PSYKHE
1999, Vol.8, Nº 2, 17-29

Copyright 1999 by Psykhe
ISSN 0717-0297

Evaluación de un Programa Comunitario Destinado a Favorecer el Desarrollo Psicosocial de Madres Adolescentes y sus Hijos

Evaluation of a Community Program to Promote Well-being in Adolescent Mothers and their Children

Patricio Cumsille y Valeria Ramírez
Pontificia Universidad Católica de Chile

Se evalúa un programa de intervención para favorecer el bienestar de madres adolescentes y sus hijos. Se compararon 30 madres del programa con 30 no participantes. Las madres fueron evaluadas mediante el Cuestionario de Depresión de Beck, la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de Apoyo Social Percibido de Procidano y Heller y una entrevista; los niños, mediante el E.E.D.P. y el TEPSI. Los resultados apoyan el impacto del programa sobre el desarrollo psicomotor de niños menores de 2 años, pero no sobre los niños de 2 a 5 años. No se observaron diferencias significativas en el bienestar psicosocial entre ambos grupos de madres. Se sugiere adecuar los objetivos y refocalizar la población beneficiaria de programas de esta naturaleza.

The evaluation of an intervention program oriented to promote the well-being of adolescent mothers and their children is presented. The study compared a sample of 30 participants with a group of 30 nonparticipant mothers and their children. The Beck Depression Inventory, Rosenberg's Self-esteem Scale, and Procidano and Heller's Perceived Social Support Scale were used in the assessment of the mothers; children were evaluated with E.E.D.P. and TEPSI. The data support the impact of the program on infant's development but not on children older than 2 years. There were no significant differences on psychosocial well-being between participant and nonparticipant mothers. The reformulation of goals and redefinition of the target population for this kind of programs is suggested.

El embarazo adolescente se ha constituido en un problema de alta prevalencia, con innegables consecuencias psicosociales para las madres y sus hijos. La información para varios países de América Latina y el Caribe muestra que la tasa específica de fecundidad de las adolescentes varía desde menos de 50 por mil adolescentes en Bahamas y Barbados, a más de 130 por mil en varios países centroamericanos, tales como Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua, y varios países del Caribe, como Belize, Grenada y Santa Lucía (Centro Latinoamericano de Demografía, 1997).

En Chile los nacimientos de adolescentes representan el 14% del total de nacimientos (Molina, 1991). Asimismo, un 11% de las adolescentes mujeres son madres. Aun cuando Chile estaría en el grupo de países con una relativa menor fecundidad de las adolescentes (58 por mil), el fenómeno sigue siendo un problema social.

Patricio Cumsille E., psicólogo y Valeria Ramírez C., socióloga, Escuela de Psicología.
Los datos reportados en el presente artículo fueron obtenidos a través de un estudio solicitado y financiado por la Vicaría de Pastoral Social del Arzobispado de Santiago de Chile. Los autores agradecen a dicha institución por la autorización para publicar los resultados.
La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a Patricio Cumsille, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Avda. Vicuña Mackenna 4860, Santia-

En algunos países la mayoría de estas madres adolescentes son solteras. Es el caso de Chile, donde en 1987 el 58% de los nacimientos de adolescentes correspondía a jóvenes que no se habían unido (Chadwick, Hamel, Vergara, & Rojas, 1992), en tanto en otros la mayoría de ellas está unida consensualmente. Es el caso de Venezuela, donde el porcentaje alcanza al 65% (Centro de Investigación Social, Formación y Estudios de la Mujer, 1992). En la década de 1980, en Santiago el 63% de las jóvenes de 15-24 años casadas o en unión concibió su hijo premaritalmente, lo que constituye el porcentaje más alto en Sudamérica (Rémez, 1989).

Aun cuando el embarazo adolescente se presenta en todos los grupos socioeconómicos, este factor se asociaría con los índices de fecundidad y embarazo en adolescentes. Así se reporta en Chile, donde el embarazo precoz es más frecuente en los estratos más bajos (Chadwick et al., 1992), teniendo como consecuencia una tasa de fecundidad diferencial. En un estudio realizado en ocho comunas de la Región Metropolitana de Santiago se pudo establecer que la tasa de fecundidad de adolescentes de nivel bajo era casi cinco veces más alta (24%) que la de aquéllas provenientes de niveles altos (5%) (Silva, 1989).

Por cierto que los datos de prevalencia no constituyen un factor que en si mismo le otorga carácter de problema social a la maternidad adolescente. La

magnitud del problema se evalúa también en función de la constatación empírica de las consecuencias de diversa índole que la maternidad adolescente presenta para la madre y el niño.

Entre las consecuencias psicosociales más graves para la madre está el hecho que la adolescente deja de cumplir muchas de las tareas propias del desarrollo normal en esa etapa (Russell, 1980). Este hecho ha llevado a algunos autores a conceptualizar la paternidad adolescente como una transición a "destiempo" (Brooks-Gunn & Chase-Lansdale, 1995), vale decir, un cambio en la trayectoria vital de un individuo que ocurre en un momento diferente a lo esperado normativamente. Implícita en esta conceptualización está la idea que la adolescente no está preparada para enfrentar la responsabilidad materna. Estas demandas, además, restringirían su libertad personal, imponiéndole limitaciones en sus posibilidades de desarrollo personal. Un claro ejemplo de esto último es la interrupción de la educación formal que experimenta la mayoría de las madres adolescentes (Furstenberg, Brooks-Gunn, & Chase-Lansdale, 1989). Tradicionalmente se ha considerado que la interrupción de la educación formal es una consecuencia del embarazo adolescente. Sin embargo, es importante destacar que la investigación no ha podido separar adecuadamente la influencia del embarazo adolescente en la escolaridad de los efectos de otras variables. Por ejemplo, un número importante de madres adolescentes presenta una trayectoria escolar precaria con anterioridad a su embarazo, lo que sugiere que el pobre desempeño escolar podría ser un antecedente del embarazo adolescente más que una consecuencia de éste (Schwab & Hayward, 1993). Asimismo, se ha sugerido (Chase-Lansdale, Brooks-Gunn, & Paikoff, 1992) que el contexto ecológico de las madres adolescentes (i.e., situación de pobreza, bajo nivel educacional, inestabilidad familiar) sería más responsable de las consecuencias psicosociales de la maternidad adolescente que la edad de las madres *per se.*

En general, la maternidad adolescente ha sido asociada con un deterioro general del bienestar psicosocial de la adolescente, incluyendo problemas emocionales (e.g., depresión, baja autoestima) y un elevado consumo de alcohol y drogas (Hechtman, 1989). Adoptando una perspectiva ecológica (Bronfenbrenner & Morris, 1998), el bienestar psicosocial de un individuo puede ser definido como un proceso dinámico de ajuste entre el individuo y su ambiente. Involucra tanto aspectos de la interacción del individuo con otros individuos y organizaciones de su entorno social, así como la relación del individuo consigo mismo. En la interacción del individuo con su ambiente, se pueden incluir aspectos tales como ajuste escolar o laboral, dependiendo de la etapa evolutiva en la que se encuentre, y la inserción en grupos sociales de diversa índole. En cuanto a la relación del individuo consigo mismo, es importante destacar aspectos relativos al desarrollo emocional y autoestima. En el caso de la adolescente que se embaraza, las características del embarazo y la consiguiente maternidad imponen exigencias adicionales a las demandas propias del desarrollo adolescente (Brooks-Gunn & Chase-Lansdale, 1995). En este contexto, es razonable esperar un deterioro en el bienestar psicosocial de la joven, tanto en los aspectos su relación con su entorno como en la relación consigo misma. La probabilidad de desajustes será mayor en los casos de adolescentes con una historia pre-embarazo de dificultades de ajuste o en los casos de adolescentes en entornos con escasos recursos de apoyo económico o social.

