

FACTORES PSICOLOGICOS EN MADRES ADOLESCENTES: INTERVENCION DENTRO DE UN PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD¹

Prof. Martha Restrepo Forero

Universidad Nacional de Colombia

La Psicología de la salud en nuestro país debe afrontar significativos problemas de salud pública como el embarazo en adolescentes condición que conlleva riesgos no solo para la joven sino también para el hijo y en la mayoría de los casos para el funcionamiento familiar. El abordaje de ésta problemática es tarea de disciplinas del área de la salud y de las ciencias sociales, en éste artículo se presenta una propuesta de trabajo dentro del modelo de atención primaria en salud que se ha venido desarrollando en el proyecto de Atención Integral Materno Infantil para el Desarrollo Comunitario AIMIDEC; se revisa literatura en relación con el papel del apoyo social y el desarrollo de competencias como alternativas para contribuir a una mejor calidad de vida de las jóvenes.

La adolescencia es un período de cambios profundos, se le ha llamado una etapa de transición, en la que se imponen a la joven el desarrollo de múltiples estrategias que le permitan el desarrollo de sus potencialidades y el logro de sus objetivos. Estas demandas son aún mayores en una sociedad como la nuestra, con profundas contradicciones, falta de oportunidades para una gran parte de la población y marcada por una enorme violencia que se manifiesta en distintos ámbitos desde la intrafamiliar hasta la que se experimenta cotidianamente, ya sea en las calles populosas de las grandes ciudades como en la soledad del campo. Adaptarse en éstas condiciones no es fácil y menos aún si se tiene que soportar las demandas que requiere ajustarse al embarazo y la crianza de un hijo, que muchas veces no se ha planeado y que obliga a un reordenamiento del sistema familiar.

Para tener una primera aproxima-

1. Versión revisada de una conferencia presentada en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, durante el III Seminario de Actualización profesional sobre avances científicos en la prevención integral para la madre gestante y el preadolescente, en Agosto de 1.990

mación a las características del embarazo en adolescentes en nuestro país, revisaremos algunas estadísticas tomadas del estudio sobre los adolescentes de Prada, Singh y Wult (1988). Cada año, 78 de cada 1000 colombianas entre 15 y 19 años dan a luz, esta tasa representa un descenso en relación con lo que sucedía en décadas anteriores, ya que en 1960, la tasa era de 118 por cada 1000 jóvenes y en los comienzos de la década del 70 era de 96 sobre 1000. Esta reducción ha sido mayor en el área rural que en la ciudad; debe tenerse en cuenta que el patrón de procreación varía en relación con factores como la escolaridad. Se puede apreciar que en las jóvenes que no tienen sino estudios de primaria la tasa es de 127 por 1000, es decir mucho más elevada que el nivel global, mientras que en las jóvenes que tienen educación secundaria o superior la tasa está muy por debajo de él. También influyen factores como la región ya que se encuentra una mayor tasa en las adolescentes de la región atlántica.

Por otra parte, la situación de las adolescentes en unión es distinta, en 1986 la tasa anual de fecundidad entre las mujeres en unión entre 15 y 19 años fué alrededor de 310 nacimientos por cada 1000. En 1986 encontramos que el 82% de las adolescentes en unión ya habían tenido un hijo o estaban embarazadas. En Bogotá, ésta cifra era aún más elevada y llegaba al 94 por ciento. Un porcentaje considerable

de adolescentes conciben su primer hijo antes de casarse y muchas quedan embarazadas tan pronto se unen. En 1986, el 20 por ciento de los primeros hijos nacidos de adolescentes eran de madre soltera y otro 12% nacían de mujeres que se habían casado con dos o tres meses de embarazo por lo menos. Si clasificamos a los hijos nacidos de madre adolescente en función de su actual situación conyugal, encontramos que la mayoría, es decir el 54% nació de madres que viven en unión consensual, el 21% de madres casadas legalmente, el 13% de madres que han estado en unión pero que actualmente no lo están y el 12% de madres adolescentes que nunca se casaron.

Finalmente en relación con el programa que se presenta, resulta importante saber cuántas adolescentes conciben. En 1986, el 38% de las mujeres entre 20 y 24 años habían quedado embarazadas antes de cumplir los 20. Cerca del 8% había quedado embarazada antes de los 16 y el 14% antes de los 17 años.

