con las características anteriores) o mala (se alejó durante el embarazo y no ha vuelto a acercarse a la madre ni al bebé; la visita pero no satisface las necesidades económicas ni ayuda en el cuidado del bebé o de la madre; tienen conflictos de pareja asociados al ejercicio de la violencia).

Por último, por afrontamiento se entiende la estrategia que la adolescente utilizó durante su embarazo y parto, planteándose dicho concepto en los términos de Halsted et al. (1993). Tal estrategia se valoró como activa o pasiva (cf. Solís y Vidal, 2006).

Se elaboró un cuestionario que incluía las variables descritas y que se aplicó a todas las adolescentes gestantes que acudían a cualquiera de los sitios de atención. La información fue recogida por una psicóloga y una trabajadora social de cada una de las instituciones y que pertenecían al programa “Adolescente Gestante”. La evaluación de las variables se hizo por medio de una entrevista estructurada que incluía áreas sociodemográficas tales como escolaridad, ocupación, estado civil, tipo de familia, tipo de vivienda, ingresos y factores de riesgo familiar. También se les formularon preguntas acerca del tipo y las estrategias de afrontamiento relacionadas con su situación: orientadas a resolver la situación, a evitarla, hacer uso de la religión, autoculparse, buscar apoyo social o buscar ayuda profesional.

Procedimiento

Se eligieron dos instituciones de una institución promotora de salud: el Clinicentro “La Soledad”, donde se realiza el control prenatal de todas las pacientes embarazadas de dicha institución, toda vez que el control prenatal está centralizado, es de segundo nivel, atiende población de estratos bajo y medio y funciona como consulta programada con ginecólogo y enfermera. La otra institución fue la Clínica Universitaria Colombia, la cual es de cuarto nivel de complejidad; allí, las pacientes van a parir por considerarse un parto de alto riesgo. La atención es especializada en la Unidad de Medi-

² Este sitio reúne población embarazada de la empresa promotora de salud en que se realiza todo el control prenatal. El parto ocurre en la clínica de cuarto nivel ya que se protocoliza la atención de estas pacientes como de alto riesgo.

cina Materno-Fetal, atiende las veinticuatro horas y realiza ecografía y diagnóstico con equipos de alta tecnología. A todas las mujeres embarazadas con edades de entre 13 y 17 años se aplicó la entrevista, la que quedó protocolizada para esta población, conociendo todo el equipo de salud que debían ser valoradas por el grupo de salud mental y trabajo social.

La información obtenida se ingresó en una base de datos Excel, versión 2010; dichos datos se revisaron y se compararon con los ingresados en la historia clínica de la paciente, verificándose así la información registrada, lo que permitió constatar la veracidad de los datos y su calidad. En esa base de datos se transcribió asimismo la información obtenida de la entrevista. La depuración y el procesamiento de la información se hizo por medio del paquete SPSS para Windows, versión 15.0.

El proyecto fue avalado por un comité de ética en investigación, de acuerdo a la resolución 8430 de 1993, en la cual se establece como carentes de riesgo “los estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran la revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de la conducta”. Lo anterior justificó que en este estudio no se requiriese de la firma de un formato de consentimiento informado. También se tuvieron en cuenta las directrices estipuladas por el citado comité.

Análisis

Se realizaron análisis descriptivos usando distribuciones de frecuencia y proporciones expresadas en porcentaje en las variables categóricas y las medidas de tendencia central (el promedio y mediana) y de dispersión (el rango y la desviación estándar) en las variables cuantitativas.

RESULTADOS

A continuación se describen algunos datos de tipo sociodemográfico: el promedio de edad fue de 15.88

± 1.02 años y la mediana de 16 años. El nivel educativo más frecuente en las adolescentes fue la secundaria incompleta, siendo la ocupación actual más frecuente la de estudiante (Tabla 1).

Tabla 1. Datos descriptivos de la muestra (n = 325).

Característica demográfica	Núm.	%
Edad		
< 15 años	34	10.5
15 años	71	21.8
16 años	113	34.8
17 años	107	32.9
Escolaridad		
Primaria incompleta	2	0.6
Secundaria	75	23.1
Secundaria incompleta	230	70.8
Universidad incompleta	13	4
Tecnología	5	1.5
Ocupación		
Estudiante	252	77.8
Cesante	36	11.1
Hogar	30	9.3
Independiente	5	1.5
Empleada	1	0.3
Tipo de familia		
Familia nuclear	111	34.2
Familia nuclear de un solo padre	83	25.5
Pareja	33	10.2
Familia nuclear de la pareja y pareja	59	18.1
Familia extensa	21	6.5
Familia nuclear de ella y pareja	14	4.3
Familia nuclear con madrastra	3	0.9
Sola	1	0.3
Relación con los padres		
Funcional biparental	155	47.7
Funcional uniparental	118	36.3
Disfuncional	52	16.0
Relación con su pareja		
Funcional	185	56.9
Disfuncional	140	43.1
Afrontamiento		
Activo	197	60.6
Pasivo	107	32.9
No reportó	21	6.4

En cuanto a las características psicosociales, se encontró que el tipo de familia con mayor predomi-

nio fue la nuclear, aunque en este tipo de familia hay variaciones: familia nuclear con un solo padre, padrastro, madrastra y pareja; cerca de 10% de las adolescentes convivía en ese momento con su pareja.