En relación a los niños, los estudios han señalado que existe para él un mayor riesgo de salud (Burrows et al., 1986; Molina, Luengo, Guarda, González, & Jara, 1991) y desventajas en el desarrollo cognitivo y posterior desempeño escolar (Furstenberg et al., 1989), así como problemas conductuales y emocionales (Hechtman, 1989).

Es importante destacar que las consecuencias mencionadas no son necesariamente un efecto directo de la maternidad adolescente. Las consecuencias de la maternidad, tanto para madres como para hijos, se producen en un contexto de riesgo social que tiende a facilitar la emergencia de los problemas señalados. Es así como la maternidad adolescente se transforma en un elemento de riesgo que potencia el riesgo asociado a otros factores sociales.

Entre las condiciones de la maternidad adolescente que más afectan a los hijos, la ausencia del padre es una de las que se repite con mayor frecuencia, lo que repercute en su desarrollo socioemocional. En Perú, por ejemplo, el 20% de los hijos de madres adolescentes crece sin su padre en la casa (Ferrando, Singh, & Wulf, 1989) y, en Chile y México, los estudios de Castillero (1992) y Atkin y Alatorre-Rico (1991), respectivamente, llegaron a determinar que el 43% de las jóvenes no vive con su pareja. La ausencia del padre en la casa impacta tanto en el desarrollo socioemocional del niño como en la sensación de vulnerabilidad y apoyo de la madre. Asimismo, la mayoría de estas adolescentes se consti-

tuyen en madres solteras que viven con sus propios padres, generando dinámicas familiares que limitan aun más las posibilidades de asumir un rol materno y tomar control de su propia vida.

La magnitud y el impacto de la maternidad adolescente ha llevado en las últimas décadas a la promoción de programas preventivos, tanto a un nivel primario (i.e., prevención del embarazo) como a un nivel secundario y terciario (e.g., 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 permitan a las adolescentes el desarrollo de su rol materno, así como a la educación sexual que permita una prevención de subsecuentes embarazos (Marsh & Wirick, 1991). Otros programas se han orientado a la provisión de habilidades que permitan un adecuado ajuste de la adolescente y los hijos, incluyendo contactos para la obtención de servicios de salud, educación y empleo (Quint, 1991). En el Caribe, un programa desarrollado en Jamaica tiene como principales objetivos ayudar a las adolescentes a continuar su educación después del parto y a educarlas para evitar un subsecuente embarazo durante la adolescencia (McNeil, Olafson, Powell, & Jackson, 1983).

En Chile también se han hecho esfuerzos por prevenir esta situación (Castro, 1994). A nivel primario, se han hecho intentos para evitar el embarazo de adolescentes, ya sea retardando el comienzo de la actividad sexual en los jóvenes o estimulando la protección de aquellos que han decidido iniciar su vida sexual. A nivel secundario y terciario se han desarrollado programas en algunos consultorios de salud. La mayoría de ellos están orientados a la embarazada y consisten principalmente en charlas educativas sobre el embarazo y los cuidados de salud del niño. Otros pocos (consultorio de la comuna de Pudahuel, por ejemplo) han concebido el programa como un espacio de reflexión, donde se ayuda a la adolescente a enfrentar el embarazo, asumir el rol de madre y desarrollar la autoestima y la confianza. También se han desarrollado programas en la Universidad de Chile, como el que realizó el Departamento de Salud Pública de la División de Ciencias Médicas Sur (Hamel & Vizcarra, 1988) y el Centro de Medicina Reproductiva de la Adolescente (CEMERA), en el que las adolescentes reciben atención médica y psicológica. Sin embargo, sólo el Programa de Apoyo a la Paternidad Adolescente (PAPA) de la Vicaría de Pastoral Social del Arzobispado de Santiago -motivo de este artículo- contempla un trabajo con agentes comunitarios y está orientado a adolescentes que ya han sido madres.

Estos programas requieren de una cuidadosa evaluación de su funcionamiento y resultados que permitan conocer la efectividad de las estrategias planteadas. Sin embargo, pocos programas han sido evaluados en Latinoamérica, existiendo escasos antecedentes respecto de la efectividad de programas desarrollados para el trabajo con madres adolescentes y sus hijos. En Chile, por ejemplo, las intervenciones psicosociales diseñadas para el trabajo con adolescentes embarazadas han carecido de una evaluación sistemática de su gestión (ver, por ejemplo, Alvarado et al., 1993).

Utilizando la descripción de los principales resultados obtenidos en la evaluación intermedia del PAPA, el presente artículo analiza la importancia de una serie de factores relativos al diseño, la implementación y evaluación de programas de esta naturaleza.

Antecedentes del Programa

El PAPA de la Vicaría de Pastoral Social del Arzobispado de Santiago está orientado a madres adolescentes de sectores poblacionales de bajos recursos. Al momento de efectuarse la evaluación intermedia del programa, éste funcionaba en ocho localidades de la Región Metropolitana de Santiago (hoy son más de 30). La población objetivo son jóvenes que han concebido a sus hijos antes de cumplir 20 años. El PAPA utiliza una estrategia de intervención que involucra a la propia comunidad en la gestión y operación del programa, a través de *monitores* capacitados para el trabajo en este tema.

El objetivo central del programa al momento de la evaluación incluía dos aspectos fundamentales: favorecer el desarrollo individual de la madre y estimular el desarrollo psicosocial de los hijos. En relación a las madres, el PAPA ofrece espacios para que ellas fortalezcan sus habilidades parentales, aumenten su nivel de apoyo social y comunitario y aumenten su sensación de bienestar psicosocial general, particularmente su autoestima. En cuanto a los niños, el PAPA plantea favorecer el desarrollo integral de los hijos de madres adolescentes, de entre 0 y 7 años, a través de su participación directa en espacios educativos y recreativos.

Consecuente con los dos tipos de objetivos planteados por el programa, el trabajo se realizaba separadamente con madres e hijos. En el caso de las madres, monitores comunitarios, especialmente ca-

pacitados en temas relativos a desarrollo y maternidad adolescente, desarrollaban talleres destinados a fomentar la autoestima personal y la capacidad de las jóvenes para asumir su rol de madres. Estos talleres consistían en 40 sesiones, realizadas una vez a la semana y con una duración promedio de dos horas. En ellos los monitores abordaban contenidos referidos al desarrollo de las habilidades parentales (crianza y estimulación infantil) y al desarrollo personal de la madre (autoestima, sexualidad, proyecto de vida, comunicación, beneficios sociales).

En el caso de los niños, los monitores han sido capacitados en temas relativos al desarrollo infantil y estrategias para fomentar dicho desarrollo en niños pequeños. En los grupos de desarrollo infantil, los monitores llevaban a cabo actividades orientadas al desarrollo psicomotor, socioafectivo, del lenguaje y cognitivo de los niños. El trabajo con ellos se hacía simultáneamente al desarrollo de los talleres de madres. Una descripción detallada de la operación del programa puede encontrarse en Ramírez y Cumsille (1997).

El diseño original del programa incluyó un proceso de evaluación del mismo, a realizarse en tres etapas: a) supervisión y monitoreo, realizados por los equipos de trabajo del programa, durante todo el proceso; b) una evaluación intermedia y c) una evaluación al término del proyecto.