Duarte y Barreto (1984) reportan estadísticas de una encuesta realizada en 1981 a 3192 mujeres de 15 a 49 años sobre la edad en que tuvieron su primer embarazo, logrando los siguientes resultados:

**EDAD DEL PRIMER EMBARAZO EN PACIENTES DE
MENOS DE 15 HASTA LOS 18 AÑOS**

Edad	%	% acumulado
Antes de los 15 años	7.6	7.6
15 a 16 años	16.8	24.4
17 a 18 años	23.1	47.5

De las anteriores estadísticas podemos concluir que el embarazo en adolescentes se presenta en un porcentaje muy significativo de las jóvenes, si bien debe reconocerse que las adolescentes embarazadas no constituyen un grupo homogéneo, ya que intervienen consideraciones como si el embarazo es deseado o no, el contexto sociocultural en el que ocurre: la presencia o no de un marido o compañero responsable, la existencia de una adecuada red de apoyo familiar, entre otras.

**CONSECUENCIAS
DEL EMBARAZO
EN ADOLESCENTES**

Diversos estudios coinciden en señalar consecuencias negativas del embarazo en adolescentes, la literatura destaca que entre más tempranamente se inicie la adolescente en relaciones sexuales, es más probable que se presenten problemas. Si bien muchas dificultades médicas se deben a la inmadurez biológica de la joven, está claro hoy en día que en gran parte dichos problemas se relacionan más con

un inadecuado cuidado prenatal y la falta de una atención médica oportuna. No menos importantes son los aspectos psicológicos y sociales que están asociados con múltiples factores de estrés y las complejidades involucradas en los períodos de transición. Olson, Wallace y Miller (1984) en una revisión de diferentes autores que han trabajado este tema, compararon los riesgos en las mujeres que tienen hijos antes de los 20 años con las que los tienen posteriormente, encontrando las siguientes consecuencias negativas.

Consecuencias médicas y físicas

- Nacimiento prematuro y bajo peso al nacer; defectos físicos y anomalías neurológicas incluyendo lesiones cerebrales y de la columna, retardo mental, inteligencia baja, desórdenes nerviosos.
- Niños nacidos muertos, aborto inducido, aborto espontáneo, muerte infantil.
- Toxemia, preeclampsia, eclam-

sia, problemas en el parto, disfunción uterina, hemorragia anormal, ruptura prematura de membrana, lesiones relacionadas con el nacimiento y muerte en las adolescentes.

Consecuencias psicológicas

- Estrés relacionado con el manejo de un embarazo no planeado y la alteración de los planes educativos y ocupacionales.
- Estrés debido a la transición entre múltiples roles producidos por la maternidad, tanto el matrimonio o la unión (si la hay), ocurren demasiado pronto de acuerdo con el promedio.
- Depresión, percepción de desesperanza, intentos más frecuentes de suicidio.
- Frustración debida a la dificultad para lograr las aspiraciones educativas y ocupacionales que permitan proporcionar la satisfacción de las necesidades de la familia.

Consecuencias sociales y de relación

- Abuso físico y emocional, abandono y maltrato de los niños.
- Relaciones tensas con los padres, pareja y otros miembros de la familia.

- Bajos logros educativos y ocupacionales.

- Costos económicos para la sociedad por la prestación de servicios médicos y de bienestar.

- Costos sociales debido a la pérdida de potencial humano cuando las jóvenes abandonan sus estudios.

Adicionalmente al estrés generado por la maternidad temprana es más probable, como ya lo mencionamos, que no se de una adecuada atención en lo referente a la salud, como tampoco una dieta apropiada y se presentan lesiones o accidentes.

En relación con el desarrollo cognoscitivo, los estudios muestran que los niños varones de madres adolescentes tienen un desempeño más pobre, que el de madres mayores, no obstante no hay una explicación para este hecho.

Las madres adolescentes y sus hijos como grupo representan un factor de alto riesgo para el maltrato infantil, reúnen una gran cantidad de características del síndrome del maltrato. Se ha postulado que el problema se da por una incapacidad para manejar la presión ambiental, de su fracaso para aprender estrategias de manejo apropiadas, su baja autoestima, o falta de un adecuado grupo de apoyo que pudiera compensar su falta de preparación. Por otra parte, la adoles-

cente que demora la confirmación de su embarazo hasta el final del segundo trimestre y a veces hasta el tercero es más probable que sea una madre maltratadora, ella afronta su situación con ira experimenta a su alrededor la indiferencia de los demás que es solo el reflejo de un grave deterioro en la estructura y relación familiar. Es común encontrar que la joven fué víctima a su vez de maltrato en su infancia, de tal manera que reproduce con su hijo el patrón de maltrato. Por otra parte, también se encuentra problemas de tipo depresivo, especialmente cuando no existe soporte familiar y ésto lleva a que el embarazo se desenvuelva bajo condiciones de Estrés emocional. Bolton y Laner (1981), citados por Bolton, Charlton, Gai, Laner, Shumway (1985) realizaron una investigación en la que buscaban encontrar predictores de maltrato, para ello partieron de la consideración de seis factores nocivos:

