

UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE POSTGRADO

Programa de Magíster en Psicología, mención en Psicología Clínica Infanto - Juvenil.

**EVALUACION DESDE UN MODELO
PSICOSOCIAL DE UNA INTERVENCION
GRUPAL CON ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología,
mención en psicología clínica infanto juvenil

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CS. SOCIALES
BIBLIOTECA

ALUMNA:	PS. CECILIA FERNÁNDEZ C.
PROFESOR GUÍA:	PS. ISABEL M. FONTECILLA S.
COLABORADOR METODOLÓGICO:	PS. IRIS GALLARDO.

Santiago, 2002

INDICE

INDICE _____	1.
ABSTRACT _____	VI
I. INTRODUCCION _____	1
 II. MARCO TEORICO	
 1. ADOLESCENCIA 3	
Desarrollo Somático _____	5
Desarrollo Cognitivo _____	6
Desarrollo Emocional _____	8
Desarrollo Social _____	10
Identidad Sexual _____	11
Tareas del Desarrollo en la Adolescencia _____	12
Problemáticas en la Adolescencia _____	14
 2. EMBARAZO ADOLESCENTE 15	
Magnitud del Embarazo en la Adolescencia _____	16
Factores de Riesgo Médico en la Madre _____	17
Riesgos y Consecuencias Biopsicosociales del Hijo de Madre Adolescente _____	19

Factores de Riesgo y Consecuencias Sociales y Psicológicos de la Adolescente Embarazada y su Hijo (a) _____	20
3. MODELO BIOPSIICOSOCIAL DE LA SALUD	29
Modelo Biopsicosocial de la Salud _____	31
Concepto de Familia desde un Abordaje Psicosocial _____	34
Ciclo vital de la Familia – Etapas del Ciclo Familiar _____	37
Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales de Olson, Sprinkle y Russell _____	40
Modelo de Factores de Riesgo y Factores Protectores de la Familia _____	42
4. INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN LA ADOLESCENCIA	46
Sistema de Atención Primaria en Salud _____	48
Prevención en Atención Primaria de Salud _____	49
Programas e Intervenciones Psicosociales con Adolescentes _____	52
Evaluación en las Intervenciones Psicosociales _____	55
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	60
Planteamiento del Problema _____	61
Objetivo de la Investigación _____	61
Fundamentos para la Elección de las Variables seleccionadas _____	62

IV. ASPECTOS METODOLOGICOS	64
Variables:	
a. Variable Independiente _____	65
b. Variables Dependientes _____	65
Hipótesis de la Investigación:	
a. Hipótesis (de las Variables Directamente Intervenidas en el Taller) _____	72
b. Hipótesis (de las Variables No Intervenidas En el Taller) _____	73
Instrumentos de Evaluación _____	74
Diseño de Investigación _____	76
Población, Selección y Muestreo _____	76
Procedimiento _____	78
V. ANALISIS DE RESULTADOS	79
I Parte: Hipótesis de las Variables Intervenidas directamente a través de la Intervención Psicosocial Grupal	
Hipótesis de las Variables Biomédicas: Control del Embarazo, Tipo de Parto y Uso de Métodos Anticonceptivos _____	80
Hipótesis de las Variables Psicosociales - Individuales: Autoestima y Salud Mental _____	82
Hipótesis de las Variables Psicosociales - Sociales: Continuidad de Estudios, Proyecto de Vida y Acceso y Conocimiento de los Servicios de Salud Disponibles _____	86

Hipótesis referidas a las Variables Biopsicosociales del Hijo (a) de la Adolescente Embarazada: Controles de Salud, Desarrollo Psicomotor y Consultas por Enfermedades Respiratorias Agudas _____	88
II. Parte: Hipótesis de las Variables No Intervenidas directamente a través de la Intervención Psicosocial Grupal	
Hipótesis de las Variables Psicosociales - Individuales: Resolución de Conflictos _____	90
Hipótesis referidas a las Variables Psicosociales - Familiares: Percepción de Apoyo Familiar y Tipo de Funcionamiento Familiar _____	92
Hipótesis de las Variables Psicosociales - Sociales: Participación en Red Social _____	94
VI. DISCUSIÓN y PROPUESTAS	96
De los Resultados de la Investigación _____	98
Del Proceso de Evaluación _____	108
Del Nivel de Atención Primaria en Salud _____	110
De la Adolescente y su Contexto _____	112
Investigación – Acción _____	114
BIBLIOGRAFIA	116

APENDICES

- Apéndice n° 1: Intervención Psicosocial de Grupo con Adolescentes Embarazadas, Comuna de Lo Prado
- Apéndice n° 2: Escala de Medición del Autoconcepto de Coopersmith Brinkmann, H., Segure, T. y Solar, M., 1989.
- Apéndice n° 3: Cuestionario de Salud Mental de Aclé, C., Berger, W., González, V. y Moltalbán, J. (1984)
- Apéndice n° 4: Encuesta de Contenidos Específicos
- Apéndice n° 5: Cuestionario de Situaciones Problema de Sepúlveda, G. y Dünner, P. (1998).
- Apéndice n° 6: APGAR de Percepción del Funcionamiento Familiar de Maddaleno, M., Horwitz, N., Jara, C., Florenzano, R. y Salazar, D., 1987
- Apéndice n° 7: Escala de Evaluación de la Adaptación y Cohesión Familiar de Olson y cols. (Olson, Sprenkle y Rusel, 1979; Olson, 1991; Olson, 1994, citados en Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999).

Abstract

La evaluación de las acciones en el nivel primario de atención en salud estatal es un hecho importante al momento de proponer un modelo de atención integral. El presente estudio tiene por objetivo proponer una investigación evaluativa de una intervención grupal con adolescentes embarazadas en sus elementos biomédicos, psicológicos, sociales y familiares. Se revisa las investigaciones existentes en el tema y los modelos de salud en atención primaria. Para finalmente discutir los resultados en vista de la incorporación de los componentes psicológicos en el sistema de salud.

I. INTRODUCCION

El nivel de Atención Primaria de Salud Estatal constituye un amplio campo para la intervención en problemáticas psicosociales, dada su cercanía con la población, la presencia de estrategias definidas y un recurso humano sensibilizado.

En la línea de la reforma al modelo de atención y el cambio en la epidemiología de los problemas de salud, los componentes psicosociales y especialmente los correspondientes al área de la psicología son fundamentales.

Por este motivo, buscando enriquecer el trabajo en los Centros de Salud la presente investigación se plantea la evaluación de una intervención grupal con adolescentes embarazadas, que dé cuenta del cumplimiento de los objetivos de la intervención y de los posibles elementos a considerar para perfeccionar y optimizar este tipo de estrategias.

Enmarcando esta investigación en una revisión teórica que oriente y actúe como coordinador de las estrategias de intervención. Se revisa, someramente, las características de la adolescencia especialmente la adolescente embarazada, y por otra parte, la literatura referente al modelo de salud y las intervenciones en este nivel de Atención Primaria de Salud. Se destacan los modelos conceptuales y sus implicancias en los programas existentes para esta población

Finalmente, a través de un diseño cuasi - experimental de comparación entre grupos, se describen los resultados de la evaluación a una intervención grupal con adolescentes embarazadas, a la luz de la Teoría y las Políticas de Salud, aportando a la organización y validación del conocimiento.

Se espera que esta sistematización y evaluación aporte a una práctica que integre información respecto a las estrategias utilizadas y facilite la optimización y mejoramiento de la calidad.

II. MARCO TEORICO

1. ADOLESCENCIA

2. EMBARAZO ADOLESCENTE

3. MODELO BIOPSICOSOCIAL DE LA SALUD

4. INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN LA ADOLESCENCIA

1. ADOLESCENCIA

- **Desarrollo Somático**
- **Desarrollo Cognitivo**
- **Desarrollo Emocional**
- **Desarrollo Social**
- **Identidad Sexual**
- **Tareas del Desarrollo en la Adolescencia**
- **Problemáticas en la Adolescencia**

Un 20% de la población y un tercio de la fuerza laboral es menor de 25 años en América Latina. En Chile el 18% de la población lo constituyen jóvenes entre 15 y 24 años.

La adolescencia es una etapa del desarrollo evolutivo. En términos psicológicos, es un período de cuestionamientos, crisis, y resoluciones, reflejo de las características personales que él o la adolescente tendrá como adulto.

En 1974, la OMS define la adolescencia como el período durante el cual "el individuo progresa desde el punto de la aparición inicial de las características sexuales secundarias hacia la madurez sexual, los procesos psicológicos del individuo y las pautas de identificación se desarrollan desde los del niño a los del adulto y se realiza una transición del estado de dependencia socio-económica total a una relativa independencia" (Zegers, B., 1985).

En general, se habla de la adolescencia como el proceso de maduración biológico, psicológico y social que ocurre en el período de vida entre los 10 y los 20 años, aproximadamente (Luengo, X., 1991; Montenegro, H., 1994).

Varía según el ambiente físico y cultural y el nivel económico del individuo. Su primera fase presenta un momento de inestabilidad emocional y de búsqueda del "yo". La segunda fase se caracteriza por un gran interés hacia las operaciones mentales y el carácter de las personas; hay una mejora en las relaciones sociales. Durante la tercera, se da una apertura al mundo social y un planteamiento realista de la vida, incluida la problemática del descubrimiento y elección del otro como sexualmente diferente (Pedrosa, L., 1980).

Biológicamente, es el período que comienza con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, prosigue con la adquisición de la capacidad reproductora y termina con el cierre de los cartilagos epifisarios y del crecimiento.

Sociológicamente, es el período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma, económica y socialmente (Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999).

Psicológicamente, es un periodo crucial del ciclo vital, en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzando su madurez sexual; se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, recuperando para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio (Hamel, P., 1994; citado en Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999).

Desarrollo Somático

El inicio de la pubescencia y pubertad ocurre alrededor de los 10 años. A partir de un reloj biológico interno en interacción con el medio, se activa un complejo proceso hormonal que produce cambios morfológicos y fisiológicos:

- Desarrollo de las características sexuales primarias relacionadas a los órganos de reproducción (crecimiento del pene, testículos, ovario, útero, vagina, clítoris y labios genitales mayores y menores).
- Desarrollo de las características sexuales secundarias (aparición del vello pubiano y axilar; en los hombres barba y vello en las piernas, brazos y pecho, cambios de voz).
- Adquisición de la madurez sexual (capacidad reproductiva).
- Desarrollo de las glándulas sudoríparas y sebáceas, cambios de pigmentación.
- Cambios en la talla, peso, en proporciones corporales, fuerza, coordinación motora.

Este desarrollo físico y fisiológico tiene un efecto perturbador sobre los sentimientos de coherencia que posee el adolescente llevándole tiempo integrar estos cambios en función de una identidad positiva, suficiente e individual. Uno de los rasgos típicos del desarrollo físico puberal es la asincronía y disarmonía física, gestual y motora. Los cambios provocan ansiedad y sentimientos de autoconciencia unidos a sentimientos de inferioridad. En el periodo de la adolescencia será importante la adaptación a la nueva imagen corporal adquirida, la que está

impregnada de valoraciones subjetivas en interrelación con el medio. Por eso la autoestima puede ser inestable en los inicios de la adolescencia, existiendo cambios más negativos en la autoestima que en su percepción de su imagen corporal (Nottelman, E., 1987).

Uno de los factores que puede confundir la habilidad de un adolescente para formar un sentido definido de sí mismo, es la presión a la conformidad del grupo, no sólo en la conducta social sino también en la apariencia y en las habilidades físicas. El ser muy diferente a la norma en apariencia física y tasa de desarrollo puede ser una experiencia dolorosa para un adolescente. Quienes sean muy distintos de los estándares comúnmente aceptados de apariencia física, habilidades e intereses, tal vez no sean muy bien aceptados por sus pares y por lo tanto, tengan un mal concepto de sí (Mussen, P., Conger, J. y Kagan, J., 1990).

Desarrollo Cognitivo

La adolescencia es el período durante el cual la capacidad de adquirir y utilizar conocimientos llega a su máxima eficiencia, capacidad que se va acentuando progresivamente desde los 11 ó 12 años. La persona pasa desde la etapa de las operaciones concretas, a las operaciones formales, donde el grado de sutileza y complejidad en su razonamiento se hace mayor. El adolescente logra desprenderse de la lógica concreta de los objetos en sí mismos y puede funcionar en estados verbales o simbólicos sin la necesidad de otros soportes. Se constituye así en un individuo capaz de construir o entender temas y conceptos ideales o abstractos. Esta capacidad se supone que llegará a formar parte de la casi totalidad de los adolescentes a los 17 a 18 años (Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999).

A medida que el pensamiento formal se desliga del dato concreto, el joven puede cuestionar lo que hasta ahora ha recibido, como son las normas a través de las cuales regula su comportamiento, conjuntamente a la comprensión de valores que están subyacentes a ellas (Luengo, X., 1991).

Razonar formalmente implica que la forma de hacerlo es independiente de las propias creencias o que se adquiere la posibilidad de situarse en el punto de vista del otro. Al aparecer las operaciones formales el adolescente adquiere varias capacidades nuevas importantes:

- Puede tomar como objeto a su propio pensamiento y razonar acerca de sí mismo.
- Puede considerar no sólo una respuesta posible a un problema o explicación a una situación, sino varias posibilidades a la vez.
- Agota lógicamente todas las combinaciones posibles.
- El pensamiento operativo formal le permite distinguir entre verdad y falsedad, es decir, comparar las hipótesis con los hechos.

Aunque los adolescentes de ambos sexos no muestran diferencias consistentes en la inteligencia general, hay algunas diferencias en competencias específicas, como en tareas de percepción espacial y rotación mental, observándose mayor desarrollo en los varones (Signorella, M., Jamison, W. y Hansen, M., 1989). También se observan diferencias en habilidad verbal que alcanza mayor desarrollo en las mujeres y habilidad matemática con mayor nivel de desarrollo en los hombres (Mussen, P., Conger, J. y Kagan, J., 1990).

El adolescente es capaz no sólo de captar el estado inmediato de las cosas, sino de entender, los posibles estados que éstas podrían asumir. Constantemente compara lo posible con lo real y descubre en lo real la multitud de fallas latentes. Todo esto lo hace ser crítico apareciendo como conflictivo ante los adultos.

La aparición del pensamiento operativo formal (hipotético - deductivo) afecta también al adolescente en la idea que se forma de sí mismo. Comienza a dirigir sus nuevas facultades de pensamientos hacia adentro y se vuelve introspectivo, analítico y autocrítico.

Estas nuevas capacidades se tiñen de egocentrismo. Existe una incapacidad para diferenciar los intereses y motivos propios de los ajenos y como el joven está preocupado de sí mismo, piensa que todos los que lo rodean están pendientes de su conducta y apariencia. A consecuencia también del egocentrismo se cree único y especial, no sujeto a las leyes que afectan a los demás.

Desarrollo Emocional

En conjunto con los cambios corporales y las expectativas sociales que se generan, este periodo va acompañado de una marcada labilidad emocional expresada en comportamientos incoherentes e imprevisibles y explosiones afectivas intensas pero superficiales. Además, se caracteriza por tener hiperreactividad emocional (en el sentido que la reacción emocional es desproporcionada al estímulo que la provoca) y comportamientos impulsivos. Estas conductas se relacionan con la intensificación de los impulsos sexuales y agresivos, los cuales generan ansiedad. Frente a ellos tiene que desarrollar mecanismos que lo equilibren y adoptar conductas adecuadas de funcionamiento a su realidad social (Florenzano, R., 1994; Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999).

Por otro lado, existe la búsqueda del concepto de sí mismo, lo que se refleja en el intento de separación de las figuras parentales. Esto se expresa con conductas cuestionadoras de las figuras parentales, oposicionismo y negativismo. Esta rebeldía oposicionista hacia los padres es contradictoria, con un verdadero sometimiento a las normas de su grupo de pares a las que no se atreve a oponerse, pero que le sirven de apoyo para su proceso de separación.

Esta búsqueda del concepto de sí mismo también es observable en el constante ensayo de comportamientos y estilos. Esto le permite explorarse, conocerse e irse comprendiendo, al mismo tiempo que intensifica la autorreflexión.

La adolescencia cambia todo el sistema de interacción familiar, el cual debe guiar desde una unidad centrada en el cuidado protector de los hijos, hacia una en la que el o la adolescente se desinteresa de ellos, para entrar en el mundo adulto, y desde otro, pasar a interactuar con sus progenitores de adulto a adulto.

La formación de la identidad es un desafío propio de la adolescencia, ya que al enfrentarse el joven a todos los cambios físicos y fisiológicos que le ocurren, así como a las numerosas y cambiantes exigencias sociales, le resulta difícil mantener un sentido de estabilidad de sí mismo en el transcurso del tiempo. Incluso en un momento determinado hay pensamientos, impulsos y sentimientos nuevos, y a veces extraños, que pueden amenazar el esfuerzo que hace la persona

para lograr un sentimiento de coherencia intrínseca. El adolescente necesita de un tiempo para integrar todos estos cambios rápidos en un sentido de identidad que emerge con lentitud.

La identidad es la experiencia interna de la mismidad, de ser uno mismo en forma coherente y continua, a pesar de los cambios internos y externos que se enfrentan en las propias vidas. En esta etapa se produce lo que se ha denominado crisis de la identidad, que es una reevaluación e integración de un proceso que comenzó desde el nacimiento del individuo. En esta etapa se reevalúa y sintetiza todas las identificaciones logradas a lo largo de su historia evolutiva. Se reestructuran escalas de valores, ideales, metas y se decide una vocación.

El concepto de sí mismo fluctuará entre una enorme sobreestimación, con deseos y fantasías de ser algo extraordinario, y el menosprecio al dudar de sus aptitudes y habilidades. Al compararse con otros modelos a los cuales aspira imitar.

A fin de poseer un sentido de identidad el adolescente necesita verse a sí mismo como un individuo distinto, por esto los jóvenes son altamente auto-observadores y auto concientes. La identidad lograda por los adolescentes manifiesta un grado de auto referencia y auto-observación conductual. Así, identidad, conciencia y auto-observación son asociados con aspectos cognitivos y emocionales de darse cuenta. El desarrollo cognitivo fomenta la formación de la identidad durante esta etapa (Adams, G., Abraham, K. y Markstrom, C., 1987).

Aún cuando pueda compartir muchos valores e intereses con otras personas, también es muy necesaria la presencia de coherencia intrínseca, de un sentido de totalidad: una integración adecuada de las propias necesidades, motivos y metas. Por último, para que el adolescente tenga un sentido claro de identidad debe haber una percepción de sí mismo que sea estable en el transcurso del tiempo, es decir, debe percibir la persona que es hoy, similar a la persona que era ayer, manteniendo vínculos consistentes entre la persona que era en el pasado y la que será en el futuro (Mussen, P., Conger, J. y Kagan, J., 1990).

Hay un cierto número de factores que facilitan el establecimiento de un sentido de firme identidad; es importante una relación recompensante y cariñosa entre el adolescente y ambos

padres, a la vez el padre del mismo sexo debe proporcionar un modelo de rol efectivo personal y socialmente, para que el joven pueda identificarse plenamente.

La capacidad cognoscitiva del adolescente también influye en la consecución de un sentido bien definido de la identidad individual. Para establecer un sentido de la identidad el adolescente debe ser capaz de mirarse a sí mismo con objetividad. Esta habilidad para considerar objetivamente los propios pensamientos es parte de la etapa de operaciones formales. Sin embargo, las facultades cognoscitivas que comienzan a aparecer en el adolescente incrementan la dificultad de la búsqueda, ya que él se vuelve capaz de imaginar una gran variedad de posibilidades para su identidad (Mussen, P., Conger, J. y Kagan, J., 1990).

Desarrollo Social

Uno de los cambios más significativos que ocurren en la adolescencia es que el individuo pasa desde la vida familiar a su inserción en la vida social. Se espera del adolescente una inserción autónoma en el medio social y el logro de una independencia que lo exprese personalmente, junto con dirigirse hacia roles y metas que tengan consonancia con sus habilidades y que están de acuerdo con las posibilidades ambientales.

El grupo de pares desempeña un papel vital en el desarrollo psicológico de la mayoría de los adolescentes. Como las relaciones del adolescente con los pares de ambos sexos son más íntimas que las que tiene con los adultos, el joven que mantiene buenas relaciones con sus pares aprende a mantener buenas relaciones en la vida adulta. Los vínculos de los adolescentes con sus familias se debilitan y por esto pueden volverse más dependientes de sus pares. Además, los adolescentes necesitan la compañía y apoyo de otras personas que pasan por la misma etapa de la vida que ellos.

Se incrementa la identificación con los pares y aumenta la autonomía respecto a sus padres, lo que también puede llevar a un aumento de la presión para involucrarse en conductas de adultos, tales como el sexo, fumar y beber (Jackson, A. y Hornbeck, D., 1989).

Los grupos de amigos desempeñan variadas funciones, siendo las principales:

- Proporcionar al individuo la oportunidad de aprender a relacionarse con sus compañeros.
- Aprender a controlar su conducta sexual.
- Oportunidad de adquirir destrezas e intereses propios de la edad.
- Oportunidad de compartir problemas y sentimientos comunes.

Los adolescentes, en general, primero desarrollan relaciones recíprocas o colaborativas con sus pares y luego pueden transferir estas habilidades a otras relaciones sociales (Selman, R., Beardsee, W., Schultz, C., Krupa, M. y Podoresfsky, D., 1986).

A medida que va soltando los lazos familiares, el adolescente necesita el apoyo del grupo de iguales donde es importante para él la aprobación. Intentará vincularse a grupos de pares aceptando las normas y pautas de comportamiento que éstos tienen. Lo óptimo es que desarrolle una independencia flexible, es decir, que concilie un rol definido, pero que al mismo tiempo tenga autonomía que le permita contrastar sus valores. Esto va a depender de la solidez previamente lograda en el proceso de socialización.

Si el adolescente fracasa de ser aceptado en un grupo, pueden aparecer conductas de aislamiento o de extrema dependencia de los pares o a determinados grupos a quienes imitará y se someterá irreflexiblemente.

Identidad Sexual

Una de las tareas más importantes del adolescente es lograr una identidad de su Yo. Esta identidad se adquiere cuando el individuo llega a identificarse permanentemente con sus objetivos, con sus ambiciones relativas a la sexualidad y con el tipo de relaciones que establece con los otros.

La identidad sexual es parte fundamental de la identidad del yo. Durante la adolescencia, el joven se identifica con su propio sexo (sexo identificado), es decir, asume los rasgos, actitudes,

conducta verbal, gestual y motivaciones propias del género. Este sexo identificado necesita ser reconfirmado por los otros (por ejemplo, relaciones con pares de su mismo sexo, relaciones eróticas con el otro sexo, etc.) y por el mismo, para asegurarles de su aceptación y adaptación social (Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999).

Tareas del Desarrollo en la Adolescencia

Así como sucede en todas las etapas de la vida, la adolescencia conlleva algunas tareas claves que surgen en un cierto período de la vida del individuo, cuya debida realización lo conduce a la felicidad y al éxito en las tareas posteriores y cuyo fracaso conduce a la infelicidad, a la desaprobación de la sociedad y a la dificultad en el logro de tareas posteriores.

La adolescencia es la etapa en que el individuo debe hacer frente a las tareas de establecer una identidad personal satisfactoria y de forjar lazos interpersonales fuera de la familia, tareas que incluyen formar pareja, aprender a controlar de manera responsable la sexualidad en desarrollo, y promover adecuadamente la capacidad de viabilidad económica a través de la educación, las actitudes y los hábitos (Burt, M., 1998).

La tarea central de la adolescencia ha sido definida por Erickson como la búsqueda de la identidad. Ella se relaciona con el sentirse a sí mismo como estable a lo largo del tiempo, con la adopción de una identidad psicosexual definitiva expresada a través de roles sexuales aceptados socialmente.

Se encuentra en el adolescente una integración progresiva y consciente basada en los aprendizajes sociopolítico, psicosocial y académico, junto a la comprensión del lugar que le corresponde, a los círculos donde él se mueve y de las expectativas recíprocas que conforman el universo social (La Fuente, J., 1989).

Las tareas de desarrollo más importantes en la adolescencia son (Montenegro, H., 1986; Luengo, X., 1991):

- **Independencia de los padres:** La integración gradual de la autonomía debe lograrse tanto desde el punto de vista psicológico, como desde el punto de vista de su seguridad, de la necesidad física de estar con ellos. Asimismo deben obtener independencia en el plano económico.
- **Identidad propia:** Deben lograr un estilo de conducta que sea propio y personal, que representa la organización cognitiva del pasado experimentado por el individuo.
- **Adecuada relación con el sexo opuesto:** El adolescente tiene que empezar a darse cuenta de qué es lo aceptado culturalmente y qué tiene que ocultar y reprimir.
- **Incremento de su capacidad de manejo de conceptos abstractos:** Mayor capacidad de comprender y utilizar conceptos simbólicos, junto con un afrontamiento realista de las situaciones problemáticas y enjuiciar críticamente los hechos.
- **Adecuada relación con el grupo de iguales:** El grupo de iguales ejerce una muy importante influencia en este período y es una necesidad imperiosa que el joven se vincule a grupos de adolescentes de similar edad.
- **Aceptación de sí mismo:** Es necesario que logre una buena autoimagen, imagen que va a estar influida por todos los cambios que está experimentando.
- **Capacidad de controlar estados de ánimo:** Aprender a controlar su ánimo constantemente lábil y cambiante.
- **Asunción de un grado de responsabilidad moderado,** iniciándose una organización jerárquica de valores.

Problemáticas en la Adolescencia

El desarrollo psíquico del adolescente está condicionado por un interjuego permanente de factores genéticos y ambientales, en la medida en que estos factores interactúan de modo favorable es más probable que el adolescente llegue a ser un adulto sano, tanto en su estructura de personalidad como en su adaptación social. Cuando las interacciones son desfavorables se frena o distorsiona el desarrollo personal y pueden aparecer conductas que revelan dificultad en la adaptación social, tales como alcoholismo, abuso de drogas, embarazos no deseados, agresividad y delincuencia (Almonte, C., Sepúlveda, G., Avendaño, A. y Valenzuela, C., 1985).

En esta etapa llena de cambios los adolescentes son con frecuencia vulnerable a todo tipo de estresores que provocan inestabilidad emocional. Aproximadamente, uno de cada cinco adolescentes experimenta problemas psicológicos significativos. Entre estos se encuentran: la depresión especialmente en niñas durante la temprana adolescencia (Nolen-Hoeksema, S. y Girgus, J., 1994), ansiedad, problemas de conducta y delincuencia, trastornos de alimentación y toxicomanía (Florenzano, R., 1994; Berryman, J., Hargreaves, D., Herber, M. y Taylor, A, 1994).

Los factores de riesgo para que ocurra un desajuste en el área personal se relacionan con la autoimagen negativa, visión del mundo negativa, expresión emocional insatisfactoria, y trastornos conductuales.

Las relaciones interpersonales, sobretodo las familiares, son indicadoras de riesgo en el desarrollo personal y social del joven. Cuando las relaciones están perturbadas el ajuste psicológico es menor y se presentan con mayor frecuencia conductas socialmente desadaptativas (Almonte, C., Sepúlveda, G., Avendaño, A. y Valenzuela, C., 1985). y actividades riesgosas, las cuales incrementan la posibilidad de generar consecuencias psicológicas, sociales y de salud negativas.

En la actualidad, se observa un rápido aumento de los índices de delincuencia, suicidio y embarazo adolescente, consumo de alcohol y otras drogas (Petraitis, J., Flay, B. y Miller, T., 1995; Scott, 1996), problemas escolares, adolescentes que huyen de su casa y trastornos psiquiátricos (Mussen, P., Conger, J. y Kagan, J., 1990).

2. EMBARAZO ADOLESCENTE

- **Magnitud del Embarazo en la Adolescencia**
- **Factores de Riesgo Médico en la Madre**
- **Riesgos y Consecuencias Biopsicosociales del Hijo de Madre Adolescente**
- **Factores de Riesgo y Consecuencias Sociales y Psicológicas de la Adolescente Embarazada y su Hijo (a)**

El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la suficiente madurez física y mental. La situación de enfrentar sola la maternidad y la preocupación de criar y de guiar un hijo es difícil para la adolescente que no ha alcanzado su propia madurez y que no siempre está en condiciones de satisfacer las necesidades emocionales que demanda un hijo. Ello es aún más difícil si no cuenta con una pareja estable que la respalde, o si es otro adolescente, que al igual que ella, enfrenta los desafíos propios de esta etapa.