Los resultados que se muestran a continuación forman parte de la evaluación *intermedia* del programa, realizada por profesionales externos al mismo. Los datos fueron recolectados entre noviembre de 1994 y enero de 1995. Al momento de comenzar la evaluación, el programa se encontraba en su tercer año de funcionamiento. Dado que el mismo se inició en diferente momento en cada localidad, la antigüedad específica del programa en cada comuna variaba entre 1 y 3 años. Por esta razón, al momento de efectuarse la evaluación, el tiempo de permanencia de las madres variaba de una localidad a otra.

El presente artículo reporta los resultados de la evaluación del *impacto* que ha tenido el programa en las madres adolescentes y en sus hijos. Los responsables del programa definieron como impacto el logro de los objetivos inmediatos del programa en las madres adolescentes y en sus hijos: en las madres adolescentes, un aumento de su bienestar psicosocial, de la cantidad y calidad del apoyo social comunitario y de sus habilidades parentales; en los hijos, progresos en su nivel de desarrollo, particularmente en las áreas de lenguaje y desarrollo socio-afectivo.

Para la evaluación del bienestar psicosocial de las madres adolescentes se consideró sólo el aspecto de la relación consigo misma, operacionalizándolo en los niveles de depresión y autoestima.

La evaluación de la *efectividad* del programa, entendida como la capacidad de éste para funcionar eficientemente, junto con una descripción detallada del mismo pueden encontrarse en Ramírez y Cumsille (1997).

Método

Diseño

El programa no previó en su implementación la necesidad de evaluar los niveles de bienestar psicosocial de las madres y de desarrollo de los hijos al momento de ingresar al mismo, lo que hubiera permitido evaluar en forma estricta el impacto real del programa en las madres y sus hijos. Para salvar esa situación, los evaluadores optaron por realizar un diseño alternativo, que consistió en seleccionar a un grupo de comparación de madres adolescentes no participantes del programa que acudían a los consultorios públicos de salud de la misma localidad donde residían las madres del programa, pareándolas en dimensiones sociodemográficas relevantes, como se describe en la muestra.

Indicadores de Logro

Previa a la evaluación se plantearon algunos indicadores de logro del programa, en consonancia con los objetivos del mismo. Respecto del *impacto* del programa, se estimó que se deberían encontrar los siguientes resultados:

1. En las madres adolescentes: un aumento de su bienestar psicosocial (menor depresión y mayor autoestima), una mejoría de su apoyo social inmediato y comunitario y la adquisición de habilidades parentales. Específicamente, se esperaba encontrar que, en relación con las madres del grupo de comparación, las madres del programa: a) mostraran un menor nivel de depresión; b) mostraran un mejor nivel de autoestima; c) percibieran un mejor nivel de apoyo social inmediato y comunitario y d) mostraran un mejor nivel de habilidades parentales.
2. En los hijos: un aumento del desarrollo de su lenguaje y del desarrollo socio-afectivo. Específicamente, en comparación con los hijos de madres adolescentes que concurrían al consultorio de salud de la localidad, se esperaba encontrar en estos niños: a) un mayor nivel de desarrollo del lenguaje, acorde con su edad cronológica y b) un mayor nivel de desarrollo socio-afectivo, acorde con su edad cronológica.

Para efectos de la investigación evaluativa, estos indicadores de logros fueron utilizados como hipótesis de trabajo.

Participantes

La población en estudio estuvo constituida por 77 madres adolescentes que asistían a los ocho centros en operación regular al momento de comenzar la evaluación. Esta fue estratificada de acuerdo a las siguientes dimensiones sociodemográficas de las madres: a) edad al momento de seleccionar la muestra, en dos grupos separados por la mediana (16-18 años y 19-22 años)[1]; b)

[1] Tal como se señaló previamente, las madres participantes en el programa podían ser mayores de 19 años (de hecho, algunas pocas tenían 22 años) en tanto en cuanto hubieran concebido a sus hijos antes de cumplir 20 años.

nivel educacional, en dos grupos *(básica* y *media)*, y c) estado marital, en dos grupos (*no unidas* -que incluyó solteras, solteras con pareja y una divorciada- y *unidas* -legal o consensualmente).

El tamaño muestral del grupo en estudio fue de 30 madres (39% de la población) y sus respectivos hijos, seleccionadas aleatoriamente entre los diferentes estratos y localidades. La muestra de adolescentes que acudían a los consultorios locales de salud correspondió a un grupo de 30 madres, seleccionadas de manera accidental. Ambos grupos fueron pareados en las variables edad, estado marital y nivel educacional, de manera que, al menos, existiera una homogeneidad proporcional de los grupos en dichas variables.

Es importante destacar que las adolescentes del grupo de comparación no difirieron significativamente de la muestra de madres del programa en edad, χ^2 ($gl = 4$, $N = 60$) = 2.36, $p = 0.50$; estado marital, χ^2 ($gl = 3$, $N = 60$) = 0.29, $p = 0.87$; nivel de instrucción, χ^2 ($gl = 4$, $N = 60$) = 2.27, $p = 0.52$ y número de hijos, χ^2 ($gl = 4$, $N = 60$) = 0.36, $p = 0.55$, por lo que el pareamiento fue exitoso. Asimismo, los hijos de las madres que participaban en el programa no difirieron en edad, χ^2 ($gl = 4$, $N = 60$) = 4.99, $p = 0.17$, ni sexo, χ^2 ($gl = 2$, $N = 60$) = 1.06, $p = 0.30$, con los niños del grupo de comparación.

Es relevante señalar, además, que los índices utilizados para la comparación de ambos grupos consideraban la edad del niño evaluado, de manera que las puntuaciones de cada niño se adecuaron al nivel de desarrollo esperado para su edad, de acuerdo a las normas de cada instrumento.

Instrumentos

En la determinación del *impacto* del programa se utilizaron diversos instrumentos para la evaluación de las madres adolescentes y sus hijos.

Instrumentos para la Evaluación de las Madres Adolescentes

Escala de Percepción de Apoyo Social. Se utilizó una versión modificada del instrumento desarrollado por Procidano y Heller (1983). Este instrumento evalúa la medida en la que un individuo percibe que sus necesidades de apoyo social, de información y de retroalimentación están satisfechas por su familia y sus amigos. A la escala original, compuesta por dos subescalas (apoyo social percibido de la familia y apoyo social percibido de los amigos) se agregó una subescala de apoyo social comunitario, especialmente desarrollada para el presente estudio.

El análisis factorial de validación de la escala original reveló que cada escala estaba compuesta por un solo factor (Procidano & Heller, 1983). La escala de apoyo social de la familia ha demostrado ser una medida confiable, con un alfa de Cronbach de 0.90 y una confiabilidad test-retest de $r = 0.83$ en un intervalo de un mes. La escala de apoyo percibido de los amigos es una escala homogénea, con un alfa de Cronbach de 0.88. En un estudio realizado en Estados Unidos con jóvenes latinos, Martínez (1992) encontró un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.90 para la escala de apoyo social de la familia y de 0.80 para la escala de apoyo social de los amigos, y en un estudio realizado con adolescentes norteamericanos, Cumsille (1992) encontró que los coeficientes de confiabilidad (alfa de Cronbach) para la escala de apoyo social de los amigos y de la familia eran 0.86 y 0.87, respectivamente.

Las subescalas de apoyo social familiar y de los amigos contienen 15 itemes cada una, consistentes en aseveraciones (ejemplos: "Mi familia se preocupa de mis necesidades personales"; "Mis amigas o amigos son buenos para ayudarme a resolver mis problemas") frente a las cuales la persona debe seleccionar una de tres posibles respuestas *(sí, no sé, no)*.

