

J. L. Pedreira Massa

Embarazo en la adolescencia:
dimensión psico-socio-sanitaria

Paidopsiquiatría. Unidad Salud Mental Infantil de Avilés. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Asturias. Profesor Asociado del Area de Psiquiatría. Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo

*Pregnancy of adolescent women:
healthy and social conditions*

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud de tipo socio-sanitario y constituye una de las principales causas de la existencia de familias monoparentales. En España existen pocos trabajos rigurosos para evaluar el problema, la tasa de prevalencia, estimada por nosotros, del embarazo en adolescentes (edad inferior a los 19 años) para 1991 fue del 17%. Problemas de tipo psicológico y psicosocial son descritos tanto en la madre adolescente como en sus bebés. La prioridad para la intervención psicosocial es de tipo preventivo y necesita un abordaje multidisciplinar.

PALABRAS CLAVE

Madres adolescentes; Embarazo; Sexualidad; Psicosocial.

ABSTRACT

The pregnancy in adolescence is a health problem: monoparental families and other psychosocial and developmental adjustments between the adolescent mother and her baby. Also, the pregnancy and perinatal problems are described. In Spain we are short of research in order to assess this with scientific criteria. The prevalence rate of the pregnancy in adolescent women (below 19 years of age) during 1991 was 17%. Psychological and psychosocial difficulties are described in the adolescent mother and her baby. The priority, in order to develop an correct psychosocial intervention, is the implementation of a correct preventive policy in adolescents (sexuality education, family planning for adolescents) with a multidisciplinary team with specific training

KEY WORDS

Adolescent mothers; Pregnancy; Sexuality; Psychosocial.

INTRODUCCIÓN

La maternidad en la adolescencia junto con los hijos/as de matrimonios separados y/o divorciados constituyen la gran mayoría de lo que se viene denominando: familias *monoparentales*. Estas estructuras monoparentales están adquiriendo una gran importancia a tenor de las publicaciones internacionales y por el incremento de ellas en las sociedades desarrolladas.

La adolescencia, como edad de tránsito, representa una encrucijada de situaciones evolutivas, tanto psicológicas como sociales, cuyo substrato fundamental se encuentra en la emergencia de la sexualidad con toda su pujanza y todas sus contradicciones.

La prensa científica ha abordado este tema de forma inconstante, fundamentalmente han sido Revistas científicas Obstétrico-ginecológicas (magnitud del problema, relación con COF o IVE) y Pediátricas (caracterización del riesgo perinatal y del desarrollo, cuidados al bebé, etc.).

Evaluar con exactitud la magnitud del problema es difícil, lo cierto es que *para acercarnos a esa magnitud sólo tenemos cifras indirectas*: nacimientos anuales por edades aportado por el INE y las interrupciones Voluntarias de Embarazo (IVE) según las cifras del Ministerio de Sanidad y Consumo. Por otra parte podemos disponer de cifras de frecuentación de los COF por los/las adolescentes para evaluar la sexualidad y de forma mucho más imprecisa la asistencia de adolescentes embarazadas a centros de acogida y los bebés que se dan en adopción. Lo cierto es que dimensionar el problema es francamente difícil y dependen de multitud de factores que interactúan entre sí.

El gran debate sobre la maternidad en la adolescencia tiene varios puntos de interés: la información versus formación sexual de los/las adolescentes; el acceso de los/las adolescentes a los Centros de Orientación Familiar (COF) de la asistencia sanitaria tanto pública como privada y las condiciones en las que se realiza esta maternidad y las posibilidades de desarrollo del bebé-hijo/a de adolescentes. Como se puede ver el interés del tema es múltiple desde la perspectiva médico-social y también de la asistencia. Pero es el campo de la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia donde toca de lleno: por la figura materna (una adolescente en situación de riesgo psicosocial aparente) y por el nuevo ser (un bebé que puede tener algún tipo de dificultades o precisar un tipo de apoyos), a este priori debe ser

confirmado con estudios científicos serenos de tipo longitudinal (inexistentes hoy en día) y con reflexión desde la práctica.

263

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha seguido una metodología de análisis retrospectivo de los datos de los que se disponen:

Partos en adolescentes

Se considera aquellos partos acontecidos en mujeres con 19 años y menos de esa edad:

1.1. *Fuente de información*: datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), solicitados y aportados por el Servicio de Estudio de Poblaciones del INE.

1.2. *Período de estudio*: los cinco últimos años de los que se disponía información.

1.3. *Datos solicitados*: distribución por edades y por Comunidades Autónomas, tanto de los partos totales como los de este rango de edad.

Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en adolescentes

2.1. *Fuente de información*: Ministerio de Sanidad y Consumo⁽¹⁾.

2.2. *Período de estudio*: similar al anterior y con mayor profundidad los años 1992 y 1993.

2.3. *Datos evaluados*: distribución por edades y por CC.AA. del número de IVE, utilizando de Centros de Orientación Familiar (COF) de las adolescentes que acudían a IVE, semanas de gestación en que solicitaban la consulta.

Actitudes de los/las adolescentes frente a la sexualidad y el embarazo

3.1. *Fuente de información*: estudios desarrollados por los COF de las Areas piloto de un programa de prevención del embarazo en la adolescencia (Madrid, Cataluña, Andalucía, Asturias y Canarias). Se complementó con un estudio realizado por el Institut Valencià de Estudis de Salut Pública (IVESP).

3.2. *Datos evaluados*: aceptación del embarazo por parte de la adolescente y su entorno, actitud frente a la sexualidad y métodos de prevención del embarazo que

264

Tabla 1 Tasas de embarazo en mujeres adolescentes con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años

País, año 1985	Tasa % mujeres en ese rango de edad
EE.UU.	96
Francia	70
Inglaterra y Gales	44
Suecia	35
España	20
Países Bajos	14

Fuente: J.A. Flórez (1988)

utilizaron.

RESULTADOS

En la tabla 1 señalamos las cifras aportadas por diversos países desarrollados en el año 1985⁽²⁾. EE.UU. es el país que posee una tasa más elevada. Mientras que países como Suecia y países Bajos tienen unas tasas menores que otros como EE.UU., Inglaterra y Gales.

En España existen pocos estudios y hemos solicitado

al INE los datos disponibles y ha aportado los correspondientes a los años 1987 y 1989, ambos inclusive. En la figura 1 se esquematiza comparativamente la cifra de nacimientos totales en España y los acontecidos en mujeres cuya edad era inferior a los 20 años. Durante el período considerado ha existido un *evidente descenso del embarazo en la adolescencia en nuestro país*: tanto a nivel absoluto, pasando de 38.670 nacimientos en 1987 a 26.846 en 1991, como a nivel de la tasa que disminuyó del 20 por mil mujeres menores de 20 años en 1987 a una tasa del 14 por mil en 1991.

Pero también la tasa en relación a los nacimientos totales disminuyó de forma manifiesta en este período, pasando del 91 por mil nacidos en 1987 a una tasa de 68 por mil en 1991. No obstante existe un ligero incremento en la tendencia de los porcentajes de nacimientos en mujeres adolescentes comparados con el conjunto de las edades, a pesar de que en los últimos años se ha iniciado ya un evidente descenso (Fig. 2).