La adolescente y su grupo familiar generalmente tienen dificultad para aceptar el hecho del embarazo, iniciándolo con una actitud de rechazo que se transforma en aceptación en el transcurso de la gestación. En el ámbito familiar, si es aceptada con su hijo, se puede producir una desorganización disfuncional cuando los padres de origen, continúan su función de crianza en circunstancias que la hija adolescente se transformó en madre (Hamel, P., 1993; Fuentes, M. y Lobos, L., 1994).

La llegada de un hijo en la adolescencia sin duda producirá cambios sustanciales en este desarrollo. La maternidad con buenos resultados requiere de la combinación de destrezas, comprensión y entrega. Así, si desde el punto de vista personal la adolescente no está preparada para asumir su maternidad, tampoco tiene los medios económicos para solventar la crianza y la educación del hijo.

Magnitud del Embarazo en la Adolescencia

En Chile anualmente se registran 40 mil nacimientos de madres adolescentes. Esta cifra, que se ha mantenido inalterable desde 1965, deja fuera todos los embarazos que no llegan a su término y aquellos que comienzan a los 19 años y terminan a los 20. Un 15% de los nacimientos provenientes de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) corresponden a adolescentes. Dentro de este grupo, las adolescentes que tienen entre 18 y 19 años aportan con un 56% del total de nacimientos.

Por su parte, según la edad del padre, sólo 11.589 nacimientos provienen de hombres adolescentes entre 15 y 19 años lo que equivale a un 4,5% de los nacimientos totales (SERNAM, 2000).

Según el censo de 1992 en Chile, la maternidad adolescente afecta a un 12% de las jóvenes. En otras palabras, doce de cada cien mujeres entre 15 y 19 años son madres en nuestro país.

El embarazo adolescente se presenta en todos los grupos socioeconómicos. En la región metropolitana se estableció que la tasa de fecundidad de las adolescentes de nivel bajo era cinco veces más alta que la de aquellas provenientes de niveles altos (Silva, 1989, citado en Cumsille, P. y Ramírez, V., 1999).

Factores de Riesgo Médico de la Madre

A pesar de que la capacidad fértil de la mujer se extiende desde su menarquía hasta los 50 años en algunos casos, investigaciones médicas han concluido que los riesgos de muerte materna y perinatal se ven acentuados en las embarazadas menores de 20 y mayores de 35 años, así como también en mujeres multíparas (4 o más hijos) (Mardones, F. y Jones, G., 1985; Viel, B., 1991).

Se ha demostrado que la mortalidad materna aumenta en forma significativa, especialmente en menores de 15 años, en comparación con madres de 20 a 24 años (Pizarro, A., Atalah, E. y Cumsille, F., 1992).

Existe consenso respecto a que el embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la primera menstruación, reconociendo que después de 5 años de este episodio biológico de la mujer, ella alcanza su madurez reproductiva (Mardones, F. y Jones, G., 1985). Además, entre los 10 y 15 años las jóvenes tienen su mayor requerimiento calórico, en relación con su proceso de crecimiento físico y desarrollo puberal, y el consumo proteico recomendado se incrementa hasta los 18 años (Castro, R., 1991). Por estas razones, todo embarazo iniciado antes de este momento adquiere especial prioridad por los mayores riesgos obstétricos y perinatales que conlleva.

Entre las adolescentes de 15 a 19 años, el mayor índice de hospitalización en Chile está constituido por este grupo gestacional. Mientras más joven sea la madre, más estrecha es su pelvis y, estando aún en crecimiento y desarrollo, más difícil será para ella alimentar apropiadamente un nuevo ser en su interior. La embarazada adolescente tiene el índice más alto de mortalidad materna en el país, de mortalidad por toxemia gravídica, de anemia y de complicaciones operatorias y del puerperio (Aguirre, M., 1993).

Las embarazadas adolescentes son generalmente consideradas como de alto riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales, tales como bajo peso, obesidad, hipertensión por embarazo, anemia, enfermedades de transmisión sexual y desproporción cefalo - pélvica. Sin embargo, hay poca evidencia de que esos riesgos se deban exclusivamente a su inmadurez fisiológica.

Algunos estudios han encontrado que no existe asociación entre poca edad materna y la mayoría de las complicaciones obstétricas asociadas con embarazo adolescente. Por ejemplo, la anemia es mejor explicada por pobreza, malos hábitos nutricionales y poco cuidado prenatal; y la desproporción cefalo - pélvica estaría más relacionada con poca preparación y apoyo hacia el parto. También se ha planteado que madres adolescentes muy jóvenes dan a luz a bebés pequeños porque ellas son más pequeñas, cuentan con menos recursos y son menos capaces de obtener el adecuado control prenatal (Stevens - Simon, C., y White, M., 1991).

Tampoco está claro si son inadecuaciones biológicas o sociales las que mejor explican las aparentes desventajas reproductivas. Se ha observado que los riesgos obstétricos en adolescentes mayores (16 - 18 años) estarían asociados a factores sociales tales como pobreza. En contraste, las jóvenes menores de 15 años sí tendrían complicaciones por su juventud (Satin, A., Leveno, K., Sherman, L., Reedy, N., Lowe, T. y McIntire, D., 1994).

El mayor riesgo comparativo observado en las madres adolescentes no parece deberse tanto a las especiales condiciones fisiológicas (requerimientos propios del desarrollo orgánico materno, más las exigencias que impone el embarazo), sino también a las variables socioculturales y a las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione.

De este modo, si la adolescente y / o su pareja no acepta el embarazo tiende a producirse una actitud de rechazo u ocultamiento de su condición, lo que repercute en un control pre - natal tardío o insuficiente.

Riesgos y Consecuencia Biopsicosociales del Hijo de Madre Adolescente

Desnutrición: Si la madre no satisface sus propios requerimientos nutricionales, el riesgo de desnutrición fetal será mayor, lo que se asocia con bajo peso al nacer, mayores tasas de mortalidad infantil y daños cerebrales y neurológicos como epilepsia, parálisis cerebral y debilidad mental (Mardones, F. y Jones, G., 1985).

A menudo estas madres no son capaces de aportar los cuidados nutricionales necesarios para el hijo en sus primeros años de vida. Datos nacionales revelan que el 80% de los niños hospitalizados por desnutrición severa son hijos de madres adolescentes (Castro, R., 1991).

Morbilidad: los hijos de adolescentes tienen mayor riesgo de problemas de salud tales como: defectos de nacimiento, bajo peso al nacer, alta tasa de muerte infantil y problemas en el parto (LeHew, W., 1992). Asimismo, se ha observado que tienen mayores índices de desnutrición y retrasos del desarrollo psicomotor, especialmente cuando se asocia a un nivel socioeconómico bajo (Pizarro, A., Atalah, E. y Cumsille, F., 1992) y / o a negligencias en la crianza y malos tratos frecuentes (Aguirre, M., 1993).

En Chile, las tasas de enfermedad y muerte son un 33 por ciento más altas para los hijos de madres adolescentes menores de 20 años (Castro, R., 1991). Las mayores consecuencias en el niño se observan después del año de edad, lo que podría guardar relación con el nacimiento de otro hijo, alejamiento de la familia, nuevas convivencias establecidas o término de la lactancia materna, entre otros factores (Pizarro, A., Atalah, E. y Cumsille, F., 1992).

Bajo peso y prematuridad: La prematuridad (nacimiento antes de 37 semanas de gestación) y el bajo peso al nacer (menos de 2500 gramos) son las dos complicaciones más serias y frecuentes reportadas asociadas con embarazo adolescente (Stevens-Simon, C. y White, M., 1991; Pizarro,

A., Atalah, E. y Cumsille, F., 1992). A partir de diferentes estudios, se ha determinado que el riesgo de tener un hijo con bajo peso es el doble para las madres menores de 15 años (Castro, R., 1991).

Problemas de conducta e intelectuales: La experiencia evidencia que los niños de madres adolescentes exhiben más problemas de conducta, bajo puntaje en pruebas intelectuales y tienen más probabilidad de repetir un curso en la escuela, que los niños de madres adultas similares socioeconómicamente (Furstenberg, F., Moore, K. y Peterson, J., 1989; Stevens-Simon, C. y White, M., 1991; citados en Cumsille, P. y Ramírez, V., 1999). Además, tienen más riesgo de volverse padres adolescentes en el futuro (LeHew, W., 1992).

Salud mental: Se ha encontrado que el hijo(a) de una adolescente tiene mayor riesgo de presentar menor desarrollo psicomotor después del año de vida. Este déficit en el desarrollo se ve como un factor de riesgo de trastornos como déficit de aprendizajes, trastornos de conducta y problemas psicosociales de mayor riesgo como el maltrato infantil (Hamel, P., 1993; Rutter, J., 1998; Candia, X., 2000). Cupl, Osofsky y O'Brien (1996, citados en Corona, S. y Tidwell, R., 1999) encontraron que al año de edad, los hijos de madres adolescentes tienen menos vocalizaciones que niños de madres adultas.

De igual modo, Sommer, C. y White, M. (2000), muestran en un estudio que la inteligencia materna fue predictor del desarrollo cognitivo del niño y la adaptación materna predijo significativamente el desarrollo socioemocional.

Factores de Riesgo y Consecuencias Sociales y Psicológicas de la Adolescente Embarazada y su Hijo(a)

La preocupación por el embarazo precoz se ha desplazado hacia los aspectos psicológicos y sociales involucrados en él, y se lo ha llegado a considerar un problema principalmente sociológico que tiene consecuencias médicas (Palma, I., 1990).

La sensación de "haber dejado de vivir la vida", muy frecuente en las adolescentes, es lo que mejor expresa el impacto que tiene en sus vidas la llegada de un embarazo no deseado. Este hecho produce una ruptura biográfica, las saca de las tareas de la etapa, les hace entrar en el mundo adulto, en tanto su percepción de la juventud está conectada a una noción de tiempo de diversión y de falta de responsabilidades, les significa asumir un nuevo rol: Ser madres. Con ello se afecta gravemente el proyecto de vida de una mujer adolescente ya que se cancelan o limitan las posibilidades de desarrollar todas las potencialidades y aspiraciones que conformaban su proyecto de vida (Palma, I., 1990).

Por lo general sufren el llamado "síndrome de fracaso" de la adolescente embarazada, esto es el conjunto de efectos negativos que el embarazo no deseado produce en las distintas esferas de la vida de las adolescentes (Rojas, L., 1991).

Un primer efecto negativo es el abandono escolar. Según datos de la encuesta CASEN (1998; citado en Plan Comunal, 2000), alrededor de un 8% de las mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad que no asiste a un establecimiento educacional, aluden como razón la maternidad o el embarazo. Si bien muchos adolescentes de los niveles socioeconómicos más bajos deben desertar tempranamente del proceso educacional formal para asumir roles que en otros estratos están reservados a los adultos (contribuir al sustento, quehaceres domésticos, cuidar a los niños) (Largo, E., 1980), la mayoría de las adolescentes son estudiantes al momento de embarazarse y este hecho a su edad supone dejar la escuela, lo cual limita el acceso a la capacitación para integrarse competitivamente al mercado laboral (Palma, I., 1990).

La continuación de los estudios en las escolares embarazadas es una de las grandes dificultades que deben enfrentar. A pesar de la publicación de la Circular n° 247 del Ministerio de Educación, en Marzo de 1991, que permite a las estudiantes embarazadas o que cambian de estado civil no perder el año escolar, la mayoría de ellas no reanuda sus estudios y de este modo, embarazo y maternidad siguen siendo una de las principales causas de deserción escolar en este período. Existe una serie de dificultades para las adolescentes que desean proseguir estudios: hay escasas facilidades del sistema escolar que faciliten el cuidado del hijo, tales como salas cuna o

guarderías (González, E., 1991). Además, atreverse a continuarlos implica enfrentar un sistema educacional que las rechazó.

Así, las madres adolescentes y sus hijos enfrentan menores oportunidades educacionales y económicas comparadas con otras que tienen hijos después de los 20 años. En este sentido, el embarazo precoz conlleva un fracaso en la inserción en la esfera del trabajo, en alcanzar una participación en la sociedad más allá de la esfera privada (Palma, I., 1990).

Otro aspecto alterado de la vida de una adolescente es su posibilidad de realizar un proyecto de pareja y familia. Desde diversas perspectivas no está preparada aún para tomar decisiones sobre maternidad y la constitución de una pareja estable. Cuando optan por el matrimonio, encuentran grandes obstáculos: carecen de las capacidades personales para enfrentarlo y tienen por tanto, una muy alta probabilidad de fracaso (Palma, I., 1990).

La ausencia de una pareja estable es una cifra variable que va desde un 25 a un 89% en el país, en comparación con un 5 a un 10% de madres adultas solteras. La falta de pareja estable significa, entre otros riesgos, enfrentarse económicamente a nuevas responsabilidades y tareas con menores recursos. La mayor inestabilidad conyugal estaría determinada por las propias características de la adolescente y porque muchos de los matrimonios están fuertemente condicionados por el mismo embarazo, constituyendo así un campo fértil para la separación posterior (Aguirre, M., 1993).

A las adolescentes que ya han sido madres también se les hace más difícil planificar su familia. Ellas suelen no recurrir a formas eficaces de control de su fecundidad y es altamente probable que enfrenten un segundo embarazo antes de cumplir los 20 años de vida. La probabilidad de tener nuevos embarazos es alta ya que, como se ha observado, las menores de 18 años presentan una alta tendencia a tener intervalos intergenésicos cortos, esto es, inferiores a 14 meses (Palma, I., 1990). Esta cifra de reincidencia, que alcanza entre un 25 y un 60% de las adolescentes menores de 18 años, se reduce en presencia de intervención y apoyo médicos que estimulen el uso de anticonceptivos (Satín, A., Leveno, K., Sherman, I., Reedy, N., Lowe, T. y McIntire, D., 1994).

Otro punto a destacar tiene relación con el hecho de que un porcentaje alto de madres adolescentes desarrolla agresividad hacia el niño recién nacido y tiene dificultades en el establecimiento del vínculo materno - infantil, incrementando, a su vez, las tasas de maltrato y de retraso del desarrollo psicomotor. Esto podría ser mayor aún, si se extiende el concepto más allá del daño físico evidente y se incluye la privación peligrosa de atención, la falta de respuesta a las necesidades elementales del niño, la carencia de contacto afectivo, de cuidados higiénicos y de atención médica oportuna (Palma, I., 1990).

A menor edad de la madre, es menor la probabilidad de realizar conductas maternas típicas como: tocarlo, establecer comunicación con el niño, hablarle, jugar con él, etc. (Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999). Todo esto ocasiona frecuentemente una alteración en la reciprocidad con el niño, se impacientan fácilmente y son poco tolerantes; ellas sienten que el niño les pide más de lo que ellas están preparadas para dar (desde todo punto de vista: económico, familiar, emocional). Tiene entonces lugar un proceso de vinculación y apego alterados; el niño dentro de una relación así se vuelve irritable, demandante, hostil, lo cual provoca más desesperación y sentimientos de impotencia y rechazo hacia él, generándose cadenas de privaciones afectivas que son la base de muchas psicopatologías (Rojas, L., 1991).

Por otra parte, el embarazo adolescente ha sido asociado con dependencia económica y pobreza que pueden persistir por generaciones. Como las madres adolescentes tienen más probabilidad de criar a sus hijos en condiciones improvisadas, estos niños crecen en familias con recursos financieros limitados, tienen pocas oportunidades para ascender socialmente y pocos incentivos para evitar la paternidad en la adolescencia; esto último, ya que la percepción que tienen de costos asociados con embarazo temprano, está disminuída en estos jóvenes que tienen bajas aspiraciones y ven poco viable la opción de lograr una carrera. Así, las consecuencias sociales y económicas aparecen más profundas que en las generaciones anteriores (Alexander, C. y Guyer, B., 1993). En efecto, hay evidencia de que tener hijos tempranamente es una barrera importante para superar el círculo de la pobreza, que aparece como causa y consecuencia del embarazo adolescente (Rojas, L., 1991; LeHew, W., 1992; Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999).

Los padres adolescentes se enfrentan a una diversidad de crisis situacionales (embarazo, paternidad, matrimonio), que se superponen a la crisis maduracional de la adolescencia. Así, el proceso de embarazo enfrenta a la adolescente con un doble trabajo: debe resolver simultáneamente conflictos relacionados con su adolescencia y con su maternidad. Está en pleno proceso de des - síntesis de sus identificaciones previas para ir encontrando su identidad; no están afirmados su centro ni su dirección vital, y se ve enfrentada a un "cierre precoz" en su desarrollo, para dedicarse a preocupaciones y cuidado de otro ser humano, lo cual es vivido generalmente con gran frustración y con sensación de que el embarazo le ha "robado" su juventud. La adolescente no se siente aún segura de lo que es y quiere ella misma, y se angustia por no sentirse preparada para dar ni cuidar de otro (Rojas, L., 1991).

La etapa inicial del embarazo constituye así un período muy problemático desde el punto de vista emocional: predominan los sentimientos de rechazo al embarazo, de culpa y temor frente a la reacción de los padres, de decepción y resentimiento ante una probable actitud negativa de la pareja, y de vergüenza frente a sus familiares. Además, la joven debe alejarse de los espacios habituales de encuentro con otros jóvenes y compañeros, decidir sobre su permanencia en la escuela, etc. (Palma, I., 1990).

La relación con el grupo de pares se encuentra alterada: la adolescente embarazada y la madre adolescente pierden su grupo de pares, las jóvenes con las que compartían, ya no comparten sus nuevos intereses y obligaciones: un niño, la pareja, el sustento económico, el control médico, entre otros. Esto hace que a menudo vivan con un sentido de estigmatización y aislamiento (Rojas, L., 1991).

Según lo expuesto por Palma (1990), después de esta etapa inicial caracterizada por el rechazo a la maternidad, la mayoría de las adolescentes comienza el camino de la aceptación del hijo, cuyo inicio está marcado por la decisión de continuar adelante con el embarazo.

Cuando la decisión de continuar el embarazo está tomada, se inicia un proceso personal muy difícil, que es descubrir algún sentido a la llegada del hijo que está en camino. Algunas de ellas encontrarán en el hijo un motivo para la propia vida, alguien a quien cuidar para sentirse útiles;

otras, sentirán que en el hijo encontrarán el afecto y amor que no recibieron. Para las demás, será una forma de dejar sus hogares paternos y construir el idealizado y ansiado hogar propio.

No todas las adolescentes son afectadas en la misma manera. Unas presentan conflictos transitorios, otras en cambio sufren daños psicológicos más profundos y permanentes. La experiencia al respecto sugiere que tendrían una mayor vulnerabilidad al daño psicológico quienes han sufrido mayores deterioros afectivos en su infancia y las adolescentes que no encuentran la comprensión ni el apoyo familiar para enfrentar sus embarazos.

A partir de los resultados de un estudio costarricense, Rojas (1991) señala otro punto en que entran en conflicto necesidades evolutivas con las impuestas por la maternidad, y se refiere a la imagen corporal: a los cambios producidos por el desarrollo físico normal se suman los producidos por el embarazo, generándose muchas ansiedades y temores. Es por eso que entre las principales quejas de las adolescentes durante el embarazo figuran las relacionadas con su imagen corporal.

Otro eje central de problemas es el producido por la agudización del conflicto de dependencia - independencia propia de la adolescencia: El embarazo y la maternidad provocan una mayor dependencia hacia su familia, lo cual llega a ser percibido muchas veces por la joven como una confirmación de su incapacidad para lograr autonomía.

De este modo, además del impacto general del embarazo y nacimiento de un niño en la adolescente, existen tareas psicológicas que tienen que completar en los diferentes trimestres del embarazo, de manera que su relación con el niño, consigo misma y con su familia llegue a ser óptima. En el primer trimestre, las tareas psicológicas básicas giran alrededor de:

1. Identificar que está embarazada y dar a conocer la noticia a la pareja y a la familia. En esta primera fase el hijo tiene sólo una existencia imaginaria.
2. Decidir si continúa o no con el embarazo.

3. Tomar las responsabilidades correspondientes (control prenatal, nutrición, cuidados). Aparecen los síntomas más comunes como cansancio, náusea, vómitos, aumento de la sensibilidad y aumento del tamaño de las mamas.

Aquí se presenta gran ambivalencia hacia el hecho de estar embarazada. Gran parte de la dificultad proviene de la preocupación por el rechazo que anticipan del medio al conocer su condición, y entran por lo general en pánico ante la incertidumbre de cuál será la reacción de la familia y su situación con el padre del niño. Esto convierte esta etapa en un período de gran tensión, confusión y temor, y generalmente acuden a control prenatal hacia el final del primer trimestre, cuando la condición de embarazo ha sido procesada, al menos cognitivamente.

La emoción predominante es la ansiedad, la cual se expresa en diversos síntomas como irritabilidad, cefalea, pesadillas y angustia focalizadas en el parto y en el bienestar del niño (Brevis, P., Contreras, J., Espinoza, E., Fernández, C., Lagos, M. y Martínez, C., 1996).

En el segundo trimestre, las tareas básicas están relacionadas con:

1. La aceptación del embarazo. Se hace evidente el embarazo y aparecen los primeros movimientos del feto, y por lo tanto, se siente la presencia de otra vida al interior.
2. La asimilación de la imagen de madre, desarrollo de un "yo maternal".

En el tercer trimestre, las tareas giran en torno a:

1. Preocupaciones y temores en torno al parto.
2. ¿Qué va a hacer cuando nazca el bebé?

En esta etapa, muchas jóvenes presentan temor a morir, sentimientos de descontrol sobre el propio cuerpo y de gran vulnerabilidad del mismo. A veces se presentan más bien sentimientos omnipotentes y de ser inmortales.

En un contexto familiar, Hamel (1986, 1992; citados en Candia, X., 2000), plantea que el embarazo en la adolescencia no es solamente un problema de la adolescente que se embaraza, sino que compete a la pareja, a las familias de ambos y a su contexto social inmediato y mediato.

Desde la perspectiva Individual, se ha encontrado, en las adolescentes embarazadas, un predominio de un pensamiento concreto, escasa visión de futuro, dificultades en la anticipación de las consecuencias de su propia conducta, autoimagen negativa, infantilización de las relaciones interpersonales, escasa propositividad vital y predominio de emociones de tonalidad negativa (Hamel, P., 1986, 1993 citado en Candia, X., 2000). Así también se han descrito sentimientos de soledad y desprotección.

Diversos estudios señalan que la práctica del acto sexual en la adolescencia se inserta dentro de un marco de graves problemas familiares, fracaso escolar, y otras formas de expresión de conflictos o conductas rebeldes (Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999), como son los sentimientos de ser rechazada o no querida por uno o ambos padres.

Dentro del contexto familiar las familias de las adolescentes embarazadas tienden con más frecuencia a ser familias incompletas o irregulares, es decir, familias con ausencia de uno o de ambos padres y con sucesivas convivencias y rupturas de vínculos afectivos.

Se ha encontrado que la relación de la adolescente con su madre resulta conflictiva y distante, no llegando a constituir ésta un modelo de identificación satisfactorio. La figura del padre es inestable, ya sea por su ausencia o por un rol definido como de escasa participación en la toma de decisiones familiares. La comunicación afectiva es escasa, predominan los mensajes descalificatorios y están ausentes las caricias físicas.

En relación con los estilos disciplinarios, se ha señalado que el mayor grado de permisividad en una familia unida a un alto índice de castigo, es un factor que influye notoriamente en el embarazo adolescente.

Es importante además considerar el antecedente de embarazo adolescente en la madre, padre y otras figuras significativas dentro del grupo familiar. Se habla así de una transmisión intergeneracional del embarazo, que viene de preferencia a través de la familia de la madre. En esta repetición se pone en evidencia una compleja interacción entre formas de identificación de modelos y reglas de funcionamiento familiar (Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999; Candia, X., 2000).

Se ha encontrado también una alta correlación entre el embarazo adolescente y un miembro de la familia alcohólico o drogadicto (Dryfoos, 1990, citado en Candia, X., 2000).

Desde la perspectiva de los pares aparece como una variable importante la actitud de éstos hacia la conducta sexual de los adolescentes. Actuando, del mismo modo, como un apoyo social importante (Corcoran, J., 1999).

Desde la perspectiva cultural, la adolescente embarazada cuenta con una socialización de género basada en la subordinación de la mujer, su desarrollo en interiores y la responsabilidad por las labores domésticas. La imagen femenina se encuentra desvalorizada y se visualiza el rol de esposa y madre como los más importantes (Hamel, 1985 y Sagredo, 2000, citados en Candia, X., 2000).

Por otra parte, una revisión hecha por Corcoran (1999) sobre los principales factores asociados al embarazo en la adolescencia muestra una asociación significativa de una mala situación económica con consecuencias como: una composición de familia extendida con el consiguiente hacinamiento físico y psicológico, abandono escolar, baja oportunidad de empleo e ingreso.

Santelli y Belensen (1992, citado en Corcoran, J., 1999) han establecido que experiencias escolares positivas pueden proteger a las adolescentes del embarazo, así como las aspiraciones educacionales y la buena conducta en la escuela.

3. MODELO BIOPSICOSOCIAL DE LA SALUD

- **Modelo Biopsicosocial de la Salud**
- **Concepto de Familia desde un Abordaje Psicosocial**
- **Ciclo vital de la Familia – Etapas del Ciclo Familiar**
- **Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales de Olson, Sprenkle y Russell**
- **Modelo de Factores de Riesgo y Factores Protectores de la Familia**

La situación de salud en Chile ha sufrido transformaciones fundamentales en los últimos años. El cambio de perfil epidemiológico indica que la mortalidad infantil y la desnutrición han disminuido significativamente, la mortalidad materna ha bajado, el riesgo de enfermedades infecciosas transmisibles está relativamente controlado, mientras las enfermedades crónicas y los tumores malignos constituyen actualmente las primeras causas de muerte en Chile.

El fallecimiento por violencia y accidentes, especialmente en los jóvenes, han adquirido importancia. Por otra parte, los problemas de salud mental tienen cada vez mayor relevancia e incidencia en los problemas de salud de la población, destacándose los problemas de alcoholismo, consumo de drogas, neurosis y disfunciones familiares, siendo este último un factor de riesgo muy importante para la aparición de problemas psíquicos en niños, jóvenes y mujeres.

El modelo biomédico de salud – enfermedad, se basa en la concepción de salud donde la enfermedad constituye el centro del problema y principal objetivo de la intervención. Trabaja desde un concepto de uncausalidad, frente a cada enfermedad existe una causa, ubicada la causa se abre la posibilidad de intervenir en su prevención o curación (Maddaleno, M. y Florenzano, R. 1999).

Las estrategias de intervención que se derivan del enfoque biomédico tiende a ser parcial, porque se orientan a sólo uno de los distintos componentes del fenómeno. Por ello, se requiere la creación de marcos de referencia flexibles y adecuados a las características de cada realidad. Si se considera a los adolescentes como sujetos de derecho, actores sociales y parte de la solución, y no como un simple usuario, el abordaje de los ámbitos socio - cultural, psicoafectivo y biomédico en conjunto, incluyendo la participación social de los adolescentes junto a la comunidad, son imprescindibles.

La salud, definida como un estado de bienestar físico, psicológico y social, implica una declaración completamente diferente a la concepción de salud basada en la ausencia de enfermedad, configurando lo que se denomina "*Modelo Biopsicosocial de Salud*".

Modelo Biopsicosocial de la Salud

Cuando la Organización Mundial de la Salud, definió la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social abrió nuevas perspectivas en la concepción de salud. Incorporó como esenciales las dimensiones psicológica y social en su relación indivisible con la realidad biológica del hombre y, a su vez, lo consideró inserto en un sistema social determinado por el contexto histórico, político y económico.

La salud se define como un proceso en el cual el individuo, a lo largo de su vida, se va desplazando sobre un eje salud - enfermedad, acercándose a uno de los extremos, según si se refuerza o se rompe el equilibrio entre factores que están permanentemente interactuando: físicos, biológicos, psicológicos, socio - culturales y ambientales.

Se privilegia una aproximación holística a los problemas, en que se trata de entender y considerar a toda la realidad, interesa llegar a un diagnóstico - síntesis de cada situación, y a partir de éste, decidir un plan de acción en que están consideradas los aspectos más influyentes y/o vulnerables que la determine (Maddaleno, M. y Florenzano, R., 1989).

El hablar de salud como “un estado de bienestar” y no sólo como “ausencia de enfermedad”, implica una concepción de la salud como un proceso de desarrollo y crecimiento de los individuos basado en la satisfacción de sus necesidades y en la potenciación de sus capacidades humanas, tanto en lo somático, como en lo psíquico y espiritual. Desde esta perspectiva, la enfermedad puede ser considerada como antagónica al bienestar biopsicosocial y el estado de salud como un factor que contribuye en forma muy importante a dicho bienestar (Weinstein, 1998; citado en Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999).