1. **Experiencia con el embarazo y el parto.** Se ha encontrado que el comportamiento durante el embarazo y comportamientos emocionales tales como planeación, confirmación médica, aceptación y respuesta a movimientos fetales requieren ajuste maternal. También las dificultades en el embarazo, el parto, separaciones del neonato y enfermedades de la madre o el hijo interfieren en la relación.
2. **Estado de salud de la**

madre y el hijo. Aspectos como prematurez, tamaño pequeño, dificultades para desarrollarse, tanto como factores constitucionales, anomalías congénitas, condiciones de salud que obligan a separaciones prolongadas pueden ser señales potenciales de estrés en la relación.

3. **Experiencia con violencia.** Haber experimentado la violencia ya sea como víctima o como agresor tienen un alto valor predictivo.
4. **Conductas de cuidado.** La observación del comportamiento de interacción con el bebé, como tocar, contacto visual, alimentación, interacciones recíprocas y sensibilidad parental a la comunicación infantil son predictores del tipo de relación.
5. **Actitudes hacia el bebé.** La percepción de los padres del embarazo y la crianza tanto como las actitudes hacia el bebé.
6. **Condiciones demográficas, ambientales y sociales.** Son múltiples los estresores que tienen impacto en los padres de alto riesgo, entre otros están: el espaciamiento inadecuado entre los hijos, la consideración de aborto o abandono, pobres sistemas de apoyo, dificultad en las relacio-

nes de pareja, problemas económicos, falta de destrezas para afrontar la crianza y padres muy jóvenes.

En este estudio se buscó detectar cuáles de los anteriores factores "nocivos" eran los mejores predictores de maltrato en padres adolescentes; encontraron que la experiencia con violencia era muy alta en las mujeres maltratadoras. También el poco conocimiento de los aspectos de crianza, cosas como el baño, la alimentación y el desarrollo, así mismo una actitud negativa hacia el bebé. Igualmente predicían maltrato el madresolterismo y los ambientes empobrecidos.

En conclusión puede afirmarse que es posible identificar aspectos específicos los que radican más en el ambiente, que en "defectos" de las personas y ante los cuales sucumben las adolescentes; parece ser que los factores críticos tienen que ver con la falta de preparación para asumir la maternidad, carencia de estrategias de afrontamiento, baja autoestima e inadecuación o carencia de grupos de apoyo. De todas formas puede afirmarse que la madre de mayor riesgo es la menos preparada por su ambiente para manejar su embarazo.

EMBARAZO EN ADOLESCENTES SOLTERAS

Consideración especial merecen las madres adolescentes solte-

ras o que no cuentan con una pareja estable, que de acuerdo con las estadísticas que revisamos, constituyen una parte importante de la población. A este grupo se le ha caracterizado como de alto riesgo de problemas psicológicos, ya que el nacimiento de un hijo se considera como un evento estresante: con mayor razón si se es joven y soltera lo que aumenta el estrés, además de que en muchos casos se enfrentan problemas de tipo económico.

La joven debe afrontar nuevas responsabilidades en un período muy breve, cambio que ha sido descrito como "transición acelerada de roles", Russell (1980), citado por Henniger y Nelson (1984). Estos mismos autores expresan que existe evidencia de que las madres solteras con familias comprensivas manejan mejor su nuevo rol como madres que aquellas que tienen poco apoyo. Así mismo, Barrera (1981) encontró que la satisfacción global con las redes de apoyo se relacionaba inversamente con síntomas de depresión ansiedad y somatización, de tal forma que quienes tenían redes mayores de apoyo estaban menos deprimidas cuando enfrentaban muchos eventos negativos que aquellos que contaban con menos apoyo.

