

**PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOAFECTIVO A ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS EN RIESGO SOCIAL**



Dra. Ana María Cabezas\* y Sras. Erika Kopplin\*\* Edda Pugin\*\*\* Carmen Larraín \*\*\*\*\*  
Patricia Palma\*\*\*\*\* Miriam González\*\*\*\*\*

- \* Médico Familiar, Directora Centro de Salud Villa O'Higgins
- \*\* Psicóloga, Coordinadora Programa Emprende Mamá, Asoc. Damas Salesianas
- \*\*\* Matrona Programa Emprende Mamá, Asoc. Damas Salesianas (A.D.S.)
- \*\*\*\* Coordinadora de voluntariado A.D.S.
- \*\*\*\* Matrona Jefe Maternidad Hospital Sótero del Río
- \*\*\*\*\* Matrona Subjefe Maternidad Hospital Sótero del Río

## Resumen

*En los últimos años han aumentado en Chile las adolescentes embarazadas. Los hijos de madres adolescentes presentan mayor vulnerabilidad física, social y psicológica, por lo que se requiere un programa de apoyo multiprofesional para revertir esta tendencia. Este trabajo propone un modelo de acompañamiento a la madre adolescente durante el embarazo y en los primeros meses postparto con colaboración de personas voluntarias incorporando el concepto de “doula”.*

## ANTECEDENTES

En las estadísticas de los últimos 30 años en Chile se advierte un cambio significativo en la fecundidad de las madres entre 15 y 19 años. Es así como entre los años 1980 y 1998 se advierte un apreciable aumento en estas tasas en las edades de 15 a 17 años. Las jóvenes menores de 15 años experimentan en Chile rangos de fecundidad poco significativos, sin embargo la tendencia observada en los últimos años ha sido creciente y en 1998 alcanza a 2,2 hijos por cada mil jóvenes menores de 15 años.

Se sabe que la maternidad presenta riesgos biológicos asociados cuando se ejerce desde edades muy tempranas. Esta mayor vulnerabilidad que experimenta el hijo de la madre adolescente en el campo de la salud puede ser explicado en parte por la dificultad que implica la tarea de ser madre para una joven. Esta dificultad para asumir su rol se evidencia en que un porcentaje importante de estos niños tienen vínculos inseguros lo que pone en riesgo el desarrollo del niño tanto en el plano físico como psicológico, comparado con los hijos de madres no adolescentes. Para establecer un vínculo seguro se requiere por parte de la madre aceptar la dependencia de otro ser sobre ella, en circunstancias que muchas madres adolescentes aún no han resuelto sus propios conflictos de dependencia. Se agrega a ello la existencia de vínculos débiles con sus propias madres, como se describe en las familias de ingresos precarios, por lo que no cuentan con modelos adecuados de aprendizaje.

Se postula que la maternidad en esta edad es vivida como una experiencia que interrumpe sus procesos del desarrollo, tanto en lo que respecta al aspecto educativo, como a las tareas propias de esta etapa de vida, como son : la socialización con sus pares, la búsqueda de identidad, de un proyecto de vida y la gradual autonomía de las figuras parentales.

En el ámbito social se enfrentan también riesgos importantes relacionados con el futuro que enfrentan, afectando negativamente la salud y calidad de vida tanto de la madre como del hijo. y que a la fecha no han podido ser prevenidos ni siquiera en países más desarrollados.

De acuerdo a estudios de CEPAL, el embarazo adolescente se da con mayor frecuencia en los estratos sociales más bajos y entre las jóvenes con menos años de escolaridad. Por otro lado el embarazo en sí tiende a reducir los años de estudio en al menos dos años, comparado con las adolescentes que no se embarazan, lo cual disminuye las posibilidades de inserción laboral. De esta forma, la pérdida de educación tiene un

costo de oportunidad mayor porque se da en quien más lo necesita, ya que la madre joven se ve en la necesidad de asumir responsabilidades adultas más tempranamente que otras jóvenes. Por todo esto es que el embarazo adolescente puede considerarse un problema de salud pública en Chile, pero también un problema social, por las consecuencias que acarrea a nivel de transmisión de pobreza.