La relación más frecuente con los padres fue funcional, tanto biparental como uniparental; sin embargo, más de 15% de las adolescentes tenía una relación disfuncional con su familia. En cuanto a la relación de la adolescente con el padre del bebé, 140 de las ellas la consideraron disfuncional por abandono en 16.6% (n = 54), o éste sólo cumplía el rol paterno en 15.7% (n = 51).

En lo relacionado con la forma más frecuente de afrontamiento del embarazo, esta fue activa en 64.8% de las adolescentes, pero es interesante observar que un elevado número de ellas (107 mujeres) se caracterizaron por un afrontamiento pasivo, asociado a culpa, ansiedad, miedo y demás.

DISCUSIÓN

El embarazo adolescente conlleva una gran carga emocional que supone un esfuerzo considerable por afrontar la situación, así como ciertas características que hacen más vulnerables a algunas adolescentes que a otras; no obstante, en todas ellas se ven afectadas las decisiones que determinan su futuro y el del hijo. Es por ello que el estudio de variables que intervienen en este proceso adquiere gran importancia al permitir determinar el impacto que tienen sobre la calidad de vida y el desarrollo de los niños.

En el presente estudio, los resultados obtenidos muestran que una baja escolaridad es uno de los factores que más caracterizan a tales adolescentes, lo que implica un desconocimiento casi absoluto del proceso de ser madres, de la responsabilidad que deben enfrentar o de la escasa probabilidad de conseguir un empleo estable que contribuya al sostenimiento de la familia.

Uno de los aspectos sociodemográficos de mayor importancia son las relaciones intrafamiliares de la madre debido a la importancia que éstas tienen en el desarrollo del niño. La forma en que las adolescentes enfrenten situaciones que generan estrés fortalecerán o debilitarán las relaciones con sus hijos (Richaud de Minzi, 2006).

Al igual que en este estudio, en el de Pérez (2003) la mayoría de las familias de las adolescentes eran nucleares, ya fueran biparentales o uniparentales; es decir, ellas contaban con un núcleo familiar de apoyo durante su embarazo. Las relaciones intrafamiliares entre padres y mujeres adolescentes fueron percibidas como funcionales: ellas seguían recibiendo el apoyo económico y emocional de sus padres y hermanos durante el embarazo y parto; no obstante, algunas reportaron disfuncionalidad en la relación parental, por lo que terminaban viviendo con su compañero, con la familia de éste o con la familia extensa, generalmente abuelas o tías.

Otro factor a destacar es la relación con el compañero. El estudio muestra un porcentaje casi igual en lo funcional y en lo disfuncional; muchos de ellos no habían tomado parte en el proceso del embarazo y parto; otros habían desaparecido de la vida de la joven, y algunos solamente asumían el papel cabal de padres, tornándose en ocasiones conflictiva la relación de pareja debido a factores de tipo económico, como no disponer de recursos suficientes para el sostenimiento del hijo, principalmente. Este resultado permitirá hacer estudios complementarios más adelante, teniendo en cuenta que las nuevas madres se convierten en cabezas de familia sin el acompañamiento del padre del bebé.

Los resultados obtenidos en la variable de afrontamiento se asemejan a los del estudio de Zambrano et al. (2012), en el cual las adolescentes optaban por resolver el problema haciendo uso de una estrategia de afrontamiento activo. De hecho, la mayoría de las participantes buscaba resolver el problema mediante ese tipo de afrontamiento para sobrellevar la situación. Aun así, como se muestra en el presente estudio, muchas adolescentes optaban por el afrontamiento pasivo al hacer uso de estrategias tales como el miedo, la ansiedad, la evitación, la culpa y la preocupación o el temor por el futuro.

La importancia de evaluar el modo en que se afronta el embarazo en la adolescencia se muestra en el estudio de Prado (2012), quien halla una gran diferencia en el grupo que recibió una intervención relacionada con el uso de estrategias de afrontamiento de la situación problema (como el embarazo en la adolescencia), comparado con otro que no la recibió, y cómo esto hace que las jóvenes

tengan una mejor calidad de vida o tomen decisiones más acertadas para su futuro.