Cada ítem se puntúa dicotómicamente (1 ó 0), asignándosele el valor 1 a la respuesta que va en la dirección esperada de mayor apoyo, por lo que cada subescala tiene un rango posible de 0 a 15 puntos.

La escala de apoyo social comunitario, desarrollada para el presente estudio, contenía dos partes. La primera constaba de siete preguntas relativas a la ayuda mutua entre vecinos (ejemplo: "¿con qué frecuencia conversas con algunos vecinos que también son papás?"), que la adolescente debía responder en una escala de 4 puntos *(habitualmente, a menudo, rara vez, nunca)*. Esta parte de la escala tiene un rango de 0 a 28 puntos. La segunda parte consistió en una lista de servicios e instituciones (ejemplos: consultorio de salud, escuela, junta de vecinos), frente a los cuales la adolescente debía responder si sabía o no acudir a ellos, lo que se resumió en un puntaje posible de 0 a 14 puntos.

Por último, como una forma de resumir el apoyo social, se agregó una lista de 19 personas y organizaciones que por lo general son de ayuda para las personas que crían hijos pequeños (ejemplos: mamá, pareja, pediatra, asistente social). La adolescente debía marcar si entre los últimos 3 a 6 meses habían sido *muy útil, a veces útil, nada útil o no había estado disponible,* otorgándosele puntajes de 3 a 0, respectivamente. En total, esta parte de la escala podía tener un rango de puntajes de 0 a 57.

En la presente evaluación, las subescalas de apoyo de la familia y de apoyo de los amigos demostraron tener un alto grado de consistencia interna, obteniéndose coeficientes alfa de Cronbach de 0.90 y 0.79, respectivamente. La subescala de apoyo de los vecinos, aunque demostró una consistencia interna aceptable, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.67, ésta fue algo menor a la de las otras subescalas.

Escala de Percepción de Habilidades Parentales. Esta escala fue construida especialmente para este estudio, tomando como base el Indice de Estrés Parental *(Parenting Stress Index)* desarrollado por Richard Abidin (1983). Evalúa la percepción subjetiva de competencia parental. Este índice es una escala que contiene 36 afirmaciones que la persona debe responder en un formato tipo Likert (ejemplo: "Me doy cuenta que para satisfacer las necesidades de mi niño tengo que renunciar a mi vida mucho más de lo que yo esperaba").

Al no estar adaptada a Chile, fue necesario realizar una adaptación para el medio en el cual fue utilizada. La escala construida para este estudio incluyó 13 aseveraciones que la adolescente debía responder en una escala Likert de 5 puntos *(muy en desacuerdo, en desacuerdo, no estoy segura, de acuerdo y muy de acuerdo)*, otorgándoseles un puntaje de 5 a 1, respectivamente, excepto en dos itemes formulados en términos positivos respecto de la habilidad. El rango total de puntajes posible fluctuó entre 13 y 65 puntos.

El bienestar psicosocial de las adolescentes se evaluó mediante dos instrumentos:

Escala de Autoestima de Rosenberg. La escala de autoestima de Rosenberg (1973) es una medida que ha sido desarrollada para población adolescente. De acuerdo a Rosenberg, la autoestima es aquella parte del autoconcepto que representa la autoevaluación de la persona.

El instrumento contiene 10 afirmaciones para ser contestadas en una escala tipo Likert *(muy en desacuerdo, desacuerdo, no estoy segura, acuerdo, muy de acuerdo)* y requiere que la persona señale su grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones que describen sentimientos acerca del *self* (ejemplo: "Me parece que tengo varias cualidades positivas").

La confiabilidad test-retest con un intervalo de dos semanas entre aplicaciones varía entre $r = 0.85$ y $r = 0.88$, en población estadounidense. En un estudio realizado en Estados Unidos en

1992 con jóvenes latinos, Martínez encontró que la consistencia interna de la escala, medida por el coeficiente alfa de Cronbach, era de 0.78.

Para el cálculo del puntaje total obtenido por cada persona en la escala, los itemes se agrupan en seis categorías, por lo que el rango de puntaje posible oscila entre 0 y 6 puntos.

Inventario de Depresión de Beck. Este es uno de los instrumentos de "lápiz y papel" más utilizados para evaluar depresión a nivel sintomático, habiéndose reportado adecuadas propiedades métricas con población general y con adolescentes en particular (Teri, 1982). Este instrumento ha mostrado su utilidad en la evaluación de sintomatología depresiva de muestras no clínicas de personas.

El instrumento original consiste en 21 itemes que presentan afirmaciones que apuntan a la evaluación de diferentes síntomas depresivos, en grado creciente de intensidad. Cada uno de los itemes se evalúa con un puntaje de 0 a 3 puntos, por lo que el rango total de puntaje fluctúa entre 0 y 63 puntos.

La consistencia interna del instrumento, medida a través del coeficiente alfa de Cronbach, ha sido estimada entre 0.73 y 0.92 para diferentes muestras (Beck, Steer & Garbin, 1988). El Inventario también ha demostrado ser un instrumento apropiado para la detección de síntomas depresivos en muestras de adolescentes. Un estudio efectuado por Teri (1982), por ejemplo, obtuvo un coeficiente alfa de 0.87 para una muestra no clínica de adolescentes. Asimismo, otros estudios han apoyado la validez del Inventario como medida de síntomas depresivos en adolescentes (Ambrosini, Metz, Bianchi, Rabinovich, & Undie, 1991; Barrera & Garrison-Jones, 1988; Roberts, Lewinsohn, & Seeley, 1991).

Existe una versión del Inventario en castellano que había sido utilizada en Chile (Guendelman & Hoffmann, 1991; Guerrero, Pávez, & Zavala, 1991). Este instrumento fue adaptado en España y hubo que hacerle algunas modificaciones para utilizarlo con adolescentes chilenas.

En el presente estudio, el instrumento constó de 20 itemes, debido a que se suprimió uno de los itemes originales que se refería al cambio experimentado en el peso del individuo, en consideración de la condición postnatal de muchas de las madres. En consecuencia, el rango teórico de valores osciló entre 0 y 60 puntos. El instrumento utilizado en esta oportunidad presentó una consistencia interna de 0,88, medida a través del coeficiente alfa de Cronbach.

Entrevista a las adolescentes del programa. Esta entrevista tuvo como propósito evaluar la *efectividad* del PAPA, más que el impacto, pero se incluye aquí porque sus resultados pueden explicar parte del impacto del programa en las madres. Contempló preguntas respecto de la percepción de las adolescentes sobre las características del programa, tales como el tipo de convocatoria, la calidad de la atención, los elementos educativos que les ha reportado a ella y a su hijo, su percepción de la eficacia del programa y el trato recibido por parte de los monitores.

Instrumentos para la Evaluación de los Niños

Reporte de la Madre sobre el Hijo y su Relación con El. Este instrumento fue construido especialmente para el estudio y debía ser respondido por la madre, respecto de su hijo y su relación con él. Fueron construidas 3 versiones similares, de acuerdo a la edad del niño (0-2 años, 2-4 años y 4-6 años).