Por Comunidades Autónomas se confirma el descenso en todas ellas a lo largo de los cinco años evaluados (Fig. 3), pero el descenso del total de nacimientos ocurrido en este período en el total de las mujeres es de similar cuantía o ligeramente superior que el descenso en las adolescentes (Fig. 4). Se observa que la media del porcentaje de nacimientos en mujeres adolescentes

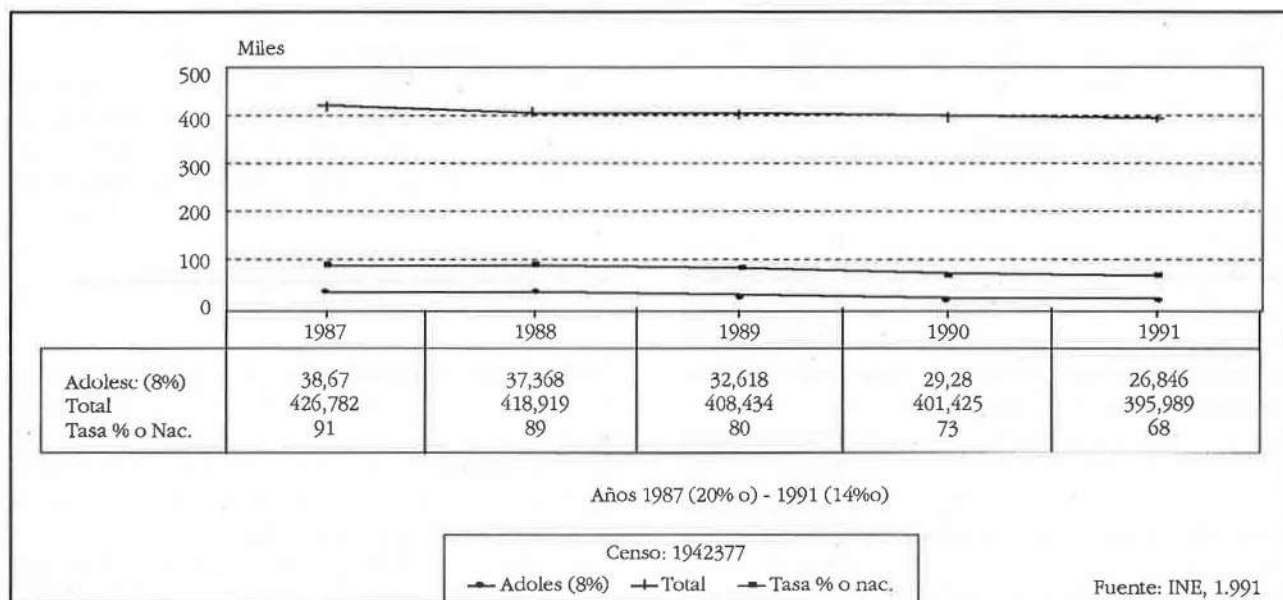


Figura 1. Nacimientos en adolescentes con edades comprendidas entre 15-20 a.

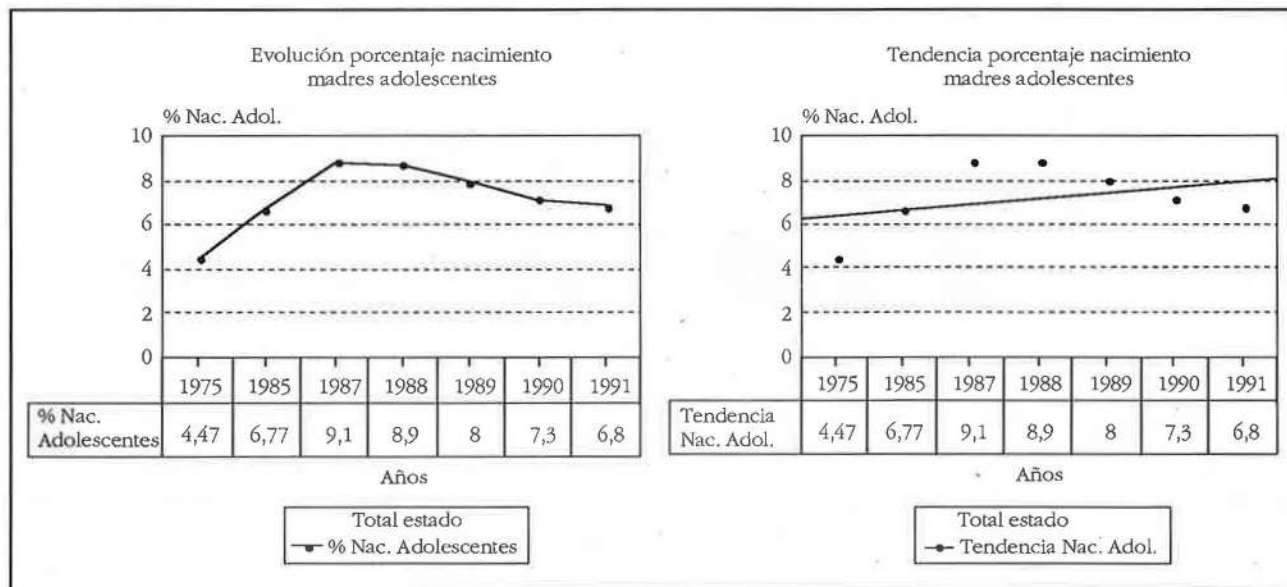


Figura 2. Evolución porcentaje nacimiento madres adolescentes. Tendencia porcentaje nacimiento madres adolescentes.

