

Maternidad adolescente: vínculo y desarrollo

Rafael Vásquez MD*; Ana Isabel Gómez MD**

RESUMEN

OBJETIVO: Revisar publicaciones de literatura nacional y extranjera sobre el embarazo en adolescentes, sus repercusiones emocionales en ambos, madre e hijo, y el desarrollo de la adolescente después del embarazo.

METODO: Se incluyeron las publicaciones que aclaraban las preguntas centrales de la revisión. Las fuentes fueron los investigadores nacionales y una búsqueda bibliográfica especializada.

RESULTADO: En Colombia el promedio de edad para el comienzo de la actividad sexual está situado por debajo de los 16 años; la pobreza empeora las repercusiones psicosociales del mismo; el hijo padece alteraciones del desarrollo y no hay datos acerca de cómo es el desarrollo de las adolescentes en postparto.

CONCLUSIONES: Existen alteraciones en el hijo y la madre, no se conoce cómo se desarrolla el proceso de crecimiento de ellas, ni qué particularidades tiene el mismo en las condiciones nacionales.

PALABRAS CLAVES: Adolescentes, maternidad, desarrollo, hijo de madre adolescente, crianza.

SUMMARY

OBJECTIVE: To review published material, both in Colombia and abroad, regarding adolescent pregnancy, its emotional impact both on the mother and the child, and the adolescent's development after having given birth.

METHOD: All the published material that shed light on the main issue was included. Colombian researches were consulted and a specialized bibliographical search was conducted.

RESULTS: The average age at which sexual activity starts in Colombia is under 16. Conditions of poverty worsen the psychosocial impact of adolescent pregnancy. The child usually suffers developmental disorders. There are no data available regarding postpartum development of adolescents.

CONCLUSIONS: Both the adolescent mother and the child suffer alterations, although their developmental process has not been assessed. We also ignore the specific characteristics of such development in this particular environment.

KEY WORDS: Adolescents, motherhood, development, child of adolescent mother, upbringing.

Introducción

¿Se puede afirmar que una joven que tiene un hijo es adulta, aun cuando tenga 16 años? No es una pregunta fácil de responder. El embarazo en adolescentes repercute en la vida de la adolescente, su hijo, el entorno familiar social y, debido a su número, se ha convertido en un problema de salud pública. En Colombia, por razones demográficas impuestas por la pobreza, la fecundidad es distinta según el ingreso económico: las mujeres más

pobres tienen un mayor número de hijos que la tasa nacional (27) y la cifra de partos de adolescentes crece.

En 1985 más de la quinta parte de la población colombiana estaba representada por jóvenes de edades comprendidas entre 10 y 19 años, con una distribución semejante por sexos, aunque con predominio de mujeres en el área urbana (1). Para esa época 78 de cada 1.000 colombianas entre los 15 y 19 años daban a luz. En 1960, 118 de cada 1.000 jóvenes daban a luz y en 1970, 117 de cada 1.000. Como puede observarse hubo una disminución en la tasa, pero el número de nacimientos en el grupo de jóvenes aumentó de 123.000 en 1973 a 127.000 en 1986. De estos nacimientos 10.000 correspondieron a mujeres menores de 15 años (1).

Para 1990, el 22.5% de la población estaba comprendida en el grupo de edad de 15-19 años. Durante este mismo año en Bogotá se registraron 124.000 partos. Ese

* Profesor Asociado de Psiquiatría de niños y adolescentes. Universidad Nacional de Colombia. Hospital Universitario Pediátrico de La Misericordia. Departamento de Pediatría de la Fundación Santa Fe de Bogotá.

** Psiquiatra de la Universidad Nacional de Colombia. Palmira, Valle.

año se revisó la estadística (29) de varios hospitales de la ciudad de Bogotá de clase socio económica baja, media y alta, los datos obtenidos son los siguientes:

Instituto Materno Infantil (IMI): atendieron 10.503 partos, 933 de ellos correspondieron a madres entre los 12 y 17 años.

Hospital Distrital San Blas: atendieron 3.107 partos, 210 de ellos correspondieron a madres adolescentes; Hospital Distrital de La Granja: atendieron 2.706 partos, 215 de ellos fueron en mujeres de 12 a 17 años. Clínica San Rafael, privada en el sur de la ciudad: atendieron 9.026 partos, 183 de ellos en el grupo 12 a 17 años.

Clínica del Country, privada en el norte de la ciudad: atendieron 2.126 partos, 33 de ellos en el grupo de adolescentes.

