

# ***Una Perspectiva Integradora del Embarazo Adolescente: La Visita Domiciliaria como Estrategia de Intervención***

## ***An Integrative Perspective of Adolescent Pregnancy: Home Visitation Program as an Intervention Strategy***

Bernardita Muñoz Chereau\*

Christian Berger Silva\*

Marcela Aracena Alvarez\*

### ***Resumen***

El presente artículo aborda el problema del embarazo adolescente desde una perspectiva biopsicosocial, poniendo especial énfasis en la magnitud y naturaleza multidimensional del problema. Se ahonda en las consecuencias sociales, en la salud de la madre e hijo y en la situación de riesgo de la adolescente enfrentada a las demandas propias de la adolescencia y de la maternidad. Después de una descripción del fenómeno a nivel nacional e internacional a partir de datos sobre la prevalencia y sus características distintivas en diferentes contextos, se presenta una modalidad de intervención del embarazo adolescente que ha probado ser funcional y efectiva en determinados países: la visita domiciliaria.

El objetivo del presente documento es reflexionar en torno a la problemática del embarazo adolescente y su posible abordaje sistemático e integral, potenciando así su carácter sinérgico en relación a la prevención de otros problemas psicosociales.

**Palabras clave:** *Embarazo adolescente; Visitas domiciliarias*

### ***Abstract***

The present article faces the situation of the adolescent pregnancy from a biopsychosocial perspective, enfatizing the multidimensional magnitude and nature of this problem. Social consequences, mother and child health and risk situations that are faced by the adolescent considering her maternity and the adolescence itself, are discussed. After a description of the adolescent pregnancy in a national and international level, based on data about prevalence and its distinctive characteristics on different contexts, it is presented an intervention strategy that has showed to be functional and effective in different countries: the home visitation program.

---

\* Bernardita Muñoz Chereau; Ministerio de Educación, Chile. e-mail: [bmunoz@fundacionchile.cl](mailto:bmunoz@fundacionchile.cl)

\* Christian Berger Silva; Escuela de Psicología, Universidad Alberto Hurtado. e-mail: [cberger@uahurtado.cl](mailto:cberger@uahurtado.cl)

\* Marcela Aracena Alvarez; Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile. e-mail: [maracena@puc.cl](mailto:maracena@puc.cl)

The objective of the present article is to think over the situation of the adolescent pregnancy, from a sistematic and integral view, empowering its sinergic nature considering its relation with the prevention of other psychosocial problems.

**Key words:** *Adolescent pregnancy; Home visitation*

La familia, como las instituciones sociales en general, ha experimentado diversos procesos de transformación, los cuales se siguen sucediendo en la actualidad. Estos cambios sociales y culturales han sido en gran parte liderados por la globalización, la revolución de las informaciones y la aplicación de conocimiento avanzado, propios del mundo actual. Ahora bien, estos cambios se han materializado en variados ámbitos, incluyendo modificaciones en las costumbres y valores tradicionales de la población en general.

A comienzos de la década del 90 se esperaban en Chile para el año 2000, 2.813.012 adolescentes entre 10 y 19 años (18,4% de la población total). Según las proyecciones, se trataría de una población más instruida, con mayor participación en el mercado laboral, con menores índices de dependencia, factores que redundarían en conductas más liberales que las que caracterizaron a la década anterior (Diagnóstico de la situación del niño en Chile 1992, en Fuentes & Lobos 1995).

En concordancia con las proyecciones anteriores, hoy en día los adolescentes se ven enfrentados a discernimientos valóricos en una atmósfera que por un lado permite -basta mencionar el rol que juegan los medios de comunicación de masas al transmitir constantemente estímulos eróticos e incitar a la búsqueda de placer- y por otro lado, restringe -por ejemplo en el rechazo que puede experimentar una adolescente embarazada dentro de una institución social-. Es en este escenario donde los adolescentes deben plantearse frente a su proyecto de vida, tomando en

forma autónoma opciones que van a tener impacto en su vida laboral, afectiva y sexual.

En el contexto de las transformaciones socioculturales antes descrito, el embarazo adolescente sigue siendo un tema de gran vigencia a nivel mundial, constituyendo uno de los tópicos centrales en las políticas de Salud Pública de diferentes países (Viel 1998).

Es así que el embarazo adolescente ha tenido una importancia creciente en la ejecución de los programas de Salud y Educación en Chile y Latinoamérica (Fuentes & Lobos 1995). La necesidad de enfrentar esta problemática se asienta en los datos de prevalencia de la misma: a nivel mundial, 15 millones de mujeres adolescentes dan a luz cada año, correspondiendo a la quinta parte de todos los nacimientos (Population Reference Bureau PRB 1994). Por otra parte, según Billingham, Edenhalm y Huanco (1995), en algunos países en desarrollo las tasas de mortalidad infantil (niños de 1 y 2 años) de hijos de madres adolescentes fueron al menos un 20% más altas que las de los hijos de madres mayores de 20 años. En Estados Unidos (EE.UU.), la tasa de embarazo en adolescentes mujeres (15 a 19 años) aumentó durante la década de los 70, alcanzando el 11% del total de los mismos. Esta tasa se mantuvo relativamente estable en la década de los 80, con una leve disminución a comienzos de los 90. Si se calcula la tasa de embarazo adolescente considerando la población en riesgo (adolescentes mujeres que han tenido experiencias sexuales), la prevalencia alcanza a un 21% (Organización Panamericana Adolescente 1992).

Los datos anteriores dan cuenta del carácter mundial de la problemática del embarazo adolescente; no obstante lo anterior, para comprender mejor dicho fenómeno deben considerarse las diferencias socioculturales que caracterizan a poblaciones determinadas.

