

PROGRAMA ASISTENCIAL DE LA MADRE ADOLESCENTE Y SU HIJO (PROAMA)

Coordinadora general: **Dra. Jorgelina Pomata**

Coordinación área de Obstetricia: **Dra. Teresa Fernández**

Colaboradores: **Dra. Patricia Rey, Dra. Patricia Anido, Dra. Silvia Fernández, Residencia Obstétrica, Obstétrica Margarita Vilar**

Coordinación área Pediatría: **Dra. Jorgelina Pomata**

Colaboradores: **Dra. Adriana Blanco, Dr. Claudio Palonsky, Dra. Liliana Popovic**

Coordinación área Psicología: **Lic. María Aurelia González**

Colaboradores: **Lic. Susana Avella, Lic María Cachaza**

Servicio Social: **Dra. Cristina Fenucci**

Colaboradores: **Lic. Elsa Lucien, Lic. Marta Piperno, Lic. María Daniela Rimoli Schmidt, Lic. Gabriela Dolinsky**

Asesores: **Dr. Miguel Larguía, Dr. Jorge Martínez, Dra. Elsa Andina**

PROAMA se inició en septiembre de 1988 bajo la dirección del Dr. Jorge Martínez y la coordinación de las Dras. Elsa Andina y Jorgelina Pomata en las áreas de Obstetricia y Pediatría respectivamente. El objetivo del programa fue y es brindarles a las adolescentes, sus hijos y familias, la asistencia y el apoyo en forma personalizada a través de un equipo interdisciplinario, por lo que participaron también los servicios de Psicología con la Lic. María Aurelia González y Servicio Social del hospital con la participación de la Dra. Cristina Fenucci.

PROAMA atiende aproximadamente 280 adolescentes por año, de 16 años o menos, que corresponden al 4% de la población total de partos asistidos en el hospital con las siguientes características :

- La distribución según *edad* al momento del parto muestra que el mayor porcentaje corresponde a las de 16 años (61.5%), le sigue las de 15 años (27.2%), 14 años (9.1%) y las de 13 años (2%).

- Con respecto a la *escolaridad*, el 1.7% no concurrió al colegio primario, el 65% concurrió pero de éstas el 18% no lo completó y el 33% asistió al colegio secundario por lo menos un año.

- Un 15% tiene el antecedente de *gestas previas*, las cuales incluyen abortos.

- No tuvieron *controles durante el embarazo* el 28%, sólo concurrió el 8% durante el primer trimestre, el 41% en el segundo y el 51% en el tercer trimestre.

- Aproximadamente el 42% no tiene pareja.

- La precocidad, cantidad y calidad de los controles, conjuntamente con la apoyatura de la pareja, familia e instituciones, influyen en los resultados perinatales, con mayor posibilidades de partos eutócicos, mejor amamantamiento y atención de su hijo.

- La población de adolescentes que se asiste en

la Maternidad presenta muchos de los *factores de riesgo* conocidos, tanto para ellas como para la crianza de sus hijos, a saber :

- Alteración de los vínculos familiares.
- Problemas de escolaridad.
- Trabajo ilegal, insalubre e inestable.
- Maltrato y/o abuso.
- Pobreza.
- Inadecuadas experiencias infantiles.
- Inestabilidad emocional.
- Sin continencia familiar.

La programación del embarazo en la adolescente en general no se produce, por lo menos en forma consciente, y la confirmación del mismo en muchas ocasiones constituye una experiencia conflictiva para la madre y sus familias.

Seguimiento del binomio madre adolescente-hijo

Resultados hasta el primer año post-parto

La atención de la adolescente embarazada y la de su hijo incluye el crecimiento y desarrollo de ambos en distintas etapas evolutivas que deben compartir.

Se presentan los datos de seguimiento hasta el año de vida, de hijos de madres adolescentes (-16 años), que concurrieron al consultorio entre el 1-1-94 y el 31-10-96 . Completaron el seguimiento hasta el año de edad 87/152 niños (57%).

La distribución de la edad materna se observa en la *Tabla 1*.

Llama la atención que el 34% corresponden a parejas mayores de 21 años y el 6% a mayores de 30 años (*Tabla 2*).