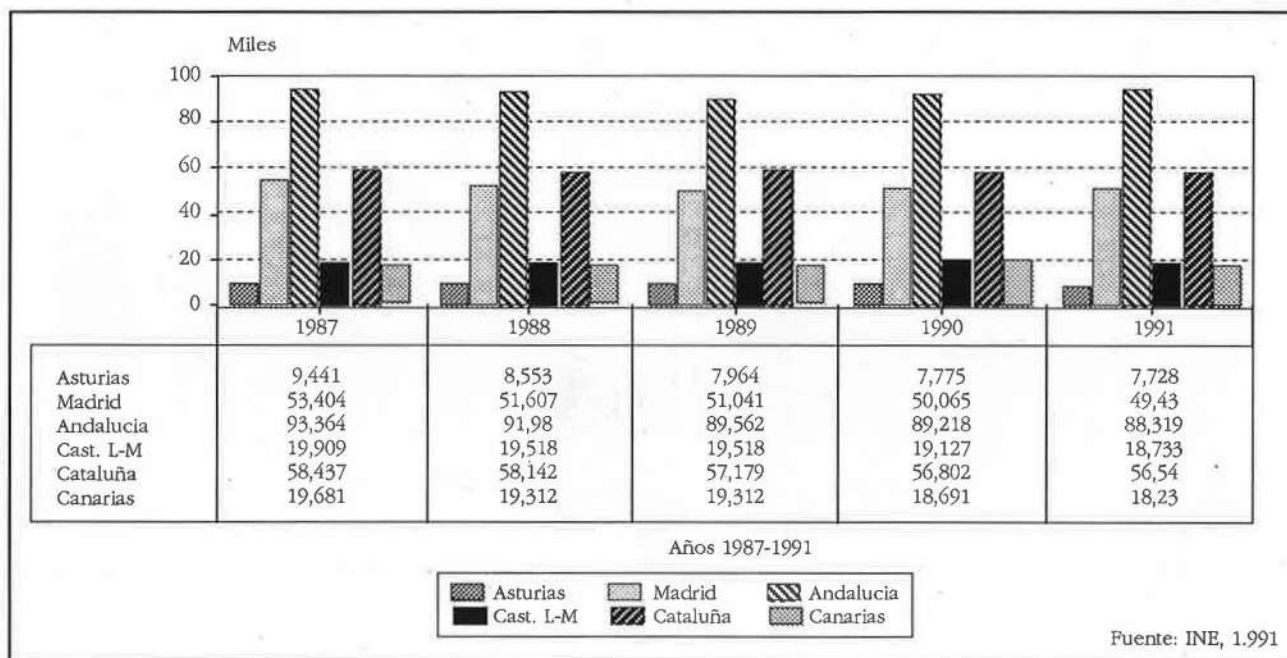


Figura 3. Nacimientos totales en mujeres por comunidades autónomas

266

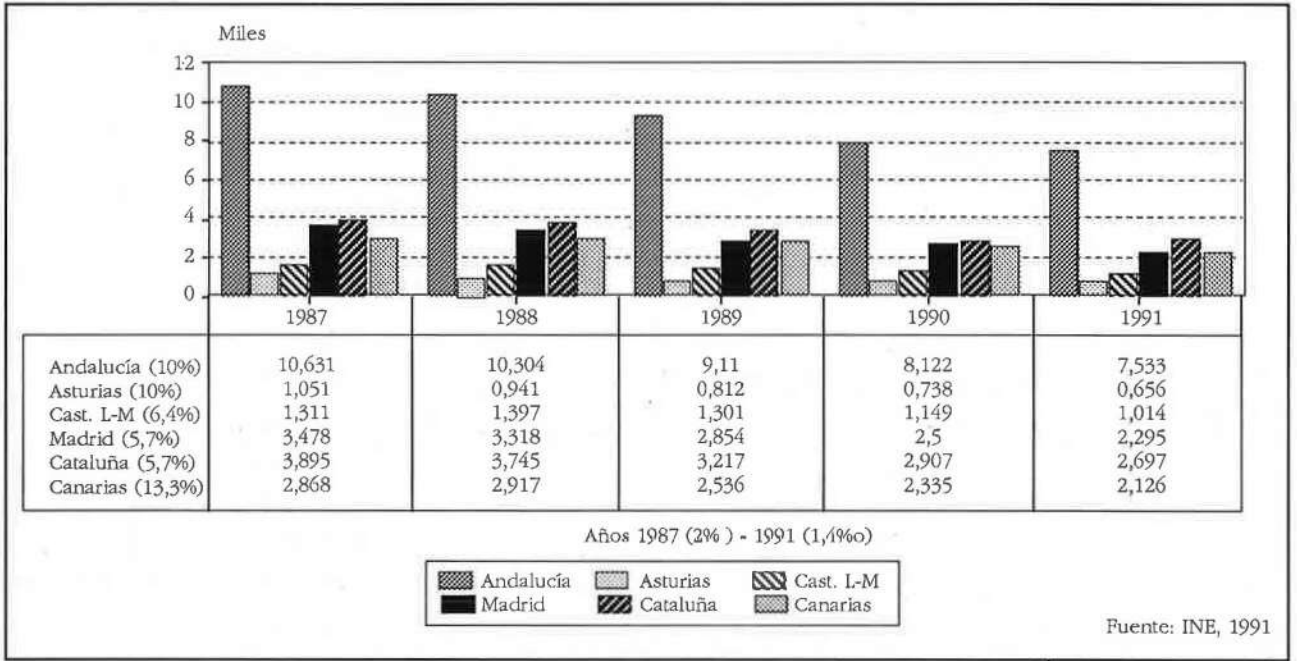


Figura 4. Nacimientos en mujeres adolescentes en varias comunidades autónomas

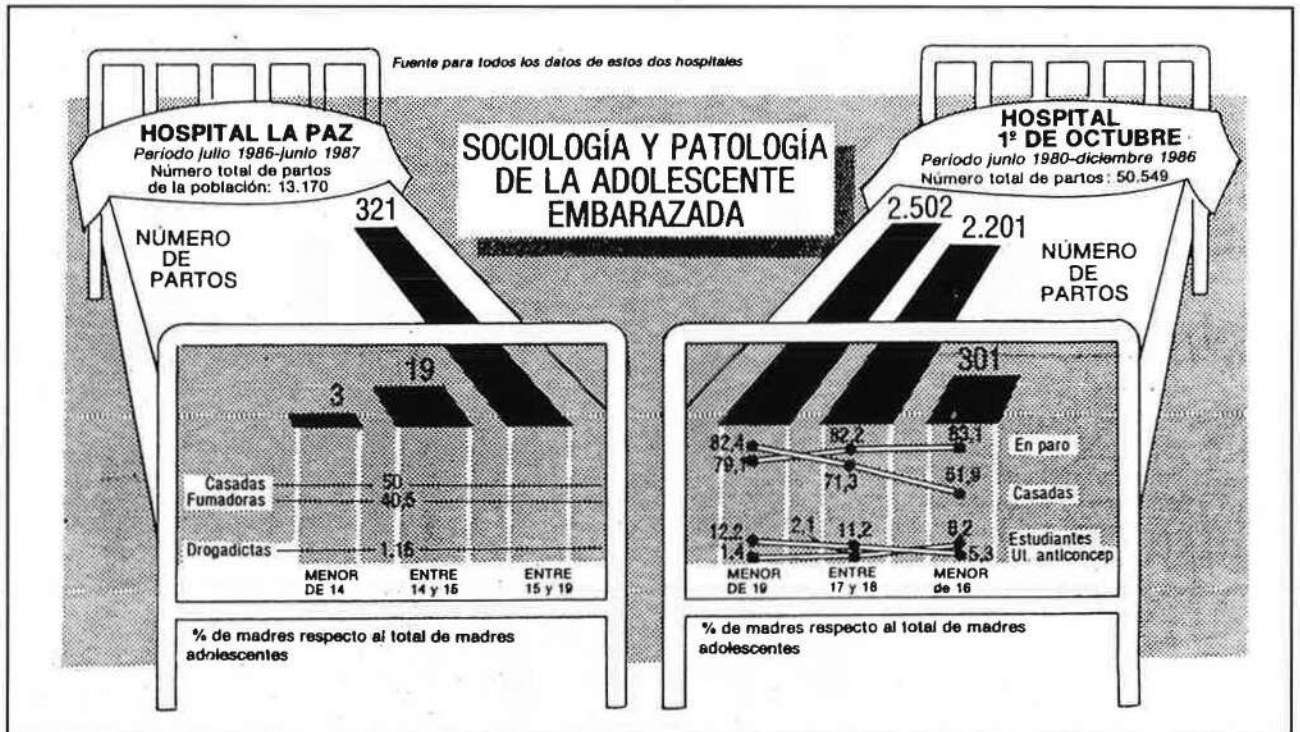


Figura 5.

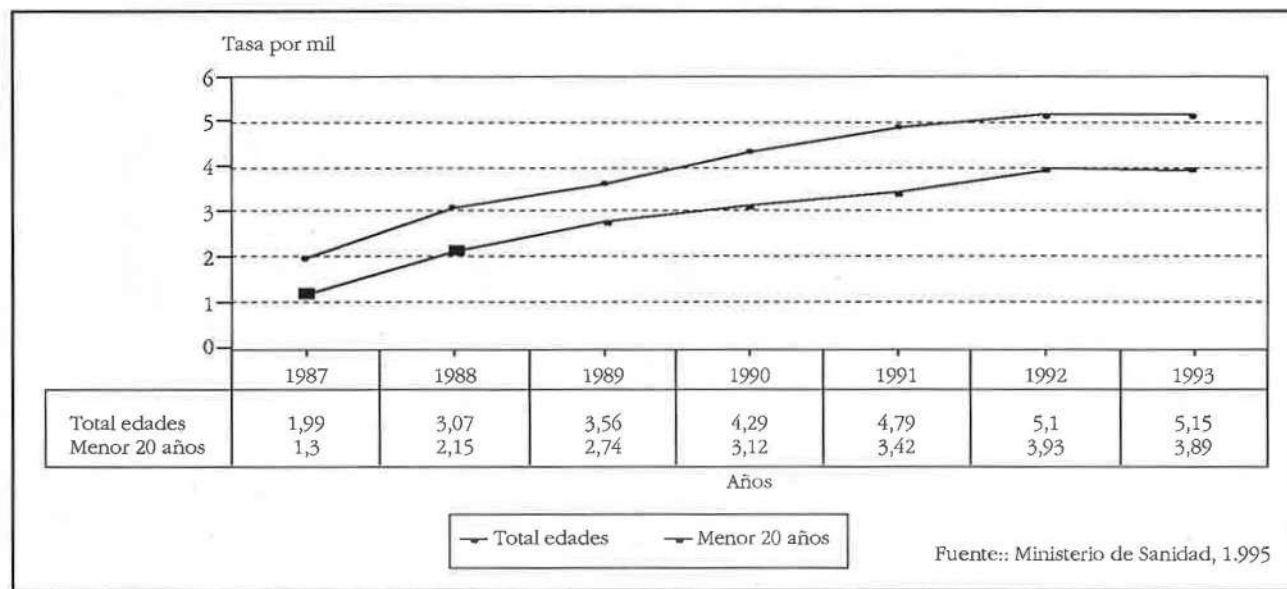


Figura 6. IVE en mujeres adolescentes. Tasa por mil mujeres grupo edad.