Dentro de la realidad de América Latina, los datos indican que en los países de América Central, cerca de dos terceras partes de las mujeres entre 15 y 19 años probablemente tendrán un hijo antes de llegar a los 20 años, aproximadamente la mitad en el Caribe y unas dos quintas partes en Sudamérica (Billinghurst et. al., 1995). En Costa Rica el 17,9% de los nacimientos que se produjeron durante 1994 fueron de mujeres que tenían menos de 19 años; de ellos el 0,6 era menor de 15 años. De este grupo, el 40% correspondía a madres solteras, y un 60% nunca recibió atención prenatal por vergüenza, temor o desconocimiento (Organización Panamericana Adolescente 1992). Por otra parte, en Bolivia, Paraguay y Venezuela el 10% del total de la población de adolescentes entre 15 y 19 años da a luz cada año (Population Reference Bureau 1994).

Si bien la problemática del embarazo adolescente se presenta en todo el mundo, los países latinoamericanos se ven mayormente afectados al considerar las características distintivas de su población en relación a este tema; en términos generales, se aprecia una mayor prevalencia de dicho fenómeno, como también madres adolescentes más jóvenes (Fuentes & Lobos 1995).

En Chile el tema del embarazo adolescente ha sido abordado progresivamente desde fines de la década del 70. Hoy constituye un tema clave en relación a los estudios, publicaciones y programas nacionales de salud (Hamel 1992); del mismo modo es importante destacar que también es un tema abordado intersectorialmente –no sólo desde el ámbito de la salud– siendo un tema central para el

ámbito de la educación, justicia, religión, familia, entre otras.

El embarazo adolescente corresponde en la actualidad a uno de los seis criterios (dimensión sociodemográfica) que integran el Índice de Prioridad Social (IPS), índice que permite la focalización prioritaria de recursos en las distintas comunas de la Región Metropolitana (MIDEPLAN 1997). De lo anterior se desprende la interrelación del embarazo adolescente con otras problemáticas de orden sociocultural, y en este sentido su enfrentamiento constituye un factor sinérgico que potencia la resolución de diversos problemas y fenómenos presentes en la sociedad actual.

Para graficar lo anterior en el marco de la realidad chilena, cabe considerar los siguientes datos estadísticos. Un 14,9% de los niños nacidos vivos en el año 1996 fueron hijos de madres menores de 19 años (MINSAL 2000). Un estudio de Buvinic, Valenzuela, Molina y González (1991) muestra que una de las principales características de las madres adolescentes es su condición de pobreza; en 1990, el 63,7% de las mujeres embarazadas adolescentes pertenecía al 40% de los hogares de menor ingreso del país (MIDEPLAN 1990). Una investigación en esta dirección, señala que la fecundidad adolescente es mucho mayor en aquellas comunas con predominio de estratos socioeconómicos bajos, donde se concentra el mayor número de hijos por cada 100 mujeres entre 15 y 19 años (20 a 28%). En contraste, en aquellas comunas de estrato socioeconómico alto, éste oscila entre el 4,3% y el 8,3% (Silva 1989, citado en Hamel 1992). En otras palabras, la pobreza triplica o cuadruplica la probabilidad que se presente el fenómeno: mientras más bajo el nivel socioeconómico, con mayor frecuencia se embaraza una mujer joven. (Hamel 1992).

Al considerar los datos anteriormente planteados en torno a la correlación entre

embarazo adolescente y pobreza, surge la importancia de considerar este fenómeno como parte de un entramado sociocultural. El embarazo de la adolescente no sólo tiene consecuencias para ella, para su hijo, para el progenitor, para los miembros de su familia de origen, sino también para la comunidad que enmarca este acontecimiento (Fuentes & Lobos 1995). Se trata de un problema de salud pública que requiere el diseño de un enfrentamiento que abarque su complejidad y presencia en la trama sociocultural de la cual es parte.

La perspectiva sociocultural se complementa con una perspectiva individual de la vivencia del embarazo adolescente, tanto la referida a la maternidad, como a la vivencia específica de la adolescencia. En consecuencia, el embarazo adolescente es un problema de carácter biopsicosocial, ya que significa una alteración en dos grandes dimensiones: en primer lugar, interrumpe y desequilibra el proceso de desarrollo (biológico, psicológico y social) de la madre (Castelli, Latorre & Correa 1996; CEANIM 1996), y en segundo lugar interfiere en la dinámica relacional de esa madre con el mundo social (familia de origen, establecimiento educacional, pareja y otros) en el cual se inserta, influyendo en sus relaciones interpersonales (Hamel 1992).

Desde un punto de vista bio-médico la madre adolescente y su hijo tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad comparados con grupos de madres entre 20 y 35 años. Ambos grupos (madres adolescentes y sus hijos) son considerados de alto riesgo (Romero 1983, citado en Hamel 1992). En este sentido, se afirma que la mujer adolescente debe ser prioridad en el cuidado de la salud (Grela 1989, citado en Hamel 1992). Esta afirmación resulta concordante con los lineamientos actuales de las Políticas Públicas del Ministerio de Salud de Chile, los cuales ponen especial énfasis en la promoción y

prevención por sobre el tratamiento (MINSAL 1997, 2000).

Para comprender la complejidad del embarazo adolescente, también es relevante considerar algunos alcances de la psicología del desarrollo: un individuo es adulto biológicamente cuando alcanza la madurez sexual, referida a la capacidad de potenciar su reproducción; es adulto psicológicamente cuando alcanza una definición de su identidad, es decir, posee valores y conocimientos realistas sobre sí mismo, sobre sus capacidades y limitaciones, siendo capaz de emitir juicios respecto de sí y de los demás. Finalmente, es adulto socialmente cuando asume roles definidos, equilibrando sus capacidades y exigencias sociales, estableciendo relaciones afectivas permanentes e íntimas, asumiendo su identidad sexual e independencia familiar, tanto en la esfera económica como emocional (Fuentes & Lobos 1995).