La integralidad abarca una visión de la salud de los jóvenes como situada en un continuo de las diferentes etapas del ciclo vital. Incluye, además, el desarrollo físico, mental y social, y debe evaluarse de manera de incorporar tanto las medidas prácticas como la percepción subjetiva de la gente joven y sus familias.

De hecho, la salud es un inmenso campo interdisciplinario en que se han dado interesantes confluencias de índole integradora de diversos ámbitos del saber, tales como las disciplinas morfológicas, en los niveles bioquímicos, biofísicos y fisiológicos; el campo de la salud mental y la superación de la dicotomía entre lo psíquico y lo físico; las ciencias sociales intentando definir las interrelaciones entre lo individual, el pequeño grupo y la sociedad, generándose campos transdisciplinarios en los dominios de la salud holística, salud familiar y salud comunitaria.

Este modelo significa un cambio radical, desde la concepción de salud basado en la enfermedad a un modelo cuyo centro es la salud, su promoción, y la prevención primaria y secundaria, integrando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Esta concepción requiere la confluencia de miradas de variados sectores como la educación, la psicología, la economía, y los medios de comunicación, por nombrar sólo algunos, que sean capaces de integrar los múltiples factores biopsicosociales involucrados en todo proceso de salud – enfermedad.

Es una visión colectiva de la salud en la que se pone énfasis no sólo en la esfera de lo individual sino también en los vínculos, la familia, los grupos, las sociedades, el trabajo y la relación con la naturaleza y su entorno. El bienestar biopsicosocial es un continuo en el que se ubica en un polo la salud y en el otro la enfermedad, cruzada por múltiples dimensiones y variables que conjugar un determinado estado de salud. Esta es una interpretación que responde a una concepción de salud como un proceso, más que como un estado o condición estática.

El MINSAL, ha hecho suya la definición del Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá (1988) que define la Salud Mental como la “capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas, relacionales, el logro de las metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (MINSAL, 2000).

Así, un problema de Salud Mental se define como: “una alteración en la interacción entre el individuo, el grupo y el ambiente, originada en factores propios del individuo o provenientes de su entorno”. Entre las primeras se pueden citar el desorden mental o las insuficiencias de las

habilidades para enfrentar exigencias del propio desarrollo. Los factores provenientes del entorno tienen relación con el contexto presente o experimentado durante la vida de un sujeto, influyendo y condicionando el desarrollo de sus capacidades personales. A modo de ejemplo, conflictos persistentes al interior de la familia, pobreza, estructuras sociales injustas, excesiva presión social, servicios de salud insuficientes, etc. (MINSAL, 2000).

Gregory Bateson (1972) es quien integra este planteamiento a las ciencias sociales. Este punto de vista traslada el foco de atención, desde las características internas de cada persona, hacia la forma en que las propiedades individuales de diferentes personas se enlazan entre sí. De esta manera, la observación del individuo se amplía para transformarse en un estudio de la interacción. Las conductas, enlazadas en una red de relaciones, ya no parecen ser la consecuencia inevitable de los atributos heredados y adquiridos de una persona, sino que asume otro significado: el de respuesta a interacción con los demás.

Al concebir a la persona como parte de un conjunto mayor, sus problemas se insertan en un contexto relacional donde la interacción emerge como una vía de solución. Entonces salir de un problema ya no depende sólo de la buena voluntad de la capacidad de una persona, sino también de todo el grupo al que pertenece (Bateson, G., 1972).

En esta línea el modelo ecológico de Bronferbrenner (1979) puede ser empleado para organizar los factores relacionados a problemáticas psicosociales, como es el embarazo en la adolescencia. Este modelo conceptualiza el espacio ecológico como operando en diferentes niveles de sistemas, cada uno de los cuales es incorporado dentro del siguiente.

El nivel interaccional básico es el microsistema, el cual es el patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales experimentados por el individuo en un ambiente dado. El mesosistema involucra interacción entre ambientes. El próximo nivel, el exosistema, incluye ambientes que afectan al individuo pero en el cual el individuo no está directamente en contacto. El macrosistema incluye las variables culturales que influyen en el individuo.

La conceptualización ecosistémica (Bronfenbrenner, U., 1979) postula que la conducta individual se explica mejor desde la comprensión del contexto ambiental total en el que los individuos se desenvuelven; los ambientes humanos son extremadamente complejos e incluyen dimensiones físicas, así como estructuras sociales, económicas y políticas muy elaboradas.

Concepto de Familia desde un Abordaje Psicosocial

La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. Más allá de las diversas estructuras familiares, es posible entender a la familia como la célula social básica. Según la definición de la Comisión Nacional de la Familia (Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999) se considera a la familia como "un grupo social, unido entre sí por vínculos de consanguineidad, filiación (biológica y adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables".

La familia constituye una Mutualidad Protectora de Base Biológica. Actúa como la matriz de la socialización, prepara al individuo para insertarse en su comunidad y para formar nuevas familias. Permite que la persona se independice y adquiera una personalidad diversa a la de los miembros de la familia (Florenzano, R., 1994).

Las funciones que cumple la familia son múltiples y esenciales para el desarrollo de la persona y para la sobrevivencia y estabilidad de la sociedad (Schorr, 1993, citado en Florenzano, R., 1994; Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999):

- Satisfacción de necesidades biológicas tendientes a la reproducción, crianza y cuidado de los niños (Alimentación, vivienda, seguridad, supervisión, higiene, cuidados de salud y educación).
- Satisfacción de necesidades psicológicas que generan una matriz de experiencias afectivas y vinculares que van gestando la vivencia de pertenencia sobre la cual se desarrolla la identidad personal (Apoyo social, valoración y autoestima, comunicación, valores compartidos, compañía).

- Funciones de socialización, dado que la familia es la principal transmisora de la cultura, ya que enseña las creencias, valores, normas y conductas deseables de su grupo social.
- Funciones económicas, dado que la unidad familiar se constituye en un sistema de producción y compra de servicios y bienes para lograr la subsistencia de sus integrantes.
- Función mediadora con diferentes estructuras sociales ya que relaciona a los integrantes de la familia con otras unidades del sistema social.

Las familias moldean y programan la conducta de sus miembros y el sentido de identidad de cada uno de ellos. El sentido de pertenencia se acompaña con una acomodación por parte del niño a los grupos familiares y con la asunción de pautas transaccionales en la estructura familiar que se mantienen a través de los diferentes acontecimientos de la vida (Minuchin, S., 1984).

El abordaje desde una perspectiva relacional sistémica significa pensar la familia como un sistema formado por seres vivos, que es más que la suma de ellos como individuos, que tienen un proceso de desarrollo que permite su crecimiento y complejización de su organización, y que diferentes influencias pueden provocar efectos similares.

En los sistemas familiares se puede considerar los aspectos estructurales de la familia, es decir, las variables que dicen relación con cuántos miembros pertenecen a la familia, el tipo de familia, los subsistemas existentes, los roles que cumple cada miembro, los límites internos y externos, la manera en que forman alineamientos y el manejo del poder.

También se analiza los procesos y dinámicas relacionales que ocurren al interior de la familia y su interacción con el ecosistema. El proceso central es la comunicación, junto con el proceso evolutivo de los individuos y de la familia, las pautas de vinculación afectiva, los mecanismos de adaptación y de resolución de problemas.

Se toma en cuenta los paradigmas familiares que constituyen la percepción o imagen que las familias tienen de lo que debe ser una familia, o de cómo le gustaría ser, dando cuenta de una

concepción o filosofía familiar, es decir, el conjunto de valores y creencias respecto de lo que debe ser una familia. Estos sistemas de creencias expresan tradiciones que constituyen el acervo cultural, histórico e idiosincrático de cada familia.

Minuchin (1977, citado en Hidalgo, C., y Carrasco, E., 1999) define la estructura familiar como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia". Estas pautas o reglas establecen cómo, cuándo, y con quién, cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta de los miembros de ella.

La estructura familiar es relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, al mismo tiempo, debe ser variable y flexible para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo.

Respecto a las normas, hay algunas universales y explícitas y otras implícitas e idiosincrásicas, que definen las relaciones entre los miembros. Los roles definen las tareas que se esperan que cada uno cumpla dentro de la organización familiar y éstos están en parte definidos por la cultura y en parte por la familia en particular.

Los límites de un sistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera en una transacción interpersonal. Su función es proteger la diferenciación del sistema y sus subsistemas.

Cuando la familia se vuelca sobre sí misma aumentando en forma excesiva su comunicación y la preocupación de unos sobre otros, se pierde la distancia entre sus miembros, los límites se esfuman y la diferenciación de los subsistemas se hace difusa. A estas familias se les denomina aglutinadas. Estas estructuras reaccionan frente al estrés rápido e intensamente, con pérdida de la autonomía e inhibición del desarrollo afectivo y cognitivo de sus miembros.

En el otro extremo están las familias cuyos límites son muy rígidos, con una comunicación muy difícil y escasa entre los subsistemas haciéndose difícil la función protectora de la familia. Estas estructuras se denominan familias desligadas, donde cada miembro se relaciona con los demás

como si tuviera poco que ver con ellos, con una mínima dependencia hacia otros (Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999).

En una comunicación funcional las personas establecen una comunicación directa sin eludir el compromiso de ella en forma descalificatoria del otro; hay acuerdo en el nivel de contenido y de relación, hay congruencia entre la comunicación verbal y no verbal; se explica las interacciones en forma circular, y son flexibles, estableciendo relaciones simétricas y complementarias de acuerdo al contexto relacional (Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999).

Ciclo vital de la Familia – Etapas del Ciclo Familiar

La familia, como institución inserta en un sistema social dinámico, va cambiando continuamente, y así, tal como el individuo la familia atraviesa una secuencia de etapas interconectadas. Este ciclo vital se inicia con la formación de la pareja, y termina al desaparecer ambos miembros de ésta (Duvall, 1977; citado en Florenzano, R., 1994; Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999).

El ciclo vital de la familia plantea etapas de desarrollo que pueden ser entendidas en términos del desarrollo individual de los miembros de la familia y de la familia como un todo. El lograr ir superando las tareas del desarrollo es un prerrequisito funcional necesario para un adecuado crecimiento. En el caso que no sea así, se producirán tensiones y conflictos, tendiendo muchas veces a desequilibrios del sistema o a la vuelta a etapas más tempranas donde hubo éxito pero que en el momento actual no son capaces de satisfacer las necesidades del sistema.

Etapas del Ciclo Familiar

1. *Formación de la pareja y comienzo de la familia:* Interacción entre dos adultos independientes en que se conforma el subsistema conyugal, se establece las fronteras de diferenciación del nuevo subsistema. Formación de una identidad de pareja, negociación y asignación de roles. Es necesario que cada uno de los miembros se haya independizado de su propia familia de origen, en la cual se ha tenido la posibilidad de formarse objetivos personales individuales y de tener un "sí mismo" bien diferenciado.

Cuando se da apresuradamente, como en el caso del matrimonio entre adolescentes, crecen los fracasos conyugales. Cuando el matrimonio se realiza por un embarazo, falta la oportunidad de que la pareja funcione como tal, ya que desde el momento inicial existe una tercera persona involucrada en la relación.

2. *Etapas de crianza inicial de los hijos*: Transición de estructura diádica a triádica. Mutualidad de la madre con sus hijos, implica empatizar con sus necesidades físicas y emocionales. Aceptación por los adultos de su rol de cuidado, la pareja debe acomodarse y crear espacio para el nuevo miembro. El padre representa en este período un factor de estabilidad y apoyo para su familia. Se caracteriza por la creación de nuevos subsistemas: parental, madre – hijo (a), padre – hijo (a).
3. *Familia con hijos preescolares*: Rol estabilizador del padre. Tolerancia de la mayor autonomía infantil y velar al mismo tiempo por protegerlo de los peligros que ésta pueda implicar. Tipificación de los roles sexuales: los padres constituyen modelos de orientación con respecto a conductas sexuales.
4. *Familia con hijos escolares*: La escuela se constituye como un "evaluador" de la eficiencia de la crianza y socialización del niño (a). Tolerancia de la separación parcial del hogar.
5. *Familia con hijos adolescentes*: La familia con hijos adolescentes se enfrenta a la superposición o coincidencia de las crisis normativas de los ciclos vitales tanto de los hijos como de los padres, lo que hace a ambos más vulnerables, altera el funcionamiento familiar y obliga al sistema familiar a hacer ajustes para mantener las relaciones. Crisis bigeneracional: cambios en los padres y en los hijos. Negociación entre ajuste y modificación de las reglas, la familia debe permitir espacio y contacto.
6. *Etapas media y terminal de la familia*: Se debe reorganizar la relación, puede ser un período de calma y aprovechamiento de lo conseguido en años anteriores. Enfrentamiento de los cambios biológicos de la involución. Enfrentamiento de la jubilación y uso diferencial del tiempo libre. Enfrentamiento de la soledad y la muerte de la pareja.

Respecto a las familias chilenas en situación de pobreza estas etapas no transitan tan claramente del modo descrito existiendo diferencias muy importantes. La situación de pobreza centra las tareas y funciones de la familia en satisfacer las necesidades de supervivencia, descuidando los aspectos emocionales y de vinculación, produciéndose en muchos casos la superposición de distintas etapas.

Hay suficiente evidencia científica que demuestra que, entre los muchos factores condicionantes del proceso de salud - enfermedad, el sistema familiar tiene un rol preponderante en dicho proceso: las familias afectan la salud y enfermedad de sus miembros, así como ellas son afectadas por la salud y enfermedad de estos.

Se han identificado características globales o específicas de la familia que pueden ser consideradas como factor causante o condicionante de alteraciones de la salud o inversamente como agentes protectores. La familia como transmisora de hábitos y creencias vinculadas a la salud, como agente socializador en prácticas saludables o patógenas, en modelos de resolución de problemas de salud, así como, que la familia posee como unidad prestadora de atención a sus miembros.

Florenzano (1995) concluye que es importante conocer y estudiar las interacciones entre la familia y el proceso de enfermedad de uno de sus miembros. Estas interacciones serán afectadas por las características estructurales de la familia, incluyendo su ciclo vital, su contexto sociocultural, la naturaleza de la enfermedad misma, y las características de sus miembros individuales.

Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales de Olson, Sprenkle y Russell (1979, Florenzano, R., 1995).

Este modelo es un intento de relacionar teoría, práctica e investigación en familia.

La Cohesión familiar se define como: "El lazo emocional que tienen los miembros de la familia entre sí y el desarrollo de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la

familia". El modelo plantea niveles de cohesión, que van desde extremadamente bajo (familias desapegadas), a moderada (separadas y /o conectadas) a extremadamente alto (familias aglutinadas).

La Adaptabilidad familiar se define como: "La capacidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o desarrollo. Los niveles de adaptabilidad que van desde extremadamente bajo (rígido), a moderado (estructurado y / o flexible), a extremadamente caótico.

La Comunicación es la tercera dimensión del modelo circumplejo. Facilita el movimiento de las otras dos dimensiones, postula que las familias que se encuentran en el área balanceada del modelo tienen mejores destrezas de comunicación que las que se encuentran en los tipos extremos.

Las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, con sus respectivos niveles, se pueden colocar en un modelo circumplejo bidimensional, lo que produce 16 combinaciones posibles. Los cuatro tipos de centro son llamados balanceados, porque representan un balance entre los extremos del continuo de cohesión y adaptabilidad. Los cuatro tipos extremos son vistos como más problemáticos en términos de funcionamiento familiar.

La hipótesis central es que las familias balanceadas funcionan mejor que las familias extremas, ya que estas últimas tenderían a tener más dificultades para afrontar el estrés situacional y del desarrollo (Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999).

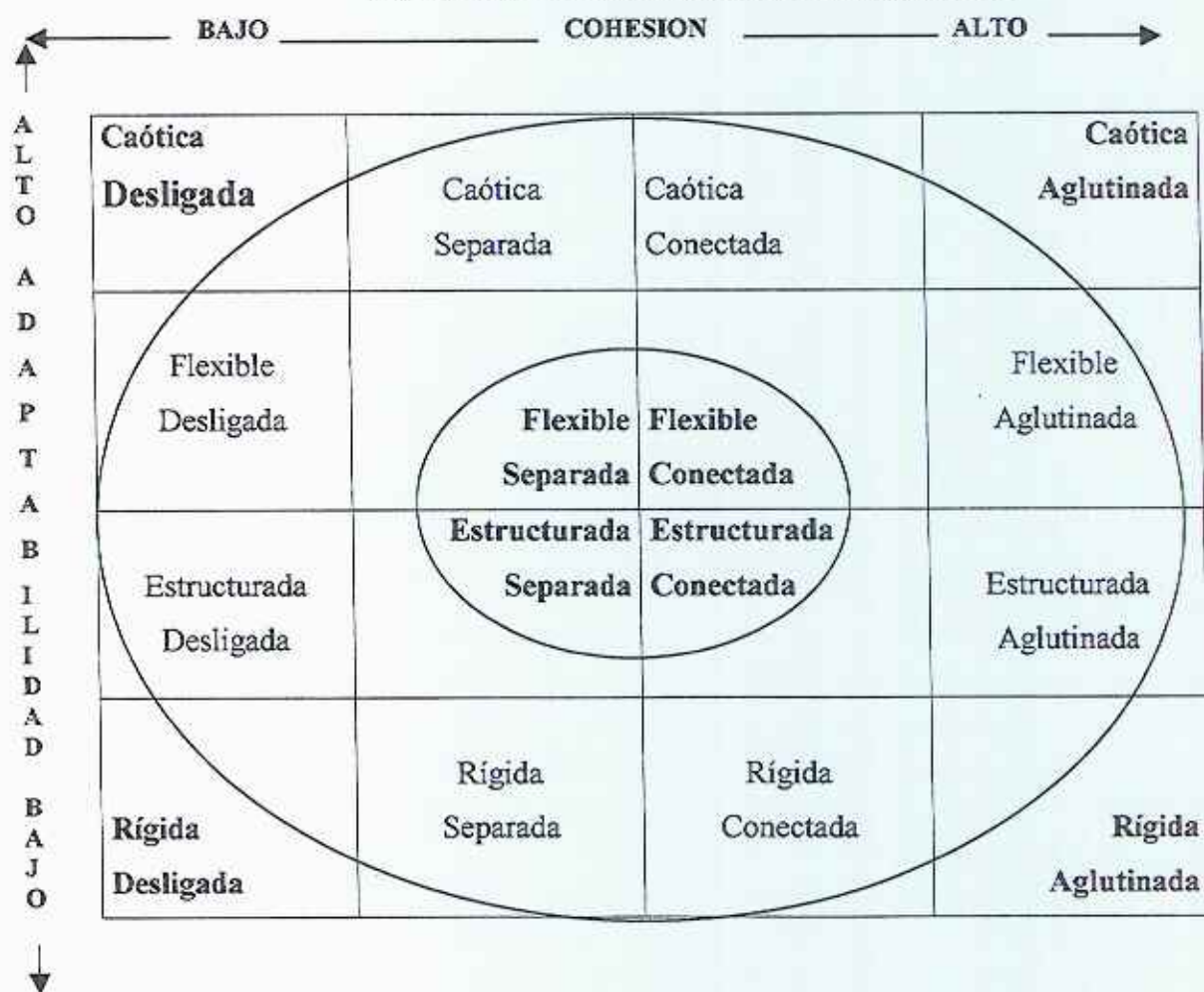
Olson sugiere que puntajes moderados de cohesión (separados a conectados) representan un balance entre muy poca cercanía (desapego) y demasiada cercanía (aglutinamiento) familiares. Del mismo modo, puntajes moderados en adaptabilidad (estructuradas, flexibles) representan un balance entre muy poco cambio (rigidez) y demasiado cambio (caos) en la familia (Figura n°: 1).

La familia como un sistema sociocultural, es un sistema viable en la medida que se adapta a su medio. Los mecanismos de retroalimentación negativa (morfoestasis) y de retroalimentación

positiva (morfogénesis) proveen el balance necesario para la adaptación de los sistemas. Las familias funcionales mantienen un equilibrio entre estos dos procesos, mientras que las disfuncionales muestran una tendencia excesiva a la estabilidad y al cambio.

Este modelo teórico integra el enfoque estructural, interaccional y del desarrollo familiar. A partir de él diferentes estudios han validado sus supuestos. En un estudio de Thomas y Olson (1992, citado en Florenzano, R., 1995) dos grupos de familias problemas se compararon con dos grupos controles. El estudio probó la hipótesis principal del modelo en que las familias no clínicas tendrían tipos de sistemas más balanceados que las familias clínicas.

Figura nº 1: Modelo Circumplejo de Olson. Tipologías Familiares
(Olson, 1983, Citado en Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999)



Posteriormente, Olson (1991; citado en Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999) cambia el término de Adaptabilidad por el de Flexibilidad, definiéndola como: "El cambio inherente en la estructura de poder, relaciones de rol y reglas de relación de un tipo dado de pareja o familia". Según Galano y Burrows (1995, citados en Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999) esta modificación representa en forma más precisa a la población normal y aumenta el repertorio de conductas descritas en sistemas balanceados.

Modelo de Factores de Riesgo y Factores Protectores de la Familia

Maddaleno, M., Horwitz, N, Jara, C., Florenzano, R. y Salazar, D. (1987) establecen como postulados centrales del enfoque de riesgo que (Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999):

- Las personas, las familias y los grupos tienen diferentes grados de posibilidad de desviarse de la salud y el bienestar. Las variaciones en la salud y en el bienestar dependen del equilibrio existente entre esfuerzos, recursos y necesidades.
- Los factores que determinan los niveles de salud y bienestar son múltiples e interrelacionados. El control de los factores de riesgo, ya sea suprimiéndolos o compensándolos, disminuye la probabilidad de daño.
- El refuerzo de los factores protectores aumenta las posibilidades de una salud mejor y mayor bienestar.

Los factores de riesgo constituyen condiciones o aspectos biológicos, psicológicos y/o sociales que están estadísticamente asociados a una mayor probabilidad de morbilidad o mortalidad futura (Garmzy, 1983, citado en Lewis, M., 1996). En el ámbito personal, en los adolescentes se encuentra: Baja autoestima, baja motivación de logro, dificultades en la resolución de problemas, embarazo, sin escolaridad o escolaridad incompleta, adicción a alcohol u otras drogas, conductas delictuales, conducta sexual temprana, etc. En el ámbito

familiar: Familias uniparentales, la separación y divorcio de los padres, los conflictos conyugales, etc.

Conductas de riesgo en cambio, son acciones, pasivas o activas, que involucran peligro para la persona o que acercan directamente consecuencias negativas para la salud o que comprometen aspectos de su desarrollo. Entre ellas, el consumo de alcohol, la sexualidad precoz y la deserción escolar.

Los factores protectores son aquellos que reducen la probabilidad de emitir conductas de riesgo o de tener consecuencias negativas cuando se involucra en ellas. Los factores protectores pueden considerarse como recursos que tiene una familia para enfrentar su desarrollo y eventos vitales (Rutter, 1985, citado en Lewis, M., 1996).

Los factores protectores de funcionamiento familiar más estudiados están la cohesión y la adaptabilidad. Incluyendo aspectos como confianza, aprecio, respeto por la individualidad y comunicación. A nivel personal se encuentran: Habilidades intelectuales y competencias cognitivas, mayor autoestima, mayor empatía, mejores habilidades para resolver problemas, etc.

Entre los factores protectores basados en la comunidad se encuentra el apoyo social (Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999). Hirsch (1979) define red social como: "el conjunto de personas actualmente significativas con quienes el sujeto tiene interacción social. Forman parte de la red de una persona, por lo tanto, la familia, los vecinos, los amigos y las personas con que el sujeto en un momento de su vida interactúan con frecuencia".

La red social desempeña la función de mediadora entre factores ambientales, personales y apoyo social. En el contenido del apoyo social se señalan cuatro dimensiones:

1. *Apoyo emocional*: que va desde ofrecer simpatía, cuidados, afecto a ofrecer confianza, aumento de autoestima y confiabilidad.

2. *Apoyo de valoración*: tiene que ver con la transición de información relevante para la autovaloración, es decir, se refiere a la que llamaremos comparación social.
3. *Apoyo Informacional*: Se trata de facilitación de información para usar en el afrontamiento de problemas personales y ambientales.
4. *Apoyo Instrumental*: este se realiza por conductas que ayudan directamente a la persona necesitada.

En prevención, el apoyo social presenta efectos positivos en que las personas pueden ayudar a reducir tanto la preparación como la confusión acerca de elementos que están relacionados con la salud. Además, se puede disponer de buenos modelos para, por un lado, reducir la patología, y por otro, aumentar la protección conductual.

El hecho de interferir en el ritmo de vida de la persona con aflicciones, facilitar ayuda no deseada o discutir en forma al imponer y descontextualizar acerca de eventos estresantes puede llegar a contribuirse en aspectos negativos del apoyo social.

La importancia del análisis de factores de riesgo y protectores de la familia es gravitante dada su participación clave en la salud de los individuos. Además de identificar dichos factores, es necesario descubrir cuáles son los mecanismos y procesos protectores para la salud física y mental.

Tomando en cuenta los modelos descritos se mencionan algunos criterios del funcionamiento familiar (Ruiz, M. y Picota, E., 1998):

- Capacidad de cambio de una etapa a otra durante el ciclo vital familiar.
- El efecto positivo o negativo que ejercen los conflictos en el desarrollo de la familia.
- Estrategias y capacidad para resolver los problemas.
- El grado de éxito con el cual se resuelven los problemas.

- La necesidad de depositar o no los problemas existentes exclusivamente en un solo miembro de la familia.
- El grado de diferenciación, de individualidad de cada miembro de la familia.
- Clima emocional de la familia.
- Nivel de autoestima de sus miembros.
- La organización jerárquica de la familia.
- El tipo de comunicación entre sus miembros.
- La formación de límites o fronteras generacionales.
- El tipo de relación entre la pareja conyugal - parental.
- El equilibrio entre la estabilidad y la flexibilidad.
- La capacidad para equilibrar la proximidad y la distancia en las relaciones intrafamiliares.
- La presencia o ausencia de problemas psicopatológicos en dos o más miembros de una familia y en dos o más generaciones.

4. INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN LA ADOLESCENCIA

- **Sistema de Atención Primaria en Salud**
- **Prevención en Atención Primaria de Salud**
- **Programas e Intervenciones Psicosociales con Adolescentes**
- **Evaluación en las Intervenciones Psicosociales**

La salud pública estatal constituye el principal sistema de salud en Chile, aproximadamente atiende al 70% de la población, y son particularmente beneficiarios de él, los grupos más pobres de la población, los niños y ancianos.

La visión biomédica prevalente en los Centros de Atención Primaria de Salud, que centra la enfermedad como eje del problema y principal objetivo de intervención, se ha visto sobrepasada tanto por la demanda de atención asistencial, como por su incapacidad para dar respuesta a problemáticas multicausales, que van más allá del ámbito médico exclusivo, como el caso de los adolescentes.

Muchos de los jóvenes de América Latina y el Caribe no reciben la educación suficiente que les permita acceder a las labores productivas del sector formal moderno. Esta situación es peor para jóvenes que viven en la pobreza urbana y para todos aquellos que viven en el sector rural.

Para muchos jóvenes el empleo es necesario para ayudar en las finanzas de la familia, pero interfiere significativamente con sus logros en educación. También ocurre que muchos adolescentes mayores no pueden encontrar un trabajo adecuado ni asisten a la escuela. Es por esto necesario contribuir con acciones que eviten o retarden estas problemáticas.

Comparativamente al resto de la población, los adolescentes sufren de pocos trastornos que amenacen su vida, asisten a los Centros de Salud como consecuencia de la adopción de algunos hábitos que traen consecuencias negativas para la salud a largo plazo, tales como tabaquismo, consumo de drogas adictivas y la actividad sexual sin protección de contraer enfermedades de transmisión sexual y SIDA (Burt, M., 1998); limitando los indicadores clásicos de morbi - mortalidad al considerar sólo el componente biológico de la salud, siendo que son los problemas psicológicos y sociales los que se encuentran en mayor frecuencia entre los jóvenes (Burt, M., 1998; Serrano, en Maddaleno, M. y Florenzano, R., 1999).

La salud pública estatal constituye el principal sistema de salud en Chile, aproximadamente atiende al 70% de la población, y son particularmente beneficiarios de él, los grupos más pobres de la población, los niños y ancianos.

La visión biomédica prevalente en los Centros de Atención Primaria de Salud, que centra la enfermedad como eje del problema y principal objetivo de intervención, se ha visto sobrepasada tanto por la demanda de atención asistencial, como por su incapacidad para dar respuesta a problemáticas multicausales, que van más allá del ámbito médico exclusivo, como el caso de los adolescentes.