De acuerdo con Bloom (1981), una aproximación a la prevención primaria consiste en identificar personas o grupos que experimentan eventos vitales estresantes y proporcionar programas que busquen

prevenir las consecuencias potenciales negativas de este evento. Este enfoque se basa en abundante investigación en la que se ha encontrado una asociación entre eventos vitales estresantes e incremento de problemas físicos y emocionales. Además esa misma investigación ha mostrado que el apoyo social modera la relación entre problemas físicos y emocionales, esto es, que personas con apoyo social adecuado experimentan menos stress que aquellas con un menor apoyo social cuando están afrontando un evento vital estresante.

APOYO SOCIAL

La definición más simple de apoyo social expresa que es "la presencia de otros, o de los recursos provistos por ellos, antes, durante o después de un evento estresante". Valdés y Flores (1985) plantean que es básicamente el apoyo social percibido más que los contactos sociales de que dispongan las personas. Se habla más bien del grado de solidaridad, intimidad y confianza que se comparte con otras personas. Se han descrito cuatro tipos de apoyo social:

- a) Ayuda para la realización de las tareas (por ej. en realización de actividades domésticas).
- b) Información y dirección.
- c) Ayuda material (de familiares o servicios de la comunidad)
- c) Apoyo emocional, compartir experiencias e intereses, recibir retroalimentación positiva.

Diversos estudios, entre ellos el de Homes y Rahe (1967) han mostrado relación entre estrés y salud, esto es, que la exposición a eventos estresores compromete el estado de salud de las personas como también se ha comprobado el efecto protector que tiene el apoyo social. Sin embargo no está claro aún el mecanismo mediante el cual el apoyo social afecta positivamente la salud, se han sugerido tres teorías de acuerdo con el tipo de mediadores: Fisiológicos, psicológicos y comportamentales, Revisaremos brevemente cada una de ellas. (Tomado del estudio de Piñeros y Rodríguez, 1990).

Mediadores comportamentales: se reducen las consecuencias negativas básicamente como resultado de producir cambios de conducta, ya que la red de apoyo puede facilitar la presencia de comportamientos más adaptativos y respuestas de afrontamiento conductuales y cognoscitivas, y también proveer de recursos instrumentales para afrontar la emergencia, facilitar estrategias de solución de problemas y toma de decisiones.

Mediadores psicológicos: Se ha señalado que es la percepción de que los demás proveerán ayuda lo que afecta positivamente y mejora el estado de salud física y mental.

El estrés puede ocasionar: baja autoestima, baja autoeficacia y percepción de carencia de control social, todo ello puede llevar a

depresión e incrementar la susceptibilidad a la enfermedad. El apoyo social contribuye a la prevención de las consecuencias negativas del estrés, como en el caso de las interacciones compartidas, en especial aquellas en que se es percibido como igual y que generan una sensación de satisfacción y a la expectativa que otros brindarán ayuda en tiempos de necesidad, también produce incremento de la autoestima y sensación de control personal.

Mediadores fisiológicos: El stress puede afectar la salud a través de dos mecanismos fisiológicos: El primero por sobreestimulación (elevada presión arterial, aumento de ritmo cardíaco, elevación de catecolaminas, etc.) debido a la respuesta de escape o de lucha y el segundo a través de la supresión de una respuesta del sistema inmune. Se ha descrito evidencia en la cual el sistema nervioso responde más a efectos de hipertensión por estrés, que puede estar relacionado con el apoyo social, el mecanismo preciso parece ser la liberación de ciertos neuropéptidos, especialmente Bendorfinas en respuesta a un estímulo de apoyo social. Las personas que tienen un buen apoyo social pueden tener sistemas inmunes más fuertes o ser menos reactivas, ser más fuertes contra el estrés o estar mejor capacitadas para afrontarlo o ser capaces de recuperarse más rápidamente de un evento estresante.

También se han planteado otros modelos más complejos, como el

de la teoría del amortiguador. En este modelo se operacionaliza el apoyo como el grado de integración de la red social. Finalmente está la hipótesis de las diferencias individuales, la cual plantea que existe una interacción entre el apoyo social y condiciones personales, como características de personalidad. Por ejemplo, Turner y Noh (1983), investigaron el papel del control personal como un moderador del efecto amortiguador del apoyo social. Estudiaron el porcentaje de tensión psicológica y eventos de vida estresantes en 312 mujeres que habían dado a luz recientemente. Encontraron relaciones significativas entre estrés y tensión, clase social y estrés, apoyo social - stress y control personal y estrés.