La adolescente embarazada se ve enfrentada a un cambio biográfico drástico: pasa bruscamente de niña-hija dependiente, a madre con obligaciones (igualmente dependiente) sin tener espacio ni tiempo para crecer como persona y madurar (Hamel 1992). La obligación de asumir un rol materno sin haber completado las tareas propias de la adolescencia conlleva una situación de constante tensión y conflicto. En este contexto, se pierde el derecho a la moratoria psicosocial, característica de la adolescencia en donde se presenta la posibilidad de ensayar y postergar la definición de roles sociales, antes de asumir responsabilidades propias de la adultez (Erikson 1982). Este conflicto genera una situación de estrés ligado a la ambivalencia antes señalada, tanto en la esfera emocional como psicosocial de la adolescente (Castelli et. al., 1996; Palma 1992, citado en Hamel 1992). En síntesis, debe conciliar las características propias de la adolescencia con las demandas que le exige la maternidad, en una edad en que aún no alcan-

za su madurez psicológica y social. Toda la constelación de factores recién expuestos dificulta una apropiación cabal del rol materno, así como también una imposibilidad de continuar con el desarrollo de las tareas presentes en la adolescencia (Erikson 1982).

El análisis se complejiza cuando integramos la perspectiva del género: en nuestra sociedad la mujer es socializada para asignarle un rol protagónico a su maternidad. Esta dinámica se acrecienta en los estratos socioeconómicos bajos, en donde muchas jóvenes se identifican y le dan sentido a sus vidas a través de la maternidad (Fuentes & Lobos 1995). En este sentido, la prevención del embarazo adolescente requiere considerar no sólo la información sobre la salud reproductiva, sino también la esfera afectiva, los proyectos de vida, entre otros ámbitos que caracterizan a las adolescentes. Al respecto, cabe considerar también que desde una perspectiva del género, la socialización de los hombres no integra adecuadamente la paternidad, siendo ésta una dimensión alejada de la esfera sexual, la cual es de vital importancia entre los adolescentes (Canada 1998).

Al considerar que un 44,3% de adolescentes embarazadas alcanza entre 7 y 9 años de escolaridad, se manifiesta que la deserción del sistema escolar se suma a las dificultades que deberá enfrentar la adolescente (Vicaría Pastoral Social 1997). Esta situación altera la relación con el grupo de referencia, su futuro educacional y laboral, agravando y perpetuando la transmisión de la pobreza (Buvinic et. al., 1991).

Los riesgos presentes de la madre se transforman en potenciales riesgos psicobiológicos para su hijo. La adolescente embarazada depende económica y emocionalmente de su familia de origen, enfrentándose por un lado a un conflicto intergeneracional que requerirá de ajustes (los padres de la adolescente continuarán con su función de crianza in-

cluso cuando su hija se haya transformado en madre); y por otro lado, se verá enfrentada a una situación de hacinamiento y falta de espacios propios, ya que el sistema al cual estos niños llegan al nacer no contempla un espacio definido con anterioridad.

Si se consideran los porcentajes de todos los nacidos vivos en las comunas de los sectores más pobres, se observa que 1 de cada 4 (25%) o de cada 5 (20%) de madres entre 15 y 19 años aportan un nuevo miembro a un hogar que ya tiene una condición de difícil sobrevivencia (Hamel 1992). Si se considera que el hacinamiento crea tensiones, irritabilidad y agresividad (Tusquets 1982, citado en Hamel 1992), se comprende que la situación familiar y habitacional es un factor potenciador del estrés. En este sentido, la inclusión del niño a este nuevo espacio social está teñida por una constante situación de tensión y conflicto (op. cit.).

Todo lo anterior redundando en consecuencias para los hijos de madres adolescentes, consecuencias que pueden materializarse en las mismas esferas (biológica, psicológica y social) (Buvinic et. al., 1991). En nuestro país, las cifras indican que los hijos de madres menores de 20 años son en mayor proporción hijos nacidos fuera del matrimonio; el 61% de embarazos adolescentes se dan fuera del matrimonio (Vicaría Pastoral Social 1997). El 80% de los niños desnutridos son hijos de madres adolescentes (Castelli et. al., 1996). En 1993, el 6% de los niños nacidos fuera del matrimonio pesó menos de 2 kgs. al nacer, versus un 4,9% de los nacidos dentro del matrimonio (Valdés, Olavarría & Pérez de Arce 1996). La tasa de mortalidad infantil en madres adolescentes es un 50% mayor que el promedio nacional (Vicaría Pastoral Social 1997). El déficit nutricional (relación talla/edad) de hijos de madres menores de 18 años se mantiene incluso a través del tiempo (Valenzuela 1993, en Assef

& Traverso 1996). En este punto, deben considerarse los últimos avances legales tendientes a disminuir las consecuencias sociales producto de la discriminación social asociada antiguamente a la "ilegitimidad" de los hijos, esto es, hijos nacidos fuera del matrimonio (Fuentes & Lobos 1995).