La frecuencia de partos en el grupo de adolescentes varía en los distintos países de Latinoamérica, en Venezuela se ha reportado un 20.6%, en Guatemala un 14.8%, en Panamá 11.8%, en Costa Rica 10.6% y en Colombia la frecuencia se sitúa alrededor de un 24%, aunque se encuentra una amplia variación de acuerdo con la fuente que se revise (29).

Algunos estudios han comprobado que el mayor número de adolescentes embarazadas se halla en las clases sociales menos favorecidas, donde el nivel de educación, al igual que las redes socioeconómicas de apoyo, son precarios (24). Rico menciona que para 1985, en Colombia, había alrededor de medio millón de mujeres madres solteras, de las cuales 60% habían tenido a su hijo antes de cumplir 20 años (7).

En un principio se pensó que la aparición en el mercado de los anticonceptivos orales, los programas de control natal y de educación sexual con énfasis en la anticoncepción, serían la solución a esta problemática, sin embargo éstos han demostrado no tener la efectividad que originalmente se les atribuyó. Es probable que ello se deba al hecho de que no cubren a las clases sociales pobres, las que tienen el mayor número de adolescentes embarazadas, ya que los factores que interactúan para determinar el inicio de la actividad sexual a edad temprana son muy numerosos (20).

El objetivo de este artículo es actualizar la información sobre cómo es en Colombia el fenómeno de embarazo en las adolescentes; qué se conoce, a través de la literatura extranjera, sobre el desarrollo psicológico posterior a la maternidad de estas adolescentes; qué particularidades tiene el desarrollo de sus hijos y cómo sucede la crianza.

La actividad sexual

La actividad sexual durante la adolescencia se presenta por diversos motivos y la posibilidad de embarazo no está considerada por las adolescentes como un riesgo concreto (4, 22, 16). El 54% de los colombianos inician su actividad coital entre los 11 y 18 años, de este grupo el 40% de las mujeres y el 72% de los hombres tienen su primera relación sexual antes de los 18 años. Pero el estudio diferenciado por grupos de edades, señala que la edad de la primera relación sexual tiende a situarse en los 16 años. De igual manera el análisis por estrato social

muestra que en los sectores más pobres las relaciones sexuales empiezan a más temprana edad, si se los compara con los de mejor ingreso económico (25).

Las siguientes son algunas características psicológicas de las adolescentes, que contribuyan para experimentar una sexualidad precoz (24).

A. Perciben el medio como carente de afecto. Creen no ser aceptadas.

B. Buscan una identidad propia.

C. Buscan a quien amar.

D. Intentan afirmar su identidad sexual y su autoestima.

E. Desean probar su poder sexual.

F. Muestran interés hacia lo prohibido y se rebelan contra lo establecido.

G. Desean sentirse adultas.

H. Buscan los beneficios de tener pareja.

El Embarazo

La mayoría de los embarazos en la adolescencia no son planeados ni deseados, excepto en grupos minoritarios (3, 22). El embarazo sucede entonces por inmadurez cognoscitiva y psicosocial; desconocimiento de los mecanismos que regulan la reproducción; por falla de los métodos de anticoncepción, en caso de que éstos sean conocidos y utilizados, y por factores epidemiológicos no muy bien precisados. Es posible que en las comunidades pobres la necesidad de abandonar una familia con muchas carencias sea un factor que influya en la decisión de embarazarse y, en ciertos casos, que exista presión de la familia para que la adolescente se embarace y salga de la casa paterna que significa una disminución de los gastos.

Rico de Alonso, citando a Jadgeo y Bermúdez (7), enumera algunas de las características familiares que favorecen el embarazo en adolescentes:

A. Proviene de familias donde predomina el autoritarismo con todas las secuelas de maltrato físico, psicológico e incomunicación.

B. Inestabilidad familiar por abandono de uno de los padres o uniones y separaciones recurrentes con presencia de padrastros.

C. Ausencia de uno o ambos padres por muerte, abandono o madre-solterismo.

D. Procesos de socialización familiar en los cuales los contenidos son ambiguos, con escasos niveles de reflexión y donde el padre es una figura lejana pero a la vez poderosa.

E. Sus familias tienen dificultades económicas y muchos hijos; las carencias económicas tienden a desencadenar otros problemas como la violencia intrafamiliar, hacinamiento y miseria que a la larga se convierten en motivos para que los hijos y los padres busquen alejarse en cuanto las condiciones lo permitan.

En las adolescentes que desean embarazarse se han encontrado factores predisponentes como la depresión, conductas de "acting out", el temor a ser abandonada y una aceptación, explícita o no, del embarazo por parte del entorno social o cultural (3). También se ha considerado como factor de riesgo, para tener un embarazo en la adolescencia, padecer previamente un trastorno de conducta (10).