En razón de que se ha encontrado una correlación negativa entre apoyo social y problemas psicológicos, en un estudio se postuló la hipótesis de que incrementando el apoyo social se puede ayudar a las jóvenes a sentirse mejor y más eficientes como madres. Henniger y Nelson (1984), evaluaron los efectos de un programa de apoyo social en madres solteras en el que se buscaba inicialmente proporcionar soporte emocional relacionando entre sí a las jóvenes, para lograr un apoyo a largo plazo y ayudarlas a aclarar sus metas y planes; el programa estaba dirigido a lograr como objetivo final un grupo de autoayuda. Para realizar la investigación trabajaron con 15 madres y compararon con 15 controles. Los resultados

mostraron, para el grupo experimental, un incremento significativo en la calidad de las relaciones familiares, al igual que un mayor compromiso con el trabajo o estudio y un nivel mayor de afecto. No obstante no hubo diferencias en el nivel reportado de estrés.

En otro estudio, Donohue (1987) evaluó un modelo en el que intentaba predecir los factores relacionados con la aceptación y búsqueda de apoyo. Para ello estudió 75 madres adolescentes, encontró que aspectos como la experiencia previa en la consecución de ayuda, el contacto con los proveedores potenciales de apoyo y el stress experimentado en su propia red social se relacionaban significativamente con dicha actitud hacia los grupos. Como este hay múltiples estudios que muestran que el stress en ausencia de apoyo se relaciona con conductas materiales dominantes hostiles y de rechazo, mientras que el apoyo a las madres favorece interacciones armónicas madres-hijo, un buen ajuste infantil y satisfacción marital.

En otro estudio, Herrera, Alvarado y Martínez, 1987 analizaron los cambios en la actividad linfocitaria tanto en pacientes con embarazo normal como asociados con patología, teniendo en cuenta su ambiente psicosocial. Estudiaron 72 pacientes, con más de 32 semanas de embarazo, 38 de ellas con trabajo de parto prematuro o hipertensión arterial inducida por el embarazo y las 34 restantes con embarazo

normal. Se valoró el nivel de estrés y el soporte social recibido por la paciente en su embarazo, al cual que la actividad linfocitaria cuantificada mediante el recuento absoluto de linfocitos y la prueba de hipersensibilidad tardía para la candidina. Se encontró mayor nivel de estrés en las pacientes con patología obstétrica y en todas las pacientes que reportaron alto nivel de estrés sin soporte social a su embarazo se constató depresión en la actividad linfocitaria, asociada a linfopenia absoluta en el extendido periférico. Los autores concluyeron que: "los estímulos psicosociales, las influencias ambientales tempranas y los factores genéticos, al interactuar de manera dinámica, facilitan en las pacientes con alto nivel de estrés sin soporte social a su embarazo depresión en la actividad linfocitaria, lo cual podría relacionarse con el riesgo relativo que se ha descrito en este grupo de pacientes para desarrollar patología obstétrica" p.p. 373.

La anterior revisión nos permite afirmar que contar con un adecuado apoyo social definitivamente cumple un papel importante en la aminoración del impacto de circunstancias difíciles para las personas, tanto más si se piensa en las condiciones que se generan al vivir en las grandes ciudades en donde se ha perdido el sentido de comunidad, caracterizada por relaciones cercanas y solidarias entre sus miembros. Se impone que los programas de prevención primaria traten de antici-

parse a reacciones de stress severas proporcionando apoyo social a quienes experimentan situaciones estresantes y que carecen del apoyo en sus propias redes sociales.

MODELO DE COMPETENCIA

Este modelo propuesto por Albee (1980), surge como una respuesta a las limitaciones del modelo clínico tradicional, a saber: a) estar centrado en el tratamiento, b) trabajar con un formato clínico individualizado. c) fomentar una concepción individualista, d) fracasar en desarrollar acciones preventivas. Como alternativa, coloca el énfasis en la prevención, parte del supuesto de una igualdad política en la que se considera que cada persona, hombre o mujer, de cualquier raza, nacionalidad, origen étnico, merece todas las oportunidades para desarrollar todas las competencias y habilidades de afrontamiento. Rechaza el modelo de enfermedad mental y postula que los problemas emocionales son la resultante de la interacción del estrés ambiental y la habilidad aprendida para manejarlo. Desde esta perspectiva propone que la mayoría de los problemas emocionales son el resultado de una batalla desigual entre la resistencia individual al estrés, por una parte y la injusticia y deshumanización característica de una sociedad de consumo.