Este instrumento contiene las siguientes dimensiones:

a) Problemas pasados y actuales del hijo (ejemplo: alimentación, terror nocturno). Se calculó un índice de mejoría, restando al puntaje de los problemas actuales del niño el puntaje de los problemas pasados.
b) Nivel de desarrollo socio-afectivo del hijo: cada versión contempló indicadores objetivos (ejemplo: amistoso, agresivo, le gusta estar solo). Se construyó un índice que podía oscilar entre 0 y 36 puntos (niños 0-2 años), 0 y 63 (niños 2-4 años) ó 0 y 74 (niños 4-6 años). Para efectos de permitir la comparación entre niños de diferentes tramos de edad, se calculó una tasa de desarrollo expresada en porcentaje.
c) En la versión para niños de 4-6 años se agregó una sección relativa a 15 acciones que el niño debería realizar a esa edad, de acuerdo a un nivel de desarrollo cognitivo normativo (ejemplo: contar cuentos, decir y señalar las distintas partes del cuerpo, reconocer colores).

Dependiendo de la edad, se aplicó, además, uno de los siguientes instrumentos:

Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (E.E.D.P.). Esta escala fue creada en Chile por Rodríguez, Arancibia y Undurraga (1974), con el objetivo de evaluar el nivel de desarrollo de niños de 0 a 24 meses. Se encuentra estandarizada y mide el nivel de desarrollo psicomotor de niños menores de 2 años, mediante la evaluación del desempeño del niño frente a tareas cuya resolución requiere un determinado nivel de desarrollo. Las tareas se encuentran agrupadas en cuatro áreas de funcionamiento: motora, lenguaje, social y coordinación.

El rendimiento del niño en la prueba permite asignarle una edad mental y un coeficiente de desarrollo, que es la razón entre la edad mental y la edad cronológica. Este coeficiente ubica al niño en uno de tres rangos: *normal* (mayor o igual a 0.85), en *riesgo de retraso* (entre 0.84 y 0.70) *o con retraso* (menor o igual a 0.69) en su desarrollo psicomotor.

Test de Desarrollo Psicomotor TEPSI. Esta escala fue creada en Chile por Haeussler y Marchant en 1980. Al igual que el E.E.D.P., esta prueba se encuentra estandarizada en Chile y mide el desarrollo psicomotor de niños de 2 a 5 años, mediante la evaluación del desempeño del niño frente a tareas cuya resolución requiere un determinado nivel de desarrollo. En este instrumento las tareas se agrupan en tres áreas de funcionamiento: motricidad, coordinación y lenguaje.

El TEPSI entrega valores que se transforman a una escala de puntajes T y su interpretación se realiza en términos de desviaciones en torno al promedio esperado para cada edad. Las autoras del instrumento reportan un índice de consistencia interna de 0.94 para el test total, 0.89 para coordinación, 0.94 para lenguaje y 0.82 para motricidad (Haeussler & Marchant, 1988).

En la presente aplicación se consideraron para el análisis tanto los puntajes T, en la escala total y por área, como la categorización propuesta por las autoras en cuanto a niveles de desarrollo: *normal* (mayor o igual a 0.85), *en riesgo de retraso* (entre 0.84 y 0.70) o con retraso (menor o igual a 0.69) en el desarrollo psicomotor.

Procedimiento

Las madres del programa fueron evaluadas en los lugares donde se realizaba el mismo, en tanto las madres del grupo de comparación fueron evaluadas en los consultorios donde asistían a control del niño sano.

Todas las pruebas fueron administradas por alumnos avanzados de la carrera de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, especialmente capacitados para el estudio.

Resultados
Logro en los Hijos

Desarrollo Psicomotor

Tal como se puede observar en los datos incluidos en la Tabla 1, los resultados de la evaluación mostraron un impacto del programa en el desarrollo de

niños menores de 2 años. Aun cuando los resultados obtenidos por ambos grupos no difirieron significativamente, sí se apreció una tendencia a la significación ($p < 0,15$). Es notorio que, para cada una de las áreas evaluadas, el grupo del programa tendió a completar itemes que suponen un grado más alto de desarrollo. Esto es especialmente claro para las áreas motoras y de coordinación.

Cabe señalar que el promedio del coeficiente de desarrollo para la muestra de niños del programa se ubica dentro del rango de normalidad. Esta tendencia también se observa si se consideran las categorías globales de desarrollo obtenidas en el E.E.D.P. (Tabla 2), en las que la muestra de niños del programa tiende a agruparse en la categoría *normal*. En términos de las categorías de desarrollo asignadas según el puntaje global en la prueba, ninguno de los niños del programa presentaría *retraso* en su nivel de desarrollo y sólo dos estarían en *riesgo*. En el grupo de comparación, en cambio, tres niños presentarían retraso y tres estarían en *riesgo de retraso*. Nuevamente, esto mostraría una tendencia, aun cuando no se alcance la significación estadística apropiada.

A diferencia de lo observado para los niños menores de 2 años, la muestra de niños del programa mayores de 2 años no presentaron diferencias significativas, ni tendencia a la significación ($p > 0,39$), con el grupo de comparación en los niveles de desarrollo global ni por área, como lo muestra la Tabla 3, en la que los resultados están expresados en puntajes T. Estos resultados también se aprecian al utilizar las categorías de desarrollo del TEPSI. El 72% de los niños del grupo de participantes en el programa presentó un nivel de desarrollo *normal*, cifra levemente inferior a la reportada en otros estudios realizados con hijos de madres adolescentes (ver, por ejemplo, Molina et al., 1991). Cabe mencionar que en el caso de los niños mayores, el programa plantea objetivos más recreativos y con un menor énfasis explícito en la estimulación de su desarrollo, lo que se reflejaría en los resultados obtenidos.

Tabla 1
Promedio del Ultimo Item Completado en el E.E.D.P. por los Niños Menores de 2 Años en cada Area del Desarrollo, según Grupo

	M		*DS*			
Area	Programa (n = 17)	Comparación (n = 19)	Programa	Comparación	t	p
Motricidad gruesa	8.70	37.73	16.22	21.17	1.76	0.09
Lenguaje	50.71	39.42	20.72	25.04	1.48	0.15
Social	51.59	40.00	17.85	23.54	1.67	0.10
Coordinación	51.71	39.63	18.35	22.26	1.78	0.08
Coeficiente de desarrollo	100.23	96.55	9.63	21.85	0.64	0.53

Tabla 2
Distribución de los Niños Menores de 2 Años en las Categorías de Desarrollo del E.E.D.P., según Grupo

	Grupo	
Categoría	Programa (n = 17)	Comparación (n = 19)
Normal	15	13
Riesgo	2	3
Retraso	--	3

$\chi^2 = 3.24$, $p = 0.197$.

Nota: Dado que habían frecuencias esperadas menores que 5, se calculó la probabilidad exacta.

Desarrollo Socioafectivo

A partir de las respuestas de las madres a itemes relativos al comportamiento de sus hijos, se construyó una escala de desarrollo socioafectivo. El cálculo de los niveles de logro por niño se basó en el nivel de desarrollo esperable según la edad del mis-

mo. No se apreciaron diferencias significativas, $t(59) = 1.19$, $p = 0.52$, entre el nivel de madurez socio-afectiva de sus hijos reportado por las madres del programa ($M = 52.40$, $DS = 15.25$) y el reportado por las madres del grupo de comparación ($M = 54.86$, $DS = 13.96$).

Percepción de Problemas en los Hijos

En relación a la percepción de las madres del nivel de problemas (pasados y presentes) de sus hijos, se pudo apreciar (Tabla 4) que las madres del programa tienden a indicar más problemas en sus hijos, tanto en el pasado como en el presente. Aun cuando estas diferencias no son significativas en el caso de los problemas en el pasado, esta tendencia es bastante clara para los problemas actuales. Como una forma de estimar la mejoría en los problemas señalados, se calculó la diferencia entre la tasa de problemas pasados y la tasa de problemas presentes. Este índice no presentó diferencias significativas entre las madres del programa y las madres del grupo de comparación.