La O.M.S. considera el embarazo que acontece antes de y hasta los 18 años como Alto Riesgo. En la conferencia de Airlie (19) se mencionan como riesgos más graves, para las embarazadas adolescentes, una mayor incidencia de anemia, toxemia y un trabajo de parto más prolongado. Según Duarte Contreras (11) el factor psicológico, por la inadaptabilidad al estrés emocional que causa el embarazo a corta edad, predispone a la toxemia y ésta es la complicación de mayor peligro, en especial en las adolescentes menores de 16 años. Sin embargo, con una atención prenatal adecuada, en el grupo de 16 años y más, la morbilidad por parto es mínima y similar a la de mujeres adultas jóvenes. Desafortunadamente las adolescentes consultan muy tardíamente al control prenatal, inclusive, para muchas de ellas, el trabajo de parto es el motivo de la primera valoración médica durante el embarazo (29-30). Hay consenso en que a menor edad existe mayor riesgo obstétrico. En consecuencia la relación entre embarazo y adolescencia ha preocupado a los Ginecobstetras y muchos investigadores (11, 30, 22) realizaron estudios que tratan de analizar la relación entre edad y riesgo durante el embarazo, dividiendo a estas madres en 3 grupos:

- A. Embarazadas juveniles, las menores de 14 años
- B. Embarazadas adolescentes, las de 14 y 15 años y
- C. Embarazadas adultas, las de 16 años y más.

Esta definición es apropiada para especificar riesgo obstétrico, pero dista mucho de ser una referencia precisa de lo que será el desarrollo de la vida adulta de una madre adolescente, en un medio como el colombiano.

¿Cuándo el embarazo en la adolescencia es un problema?

Esta es una pregunta crucial a la cual el representante de Kenya (19) a la conferencia de Airlie en 1975, ofrece una serie de criterios para su apreciación:

- A. Cuando se presenta por fuera del contexto social y cultural
- B. Cuando trae problemas para la madre y el niño, por complicaciones pediátricas, obstétricas y psiquiátricas.
- C. Cuando se presenta como consecuencia de problemas económicos para la madre, el niño y su familia.
- D. Cuando el niño tiene desventajas educacionales, sociales, culturales y de desarrollo.

Consecuencias psicosociales del embarazo en la adolescencia

Entre los objetivos psicosociales del embarazo, en general, se reconocen:

- 1) La aceptación del embarazo a nivel intelectual y emocional.
- 2) La adaptación al papel materno, que requiere la asignación al neonato de una identidad basada en la realidad.
- 3) El apego materno filial que es una situación interactiva (22).

Las adolescentes no se encuentran lo suficientemente aptas como para brindar a su hijo un ambiente propicio que les facilite cumplir estas metas mínimas de su embarazo (24, 22, 7). La situación económica y social que, en

la mayoría de los casos, es de por sí poco favorable empeora con la gravidez. En los sectores pobres de Colombia el embarazo de las adolescentes significa el comienzo de su vida adulta. El embarazo y el parto interrumpen temporal o definitivamente los estudios, haciendo más difícil encontrar empleo calificado y tener oportunidades para mejorar su condición socioeconómica. La posibilidad de tener una relación de pareja estable disminuye y, en el caso de que el matrimonio sea forzado por el embarazo, las uniones son poco duraderas (24, 22, 7, 5). La convivencia es la forma de unión usual en el 51% de las parejas colombianas, la mayoría de las mismas se inician a partir de los 20 años; hasta los 19 años cerca del 52% no tienen pareja. No se encontraron referencias sobre la relación entre edad y formación de pareja por estrato social, sin embargo, todo apunta a señalar que éste es un factor que afecta dicha formación (25). Estos datos evidencian que los adolescentes no conviven en parejas y se puede pensar que los hijos de estas madres nacen en condiciones de madre-solterismo.

En la estructura familiar de origen también se producen cambios y se describen variantes en el caso de que la madre decida conservar a su hijo:

A. La madre no sale de la casa paterna. El apoyo que brinda la familia es fundamental, disminuye la carga económica, pero fomenta la dependencia de la adolescente y en general la autoridad sobre el niño la ejercen los abuelos. Con mucha frecuencia la joven madre debe contribuir a realizar un mayor número de labores domésticas y a aceptar la supervisión de los padres en sus actividades sociales.

B. La madre no cuenta con el apoyo de su familia y decide vivir con el padre del niño. En general, la relación de pareja no resulta duradera.