Para evitar estas consecuencias se requiere de la intervención de diferentes aportes estatales en las áreas de salud, educación, vivienda, etc. Más aún, se requiere de esfuerzos para focalizar recursos de una forma racional y considerando la perspectiva del tiempo para darles oportunidad a las jóvenes de completar sus procesos de vida en forma paulatina.

El Programa Emprende Mamá es un modelo de intervención que aborda la problemática del embarazo adolescente. Surge de una alianza entre los recursos estatales, a través del financiamiento y apoyo de infraestructura y el sector privado, a través de la acción de un voluntariado organizado y comprometido apoyado por un equipo profesional. Se ejecuta desde el año 2001 en centros de salud de la comuna de La Florida y se define como un acompañamiento psicoafectivo, formativo y educativo a la adolescente durante el período del embarazo y hasta que el hijo cumple un año de vida.

#### Objetivo general :

Evaluar un modelo de intervención en adolescentes embarazadas de bajos recursos, el que a través del esfuerzo conjunto de diferentes actores de la sociedad, busca disminuir los riesgos sociales y biológicos que enfrentan estas jóvenes.

#### Objetivos específicos del programa:

1. Fortalecer el desarrollo del vínculo de la adolescente con su hijo
2. Favorecer el desarrollo de una adecuada autoimagen y socialización con su grupo de pares.
3. Estimular la lactancia materna durante el primer año de vida.
4. Educar a la madre en la estimulación del desarrollo de su hijo de una forma apropiada a sus necesidades y etapa del desarrollo.
5. Identificar las redes de apoyo existentes en la comuna y enseñar a las adolescentes a utilizarlas en su beneficio.
6. Favorecer la continuación de los procesos interrumpidos por el embarazo, especialmente la reinserción escolar.
7. Favorecer la satisfacción en el parto a través del apoyo emocional continuo, durante este período, de una persona previamente capacitada.(doula: palabra griega que significa mujer que acompaña a otra mujer).

## METODOLOGÍA

**Descripción del programa.** Este programa se inserta en la comunidad vinculado con la red de atención de salud municipal. El equipo de trabajo está constituido por

representantes del quehacer voluntario (Asociación Damas Salesianas) y un equipo profesional de apoyo del área de la salud : médico familiar, pediatra, psicóloga, matrona, asistente social, kinesióloga .

Primero se elaboró en equipo un diagnóstico de la situación, una propuesta de trabajo, manuales con contenidos y dinámicas educativas y se diseñó una estrategia de acercamiento a instituciones y autoridades locales y de salud con el fin de obtener su apoyo y facilitar la inserción del programa dentro de la red de salud de la comuna.

La metodología de trabajo consiste en el acompañamiento sistemático semanal por parte de voluntarias durante el embarazo y el primer año de vida del niño. Las adolescentes son captadas de los registros de ingresos al control de embarazo en los centros de salud e invitadas a participar. Se forman grupos de 10 a 15 jóvenes, con 3 monitoras voluntarias por cada grupo. Los criterios de inclusión son: primer embarazo, menor de 19 años, igual o menor a 28 semanas de embarazo y en especial aquellas en riesgo social.

La estrategia fundamental del programa se basa en el concepto de “doula”. La maternidad es un proceso marcador en la vida, por lo tanto, una mujer con experiencia puede ser apoyo y guía para quien inicia esta etapa. Se postula que a mayores carencias afectivas, pobreza y marginalidad, mayor es el apoyo emocional requerido para restaurar la capacidad de vinculación. La voluntaria, previamente capacitada, es quien establecerá esta relación afectiva estrecha con la adolescente que le permitirá a ésta sentirse aceptada y acogida. Se busca a través de esta relación restaurar los vínculos afectivos primarios para que la joven pueda posteriormente establecer un vínculo más seguro con su hijo.

Tres profesionales, matrona, psicóloga y asistente social recorren los grupos abordando temas específicos de su área y dando una atención individualizada cuando se requiere.

Un porcentaje mayoritario de las adolescentes tienen su parto en el Hospital Dr. Sótero del Río, cuyo servicio de maternidad ha facilitado la entrada de una acompañante o “doula” durante el período de parto, y de la pareja de la embarazada al parto, si así lo desean. En ambos casos reciben preparación previa por parte de las profesionales del equipo.