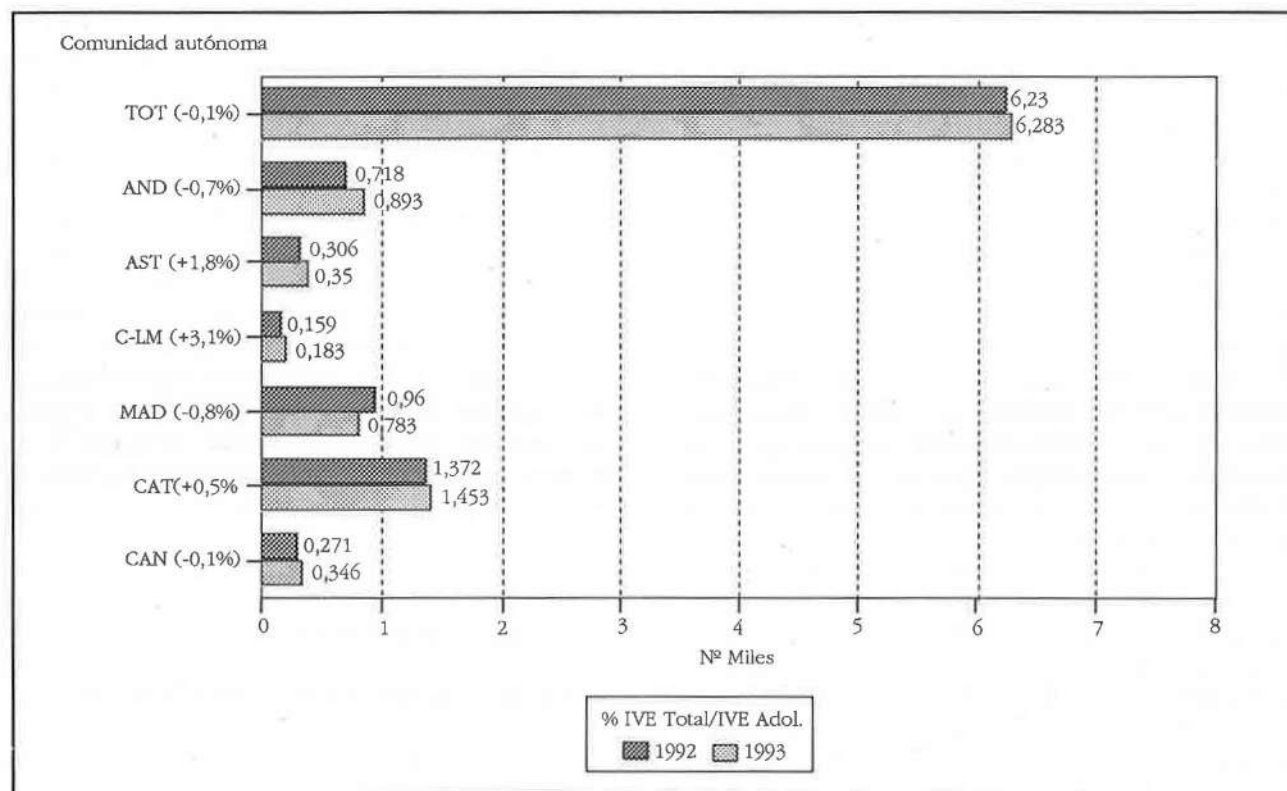


Figura 7. IVE en adolescentes. Comunidades autónomas.

268

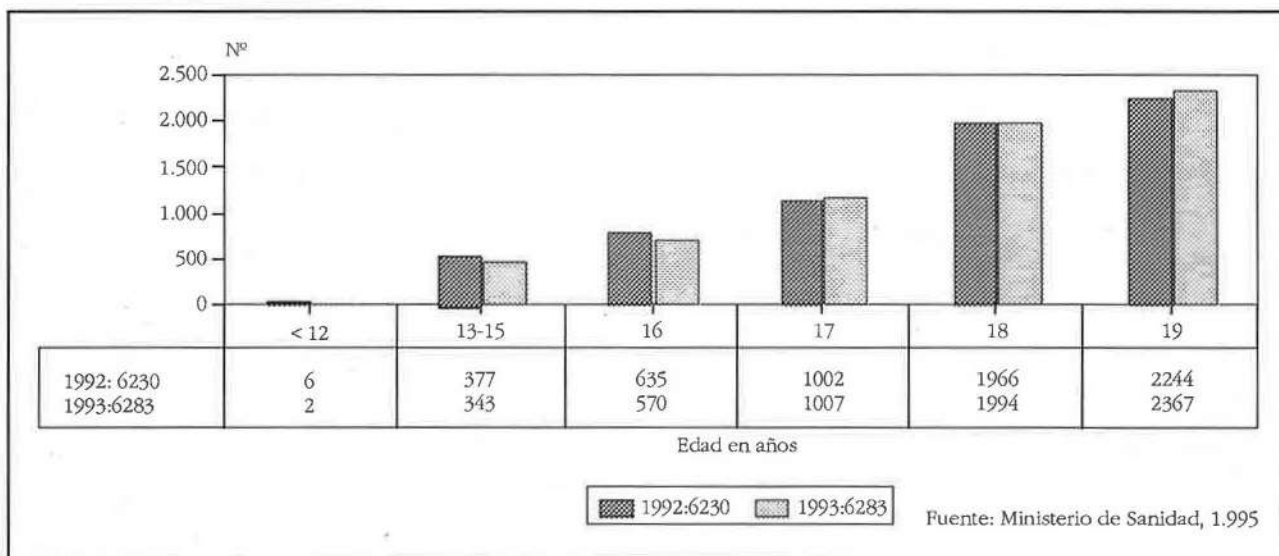


Figura 8. IVE. Adolescentes por edades.

durante el conjunto del período contemplado es muy variable dependiendo de las CC.AA.; la media del Estado durante estos años fue del 8% del total de nacimientos ocurrió en mujeres adolescentes. Por CC.AA. destaca al 13,3% de las Islas Canarias, el 10% de Asturias y Andalucía, mientras que por debajo de la media se situarían Castilla La Mancha (6,7%) y Castilla-León, Madrid y Cataluña con el 5,7%.

También hemos podido tener acceso a las cifras de dos grandes hospitales de Madrid (La Paz y 12 de Octubre) en el que se pueden comparar algunos datos generales de singular relieve (Fig. 5): en el Hospital La Paz (zona norte de Madrid, clase media y media-alta) existe el 2,4% de los partos en mujeres adolescentes sobre el total de partos atendidos; mientras que en el Hospital 12 de Octubre (zona sur de Madrid clase media-baja) la tasa es algo superior al doble: 5% del total de partos atendidos⁽⁶⁾.

Una segunda fuente de aproximación ha sido la tasa de IVE, según los datos facilitados por el Ministerio de Sanidad y Consumo⁽¹⁾. En la figura 6 se observa que el *incremento de la tasa de IVE durante los años comprendidos entre 1987 y 1993, ambos inclusivos, ha sido muy importante ya que se ha triplicado en las mujeres adolescentes, algo superior al incremento ocurrido para el conjunto de las edades*. Por CC.AA. (Fig. 7) las Islas Canarias (15,2%); Andalucía (15,1%); Cataluña

(14,6%) y Castilla-La Mancha (14,2%) superan la media estatal, mientras que Madrid y Asturias (11,7%) se encuentran por debajo de ella. Por edades (Fig. 8) en dos de cada tres casos la IVE se realiza entre los 18 y 19 años, pero es significativo que también existan seis incluso con 12 años de edad. En cuanto al estado civil en más de 9 de cada 10 casos, las adolescentes estaban solteras.