Para desarrollar el modelo de prevención propone la siguiente op-

ción:

$$\text{Incidencia} = \frac{\text{Causas orgánicas y stress}}{\text{Competencia, habilidades de afrontamiento, Autoestima y sistema de apoyo social}}$$

Plantea que el desarrollo de competencias y de habilidades de afrontamiento reduce la incidencia de problemas psicológicos, en tanto no se supongan factores orgánicos inmodificables y también en la medida en que se tenga control sobre el excesivo stress social y económico y no tengamos una sociedad que destruya la autoestima y los sistemas de apoyo social.

Hay un claro rechazo al modelo tradicional de enfermedad, basado en supuestos defectos de los individuos sin considerar los factores de contexto que están determinando los problemas. La intervención tiene dos caras, por una parte, desarrollar habilidades en las personas o en los grupos humanos y por otra, buscar un cambio en las condiciones de desigualdad social. Es un acercamiento de tipo ecológico que propone: 1. Una aproximación proactiva más que de tipo reactivo, es decir de anticipación a los problemas y detección de los factores de riesgo. 2. Desarrollar competencias y no tratar déficits. 3. Partir de una perspectiva del desarrollo, que posibilite identificar posibles estresores y 4. Enfoque ecológico en el que se considera la interacción entre múltiples niveles. El modelo plantea

tres objetivos, y tareas en cada uno de ellos, que presentamos a continuación:

1. **Optimizar destrezas y habilidades individuales.**

Para lograrlo se proponen programas dirigidos al desarrollo y ajuste personal a través del aprendizaje de habilidades para la solución de problemas, la competencia social y el autocuidado. También plantean programas dirigidos a poblaciones de alto riesgo y a personas que están en períodos de transición. Por supuesto, implica la detección de dichas personas con base en estudios epidemiológicos y los potenciales factores de estrés que se dan en momentos de transición, como adolescencia, embarazo, vejez, o en situaciones que imponen una gran movilización de recursos personales como separaciones, violencia, etc.

2. **Optimizar redes y sistemas de apoyo natural,** es

decir desarrollar sistemas comunitarios competentes. Se considera que un sistema comunitario competente debe ser aquel que provea tanto los recursos como el acceso a los mismos. Aquí se busca a) La identificación y cambios de contextos de alto riesgo, a través del diseño ambiental y el desarrollo de habilidades en grupo. b) Optimizar redes de apoyo social, tanto las naturales, es

decir aquellas que se dan a través de la convivencia, sea familiar, vecinal, laboral. Facilitando su organización y unidas alrededor del manejo de una problemática que les es común, como embarazo, crianza, violencia intrafamiliar, etc.

3. **Desarrollo y optimización del sistema de apoyo profesional,** en el que se busca

cambiar el tipo de relación que tradicionalmente se da entre los "expertos", sean éstos médicos, enfermeras, psicólogos y supuestamente los únicos poseedores de conocimiento válido y los "pacientes" a quienes se ha visto como ignorantes, dependientes y por tanto sumisos. La propuesta parte de un modelo de desprofesionalización, en donde se busca generar una relación de mutua colaboración en la que el técnico se ve más bien como un asesor, que se preocupa por lograr una comunicación efectiva y es activo en la búsqueda de los usuarios; éstos por su parte se les ve como personas con capacidad para aprender, controlar y desarrollar competencias de autovigilancia y cuidado.

PROYECTO AIMIDEC

El programa con las madres adolescentes se inscribe dentro del proyecto AIMIDEC, del cual se hace

a continuación una descripción general, según el documento de Monterrosa (1990).

Antecedentes.

"El proyecto de Atención Integral Materno Infantil para el Desarrollo Comunitario AIMIDEC, surge de la experiencia docente asistencial relacionada con la detección y seguimiento de niños y púerperas con riesgos, realizada en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, IMI, en 1986. Esta experiencia incluyó niños con cualquiera de las siguientes situaciones: bajo peso al nacer, sífilis oftálmica gonocócica, de madres adolescentes o con síndrome icterico. Las madres detectadas y seguidas fueron aquellas a quienes se les confirmó sífilis o su edad estaba entre 15 y 18 años preferentemente.

El programa estuvo dirigido prácticamente a las madres y a los niños procedentes de las regionales de salud 2 y 3 del Servicio de Salud de Bogotá.

Una de las principales conclusiones de esta experiencia es aquella ampliamente conocida: Casi todas las causas de los riesgos mencionados pueden ser prevenidos o disminuidos al máximo mediante captación temprana de la gestante, control adecuado de su embarazo, programas de educación en salud permanentes y en lo posible seguimiento al hogar.