Se puede hipotetizar que las madres participantes en el programa, al haber sido sensibilizadas por éste, presentan un mayor nivel de autocrítica al evaluar la situación de sus hijos, evaluando como dificultades aquellos aspectos que pueden pasar inadvertidos para las otras madres.

Logro en las Madres

En el caso de las madres, sólo se observaron diferencias significativas en el grado de apoyo recibido en los últimos seis meses respecto de amigas y vecinas. En el resto de las áreas no se encontraron tales diferencias.

Autoestima y Depresión

Aun cuando no se encontraron diferencias significativas entre los grupos respecto de la *autoestima* de las adolescentes, contrario a lo esperado, las del grupo de comparación mostraron como tendencia una mejor autoestima en promedio que las del grupo del programa (ver Tabla 5): en promedio, las adolescentes del programa no lograron el 50% del puntaje óptimo; en cambio, las del grupo de comparación lograron un 62% de tal puntaje.

Respecto de la variable *depresión*, no se apreciaron diferencias entre los grupos. En promedio, se observó un número moderado de síntomas depresivos, aun cuando existe una alta heterogeneidad al interior de cada grupo (ver Tabla 5). En el grupo de madres participantes en el programa, el promedio de depresión fue alto, dado que fue de 18 puntos, considerando que estudios de muestras normativas en Estados Unidos han encontrado promedios cercanos o menores de 10 puntos (Kauth & Zettle, 1990; Teri, 1982) y otros han encontrado que un puntaje de 16 tiene un alto grado de sensibilidad y especificidad para identificar episodios depresivos mayores (Barrera & Garrison-Jones, 1988).

Entre ambas variables (depresión y autoestima) existe una correlación inversa, siendo de $r\ (60) = -0.64$, $p = 0.000$, la que es más alta en el grupo del programa, $r\ (30) = -0.71$, $p < 0.001$, que en el grupo de comparación, $r\ (30) = -0.56$, $p = 0.001$.

Es probable que las madres del programa hayan comenzado su participación en éste con niveles muy negativos en las variables evaluadas (autoestima baja y depresión muy alta). No se cuenta con información estadística para avalar esta hipótesis. Sin embargo, el informe de los monitores en tal sentido podría apoyarla. Si éste fuera el caso, existiría un proceso de selección natural de las madres adolescentes que acceden y se mantienen en este tipo de programas. En apoyo de este último aspecto, se observó que las madres del programa señalaron niveles significativamente menores de apoyo familiar, en re-

Tabla 3
Distribución de los Resultados en el TEPSI por Areas de Desarrollo en Niños de 2 a 5 Años, según Grupo

	M		*DS*			
Area	Programa ($n = 11$)	Comparación ($n = 11$)	Programa	Comparación	*t*	*p*
Coordinación	46.81	44.63	13.27	6.15	0.49	0.63
Lenguaje	38.90	42.64	10.14	9.52	-0.89	0.39
Motricidad gruesa	51.72	49.54	9.17	7.71	0.58	0.57
Total	43.18	43.27	10.52	7.07	-0.02	0.98

Tabla 4
Percepción de las Madres sobre los Problemas de sus Hijos en el Pasado y en el Presente, según Grupo

Tiempo de los Problemas						
M			*DS*			
	Programa (n = 30)	Comparación (n = 30)	Programa	Comparación	*t*	*p*
Problemas en el pasado	36.07	28.90	17.67	19.91	1.47	0.15
Problemas en el presente	29.93	20.87	16.06	19.92	1.94	0.06
Mejoramiento (presente - pasado)	6.13	8.03	13.46	12.48	-0.57	0.57

lación con sus pares del grupo de comparación, como se verá más adelante. De acuerdo a esto, se puede hipotetizar que las madres que presentan mejores niveles de apoyo familiar prescindirían de los servicios de programas de la naturaleza del evaluado.

Apoyo Social Percibido

Las escalas de apoyo social percibido de diferentes fuentes mostraron diferencias significativas entre el grupo de estudio y el grupo de comparación, como se muestra en la Tabla 6. El apoyo percibido de la red de amigos y de la red de vecinos fue mayor en el grupo de estudio que en el de comparación; en cambio, el apoyo percibido de la familia fue menor en el grupo del programa. Este hallazgo puede ser bastante importante, considerando el rol central que se le asigna a la familia de la adolescente para el cuidado y protección de la madre y su hijo (Furstenberg, 1980).

Pareciera ser que el hecho de participar en el programa ha aumentado la red social de las adolescentes, adquiriendo más amigas, las que se han auto-

Tabla 5
Puntaje Promedio de las Madres en Autoestima y Depresión, según Grupo

	M		*DS*			
Escala	Programa (n = 30)	Comparación (n = 30)	Programa	Comparación	*t*	*p*
Autoestima	2.93	3.70	1.74	1.71	-1.72	0.09
Depresión	18.03	15.43	11.06	11.36	0.90	0.37

Tabla 6
Puntaje Promedio de la Madre sobre el Apoyo Recibido de Amigos, Vecinos y Familia según Grupo

Fuente del apoyo	*M*		*DS*			
	Programa (n = 30)	Comparación (n = 30)	Programa	Comparación	*t*	*p*
Amigos	9.60	7.47	3.36	3.65	2.36	0.02
Familia	6.80	9.27	4.99	4.21	-2.07	0.04
Vecinos	10.67	7.17	4.89	5.88	2.50	0.02

apoyado en el momento en que viven (aumento en cantidad y calidad del apoyo). El apoyo promedio percibido por el grupo de estudio respecto de las amigas fue bastante alto, por cuanto representó el 64% del apoyo óptimo posible. En cambio, en el grupo de comparación, éste no alcanzó al 50%.

Respecto de los vecinos, aunque hubo una diferencia significativa, el apoyo percibido fue bastante menor que el de las amigas (el promedio presentado en la Tabla 6 aparece mayor no porque así sea sino porque la escala tiene otro rango de valores). Del total óptimo posible, las adolescentes participantes en el programa percibieron en promedio un 38% de apoyo de los vecinos. Aun cuando el porcentaje es relativamente bajo, éste es mayor al percibido por el grupo de comparación (26% del óptimo posible).

Por otro lado, la familia de las jóvenes que participan en el programa es percibida como menos apoyadora. Como se señaló previamente, es posible pensar que justamente por sentir que no cuentan con esta fuente de apoyo es que han accedido con mayor propensión a participar en un programa de ayuda de este tipo. El promedio de apoyo percibido es bajo, dado que representa sólo el 45% del apoyo óptimo que podía ser percibido. En cambio, el grupo de jóvenes que no participan en el programa obtuvo un alto promedio de apoyo percibido, representando más del 60% del óptimo posible.

Al preguntárseles a las madres por la ayuda recibida en los últimos seis meses, de una serie de fuentes posibles de apoyo, aun cuando no hubo una diferencia significativa entre ambos grupos con una probabilidad de error aceptable ($p < 0.05$), se apreció una tendencia a percibir un mayor nivel de apoyo por parte de las adolescentes del programa (ver Tabla 7). La tasa de percepción de ayuda, que corresponde al porcentaje percibido del óptimo posible, muestra que en promedio éste es de un 51%, mientras en el grupo de comparación alcanza al 46%.