Con estos datos podemos concluir que: *el embarazo detectado en mujeres adolescentes (menores de 20 años) en España durante el año 1991 alcanzó a 33.088 adolescentes, lo que supuso una tasa del 17% o para ese rango de edad*. En cuanto al perfil se puede decir: mujer entre 17-19 años, soltera, clase media y media-baja, que vive en CC.AA. deprimidas socio-económica y socio-culturalmente, últimamente se está asistiendo a un descenso de la natalidad en la adolescencia, pero su descenso es parejo o ligeramente menor que el que acontece en el total de nacimientos en España.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Sexualidad y embarazo en la adolescencia

El tratamiento que ha tenido este acontecimiento ha sido diverso: en ocasiones sensacionalista aunque no exento de un punto de verdad, caso de lo expresado por

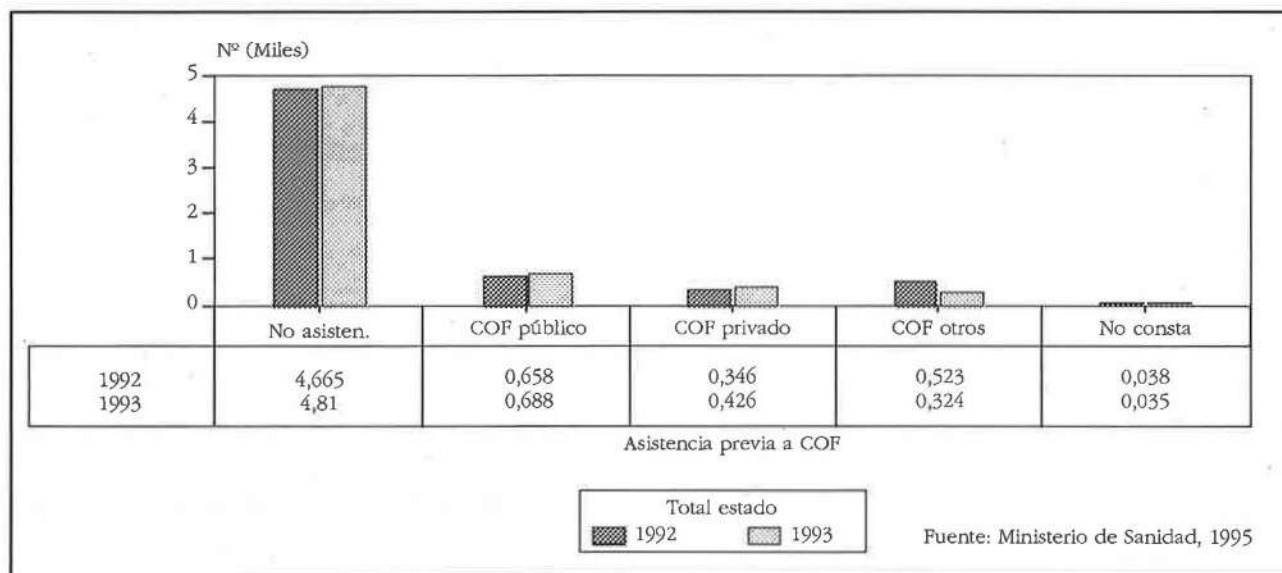


Figura 9. IVE en adolescentes. Asistencia a COF.

Orozco y cols.⁽⁷⁾ en los siguientes términos: “el sexo ni asusta ni preocupa a los adolescentes, simplemente se practica”, en otras las cifras han sido tratadas de forma alarmista, parcial, sesgada y descontextualizada con lo que perdían el valor tanto de información como de formación. En otras ocasiones el abordaje ha sido un tanto moralista (Pérez Soler⁽⁸⁾) en cierta medida Molina y Bayes⁽⁹⁾) con lo que se eludía la crítica científica y el abordaje realmente formativo y preventivo.

De una manera más ajustada a los conocimientos científicos Flórez⁽²⁾ formula que la relación sexual en la adolescente no sólo es por el deseo sexual, sino por una necesidad de ser aceptada, cuidada, querida, mimada, protegida y deseada; muchas veces las adolescentes no buscan el coito como forma de expresión de la relación sexual, pero lo aceptan para no perder a su partenaire. Mientras los chicos buscan más demostrar su virilidad mediante el coito, las chicas lo que persiguen es sentirse queridas y amadas, sobre todo si la expresión afectiva es algo que no existe en su propio medio familiar (peleas familiares, violencia y malos tratos, divorcios tormentosos, etc.).

Por su importancia nos parece relevante señalar la aportación realizada por el Comité de Comunicación de la Academia Americana de Pediatría⁽¹¹⁾, donde demostraron que en un año los adolescentes ven una media de

Tabla 2 Causas aducidas por los adolescentes para justificar su baja utilización de servicios de planificación familiar

Chicos adolescentes	Chicas adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> • Desconocer la dirección • No tener tiempo • Más problemas prácticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Les da "corte" • Temor a que se enteren los padres • Preocupadas por temas personales

Fuente: Plan piloto Barcelona, Asturias, Sevilla, Valladolid y Madrid

23 horas semanales la TV donde contemplan 14.000 referencias o insinuaciones sexuales, de ellas sólo 150 tratan de aspectos relativos a la responsabilidad sexual, abstinencia o anticoncepción; por lo que los mensajes implícitos y explícitos promueven el consumo de alcohol y la actividad sexual promiscua o no protegida, lo que además tiene una especial trascendencia a la hora de abordar las ETS y sobre todo la prevención del SIDA.

En España se han realizado dos trabajos de diferente orientación de singular relevancia en este campo (Martín⁽¹²⁾ e Institut Valencià de Estudis de Salut Pública (IVESP) que dirigió su directora la Pfra. Colomer⁽⁷⁾).

270

Tabla 3 Dificultades y medidas favorecedoras para el acceso de adolescentes a los centros de orientación familiar

<i>Dificultades para acceder al COF en adolescentes</i>	<i>Medidas favorecedoras para el acceso al COF de adolescentes</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento • Consideran que están organizados para matrimonios con hijos • La espera en las citaciones • Ausencia de anonimato • Falta de experiencia en la atención a adolescentes por parte de los profesionales • Poco contacto con otros centros específicos de adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio específico con un día sólo dedicado a la atención exclusiva de adolescentes • Confidencialidad de las consultas • Formación de profesionales en trato sanitario con adolescentes • Incremento contactos con centros de adolescentes

Fuente: Plan piloto Barcelona, Asturias, Sevilla, Valladolid y Madrid.

Ambos abordan aspectos complementarios que se pueden actualizar con los datos procedentes del INE y del Ministerio de Sanidad y Consumo.

1. El trabajo que resume las experiencias piloto de atención a adolescentes en los COF en Barcelona, Avilés, Valladolid, Sevilla y Madrid puso de manifiesto

1.1. Los adolescentes, cuya edad se sitúa entre los 16-20 años, *acuden a los COF fundamentalmente para obtener información sobre contracepción* (59% de ellos, más las chicas) e *información sobre sexualidad en general* en mucha menor medida (13%, más los chicos). En cuanto al sexo que acude es muy variable, pues

mientras en Barcelona sólo un 3,8% eran chicos, en Avilés era un 29,8%. En Madrid el 30% de los adolescentes que acudieron a los COF ya habían tenido relaciones sexuales coitales antes de los 18 años, siendo Valladolid la que las inicia más tardíamente y algunos autores han querido ver en esta diferencia la importancia de los factores culturales, sobre todo de tipo religioso. La primera visita a los COF ocurre a una edad media comprendida entre los 17-18 años.

1.2. *Los jóvenes en riesgo social son los que menos acuden*, siendo los que precisarían un apoyo mayor; este dato se basa en que el 73,2% eran estudiantes de BUP, FP, Grado Medio o Universitarios.