Con respecto a la *escolaridad*, no varía con los da-

tos anteriormente presentados y podemos agregar que en el transcurso del primer año de seguimiento, son pocas las que continúan estudiando.

La mayoría de estas adolescentes *no trabajaron ni trabajan*. Sus parejas obtienen trabajos temporarios y de baja remuneración, recibiendo ayuda monetaria de sus padres, suegros o abuelos, los cuales tampoco tienen una buena situación económica.

El seguimiento de estos niños se realiza en forma mensual durante el primer año de vida, luego trimestralmente durante el segundo año y semestralmente el tercero.

Se tomó como parámetros de crecimiento el peso, la talla y el perímetro cefálico.¹

Se clasificó como bajo peso y talla aquellos que se encontraban por debajo del percentilo 10.¹

Los resultados al año de vida, sobre 87 pacientes, muestran que el 3.4% se encontraba por debajo del percentilo 10 para *peso* y el 12.6% para la *talla*.

Las etapas de *desarrollo* hasta el primer año de edad fueron normales.

Es fundamental la implementación de un programa de control que contemple simultáneamente los factores biológicos y los factores psicosociales involucrados. El mismo debería desarrollarse tanto dentro como fuera de las instituciones de salud, con un recurso humano intersectorial e interdisciplinario.

La lactancia se sostiene generalmente sin dificultad, pero ésta depende por un lado de las culturas a las que pertenecen, del apoyo familiar, de las actitudes personales, la disponibilidad horaria en aquéllas que trabajan o estudian, y por otro lado, de los programas de prevención que fomentan la alimentación a pecho.

En la *Tabla 4* se describe el porcentaje de amamantamiento, sin la incorporación de complemento hasta el año de vida.

La alimentación sólida comienza entre los 4 o 5 meses de vida.

En los controles pediátricos se trabaja la autoestima materna, los roles familiares, el lugar que ocupa ese hijo, la posibilidad de reanudar el colegio de ambos padres, el trabajo y los proyectos de la familia.

En el seguimiento se toma en cuenta como *signos de alarma para el niño*

la detención del peso, la recurrencia de internaciones, accidentes, intoxicaciones, fracturas u otras.

Es muy difícil establecer en qué momento se produce la deserción, pues después de varios meses vuelven a la consulta, generalmente con un nuevo hijo, embarazadas, o refiriendo problemas económicos, entre éstos falta de trabajo.

Tabla 1. Distribución de las adolescentes según edad (n=280). Sardá, 1994-96.

Edad (años)	n	%	Muestra total	
			n	%
13	10	7	2,0	
14	25	16	9,1	
15	67	44	27,2	
16	50	33	61,5	
Total	152	100	99,8	

Tabla 2. Distribución de los padres según edad (Sardá, 1994-96).

Edad paterna (años)	n	%
15-17	16	14
18-21	62	52
22-30	33	28
31-56	7	6
Total	118	100

Tabla 3. Distribución de peso y talla por debajo del percentilo 10, durante el primer año de vida (n=87). Sardá, 1994-96.

Edad (meses)	Peso		Talla	
	n	%	n	%
3	5	5,7	16	18,4
6	3	3,4	11	12,6
9	3	3,4	8	9,2
12	3	3,4	11	12,6

Tabla 4. Distribución según tiempo de lactancia exclusiva (n=87). Sardá, 1994-96.

Edad (meses)	n	%
3	52	60
6	36	41
9	23	26,4
12	13	15

Desde los primeros controles se derivó el 94% de las adolescente (82/87) al consultorio de planificación familiar. Solo el 70% (61/87) concurren (Figura 1). Dentro del primer año de vida del bebé, quedaron embarazadas el 16% (14/87). Cabe destacar que de las 14 pacientes con nuevos embarazos,

Figura 1. Seguimiento de madre adolescente. Derivación y concurrencia a planificación familiar (n=87), Sardá, 1994-1996.