Habilidades Parentales

En general, no se apreciaron diferencias significativas en las variables referidas a las habilidades parentales, tanto medidas objetivamente como percibidas por las madres. Las habilidades podrían catalogarse como *adecuadas* puesto que, de un máximo posible de 55 puntos en la escala, el promedio en ambos grupos fue de 35 puntos, es decir, más de un 60% de logro (ver Tabla 8).

No siempre las madres tienen una percepción real de su capacidad para ser madre. La relación entre esta percepción y la prueba que mide habilidades parentales, aunque significativa, es muy leve, $r(60) = 0.26$, $p = 0.025$. Mayor relación existe entre la autoestima y su percepción como madre, $r(60) = 0.33$, $p = 0.005$: las adolescentes tienden a verse mejor como madres en la medida en la que su autoestima es mayor, independientemente del grupo (programa o de comparación).

Discusión

Los resultados obtenidos en la evaluación del programa permiten afirmar que éste alcanza logros mayores en las diferentes áreas del desarrollo de niño menores de 2 años. En el caso de las madres, los mayores logros se vieron reflejados en su satisfacción con el programa -evaluada a través de una entrevista- el que les ha dado un espacio para la reflexión y la auto-ayuda. Además, las madres han podido intercambiar experiencias, recibir afecto y apoyo. Esto es especialmente importante considerando que, aparentemente, las usuarias del programa corresponderían a una subpoblación de madres adolescentes caracterizada por provenir de familias que les otorgan un bajo nivel de apoyo.

Al compararlos con las madres e hijos que no participan en el programa, no se apreciaron diferencias significativas en el desarrollo de los niños mayores

Tabla 7
Puntaje Promedio y Porcentaje de la Percepción de la Madre sobre la Ayuda Recibida de su Red Social en los Ultimos 6 meses, según Grupo

	M		*DS*			
Puntaje	Programa ($n = 30$)	Comparación ($n = 30$)	Programa	Comparación	*t*	*p*
Puntaje total	30.41	27.47	8.50	7.65	1.40	0.17
Porcentaje	50.66	45.80	14.13	12.78	1.39	0.17

Tabla 8
Promedio de la Madre en Habilidades Parentales Medidas por Medio de una Escala y de su Auto-evaluación, según Grupo

	M		*DS*			
Fuente de Evaluación	Programa (n = 30)	Comparación (n = 30)	Programa	Comparación	t	p
Escala de habilidades parentales	34.97	35.77	8.68	7.76	-0.38	0.71
Auto-evaluación como madre	3.40	3.20	1.16	1.32	0.62	0.54
Auto-evaluación en el manejo del hijo	2.83	3.43	1.23	1.22	-1.89	0.06
Auto-evaluación general	6.23	6.63	2.05	1.94	-0.78	0.44

de dos años ni en el bienestar psicosocial de las madres participantes en el programa. En el caso de los niños, esto puede ser reflejo de una baja especificidad de los objetivos planteados por el programa para el trabajo con este grupo etario. En efecto, el programa plantea objetivos de estimulación del desarrollo específicamente para los niños menores de dos años, en tanto sólo plantea objetivos recreativos para los niños mayores de esa edad.

Por otra parte, es importante considerar que la dualidad de objetivos planteados por el programa, dirigidos separadamente a madres e hijos, puede estar afectando el impacto de éste sobre el desarrollo de los niños. Es probable que el programa tenga en la actualidad un conflicto entre las metas que persigue: por un lado, dar a las adolescentes un espacio para su desarrollo personal, lo que apuntaría a objetivos de tipo individual y, por otro, hacer de estas adolescentes madres responsables a cargo de sus hijos, lo que apuntaría a objetivos interpersonales o familiares. Concordantemente con las metas de tipo individual, el programa ha adoptado una modalidad de trabajo de acuerdo a la cual se trabaja en forma independiente con madres y niños. Si bien es cierto que es importante que las adolescentes tengan la posibilidad de centrarse en sí mismas y su estado de vida, un excesivo énfasis en ello -en desmedro del tiempo necesario para asumir su rol como madre- puede resultar en una baja calidad de la conducta materna e incluso en un empobrecimiento de su relación consigo misma. Dado que el desempeño del rol materno tiene un fuerte impacto sobre la construcción de la imagen personal en las mujeres, sentirse como una madre "inadecuada" puede bajar aun más el nivel de autoestima de las mismas y fomentar la emergencia de sentimientos negativos en ellas. En este sentido, sería importante considerar nuevas modalidades de trabajo, que den la posibilidad a las adolescentes de interactuar con sus hijos en los centros, ejercitando, en un ambiente de aprendizaje, las destrezas propias del rol materno que el programa debe entregarles.

Otro aspecto que permitiría explicar la ausencia de diferencias entre las madres del programa y las del grupo de comparación puede ser que aquéllas ingresaron al programa con niveles de bienestar psicosocial muy deficitarios, los que, aun habiendo aumentado como consecuencia de la participación en el programa, no han logrado superar la situación de la generalidad de las madres adolescentes. Esto concuerda con lo señalado previamente en relación al bajo nivel de apoyo familiar percibido por estas madres. Este fenómeno apuntaría, muy probablemente, a la existencia de un sesgo en la selección de las madres participantes en el programa, en el sentido que se enrolarían en él aquellas adolescentes con menores niveles de bienestar psicosocial y apoyo familiar, en tanto que las madres menos deficitarias prescindirían de este tipo de servicios. Este antecedente permite plantear la necesidad de definir muy bien la población objetivo de este tipo de programas, considerando que, tal vez, no son todas las madres adolescentes las que necesitarían de servicios como los ofrecidos por este programa sino aqué-

llas que presentan niveles más bajos de bienestar psicosocial y apoyo familiar.

Es importante señalar que todas las conclusiones planteadas deben ser analizadas con precaución, considerando las limitaciones del presente estudio. En primer lugar, es necesario mencionar las limitaciones del diseño, en particular la ausencia de mediciones pre-intervención. La ausencia de este tipo de mediciones impide concluir respecto del impacto neto o progreso del grupo en estudio. Segundo, las características del programa impidieron la utilización de un diseño experimental que permitiera asignar aleatoriamente a los participantes a las condiciones de tratamiento y de comparación.

Los resultados, sin embargo, permiten plantear una serie de interrogantes que pueden guiar el diseño de intervenciones y estudios que aclaren las preguntas más específicas en relación al impacto de programas de intervención con madres adolescentes y sus hijos. Por ejemplo, ¿qué diferencias existen entre madres adolescentes con alto y bajo nivel de apoyo familiar?; ¿debería considerarse esta característica como un criterio de selección para definir la población objetivo de este tipo de programas?; ¿cuál es el rol de la red de apoyo social externa a la familia? Estas preguntas, conjuntamente con aquéllas que sugieren distinguir los efectos específicos de la maternidad adolescente sobre el desarrollo infantil de los efectos propios de la pobreza con la que esta condición se asocia generalmente (Miller & Moore, 1990; Unger & Wandersman, 1985), deberían servir de guía para el futuro desarrollo de la investigación en esta área.

Algunas sugerencias para el diseño y desarrollo de programas de este tipo son:

1. Una definición clara de la población objetivo, considerando que tal vez no todas las madres adolescentes requieren de servicios de esta naturaleza. Las características del entorno familiar, en cuanto a su nivel de apoyo, debería ser un criterio de inclusión.
2. La focalización de las metas u objetivos a lograr. Los objetivos deben ser específicos. Este aspecto es especialmente importante para la evaluación de los logros.
3. La integración de la intervención con un enfoque que considere el entorno familiar de las madres y las necesidades de trabajo conjunto madre-hijo. En este sentido, la perspectiva familiar sistémica y la perspectiva ecológica (Chase-Lansdale et al., 1992) parecen enfoques conceptuales más apropiados que los enfoques de tipo meramente individual. Otro importante aspecto a considerar en la intervención es la integración del padre en la crianza del niño.