El programa puede ser replicado en otras comunas ya que cuenta con un Manual de Metodología y unidades educativas tanto para las voluntarias como para las adolescentes.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Para evaluar el programa se está realizando un estudio de Intervención Comunitaria cuasi experimental, donde se comparan diversas variables estudiadas en las jóvenes participantes del programa con jóvenes similares de otro Centro de Salud en el que no se realiza la intervención (grupo control).

## CARACTERISTICAS DE LAS ADOLESCENTES INGRESADAS AL PROGRAMA

A la fecha han ingresado 202 adolescentes cuyas edades fluctúan entre 14 y 19 años ubicándose un 74,5% entre los 15 y 18 años. (Tabla 1). El 63% de ellas presenta una escolaridad básica completa o media incompleta, mientras que un 11% tenía escolaridad básica incompleta. El 25% había abandonado el sistema escolar antes de embarazarse. (Tablas 2 y 3). Al ingreso al programa el 82% de las jóvenes vive con sus padres (Tabla 4). Un 31% convive con el progenitor de su hijo ya sea en casa de sus padres o suegros, mientras que un 33% mantiene una relación sin convivencia (Tabla 5). Del total de jóvenes el 90% llevaba una relación de pareja de 6 meses o más al embarazarse. Aún así el 22% de las jóvenes han terminado su relación con el progenitor al ingreso al programa. (Tabla 8)

TABLA 1. DISTRIBUCION SEGÚN RANGOS DE EDAD DE ADOLESCENTES PROGRAMA EMPRENDE MAMA

RANGO	Nº	%
< 15 años	6	3,9
15 a 16 años	44	28,8
17 a 18 años	70	45,7
> 18 años	30	19,6
Total	153	100

TABLA 2. ESCOLARIDAD ADOLESCENTES AL INGRESO AL PROGRAMA

CATEGORIA	Nº	%
Básica incompleta	18	11
Básica compl o E. Media incompl.	104	63
E. Media completa	42	26
Total casos	164	100

TABLA 3 SITUACION ESCOLAR ADOLESCENTES AL INGRESO AL PROGRAMA

SITUACION	Nº	%
Continua estudios	44	28
Abandona estudios por embarazo	44	28
Abandona estudios antes del embarazo	39	25
Completó E. Media	31	20
Total	153	

TABLA 4. SITUACION DE CONVIVENCIA DE ADOLESCENTES AL INGRESO

SITUACION	Nº	%
Vive Con pareja en casa de padres o suegros	44	28
Vive con padres sin su pareja	86	54
Vive con pareja en sitio de un familiar		
Vive con pareja en casa, depto o mejora	12	8
Otro	11	7
Total	160	

TABLA 5. SITUACION DE PAREJA AL INGRESO AL PROGRAMA

Tipo de relación	Nº	%
Casada con el progenitor	16	10
Convive con el progenitor	47	31
Convive con otra pareja	4	3
Pololea con el progenitor	51	33
Pololea con otra pareja	2	1
No tiene pareja	34	22
Total	154	100

El 49% de las parejas son menores de 21 años (Tabla 7) y el 64% de ellos apoya afectiva y económicamente durante el embarazo a las jóvenes. (Tabla 7)

Al ingreso al programa se realiza a todas las jóvenes una evaluación a través del Inventario de Autoestima de Coopersmith, adaptado. Un 40% de las jóvenes mostró bajos puntajes de autoestima en al menos un área, siendo los más bajos la autoestima escolar, familiar y total (17%, 17% y 15%) (Tabla 9).

Entre un mes y dos posteriores al nacimiento del hijo se aplica a las jóvenes la Escala de Depresión de Edimburgh validada en nuestra población encontrándose que un 50% de las niñas presentan puntajes compatibles con alteraciones del ánimo en este período.(Tabla 10)

## RESULTADOS PRELIMINARES

Hasta la fecha de un total de 76 partos, el 88% ha correspondido a partos vaginales y el 12% a cesáreas, siendo la tasa de cesáreas de la maternidad del Hospital Sótero del Río de 25%. A la fecha el 68% de los niños han recibido lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida de su hijo. Frente a la prevención de

un segundo embarazo, el nivel de atención primario de salud ofrece a las jóvenes orientación en planificación familiar, recurso que ha sido utilizado por el 90% del total de jóvenes las que se encuentran planificadas con algún método escogido por ellas entre las alternativas que ofrece el sistema.