C. La madre organiza su vida de una manera autónoma, conservando una residencia independiente y prescindiendo del compañero. En esta modalidad puede contar o no con el apoyo familiar (7).

Las madres solteras, de bajos recursos económicos, dependen casi exclusivamente de su salario obtenido después de jornadas extenuantes de trabajo. En las clases sociales altas, con mejor nivel de educación y que pueden contar con el apoyo de la familia extensa estas condiciones mejoran aunque inicialmente sean rechazadas (20). Un estudio norteamericano que se refiere a la medición del estrés en embarazadas y madres adolescentes, considera que si se mejoran las condiciones socioeconómicas y las adolescentes cuentan con apoyo adecuado no deben sufrir más que las otras jóvenes de su edad (8).

Para las mujeres colombianas de las clases populares la maternidad tiene, además, otras funciones:

A. La maternidad otorga status frente a su grupo de pertenencia. Al mismo tiempo que puede ser un medio para tener algo propio: un hijo, un marido, una familia, el derecho a un ejercicio legal de la sexualidad, independencia de su familia, de origen, etc.

B. Existencialmente provee una opción de vida dignificada acorde con el rol femenino tradicionalmente aceptado: existencia para otros, sustento emocional de la familia, dispensadora de cuidados y de afecto.

C. Psicológicamente el acceso a la sexualidad y a la maternidad eleva la autoestima en el sentido de que pone en evidencia que se ha superado el nivel del erotismo infantil. Por otro lado, la maternidad realiza el valor supremo del ideal femenino tradicional (18).

De todas las formas la maternidad tiene un costo a nivel de la vida personal y representa un aumento de la responsabilidad y del trabajo. El embarazo impone a las mujeres, de cualquier edad, un cambio y un ajuste al mismo. En el caso de las adolescentes este ajuste se debe realizar por partida doble; además de atender a su propio crecimiento y desarrollo tienen que afrontar la situación de estar embarazadas con todas las dificultades que, para ellas, implica.

El hijo de madre adolescente

En cuanto a las complicaciones médicas de los hijos de madres adolescentes estudios estadísticos de 1975, realizados en Estados Unidos, demostraban que la frecuencia de bajo peso al nacer, en estos niños, era el doble comparada con la población general; la muerte en el primer año de vida era tres veces más frecuente y tenían un mayor número de malformaciones congénitas. Los hijos de madres de 15 años o menos presentaban 3,5 veces más anomalías neurológicas. Y más de un embarazo antes de cumplir los 20 años aumentaba los riesgos para la madre y su hijo; hay mayor mortalidad, en especial, perinatal (19). Los informes estadounidenses afirman que los hijos de estas madres tienen mayores problemas de aprendizaje y menor rendimiento en pruebas de inteligencia. Un grupo de autores ha realizado mediciones del desarrollo psicomotor sin que, hasta el momento de la publicación del artículo, se hayan encontrado diferencias con el grupo control en un período de seguimiento de un año (30).

Un trabajo chileno, de Molina y Romero (30), menciona algunas repercusiones pediátricas de esta condición: la mortalidad infantil más alta se registra en los hijos de las madres más jóvenes, la más baja en los hijos de madres entre 25 y 29 años de edad. También la mortalidad infantil es el doble en los hijos de madres solteras que en los de madres casadas a cualquier edad. En el caso de las madres adolescentes, quienes generalmente son solteras, los factores de riesgo por edad y estado civil se suman produciendo altas tasas de mortalidad infantil. Los autores creen que, en los hijos de madres adolescentes, la mortalidad infantil perinatal se puede disminuir con una atención prenatal y del parto adecuada. El riesgo de desnutrición, asociado a factores socioeconómicos y biológicos predisponentes presentes en estos niños, es más alto en hijos de madres adolescentes. Una observación importante de este grupo es que el coeficiente de inteligencia (CI) de las adolescentes estudiadas es menor que en el grupo control. La duración media de la lactancia natural sólo alcanzó tres meses en el grupo estudiado, con un promedio de ocho meses para los hijos de madres entre los 20 a 24 años de edad, esto lo atribuyen a condiciones de irregularidad familiar y social. En el estudio chileno se ha encontrado una relación entre el tiempo transcurrido desde la aparición de la

menarca y el embarazo, la cual incide sobre la salud y por supuesto sobre la habilidad de crianza de los niños. Así se sabe que, en menores de 16 años, cuando el embarazo ocurre antes de 2 años de iniciados los ciclos menstruales, los niños son menos saludables que los hijos de mujeres de la misma edad que, al momento de presentarse el embarazo, ya habían cumplido 2 años desde la aparición de la menarca (30).