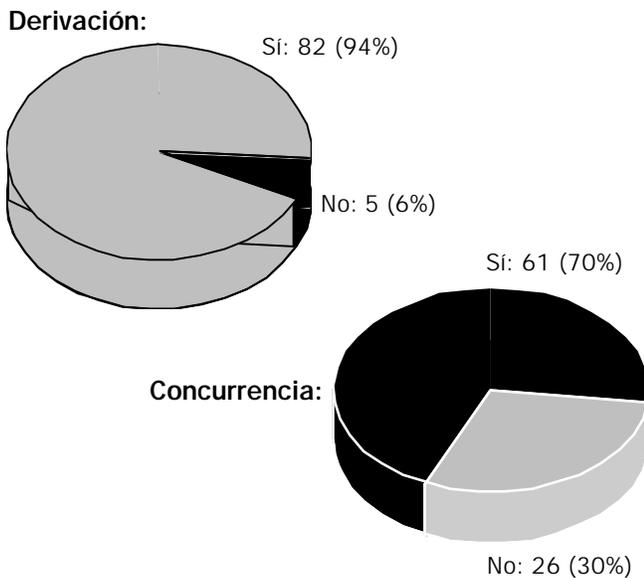
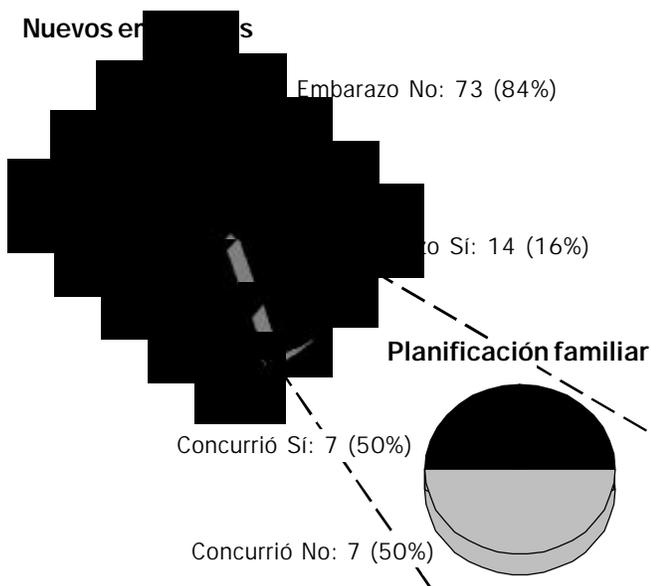


Figura 2. Seguimiento de madre adolescente. Nuevos embarazos (Sardá, 1994-1996).



7 habían concurrido al servicio de planificación familiar. Estas tenían parejas estables y de mayor edad (Figura 2).

Toda estrategia para la atención del binomio madre adolescente-hijo debería incluir:

- Atención con enfoque de riesgo.
- Participación de la pareja y la familia.
- Interdisciplina.
- Intersectorialidad.
- Educación y participación de la comunidad.

Discusión

De lo expuesto de las características demográficas y culturales de las adolescentes embarazadas y el seguimiento de su hijo podríamos decir que: es un grupo de madres muy jóvenes, con nivel educación bajo, pocas posibilidades de reanudar el colegio, sin trabajo, con familias inestables. El 42% sin pareja, el 15% con el antecedente de gestas anteriores, el 28% sin control prenatal y sólo el 8% concurre en el primer trimestre. Un 16% se embaraza nuevamente en el primer año posterior al parto.

Los resultados perinatales y del seguimiento del recién nacido son mejores en aquellas que cumplen con controles precoces y participan de todas las actividades del programa de apoyo a la madre adolescente (PROAMA).²

Conclusiones

Las características de esta población son de particular cuidado y que para que se revierta es fundamental la implementación de un programa de control que contemple simultáneamente los factores biológicos y los factores psicosociales involucrados. El mismo debería desarrollarse tanto dentro como fuera de las instituciones de salud, con un recurso humano intersectorial e interdisciplinario.

Agradecimiento

A las madres adolescentes que confían en nosotros, a las damas rosadas, y a todo el personal del hospital que con su actividad cotidiana hacen posible este programa. Al apoyo de las Dras. Norma Aspres y Lydia Otheguy y al Dr. Horacio García.

Bibliografía

1. Lejarraga H y col. Arch Arg Pediat. Criterios de diagnóstico y tratamiento. Crecimiento y desarrollo. SAP, 1986.
2. Pomata J, González M A. Seguimiento del hijo de madre adolescente. Clínicas Perinatológicas Argentinas. 1997; 4: 57-76.