Referencias

Abidin, R. (1983). *Parenting Stress Index Manual.* Charlottesville, VA: Pedriatric Psychologist Press.

Alvarado, R., Lavanderos, R., Neves, H., Wood, P., Guerrero, A., Vera, A., Contreras, P., Rivera, Y., Olave, R., Ruiz-Tagle, P., & Cortés, G. (1993). Un modelo de intervención psicosocial con madres adolescentes. En R. M. Olave, & L. Zambrano (Comp.), *Psicología comunitaria y salud mental en Chile* (pp. 213-221). Santiago: Editorial Universidad Diego Portales.

Ambrosini, P. J., Metz, C., Bianchi, M. D., Rabinovich, H., & Undie, A. (1991). Concurrent validity and psychometric properties of the Beck Depression Inventory in outpatients adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 51-57.

Atkin, L. C., & Alatorre-Rico, J. (1991). *The psychosocial meaning of pregnancy among adolescents in Mexico City.* México D.F.: Instituto Nacional de Perinatología.

Barrera, M., & Garrison-Jones, C. (1988). Properties of the Beck Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology,* 16, 263-273.

Beck, A., Steer, R., & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*, 77-100.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. En R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology. Volume 1. Theoretical models of human development* (pp. 993-1028). New York: Wiley.

Brooks-Gunn, J., & Chase-Lansdale, L. (1995). Adolescent parenthood. En M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting, Volumen 3: Status and conditions of parenting* (pp. 113-149). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Asoociates.

Burrows, R., Leiva, L., Bravo, R., Macho, L., Zvaighaft, A., & Muzzo, S. (1986). Crecimiento y desarrollo de hijos de adolescentes de clase media-baja. II parte: 30 meses de vida. *Revista Chilena de Pediatría,* 57, 6, 491-496.

Castillero, V. (1992). *La adolescente embarazada: Actitud y conducta de la adolescente y del progenitor ante su rol de padres y cómo son percibidos por sus familias (caso Chile).* Curso de Postgrado en Población y Desarrollo. Santiago: CELADE.

Castro, R. (1994). Estrategias en salud reproductiva del adolescente en Chile. *Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia. 1*, 1, 38-45.

Centro de Investigación Social, Formación y Estudios de la Mujer (1992). *Situación de la mujer en Venezuela.* Caracas: autor.

Centro Latinoamericano de Demografía (1997). *Patrones reproductivos, estructura familiar y trabajo femenino en América Latina y el Caribe: Resultados de investigaciones.* LC/Dem/R.265. Serie A, Nº 306. Santiago: autor.

Chadwick, M., Hamel, P., Vergara, B. M., & Rojas, M. (1992). *Proyecto Embarazo en Adolescentes.* Santiago: SERNAM/UNICEF.

Chase-Lansdale, L., Brooks-Gunn, J., & Paikoff, R. (1992). Research and programs for adolescents mothers: Missing links and future promises. *American Behavioral Scientist, 35*, 290-312.

Cumsille, P. (1992). *Family adaptability, family cohesion, so-*

cial support, and adolescent depression: Analysis of a sample of families attending an outpatient clinic. Tesis de magíster no publicada. University of Maryland, College Park, Maryland, Washington D. C., Estados Unidos.

Ferrando, D., Singh, S., & Wulf, D. (1989). *Adolescentes de hoy, padres de mañana: Perú.* Lima: Alan Guttmacher Institute.

Furstenberg, F. (1980). Burdens and benefits: The impact of early childbearing on the family. *Journal of Social Issues, 36*, 64-87.

Furstenberg, F., Brooks-Gunn, J., & Chase-Lansdale, L. (1989). Teenage pregnancy and childbearing. *American Psychologist, 44*, 313-320.

Guendelman, G., & Hoffmann, P. (1991). *Diseño y evaluación de un programa de psicoterapia de apoyo grupal para enfermos renales crónicos en etapa terminal en tratamiento de hemodiálisis crónica.* Tesis para optar al título de Psicólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Guerrero, L., Pávez, A., & Zavala, J. (1991). *Redes sociales en sujetos depresivos y no depresivos: Un estudio descriptivo comparativo.* Tesis para optar al título de Psicólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Haeussler, I., & Marchant, T. (1988). *Test de Desarrollo Psicomotor TEPSI.* Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Hamel, P., & Vizcarra, B. (1988). Programa de Salud Mental en adolescentes embarazadas controladas en consultorio Barros Luco. *Revista Chilena de Psicología, 9*, 1, 23-29.

Hechtman, L. (1989). Teenage mothers and their children: Risks and problems. A review. *Cannadian Journal of Psychiatry, 34*, 569-575.

Kauth, M., & Zettle, R. (1990). Validation of depression measures in adolescent populations. *Journal of Clinical Psychology, 46*, 291-295.

Marsh, J. C., & Wirick, M. A. (1991). Evaluation of Hull House Teen Pregnancy and Parenting Program. *Evaluation and Program Planning, 14*, 49-61.

Martínez, M. L. (1992). *Stress, cultural identification, and perceived support from the family as correlates of adjustment in Hispanic adolescents.* Tesis de magister no publicada, University of Maryland, Baltimore County, Baltimore, Estados Unidos.

McNeil, P., Olafson, F., Powell, D. L., & Jackson, J. (1983). Special report: The Women's Center in Jamaica: An innovative project for adolescent mothers. *Studies in Family Planning, 14*, 5, 143-149.

Miller, B., & Moore, K. (1990). Adolescent sexual behavior, pregnancy, and parenting: Research through 1980s. *Journal of Marriage and the Family, 52*, 1025-1044.

Molina, R. (Ed.) (1991). *Diagnóstico 1991. Adolescente embarazada.* Santiago: SERNAM/UNICEF.

Molina, R., Luengo, X., Guarda, P., González, E., & Jara, G. (1991). *Adolescencia, sexualidad y embarazo.* Santiago: Centro de Extensión Biomédica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Procidano, M., & Heller, K. (1983). Measures of perceived support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology, 11*, 1-24.

Quint, J. (1991). Project redirection: Making and measuring a difference. *Evaluation and Program Planning, 14*, 75-86.

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.

Rémez, L. (1989). Adolescent fertility in Latin America and the Caribbean: Examining the problem and the solutions. *International Family Planning Perspectives, 15*, 4, 144-148.

Roberts, R. E., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1991). Screening of adolescent depression: A comparison of depression scales. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 58-66.

Rodríguez, S., Arancibia, V., & Undurraga, C. (1974). *Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 Meses.* Santiago: Galdoc.

Rosenberg, M. (1973). *La autoimagen del adolescente y la sociedad.* Buenos Aires: Paidós.

Russell, C. (1980). Unscheduled parenthood: Transition to "parent" for the teenager. *Journal of Social Issues, 36*, 45-63.

Silva, A. M. (1989). *Fecundidad, regulación de la fecundidad y aborto en Chile 1960-1987.* Santiago: Instituto de la Mujer.

Schwab, L., & Hayward, S. (1993). *Adolescent sexual behavior and childbearing.* Newbury Park, CA: SAGE Publications.

Teri, L. (1982). The use of the Beck Depression Inventory with adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 10*, 277-284.

Unger, D., & Wandersman, L. (1985). Social support and adolescent mothers: Action research contributions to theory and application. *Journal of Social Issues, 41*, 29-45.