Otra condición asociada a la maternidad temprana es el maltrato infantil o la crianza negligente. Esto es complejo de documentar debido a que la información es escasa y además muy difícil de asociar específicamente a la edad materna, pues las variables socioeconómicas son de gran importancia. Para los autores suramericanos (30) el hecho de que haya otra mujer adulta que colabore en el cuidado del niño reduce las posibilidades de negligencia.

Sobre el desarrollo postparto de las madres adolescentes, la literatura aporta muy pocos datos, se conoce que después de la menarca, hay un período de crecimiento que dura aproximadamente 5 años, pero se ignoran las particularidades de estos cambios. En Colombia se ha identificado que la mortalidad neonatal está influenciada principalmente por los factores biológicos de la madre, entre estos se destacan la edad menor de 18 años, el intervalo intergenésico menor de 24 meses y tener más de tres hijos (27).

La relación madre-hijo

La relación de la madre adolescente con su hijo tienen características especiales. Aún en las adolescentes que tienen una situación socioeconómica y de pareja aceptable algunos investigadores han observado que la manifestación de los sentimientos maternos es, muchas veces, retardada (6). Se cita, además, que se han encontrado puntuaciones más bajas en coeficiente intelectual, desarrollo emocional, social y problemas de adaptación escolar en los hijos de madres adolescentes (24). Los reportes de estas observaciones clínicas han llevado a que otros autores, especialmente en Estados Unidos, realicen investigaciones tratando de aislar la edad materna como agente generador de déficit en el desarrollo de los niños. Los resultados de estudios controlados (21), aislando el factor de la pobreza, confirman que los hijos de madres adolescentes tienen más trastornos que los de madres adultas.

Las madres adolescentes parecen tener una menor disponibilidad para la comunicación afectiva, preverbal, para facilitar la exploración del ambiente por el niño y para el juego (21). Casi todos los estudios de grandes grupos y de seguimiento durante varios años confirman estos hallazgos. Estos mismos autores afirman que una buena actividad laboral, en las condiciones estadounidenses, actúan en detrimento de los hijos de estas madres porque implica que se ausenten y los expongan a los riesgos del ambiente.

Los problemas que, al parecer, tienen las madres adolescentes (21) para la crianza de sus hijos son:

A. Carencia de información sobre cómo es en la práctica el desarrollo de los niños,

B. Cómo se deben entender las vías de expresión de sus necesidades.

C. De qué forma se pueden acoplar sus necesidades personales y las del pequeño.

D. Muestran deficiencias en las habilidades para comunicarse emocionalmente y poder jugar con el hijo.

En la cultura colombiana las hijas mayores están involucradas en la crianza de sus hermanos menores, con responsabilidades de adulta, desde cuando los pueden alzar, así que estos hallazgos deben aplicarse a la realidad nacional con reserva y ante todo precisando cómo suceden en este medio.

La actitud "diferente" observada en las adolescentes con respecto a su hijo puede explicarse por varias vías:

A. La procreación implica, además de madurez sexual, capacidad de responsabilizarse del cuidado del recién nacido.

B. Hay cambios cognoscitivos que se presentan en la adolescencia, que determinan la capacidad de pensar en forma abstracta. Al no estar aún bien desarrollados impiden que la madre reconozca las señales que envía su hijo.

C. Las adolescentes tienen aspiraciones propias con respecto a su educación y el tipo de vida que desean llevar. El nacimiento de un hijo trunca en muchas de ellas, estas aspiraciones.

D. La adolescente duda de su capacidad para atender y entender a su bebé.

E. Hay desconocimiento del desarrollo psicomotor de los niños y por eso las expectativas con respecto a ellos no son reales, bien sea por exceso o defecto.

Sobre las cualidades de la relación madre-hijo en Colombia Ana Rico de Alonso (7), en su publicación sobre madre-solterismo en adolescentes, menciona que la relación se deteriora en la medida que el niño crece; no se encontró otro tipo de trabajos sobre el tema.

Estudios extranjeros coinciden en que la actitud de la madre adolescente con su recién nacido es diferente y que esta diferencia se acentúa más cuanto menor es la edad de la adolescente. El estudio de Elster (3) concluye que las madres adolescentes se diferencian de las de mayor edad en que aquellas interactúan menos verbalmente con su hijo aunque provean un cuidado físico adecuado, tienen menor sensibilidad al contacto cara a cara y a las necesidades de su hijo. Osofsky demostró que estos niños tuvieron bajo puntaje cuando se medían la afectividad y la capacidad para responder (15). Epstein (15) sugiere que la interacción física sola, provee menos afecto que la interacción física y verbal.