Además de los indicadores biodemográficos mencionados, pueden plantearse distintos riesgos potenciales para el niño. El niño recién nacido requiere del cuidado de un adulto, quien le brinde atención y cuidado, le de un trato cariñoso y satisfaga sus necesidades básicas (alimentación, abrigo, entre otros). Cuando estas necesidades no se satisfacen, el niño se ve expuesto a una potencial situación de negligencia. Esta perspectiva se ve reforzada por diversas investigaciones que consideran el embarazo adolescente como un factor de riesgo frente al maltrato infantil: el 58% de los niños de padres maltratadores corresponde a hijos de padres adolescentes (Klein 1978, en Hamel 1992) y el 54% de los niños que ingresan a hogares de protección por abandono tardío, colocados en el Servicio Nacional de Menores, son hijos de madres adolescentes que se declaran incapaces de asumir su cuidado (González 1991, en Hamel 1992).

La situación de potenciales riesgos descrita conlleva una problemática implícita de un orden mayor, cual es la repetición de patrones desadaptativos; entre ellos debe considerarse especialmente el hecho de que la probabilidad de que se genere un embarazo adolescente aumenta al ser hijo/a de una madre adolescente (Assef & Traverso 1996).

Es relevante considerar al respecto que el progenitor generalmente es también adolescente, siendo el 41,6% de edad entre los 15 y 19 años, y de 38% entre los 20 y 24 años (Vicaría Pastoral Social 1997). Dada esta realidad, la mayoría de los progenitores se sien-

ten felices en un primer momento con la idea de ser padres, pero luego suelen alejarse, siendo sólo una baja proporción los que se comprometen con la madre y el hijo. Esta situación es por un lado comprensible, ya que ellos tampoco han alcanzado una madurez afectiva, psicológica y social; pero por otro lado, representa para la adolescente una pérdida afectiva importante difícil de asumir (Fuentes & Lobos 1995).

La situación descrita anteriormente potencia factores de riesgo de carácter transgeneracional, perpetuando así todas las situaciones adversas antes descritas (Powell, Cheng & Egeland 1995). Frente a esta situación, Singh y Wulf (1990) plantean que la maternidad en la adolescencia constituye un antecedente y a su vez una consecuencia de la pobreza, perpetuando así un ciclo transgeneracional de privaciones.

Otro aspecto a considerar, es el aumento en la probabilidad del número de embarazos futuros en las madres adolescentes, situación que agrava el ciclo antes descrito. Se plantea que en América Latina las mujeres que tuvieron su primer hijo cuando eran adolescentes han tenido entre 2 y 3 hijos más (al finalizar su período reproductivo) que las que tuvieron su primer hijo después de los 20 años (op. cit.).

En síntesis, el embarazo adolescente requiere una intervención que apunte a interrumpir la repetición de patrones desadaptativos, objetivo alcanzable por medio de estrategias que promuevan modelos alternativos y que potencien factores protectores. De esta forma, la intervención se plantea en términos de un vuelco en la perspectiva frente a la situación del embarazo adolescente, focalizándose en la promoción y fortalecimiento de la díada niño - madre adolescente.

## ***Estrategias de intervención***

El embarazo adolescente ha sido enfrentado a través de diversas estrategias. Gran cantidad de los programas revisados focalizan su intervención en una dimensión determinada del problema, ya sea la maternidad, o bien la adolescente como persona. Al considerar la maternidad como objetivo central, los programas se orientan hacia el niño, promoviendo tanto su bienestar, como a la adolescente específicamente en su condición de madre (Valenzuela 1992, en Hamel 1992). Por otra parte, los programas cuyo centro es la adolescente, se centran en esa dimensión de la problemática, delimitando el trabajo con el niño (la maternidad) a otros ámbitos.

De lo anterior se desprende que, si bien las estrategias nacionales desarrolladas han considerado los factores esenciales del embarazo adolescente (a saber, la maternidad y consecuente noción de familia y bienestar del niño, y/o la adolescencia), no han logrado dar una respuesta integral a la problemática específica del embarazo adolescente. Surge entonces la necesidad de considerar como foco específico de intervención una dimensión integradora: la díada madre adolescente-hijo.

En nuestro país, si bien existe un Programa de Salud específico para el Embarazo Adolescente en el marco de los Programas Estatales en Salud, éste se encuentra detenido y sólo se aplicó su plan piloto en 1992 (Hurtado 1994). Sin embargo, se reconoce en forma paralela al marco estatal, la existencia de programas informales para adolescentes embarazadas en distintas comunas de nuestro país (Fuentes & Lobos 1995; Assef & Traverso 1996; Vicaría Pastoral Social 1997).

A nivel internacional, las estrategias desarrolladas frente al embarazo adolescente han ido paulatinamente cambiando su foco de intervención. Partiendo desde un nivel de

intervención secundario y terciario (lo que implicaba el tratamiento del problema), en las últimas dos décadas se ha ido enfatizando, por una parte, la promoción y prevención de la salud a nivel primario de intervención, y por otra, un acercamiento y contacto directo con la comunidad (Olds, Henderson, Kitzman, Eckenrode & Cole 1998). En este nuevo enfoque se inserta también la propuesta actual de las Políticas Públicas en Salud de Chile. Estas privilegian intervenciones orientadas a la promoción y prevención de la salud, definiendo la promoción como una "estrategia que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en un proceso de cambio orientado a la modificación de las condicionantes de la salud y calidad de vida" (Ministerio de Salud de Chile 1998, p.4).

La consideración del embarazo adolescente desde una perspectiva integradora en el marco contextual antes descrito implica la necesidad de generar estrategias de intervención específicas, las cuales deben considerar ciertos elementos centrales que surgen de los antecedentes hasta aquí expuestos.

En primer lugar, la consideración del embarazo adolescente como una problemática psicosocial específica y, por ende, la definición de la adolescente embarazada como una población objetivo específica dentro de los programas de intervención psicosocial. De esta forma, la estrategia de intervención debe incluir tanto la dimensión de la maternidad (incluyendo a la madre y su hijo) como la dimensión de la adolescencia, cuyo punto de encuentro es la díada madre adolescente-hijo.