1.3. El tipo de contracepción solicitado, por los adolescentes que consultaron, fue: 37% hormonal; 22,5% demanda inespecífica; en el 26,7% el preservativo. Los jóvenes que acudieron a los COF admitieron no haber utilizado métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, o bien el preservativo o el coitus interruptus; sólo el 50% de ellos/as lo utilizan tras tres meses de relaciones sexuales, se eleva su uso a un 71% transcurrido un año. Este dato se confirma ya que, según fuentes del Ministerio de Sanidad y Consumo, *tres de cada cuatro de las IVEs en adolescentes no habían asistido a consulta de los COF* (Fig. 9).

1.4. *Los adolescentes consideran a la sexualidad como un tema de moral privada, pero aunque el embarazo les interesa no les preocupa en exceso, ya que consideran bajas las posibilidades de embarazo*. La inasistencia a los COF tiene diferencias según el sexo de los adolescentes (Tabla 2); los chicos plantean desconocer la dirección, no tener tiempo, es decir se refieren más a problemas prácticos; mientras que las chicas explicitan razones del tipo que les da "corte" y/o temor

Tabla 4 Actitudes ante el embarazo de adolescentes de diversos colectivos con implicación emocional con la adolescente en la Comunidad Valenciana

<i>Actitud</i>	<i>Madre adolescente (%)</i>	<i>Pareja adolescente (%)</i>	<i>Familia adolescente (%)</i>	<i>Amistades adolescente (%)</i>
Aceptación	41*	14	20	86
Rechazo activo	22	23	7	4
Rechazo	37	63	73	10
Colaboración	—	75	75	14
Abandono	23**	7***	5****	

*Fuente: C. Colomer (1987); * 59% no deseaba embarazo; ** Se refiere al abandono de la actividad habitual; *** Abandono de la relación de pareja; **** "Forzar" al abandono del núcleo familiar.*

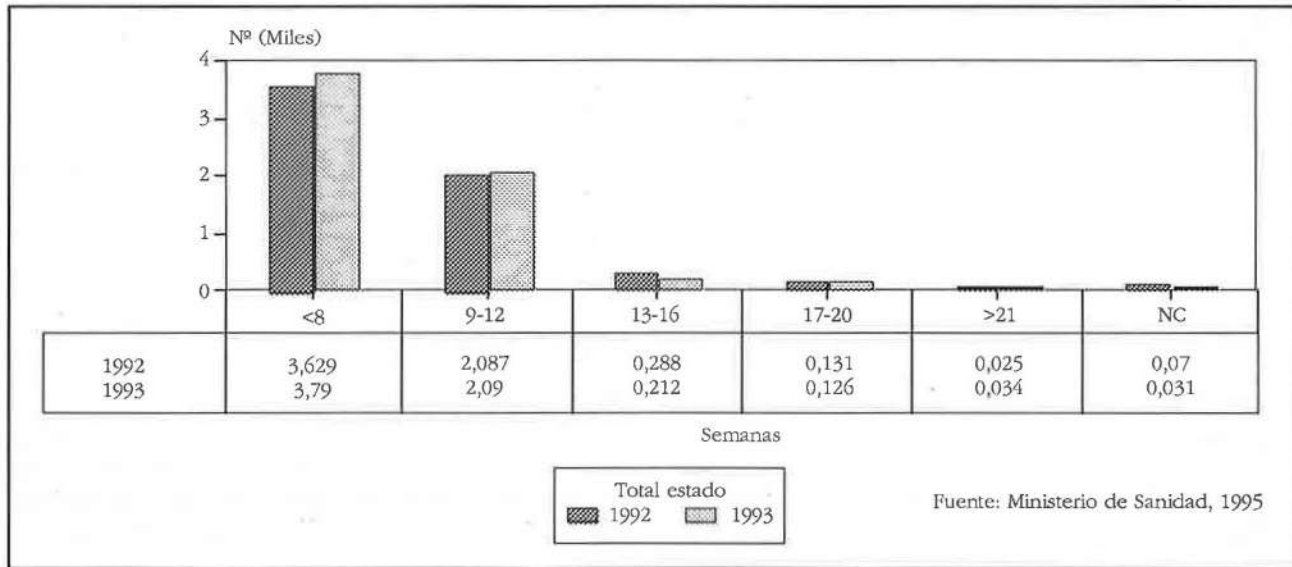


Figura 10. IVE en adolescentes. Semanas gestación en consulta.

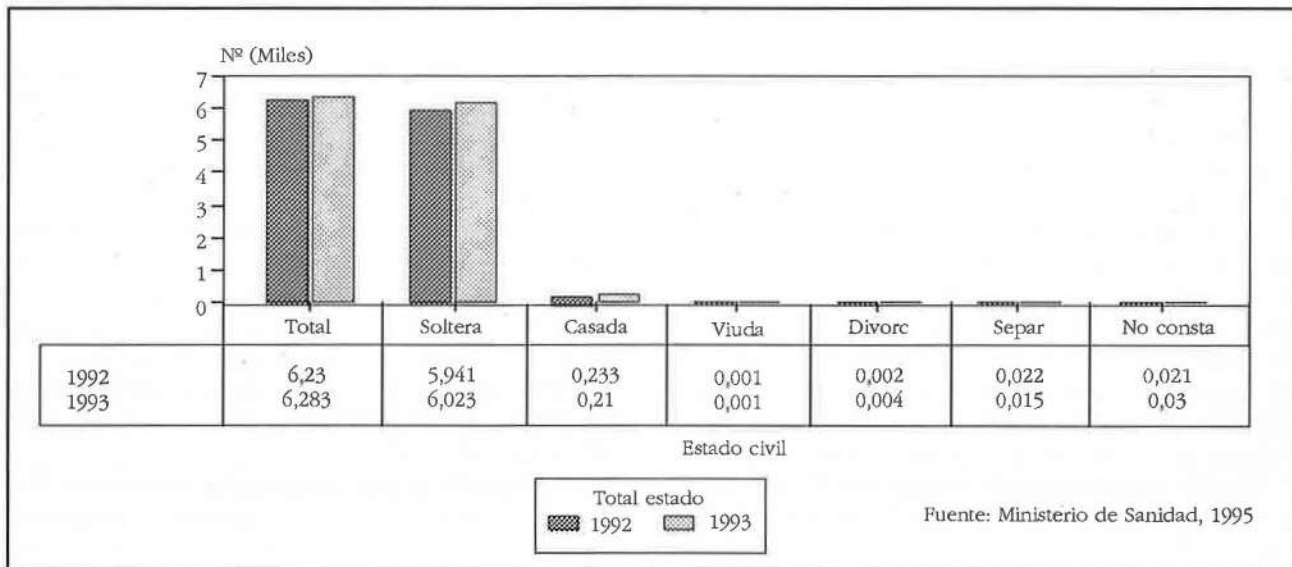


Figura 11. IVE en adolescentes: estado civil.

a que se enteren los padres, es decir se encuentran más preocupadas por los temas personales.

1.5. Preguntados por los *factores que dificultan el acceso a los COF*, los adolescentes aducen (Tabla 3): desconocimiento; consideran que están organizados para matrimonios con hijos; la espera en las citas (no

sólo a la lista de espera, sino a la demora a la hora de ser recibidos con relación a la hora en que son citados); ausencia de anonimato; falta de experiencia en la atención a adolescentes por parte de los profesionales; poco contacto con otros centros específicos de adolescentes. Entre las *medidas que los profesionales de los COF para*

272 *abordar estas dificultades* se encuentran: espacio específico con un día dedicado a la atención exclusiva de adolescentes; destacar la confidencialidad de las consultas. Hace unos años el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra y Gales (NHS) realizó un programa de accesibilidad de los adolescentes a los COF, en dicho programa se aseguraba la confidencialidad; el resultado fue un gran debate a varios niveles sociales: religiosos, de asociaciones de padres, etc., el denominador común del contenido del debate al menos desde determinados sectores, si se aprobara la Ley de Derechos del Menor que se encuentra en un dilatado borrador y que contiene el derecho a la accesibilidad a los servicios asistenciales y a la confidencialidad de los niños/as y adolescentes.