Mc Anamey (14) observó a 25 madres, menores de 20 años, que cuidan de sus hijos en los 3 primeros días post parto y no encontraron diferencia en el cuidado con respecto a la edad. Los autores hacen la salvedad de que es un período de observación muy corto. En 1986 los mismos autores publicaron un estudio relacionado con el mismo tema (13), en el cual identifican la edad materna como primer factor de riesgo para el desarrollo del niño, como segundo factor la falta de apoyo social y como un tercer factor las condiciones socioeconómicas precarias.

En 1985 Levine (12), publicó un estudio en el que se compararon las interacciones madre-hijo entre madres adolescentes y no adolescentes. En el contacto cara a cara

sólo se encontró una diferencia: las madres adultas mostraron más efectos positivos hacia sus hijos. Durante las sesiones de enseñanza estas madres hablaban más, mostraban más efectos positivos hacia sus hijos y demostraban las tareas más frecuentemente. Las interacciones cara a cara estuvieron más relacionadas con el propio desarrollo de la madre y las diferencias encontradas en labores de enseñanza estuvieron fuertemente relacionadas con la edad materna. Esto puede explicar parcialmente los déficits cognoscitivos observados en los niños de madres adolescentes, pero las diferencias de desarrollo personal, educación y presencia o no de soporte, también estuvieron muy relacionadas con el tipo de interacción.

Particularidades del desarrollo de estos niños

Los estudios publicados sobre el desarrollo de estos niños evidencian que cuando se examinan con escalas conocidas no muestran el mismo ritmo de desarrollo que la población en general. Record (26) estudió 50.000 pacientes, hijos de madres adolescentes, concluyendo que su nivel de desarrollo cognoscitivo y social era inferior comparado con el de niños de la misma edad nacidos de madres adultas; la paridad y la ubicación socioeconómica se controlaron.

En el seguimiento de hijos de madres adolescentes que tenían entre 7 y 12 años, se encontró que presentaban alteraciones del desarrollo cognoscitivo, tales como razonamiento abstracto bajo, hiperactividad en la conducta social escolar, con impulsividad, distractibilidad y trastornos de aprendizaje (21). En 1993 Mc Anamey (21) afirma que se debe tener en cuenta la interacción madre-hijo, la comunicación y el juego, la competencia social y cognoscitiva y afirma que una disminución o mala calidad en las 2 primeras áreas llevan a una disminución de la competencia social y cognoscitiva y éstas, a su vez, conducen a problemas cognoscitivos y de conducta. Propone para estas madres un programa educativo para que aprendan a cuidar bien de su hijo.

Brickner en 1981 (9) describe el trabajo realizado con 284 niños, hijos de madres adolescentes que habían nacido en 1975 en un hospital de las afueras de Nueva York, quienes en el momento del estudio estaban en un rango de edad de 2 ½ a 4 años. Les aplicaron el test de Denver y encontraron que puntuaban adecuadamente, inclusive en la prueba de motricidad fina. Ellos deducen que cuando los antecedentes relevantes son controlados, los niños de madres adolescentes son tan saludables como los niños de madres adultas.

En síntesis los hijos de madres adolescentes, entre los norteamericanos, tienen hiperactividad, distractibilidad, alta impulsividad y bajo rendimiento en la edad escolar, asociados con restricción en la calidad de vida de sus madres.

Si tenemos en cuenta que, en general, en Colombia, el embarazo en adolescentes es más frecuente en las clases menos favorecidas, existe la posibilidad de que las deficiencias del desarrollo sean producto de estas variables socioeconómicas. Sobre la relación entre la edad de la madre adolescente y las deficiencias en su hijo, habría cuatro explicaciones hipotéticamente posibles:

A. La edad materna es el factor determinante para que se presenten las deficiencias observadas.

B. Las deficiencias observadas son consecuencia de variables socioeconómicas y de la presencia o ausencia de apoyo familiar.