El hecho de que el foco de cualquier intervención sea la díada madre adolescente-hijo cobra relevancia a la luz de todos los antecedentes anteriormente mencionados, así como también al considerar la Teoría del Apego (Bowlby 1969, en Powell et al., 1995). La relación que se establece entre el niño y su madre

se desarrolla a lo largo del primer año de vida, y constituye un modelo general de relaciones que influirá en sus futuras actitudes y comportamientos. De esta forma el trabajo con dicha díada permite focalizar la atención en la relación, desde la cual se interviene tanto en la salud de la madre adolescente como del niño (Assef & Traverso 1996). La disfuncionalidad en la relación madre adolescente-hijo surge de tres elementos principales (Cerezo, Cantero & Alhambra 1997), a saber: (1) falta de información sobre las necesidades y habilidades infantiles, (2) falta de habilidades de trato con el niño y (3) elevado nivel de estrés unido a falta de apoyo social, situación que puede enfrentarse desde un enfoque centrado en la díada antes mencionada. En este sentido cobra importancia la posibilidad de desarrollar una estrategia que brinde un aprestamiento para la maternidad, insertándose como una instancia de apoyo psicosocial para la embarazada adolescente en un contexto comunitario.

En relación a lo anterior, cobra importancia la presencia de un apoyo psicosocial directo para la adolescente embarazada (Assef & Traverso 1996; Olds, Kitzman, Cole & Robinson 1997). Dicho apoyo psicosocial es de gran importancia, ya que constituye un espacio de validación tanto de su maternidad como del conflicto en el cual está inserta (Vicaría Pastoral Social 1997), así como un espacio de apoyo y contención que la adolescente generalmente no encuentra en su entorno inmediato (Ambrosio 1992, en Hamel 1992).

Otro aspecto importante a considerar es la relación entre los servicios de Salud Pública y la comunidad, relación que debiera caracterizarse por una cercanía y un contacto fluido al situarse en un marco promocional y preventivo. En el caso de las adolescentes embarazadas, este contacto se manifestaría principalmente en un conocimiento y uso adecuados de los distintos programas de

atención e infraestructura de los consultorios locales. En este sentido, el hecho de que los servicios de Salud se orienten hacia la comunidad y se inserten en dicho contexto permitiría superar la distancia respecto a las adolescentes embarazadas, distancia caracterizada desde la perspectiva de éstas últimas por un contexto enjuiciador y punitivo (Pérez 1994). Por otra parte, una relación de cercanía entre los servicios de salud y la comunidad permitiría acercar al ámbito público diversas problemáticas biopsicosociales (en la actualidad ligadas mayormente al ámbito privado), fortaleciendo así el enfoque promocional y preventivo de las Políticas Públicas en Salud (MINSAL 1998).

Por último, cabe destacar el hecho de que todas las estrategias revisadas (en el marco nacional principalmente) surgen desde el ámbito no gubernamental (Assef & Traverso 1996; Vicaría Pastoral Social 1997), condición que no permite una institucionalización de las mismas. Los recursos e implementación han sido externos al área de salud pública y, por ende, los distintos programas no logran una continuidad necesaria para instaurarse como un modelo efectivo y replicable de intervención psicosocial.

### *Visitas Domiciliarias*

Las visitas domiciliarias son una modalidad de los programas de apoyo a la familia, en donde ésta recibe servicios de apoyo en su propio hogar a través de encuentros periódicos realizados por un agente visitador previamente definido. Los visitadores suelen ser profesionales, paraprofesionales o personas pertenecientes a la comunidad destinataria. Dentro de su labor, suelen ofrecer información, apoyo y ayuda práctica a la familia (entre otras funciones), razón por la cual desempeñan diversos roles, tales como amigo, profesor, modelo, entre otros (Gracia 1997). Si bien existe diversidad en torno a la

periodicidad, población destinataria y perfil del agente visitador, en general tienen como objetivo reducir el estrés de la familia, educar a los padres, ayudar a los padres a desarrollar habilidades de autoayuda y a utilizar los recursos disponibles (op. cit.). La visita domiciliaria genera y valida un espacio propio para la vivencia de la maternidad. En este contexto, es necesario resaltar la importancia del rol de la visitadora, ya que significa una fuente de aprendizaje vicario para la madre (Olds et al., 1997). Desde la perspectiva de la teoría del aprendizaje social (Bandura 1977, en Olds et al., 1997) la visitadora constituye un modelo que refuerza a través de su conducta, el comportamiento que se quiere promover en la madre con respecto a su hijo. Por otra parte, los agentes que realizan las visitas domiciliarias pueden facilitar la inclusión de dichos programas a las instituciones de las cuales provienen (Olds & Korfmacher 1997).

En términos de la efectividad de esta modalidad en contextos de prevención de problemas asociados a la pobreza, según Gracia éste sería “el programa de apoyo a la familia más célebre y respetado” (1997, p.109).

Respecto de los costes de dicho programa y la posibilidad real de generarlo desde los servicios de Salud Pública, Hardy y Streett (1989, en Gracia 1997) plantean que una intervención fundada en las visitas domiciliarias es efectiva desde un punto de vista económico, lo cual es coherente al considerar que un programa de carácter promocional y preventivo podría evitar parcialmente los gastos de tratamiento que se proyectan en el largo plazo y se regeneran dada la condición cíclica del embarazo adolescente.

Ahora bien, con el objeto de clarificar y destacar las características de esta metodología aplicada al embarazo adolescente, a continuación se presentan tres programas de carácter internacional, dos de ellos realizados en Estados Unidos y otro en España.