Estos tres aspectos además del vínculo madre – hijo, serán evaluados comparativamente con jóvenes madres de un centro de salud no intervenido de la misma comuna.

TABLA 6. EDAD DE LA PAREJA

Rango de edad	Nº	%
Menor de 21 años	13	10
21 a 25 años	59	45
Mayor de 25 años	56	44
Total	128	100

TABLA 7. GRADO DE APOYO DE LA PAREJA

Tipo	Nº	%
Apoyo afectivo y económico	97	64
Sólo apoyo afectivo	18	12
Sólo apoyo económico	4	3
Sin apoyo	34	23
Total	153	100

TABLA 8. TIEMPO DE RELACION CON PAREJA

Tiempo	Nº	%
Menos de un año	13	10
Entre uno y dos años	59	46
Más de 2 años	56	44
Total	128	100

TABLA 9. PORCENTAJES BAJA AUTOESTIMA SEGÚN AREA

Baja autoestima escolar	17
Baja autoestima familiar	15
Baja autoestima social	7
Baja autoestima general	14
Baja autoestima total	17
Total casos = 84	

TABLA 10 . INCIDENCIA DE DEPRESION POSTPARTO

Diagnóstico	Nº	%
Sin depresión (puntaje < 10)	30	50
Con depresión (puntaje > 10)	30	50
Total casos = 60		

## CONCLUSIONES

El embarazo adolescente es una situación de riesgo tanto biológico como social para el binomio madre- hijo. Los efectos en el ámbito biológico pueden ser revertidos a través de la aplicación de programas integrales, de abordaje multidisciplinario, que apunten a sus necesidades.

Estos programas deben aplicarse durante un espacio extendido de tiempo con miras a facilitar la continuidad del desarrollo de la adolescente sin descuidar las necesidades de cuidado que requiere su hijo. Sin embargo la intensidad con que se deben entregar y su extensión a lo largo del embarazo y primeros años de vida del niño para que produzcan un impacto real en la calidad de vida de los beneficiarios no son posibles de ser asumidos en su totalidad con los recursos estatales disponibles en el área de la salud. La grave secuela social de empobrecimiento al que está expuesta la joven madre y su hijo sólo pueden revertirse con el apoyo de otros sectores del ámbito público, como programas de educación alternativos, acceso a salas cuna e intervención de organismos del estado. El programa aquí expuesto surge como una modalidad innovadora de trabajo que aúna esfuerzos provenientes del estado y de privados, para enfrentar el problema del embarazo adolescente.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Broussard, E.R. "Infant attachment in a sample of adolescent mothers" Child Psychiatry Hum Dev. 1995 Summer; 25(4): 211- 9
2. CEPAL, "La suerte de las madres adolescentes y sus hijos: Un estudio de caso sobre la transmisión de pobreza en Santiago de Chile" en "Embarazo de Adolescentes" Corporación de Promoción Universitaria, Documento de Trabajo Nº 3, 1994, varios autores.
3. Chatoor, I. "Attachment and feeding problems : a reexamination of nonorganic failure to thrive and attachment insecurity" J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1998 Nov 37 (11) : 1217 – 24
4. Mangelsdorf S "Infant proneness to distress; temperament, maternal personality and mother-infant attachment : associations and goodness of fit" Child Dev. 1990, Jun. 61 (3) : pp. 820- 31.

5. Molina, Ramiro “Salud sexual y reproductiva en la adolescencia”. Editorial mediterráneo, 2003
6. Stern D. “The motherhood constellation” Basic B. New York, 1995
7. Klaus, M, Kennell J, Klaus Ph, “Mothering the mother” Addison Wesley Publishing Company, California, 1993
8. Torres J, Kopplin E, Peña V, Klaus M, Salinas R, Herrera M, “Impacto del apoyo emocional durante el parto en la disminución de cesáreas y gratificación del proceso” Rev. Chil. Obst.y Gin. 1999; 64(5): 405-412.