C. Estos dos factores interactúan para que los niños presenten deficiencias en el desarrollo posterior.

D. No hay retardo en el desarrollo de estos niños.

Una explicación para las diferencias encontradas en el desarrollo de los niños de madres adolescentes puede ser la pobreza y una tradición de condiciones desfavorables. La pobreza y un bajo nivel de educación generalmente van juntos; cada cultura tiene procesos de socialización específicos en los cuales influye la clase social. La función socializadora de la familia en la primera infancia es ejercida tradicionalmente por la madre, que a su vez tiene elementos individuales y culturales que transmite a su hijo. En los estratos sociales inferiores la relación madre-hijo se desenvuelve en mayor medida dentro de formas inmediatas. La madre reacciona con mayor frecuencia frente a su entorno de manera gestual, no lingüística o con estereotipos y giros tradicionales. En el proceso de socialización el niño aprende a reaccionar frente a las preferencias que no tienen la estructura de enunciados, ni están matizados de adjetivos. La calificación individual no se expresa con palabras sino mediante gestos, mímica, actitudes corporales, entonación y oscilaciones de la voz, de modo que, muchas veces, lo no dicho es más importante que lo dicho.

Discusión

De acuerdo con los trabajos revisados se encuentra consenso en que la situación de las madres adolescentes es desventajosa, comparada con la de las madres adultas, y que sus hijos tienen un mayor riesgo de presentar trastornos deficitarios del desarrollo.

El debate empieza cuando se trata de precisar las causas. Para algunos investigadores la edad materna es el factor determinante y para otros son las variables socioeconómicas. Parece de mayor utilidad clínica mantenerse en una apreciación intermedia por cuanto en un motivo de consulta siempre existe más de un factor causal, incluyendo elementos generales de la sociedad y particulares del consultante.

Una propuesta interesante es la presentada por Silbert (30), a partir de la posición de los antropólogos y los sociólogos, quienes sugieren un modelo de atención que se enfoca primordialmente en la salud en vez de la enfermedad. Este modelo establece las siguientes prioridades:

A. Considerar inicialmente la prevención del embarazo antes que su tratamiento.

B. Considerar el cuidado de la embarazada adolescente, antes que el tratamiento de su embarazo (por aborto o parto).

C. Considerar el "Comportamiento que resulta en el embarazo prematuro", en vez de considerar el embarazo de la adolescente como una patología.

D. Ampliar la visión para considerar a la población total de embarazadas adolescentes, más que a la adolescente en particular.

E. Percibir el embarazo en la adolescente como una preocupación de toda la sociedad y no sólo de los médicos.

Tomando en cuenta que, en general, las madres adolescentes son de clase popular, existe la posibilidad de que las desventajas del desarrollo de sus hijos sean producto de cuatro motivos factibles:

A. La edad materna es el factor determinante para que se presenten las deficiencias observadas.

B. Las deficiencias son producto de las condiciones sociales adversas o de la presencia o ausencia del apoyo familiar.

C. Estos factores interactúan para producir el problema de desarrollo.

D. No existe retardo alguno en estos niños, porque esta cultura es distinta de la cultura en la cual se han descrito los hallazgos discutidos.

En las condiciones actuales de Colombia las relaciones sexuales en promedio, muestran la tendencia a empezar a los 16 años y si se tiene en cuenta que la paridad es más alta en condiciones de pobreza, se puede pensar que el número de niñas embarazadas está en aumento. Lo que no se conoce es qué sucede con esta madre y su hijo en el clima de la situación actual del país, lo cual justifica empezar a investigar este problema.

Conclusiones

1. El embarazo en adolescentes, es el producto de variables individuales, culturales y socioeconómicas y, aunque se pueda disminuir su frecuencia, cuando se presenta es necesario contar con una estrategia altamente particular para su atención.

2. Las madres adolescentes se encuentran en una situación social desventajosa.

3. Los hijos de madres adolescentes tienen mayores probabilidades de desarrollar problemas cognoscitivos y conductuales.

4. La edad y los factores socioeconómicos interactúan para aumentar o disminuir las dificultades.

5. El embarazo en adolescentes perpetua una situación de desventaja tanto para la madre como para su hijo; especialmente en las clases pobres y en los casos donde no hay apoyo familiar ni redes sociales estatales de apoyo.

6. La literatura revisada no permite conocer cómo es el desarrollo de la madre adolescente.

7. Sobre el desarrollo de los hijos se afirma que tienen mayor riesgo de problemas, pero no es posible aislar la edad materna de otros factores de riesgo como son las variables socioeconómicas.

8. La literatura revisada insiste en los riesgos del embarazo en las adolescentes, pero no aclara qué sucede con las jóvenes una vez termina el mismo.

Agradecimientos

A la Profesora de Sociología de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia, Ana Rico de Alonso quien con su amplia experiencia nos ubicó en la condición nacional de las jóvenes en estas circunstancias.