Por otra parte, la Facultad de Enfermería tenía algunas actividades académicas en el área de influencia del centro de salud de San Blas, de la regional 2, iniciadas en 1981, dentro de las observaciones realizadas por las docentes fué muy notorio el concepto sobre la baja cobertura del programa materno infantil en ésta área". pp.1.

Sobre esta base se decide organizar un proyecto de salud en el área materno - infantil de base comunitaria, acorde con los principios de la atención primaria de salud. Cubre 6 barrios del suroriente de Bogotá, localizados en lugares pendientes y erosionados, en los que se destacan como principales problemas ambientales la contaminación por los chircales y la humedad. El proyecto trabaja con la modalidad de componentes de atención delimitados así: **perinatal**, gestación, parto, puerperio y recién nacido; **lactante**, desde el primer mes hasta menos de un año; **preescolar**, de un año hasta los 4 años; **escolar**, de 5 a 12 años; **adolescente**, de 13 a 20 años y **mujer**, mayor de 20 años no gestante.

El proyecto se ha propuesto desarrollar un modelo de atención en salud caracterizado por la oportuna y óptima prestación de los servicios, la búsqueda activa de los usuarios, el énfasis en las actividades de prevención, en donde la educación en salud ocupe un lugar predominante. Se trabaja en los escenarios de la comunidad, como

son los HOBIS, escuelas, casas Vecinales, Centros Comunitarios, los hogares y la UBA Unidad Básica de Atención, centro donde se localiza la dirección médica y se prestan diferentes servicios. Cuenta con un equipo interdisciplinario y allí realizan sus prácticas estudiantes de disciplinas del área de la Salud y de las Ciencias Humanas.

La primera etapa del proyecto consistió en realizar la línea de base en la que se hizo un censo de la población y se determinaron comportamientos en salud. Para el trabajo con madres adolescentes nos parece pertinente revisar algunos de ellos:

- La población de 13 a 20 años corresponde a un 16.1% de la población total.
- Su primer embarazo se dió entre los 13 y 20 años.
- EL 16.8% no asistió a control prenatal.
- Asistieron a control post-parto un 26% de las mujeres entre 13 y 20 años.
- Las madres que no amamantan a sus hijos dieron las siguientes razones:
 - 18.5% no lo cree necesario
 - 65.4% no tuvo leche suficiente
 - 15.4% no tuvo tiempo
- Se encontró que el 14.7% de los niños menores de un año estaban en riesgo de deprivación psicoafectiva.
- La tasa de natalidad es de 19.82 por 1000.

Estos datos indican que hay un porcentaje alto de madres adolescentes y que no solamente carecen de una atención médica adecuada sino que afrontan muchos de los problemas revisados anteriormente, como falta de información sobre la evolución de su embarazo, problemas emocionales, dificultades en las relaciones familiares, pobre autoestima, depresión y seguramente muchas de ellas tienen las condiciones para volverse madres maltratadoras, ya que comparten en casi todos los casos uno de los principales predictores, como es la experiencia con violencia que es característico de esta comunidad. Esta es una de las principales quejas de los maestros en las escuelas, al igual que de quienes solicitan asistencia psicológica. Este es pues un grupo de muy alto riesgo en el que se hace prioritaria una intervención, a través de la cual se coordinen los esfuerzos de diferentes disciplinas con el fin de brindar en el cabal sentido del término una atención integral a las jóvenes.

Este programa cubre tanto a las madres gestantes, como a las que ya tienen su hijo. Surge de la necesidad detectada por la enfermera en las visitas domiciliarias, de realizar un seguimiento a los niños con problemas de salud crónicos como bronquitis y desnutrición. Se detectan a las madres muy ansiosas y con incapacidad para asimilar la información sobre los cuidados de salud e higiene y pautas de crianza. Así mismo, en la consulta prenatal, tan-

to el médico como la enfermera detectan a madres muy jóvenes, sean primerizas o que ya han tenido hijos, y se remiten al programa. La atención se brinda tanto individualmente, por parte de los profesionales que requiera el caso y en grupo en sesiones a las que asisten las gestantes y las madres con sus hijitos. El equipo profesional está conformado por la enfermera, la psicóloga, el pediatra y la nutricionista.