Muchos de los jóvenes de América Latina y el Caribe no reciben la educación suficiente que les permita acceder a las labores productivas del sector formal moderno. Esta situación es peor para jóvenes que viven en la pobreza urbana y para todos aquellos que viven en el sector rural.

Para muchos jóvenes el empleo es necesario para ayudar en las finanzas de la familia, pero interfiere significativamente con sus logros en educación. También ocurre que muchos adolescentes mayores no pueden encontrar un trabajo adecuado ni asisten a la escuela. Es por esto necesario contribuir con acciones que eviten o retarden estas problemáticas.

Comparativamente al resto de la población, los adolescentes sufren de pocos trastornos que amenacen su vida, asisten a los Centros de Salud como consecuencia de la adopción de algunos hábitos que traen consecuencias negativas para la salud a largo plazo, tales como tabaquismo, consumo de drogas adictivas y la actividad sexual sin protección de contraer enfermedades de transmisión sexual y SIDA (Burt, M., 1998); limitando los indicadores clásicos de morbi - mortalidad al considerar sólo el componente biológico de la salud, siendo que son los problemas psicológicos y sociales los que se encuentran en mayor frecuencia entre los jóvenes (Burt, M., 1998; Serrano, en Maddaleno, M. y Florenzano, R., 1999).

de embarazo adolescente, ETS, SIDA, prevención de violencia intrafamiliar, etc. (MINSAL, 2000; Asún, D., Alfaro, J., y Morales, G., 1994; Burt, M., 1998).

En 1992, el Ministerio de Salud de Chile inicia la incorporación de los componentes psicosociales en el modelo de atención, basado en el cambio del perfil epidemiológico y en vista a la necesidad que las Políticas Públicas de Salud sustenten una visión más amplia, que de cuenta de la complejidad de las causales de estos fenómenos y de la multicausalidad de intentos adecuados para combatirlos (MINSAL, 1999).

Actualmente, en el marco de la Reforma de Salud se justifica aún más la incorporación de elementos psicosociales, dirigido a reorientar y priorizar los Programas; reestructurar la red asistencial de acuerdo a un nuevo modelo de atención, elevando la eficacia y promoción de la integración del nivel primario con los restantes niveles.

Prevención en Atención Primaria de Salud

Rutter, (1998) definen tres tipos de actividad preventiva. *Prevención Primaria* incluye la intervención que reduce la incidencia de un determinado desorden o problema. *Prevención Secundaria*, comprende el tratamiento que reduce la duración de éste desorden, y *Prevención Terciaria*, cubre la actividad de rehabilitación que reduce la desaptabilidad producida por un desorden establecido.

Así Prevención Primaria se refiere al esfuerzo para disminuir la prevalencia de desórdenes a través de la reducción del incidente que la desencadena (Lewis, M., 1996). Las intervenciones en prevención primaria son dirigidas a individuos de alto riesgo, con síntomas detectables o signos que asoman condiciones mentales o marcadas predisposiciones indicadoras para los trastornos mentales.

Desde la perspectiva de riesgo la finalidad de las intervenciones preventivas es reducir el número de factores de riesgo y aumentar en número de factores protectores.

En una mirada ecológica, las posibles oportunidades de intervención, se preocupan tanto de los factores individuales, como también de los eventos de la vida estresante, ambiente familiar, comunidades en que la familia se desenvuelve, instituciones que influyen a los miembros de la familia o interacciones entre todos estos contextos.

Cualquier cosa que implique el mejoramiento de la calidad de vida puede ser considerado dentro del terreno de la prevención primaria (Lewis, M., 1996).

Actividades y programas preventivos pueden ser clasificados de acuerdo a sus objetivos y focos. Las medidas pueden ser dirigidas a: la mejoría de condiciones de vida de la población; hacia la población total de niños de edades específicas y/o sus padres; o hacia individuos que están o se piensan que están en riesgo de problemas psicosociales específicos apuntando hacia la prevención de que esto ocurra.

Las posibilidades preventivas en el campo de la salud comienzan desde antes de la concepción del niño. Es decir, las mejores bases para la paternidad ligada al cuidado temprano se encuentran en la niñez de los padres. Desde el punto de vista de la intervención psicosocial, por ejemplo, las clases de preparación para la paternidad, que son orientadas hacia la práctica, representan una temprana exposición como base para una mejor paternidad (Rutter, J., 1998).

Los esfuerzos para ayudar a los jóvenes se han centrado mayoritariamente en aquellos que ya tienen comportamientos que la sociedad considera indeseables, aplicándose a la prevención secundaria o terciaria. Se dispone de abundantes datos provenientes tanto de Estados Unidos como de otros países, que demuestran que los programas de este tipo no logran una reducción significativa de los comportamientos negativos de la población joven en general (Dryfoos, 1990; Baber y Fuentes, 1995; citados en Burt, M., 1998). La crítica principal es que se enfocan en un solo problema sin "resolver" las diversas circunstancias que rodean al adolescente.

Los informes sobre costos que se han podido reducir por medio de intervenciones adecuadas constituyen argumentos muy poderosos a esta visión unidimensional. El Carnegie Council Development (1993) presentó cálculos muy elocuentes para los Estados Unidos (Burt, M., 1998):

- Los estudiantes que abandonen la escuela secundaria cada año costarán a la nación 269 millones de dólares, durante sus vidas por concepto de ingresos e impuestos que el Estado deja de percibir.
- El joven que abandone sus estudios ganará durante su vida 230 millones dólares menos que el joven que completa la escuela secundaria y pagará 70 mil dólares menos de impuestos.
- Cada año de escuela secundaria reduce en un 35% la probabilidad de que un adulto dependa de la asistencia gubernamental.
- Los Estados Unidos anualmente gastan unos 20 millones de dólares en atención de la salud, alimentación y provisión de ingresos para las familias formadas por adolescentes.

Por otra parte, Dryfoos (1990, citado en Rutter, J., 1998) al analizar cien programas de prevención en Estados Unidos encontró como características comunes de los programas exitosos lo siguiente:

- Atención individual.
- Enfoques comunitarios de salud.
- Identificación e intervención precoz de los adolescentes y sus familias.
- Focalizados en el sistema escolar.
- Programas extraescolares comunitarios.
- Personal capacitado a cargo de la intervención
- Entrenamiento en habilidades sociales, como toma decisiones y como resistir la presión de pares.
- Compromiso del grupo de pares en las intervenciones.
- Compromiso de la familia.
- Vinculación con el mundo laboral.

Programas e Intervenciones Psicosociales con Adolescentes Embarazadas

Los programas para la salud pueden ser diseñados para promover y mantener conductas saludables, para prevenir el surgimiento del problema, para identificar y cuidar aquellos en riesgo, y tratar y rehabilitar a aquellos que han sufrido una enfermedad o daño.

En el periodo prenatal se ha descrito intervenciones satisfactorias. Olds y cols. (1986; citados en Corona, S. y Tidwell, R., 1999) llevó a cabo pruebas aleatorias que incluían cuatro niveles de intervención con mujeres embarazadas identificadas como de alto riesgo por su corta edad, estatus de madre soltera, estatus socioeconómico bajo o una combinación de estas desventajas. Las intervenciones incluían cuidados de rutina con transporte gratuito hacia y desde la clínica y visitas regulares al hogar por enfermeras entrenadas.

Osofsky y cols (1988; citados en Sommer, C., Withman, Th., Borkowky, J., Gondol, D., Burke, J. y Weed, K., 2000) llegaron a conclusiones similares como resultado de un estudio de los efectos de las visitas al hogar, pero sus resultados no fueron claros. Parece que los beneficios fueron obtenidos solamente por jóvenes adolescentes embarazadas que aceptaron las visitas al hogar y estas eran de un grupo menos desaventajados, que aquellas que no aceptaron las visitas en primer lugar (Rutter, J., 1998).

Se concluye de estos estudios que las clases para mujeres embarazadas y sus parejas, probablemente resulten en mayor conocimiento relacionado con el desarrollo infantil y sus derivaciones, no obstante, dado la cantidad de esfuerzos que se realizan para dicha actividad educacional, es posible y sorprendente que haya poca evidencia de efectividad en el cambio de la conducta parental y los niños comparado a la población general.

Sin embargo, hay muchas maneras en que matronas y enfermeras de salud pública pueden promover un desarrollo infantil sano en sus rutinas pre y postnatales (Newton, 1988, citado en Rutter, J., 1998). Estas medidas incluyen el monitoreo regular prenatal por el mismo equipo, manejo adecuado de la ansiedad, ayuda conductual para madres que fuman y beben en cantidades mayores de lo moderado, identificación y tratamiento rápido para estados

depresivos. En el período inmediatamente después del nacimiento, debe existir un reforzamiento del contacto temprano madre - hijo tomando en cuenta la necesidad de descanso de la madre y su recuperación después de una situación física y emocionalmente extenuante.

Intervenciones postnatales en grupos de alto riesgo, sea por su desventaja social o por la prematurez del bebé, también ha dado buenos resultados. Se han diseñado programas que se enfocan en bebés prematuros y han sido útiles en aumentar los niveles de desarrollo, mejorando las interacciones madre - hijo y reduciendo la aparición de problemas de conducta futuros.

Los programas durante el embarazo se focalizan en factores de riesgo como dieta balanceada, hábitos de fumar y abuso de alcohol y drogas. Planes familiares como intervenciones dirigidas a mejorar interacciones madre - hijo y proveen educación acerca del cuidado del desarrollo físico y psicológico del niño, son los mayores énfasis durante las etapas infantil y preescolar.

Los componentes necesarios para el éxito de estos programas parecen involucrar la intervención en los hogares de profesionales entrenadas, usualmente enfermeras de salud pública, que visitan regularmente, construyen relaciones de confianza con las madres y proveen tanto soporte emocional como guías prácticas basadas en los conceptos del desarrollo. Además entre más duración tenga la intervención, mejores serán los resultados.

Las acciones específicas en los ámbitos de salud y educación han mostrado un gran esfuerzo por tratar de enfrentar la problemática de la sexualidad y de la adolescente embarazada. Sin embargo, estas acciones se orientan más a preocupaciones generales de gobierno, que en la definición de una política para atender a las demandas y necesidades específicas de las jóvenes.

Las acciones estatales que se han desarrollado han sido de dos tipos: Investigación - coordinación e intervención. Entre las primeras destacan (SERNAM, 2000):

El Programa de Prevención del Embarazo Adolescente, dependiente del Servicio Nacional de la Mujer. Asume la formulación de políticas para prevenir el problema antes de que suceda.

La Comisión Interministerial de Prevención del Embarazo Adolescente. Su tarea fundamental es la coordinación y se ha concentrado en la ejecución de proyectos.

El Programa de Oportunidades para Jóvenes (PROJOVEN). Sus líneas de orientación son la búsqueda de integración social de los jóvenes a la vida nacional y el respaldo a la participación activa y organizada de la juventud en la implementación y desarrollo de los programas dirigidos hacia ellos.

Entre las acciones de intervención, se destacan:

El Programa de Salud de la Mujer. Incluye los programas de Salud Materna y Perinatal e incorpora aspectos no reproductivos relacionados a la salud de las mujeres (salud mental, salud laboral, atención en el período post - menopáusico). Además de consejería en salud sexual y reproductiva.

El Programa de Salud del Adolescente. Los ejes fundamentales de este programa son las actividades orientadas a salud sexual y reproductiva y a salud mental.

Las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS). Definidas como una acción educativa que permite la generación de proyectos de educación en afectividad y sexualidad de mayor envergadura en cada establecimiento educacional y en relación con el entorno local inmediato.

Además de las intervenciones e investigaciones desarrolladas por el Estado en materia de salud sexual y reproductiva, instancias no gubernamentales han desarrollado un importante número de proyectos, iniciativas y/o actividades locales en escuelas y servicios de salud.

Evaluación en las Intervenciones Psicosociales

La magnitud y el impacto de la maternidad adolescente ha llevado en las últimas décadas al fomento de programas preventivos, tanto a un nivel primario (prevención de embarazo) como a un nivel secundario y terciario (programas de apoyo a la maternidad).

Programas desarrollados en Estados Unidos, por ejemplo, se han orientado a la entrega de información y de habilidades que les permitan a las adolescentes el desarrollo de su rol de madre, así como a la educación sexual dirigida a una prevención de subsecuentes embarazos (Cumsille, P. y Ramírez, V., 1999). Otros programas se han orientado a la provisión de habilidades que permitan un adecuado ajuste de la adolescente y su hijo (a), incluyendo contactos para la obtención de servicios de salud, educación y empleo.

Las experiencias locales y el desarrollo de programas dan cuenta de una diversidad de estrategias de intervención, a través de la utilización de modelos metodológicos novedosos en la gestión de políticas públicas. Se encuentra, por ejemplo que la Atención Psicosocial en el ámbito del sector salud, permite introducir cambios en el clásico paradigma biomédico. Este aspecto tiene impacto en el conjunto del sistema de atención de salud en el nivel primario, porque aporta una serie de elementos que otorgan importancia al ámbito personal, familiar y comunitario de las personas que demandan atención sanitaria.

En Chile, en el nivel primario de salud, se han hecho intentos para evitar el embarazo de adolescentes, ya sea retardando el comienzo de la actividad sexual o estimulando la protección en aquellos jóvenes que han decidido iniciarla. En el nivel secundario y terciario se han desarrollado programas orientados a la embarazada que consisten principalmente en charlas educativas sobre el embarazo y los cuidados de salud del niño.

Otros pocos han concebido el programa como un espacio de reflexión, donde se ayuda a la adolescente a enfrentar el embarazo, asumir su rol de madre y desarrollar autoestima y confianza (Cumsille, P. y Ramírez, V., 1999). Sin embargo, al interiorizarse en estos programas se observa la carencia de una orientación teórica que las sustente y por consiguiente, de evaluaciones válidas.

El programa de Apoyo a la Paternidad Responsable Adolescente de la Vicaría de Pastoral Social del Arzobispado de Santiago, es un ejemplo de intervención que utiliza como estrategia la involucración de la propia comunidad en la gestión y operación del proyecto, a través de monitores capacitados. El objetivo central es favorecer el desarrollo individual de la madre y estimular el desarrollo psicosocial de los hijos.

En su evaluación intermedia, los autores dan cuenta que se alcanzan logros en las diferentes áreas del desarrollo del niño menor de 2 años, y en el caso de las madres, en lo referente a su satisfacción con el programa, esto es como un espacio para la reflexión y autoayuda, donde pueden intercambiar experiencias y recibir apoyo. No se aprecian diferencias significativas en el desarrollo de niños mayores de dos años ni el bienestar psicosocial de las madres (Cumsille, P. y Ramírez, V., 1999).

Salvo excepciones como el estudio de Cumsille y Ramírez (1999), presentado anteriormente, la inexistencia de un sistema de evaluación de la acción es una de las carencias de los programas de esta área. Prácticamente no se desarrollan evaluaciones sistemáticas de la eficacia de estas acciones. En algunos casos se cuenta con evaluaciones de tipo descriptivas o de cobertura. No se conocen públicamente evaluaciones cuantitativas ni cualitativas rigurosas de eficacia.

Considerando estos antecedentes, si bien se fundamenta la presencia de intervenciones en este nivel desde un modelo psicosocial, al revisar la literatura no aparece evaluaciones que demuestren la efectividad de estas acciones (SERNAM, 1998; Burt, M., 1998); se explica por la prevalencia aún de un modelo biomédico de continuo desbalance entre la demanda de atención asistencial y el recurso humano y técnico existente por sobre lo preventivo, lo cual lleva a la perpetuación de estas intervenciones desconociéndose su efectividad real en la problemática que intentan abordar y en el impacto en el futuro de esta población.

Aún cuando se ha empezado a optar por una mirada psicosocial, no se observa siempre la utilización cabal de las categorías psicosociales. Así, no siempre se analizan las variables psicológicas, las interpersonales, las colectivas grupales, de manera conjunta integradas con

variables ambientales. Es poco frecuente que se analicen los problemas en sus contextos comunitarios específicos, dando importancia a las dinámicas y a los ambientes sociales en donde aparecen los problemas; lo cual restringe la eficacia de las intervenciones y no posibilita la utilización de los recursos comunitarios para darle estabilidad a los cambios obtenidos (Asún, D., Alfaro, J. y Morales, G., 1994).

La recolección de información sobre programas para jóvenes en riesgo es importante por muchas razones. En primer lugar, la información puede enseñar a iniciar y poner en práctica eficazmente los programas. En segundo lugar, a través del proceso de evaluación, se puede aprender a mejorar los proyectos existentes. Tercero, pueden documentarse los beneficios potenciales para los jóvenes. La recolección de datos y las actividades de evaluación contribuyen a justificar los costos y a demostrar como estas intervenciones evitan gastos futuros por medio de acciones de prevención.

La situación de las intervenciones con adolescentes embarazadas no es una excepción, no existe documentación que avale las estrategias utilizadas, aún cuando posean su fundamentación en los estudios que muestran los riesgos biomédicos, psicológicos y sociales asociados a esta condición (Papalia, D. y Wendkos, S., 1992; Hamel, P., 1993; UNICEF, 1994; Plan Comunal, 2000; Rutter, J., 1998; Molina, R., Luengo, X., Sandoval, J., González, E., Castro, R. y Molina, T., 1998).

El trabajo educativo a través de talleres, muestra que se está promoviendo un trabajo centrado en el diálogo e intercambio de experiencias entre los participantes, y junto a la entrega de contenidos de carácter informativo.

Un ejemplo de esto lo constituye la estrategia de intervención implementada en los Consultorios de Atención Primaria de Salud pertenecientes a la Comuna de Lo Prado. En estos se efectúa una intervención grupal con adolescentes embarazadas, la cual consta de diez sesiones una vez por semana, con una duración aproximada de 90 minutos por sesión, dirigidas por una matrona y una psicóloga. Se plantea como objetivo general de esta

intervención contribuir a la disminución del riesgo biopsicosocial de la adolescente embarazada. Siendo sus objetivos específicos los siguientes:

1. Favorecer el aprendizaje de conductas de autocuidado durante el embarazo.
2. Identificar emociones, sentimientos y expectativas respecto a sí mismas y la llegada del hijo(a).
3. Identificar y analizar valores y creencias respecto a la familia, la pareja y el rol de madre.
4. Favorecer el planteamiento de sus proyectos de vida y la incorporación del hijo(a).
5. Aprender a reconocer las necesidades del niño a través del manejo de cuidados básicos y la detección de síntomas de riesgo en salud.
6. Fomentar la lactancia materna exclusiva reconociendo sus beneficios como estrategia de acercamiento madre - hijo(a).
7. Conocer y practicar técnicas de estimulación del desarrollo psicosocial del niño(a).
8. Reconocer instancias de atención en salud disponible.

Entre las variables tratadas se mencionan: autoimagen, cuidados del embarazo, parto, estimulación infantil, sexualidad y anticoncepción, proyectos de vida y acceso a servicios de salud (Plan comunal, 2000). A la base de este taller se concibe el desarrollo de la persona como un proceso en interacción con su medio, destinado al incremento de las metas propias de la etapa del desarrollo en que se encuentra (anexo n° 1).

Esta intervención postula cambios en distintas variables, las cuales deberán promover a mejorar la calidad de vida de las adolescentes y sus hijos (as). En esta investigación se estudiará la efectividad y nivel de logro de los objetivos planteados.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

- **Planteamiento del Problema**
- **Objetivo de la Investigación**
- **Fundamentos para la Elección de las Variables Seleccionadas**

Planteamiento del Problema

Considerando la revisión expuesta, respecto a la importancia de la prevención, el trabajo con adolescentes y sus familias, y especialmente con la adolescente embarazada, desde una perspectiva psicosocial sistémica se pretende fundamentar y evaluar una intervención psicosocial grupal realizada en el nivel de atención primaria de salud estatal.

En la línea de las intervenciones psicosociales con jóvenes, se realizan actualmente diferentes estrategias dirigidas al abordaje de factores de riesgo y problemáticas identificadas en esta población, cuyo objetivo principal es prevenir consecuencias negativas en las áreas biológicas, psicológicas y sociales. No obstante, estas intervenciones carecen de evaluaciones sistemáticas que demuestren el cumplimiento de sus objetivos y de igual modo, de los efectos inmediatos y a largo plazo en los jóvenes y en su entorno.

Objetivo de la Investigación

La presente investigación tiene como objetivo central conocer la efectividad de un programa de intervención aplicado a adolescentes embarazadas, cuyo propósito principal es contribuir a la disminución de los riesgos biopsicosociales asociados a esta condición.

Se plantea, además, incorporar en esta evaluación un conjunto de variables psicosociales que no fueron foco de atención al momento de generar el programa, pero que al revisar la literatura más actualizada merecen ser estudiadas.

La revisión de los resultados se espera aporte a validar y perfeccionar el trabajo realizado, junto con la entrega de una fundamentación sobre la base de un modelo teórico que oriente y apoye la acción.

Se presentan, a continuación, las principales variables estudiadas en relación con el embarazo adolescente, mostrando la información que justifica la elección de las variables estudiadas.

Fundamentos para la Elección de las Variables Seleccionadas

Variables Biológicas

Las adolescentes menores de 15 años poseen cinco a siete veces más probabilidad de morir durante el embarazo, tienen hijos con tasas de morbilidad y mortalidad mas altas que hijos de madres de 20 - 25 años (Molina, R., Araya, S., Ibaizaeta, G., Jordán, P. y Lagos, E., 1985). Existe un control perinatal tardío, esconden el embarazo, no saben a donde ir, no les atrae el consultorio del sector, etc.

Esto se ha asociado a un mayor riesgo de: desnutrición, infecciones, falta de progresión en el peso materno, placenta previa, mayor frecuencia de rotura de membranas e inmadurez en la pelvis. Además de riesgos obstétricos durante el embarazo y parto; síntomas de parto prematuro, aborto espontáneo, retrasos en crecimiento intrauterino, trabajo de parto prolongado y sufrimiento fetal.

Variables Psicológicas

Entre las variables psicológicas se reporta la presencia de inestabilidad emocional, cambios bruscos de humor, sentimientos depresivos, angustia y miedo, sentimientos de confusión, desvalorización personal, soledad e inutilidad, disfunción familiar, aislamiento, desorganización de los roles en su familia. Carencias, conflictos y temores, interrupción de tareas evolutivas de la adolescente, sentimientos de culpa y autodesprecio.

En el ámbito cognitivo, se observa un razonamiento concreto, inadecuado para comprender lo que un embarazo significa y sus repercusiones futuras, hay poca orientación hacia el futuro y poca capacidad para percibir las consecuencias de los actos (Gerendos, M. y Sileo, E., 1992). Presentan una actitud de sorpresa, temor y con mucha dificultad para aceptar el embarazo.

Se ha observado un desajuste familiar, expresado en la agudización de problemas existentes, un traspaso de roles, donde la abuela asume rol de cuidadora primera del niño. La familia inicialmente asume una actitud de desaprobación expresada en términos de disgusto, rabia,

agresión verbal, agresión física y expulsión del hogar, como también con profundos sentimientos de pena y dolor.

También se ha observado que el embarazo en la adolescente, se presenta en un contexto significativamente importante para ellas en lo afectivo, aun cuando la relación de pareja es inmadura e inestable. La llegada de un hijo cambia su relación de pareja y en muchos casos marca el término de ella. La pareja generalmente se asusta ante la responsabilidad que se le acerca, otros simplemente se alejan o niegan su paternidad (Palma, I., 1990).

Variables Sociales

La deserción escolar es una de las principales variables sociales estudiadas en relación con el embarazo adolescente. Se aprecia un promedio de instrucción 6 a 8 años y una mediana de 5° y 8° básico.

En la inserción social se informa que poseen trabajos de baja remuneración, discriminación y, por consiguiente, dificultad de la adquisición de la autonomía. Asumen el rol de maternidad adulta en una situación económica desfavorable. Muestran un rol social ambiguo: biológicamente madres pero socialmente siguen siendo hijas dependientes.

En el Hijo(a) de Madre Adolescente

Las principales variables estudiadas del hijo (a) de madre adolescente se refieren al bajo rendimiento en la escuela, hiperactividad, más agresivos, retrasos en el desarrollo, alteraciones tempranas del lenguaje (Fonagy, P., Steele, H., Higgins, A., y Target, M., 1994; Glantz, M., 1995; Weinen y Smith, 1986; citado en Lewis, M., 1996; Allen, J., 1998).

IV. ASPECTOS METODOLOGICOS

- **Variables**
 - a. **Variable Independiente**

 - b. **Variables Dependientes**

- **Hipótesis de la Investigación**
 - a. **Hipótesis (de las Variables Intervenidas en el Taller)**

 - b. **Hipótesis (de la Variables No Intervenidas en el Taller)**

- **Instrumentos de Evaluación**

- **Diseño de la Investigación**

- **Población, Selección y Muestreo**

- **Procedimiento**

Esta investigación se divide en dos partes. En primer lugar, se plantea conocer la efectividad de una intervención grupal en las variables para lo cual fue diseñada, siendo estas directamente abordadas en el taller. En segundo lugar, se busca conocer el impacto de esta intervención en variables no intervenidas directamente, pero de las cuales se espera una modificación sobre la base de la literatura descrita.

1. Variables

a. Variable Independiente

Variable Independiente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumento
<i>Participación o No – Participación en una Intervención Psicosocial Grupal para Adolescentes Embarazadas.</i>	Estrategia metodológica orientada a proveer apoyo emocional y herramientas de auto - cuidado durante el periodo de embarazo de la adolescente.	Asistencia en un 80% de las 10 sesiones del taller. La descripción del taller se presenta en el anexo n° 1.	Registro de asistencia al taller.

b. Variables Dependientes

Variables Dependientes de la Intervención Grupal

1. Variables Biomédicas de la Adolescente Embarazada.
2. Variables Psicosociales de la Adolescente Embarazada.
3. Variables Biopsicosociales del Hijo (a) de Madre Adolescente.

Variables Dependientes No Intervenidas Directamente en la Intervención Grupal

1. Variables Psicosociales de la Adolescente Embarazada.

VARIABLES DE LA INTERVENCIÓN GRUPAL

1. Variables Biomédicas de la Adolescente Embarazada

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumento
<i>Control del Embarazo</i>	Evaluación del curso del embarazo, parto y post parto por parte del equipo de salud.	Asistencia y cumplimiento de indicaciones médico – matrona, en relación con alimentación adecuada, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas.	Revisión de Ficha Clínica después de la intervención.
<i>Tipo de Parto</i>	Parto normal, Cesárea o presencia de otras complicaciones perinatales.	Tipo de parto presente en las adolescentes embarazadas.	Revisión de Ficha Clínica después de la intervención.
<i>Uso de Métodos Anticonceptivos</i>	Métodos de control de natalidad dirigidos a prevenir el embarazo no deseado.	Adherencia al uso de un método de control de la natalidad.	Revisión de Ficha Clínica antes y después de la intervención.

2. *Variables Psicosociales de la Adolescente Embarazada*

Variables Individuales	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumento
<i>Autoestima</i>	Valoración positiva o negativa que el sujeto hace de sus características, incluyendo las emociones que asocia a ellas y las actitudes que tiene respecto a sí mismo.	Puntajes obtenidos en cuestionario específico para las dimensiones de autoestima General, Global, Social, Hogar y Escolar.	Escala de medición del Autoconcepto de Coopersmith (Brinkmann, H., Segure, T. y Solar, M., 1989).
<i>Sintomatología Ansiosa y/o Depresiva</i>	Síndrome psicopatológico que afecta las áreas cognitivas, afectivas y sociales de la persona, según criterios CIE 10.	Presencia o ausencia de indicadores del síndrome ansioso y / o depresivo en cuestionario de salud mental.	Cuestionario de Salud Mental (Aclé, C., Berger, W., González, V., y Moltalban, J., 1984).

Variables Sociales	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumento
<i>Grado de Escolaridad de la Adolescente</i>	Mantenimiento en el sistema escolar diurno o vespertino durante y con posterioridad al embarazo.	Nivel educacional de la adolescente embarazada.	Aplicación de encuesta de contenidos específicos antes y después de la intervención.
<i>Proyecto de Vida</i>	Conjunto de posibilidades que una persona desea alcanzar a mediano y largo plazo.	Presencia o Ausencia de claridad en las metas y proyecciones futuras a través de conductas concretas a realizar.	Aplicación de encuesta de contenidos específicos antes y después de la intervención.
<i>Conocimiento de los Servicios de Salud disponibles.</i>	Sistema de servicios y prestaciones de salud estatal estructurados en niveles de atención primaria, secundaria y terciaria.	Grado de conocimiento de los niveles de atención en salud y localización cercana.	Aplicación de encuesta de contenidos específicos antes y después de la intervención.