El programa “Home Visitation”, es una estrategia diseñada por Olds, Henderson, Tatelbaum y Chamberlin, en 1981 (Gracia 1997). Home Visitation se basa en la modalidad de las visitas al hogar, focalizándose en una población de riesgo (adolescentes embarazadas, sin pareja, en situación de pobreza). Los objetivos de este programa son mejorar los hábitos de salud en el período prenatal, la competencia en el cuidado del recién nacido, el apoyo social, el uso de servicios comunitarios, los logros en el ámbito laboral y educativo, así como una reducción en la incidencia de embarazos no deseados (Gracia 1997; Olds et. al., 1997). En este sentido, Home Visitation se plantea a un nivel primario de promoción y prevención de salud, constituyendo una instancia de apoyo psicosocial (Gracia 1997). Los resultados respecto a la efectividad del programa, muestran una mejora importante en el autocuidado de las madres (dieta, consumo de tabaco, entre otros), en los resultados del embarazo, en la calidad del cuidado maternal, en el apoyo social informal experimentado, en el uso de los recursos formales de apoyo existentes y en las perspectivas de futuro (menor número de embarazos, oportunidades laborales, entre otros). Cabe destacar que uno de los hallazgos más importantes del programa, es la “reducción significativa de las tasas de maltrato infantil, alcanzando una disminución de un 75% en su incidencia” (Gracia 1997, p.113; Olds et. al., 1998).

Otro programa internacional basado en la estrategia de visitas domiciliarias es el “Fair Start” (“Comienzo Justo”), desarrollado a partir de 1982 también en Estados Unidos con el patrocinio de la Fundación Ford. Su meta es mejorar los resultados del embarazo, la salud y el desarrollo de los hijos de familias de bajos ingresos, considerando los siguientes objetivos: (1) promover las prácticas y cuidados básicos de salud (para la ma-

dre y el hijo); (2) fomentar el uso apropiado de los servicios de salud; (3) fortalecer las relaciones paterno-filiales; y (4) fortalecer las habilidades paternas en el manejo de diversas situaciones familiares (Gracia 1997). Si bien Fair Start enfatiza el nivel primario de promoción de la salud a través del desarrollo de determinados aspectos (tales como cuidado durante el período prenatal, calidad del ambiente en el hogar, desarrollo infantil, entre otros), los resultados obtenidos por este programa indican un cambio en la actitud en la maternidad (mayor responsabilidad y conciencia de los efectos de sus acciones sobre sus hijos), como también fortalecimiento de redes de apoyo (tanto personales como comunales) (op.cit., 1997).

En España se realiza el programa de visitas domiciliarias "Apoyo psicológico materno-infantil" (Cerezo et. al., 1997). Su objetivo principal consiste en la mejora de la competencia materna, promoviendo a través de ella el desarrollo de interacciones sincrónicas entre madre e hijo. Esta intervención se plantea en un nivel primario de promoción de salud (se implementa en la población total de una comunidad determinada), instaurándose principalmente como una instancia educativa basada en el apoyo psicológico directo del visitador. Los resultados obtenidos de la evaluación de este programa muestran una disminución significativa en el riesgo de hábitos maternos abusivos así como también una mejora en los patrones de higiene y alimentación. Como consecuencia de la mayor implicación de las madres, se presenta un aumento en el Coeficiente de Desarrollo de los niños (op. cit.).

En el marco de la realidad chilena, se presentan dos experiencias que utilizan el modelo de las visitas domiciliarias como estrategia de intervención, las cuales se centran en el embarazo y la maternidad temprana. Ambas iniciativas corresponden a Organizaciones No Gubernamentales (ONG), que-

nes han considerado como problemática central el embarazo adolescente asociado a una situación de pobreza.

Una de estas experiencias es el "Programa de apoyo a la paternidad adolescente", desarrollado por la Vicaría Pastoral Social del Arzobispado de Santiago a partir de 1992. Dicho programa se plantea como objetivo favorecer el desarrollo integral de los hijos de madres adolescentes (de 0 a 7 años), así como también la participación de sus padres en espacios de fortalecimiento de la autoestima, habilidades sociales y soporte social (Vicaría Pastoral Social 1997). La evaluación de este programa arroja resultados en términos generales concordantes con los programas revisados anteriormente. El aspecto en que se aprecia un mayor logro es en el compromiso materno con el niño; también se observa una ganancia significativa en el coeficiente de desarrollo de los niños participantes del programa. Por otra parte, cabe destacar que los niños que logran mayores avances en su nivel de desarrollo son los que inicialmente aparecían como más desaventajados, los más pequeños y, coincidentemente, los hijos de las madres que ven aumentada su competencia psicosocial (Ramírez & Cumsille 1997). Ahora bien, en un seguimiento posterior, los resultados obtenidos muestran el impacto del programa sobre el desarrollo psicomotor de niños menores de 2 años, no siendo dicho impacto significativo para niños mayores de esa edad (Cumsille & Ramírez 1999).

Otra experiencia llevada a cabo en Chile es el programa "Visitas Domiciliarias a Madres Adolescentes y sus Hijos", desarrollado por Centro de Atención al Niño y la Mujer (CEANIM) en 1996. Este programa se plantea como una estrategia preventiva de carácter educativo, planteando como elemento central la necesidad de fortalecer el vínculo madre adolescente-hijo y, a través de ello, revalorar lo positivo de la situación. De

esta forma, el programa desarrolla una intervención específica para las madres adolescentes (de escasos recursos y marginales), considerándolas como “personas en transformación” (Assef & Traverso 1996, p.8). Un aspecto que distingue a este programa es que las visitadoras son a su vez madres adolescentes que han sido capacitadas, lo cual favorecería el compromiso y la capacidad de identificación (op. cit.); lamentablemente, a la fecha no se cuenta con una evaluación de este programa.