BIBLIOGRAFIA

1. Prada E., Singh W. Adolescentes hoy, padres de mañana: Colombia. The Alan Guttmacher Institute. New York 1988.
2. Hatcher A. Solving the teenage pregnancy problem. Medical Aspects of Human Sexuality. March 1980; 14(3): 10-18.
3. Elster Panzarine, Mc Anamey. Causes of adolescent pregnancy. Medical Aspects of Human Sexuality July 1980; 14(7): 76-78.
4. Martín Cardinal E. Problemática sexual del adolescente: estudio de madres jóvenes, adolescentes, padres y maestros usuarios de la unidad de servicios a jóvenes del Hospital Infantil Universitario "Lorencita Villegas de Santos" Bogotá. The Pathfinder Fundation. Bogotá, D.E. 1989.
5. Martínez Espinosa PM. Atención integral del adolescente. Tomo I. Cafam. Bogotá.
6. Ucrós Cuéllar A., Moreno Benavides C. Medicina del adolescente. Ediciones Rosaristas. Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá, 1981.
7. Rico de Alonso A. Madres solteras adolescentes. Plaza & Janés. Bogotá, 1986.
8. Barth SP, Shinke JS Maxwell. Psychological correlates of teenage motherhood. Journal of Youth and Adolescence. 1983; 12(6): 471-484.
9. Brickner V. The relationship between age of mother and child health and development. AJPH 1981; 71(8): 810-816.
10. Kovacks R, Krol L, Voti. Early onset psychopathology and the risk for teenage pregnancy among clinically referred girls. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994; 33(1): 106-113.
11. Duarte Contreras A. Ginecología de la niña y de la adolescente. Salvat Editores Colombiana S.A. Bogotá, 1988.
12. Levine García OH. Determinants of mother-infant interaction in adolescent mothers. Pediatrics 1985; 75(1): 24-28.
13. Mc Anamey RA, Lawrence MJ. Interactions of adolescent mothers and their one year old children. Pediatrics 1986; 78(4): 585-589.
14. Mc Anamey RA, Lawrence MJ, Aten HP, Iker. Adolescent mothers and their infants. Pediatrics. 1984; 73(3): 358-362.
15. Elster ER, Mc Anamey ME. Lamb. Parental behavior of adolescent mothers. Pediatrics. 1983; 71(4): 494-501.
16. Baizerman. Can the first pregnancy of a young adolescent be prevent. A question wish must be answered. J of Youth and Adolesc. 1977; 6(4): 343-351.
17. Roosa. Matemalege, social class and obstetric performance of teenagers. J of Youth and Adolesc. 1984; 13(4): 365-373.
18. Benavides Bustos LE. La maternidad temprana como proyecto de vida en adolescentes de sectores populares de Bogotá. Tesis de Grado, Universidad Nacional de Colombia. Inédita. Septiembre de 1993.
19. Adolescent fertility. The proceedings of international conference Aug. 31 1976. Airlie Virginia. 1977. Bague D. Editor. U of Chicago.
20. Gómez R, Clara I. Estrategias de sobrevivencia y marcos valorativos asociados a la reproducción de las madres adolescentes. Bogota, junio 1985. Tesis de grado. Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia.
21. Mc Anamey RA, Lawrence MJ. Day care and teenage mothers: nurturing the mother-child dyad. Pediatrics. 1993; 91(1): 202-205.
22. Laverde, Contreras Ledy y Rodríguez E. Embarazo en adolescentes: repercusiones psíquicas. Actualizaciones pediátricas. Fundación Santa Fe de Bogotá. 1993; 3(3): 116-125.
23. Rothemberg A. Adolescence. Psychopathology, normality and creativity. Psychiatric Clinics of North America. 1990; 13(3): 415-434.
24. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Fecundidad en la adolescencia: causas, riesgos y opciones. Washington D.C. 1988.
25. Torres de Galvis Yolanda y otros. Estudio Nacional de Salud Mental y consumo de sustancias psicoactivas. Ministerio de Salud. Bogotá, 1993.
26. Record RG. The relation of mesured inteligenca to birth order and maternal age. Ann Human Genet 1969; 33: 61-69.
27. Yepes F. La salud en Colombia. Ministerio de Salud. Departamento Nacional de Planeación. Bogotá, 1990.
28. Levine, Carey, Crocker. Developmental Behavioral Pediatrics. Saunders, Philadelphia. 1992.
29. Gómez P. Ponencia oficial Sociedad Colombiana de Ginecología y Obstetricia. Congreso Nacional. Inédita. 1994.
30. Salud del Adolescente. The Alan Guttmacher Institute. New York. 1988.