3. Variables Biopsicosociales del Hijo(a) de Madre Adolescente

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumento
<i>Desarrollo Psicomotor del niño (a).</i>	Nivel de desarrollo evolutivo en las áreas de lenguaje, cognición, afectos y sociales.	Rendimiento del niño frente a situaciones del test en las áreas descritas.	Revisión de Ficha Clínica después de la intervención y aplicación de Escala del Desarrollo Psicomotor (E.E.D.P.) de Rodríguez, S., Arancibia, V. y Undurraga, C. (1987).
<i>Asistencia a controles de salud</i>	Controles de salud del niño sano que evalúan el normal desarrollo del menor.	Asistencia a los controles de salud estipulados por el Ministerio de Salud.	Revisión de Ficha Clínica después de la intervención.
<i>Consultas por Infecciones respiratorias agudas</i>	Síndrome infeccioso del sistema respiratorio que afecta gravemente a niños menores de 2 años.	Número de consultas por Infecciones Respiratorias Agudas. Se considera un criterio de dos o más consultas como indicador.	Revisión de Ficha Clínica después de la intervención.

VARIABLES NO INTERVENIDAS DIRECTAMENTE EN EL TALLER

1. Variables Psicosociales de la Adolescente Embarazada

Variables Individuales	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumento
<i>Capacidad de Resolver Conflictos</i>	Habilidad cognitiva que interviene en las estrategias de resolución de problemas. Entre las que se encuentran: Reconocimiento de problemas, pensamiento alternativo, pensamiento orientado a metas, pensamiento de consecuencias, toma de perspectiva y causalidad.	Nivel de logro alcanzado en las distintas habilidades evaluadas.	Aplicación de cuestionario de Resolución de Conflictos de Sepúlveda, G., y Dünner, P. (1998).

Variables Familiares	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumento
<i>Percepción de Apoyo en la familia de origen</i>	Percepción de ayuda que recibe la adolescente de su familia cuando hay problemas, la expresión de afecto y apoyo emocional y el grado de participación en la toma de decisiones.	Puntaje obtenido en cuestionario. Se considera un puntaje mayor a 6 como funcionamiento funcional.	Aplicación de Cuestionario de Funcionamiento Familiar de Maddaleno, M., Horwitz, N., Jara, C., Florenzano, R., y Salazar, D. (1987).
<i>Funcionamiento Familiar</i>	Pautas de interacción familiar que ordenan las relaciones entre los subsistemas de la familia.	Presencia de algún tipo de funcionamiento familiar medido en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar.	Cuestionario de Funcionamiento Familiar de Olson y cols. (1991; citado en Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999)

Variables Sociales	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumento
<i>Redes de Apoyo Social</i>	Conjunto de personas actualmente significativas con quienes el sujeto tiene interacción social.	Presencia de grupo de pares y participación en organizaciones sociales y/o grupos religiosos.	Aplicación de encuesta de contenidos específicos antes y después de la intervención

Hipótesis de la Investigación

a. Hipótesis de las Variables Intervenidas en el Taller

Variables Biomédicas

1. Las adolescentes intervenidas grupalmente presentarán mayor asistencia a controles del embarazo en comparación a aquellas no intervenidas grupalmente.
2. Las adolescentes intervenidas grupalmente presentarán mayor frecuencia de partos normales en comparación a aquellas no intervenidas grupalmente.
3. Las adolescentes intervenidas grupalmente presentarán mayor uso de métodos anticonceptivos en comparación a aquellas no intervenidas grupalmente.

Variables Psicosociales

4. Las adolescentes intervenidas grupalmente presentarán mayor autoestima en las dimensiones evaluadas en comparación a aquellas no intervenidas grupalmente.
5. Las adolescentes intervenidas grupalmente presentarán menor presencia de sintomatología ansiosa y /o depresiva en comparación a aquellas no intervenidas grupalmente.
6. Las adolescentes intervenidas grupalmente presentarán mayor grado y continuidad en la escolaridad en comparación a aquellas no intervenidas grupalmente.
7. Las adolescentes intervenidas grupalmente presentarán mayor presencia de un proyecto de vida en comparación a aquellas no intervenidas grupalmente.
8. Las adolescentes intervenidas grupalmente presentarán mayor conocimiento de los servicios de salud disponibles en comparación a aquellas no intervenidas grupalmente.

Variables del hijo(a) de madre adolescente

9. Los hijos(as) de adolescentes intervenidas grupalmente durante el embarazo presentarán mayor asistencia a controles sanos que aquellos hijos (as) de adolescentes no intervenidas grupalmente.
10. Los hijos (as) de adolescentes intervenidas grupalmente durante el embarazo presentarán mayor desarrollo psicomotor que aquellos hijos (as) de adolescentes no intervenidas grupalmente.
11. Los hijos(as) de adolescentes intervenidas grupalmente durante el embarazo presentarán menor número de consultas por infecciones respiratorias agudas que aquellos hijos (as) de adolescentes no intervenidas grupalmente.

b. Hipótesis de las Variables No Intervenidas en el Taller

Variables Psicosociales

1. Las adolescentes intervenidas grupalmente presentarán mayor capacidad para resolver conflictos en comparación a aquellas no intervenidas grupalmente.

Variables Familiares

2. Las adolescentes intervenidas grupalmente presentarán mayor percepción de apoyo de la familia de origen en comparación a aquellas no intervenidas grupalmente.
3. Las adolescentes intervenidas grupalmente presentarán un funcionamiento familiar más funcional en comparación a aquellas no intervenidas grupalmente.

Variables Sociales

4. Las adolescentes intervenidas grupalmente presentarán mayores redes de apoyo sociales en comparación a aquellas no intervenidas grupalmente.

3. Instrumentos de Evaluación

➤ *Registro de Asistencia al Taller*

Pauta de registro diseñado especialmente para esta intervención, que da cuenta de la frecuencia de asistencia al taller por parte de las adolescentes.

➤ *Revisión de Ficha Clínica*

Se considera como fuente objetiva de información el registro de la Ficha Clínica de los Establecimientos de Salud, la cual es completada por los profesionales del equipo de salud cada vez que la adolescente es atendida en estos centros.

Entrega información sobre asistencia a controles, estado nutricional, adherencia a prescripciones, así como, la confirmación de antecedentes personales.

➤ *Escala de medición del Autoconcepto de Coopersmith (Brinkmann, H., Segure, T. y Solar, M., 1989) (anexo n° 2)*

En este estudio se utilizó la adaptación de la Escala de medición del Autoconcepto de Coopersmith, realizada por Brinkmann, H., Segure, T. y Solar, M. (1989). Esta escala consta de cincuenta y ocho ítems, que reflejan la percepción del autoconcepto en general y en las dimensiones General, Escolar, Hogar y Social.

La validación para Chile da índices de confiabilidad de 0.87 y una validez de 0.3.

➤ *Cuestionario de Salud Mental de Aclé, C., Berger, W., González, V. Y Moltalbán, J. (1984) (anexo n° 3)*

Este cuestionario diseñado específicamente para jóvenes, entrega información general respecto a la presencia de diferentes trastornos de salud mental. En este caso se consideró la existencia de síntomas ansiosos y/o depresivos preferentemente.

➤ *Encuesta de Contenidos Específicos (anexo n° 4)*

Para obtener información respecto a las variables de Participación Social, Educación, Proyecto de Vida y Conocimiento del Servicio de Salud, se confeccionó una pauta de preguntas que abarcaran estos temas y fueran de fácil respuesta por parte de las adolescentes.

➤ *Cuestionario de Resolución de Conflictos (Sepúlveda, G. y Dünner, P., 1998) (anexo n° 5)*

El Cuestionario de Situaciones Problema busca evaluar las estrategias cognitivas de resolución de problemas interpersonales, explorando las relaciones con las figuras de autoridad y los padres, en las áreas escolar, familiar y social.

Entre las habilidades cognitivas evaluadas se encuentra el conjunto de habilidades descritas por Spivack, Platt y Shure (1976; citado en Sepúlveda, G. y Dünner, P., 1998): Reconocimiento de Problemas, Pensamiento Alternativo, Pensamiento Orientado a Metas, Pensamiento de Consecuencias, Toma de Perspectiva, y Causalidad.

➤ *Cuestionario de Funcionamiento Familiar de Maddaleno, M., Horwitz, N., Jara, C., Florenzano, R. y Salazar, D., 1987 (anexo n° 6)*

Se cuenta en Chile de la validación del APGAR FAMILIAR de Smilkstein, realizada por Maddaleno, M., Horwitz, N., Jara, C., Florenzano, R. y Salazar, D. (1987). Es un instrumento de evaluación general que indica una valoración global de satisfacción de la vida familiar.

Individualmente un miembro de la familia responde cinco preguntas que exploran la percepción de la ayuda que recibe de su familia cuando hay problemas, la expresión de afecto y apoyo emocional y el grado de participación familiar en la toma de decisiones. Estas preguntas tienen tres alternativas de respuestas (siempre, a veces, nunca) con un puntaje de 0 a 10.

Este test ha demostrado su utilidad como prueba de tamizaje dada su facilidad de aplicación, breve tiempo requerido y correlación entre puntajes altos y presencia de problemas relacionales familiares.

➤ *Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar (anexo n° 7)*

A partir del Modelo Circumplejo, Olson y colaboradores (Olson, Sprenkle y Rusel, 1979; Olson, 1991; Olson, 1994, citados en Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999) han desarrollado instrumentos para evaluar el funcionamiento familiar y sus dimensiones de adaptación y cohesión. El instrumento que se utilizó en esta investigación consta de 20 ítems, que evalúan la percepción que tiene un miembro de la familia del nivel de cohesión y adaptabilidad familiar.

Se reportan buenos índices de confiabilidad test – retest y la consistencia interna encontrada en la validación son de 0.77 para cohesión, 0.62 para adaptabilidad y 0.68 para la prueba total.

4. Diseño de la Investigación

Se utiliza un diseño cuasi - experimental pretest y post test con grupo control, que compare grupos intervenidos y sin intervención al término de la intervención grupal y a los tres meses posteriores.

5. Población, Selección y Muestreo

El universo se define como el total de adolescentes embarazadas, desde 28 semanas de gestación, que viven y están inscritas en los Consultorios de Atención Primaria de las comunas de Lo Prado y Peñalolen, en la región Metropolitana.

La selección de los sujetos para cada grupo (experimental y control) se realizó con grupos naturalmente formados, considerando en el grupo experimental a las adolescentes invitadas a la intervención grupal, que consultan al servicio de maternal de los Consultorios de la comuna de Lo Prado (Santa Anita y Doctor Raúl Yazigi), en un periodo de tiempo determinado; y en el

grupo control, a aquellas adolescentes que consultan a los Centros de Atención Primaria San Luis y La Faena de la comuna de Peñalolen, de similares características demográficas, que no cuentan con este tipo de intervención.

La muestra se conformó por 60 adolescentes embarazadas, separadas en dos grupos, experimental y control. Ambos grupos se mantuvieron constantes en los dos momentos de medición: antes de la intervención grupal (inicio de embarazo) y después de la intervención grupal (a los tres meses de finalizado el embarazo).

Tabla nº 1: Muestra de la Investigación

	N	x edad	Estado Civil					
			Soltera		Conviviente		Casada	
			Pretest	Posttest	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest
Grupo Control	30	16.8	21	24	9	6	0	0
Grupo Experimental	30	17.2	19	18	6	7	5	5

El grupo experimental estuvo compuesto por adolescentes embarazadas inscritas en el Consultorio de Atención Primaria Dr. R. Yazigi y Santa Anita de la comuna de Lo Prado, quienes participaron en por lo menos un 80% de la intervención grupal. El grupo Control no fue intervenido, perteneciendo las adolescentes a los Consultorios San Luis y La Faena de la comuna de Peñalolen, todos de la región Metropolitana.

En ambos grupos las adolescentes asistían a los controles de salud establecidos en los Consultorios de Atención Primaria de Salud.

Para fines del análisis no se consideró a aquellas adolescentes con baja asistencia a la intervención.

6. Procedimiento

La recolección de los datos requeridos se llevó a cabo en dos instancias. Al inicio de la Intervención Grupal en octubre de 2000, y posteriormente, durante los meses de enero a marzo de 2001 se efectuó la segunda recolección de datos, teniendo en consideración un mínimo de tres meses de diferencia desde la primera aplicación.

Los cuestionarios y encuestas fueron aplicadas tanto individual como colectivamente, de modo escrito en un tiempo de cuarenta y cinco minutos aproximadamente por persona, mientras esperaban su atención por matrona en los Centros de Salud respectivos. En la evaluación posterior se realizaron visitas domiciliarias en complemento a la entrevista en los centros de Salud.

La recolección de información referente a las variables del hijo (a) de madre adolescente fueron obtenidas durante la segunda aplicación y en los meses posteriores (abril, mayo 2001), considerando un rango de edad de un mes y medio a dos meses en los niños (as).

V. ANALISIS DE RESULTADOS

I Parte: Hipótesis de las Variables Intervenidas directamente a través de la Intervención Psicosocial Grupal

- Hipótesis de las Variables Biomédicas: Control del Embarazo, Tipo de Parto y Uso de Métodos Anticonceptivos
- Hipótesis de las Variables Psicosociales - Individuales: Autoestima, Salud Mental
- Hipótesis de las Variables Psicosociales – Sociales: Continuidad de los Estudios, Proyecto de Vida, Acceso y Conocimiento de los Servicios de Salud Disponibles
- Hipótesis de las Variables Biopsicosocial del Hijo (a) de la Adolescente Embarazada: Controles de Salud del niño(a), Desarrollo Psicomotor y Consultas por Enfermedades Respiratorias Agudas

II Parte: Hipótesis de las Variables No Intervenidas Directamente a través de la Intervención Grupal

- Hipótesis de las Variables Psicosociales – Individuales: Resolución de Conflictos
- Hipótesis de las Variables Psicosociales – Familiares: Percepción de Apoyo Familiar y Tipo de Funcionamiento Familiar
- Hipótesis de las Variables Psicosociales – Sociales: Participación en Red Social

En una primera parte de este análisis se procederá a la verificación de las hipótesis referidas a las variables directamente intervenidas en el taller y en una segunda parte a aquellas hipótesis de las variables no intervenidas en el taller.

I Parte: Hipótesis referidas a las Variables Intervenidas Directamente a través de la Intervención Psicosocial Grupal

Hipótesis referidas a Variables Biomédicas de la Adolescente Embarazada: *Control del Embarazo, Tipo de Parto y Uso de Métodos Anticonceptivos*

Estas hipótesis se agruparon conforme a su relación con las variables Biomédicas de la Adolescente Embarazada incluyeron el Control del Embarazo, Tipo de Parto y Uso de Métodos Anticonceptivos y se usó estadístico Chi Cuadrado, a un nivel de significación de 0,05, con un grado de libertad; que entrega la significación de los cambios entre las distintas mediciones: Antes - después y entre los grupos.

Hipótesis 1: Se **rechaza** la hipótesis las adolescentes intervenidas grupalmente en comparación a aquellas no intervenidas presentarán mayor asistencia a controles del embarazo. Ambos grupos mantuvieron una adecuada asistencia.

Hipótesis 2: Se **rechaza** la hipótesis las adolescentes intervenidas grupalmente presentarán mayor frecuencia de partos normales en comparación a aquellas no intervenidas grupalmente. No hay diferencias significativas.

Para la hipótesis respecto al *Control del Embarazo* se realizó una evaluación retrospectiva, posterior a la intervención grupal, de la asistencia y cumplimiento de las indicaciones médico – matrona entregadas en los controles de salud.

La hipótesis referida al *Tipo de Parto* fue evaluada posterior a la intervención grupal. Se comparó el tipo de parto en los grupos, considerando las diferencias entre parto normal versus cesárea.

Como se observa en la tabla n° 2, ambos grupos muestran una alta adherencia a los controles e indicaciones médico – matrona, independiente de la participación en la intervención grupal. No hay diferencias significativas entre las adolescentes intervenidas y no intervenidas.

Tabla n° 2: Valores chi cuadrado obtenidos en la comparación grupo experimental – grupo control después de aplicada la intervención grupal

Variable	X ²
Control del Embarazo	1.5218
Tipo de Parto	0.6108

No hay diferencias significativas en el tipo de parto de las adolescentes embarazadas intervenidas grupalmente y las no intervenidas. Aún cuando la intervención grupal entrega información y técnicas para el parto, la vivencia del parto estaría dependiendo de otros factores de índole biológica más que emocionales.

La entrega de información otorga tranquilidad y conocimiento sobre el proceso de parto más que afectar la resolución del mismo.

Hipótesis 3: Se rechaza la hipótesis las adolescentes intervenidas grupalmente presentarán mayor uso de métodos anticonceptivos en comparación a aquellas no intervenidas grupalmente.

Se observan diferencias significativas en el uso de métodos anticonceptivos en el grupo experimental antes y después del embarazo y en la comparación entre grupos. En el grupo control no se aprecia cambios (tabla n° 3 y n° 4).

Tabla n° 3: Valores chi cuadrado en la comparación Pre – post tratamiento.

Uso de Métodos Anticonceptivos	Grupo Experimental	X ² : 7.4285 *
	Grupo Control	X ² : 0,274

Tabla n° 4: Valores chi cuadrado obtenidos en la comparación grupo experimental – grupo control después de aplicada la intervención grupal

Variable	X ²
Uso de Métodos Anticonceptivos	0.274

Las adolescentes embarazadas intervenidas grupalmente aumentan el uso de métodos anticonceptivos después del embarazo, a diferencia de las adolescentes no intervenidas grupalmente. No obstante este aumento no es significativo al comparar entre grupos.

La intervención grupal parece fortalecer la toma de decisión respecto al uso de métodos anticonceptivos, a través de la entrega de información sobre los distintos métodos existentes, accesibilidad y justificación de su uso, enmarcado en la planificación de sus proyectos de vida.

Hipótesis referidas a las Variables Psicosociales de las Adolescentes Embarazadas

Estas hipótesis se subdividen en aquellas dirigidos a las variables individuales (Autoestima y Salud Mental) y en las hipótesis referidas a variables sociales (Continuidad de Estudios, Proyecto de Vida y Conocimiento de los Servicios de Salud).

Hipótesis de las Variables Psicosociales - Individuales: *Autoestima y Salud Mental*

En la hipótesis que alude a la variable Autoestima se aplicó la prueba paramétrica t de student para muestras pareadas para realizar la comparación antes – después del tratamiento y t para muestras e independientes para la comparación post tratamiento, ambas al 0,05 de nivel de significación, en la variable Autoestima y sus dimensiones general, global, social, escolar y hogar. Los resultados se presentan en las tablas n° 5 y n° 6.

Tabla n°5: Valores t en la comparación pre – post tratamiento.

Autoestima General	Grupo Experimental	X ² : 0.0969
	Grupo Control	X ² : 0.1302
Autoestima Global	Grupo Experimental	X ² : 0.1854
	Grupo Control	X ² : 0.3416
Autoestima Social	Grupo Experimental	X ² : 0.1124
	Grupo Control	X ² : 0.0359
Autoestima Escolar	Grupo Experimental	X ² : 0.0630
	Grupo Control	X ² : 0.1030
Autoestima Hogar	Grupo Experimental	X ² : 0.1086
	Grupo Control	X ² : 0.0765

Tabla n°6: Valores t en la comparación entre grupo experimental y grupo control después de aplicada la intervención grupal.

Autoestima General	X ² : 0.5156
Autoestima Global	X ² : 0.9399
Autoestima Social	X ² : 0.9343
Autoestima Escolar	X ² : 1.3296
Autoestima Hogar	X ² : 0.3742

Hipótesis 4: Se rechaza la hipótesis las adolescentes intervenidas grupalmente presentarán mayor autoestima en las dimensiones evaluadas en comparación a aquellas no intervenidas grupalmente.

- Autoestima General: No hay diferencias significativas. En ambos grupos se observa un leve aumento en el nivel de autoestima, independiente de la intervención grupal.

- Autoestima Global: No se encuentran diferencias significativas.
- Autoestima Social: No se aprecian diferencias significativas.
- Autoestima Hogar: No se aprecian diferencias significativas.
- Autoestima Escolar: No se aprecian diferencias significativas para la autoestima escolar.

No se encontraron diferencias significativas en las comparaciones antes y después, y entre grupos para la variable Autoestima, en ninguna de las dimensiones evaluadas.

La variable autoestima no es afectada por la intervención grupal, considerando que en ambos grupos se aprecia un mayor número de adolescentes embarazadas con autoestima normal o alta al iniciar el embarazo.

Se puede inferir que la variable autoestima, en aquellas adolescentes con una adecuada autoestima inicial no se afecta negativamente durante el embarazo ni en los tres meses posteriores.

La detección de síntomas correspondientes a trastornos emocionales (depresivos y/o ansiosos), se evalúa aplicándose el estadístico Chi cuadrado.

Hipótesis 5: Se acepta la hipótesis las adolescentes intervenidas grupalmente presentarán menor presencia de sintomatología ansiosa y /o depresiva en comparación a aquellas no intervenidas grupalmente.

No se observan diferencias significativas en la comparación antes y después de las adolescentes intervenidas y no intervenidas grupalmente. Aún cuando se aprecia un leve aumento de síntomas de trastornos emocionales en el grupo control y una leve disminución en el grupo intervenido (tabla n° 7).

Tabla n°7: Valores chi cuadrado en la comparación pre – post tratamiento

Salud Mental	Grupo experimental	X ² : 0.6108
	Grupo control	X ² : 0.274

No obstante, como se observa en la tabla n° 8, si se aprecian diferencias significativas en la comparación entre grupos después del embarazo, observándose menor presencia de síntomas psicopatológicos en el grupo experimental al nivel de significación del 5%, no siendo significativo al 1%.

Tabla n°8: Valores chi cuadrado en la comparación entre grupo experimental y grupo control después de aplicada la intervención grupal.

Salud Mental	X ² : 4.2714* (0.05)
--------------	---------------------------------

Se puede concluir que la participación en la intervención grupal apoya emocionalmente a la adolescente en el proceso del embarazo, siendo este efecto no muy notorio, ya que la diferencia entre los grupos sólo es levemente significativa. Existiría un efecto de la intervención como protectora de sintomatología ansiosa y /o depresiva.

Hipótesis de las Variables Psicosociales - Sociales: *Continuidad de los Estudios, Proyecto de Vida y Conocimiento de los Servicios de Salud*

Para medir la significación de los cambios se utilizó el estadístico Chi cuadrado en las tres variables: Continuidad de Estudios, Presencia de Proyecto de Vida y Conocimiento y Acceso a los Servicios de Salud disponibles.

Los resultados se aprecian en las tablas n° 9 y n° 10.

Tabla n°9: Valores chi cuadrado en la comparación pre – post tratamiento

Continuidad de los Estudios	Grupo Experimental	X ² : 0.3927
	Grupo Control	X ² : 4.5652*
Proyecto de Vida	Grupo Experimental	X ² : 11.2666*
	Grupo Control	X ² : 4.3097*
Conocimiento de los Servicios de Salud	Grupo Experimental	X ² : 3.3188
	Grupo Control	X ² : 7.3260*

Tabla n° 10: Valores chi cuadrado en la comparación entre grupo experimental y grupo control después de aplicada la intervención grupal.

Continuidad de los Estudios	X ² : 0.3283
Proyecto de Vida	X ² : 0.3080
Conocimiento de los Servicios de Salud	X ² : 0.001

Hipótesis 6: Se rechaza la hipótesis las adolescentes intervenidas grupalmente presentarán diferencias significativas en el grado y continuidad en la escolaridad en comparación a aquellas no intervenidas grupalmente.

Sólo se encuentran diferencias significativas en el grupo control en relación con la Continuidad de Estudios básicos, medios y/o superiores después del embarazo, en comparación a sí mismas. No obstante, al comparar entre grupos esta diferencia no es significativa.

La intervención grupal parece no influir en la decisión de continuar sus estudios. Sin embargo, se debe considerar también que algunas de las adolescentes privilegian la decisión de buscar trabajo antes que terminar sus estudios, en respuesta a la necesidad de obtener recursos económicos que le ayuden a mantenerse ellas y sus hijos (as).

Hipótesis 7: Se acepta la hipótesis las adolescentes intervenidas grupalmente presentarán mayor presencia de un proyecto de vida en comparación a aquellas no intervenidas grupalmente.

Hay diferencias significativas en las mediciones antes y después en el grupo control y en el experimental. En ambos grupos las adolescentes muestran una mayor claridad en su proyecto de vida después del embarazo.

Al comparar ambos grupos no se encuentran diferencias significativas, observándose en ambos grupos un aumento de esta variable.

El planteamiento y clarificación de un proyecto de vida sería presionados por la presencia del embarazo en las adolescentes.

Hipótesis 8: Se rechaza la hipótesis las adolescentes intervenidas grupalmente presentarán mayor conocimiento de los servicios de salud disponibles en comparación a aquellas no intervenidas grupalmente.

Sólo hay diferencias significativas en el grupo control, aumentando el conocimiento de los Servicios de Salud al verse en la necesidad de recurrir con mayor frecuencia a estos servicios. Mientras que en el grupo experimental a pesar de existir un aumento éste no es significativo, mostrándose en la comparación entre grupos que no existen diferencias entre conocimientos de las adolescentes intervenidas y no intervenidas.

La información referente a los Servicios de Salud parece ser necesaria, pero es obtenida en el mismo contacto con los servicios de salud y no por medio de la intervención, que sólo tendría un rol secundario.

Hipótesis referidas a las Variables Biopsicosociales del Hijo (a) de la Adolescente Embarazada: *Asistencia a los Controles de Salud, Desarrollo Psicomotor y Consultas por Infecciones Respiratorias Agudas*

En una evaluación post tratamiento se midió los indicadores respecto a las hipótesis de: Asistencia a los Controles de Salud, Desarrollo Psicomotor y Consultas por Infecciones Respiratorias Agudas a través del estadístico chi cuadrado.

Tabla nº 11: Valores chi cuadrado en la comparación entre grupo experimental y grupo control después de aplicada la intervención grupal.

Asistencia a Controles de Salud	X ² : 0.45
Desarrollo Psicomotor	X ² : 18.5806 *
Consultas IRA	X ² : 0.5161

Conforme a los resultados expuestos en la tabla precedente se presentaron diferencias significativas en el Desarrollo Psicomotor en los hijos de adolescentes madres.

Hipótesis 9: Se rechaza la hipótesis los hijos(as) de adolescentes intervenidas grupalmente durante el embarazo presentarán mayor asistencia a controles sanos que aquellos hijos (as) de adolescentes no intervenidas grupalmente.

Todos los hijos de madres adolescentes, intervenidas y no intervenidas grupalmente, asistían regularmente a los Controles de Salud del niño.

Hipótesis 10: Se acepta la hipótesis los hijos (as) de adolescentes intervenidas grupalmente durante el embarazo presentarán mayor desarrollo psicomotor que aquellos hijos (as) de adolescentes no intervenidas grupalmente.

Se aprecia un leve aumento en el grupo experimental en relación con un mayor nivel de Desarrollo Psicomotor a los tres meses de edad.

Hipótesis 11: Se rechaza la hipótesis los hijos(as) de adolescentes intervenidas grupalmente durante el embarazo no presentan diferencias significativas en el número de consultas por infecciones respiratorias agudas que aquellos hijos (as) de adolescentes no intervenidas grupalmente.

Cabe mencionar, que la evaluación de esta variable fue realizada al inicio de la Campaña de Invierno del MINSAL, en un período estacional de menor riesgo para la aparición de enfermedades respiratorias agudas. Para precisar más esta medición hubiese sido necesario la revisión retrospectiva con posterioridad al período invernal.

La medición en este momento da cuenta parcialmente del riesgo biomédico (por ejemplo: premadurez) asociado al hijo(a) de madre adolescente.

II Parte:

Hipótesis referidas a las Variables No Intervenidas Directamente a través de la Intervención Grupal

Estas hipótesis se subdividen en aquellas referidas a las variables individuales (Resolución de Conflicto), Variables Familiares (Percepción de Apoyo Familiar y Tipo de Funcionamiento Familiar) y Variables Sociales (Red Social).

Hipótesis de las Variables Psicosociales - Individuales: *Resolución de Conflictos*

La variable resolución de conflictos fue medida a través de estadístico chi cuadrado al 0,05 nivel de significación. Se realizó una evaluación general y dividida en las capacidades de: Reconocer problemas y causalidad, pensamiento alternativo, anticipar consecuencias y toma de perspectiva y pensamiento orientado a metas. Los resultados son presentados en las tablas n° 12 y n° 13.