Las sesiones tienen como objetivo desarrollar en las participantes competencias que les permita afrontar con éxito su papel de madres, a través de actividades de educación y mediante la utilización de estrategias metodológicas apropiadas para éste grupo de edad. En todo momento se procura evitar reproducir la situación de clase tradicional. Se manejan contenidos de salud, pautas de crianza, higiene y las inquietudes que traen a la sesión. Por otra parte, se busca consolidar un grupo que proporcione un adecuado apoyo social, en el cual se puedan compartir experiencias, buscar alternativas a situaciones problema, desarrollar el sentido de pertenencia y de identidad. Todo esto tendiente a lograr una mejor autoestima como base para lograr el mayor desarrollo personal y establecer una relación afectiva que pueda romper el círculo de la violencia.

Con este trabajo se espera iniciar una línea de investigación en relación con la competencia social

vista desde una perspectiva de la comunidad. La psicología comportamental ha sido muy pródiga en estudios en los que se ha preocupado por analizar muy diferentes aspectos del comportamiento social, desde los estudios sobre la topografía misma del comportamiento interpersonal, con análisis moleculares muy finos hasta las sutilezas involucradas en la evaluación de competencia. Por supuesto son muy abundantes los estudios sobre los programas específicos de intervención y la investigación de procesos se ha interesado en tratar de dilucidar la efectividad diferencial de los distintos componentes de los "paquetes" terapéuticos y su interacción con diferentes poblaciones clínicas, (por ejemplo, si produce mejores resultados la intervención cognoscitiva en pacientes deprimidos). Sin embargo y acorde con las propuestas de Albee y la de Bloom ya mencionadas, estamos cortos en análisis de tipo ecológico en donde se analice, para nuestro caso, el impacto que tiene el desarrollo de competencias sociales sobre la misma organización social. Es probable que buena parte de la investigación en este campo esté articulada alrededor de la premisa de defectos en los individuos más que defectos en la organización social. Lo que esta línea de trabajo busca es estudiar en qué medida la conformación de redes de apoyo hace individuos más competentes y a través de qué mecanismos se produce dicho cambio, así mismo cómo afecta al entramado social, el tener

personas con nuevos repertorios. No menos importante es legitimar el papel del psicólogo como un profesional que debe ser parte del equipo de los programas de atención

primaria de salud en nuestro país, a pesar de las dificultades que se presentan en la delimitación de campos del saber y la división del trabajo en estos programas.

BIBIOGRAFIA

- Albee, G.W. (1980) A Competence model must replace the defect model. En bond. L. A. y Rosen. J.C. (Ed.) Competence and coping during adulthood. Published for the Vermont conference in the primary prevention of Psychopathology. London: University Press.
- Barrera, M. (1981) Social support in the adjustment pregnant adolescent: assessment issues. En B.H. Gottlieb (Ed.) Social networks and social support. Beverly Hills: Sage.
- Bloom, M. (1981) Primary Prevention. The possible science. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bolton, F.G.; Charlton, D.E.; Laner, R.H.; Shumway, S.H. (1985) Preventive screening of adolescents mothers and infants: critical variables in assessing risk for maltreatment. Journal of Primary Prevention.
- Donohue, C.N. (1987) Correlates of young mothers' network orientations. Journal of Community Psychology, 15, 149 - 160.
- Duarte, A., Varreto, A. (1984) Factores determinantes del embarazo en adolescentes solteras. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 35 (5), 291-305.
- Henniger, C. y Nelson, G. (1984) Evaluation of a social support program for young unwed mothers. Journal of Primary Prevention, 5 (4), 3-16.
- Herrera, J.A., Alvarado, F., Martínez, J. E. (1987) El ambiente psicosocial y la inmunidad celular en la paciente embarazada. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 38 (5) 367-373.
- Holmes, T., Rahe, R. (1967) The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 11, 213-218.
- Monterrosa, E. (1990). Proyecto AIMIDEC. Documento interno no publicado.
- Olson, T.D.; Wallece, N.D.; Miller, B.C. (1984) Primary prevention of adolescent pregnancy: promoting family involvement thought a school curriculum. Journal of Primary Prevention, 5 (2) 75-91
- Piñeros, M.P. y Rodríguez, C. (1990) Perfil comparativo de dos grupos de mujeres menopáusicas alrededor de factores asociados con su sintomatología. Nueva York: Alan Guttmacher Institute.
- Prada, E., Singh, S.; Wulf, D. (1988) Adolescentes de hoy, padres del mañana: Colombia. Nueva York: Alan Guttmacher Institute.
- Valdés, M. y Flores, T. (1985) Psicobiología del stress. Barcelona: Martínez Roca.