2. *El trabajo dirigido por Colomer en Valencia tiene un especial interés por referirse más a la percepción de las madres adolescentes de la aceptación de su embarazo, demostró que (Tabla 4) el 37% de las madres adolescentes mantuvo actitud de rechazo ante el embarazo*

2.1. El 20% de las familias, en las que uno de sus integrantes quedaba embarazada, *aceptó el embarazo* de la adolescente; el 7% *rechazó de forma activa el embarazo* y el 75% *colaboró*. En las amistades el 86% *lo aceptaron*.

2.2. *El diagnóstico del embarazo*, bien sea por presión social o por desconocimiento, fue *más tardío que en la población general* con lo que se retrasan los cuidados prenatales y, en muchas ocasiones, se realizan de forma irregular; de hecho en los datos de 1992 sobre las IVEs en adolescentes (Ministerio de Sanidad y Consumo) se constata que en el 42% de los casos (Fig. 10) no acuden a consulta hasta pasada la octava semana de gestación, pero es que el 8% del total de IVEs acude a consulta por encima de la 13 semana de gestación.

2.3. *Muchas adolescentes piensan que el embarazo es una forma de empezar a ser adultos, de poder irse de casa y de estabilizar la relación con su pareja*. Pero en la pareja la aceptación del embarazo fue solo del 14%; el 75% *colaboró*; un 23% *lo rechazó activamente* y en un 7% *acabó en ruptura de la pareja*; según los datos de las IVE aportados por el Ministerio de Sanidad y Consumo se obtiene que el 95,4% de este tipo de interrupciones de embarazo en la adolescencia están solteras (Fig. 11). El 59% de las madres adolescentes no deseaba el embarazo y el 23% de estas madres abandonó su actividad social habitual, sobre todo la actividad escolar.

Contenidos psicológicos y psicopatológicos de la maternidad en la adolescencia

Sin duda este apartado es lo más novedoso y menos estudiado en el embarazo que sucede en la etapa de la adolescencia. Por esta razón en esta segunda parte del artículo vamos a extendernos, habida cuenta de la escasez de datos existentes en nuestro país, pero por la indudable trascendencia de estos contenidos en dos aspectos: porvenir del niño/a y estabilidad emocional de la madre adolescente.

Planteamiento del problema

Según autores como Molina Font y Bayes García⁽⁹⁾, Descahamp^(1,3), etc merece la pena plantearse cuáles podrían ser las causas del incremento de embarazos en la adolescencia en la actualidad, estos autores exponen las que en su opinión serían más relevantes:

1.1 *Menarquia anticipada y actividad sexual cada vez más precoz.*

1.2 *Alteraciones del patrón de comportamiento afectivo-sexual, existiendo historia previa de problemas psicosociales.*

1.3 *Ignorancia o dificultad al acceso de los jóvenes a una educación sexual en la que contracepción constituya parte integrante.*

1.4 *Esterotipos dominantes étnico-culturales.*

1.5 *Factores psicosociales.*

De estos factores causales derivan una serie de *consecuencias* que son descritas clásicamente y que deben ser abordadas con mayor rigor, sobre todo porque en varias publicaciones se destila un juicio moral que aleja el planteamiento del mero conocimiento científico:

- Incremento del morbi-mortalidad para el RN. Más adelante se analizará detenidamente este punto que aquí queda enunciado.

- Síndrome de fracaso en la madre adolescente. Ha sido muy descrito e incluye los siguientes contenidos: incapacidad para completar las funciones propias de la adolescencia (asumir rápidamente responsabilidades); imposibilidad de finalizar los estudios iniciados (tener que cuidar al hijo/a); fracaso para constituir una familia equilibrada (posibilidad de ruptura con la familia de origen, o con la pareja, o matrimonio forzado, etc); dificultad para conseguir empleo, debido a dos causas fundamentales: formación incompleta por el abandono precoz de los estudios y responsabilidad de cuidar y atender al lactante que se convierte en un handicap para

el empleador; dependencia económica de las familias de origen (cuando no se ha roto con ellas) o de ayudas institucionales; imperfección para conseguir el más adecuado desarrollo psicológico y social de sus hijos/as. Dada una cierta inmadurez personal y social de la joven madre adolescente.

El embarazo y el parto en la adolescencia

Aunque no es evidente que existan unas características psíquicas específicamente ligadas a la maternidad de las adolescentes solteras, está claro que sí se detectan unas particularidades psíquicas y ciertas dificultades en el desarrollo de la organización y estructura de la personalidad (al menos en el nivel funcional).

El embarazo en la adolescencia desde la perspectiva psicosocial:

2.1.1. *Embarazo en adolescentes y nivel intelectual:* Estudios de diversos autores han constatado que en las madres adolescentes solteras no existen más deficientes mentales que en el conjunto de la población adolescente de similar estatus socio-educativo. Sí que parece existir una cierta tendencia a que aparezcan niveles intelectuales límites o francamente retrasados en casos con varios embarazos y padres diferentes.

2.1.2. *Psicopatología y embarazo en la adolescencia:* Varios grupos de investigadores (McAnarney^(14,15); Elster y cols.⁽¹⁶⁾ y Zuckerman y cols.⁽¹⁷⁾) han realizado una aproximación a la relación entre psicopatología, trastornos de conducta y embarazo en la adolescencia. De los resultados resaltamos aquellos que poseen un grado mayor de concordancia entre todos los diferentes grupos: las madres urbanas que tuvieron tres o más problemas de conducta tuvieron más probabilidades de tener un hijo/a antes de los 19 años. En estudios realizados en una población de 13.061 mujeres adolescentes americanas, se encontró que las estudiantes que se declararon predisuestas a considerar una posibilidad de gestación no marital, tuvieron más problemas disciplinarios escolares que las no se declaraban predisuestas a considerar esa probabilidad. También se han detectado relaciones entre la paternidad adolescente y problemas de conducta, sobre todo en el ámbito urbano: abandono escolar y peleas (en jóvenes de raza negra) y pandillismo, fugas y consumo de drogas (en los jóvenes de raza blanca).

La asociación entre parentalidad adolescente y problemas de conducta fue mayor en los chicos que

habían provocado el embarazo que en las chicas madres adolescentes. También se han detectado correlaciones positivas entre la drogadicción y diagnóstico de depresión con la maternidad adolescente. "¿Está la gente joven entregándose a la actividad sexual precoz, la paternidad prematura, el alcoholismo, la drogadicción y las conductas antisociales como medio de enfrentarse al estrés de sus vidas y la depresión asociada? Incluso si la depresión explica solamente una pequeña parte de la varianza en los problemas de conducta de los adolescentes ¿no es importante identificar precozmente estos síntomas y ofrecer un tratamiento rápido y adecuado para la depresión? Se precisa, cada vez con más urgencia, identificar a los niños/as con problemas antes que se conviertan en adolescentes y ofrecerles el diagnóstico y el tratamiento apropiado, antes que lleguen a ser "padres adolescentes con problemas". Estas razonables palabras de Elster y McAnarney, en trabajos diferentes^(15,16), son un punto de partida para poner el énfasis en los aspectos preventivos (primarios y secundarios) a la hora de abordar este problema.

2.1.3. *Toxicomanía y maternidad en la adolescencia:* En los últimos años han aparecido varios trabajos en este sentido y merece una especial mención el realizado por Parquet y Bailly⁽¹⁸⁾. En las jóvenes adolescentes toxicómanas el embarazo cursa con problemas añadidos: las sustancias tóxicas atraviesan la barrera placentaria y afectan al feto; problemas psicosociales añadidos; escaso control sobre el embarazo; complicaciones infecciosas (de resaltar el peligro manifiesto de padecer el SIDA y convertir a su futuro hijo/a en un enfermo/portador) o de malnutrición; puede haber problemas legales añadidos, todo ello dificulta la continuidad del control médico adecuado. Tampoco se encuentran las madres jóvenes y toxicómanas en situación como para proporcionar los cuidados adecuados al RN, de forma regular y con afecto. No obstante también se pueden modificar, en estas madres, las conductas toxicológicas; pero esta situación depende del lugar que ocupa el bebé en el imaginario de la madre y del diálogo madre-bebé que se establezca. No es extraño que se alternen episodios de intoxicación masiva con periodos de "estar limpia". Pero si se concibe al bebé, por parte de la joven madre adolescente y toxicómana, como un partenaire exigente cabe la posibilidad del abandono de la conducta tóxica.