Tabla n° 12: Valores chi cuadrado en la comparación pre – post tratamiento

Resolver Conflictos	Grupo Experimental	X ² : 10.1527*
	Grupo Control	X ² : 3.2666
Reconocer Problemas y Causalidad	Grupo Experimental	X ² : 14.4034*
	Grupo Control	X ² : 0.2820
Pensamiento Alternativo	Grupo Experimental	X ² : 17.8571*
	Grupo Control	X ² : 2.6373
Anticipar Consecuencias y Toma de Perspectiva	Grupo Experimental	X ² : 9.075*
	Grupo Control	X ² : 0.1442
Pensamiento Orientado a Metas	Grupo Experimental	X ² : 15.271*
	Grupo Control	X ² : 12.675*

Tabla n° 13: Valores chi cuadrado en la comparación entre grupo experimental y grupo control después de aplicada la intervención grupal.

Resolver Conflictos	X ² : 3.8888*
Reconocer problemas y causalidad	X ² : 9.8199*
Pensamiento Alternativo	X ² : 5.88*
Anticipar consecuencias y toma de perspectiva	X ² : 10.5365*
Pensamiento orientado a metas	X ² : 14.45*

Hipótesis 1: Se acepta la hipótesis las adolescentes intervenidas grupalmente presentarán mayor capacidad para resolver conflictos en comparación a aquellas no intervenidas grupalmente.

Se encuentran diferencias significativas al comparar las adolescentes intervenidas y no intervenidas grupalmente en la variable “Resolución de Conflictos”. Existe un aumento significativo en el grupo experimental, observándose una mayor capacidad para resolver conflictos después del embarazo, aún cuando el grupo control también presenta un leve aumento, que podría explicarse por la etapa del desarrollo de la adolescencia.

La intervención grupal influye en el proceso de desarrollo de la capacidad de resolver conflictos.

A continuación se presenta el análisis de las diferentes capacidades:

Reconocer Problemas y Causalidad: Hay diferencias significativas en la comparación entre grupos. Las adolescentes intervenidas muestran mayor capacidad para reconocer los problemas y su causalidad que las adolescentes no intervenidas, donde no se aprecian diferencias.

La intervención grupal apoya el desarrollo de la Capacidad de Reconocer Problemas y Causalidad en las adolescentes embarazadas.

Pensamiento Alternativo: Se encuentran diferencias significativas en el grupo experimental en las mediciones antes y después y en la comparación entre grupos. Las adolescentes intervenidas muestran mayor capacidad de Pensamiento Alternativo al finalizar el embarazo.

Anticipar Consecuencias y Toma de Perspectiva: No hay diferencias significativas en el grupo control. Sí en la comparación antes –después y en la comparación después del embarazo entre grupos.

Las adolescentes que participaron en la intervención grupal muestran mayor capacidad para Anticipar Consecuencias y toma de perspectiva que las adolescentes no intervenidas.

Pensamiento Orientado a Metas: Se aprecian diferencias significativas en la comparación antes –después en los dos grupos, experimental y control. En ambos grupos existe una mayor capacidad de Pensamiento Orientado a Metas después del embarazo, siendo este aumento mayor en el grupo experimental.

La intervención grupal apoya y fomenta el Pensamiento Orientado a Metas en las adolescentes embarazadas, aún cuando esta capacidad se desarrolla similarmente durante esta etapa del desarrollo.

Hipótesis referidas a las Variables Familiares: *Percepción de Apoyo Familiar y Tipo de Funcionamiento Familiar*

Hipótesis 2: Se rechaza la hipótesis las adolescentes intervenidas grupalmente presentarán una mejor percepción de apoyo de la familia de origen en comparación a aquellas no intervenidas grupalmente.

El análisis se realizó a través del estadístico chi cuadrado al 0,05 nivel de significación (tablas n° 14 y n° 15).

Tabla n° 14: Valores chi cuadrado en la comparación pre – post tratamiento

Percepción de Apoyo Familiar	Grupo experimental	X ² : 4,2714*
	Grupo Control	X ² : 0,2742

Tabla n° 15: Valores chi cuadrado en la comparación entre grupo experimental y grupo control después de aplicada la intervención grupal.

Percepción de Apoyo Familiar	X ² : 0,0694
-------------------------------------	-------------------------

El grupo experimental muestra una diferencia significativa en las mediciones antes y después del embarazo, observándose un aumento en la percepción de funcionalidad del grupo familiar. No así en el grupo control, ni en la comparación entre grupos.

Se observa que el grupo control mostraba una relativamente buena percepción de apoyo familiar, lo que se mantuvo después del embarazo, mientras que en el grupo experimental la percepción inicial era relativamente baja, aumentando después de la participación en la intervención grupal, infiriendo algún efecto de la intervención, infiriendo algún efecto de la intervención grupal.

El Tipo de Funcionamiento Familiar se evalúa con el estadístico chi cuadrado para la distinción entre familias funcionales y disfuncionales (Tablas n°16 y n° 17). Por otra parte, se realizó un análisis descriptivo de los principales tipo de funcionamiento familiar encontrados.

Tabla n°16: Valores chi cuadrado en la comparación pre – post tratamiento

Tipo de funcionamiento familiar	Grupo experimental	X: 1.1363
	Grupo Control	X: 5.2631*

Tabla n°17: Valores chi cuadrado en la comparación entre grupo experimental y grupo control después de aplicada la intervención grupal.

Tipo de funcionamiento familiar	X ² : 3.3684
---------------------------------	-------------------------

Hipótesis 3: Se rechaza la hipótesis las adolescentes intervenidas grupalmente presentarán diferencias en el funcionamiento familiar en comparación a aquellas no intervenidas grupalmente.

El tipo de funcionamiento familiar no presenta diferencias significativas entre los grupos. Sólo se aprecia un aumento significativo en la presencia de familias disfuncional en el grupo control.

Aún cuando en ambos grupos existe un aumento de la disfunción familiar, las adolescentes intervinieron a mantener la dinámica familiar previa sin mostrar mayor aumento.

Cabe destacar la alta presencia de dinámicas disfuncionales en ambos grupos para las variables de cohesión y adaptabilidad familiar. Los patrones familiares “Caóticas – Aglutinadas” y “Rígidas – Desligadas” se observan con mayor frecuencia, lo que implica dificultad en el enfrentamiento de situaciones nuevas y conflictivas, y distorsión en los límites familiares.

La intervención grupal no afecta directamente el tipo de funcionamiento familiar, deduciéndose de la alta frecuencia de familias disfuncionales, la necesidad de apoyar y /o intervenir en esta variable.

Notándose la intervención grupal como un espacio de apoyo para prevenir relaciones disfuncionales en sus entornos familiares.

Se destaca que a pesar de no existir cambios en las dinámicas familiares de las adolescentes sí existe un cambio en la percepción del apoyo familiar, infiriéndose la presencia de otros procesos que llevarían a una nueva lectura de la realidad familiar

Hipótesis de las Variables Psicosociales - Sociales: *Participación en Red Social*

Hipótesis 4: Se **acepta** la hipótesis las adolescentes intervenidas grupalmente presentarán mayores redes de apoyo sociales en comparación a aquellas no intervenidas grupalmente.

En las tablas n° 18 y n° 19 se aprecia los valores chi cuadrado para las evaluaciones antes – después y post test.

Tabla n°18: Valores chi cuadrado en la comparación pre – post tratamiento

Participación en red social	Grupo experimental	X ² : 6.075*
	Grupo Control	X ² : 0.001

Tabla n°19: Valores chi cuadrado en la comparación entre grupo experimental y grupo control después de aplicada la intervención grupal.

Participación en red social	X ² : 4.6886*
------------------------------------	--------------------------

Se observan diferencias significativas en la comparación entre grupos y en el grupo experimental. Existe un aumento notorio de la participación en la red de apoyo social cercana en las

adolescentes intervenidas. No así en el grupo control, donde prevalece el aislamiento y la desconexión con redes de apoyo, ya sean amistades, organizaciones comunitarias y / o religiosas.

La intervención grupal fomenta la participación en la red social al crear cohesión y percepción de grupo. Se destaca la participación posterior en otras organizaciones como estrategia de prevención y apoyo en situaciones difíciles.

A continuación (tabla n° 20) se presenta un resumen de las conclusiones encontradas en este estudio.

Tabla n° 20: Cuadro resumen de las hipótesis investigadas y sus conclusiones

Hipótesis de las Variables Intervenidas Directamente	Variable	Conclusión
N° 1	Control de Embarazo	Se rechaza
N° 2	Tipo de Parto	Se rechaza
N° 3	Uso de Métodos Anticonceptivos	Se rechaza
N° 4	Autoestima	Se rechaza
N° 5	Salud Mental	Se acepta
N° 6	Continuidad de Estudios	Se rechaza
N° 7	Proyecto de vida	Se acepta
N° 8	Conocimiento y Acceso a los Servicios de Salud	Se rechaza
N° 9	Controles de Salud del Niño (a)	Se rechaza
N° 10	Desarrollo Psicomotor	Se acepta
N° 11	Número de Consultas por Enfermedades Respiratorias Agudas	Se rechaza
Hipótesis de las Variables No Intervenidas Directamente		
N° 1	Resolución de Conflictos	Se acepta
N° 2	Percepción de Apoyo Familiar	Se rechaza
N° 3	Tipo de Funcionamiento Familiar	Se rechaza
N° 4	Participación en Red Social	Se acepta

VI. DISCUSIÓN Y PROPUESTAS

- **De los Resultados de la Investigación**
- **Del Proceso de Evaluación**
- **Del Nivel de Atención Primaria en Salud**
- **De la Adolescente y su Contexto**
- **Investigación – Acción**

Que muchas adolescentes lleguen a aceptar su maternidad, no significa que hayan superado plenamente las ambivalencias emocionales y que no existan disonancias cognitivas ante las decisiones que están realizando.

Todo el proceso que va desde saberse embarazada hasta la maternidad, reviste exigencias personales y familiares que tienen repercusiones psicológicas y sociales, varían desde las reacciones emocionales de ambivalencia transitorias hasta trastornos psicopatológicos más profundos como la depresión y el suicidio. Esto, unido a las dificultades del contexto familiar y social, plantea una compleja situación para la adolescente y su hijo (a).

Las intervenciones e investigaciones en el tema se han abocado a la precisión de los factores y condicionantes; a la prevención del embarazo en la adolescencia y / o de las consecuencias en la vida de las adolescentes y de sus hijos (as).

Como se ha descrito en esta investigación, la evaluación de los programas es una gran falencia de las intervenciones en esta área, lo que implica una serie de desventajas al momento de tomar decisiones y justificar el trabajo realizado. De esto, nace la intención de buscar estrategias de acercar y ejecutar métodos de evaluación que den cuenta de qué es lo que está pasando con las acciones en el sistema público, específicamente en el nivel primario de salud, y de este modo, iniciar un acercamiento entre el conocimiento teórico y la investigación aplicada en salud.

Esta investigación cumple con los objetivos de diseñar e implementar un intento de evaluación de una intervención grupal diseñada en el nivel primario de atención en salud, y entregar un marco teórico orientador de este quehacer, mostrando tanto las cualidades como desventajas de esta intervención, a fin de otorgar una mirada crítica que permita enfocar los recursos hacia la efectividad y calidad de la atención.

De los Resultados de la Investigación

Las hipótesis investigadas se dividieron en aquellas referidas a las variables intervenidas directamente a través de la metodología grupal y aquellas de las variables no intervenidas directamente. En general, no se observan grandes diferencias entre las adolescentes que participan de la intervención psicosocial grupal y aquellas que no, apreciándose algunos hallazgos para un análisis más crítico.

En el primer conjunto de hipótesis (directamente intervenidas), se observa que en las hipótesis de las Variables Biomédicas (control del embarazo, tipo de parto y uso de métodos anticonceptivos) no se cumple los objetivos planteados, en comparación al proceso normal del embarazo, a las intervenciones individuales y / o a la influencia de otros factores.

Se esperaba que las adolescentes intervenidas presentaran una mayor *Asistencia y Adherencia a los Controles del Embarazo* por el hecho de mantener un contacto más directo con el equipo de salud y dada la oportunidad en el espacio grupal para satisfacer las interrogantes propias del estado de embarazo. No obstante, se observa que esta relación también se desarrolla fuera del ámbito de la intervención grupal con similares efectos.

Esto se explicaría en la mayor influencia de otros factores ajenos a la metodología grupal propiamente tal, como la relación y compromiso profesional – adolescente y factores propios del embarazo y desarrollo.

La normativa de controles de salud que ordena las prestaciones en los Consultorios de Atención Primaria, es un factor a considerar al explicar esta situación. En estas normativas se especifica la frecuencia de los controles, derivaciones y exámenes necesarios, así como la atención preferencial a la adolescente embarazada, destinado a disminuir el riesgo biomédico, lo cual ejercería una fuerte acción en la adherencia a los controles de salud.

La atención preferencial a él o la adolescente se caracteriza por una relación cercana, cálida e interesada en las problemáticas de esta etapa, que se acerca más al estilo de relación que propicia

la intervención grupal, a diferencia de la tradicional relación médico – paciente, más directiva y jerárquica. La capacitación del equipo de salud en este tipo de contacto con el usuario parece favorecer la asistencia y seguimiento de las indicaciones.

Con respecto al *Tipo de Parto*, se aprecia una frecuencia similar en ambos grupos, explicándose más por las condiciones biológicas propias del embarazo y de la adolescencia, que por efecto de la intervención. Se destaca la percepción de menor temor frente a la experiencia del parto, reportado en las adolescentes intervenidas grupalmente.

A pesar de ser un tema importante en el proceso del embarazo (en adolescentes y adultas), la entrega de información sobre cuidado del embarazo no justifica una intervención grupal. Se observa el mismo efecto a través de intervenciones individuales. Se cuestiona el hecho de plantear como objetivo de una estrategia de apoyo psicosocial grupal la intervención de variables biomédicas a través de metodología informativa, que no reporta mayor efecto en comparación a la estrategia individual por sí sola.

No se observa adherencia a un *Método Anticonceptivo* en las adolescentes no intervenidas grupalmente, a diferencia de aquellas que participaron de la intervención grupal, aunque este efecto no alcanza a ser significativo, implicando un efecto positivo en la toma de decisiones respecto a la planificación familiar de las adolescentes, quienes de acuerdo a la literatura revisada y a lo observado en el grupo control, tienden a usar métodos anticonceptivos de modo irregular antes del embarazo, desestimando su uso con posterioridad a éste.

El uso de métodos anticonceptivos se enmarca en un proceso de planificación y toma de decisiones, donde la información sería un elemento importante, pero no el único. El conocimiento de los métodos anticonceptivos disponibles, uso y efectos junto a la percepción de apoyo social propio del proceso grupal, reforzando la probabilidad de uso.

Existe una menor información respecto a los métodos anticonceptivos, en las adolescentes no intervenidas, que sería compensado a través de la intervención grupal.

Se considera aquí el aporte del apoyo grupal como un efecto cohesionador en la toma de decisiones. Concordando con lo encontrado por Satin, A., Leveno, K., Sherman, L., Reedy, N., Lowe, T. y McIntire, D. (1994) y Solomon, R. y Pierce, C. (1998), quienes describen la disminución en las cifras de un segundo embarazo, basado en la estimulación del uso de métodos anticonceptivos en presencia de intervención y apoyo médico.

El mayor riesgo comparativo observado en las madres adolescentes no parece deberse a las especiales condiciones fisiológicas (requerimientos propios del desarrollo orgánico materno, más las exigencias que impone el embarazo), sino además, a las variables socioculturales y a las condiciones de cuidado y atención médico que se les proporcione.

Tal como se aprecia en la literatura revisada, no se obtienen diferencias concluyentes en las hipótesis referidas a las Variables Biomédicas, apoyando la importancia de las condicionantes sociales y psicológicas por sobre las biológicas en la condición de adolescente embarazada.

En las Variables Psicosociales Individuales intervenidas directamente a través de la estrategia grupal (autoestima y salud mental), se muestra levemente los efectos esperados al compararlos con el grupo control.

Sí existe una influencia en la *Presencia de Síntomas Emocionales* (depresivos y / o ansiosos) en las adolescentes embarazadas, justificando la intervención grupal como un espacio de contención, expresión y apoyo emocional para las adolescentes, que les permitiría disminuir los síntomas de malestar y de este modo, afrontar las situaciones futuras.

En este sentido, desde la perspectiva de la salud mental, el embarazo y la maternidad importan un riesgo para las adolescentes, ya que el embarazo por sí mismo ha sido descrito como un período crítico para la mujer, en que ésta se vuelve más vulnerable a probables descompensaciones psicológicas, aparición de sentimientos ambivalentes y ansiedad.

El embarazo no deseado plantea variadas exigencias a las adolescentes ante las cuales suelen carecer de la madurez emocional y afectiva que les permita enfrentarlas asertivamente. Ellas

deben tomar decisiones que son conflictivas, especialmente cuando se debe decidir simultáneamente sobre la continuación del embarazo y de la relación de pareja.

Llama la atención el bajo efecto encontrado en la hipótesis de la variable *Autoestima*, considerada como de alta prioridad en el diseño de la intervención y en la literatura sobre el tema, señalando deficiencias en la metodología utilizada o bien, en la selección de las adolescentes participantes, ya que ambos grupos presentaban una Autoestima alta al iniciar la intervención.

Parece ser que el embarazo en sí mismo actúa como reforzador de la autoestima en la adolescencia, al configurarse el nacimiento de un hijo (a) como una motivación para sus vidas. Sería interesante evaluar los niveles de autoestima anteriores al embarazo a fin de conocer el efecto más preciso de la situación de embarazo en sus vidas.

En relación con las hipótesis referidas a las variables psicosociales Sociales (*continuidad de los estudios, conocimiento de los servicios de salud y la conformación de un proyecto de vida*) se observa que son fortalecidos por la intervención grupal, pero ésta no tiene una influencia determinante. A excepción del Proyecto de Vida el cual sí presenta un efecto mayor.

La *Continuidad de los Estudios* implica atreverse a enfrentar un sistema educacional que las rechazó y en el cual hay escasas facilidades para el cuidado del hijo (a). El plantear y reflexionar estas inquietudes en un clima de conversación entre pares, parece actuar como fortalecedor de la decisión de mantenerse en el sistema escolar, o al menos, para considerar la relevancia de esta decisión, creando el espacio para evaluar ventajas y desventajas.

Se destaca que la clarificación de un *Proyecto de Vida* es posible de intervenir grupalmente de modo eficaz, reforzando la toma de decisiones, que como se vio anteriormente cumple un rol importante en el proceso del embarazo y en las situaciones posteriores.

Un desafío propio de la adolescencia es la formación de la identidad, ya que al enfrentarse él o la joven a todos los cambios físicos y fisiológicos que le ocurren, así como a las numerosas y cambiantes exigencias sociales, le resulta difícil mantener un sentido de estabilidad de sí mismo

en el transcurso del tiempo. Incluso en un momento determinado hay pensamientos, impulsos y sentimientos nuevos, y a veces extraños, que pueden amenazar el esfuerzo que hace la persona para lograr un sentimiento de coherencia intrínseca. El o la adolescente necesitan de tiempo para integrar todos estos cambios rápidos en un sentido de identidad que emerge con lentitud.

La presencia de un embarazo presiona aún más la definición de una identidad. El Proyecto de Vida es por esto, una variable crucial en el trabajo con adolescentes, especialmente con adolescentes embarazadas. El cambio de las condiciones sociales, su relación de pareja y familia, la responsabilidad de un hijo, son determinantes en la necesidad de la adolescente de definir que desea para su futuro y en como llevarlo a cabo.

El trabajo en proyecto de vida, implica pensar el futuro y las alternativas para lograr la meta, ayudan a la adolescente a definir más claramente qué desea para su vida. Entre los proyectos inmediatos más nombrados se encuentra la búsqueda de trabajo, como medio para el logro de su independencia y dar satisfacción a las necesidades del hijo (a).

Sería interesante la evaluación posterior que diera cuenta del logro de estos proyectos o la realización de avances para su consecución.

El planteamiento de un proyecto de vida actúa como un factor protector, dando un sentido a la vida de la adolescente y de su hijo, permitiendo incorporar la imagen del hijo (a) a sus vidas y de este modo, fortalecer la relación de apego con el niño (a).

Sería importante conocer como influyen las variables familiares y del contexto en la conformación del proyecto de vida de la adolescente, considerando la visión intergeneracional de repetición del embarazo.

En relación con el *Conocimiento y Acceso a los Servicios de Salud*, se cuestiona la efectividad de la metodología informativa como estrategia de cambio en las adolescentes. Según los resultados expuestos, no se observa diferencias entre los grupos evaluados. Esta información puede ser

obtenida a través de otras fuentes de mayor significación, como son las familias, amistades, equipos de salud, o bien, dada la necesidad de acudir a los centros de salud.

La evaluación de las hipótesis del Hijo (a) de Madre Adolescente (Asistencia Controles de Salud, Desarrollo Psicomotor y Consultas por Enfermedades Respiratorias Agudas) sólo entrega una aproximación inicial, ya que se esperarían mayores diferencias y la mantención de los cambios una vez transcurrido mas tiempo.

En lo referente a las *Consultas por Enfermedades Respiratorias Agudas*, se espera una mayor demanda de atención en los meses de invierno, por lo que, la evaluación posterior sería mejor reflejo de esta variable.

La *Asistencia a Controles de Salud* ("Controles Sano del Niño") es similar en ambos grupos, de lo cual no se puede obtener resultados concluyentes.

Se destaca el efecto positivo en el *Desarrollo Psicomotor*, observándose diferencias significativas entre los grupos. El aprendizaje de habilidades y técnicas para la estimulación del desarrollo psicomotor previas al nacimiento del hijo(a) ejerce una influencia importante en la potenciación de los recursos personales de las adolescentes como madres. Se esperaría que a mayor edad de los niños (as) este efecto fuese también significativo, dando cuenta de la permanencia de los posibles cambios.

La relación de apego madre – hijo (a) es un tema importante para estudios futuros. El posible efecto de las intervenciones en esta área podría dirigirse al diseño de estrategias de prevención de situaciones de alto riesgo, como el maltrato infantil, y a la promoción de relaciones cercanas y afectuosas entre madre e hijos (as).

La condición de madre adolescente ocasiona frecuentemente una alteración en la reciprocidad con el niño, se impacientan fácilmente y son poco tolerantes; ellas sienten que el niño les pide más de lo que ellas están preparadas para dar (desde todo punto de vista: económico, familiar, emocional). Tiene entonces lugar un proceso de vinculación y apego alterados; el niño dentro de

una relación así se vuelve irritable, demandante y hostil, lo cual provoca más desesperación y sentimientos de impotencia y rechazo hacia él, generándose cadenas de privaciones afectivas que son base de muchas psicopatologías.

La intervención grupal actuaría como fortalecedor de la relación madre – hijo (a), a través de la entrega de herramientas para la estimulación del niño (a), preparación de la llegada del hijo (a) y mayor percepción de autoeficacia respecto a las labores de cuidado y estimulación del recién nacido.

La percepción de Autoeficacia, sentirse capaces de enfrentar las necesidades y demandas del hijo, propias y del entorno, junto con el desarrollo de habilidades para estos efectos es un factor a tener presente en el trabajo con las adolescentes, en vista de la influencia en las atribuciones y conductas de apego hacia su hijo (a).

Si se piensa que la condición de embarazo en la adolescencia sobrepone varias responsabilidades a la adolescente todavía en desarrollo, la posibilidad de presentar trastornos emocionales u otras situaciones de riesgo son altas, actuando la percepción de autoeficacia como una variable protectora.

Sería interesante evaluar si estos cambios se mantienen en el tiempo y precisar mas el efecto en el vínculo madre – hijo.

El segundo conjunto de hipótesis incluye aquellas variables no intervenidas directamente, en las cuales se observan interesantes hallazgos.

En la hipótesis respecto a las variables psicosociales individuales, la intervención grupal fortalece la *Capacidad de Resolver Conflictos* reforzando el proceso de desarrollo evolutivo. Las adolescentes intervenidas grupalmente presentan una tendencia hacia el aumento de estas capacidades, lo que les permitiría estar en mejores condiciones para enfrentar los desafíos de la maternidad adolescente.

Razonar formalmente implica que la forma de hacerlo es independiente de las propias creencias o que se adquiere la posibilidad de situarse en el punto de vista del otro. Como parte del proceso de desarrollo cognitivo de la adolescencia, la aparición de las operaciones formales posibilitará la adquisición de varias capacidades importantes.

El tomar como objeto a su propio pensamiento y razonar acerca de sí mismo, considerar no sólo una respuesta posible a un problema o explicación a una situación, sino varias posibilidades a la vez, agotando lógicamente todas las combinaciones posibles, le permitirá comparar las hipótesis con los hechos. De este modo la madre adolescente contará con más herramientas para enfrentar los desafíos de la crianza.

Destaca en ambos grupos el aumento del Pensamiento Orientado a Metas durante el embarazo, como expresión de la necesidad de afrontar las situaciones inmediatas que les demanda el embarazo y la llegada del hijo (a).

Se infiere respecto a la hipótesis sobre la *Percepción de Apoyo Familiar*, que en aquellas adolescentes embarazadas con factores de riesgo familiar (disfunción familiar) la intervención grupal actúa benéficamente, contribuyendo a cambiar positivamente la percepción respecto al apoyo familiar.

Aún cuando estos cambios son significativos en las adolescentes intervenidas grupalmente, este aumento no llega a ser significativo al compararlo con las adolescentes no intervenidas, ya que sólo alcanza el nivel de este grupo. El embarazo en la adolescencia es una situación de crisis en la familia y el proceso de aceptación y desarrollo del embarazo por sí solo, no contribuye a mejorar la dinámica familiar de las adolescentes.

Este cambio en la percepción del funcionamiento familiar apunta a una mirada distinta de sus familias, más que a un cambio en la estructura, organización y /o dinámica familiar.

Las funciones que cumple la familia son múltiples y esenciales para el desarrollo de la persona y para la sobrevivencia y estabilidad de la sociedad. Diversos autores (Schorr, 1993, citado en

Florenzano, R., 1995; Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999) enfatizan la importancia del sistema familiar como instrumento de satisfacción de necesidades biológicas tendientes a la reproducción, crianza y cuidado de los niños (alimentación, vivienda, seguridad, supervisión, higiene, cuidados de salud y educación); Satisfacción de necesidades psicológicas que generan una matriz de experiencias afectivas y vinculares que fomentan la vivencia de pertenencia (apoyo social, valoración y autoestima, comunicación, valores compartidos y compañía).

Del mismo modo, dado que la familia es la principal transmisora de la cultura, posee funciones de socialización: enseña creencias, valores, normas y conductas deseables de su grupo social, y funciones económicas, se constituye en un sistema de producción y compra de servicios y bienes para lograr la subsistencia de sus integrantes, mediando con las diferentes estructuras sociales.

La estructura familiar es relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, y al mismo tiempo, es variable y flexible para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo.

Por esto, la presencia de familias aglutinadas y desligadas junto con una adaptación rígida o caótica en la muestra estudiada, en la hipótesis referidas al *Tipo de Funcionamiento Familiar*, señala una condición de riesgo para los integrantes de estas familias. Una reacción intensa, la pérdida de la autonomía e inhibición en sus miembros, la excesiva comunicación o escasa en otros casos, donde los límites se esfuman y la diferenciación de los subsistemas se hace difusa, caracteriza a estos sistemas, limitando la función protectora de la familia, y por consiguiente, el óptimo desarrollo de la adolescente, su hijo (a) y su familia.

Es posible pensar que en este tipo de funcionamiento familiar la adolescente y su hijo (a) encontrarán más obstáculos, que interferirán en las relaciones con su familia de origen y en las decisiones futuras.

Finalmente, se destaca el efecto de la intervención grupal en la hipótesis sobre la *Participación en Redes de Apoyo Social*.

La red social desempeña la función de mediadora entre factores ambientales, personales y apoyo social. Al incrementar la identificación con los pares y aumentar la autonomía respecto a sus padres, la intervención grupal otorga beneficios deseados para las adolescentes. Estos grupos le proporcionan la oportunidad de aprender a relacionarse con sus compañeros, adquirir destrezas e intereses propios de la edad y el compartir problemas y sentimientos comunes.

Respecto al Apoyo Social fomentado en la intervención grupal, se observa su efecto en cuatro dimensiones:

En el Apoyo Emocional, involucra relaciones afectivas, preocupación, apoyo y confianza, que va desde ofrecer confianza, aumento de autoestima y confiabilidad. El Apoyo de Valoración, que tiene que ver con la transición de información relevante para la autovaloración, es decir, la comparación social. El Apoyo Informativo, que trata de la facilitación de información para usar en el afrontamiento de problemas personales y ambientales, permiten a una persona recibir orientaciones, datos o consejos útiles para resolver problemas personales, familiares o sociales; y el Apoyo Instrumental, que se realiza por conductas que ayudan directamente a la persona necesitada, que facilitan la obtención de recursos, bienes materiales, dinero o servicios cuya carencia tiene evidentes consecuencias psicológicas negativas.