### *Discusión*

Al revisar los antecedentes antes descritos en torno al embarazo adolescente, se considera importante replantear la conceptualización del embarazo adolescente en términos de un fenómeno multidimensional, de carácter biopsicosocial.

Tanto la adolescencia como la maternidad –dos instancias que en nuestra sociedad se presentan separadas afectiva y temporalmente en la experiencia de la mujer– confluyen en este fenómeno confiriéndole características particulares. De esta forma, el abordaje del embarazo adolescente debiera necesariamente considerar ambas realidades y su interrelación, así como el binomio madre-hijo a la hora de definir una unidad de intervención.

Relacionado con lo anterior, la adolescente embarazada debe asumir una multiplicidad de roles para la cual no se encuentra madura psicológica o socialmente. La adolescente embarazada continúa siendo niña e hija dependiente, pero además debe asumir responsabilidades propias de la adultez (en función de su embarazo), lo cual es contradictorio y generador de estrés. La adolescente pone en riesgo el término de su proyecto de vida, suele abandonar el sistema educacional, deja de lado su desarrollo adolescente (con las conse-

cuencias futuras que ello implica) para dedicarse a su maternidad (con falencias propias de su edad y desarrollo); o bien abandonar su condición de madre como experiencia global, derivando tal responsabilidad en otros (generalmente su madre). De lo anterior, se desprende la necesidad de considerar ambas dimensiones (adolescencia y maternidad), con el fin de permitir a la adolescente embarazada integrar ambas vivencias en su experiencia cotidiana. El objetivo de cualquier intervención debiera ser el brindarle apoyo en la resolución de las tareas propias de su edad, como también en la responsabilidad y compromisos con su hijo. Al considerar la vivencia de la embarazada adolescente y el consecuente estrés, se comprende la necesidad de mayor apoyo social e instrumental, empatía, y una intervención que englobe aspectos relativos a la salud, educación y afectividad.

El embarazo adolescente debe ser enfrentado desde su complejidad, superando así una perspectiva unidimensional o simplista. La multidimensionalidad de dicho fenómeno implica la consideración de aspectos biológicos, psicológicos y sociales, todos ellos integrados en la experiencia cotidiana tanto de la embarazada y su hijo como del medio que les rodea.

Es así como el enfrentamiento del embarazo adolescente se instaure como factor sinérgico en relación con otros problemas psicosociales, entre ellos la mortalidad y morbilidad infantil, el maltrato infantil, la deserción escolar, entre otros. Por otra parte, el carácter transgeneracional del embarazo adolescente, relaciona dicho fenómeno con la repetición del círculo y la cultura de la pobreza. En este sentido, enfrentar el embarazo adolescente es un factor protector, tanto para la madre como para su hijo, y por ende un modo de enfrentamiento de la repetición de patrones desadaptativos.

Dada la complejidad inherente del problema descrito, surge la necesidad de re-

flexión en la acción -especialmente en las personas que trabajan en el área de salud-, de manera de develar los prejuicios, temores, creencias y expectativas asociadas y transmitidas a las adolescentes embarazadas. A manera de ejemplo, resulta preocupante que las adolescentes embarazadas reporten tener miedo de acceder a los servicios de Salud Pública por el mal trato que suelen recibir (Hamel 1992). Sin duda, esta situación no favorece el desarrollo de estrategias de enfrentamiento que potencien la experiencia positiva de la adolescente.

A partir de la revisión de programas nacionales e internacionales de visitas domiciliarias, éstas surgen como una estrategia eficiente que permite un abordaje integrado desde el campo de la salud, educación y apoyo emocional e instrumental. El próximo paso es realizar una intervención que se inserte en el sistema público de salud, con el fin de lograr una integración en el marco de las políticas públicas para el desarrollo psicosocial de la población. En ese sentido, el énfasis puesto en la promoción que caracteriza el espíritu de las políticas públicas en Salud y Educación en la actualidad, constituye un contexto sinérgico y favorecedor en el enfrentamiento de ésta y otras problemáticas psicosociales.

## Referencias

ARACENA, M., MUÑOZ, S., LORCA, P., PUEBLA, S., RIEDEMANN, P., & HEBEL, E. (1996). *Construcción de un instrumento de medición de potencial maltrato físico infantil en población de nivel socioeconómico bajo*. Proyecto FONDECYT N° 1960795.

ASSEF, V., & TRAVERSO, A. (1996). *Embarazo adolescente: una realidad nacional*. Serie Documentos de Trabajo N°5. Santiago: Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer (CEANIM).

BILLINGHURST, V., EDENHOLM, T., & HUANCO, D. (1995). *La situación de la salud reproductiva de la mujer en las Américas*. Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública. Universidad de Chile, Santiago, Chile.

BRIONES, G. (1985). *Evaluación de programas sociales*. Santiago: PIIE.

BUVINIC, M., VALENZUELA, J.P., MOLINA, T., & GONZÁLEZ, E. (1991). *La suerte de las madres adolescentes y sus hijos: un estudio de caso sobre la transmisión de la pobreza en Santiago de Chile*. (LC/ R 1038). Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

CANADA, G. (1998). *Reaching Up for Manhood*. Boston: Beacon Press.

CASTELLI, D., LATORRE, P., & CORREA, M. (1996). *Me quieren mucho, poquito, nada*. Santiago: Colectivo Raíces.

CEREZO, M., CANTERO, M., & ALHAMBRA, M. (1997). Mejora en la competencia materna en la prevención del maltrato infantil: resultados preliminares. *Infancia y Aprendizaje*, 80, 99 - 110.