Según Solís y Vidal (2006), el afrontamiento constituye una herramienta cognitiva y conductual para enfrentar situaciones estresantes internas o externas, lo que plantea la necesidad de hacer un seguimiento de estas adolescentes para confrontar su percepción inicial durante el embarazo y parto con la crianza efectiva de sus hijos. La percepción de la maternidad está muy relacionada con las propias experiencias familiares y las interrelaciones que hay en la familia nuclear. Musitu y García (2001) así lo plantean en su concepto de estilo parental y la forma en cómo este estilo afecta al adolescente cuando tiene que enfrentarse a situaciones como un embarazo temprano; en la presente investigación, un alto porcentaje de participantes percibía la maternidad simplemente como un obstáculo para continuar con sus proyectos de vida. Es probable que para este grupo sea necesario fortalecer la toma de decisiones, la autoestima y, en general, el apoyo familiar que pueden recibir ante ese nuevo rol.

Las variables de este estudio se relacionan entre sí. Afrontar situaciones como el embarazo requiere herramientas que la familia proporciona a la mujer desde pequeña y que se fortalecen en la adolescencia; la percepción de la maternidad depende del estilo de afrontamiento y del núcleo familiar que ésta tenga; por ello, estudios como el presente pueden permitir realizar un seguimiento de estas participantes para confrontar no sólo los aspectos demográficos, sino también la forma como han afrontado el rol de ser madres.

La prevención debe ser el punto central de las intervenciones frente al problema del embarazo adolescente. Aunque este trabajo se centró en el embarazo, es de gran importancia abundar en factores tales como las estrategias de afrontamiento, las relaciones familiares y con el padre del bebé y la percepción de la maternidad, ya que son los insumos principales en la elaboración de programas de prevención, para que así las mujeres puedan elegir mejores opciones y prevenir en su caso embarazos subsecuentes.

REFERENCIAS

- Aguilar M., J., López M., C. y Urquijo, S. (2011). Estilos de percepción de la relación parental y afrontamiento en niñas y adolescentes con diagnóstico de síndrome de Turner. *Anales de Psicología*, 27(3), 745-749.
- Baeza, A., Póo, B., Vásquez F., A.M., Muñoz, O. y Vallejos, S. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 72(2), 76-81.
- Barrera, F. y Vargas, E. (2005). Relaciones familiares y cogniciones románticas en la adolescencia: El papel mediador de la autoeficacia romántica. *Revista de Estudios Sociales*, 21(1), 27-35.
- Bleichmar E., D. (2004). Modelos interactivos entre la genética de la conducta y la parentalización. *Revista de Psicoanálisis*, 17. Disponible en línea: <http://www.aperturas.org/articulos> (Recuperado el 17 de abril de 2008).
- Carver, C., Sheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Casullo, M. y Fernández L., M. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. *Revista del Instituto de Investigaciones*, 6(1), 25-49.
- Contini, N. (2006). *Pensar la adolescencia hoy: De la psicopatología al bienestar psicológico*. México: Paidós.
- Cruzat, C. y Aracena, M. (2006). Significado de la paternidad en adolescentes varones del sector sur-oriente de Santiago. *Psykhé*, 15(1), 29-44.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2005). *Informe especial. Censo general*. Bogotá: Autor.
- Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social (2010). *La implementación de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en el Departamento del Huila. La experiencia de las ESE de Campoalegre, la Plata y Neiva*. Bogotá: Legis.
- Fernández, L., Carro, E., Osés, D. y Pérez, J. (2004). Caracterización de la gestante adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 30(2). Disponible en línea: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000200002&lng=es&nrn=iso (Recuperado el 25 de agosto de 2013).
- Fernández L., M., Ongarato, P., Carreras, M.A., Lupano, M.L. y Quesada, S. (2008). Perfil académico de los estudiantes de un colegio universitario de la UBA: apoyo social percibido, afrontamiento, estrategias de aprendizaje y habilidades. *Investigaciones en Psicología*, 13(1), 57-82.

- Halstead, M., Bennett S. y Cunningham, W. (1993). Measuring coping in adolescents: An application of the ways of coping checklist. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(3), 337-344.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- López, J.I., Lugones B., M., Valdespino P., L. y San Martín, S. (2005). Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(3-4). Disponible en línea: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-1252005000300031&script=sci_arttext
- Mayor, S. (2004, May). Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries. *British Medical Journal*, 328(7449), 1152. Disponible en línea: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/328/7449/1152-a>.
- Molina G., R. (2011). El padre adolescente, su relación parental y de pareja. *Última Década*, 19(35). 89-100.
- Musitu, G. y García, F. (2001). *Escala de Socialización Parental en la Adolescencia*. Madrid: TEA.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos*, 87, 405-484.
- Pérez, B. (2003). Caracterización de las familias con adolescentes gestantes. *Aquichan*, 3(3), 21-31.
- Prado J., J. (2012). Estrategias de afrontamiento en la calidad de vida percibida por adolescentes embarazadas. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 8(1), 2-9.
- Richaud de Minzi, M.C. (2005). Estilos parentales y estrategias de afrontamiento en niños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(1), 47-58.
- Solís, C. y Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermito Valdizan*, 7(1), 33-39.
- Zambrano P., G.E., Vera L., S.F. y Flórez O., L.Y. (2012). Relación entre la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas. *Revista Científica y Cuidado*, 9(2), 9-16.