La metodología de trabajo grupal con adolescentes embarazadas parece ser adecuada en este período, presentando grandes ventajas en la intervención de factores de riesgo y protectores. El desarrollo de habilidades, fortalecimiento de capacidades cognitivas, aprendizaje de nuevos conocimientos, fortalecimiento de relaciones interpersonales, intercambio de vivencias y apoyo social, dan un valor importante a la utilización de estrategias grupales, más allá de un medio para aumentar la cobertura de atención.

Por otra parte, el énfasis educativo de la intervención evaluada es una limitación al trabajo grupal. Al analizar los resultados obtenidos se observa que las principales diferencias se dan más en el plano afectivo que informativo, tanto en lo que implica entrega de conocimientos como en variables afectivas y cognitivas.

A la vista de lo reportado en las hipótesis referidas a las variables no intervenidas directamente, se considera necesario la incorporación de una perspectiva ecológica que involucre a otros agentes significativos e incluya las condiciones familiares y del entorno.

Es un objetivo clave el fortalecer relaciones familiares más adecuadas que promuevan el apoyo y afecto entre los miembros de la familia y fortalezcan la comunicación y definición de roles, y de este modo, se prepare al sistema familiar íntegro para los desafíos de cada etapa del ciclo vital.

Así, se tienen presente los distintos niveles de intervención: individual (variables personales), microsistémico (familia y redes sociales primarias), exosistémico (conjunto de sistemas de la comunidad) y macrosistémico (sistema de valores y creencias del contexto cultural).

El embarazo adolescente puede conceptualizarse, así como una disfunción del o los sistemas a los que pertenece el adolescente. Se hace necesario comprender sus conflictos en el contexto de sus relaciones formando parte de diversos sistemas y subsistemas, entre los que destaca especialmente la familia.

Es por esto, que se considera de importancia la incorporación de variables familiares en el trabajo con adolescentes embarazadas, que incluya la participación de los padres o figuras significativas y de la pareja actual.

La metodología grupal, vista como espacio de reflexión, puede ser útil para el análisis de las relaciones madre – hija, padre – hija, entre hermanos y de pareja; ya sea invitando directamente a las familias o en el intercambio de experiencias entre las adolescentes.

Del Proceso de Evaluación

La mirada evaluativa tiene la ventaja de estructurar ordenadamente los objetivos perseguidos y de esta forma orientar los contenidos en torno al proceso grupal como un todo.

No obstante, es importante reconocer las limitaciones que tienen los procesos de evaluación en el contexto de los Servicios Públicos de Atención Primaria en Salud. La evaluación en Atención Primaria es más difícil que en otros niveles del sistema de salud, debido a los problemas estructurales que soporta y a sus propias características.

En este nivel, se observa poca documentación clínica, una relación con los pacientes intermitente, un importante componente psicosocial en muchos problemas de salud difícil de evaluar, mayor separación del personal de salud, rotación del personal, menor experiencia en evaluación, entre otras.

Por otra parte, se debe considerar que los cambios de salud están provocados muchas veces por elementos ajenos al sector, como el factor económico y/o el área social, en conjunto con la presencia de variables psicosociales de difícil objetivación y cuantificación. Por este motivo, se busca establecer indicadores sensibles y fidedignos para la identificación de los cambios percibidos en la calidad de la atención.

Otra limitación es la resistencia que pueden ejercer los miembros del equipo de salud para aceptar un proceso de evaluación y los resultados como válidos, sin que se atribuya una función de supervisión negativa. También se debe considerar la dificultad de los equipos de salud para evaluar las estrategias utilizadas, tanto por desconocimiento de técnicas de evaluación, como por la escasez de horas destinadas para este efecto. Esto se observa en el diseño de intervenciones en que no se menciona la evaluación, a excepción de indicadores de cobertura.

A pesar de lo anterior, también se reconoce que debido a lo limitado de los recursos destinados a Programas de Salud, se impone la necesidad de plantear una relación costo – beneficio a partir de los datos entregados por una evaluación seria y responsable, que fundamente y valide las estrategias seleccionadas.

Es importante considerar que los equipos de salud no son meros ejecutores de acciones diseñados desde otras instancias. Si no que poseen un vasto conocimiento, derivado de la experiencia, respecto a las necesidades, funcionamiento, organización y diseño de las intervenciones en

atención primaria, lo que se debe tener en cuenta a la hora de programar y diseñar estrategias de intervención.

Este hecho es clave al observar la baja información que disponen los equipos de análisis de los registros estadísticos que se solicitan mensualmente desde otros niveles. La retroalimentación de la información es un elemento importante para la optimización y mejoramiento de la atención.

Es por esto, que se considera de importancia la incorporación de variables familiares en el trabajo con adolescentes embarazadas, que incluya la participación de los padres o figuras significativas y de la pareja actual.

La metodología grupal, vista como espacio de reflexión, puede ser útil para el análisis de las relaciones madre – hija, padre – hija, entre hermanos y de pareja; ya sea invitando directamente a las familias o en el intercambio de experiencias entre las adolescentes.

Del Nivel de Atención Primaria

El equipo de atención primaria, cumple una función articuladora de las redes asistenciales, comunitarias y sociales. En tal sentido, el trabajo de los profesionales del equipo de salud se orienta a las personas para una reinserción en sus redes naturales.

Es importante entender al sistema de salud, como una red institucional que puede cumplir con las características de una red de apoyo emocional, instrumental e informativa. Los equipos de salud cada vez están más sensibilizados a las necesidades de atención de los adolescentes. Se están abriendo espacios para los adolescentes en el nivel de atención primaria, acercando la salud, entendida como bienestar integral.

La atención primaria presenta grandes ventajas para el trabajo con adolescentes: cercanía a la comunidad, accesibilidad, sentido de integralidad, posibilidad de escuchar el sentir de los jóvenes, propicia el trabajo en red con otras organizaciones de la comunidad, trabajo en

prevención y promoción de la salud, permite detectar factores de riesgo e intervenir oportunamente y el fomento de factores protectores.

En vista de la Reforma al Sistema de Salud se hace necesario incluir variables psicosociales, tanto en los ámbitos de prevención como promoción de la salud, cuidando el uso sistemático de mecanismos de evaluación que retroalimenten a los equipos en su quehacer.

En Chile el Ministerio de Salud (2000) en su Plan de Psiquiatría y Salud Mental propone como estrategias de implementación el integrar contenidos y acciones de salud mental en todos los programas de salud, simultáneamente con la formulación de un Programa de Salud Mental que integre acciones específicas para los tres niveles de atención.

Los Consultorios de Atención Primaria o Centros de Salud deben poner énfasis en la realización de actividades orientadas al cuidado y mantenimiento de las personas, estableciendo un contacto con las personas, basado en un enfoque integral de sus necesidades. Esto implica la consideración de los problemas de naturaleza somática, psicológica y social de la población.

La estrategia de atención primaria se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad e integrándola promoción, tratamiento y rehabilitación. También coordina la participación de todos los sectores conexos a salud, fomentar la auto responsabilidad, la participación del individuo y de la comunidad, obteniendo así el mayor provecho de los recursos disponibles.

Desde una perspectiva preventiva, es importante destacar los factores predisponentes y procurar tomar medidas para evitar el embarazo adolescente.

Existe un creciente reconocimiento de la salud mental en la atención primaria sintiéndose como una necesidad presente pero de difícil satisfacción, al considerar que si se da a conocer existiría una demanda excesiva que no podría ser cubierta.

La desigualdad entre los distintos estratos socio económicos constituye uno de los factores que afectan con mayor fuerza y en forma más sistemática la salud de la población. La pobreza, plantea desafíos particulares a los sistemas de salud.

Para alcanzar las ventajas de un modelo integral en la atención primaria se requiere un profundo cambio organizacional. Este va desde la modificación de la infraestructura para la atención hasta los cambios en los procedimientos y roles.

Aún cuando un sistema de atención primaria se encuentra grandes deficiencias y se observa la influencia de distintos factores como baja motivación, baja remuneración, baja productividad, alta demanda asistencial que confluye en una cultura organizacional compleja y dinámica, es preciso reconocer la disponibilidad con la que los equipos de salud reciben y se comprometen con los intentos de dar real solución a las problemáticas de salud.

Los programas de capacitación en salud mental para los funcionarios de atención primaria han aumentado, produciendo cambios en actitudes, mejorando su conocimiento sobre trastornos mentales y han facilitado la identificación de los aspectos psicológicos en las consultas somáticas.

De esto se desprende que es posible brindar servicios de salud mental a comunidades de escasos recursos utilizando trabajadores de salud primaria debidamente entrenados y supervisados.

Por esto es preciso tener presente que como cada familia tiene características propias, el profesional debe en cada caso hacer una aproximación, tomando en consideración la estructura, organización y dinámica particular de esa familia.

Es importante integrar a las Fichas Clínicas o Anamnesis la sexualidad de los jóvenes, a fin de proporcionar una mejor orientación e información.

Considerando las variables de la adolescente, problemática y contexto, junto a la cultura y sistema de trabajo en atención primaria de salud, es que la perspectiva ecológica de un modelo

biopsicosocial, es una mirada adecuada para el diseño e implementación de estrategias en Atención Primaria. Aún es necesario fortalecer este modelo en los propios integrantes del equipo de salud.

De la Adolescente y su Contexto

La adolescente no se transforma necesariamente en adulta debido al embarazo. Esto es importante para poder transmitir a la familia las posibles dificultades que puedan surgir y evitar la tendencia a presionar excesivamente hacia el rol de madre o adulta.

Las intervenciones deberán siempre estar orientadas a ayudar a crecer y madurar a las adolescentes y sus familias, sin tomar un papel protector que impida este crecimiento.

Es importante, también, revisar la propia actitud de los equipos de salud frente a la sexualidad de la joven y para entender que el embarazo es el resultado de una compleja interdependencia de elementos. Es necesario desarrollar una actitud de aceptación, libre de críticas y juicios.

Como se ha visto, la adolescencia es la etapa en que el individuo debe hacer frente a las tareas de establecer una identidad personal satisfactoria y de forjar lazos interpersonales fuera de la familia, tareas que incluyen formar pareja, aprender a controlar de manera responsable la sexualidad en desarrollo, y promover adecuadamente la capacidad de viabilidad económica a través de la educación, las actitudes y los hábitos (Burt, M., 1998).

La adolescente no está preparada para asumir su maternidad, tampoco tiene los medios económicos para solventar la crianza y la educación del hijo, ni cuenta con un sistema familiar apropiado para apoyarlos.

La importancia del análisis de factores de riesgo y protectores de la familia es gravitante dada su participación clave en la salud de los individuos. Además de identificar dichos factores, es necesario descubrir cuáles son los mecanismos y procesos protectores para la salud física y mental.

Los programas durante el embarazo se focalizan en factores de riesgo como dieta no balanceada, hábitos de fumar y abuso de alcohol y otras drogas. También deben considerar los planes familiares como intervenciones dirigidas a mejorar interacciones madre - hijo y proveer educación acerca del cuidado del desarrollo físico y psicológico del niño.

La prevención basada en la familia ha emergido como una modalidad de intervención promisoría dirigida a la complejidad de influencias ecológicas que muestran la probabilidad de varios problemas. La teoría ecológica observa la familia como el principal contexto en el cual el desarrollo humano toma lugar, y se interesa en como los procesos intrafamiliares son afectado por el sistema extra familiar. Los modelos ecológicos de prevención y tratamiento frecuentemente adoptan una aproximación basada en la familia para la intervención.

En este sentido se debe tener presente las características asociadas a programas exitosos (Dryfoos, 1990, citado en Rutter, J., 1998): Atención individual, enfoques comunitarios de salud, identificación e intervención precoz de los adolescentes y sus familias; focalizados en el sistema escolar, programas extraescolares comunitarios, personal capacitado, entrenamiento en habilidades sociales, como toma decisiones y como resistir la presión de pares. Compromiso del grupo de pares en las intervenciones, compromiso de la familia y vinculación con el mundo laboral.

Investigación – Acción

Un importante principio en la investigación es la interrelación de la teoría, investigación y práctica clínica. La conexión entre teoría y práctica ha sido tradicionalmente fuerte, con énfasis en la literatura y programas de entrenamiento que apliquen los modelos teóricos.

La investigación en el área de la Salud Mental ha tendido a focalizarse en los resultados más que en los procesos. Mientras la necesidad de investigación de resultados es obvia, la investigación de procesos que se refiere a que ocurre en la intervención, puede conducir al desarrollo de hipótesis y proposiciones, que permitiría desarrollar mayores líneas de investigación.

Como se ha planteado, el trabajo basado en la familia es un campo apropiado para el desarrollo de estrategias de intervención con adolescentes embarazadas y de factores protectores.

Entre las áreas a incorporar se menciona las relaciones familiares: historia y patrones de interacción positivas y disminuir las negativas dentro de la familia, fortalecer los roles de los miembros de la familia, cuidado y monitoreo, comunicación familiar, estilos de afrontamiento y responsividad emocional de la familia.

Aspectos de la experiencia escolar de las adolescentes. Especialmente, metas educacionales, relaciones con sus pares y profesores; actividades pro sociales que fomenten la red de apoyo, la relación con los pares, identificar valores, actitudes y expectativas. Temas culturales, conocimientos y actitudes ante roles, salud y sexualidad adolescente, emergencia de problemas físicos, psicológicos y conductuales.

Es posible intervenir eficazmente en las condicionantes de la adolescente embarazada, fortaleciendo el buen cumplimiento de las tareas del desarrollo y fomentando estrategias de afrontamiento en vista de la prevención y promoción de la salud.

Esta investigación aporta una aproximación a la evaluación de las acciones en atención primaria de salud, resaltando el rol de la Psicología en este campo, como una disciplina idónea para contemplar las distintas vertientes involucradas en las problemáticas de salud. Pensando en la relativa reciente incorporación del área de la Psicología en el sistema público, que plantea el desafío de una integración creciente.

Es de esperar que la evaluación continua tanto de resultados como de procesos se dirija al perfeccionamiento de la intervención en salud y retroalimente a los programas actuales.

BIBLIOGRAFIA

- Aclé, C., Berger, W., González, V. y Moltalban, J. (1984). *Cuestionario para Evaluar Salud Mental en la Edad Juvenil*. Tesis Universidad Católica de Chile.
- Adams, G., Abraham, K. y Markstrom, C. (1987). The relations among identity development, self consciousness, and self-focusing during middle and late adolescence. *Developmental Psychology*, 23, 292-297.
- Aguirre, M. (1993). El embarazo de la adolescente y sus implicancias biopsicosociales. *Revista Occidente*, 347, 27-29.
- Alexander, C. y Guyer, B. (1993). Adolescent pregnancy: occurrence and consequences. *Pediatrics Annals*, 22, 85-88.
- Almonte, C., Sepúlveda, G., Avendaño, A. y Valenzuela, C. (1985). Desarrollo psicosocial de adolescentes de 12 a 15 años. *Revista Chilena de Pediatría*, 56, 263-270.
- Allen, J. (1998). Of resiliency, vulnerability, and a woman who never lived. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7, 1.
- Asún, D., Alfaro, J. y Morales, G. (1994). Análisis crítico de categorías y estrategias utilizadas para el estudio de intervención psicosocial con jóvenes en Chile. *Revista Chilena de Psicología*, 15, 1.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecological of mind*. Ballantine Books, Canadá, 13° edición.
- Berryman, J., Hargreaves, D., Herbert, M. y Taylor, A. (1994). *Psicología del Desarrollo*. Editorial Manual Moderno, México.

- Brevis, P., Contreras, J., Espinoza, E., Fernández, C., Lagos, M. y Martínez, C. (1996). *Adolescencia y Educación Sexual*. Seminario para optar al grado de Licenciado en Psicología, Universidad de Concepción, Chile.
- Brinkmann, H., Segure, T. y Solar, M. (1989). Adaptación, estandarización y elaboración de normas para el Inventario de Autoestima de Coopersmith. *Revista Chilena de Psicología*, 10, 1.
- Bronferbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge University.
- Brooks-Gunn, J. y Furstenberg, F. (1989). Adolescent sexual behavior. *American Psychologist*, 44, 249-257.
- Burt, M. (1998). *¿Porqué debemos invertir en los adolescentes?*. Documento preparado para la conferencia de Salud Integral del Adolescente y Jóvenes de América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud, Fundación Kellogg W. K. Washington D. C.
- Camarena, Ph., Minor, K, Melner, Th, Ferrie, C. (1998). The nature and support of mothers' life aspirations. *Family Relations*. 47, 2..
- Candia, X. (2000). *El embarazo adolescente su transmisión intergeneracional*. Documento preparado por Unidad de Adolescencia Consultorio Alejandro del Río, Santiago, Chile.
- Castro, R. (1991). Adolescente embarazada: aspectos orgánicos. En R. Molina (Editor). *Diagnóstico 1991: Embarazo en adolescente*, 57 – 68. SERNAM / UNICEF, Santiago.
- Corcoran, J. (1999). Ecological factors asociated with adolescent pregnancy a rewiew of the literature. *Adolescence*, 34, 135.

- Corona S. y Tidwell, R. (1999). Differences between adolescent mothers and nonmothers: an interview study. *Adolescence*, 34, 133.
- Cumsille, P. y Ramírez, V. (1999). Evaluación de un programa comunitario destinado a favorecer el desarrollo psicosocial de madre adolescente y sus hijos. *Revista*
- Florenzano, R. (1994). Estrés familiar y conductas de riesgo adolescencia. *Revista Instituto Chileno de Terapia Familiar*, 2, 4, 70 – 81.
- Florenzano, R. (1995). *Familia y salud de los jóvenes*. Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago.
- Flores, P. y Santelices, P. (1993). *Evaluación de un taller participativo – vivencial: Para adolescentes madres, utilizando una medición de actitudes antes – después*. Tesis para obtener el título de Psicólogo, Universidad de Chile, Santiago.
- Fonagy, P., Steele, H., Higgins, A. y Target, M. (1994). The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychologist*, 35, 2.
- Fuentes, M. y Lobos L. (1994). *Adolescente embarazada, programa de apoyo emocional*. Editorial Universitaria, Santiago.
- Furstenberg, F., Moore, K. y Peterson, J. (1985). Sex education and sexual experience among adolescents. *American Journal and Public Health*, 75, 1331-1332.
- Gerendos, M. y Sileo, E. (1992). *Embarazo en la adolescencia factores de riesgo y conductas de prevención*. Comisión femenina asesora de la Presidencia de la República. despacho de la muestra de estado para la promoción de la mujer, Venezuela.
- Glantz, M. (1995). *The Application of Resiliency and Risk Research to the divulgement of Preventive interventions*.

- González, E. (1991). Adolescente embarazada aspectos sociales. En R. Molina (Editor). *Diagnóstico 1991: Embarazo en Adolescentes*. SERNAM/ UNICEF. Santiago, 69-78.
- Hamel, P. (1993). Crónica de un embarazo anunciado: Criterios de riesgo en adolescentes populares urbanas. *Revista de Familias y Terapias*, 1, 11.
- Hidalgo, C. y Carrasco, E. (1999). *Salud Familiar*. Ediciones Universidad Católica de Chile. Primera edición, Santiago.
- Jackson, A. y Hornberg, D. (1989). Preparing for life: The critical transition of adolescence. *American Psychologist*, 44, 825-827.
- Kazdin, A. (1993). Adolescent mental health: Prevention and treatment programs. *American Psychology*, 48, 127-141.
- Lafuente, J. (1989). Perfil del adolescente de 15 años. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 21, 13-19.
- Largo, E. (1980). Madres solteras de bajo estrato socioeconómico: ¿Problema o alternativa? *Revista de Trabajo Social*, 32, 22-25.
- LeHew, W. (1992). Teenage pregnancy prevention: The vital importance of the medical community's involvement. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 167, 299-302.
- Lewis, M. (1996). *Psiquiatría de Niños y Adolescentes*, Segunda Edición.
- López, G. y Spoerer, I. (1992). *Legislación y adolescente embarazada*. Corporación de Salud y Políticas Sociales. Ediciones Corsaps, Santiago.

- Luengo, X. (1991). Definición y características de la adolescencia. En R. Molina (Editor). *Diagnóstico 1991: Embarazo en adolescente*. SERNAM / UNICEF, Santiago.
- Maddaleno, M. y Florenzano, R. (1989). *La Salud De los Jóvenes*. Universidad Católica de Chile, Santiago.
- Maddaleno, M. y Florenzano, R. (1999). *Guías Curriculares: Salud integral del adolescente*. CPU, Santiago, Chile.
- Maddaleno, M., Horwitz, N., Jara, C., Florenzano, R. y Salazar, D. (1987). Aplicación de un instrumento para calificar el funcionamiento familiar en la atención de adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría* 58, 3.
- Mardones, F. y Jones, G. (1985). Fecundidad en la adolescencia. *Revista Creces*, 3, 27-30.
- MINSAL, (1997). *Atención Primaria*. Ministerio de Salud Chile.
- MINSAL, (1995). *Atención de la Salud en Chile*. Ministerio de Salud Chile.
- MINSAL, (2000). *Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental*. Ministerio de Salud Chile.
- Minuchin, S. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. Editorial Piados, Barcelona.
- Molina, R. (1991). *Diagnóstico 1991, Adolescente Embarazada*. SERNAM, UNICEF; Santiago, Chile.
- Molina, R., Araya, S., Ibazeta, G., Jordán, P. y Lagos, E. (1985). Nivel de conocimientos y práctica de sexualidad en adolescentes. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 51, 293-302.

- Molina, R., Luengo, X., Sandoval, J., González, E., Castro, R. y Molina, T. (1998). Factores de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas, *Revista SOGIA*, 5, 1.
- Montenegro, H. (1986). El adolescente en el mundo actual. *Pediatría al Día*, 2, 197-202.
- Montenegro, H. (1994). *Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Editorial Salvador, Santiago, Chile.
- Mussen, P., Conger, J. y Kagan, J. (1990). *Aspectos esenciales del desarrollo de la personalidad en el niño*. Editorial Trillas, México.
- Nolen-Hoeksema, S. y Girgus, J. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-443.
- Nottelman, E. (1987). Competence and self-esteem during transition from childhood to adolescence. *Developmental Psychology*, 23, 441-449.
- Olson, D. (1991). Comentario: Three dimensional (3d) Circumplex Model and revised scoring of FACES III. *Family Process*, 30.
- Palma, I. (1990). *Los Jóvenes de Chile Hoy. Embarazo Adolescente: Daño Psicosocial y Proyecto de vida*. CEPAL – CIDE, Santiago - Chile.
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1992). *Psicología del Desarrollo Humano: de la infancia a la adolescencia*. McGraw – Hill, 5° edición.
- Pedrosa, L. (1980). *La Psicología evolutiva*. Ediciones Marova, Madrid.

- Petraitis, J., Flay, B. y Miller, T. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.
- Pizarro, A., Atalah, E. y Cumsmille, F. (1992). Factores de riesgo en el crecimiento del hijo de madre adolescente en Punta Arenas. *Revista Chilena de Pediatría*, 63, 153-158.
- Plan Comunal de Salud, Lo Prado (1999). Corporación Municipal de Salud y Educación, comuna de Lo Prado.
- Rodríguez, S., Arancibia, V. y Undurraga, C. (1987). *Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses*. Editorial Galdoc, 4º edición.
- Rojas, L. (1991). Problemática psicosocial de la madre adolescente. *Ciencias Sociales*, 53, 75-82.
- Ruiz, M. y Picota, E. (1998). *Introducción a la Terapia Familiar Sistémica – Manual*. Editorial La Antigua, Universidad Católica, Santa María La Antigua, Panamá.
- Rutter, J. (1998). *Psiquiatría de Niños y Adolescentes*, capítulo 47: Prevención.
- Satin, A., Leveno, K., Sherman, L., Reedy, N., Lowe, T. y Mcintire, D. (1994). Maternal youth and pregnancy outcomes: Middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 171, 184-187.
- Scott, C. (1996). Understanding attitude change in developing effective substance abuse prevention programs for adolescents. *The School Counselor*, 43, 187-195.
- Selman, R., Beardslee, W., Schutz, C., Krupa, M. y Podorefsky, D. (1986). Assessing adolescent interpersonal negotiation strategies: Toward the integration of structural and functional models. *Developmental Psychology*, 22, 450-459.

- Sepúlveda, G. y Dünner, P. (1998). *Cuestionarios de Situaciones Problema para adolescentes*. Apunte Universidad de Chile, Santiago.
- SERNAM, (1998). *Apoyo a la Gestión de Políticas Sociales. Evaluación y propuestas, embarazo adolescente*. Documento de trabajo n° 5, Santiago, Chile.
- SERNAM, (2000). *Resumen 3° Avance Propuesta de Políticas Públicas para la Prevención del Embarazo en Adolescencia y apoyo al Desarrollo de su Sexualidad y Afectividad*. Universidad de Chile, Centro de Análisis de Políticas Públicas.
- Signorella, M., Jamison, W. y Hansen, M. (1989). Predicting spatial performance from gender stereotyping in activity preferences and in self concept. *Developmental Psychology*, 25, 89-95.
- Solomon, R. y Pierce, C. (1998). Effectiveness of a family support center approach to adolescent mothers: Repeat pregnancy and school drop – out rates. *Family Relations*, 47, 2.
- Sommer, C., Withman, Th., Borkowky, J., Gondol, D., Burke, J. y Weed, K. (2000). *Adolescent*, 35, 137.
- Stevens-Simon, C. y White M. (1991). Adolescent pregnancy. *Pediatric Annals*, 20, 322-331.
- UNICEF, (1994). *Adolescente, salud integral y embarazo precoz*. Documento especial n° 3, Chile.
- Viel, B. (1991). Embarazo de adolescentes, problema de salud pública. *Boletín de la Asociación Chilena de Protección a la Familia (APROFA)*, 27, 15-20.
- Zegers, B. (1985). *Desarrollo Psicológico en la Adolescencia*. Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

Apéndice N° 1:

Intervención Psicosocial de Grupo para
Adolescentes Embarazadas
Comuna de Lo Prado, 1998

TALLER DE APOYO EMOCIONAL PARA ADOLESCENTES EMBARAZADAS

PROPOSITO

Promover el fortalecimiento de las relaciones madre – hijo (a) y el desarrollo de factores protectores.

OBJETIVO GENERAL

Promover el desarrollo de la Identidad en las adolescentes a través de la integración de la experiencia del hijo en una concepción positiva de sí mismas, favoreciendo el cuidado personal y del hijo.

Objetivos Específicos

1. Favorecer el aprendizaje de conductas de autocuidado que disminuya la aparición de condiciones de riesgo biopsicosocial asociados al embarazo en la adolescencia (complicaciones físicas en embarazo y parto, segundo embarazo, deserción escolar, etc.).
2. Identificar emociones, sentimientos y expectativas respecto a sí mismas y la llegada del hijo(a)
3. Identificar y analizar valores, creencias respecto a la familia y a la pareja.
4. Favorecer el planteamiento de sus proyectos de vida y la incorporación del hijo(a).
5. Aprender a reconocer las necesidades del niño a través del manejo de cuidados básicos y la detección de síntomas de riesgo en salud, disminuyendo así, los niveles de angustia en las madres.
6. Fomentar la Lactancia Materna exclusiva reconociendo sus beneficios como estrategia de acercamiento madre – hijo(a).
7. Conocer y practicar técnicas e estimulación del desarrollo psicosocial del niño(a) como método de establecimiento de relaciones saludables entre madre - hijo(a) y su entorno.
8. Reconocer instancias de atención en salud disponibles con el fin de una utilización oportuna y eficaz de estos servicios, aminorando niveles de angustia presentes ante posibles enfermedades del hijo(a).

Población Beneficiaria

Adolescentes embarazadas entre 13 y 17 años que presentan menos o igual a 28 semanas de gestación, con riesgo biopsicosocial, pertenecientes a los Consultorios de la comuna de Lo Prado.

Metodología

Metodología activa – participativa, estructurada en un taller de 10 sesiones, de una hora y media de duración, aproximadamente, cada una.

Se utilizan estrategias de educación popular que incluyen actividades en los dominios icónicos, acción y verbal.

Número de participantes: 12 a 15 adolescentes.

Recurso Humano

La coordinación del taller esta a cargo de Asistente Social, Psicóloga y Matrona del Consultorio, contando con la participación de Enfermeras y Kinesióloga.