CHILE, MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN Y COOPERACIÓN (MIDEPLAN) (1990). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica, CASEN, 1990*. Santiago.

CHILE, MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN Y COOPERACIÓN (MINDEPLAN) (1997). *Índice de Prioridad Social Comunal Región Metropolitana*. Santiago.

CHILE, MINISTERIO DE SALUD (1998). *Documentos e Instrumentos de Promoción en Salud Mental*. (publicación interna). Santiago.

CHILE, MINISTERIO DE SALUD (2000). *Política nacional de salud para adolescentes y jóvenes*. División de salud de las personas. Programa salud adolescente. Santiago.

CUMSILLE, P. & RAMÍREZ, V. (1999). Evaluación de un programa comunitario destinado a favorecer el desarrollo psicosocial de madres adolescentes y sus hijos. *Psykhé*, 8 (2), 17-29.

- ERIKSON, E. (1982). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós Editores.
- FUENTES, C. & LOBOS, L. (1995). *Adolescente embarazada: Programa de apoyo emocional*. Santiago: Editorial Universitaria.
- GRACIA, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós Ediciones.
- HAMEL, P. (1992). El embarazo adolescente: un problema social. En: *Seminario Embarazo en Adolescentes* (pp 17 - 28). Santiago: UNICEF & SERNAM.
- HARRIET, J., KITZMAN, H., COLE, R., YOOLS, L., & OLDS, D. (1997). Challenges experienced by home visitations: a qualitative study of program implementation. *Journal of Community Psychology*. 25 (1), 95 - 100.
- HURTADO, J. (1994). Programas estatales de salud dirigidos hacia las mujeres: imágenes de mujeres y lógicas de acción. En: T. Valdés, Busto (1994). *Sexualidad y reproducción: hacia la construcción de derechos* (pp 27 - 37). Santiago: CORSAPS, FLACSO (Comp).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (INE): MINISTERIO DE ECONOMÍA, FOMENTO Y RECONSTRUCCIÓN. (1990). *Anuario Demográfico 1990*. Santiago.
- MOLINA, R. (1992). Realidad Chilena de embarazos adolescentes: magnitud y naturaleza del problema. En: *Adolescente embarazada: Programa de apoyo emocional*. Santiago: Editorial Universitaria.
- OLDS, D., HENDERSON, C.H., KITZMAN, H., ECKENRODE, J., & COLE, R. (1998). The promise of home visitation: results of two randomized trials. *Journal of Community Psychology*. 26 (1), 5 - 23.
- OLDS, D., KITZMAN, H., COLE, R., & ROBINSON, J. (1997a). Theoretical foundations of a program of Home Visitation for Pregnant Women and Parents of Young Children. *Journal of Community Psychology*. 25 (1), 9 - 27.
- OLDS, D., & KORFMACHER, J. (1997b). The evolution of a program of research on prenatal and early childhood home visitation. *Journal of Community Psychology*. 25 (1), 1 - 9.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA ADOLESCENTE (OPA) (1992). *Madres niñas*. Disponible en [askeric@askeric.org](mailto:askeric@askeric.org). 1999.
- PADILLA, E., & SILVA, M. (1995a). *Sexualidad y Adolescencia. Tópicos en biología*. Texto Padres. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- PADILLA, E., & SILVA, M. (1995b). *Sexualidad y Adolescencia. Tópicos en biología*. Manual Monitor. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- PALMA, I. (1993). El embarazo adolescente: un problema social. Ponencia presentada en el Seminario *Embarazo en Adolescentes*. Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) y Fondo de Naciones Unidas Para la Infancia (UNICEF). Santiago: Chile.
- PÉREZ, L. (1994). Del embarazo a la sexualidad. En: T. Valdés, Busto (1994). *Sexualidad y reproducción: hacia la construcción de derechos* (79 - 85). Santiago: CORSAPS, FLACSO (Comp).
- POPULATION REFERENCE BUREAU (1994). *La juventud mundial de 1994: un enfoque especial sobre su salud reproductiva*. Washington D.C.
- POWELL, J., CHENG, V., & EGELAND, B. (1995). Transmisión del maltrato de padres a hijos. *Infancia y Aprendizaje*. 71, 99 - 110.
- RAMÍREZ, V. & CUMSILLE, P. (1997). Evaluación de la eficiencia de un programa comunitario de apoyo a la maternidad adolescente. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 29 (2), 267-286.
- SINGH, S. & WULF, D. (1990). *Adolescentes de hoy, padres mañana: un perfil para las américas*. New York: The Alan Guttmacher Institute.

VALDÉS, T., OLAVARRÍA, J., & PÉREZ DE ARCE, M. (1996). *Antecedentes para el análisis de la situación de la adolescente embarazada en el sistema escolar*. Chile, Ministerio de Educación, Ministerio de Planificación y Cooperación, Instituto Nacional de la Juventud, & FLACSO.

VICARÍA PASTORAL SOCIAL (1995). *Informe evaluación Intermedia Programa de Apoyo a la Paternidad adolescente Ayudando a Crecer*. Santiago: Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

VICARÍA PASTORAL SOCIAL (1996). *Manual de Paternidad adolescente: Ayudando a crecer*. Santiago: Arzobispado de Santiago.

VICARÍA PASTORAL SOCIAL (1997). *Informe evaluación final Programa de Apoyo a la Paternidad Adolescente Ayudando a crecer*. Santiago: Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

VICARÍA PASTORAL SOCIAL (1997). *Madres y Niños que quieren crecer. Programa de Apoyo a la paternidad adolescente*. Santiago: Arzobispado de Santiago.

VIEL, B. (1998). *El embarazo adolescente: un problema de salud pública*. (publicación interna). Santiago: Asociación de protección de la familia (APROFA).