Evaluación

Ingreso:

- Invitación a todas las adolescentes embarazadas en consulta maternal y servicio social.
- Evaluación según criterios de riesgo psicosocial por Matrona y Asistente Social.

Final:

- Evaluación cualitativa de las adolescentes.
- Respuesta a cuestionario de contenidos.

Indicadores de Resultados

A corto plazo

- Inscripción a Paternidad Responsable.
- Lactancia Materna Exclusiva a los 6 meses.
- Nº de consultas por I.R.A.
- Desarrollo psicosocial del hijo (a).

A largo plazo (Seguimiento)

- Desarrollo psicosocial del hijo (a).
- Grado de riesgo psicosocial.

Descripción de las Sesiones

1ª Introducción

Objetivo: Crear un clima de acogida que facilite la integración grupal y la motivación de los participantes.

1. *Presentación de monitoras y bienvenida al taller.*
2. *Dinámica de presentación: Presentación Cruzada.*
3. *Expectativas del taller:* Se plantea la conversación en torno a qué imaginaron cuando se les invitó al taller, qué esperan encontrar aquí, que les gustaría que pasara o temas que les gustaría ver. A medida que van apareciendo ideas se van anotando en un papelógrafo, y luego se comentan y se presentan la estructura y temas del taller.
4. *Compromiso grupal:* Conversación sobre reglas de convivencia del grupo apoyado en tarjetas (respeto, asistencia, puntualidad, confidencialidad, etc.).
5. *Juego "Ha llegado carta":* Se forma un círculo con todas las sillas, una para cada participante, excepto para la persona que dirige el juego, quien se queda de pie, a un costado del círculo, diciendo: "ha llegado carta para todo el que..." y menciona alguna característica física o psicológica, utilizando características concretas, funcionales y generales.
Al mencionar cada característica los que piensan que la poseen deben pararse rápidamente e intercambiar lugares entre ellos. Quien dirige el grupo debe intentar sentarse y el que queda de pie debe continuar con el juego.
6. *Despedida*

2ª sesión: ¿Quién Soy Yo?

Objetivo: Reconocer y valorar características positivas de sí mismas.

Expresar sentimientos y pensamientos respecto al embarazo y su significado para ellas.

1. *Bienvenida: ¿Cómo han estado?*
2. *Juego "Estatuas Animadas"*: Se pide a las participantes que caminen por la sala, mirándose, topándose, luego detenerse y cerrar los ojos. Se indica que se concentren en sí mismas y adopten la postura de una estatua (persona, animal u objeto) que los represente. Se pide a las "estatuas" que abran los ojos, y por turnos vayan actuando como su estatua para que el resto del grupo pueda adivinar qué es. Al finalizar se pide que lo dibujen y se comenta la experiencia, analizando la imagen personal y las características relevantes de cada una de ellas.
3. *Experiencia del embarazo*: Sentadas en círculo se entrega un set de tarjetas con caritas expresando emociones a cada una, y se pide que elijan una con la que identifican lo que les pasó cuando se enteraron de que estaban embarazadas, y otra que identifique lo que sienten ahora. Luego, se comenta en el grupo.
4. *Juego "Esqueleto Chino"*.
5. *Despedida*.

3ª Sesión: Cuidados del Embarazo

Objetivo: Aprender formas de autocuidado en el embarazo, en relación a la dieta y los cambios físicos y psicológicos de este período.

1. *Bienvenida*.
2. *Presentación de video "Cuidados del Embarazo"*
3. *Juego "Cajita Musical"*: Al ritmo de la música se va pasando una cajita con tarjetas relacionadas al embarazo, cuidados y cambios. Cuando se detiene la música la persona que se queda con la cajita elige una tarjeta y la comenta en el grupo. Se repite hasta terminar con las tarjetas (se incluyen tarjetas de dudas y de penitencias).
4. *Juego "Cuento de animales" o "Espejos humanos"*: Se eligen parejas, las cuales se ponen frente a frente y deben reproducir movimientos ante un espejo por turnos. Uno de ellos debe ser espejo y reproducir todos los movimientos que haga el otro.
5. *Despedida*.

4ª sesión: Mi Familia y Mi Pareja

Objetivo: Identificar roles, creencias y expectativas respecto a la familia la pareja.

1. *Bienvenida.*
2. *Juego "Canasta de Frutas".*
3. *Representación de mi familia:* Se pide que cada persona dibuje o elija entre varias fotografías cómo es su familia actual y cómo le gustaría que fuese. Luego se comenta en el grupo.
4. *Juego "Roles Femeninos y Masculinos":* Se reparten tarjetas relacionadas al tema y se van comentando, clasificándolas como rol femenino, masculino o de ambos.
5. *Despedida.*

5ª sesión: Mi hijo y Yo

Objetivo: Reconocer al hijo(a) y fomentar la relación de cercanía madre - hijo (a).

1. *Bienvenida.*
2. *Juego "Cortocircuito":* Los participantes se ponen en círculo, simulan ser ampolletas, y tomados de las manos, configuran un circuito. Se pide a una persona que salga de la sala y cuando entre debe descubrir donde está el cortocircuito (una persona elegida al azar). Al entrar se coloca al centro del grupo y debe ir tocando la cabeza de cada persona, las que hacen el ruido de "BIP", indicando que funciona bien, y al tocar al cortocircuito, todos se paran e inician una acción en relación con la persona del centro, por ejemplo: abrazarla, cantarle una canción, decirle algo agradable, etc.
3. *Imaginería "Mi Hijo":* Se realiza una imaginería donde vean cómo es su hijo(a) y que le dirían, luego se dibuja lo que vieron y escriben un mensaje para este hijo. Se confecciona un cuaderno de recuerdos.
4. *Juego "Características de los niños (as)":* Cada participante elige una o más tarjetas, donde se describen características físicas y psicológicas de los niños, de acuerdo a cómo cree y quiere que sea su hijo(a). Se comenta en el grupo y se reflexiona en torno a las necesidades de los niños.
5. *Despedida.*

6ª sesión: Preparación para el Parto.

Objetivo: Identificar mitos y creencias en torno al parto y cómo prepararse para ese momento.

1. Bienvenida.
2. Juego "Tarjetas de Mitos del Parto".
3. Imaginería de relajación.
4. Juego "Sillas Musicales"
5. Despedida y comentario.

7ª sesión: Mi Proyecto de Vida.

Objetivo: Identificar aspiraciones, deseos y metas a corto y largo plazo y cómo llevarlas a cabo.

1. Bienvenida.
2. Dinámica "Mí árbol": Se entrega una hoja con un árbol dibujado en el cual se pide que completen de acuerdo a sus metas desde las raíces hasta las ramas. En cada etapa se va agregando qué necesitan y qué tienen en este momento.
3. Role - playing "Representando su proyecto de vida": Cada participante, con la ayuda de otros miembros del grupo va representando se meta.
4. Exposición de Métodos Anticonceptivos.
5. Despedida y comentario.

8ª sesión: Cuidados del Recién Nacido y Lactancia Materna.

Objetivo: Conocer las características y cuidados de un recién nacido y los beneficios de la lactancia materna exclusiva.

1. Bienvenida.
2. Juego " Tarjetas de Lactancia Materna"
3. Exposición y práctica de cuidados básicos.
4. Dinámica "Preparando la llegada de un hijo (a)": Se pide a cada una que le confeccione un regalo a su hijo (a), para lo cual se facilita papeles, tijeras, pegamento, etc.
5. Despedida y comentario.

9ª sesión: Protegiendo y Jugando con mi hijo.

Objetivo: Aprender ejercicios recreativos que estimulan el desarrollo psicosocial del niño(a) en los primeros meses.

Reconocer síntomas y señales de I.R.A. y conocer los servicios de salud disponibles.

1. *Bienvenida.*
2. *Presentación de video de Desarrollo Psicosocial.*
3. *Demostración de ejercicios.*
4. *Juego " Tarjetas de I.R.A. ".*
5. *Juego " Tarjetas Servicios de Salud".*
6. *Despedida y comentarios.*

10ª sesión: Despedida.

Objetivo: Integrar lo visto en el taller y realizar una evaluación de éste.

1. *Bienvenida.*
2. *Confección de collage "Resumen del Taller":* Se pide que en parejas o grupos de tres, confeccionen un collage que contenga lo que aprendieron del taller. Luego se comenta en el grupo.
3. *Evaluación cualitativa:* Qué les gustó, qué no les gustó, qué faltó.
4. *Entrega de regalos y libro de recuerdo:* Se pide que cada una le escriba a las otras un mensaje de cariño.
5. *Convivencia y despedida.*

Apéndice N° 2:

Escala de Medición del Autoconcepto
de Coopersmith

Brinkmann, H., Segure, T. y Solar, M., 1989

CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO

Por favor responde cada una de la siguientes afirmaciones. Si describe cómo te sientes usualmente, pon una X en el paréntesis correspondiente en la columna debajo de la frase "Igual que Yo". Si la frase no describe como te sientes usualmente, pon una X en el paréntesis correspondiente en la columna debajo de la frase "Distinto a Mí". No hay respuestas buenas ni malas.

Ejemplo: **Me gustaría comer helados todos los días.**

Si te gustaría comer helados todos los días, pon una X en el paréntesis debajo de la frase "igual que yo". Si no te gustaría comer helados todos los días, pon una X en el paréntesis debajo de la frase "distinto a mí".

Igual que yo

Distinto a mí

()

()

MARCA TODAS TUS RESPUESTAS

	Igual que YO	Distinto a MI
1. Paso mucho tiempo soñando despierto.	()	()
2. Estoy seguro de mí mismo.	()	()
3. Deseo frecuentemente ser otra persona.	()	()
4. Soy simpático.	()	()
5. Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos.	()	()
6. Nunca me preocupo por nada.	()	()
7. Me da vergüenza pararme frente al curso para hablar.	()	()
8. Desearía ser más joven.	()	()
9. Hay muchas cosas de mi que me gustaría cambiar si pudiera.	()	()
10. Puedo Tomar decisiones fácilmente.	()	()
11. Mis amigos gozan cuando están conmigo.	()	()

12. Me incomodo en casa fácilmente.	()	()
13. Siempre hago lo correcto.	()	()
14. Me siento orgullosa de mi trabajo o en mi escuela.	()	()
15. Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer.	()	()
16. Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas.	()	()
17. Frecuentemente me arrepiento de las cosas que hago.	()	()
18. Soy popular entre mis compañeros(as) de mi misma edad.	()	()
19. Usualmente mis padres consideran mis sentimientos.	()	()
20. Nunca estoy triste.	()	()
21. Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo.	()	()
22. Me doy por vencido fácilmente.	()	()
23. Usualmente puedo cuidarme a mí mismo.	()	()
24. Me siento suficientemente feliz.	()	()
25. Preferiría jugar con niños menores que yo.	()	()
26. Mis padres esperaban demasiado de mí.	()	()
27. Me gustan todas las personas que conozco.	()	()
28. Me gusta que el profesor me interrogue en clases.	()	()
29. Me entiendo a mí mismo.	()	()
30. Me cuesta comportarme como soy en realidad.	()	()
31. Las cosas en mi vida están muy complicadas.	()	()
32. Los demás casi siempre siguen mis ideas.	()	()
33. Nadie me presta mucha atención en casa.	()	()
34. Nunca me regañan.	()	()
35. No estoy progresando en la escuela como me gustaría.	()	()
36. Puedo tomar decisiones y cumplirlas.	()	()
37. Realmente no me gusta ser una muchacha.	()	()
38. Tengo una mala opinión de mí mismo.	()	()

39. No me gusta estar con otra gente.	()	()
40. Muchas veces me gustaría irme de casa.	()	()
41. Nunca soy tímida.	()	()
42. Frecuentemente me incomoda la escuela.	()	()
43. Frecuentemente me avergüenzo de mí mismo.	()	()
44. No soy tan bien parecida como otra gente.	()	()
45. Si tengo algo que decir, usualmente lo digo.	()	()
46. A los demás "les da" conmigo.	()	()
47. Mis padres me entienden.	()	()
48. Siempre digo la verdad.	()	()
49. Mi profesor me hace sentir que no soy gran cosa.	()	()
50. A mí no me importa lo que me pasa.	()	()
51. Soy un fracaso.	()	()
52. Me incomodo fácilmente cuando me regañan.	()	()
53. Las otras personas son más agradables que yo.	()	()
54. Usualmente siento que mis padres esperan más de mí.	()	()
55. Siempre sé que decir a otras personas.	()	()
56. Frecuentemente me siento desilusionado en la escuela.	()	()
57. Generalmente las cosas no me importan.	()	()
58. No soy una persona confiable para que otros dependan de mí.	()	()

GRACIAS POR TU COLABORACION

Apéndice N° 3:

Cuestionario de Salud Mental

Aclé, C., Berger, W., González, V. y Moltalban, J., 1984

Cuestionario de Salud Mental

Este cuestionario consta de una serie de preguntas cada una con cuatro (4) alternativas. Debes elegir de las alternativas propuestas sólo una por pregunta, aquella que más se aplique a ti. Por ejemplo, en el cuestionario dice:

¿ Desde hace seis meses te has sentido muy cansado?

(a) Nunca (b) A veces (c) Con frecuencia (d) Casi siempre

Si tu eliges con frecuencia, marca con una X en el paréntesis correspondiente. Trata de ser lo más sincero contigo mismo, contestando según tu propia experiencia. Asegúrate que marcas claramente tus respuestas. Ninguna de las alternativas elegidas es buena o mala, sólo se trata de conocer tus experiencias.

TE AGRADECEMOS SINCERAMENTE TU COLABORACION

	A	B	C	D
1. En los últimos seis meses ¿te has sentido cansada y decaída?	() No, en absoluto	() Rara vez	() Con frecuencia	() Casi siempre
2. ¿Has tenido dolores de cabeza últimamente?	() Nunca	() Rara vez	() Con frecuencia	() Casi siempre
3. Últimamente, ¿has podido concentrarte en lo que haces?	() Casi siempre	() Con frecuencia	() Rara vez	() Nunca
4. Ultimamente, ¿Te has sentido con buen ánimo y energía?	() Nunca	() Rara vez	() Con frecuencia	() Casi siempre
5. Ultimamente ¿te ha costado quedarte dormida?	() Nunca	() Rara vez	() Con frecuencia	() Casi siempre
6. En los últimos seis meses, ¿has tratado de comportarte lo mejor posible en el colegio, trabajo y/o casa obedeciendo reglas?	() Nunca	() Rara vez	() Con frecuencia	() Casi siempre
7. En este último tiempo, ¿te has sentido mentalmente alerta y despejado?	() Casi siempre	() Con frecuencia	() Rara vez	() Nunca
8. En este último tiempo, ¿te ha costado permanecer dormido toda la noche?	() Casi siempre	() Con frecuencia	() Rara vez	() Nunca
9. Ultimamente, ¿has tenido sueños desagradables o pesadillas?	() Nunca	() Rara vez	() Con frecuencia	() Casi siempre

10. Ultimamente, ¿pasas la noche inquieto y dándote vueltas?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
11. En el último año, ¿has pasado varios días en que has disminuido tu rendimiento en el colegio, trabajo o casa?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
12. En el último año, ¿has pasado varios días en que se te ha hecho más difícil concentrarte y pensar con claridad?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
13. Durante los últimos tres meses, ¿te has sentido culpable por algo que hayas hecho?	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca
14. ¿Te has sentido aporreado debido a lo que comes?	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca
15. ¿Has sentido que te falta controlarte para comer?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
16. ¿Has estado comiendo tanto que te dan dolores estomacales?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
17. En el último año, ¿te has pasado varios días seguidos constantemente cansada y sin deseos de hacer nada?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
18. En el último año, ¿has estado varios días en que se te ha molestado estar con gente?	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca
19. En el último año, ¿has pasado varios días en que has perdido el interés por las actividades recreativas (como jugar, hacer deportes, salir de paseo,)?	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca
20. En el último año, ¿has estado varios días en que te has comportado muy agresivamente con tus padres o apoderados?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
21. En el último año, ¿has pasado varios días en que piensas que en el futuro nada te va resultar bien?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
22. En el último año, ¿has pasado varios días en que piensas en las cosas tristes que te han pasado?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
23. En el último año ¿has pasado varios días en que lloras o sientes deseos de hacerlo constantemente?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre

24. ¿Ultimamente te has levantado en la mañana sintiendo que no has podido descansar?	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca
25. Ultimamente, ¿te has sentido muy cansada y agotada?	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca
26. Ultimamente, ¿te has desvelado a causa de tus preocupaciones?	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca
27. ¿Te cuesta enfrentar una situación que te hace esforzarte?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Varias veces desde hace seis meses	<input type="checkbox"/> Frecuentemente desde hace seis meses
28. En los últimos seis meses, ¿has sentido que necesitas ayuda urgente para aclarar ciertas dudas y/o preocupaciones atormentadoras?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
29. En los últimos tres meses, ¿te has sentido tan aporreado y angustiado que te has aislado de los demás?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
30. ¿Te has sentido muy deprimido debido a que, a pesar de que trata, no puedes dejar de comer?	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca
31. En los últimos seis meses, ¿te has puesto de mal genio con facilidad?	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Bastante a menudo	<input type="checkbox"/> Casi siempre
32. En los últimos seis meses, ¿has hecho a propósito cosas que enojan a tus mayores?	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca
33. En los últimos seis meses, ¿has tenido peleas violentas con tus mayores en las que les dices de todo?	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca
34. En los últimos seis meses, ¿has sentido que se te hace intolerable cumplir con las reglas u órdenes dadas por tus mayores?	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca
35. En los últimos seis meses, ¿te has negado a obedecer y/o acatar las reglas del colegio y/o casa?	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca

36. En los últimos seis meses, ¿te has sentido demasiado nervioso y te ha resultado imposible relajarte?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
37. En el último año, ¿has pasado varios días en que con frecuencia sientes que no vales mucho?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
38. ¿Te apoderas de objetos ajenos?	<input type="checkbox"/> Con frecuencia desde hace tres meses o más	<input type="checkbox"/> Pocas veces desde hace tres meses o más	<input type="checkbox"/> No, desde hace un año	<input type="checkbox"/> Nunca
39. ¿Te has sentido últimamente decaído, triste, sin ánimo?	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca
40. Últimamente, ¿tienes la sensación de que algo terrible va a suceder?	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca
41. ¿Cuándo tienes que ir al colegio, ¿sientes dolores de estómago y/o cabeza?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca
42. ¿Te cuesta encontrarte en tus juegos, estudio, trabajo si no está presente una persona especial para ti?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca
43. ¿Has tenido alguna experiencia fuerte y dolorosa?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
44. En los últimos seis meses, ¿has pasado varios días seguidos en que recuerdas constantemente eses hecho terrible?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
45. En los últimos seis meses, ¿has tenido sueños repetidos acerca de lo que te sucedió?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
46. En los últimos seis meses, ¿has tenido la sensación como si volviera a ocurrir lo que te pasó?	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca
47. En los últimos seis meses, ¿has sentido que la gente conocida te parece extraña?	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca
48. En los últimos seis meses, ¿has sentido que quieres menos a la gente que te rodea?	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca

49. En los últimos seis meses, ¿te asustas y sobresaltas por cualquier cosa?	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca
50. En los últimos tres meses, ¿te has sentido demasiado confundido y nerviosa en relación a quién eres y/o deseas hacer con tu vida?	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca
51. ¿Has tenido miedo, sin motivo, de que la persona que más quieres te abandone y no vuelva?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
52. ¿Has tenido miedo, sin motivo, de que pase algo terrible que te separe de la persona que más quieres?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
53. En los últimos tres meses ¿has sentido que tienes preocupaciones que no te dejan vivir en paz?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
54. En los últimos tres meses, ¿has sentido dudas sobre tu persona, que te ponen nerviosa?	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca
55. En los últimos tres meses, ¿has tenido inseguridad sobre algunos aspectos de tu persona que son tan inquietantes que te ha ido mal en el colegio y/o trabajo?	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca
56. ¿Tienes miedo intenso y duradero de algo aún sabiendo que es ridículo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
57. Recientemente, ¿has sentido miedo de perder el control de lo que hacer?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
58. ¿Has sentido unos deseos terribles de escapar de algo que te produce mucho miedo, aunque sepas que es absurdo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
59. Durante las últimas tres semanas, ¿has sentido repentinos ataques de terror sin razón alguna?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
60. En el último año, ¿has pasado varios días en que te vienen a la mente ideas de muerte y/o suicidio?	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca
61. ¿Has sentido un miedo repentino a volverte loco o morir?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Más de una vez a la semana

Apéndice N° 4:

Encuesta de Contenidos Específicos

ENCUESTA ADOLESCENTE EMBARAZADA

Nombre y Apellidos _____

N° de Ficha Consultorio _____

Estado Civil () Casada () Conviviente () Soltera () Otro

¿Qué planes has pensado para tu futuro?

() Trabajar. () Seguir estudiando. () No lo tengo claro.

() Otra ¿Cuál? _____

¿Participas en la iglesia, actividades deportivas, culturales o políticas?

() SI () NO

¿Dónde vas cuando tú o alguno de tu familia presenta un problema de salud?

¿Qué método anticonceptivo usa actualmente?

Apéndice N°5:

Cuestionario de Situaciones Problema

Sepúlveda, G. y Dunner, P., 1998

CUESTIONARIO DE SITUACIONES PROBLEMA

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Se presentan varias situaciones que plantean problemas de relaciones con otras personas en el ámbito familiar, escolar y social.

Frente a cada problema se debe analizar la situación especificando las causas e identificando el problema central. De todas las soluciones que se te ocurran considerando las consecuencias de cada una de ellas, es decir, que pasaría si se llevaran a cabo. Luego, debes elegir la solución más adecuada para ti y nombrar los pasos y/o acciones que hay que dar para resolver el problema.

No hay respuestas buenas o malas, lo único que interesa es conocer como tú resuelves los problemas.

- LEE CUIDADOSAMENTE TODO ESTE CUESTIONARIO.
- RESPONDE LAS CINCO PREGUNTAS QUE SE SEÑALAN PARA CADA UNA DE LAS SITUACIONES PROBLEMA QUE SE PRESENTAN MAS ABAJO.

EJEMPLO: Tu amigo te dice que no puede salir contigo porque sus padres no te conocen.

PREGUNTAS:

- A. ¿Cuál es el problema principal o el más importante?
¿Por qué crees tú que se produjo esta situación?

- B. ¿Qué ideas se te ocurren para solucionarlo? Frente a cada idea dada por ti analiza las consecuencias de cada una de ellas, es decir, nombra las ventajas y desventajas.

IDEAS

CONSECUENCIAS

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- C. Señala cuál solución elegirías y explica los pasos que hay que dar para llevar a cabo la solución.

SITUACIONES PROBLEMA:

1. Por accidente botaste la calculadora del profesor y ahora no funciona. El profesor no sabe lo que sucedió.

A. ¿Cuál es el problema principal o el más importante?
¿Por qué crees tú que se produjo esta situación?

B. ¿Qué ideas se te ocurren para solucionarlo? Frente a cada idea dada por ti analiza las consecuencias de cada una de ellas, es decir, nombra las ventajas y desventajas.

IDEAS

CONSECUENCIAS

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

C. Señala cuál solución elegirías y explica los pasos que hay que dar para llevar a cabo la solución.

2. Estas en una tienda con un amigo. El te pide que vigiles al guardia o los vendedores mientras él roba.

A. ¿Cuál es el problema principal o el más importante?
¿Por qué crees tú que se produjo esta situación?

C. Señala cuál solución elegirías y explica los pasos que hay que dar para llevar a cabo la solución.

4. Durante una prueba estás mirando al espacio tratando de pensar en la respuesta a una pregunta. La profesora piensa que estás mirando la prueba de otra persona. Te dice que te va a poner un 1 por copiar.

A. ¿Cuál es el problema principal o el más importante?

¿Por qué crees tú que se produjo esta situación?

B. ¿Qué ideas se te ocurren para solucionarlo? Frente a cada idea dada por ti analiza las consecuencias de cada una de ellas, es decir, nombra las ventajas y desventajas.

IDEAS

CONSECUENCIAS

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

C. Señala cuál solución elegirías y explica los pasos que hay que dar para llevar a cabo la solución.

5. Tu amigo, que es un buen estudiante, quiere abandonar el colegio para trabajar, debido a su padre está cesante.

- A. ¿Cuál es el problema principal o el más importante?
¿Por qué crees tú que se produjo esta situación?

- B. ¿Qué ideas se te ocurren para solucionarlo? Frente a cada idea dada por ti analiza las consecuencias de cada una de ellas, es decir, nombra las ventajas y desventajas.

IDEAS

CONSECUENCIAS

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

- C. Señala cuál solución elegirías y explica los pasos que hay que dar para llevar a cabo la solución.

6. Tu hermana menor te cuenta que unos niños grandes del colegio están tratando e forzarla a probar drogas.

- A. ¿Cuál es el problema principal o el más importante?
¿Por qué crees tú que se produjo esta situación?

C. Señala cuál solución elegirías y explica los pasos que hay que dar para llevar a cabo la solución.

8. Tu mamá te da permiso para ir a una fiesta. Cuando vas saliendo de tu casa, tu papá, quien recién viene llegando, te dice que no puedes ir.

A. ¿Cuál es el problema principal o el más importante?
¿Por qué crees tú que se produjo esta situación?

B. ¿Qué ideas se te ocurren para solucionarlo? Frente a cada idea dada por ti analiza las consecuencias de cada una de ellas, es decir, nombra las ventajas y desventajas.

IDEAS

CONSECUENCIAS

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

C. Señala cuál solución elegirías y explica los pasos que hay que dar para llevar a cabo la solución.

Apéndice N°6:

APGAR de Percepción del
Funcionamiento Familiar

Maddaleno, M., Horwitz, N., Jara, C., Florenzano, R. y
Salazar, D., 1987

CUESTIONARIO DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

¿Estás satisfecha con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?

Nunca A veces Siempre

¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en la casa?

Nunca A veces Siempre

¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?

Nunca A veces Siempre

¿Los fines de semana son compartidos por todos en la casa?

Nunca A veces Siempre

¿Sientes que tu familia te quiere?

Nunca A veces Siempre

Apéndice N° 7:

Escala de Evaluación de la Adaptación
y Cohesión Familiar

Olson y cols., 1979

(Olson, Sprenkle y Rusel, 1979; Olson, 1991; Olson, 1994,
citados en Hidalgo, C. y Carrasco, E., 1999).

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

A las siguientes preguntas marca el número que mejor refleje tu opinión.

1: CASI NUNCA

2: UNA QUE OTRA VEZ

3: A VECES

4: CON FRECUENCIA

5: CASI SIEMPRE

1. Los miembros de mi familia nos pedimos ayuda unos a otros.	1	2	3	4	5
2. Para resolver los problemas, en mi familia, se toman en cuenta las opiniones de los hijos.	1	2	3	4	5
3. En mi familia, nosotros aceptamos los amigos que cada uno tiene.	1	2	3	4	5
4. En mi familia, los hijos expresamos nuestra opinión acerca de nuestra disciplina.	1	2	3	4	5
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia más cercana.	1	2	3	4	5
6. Diferentes personas de mi familia deciden como se deben hacer las cosas.	1	2	3	4	5
7. Los miembros de mi familia nos sentimos más cercanos entre nosotros que con personas extrañas a la familia.	1	2	3	4	5
8. En nuestra familia hacemos cambios en la forma de realizar las labores de la casa	1	2	3	4	5
9. En mi familia nos gusta pasar juntos nuestros tiempos libres.	1	2	3	4	5

10. Padre(s) e hijo(s) discuten juntos los castigos.	1	2	3	4	5
11. Los miembros de mi familia nos sentimos muy cercanos unos de otros.	1	2	3	4	5
12. Los hijos toman las decisiones en la familia.	1	2	3	4	5
13. Cuando en nuestra familia compartimos actividades todos estamos presentes.	1	2	3	4	5
14. Lo que se puede hacer y lo que no está permitido, no está tan claro en nuestra familia.	1	2	3	4	5
15. En nuestra familia fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer juntos.	1	2	3	4	5
16. Nos turnamos las responsabilidades de la casa.	1	2	3	4	5
17. En nuestra familia nos consultamos nuestras decisiones.	1	2	3	4	5
18. Es difícil distinguir quién es el que decide cómo se hacen las cosas en nuestra familia.	1	2	3	4	5
19. La unión familiar es muy importante para nosotros.	1	2	3	4	5
20. Es difícil decir en nuestra familia quién se encarga de determinadas labores de la casa y quién de otras.	1	2	3	4	5