274 *Contenidos psicológicos de la adolescente embarazada*

2.2.1. *Aceptación del embarazo*: ya Pearson mostró que los dos tercios de las adolescentes embarazadas esperaban más de cinco semanas, tras la última regla, para someterse a un diagnóstico de embarazo; cuestión que se comprueba en nuestro país al detectar cuándo deciden acudir a la consulta para someterse a un aborto (Fig. 10). Esta situación origina dos tipos de problemas sanitarios y sociales de especial relevancia:

2.2.1.1. *Cuidado del embarazo y su repercusión en el pronóstico perinatal*: en España se ha realizado un trabajo en este sentido cuyos autores, Gómez Carrasco y Díez⁽¹⁹⁾, coinciden básicamente con un clásico del tema, Zuckerman⁽¹⁷⁾, cuyos resultados más importantes son: la única diferencia estadísticamente significativa, entre los grupos de embarazo de adolescentes y el embarazo en el resto de las edades, se encontró entre los RN de madres adolescentes y RN de madres adultas para el peso medio, con una diferencia que oscilaba entre 150-180 g a favor de los nacidos de madres adultas. No se observaron diferencias significativas para la tasa de RN pretérminos, de bajo peso ni anoxias neonatales. Por lo tanto, no es posible considerar la edad adolescente como factor de riesgo neonatal por sí solo, existiendo otros factores que aparecen como más importantes: nivel socio-económico, hábitos nocivos, bajo nivel cultural, cortos intervalos entre las gestaciones (cuando existen varias), malnutrición, parejas inestables, dependencia económica de familia de origen, abandono por parte de su familia de origen y escaso acceso a cuidados médicos, entre otros. En conclusión: *la maternidad adolescente es un marcador de dificultad y desventaja social más que un factor de riesgo independiente*. Sin embargo la maternidad por debajo de los 15 años constituye un riesgo de prematuridad y bajo peso. Se ha descrito que la maternidad en las adolescentes origina un mayor impacto para tener hijos/as con retraso físico y mental, es un factor de riesgo para presentar mayor proporción de malos tratos. También durante el embarazo las madres adolescentes presentan mayor posibilidad de padecer más toxemias, amnionitis y placenta previa. Pero como existe un elevado porcentaje de embarazos no deseados, se incrementa la tasa de abortos, abandonos prematuros de la educación materna e incremento de la tasa de embarazos posteriores.

2.2.1.2. *Repercusiones psicológicas*: no reconocer el embarazo y postponer las decisiones, constituyen una forma de *negación*. La adolescente *no confía en nadie*.

utiliza el disimulo en los vestidos, no suelen presentar los síntomas comunes de otras mujeres embarazadas (p.e. vómitos, náuseas, caprichos alimenticios o de otro tipo, etc.), tampoco suele acudir de entrada a su médico con lo que se sitúa en el límite legal para acudir a la interrupción del embarazo, en otros casos algunas adolescentes abandonan su familia por temor a ser descubiertas. Para Marbeau-Cleinen⁽²⁰⁾ esta actitud de *evitación* es la base para *dos deseos contradictorios: suprime toda posibilidad de interrumpir el embarazo y retrasa el enfrentamiento con la realidad*, aflorando un contenido de gran complejidad: la negación del futuro. Hasta un 10% de los embarazos de adolescentes en el Reino Unido pasan desapercibidos hasta el final de la gestación, además este proceso que origina este resultado es independiente de la clase social de pertenencia de la familia.

2.2.2. *La vivencia del embarazo en la adolescente*: tal como señaló H. Deutsch⁽²¹⁾, algunas reacciones emocionales que experimentan las adolescentes durante el embarazo, son activadas plenamente por los obstáculos sociales. El deseo de igualar a la propia madre se encuentra presente en toda niña y, en particular, el deseo de rivalizar con ella en la maternidad; la pubertad y el comienzo de la adolescencia reactivan este proceso y pueden originar que el deseo consciente o inconsciente de un niño/a pueda ser más fuerte que los argumentos racionales, de carácter esencialmente social, que se oponen a ello (Deutsch).

Hoy día existe una *disociación muy importante entre función fisiológica de la reproducción y el placer sexual*, lo que puede originar en muchos jóvenes que el desconocimiento u ocultación de la posibilidad de embarazo sea una realidad. Esta tendencia al placer favorece poco a los más jóvenes y sobre todo a las clases sociales más desfavorecidas, dada su evidente dificultad para los procesos de sublimación, por lo que su paso al acto es mucho más sencillo.

La relación prenatal con el bebé puede ser positiva, cuanto menos oscilante, como en otras edades. Para Deschamp^(13,20) es frecuente ver *alternarse o coexistir de forma ambivalente una reacción posesiva* ("el niño es mío", "es lo único que poseo") y *una reacción agresiva* ("me deforma el cuerpo", "estoy estropeada, tan joven"); reacciones de agresividad que se relacionan con determinados comportamientos (p. e. no seguimiento correcto del embarazo, negativa a alimentarse, etc). El punto común de estas reacciones se sitúa en la *falta de*

Tabla 5 Destino probable del embarazo en la adolescencia en Asturias

Destino del embarazo de adolescentes	% de los embarazos detectados
Matrimonio forzado	50
Aborto voluntario	30*
Maternidad soltera	10**
Matrimonio precoz	10

Fuente: I. Sánchez (1987); * Representan el 11,4% de todas las IVE; ** Representan el 25% de todas las madres solteras.

proyectos sobre el niño/a, Noel lo interpreta como que ese niño/a es un objeto de valoración narcisista por eso, al aparecer el contraste tras el nacimiento: el niño/a es similar a todos los demás (p. e. llora, aspecto rojizo, descamación cutánea, etc.) la madre adolescente va a precisar más apoyo que otras mujeres.

Muchas de las conductas de la adolescente embarazada pueden deberse a un sentimiento de culpabilidad, ya que la tolerancia social actual pone en evidencia que sólo es tolerancia y falta aún mucho camino. La adolescente embarazada se siente desvalorizada y viven el embarazo como un castigo por su conducta sexual, lo que afecta en grado sumo a la autoestima.

2.2.3. Tomar decisiones: ¿continuar el embarazo? ¿abandonar al RN?: el conjunto de las condiciones psíquicas, mencionadas con anterioridad, dominadas por la ambivalencia es lo que favorece comprender las dificultades manifiestas a la hora de tomar decisiones sobre el porvenir del embarazo y del RN. Por ejemplo, aceptar el aborto supone para la joven adolescente admitir el fracaso de una situación que tiene un cierto carácter reivindicativo y punitivo para con el entorno. En este sentido hay que saber presentar la posibilidad, no invadir a la adolescente, respetar su decisión, pero orientarla como guía, apoyo y con gran respeto. Similar ocurre con dar el niño/a para adopción, ya que la simple idea de abandonar al hijo/a tras el nacimiento le escandaliza y le duele más que el aborto, si cabe.

Los datos que se poseen nos hacen afirmar que son las adolescentes más maduras emocionalmente las que consiguen dar el niño/a para adopción al centrar un proyecto realista para el bebé. Deutsch⁽²¹⁾ lo sintetiza diciendo: "las adolescentes menos maduras son precisamente las que luchan por conservar a su hijo. Es una

lucha de posesión que no difiere de la lucha por un juguete deseado". Nos referimos aquí al trabajo de Merzo-Weyl⁽¹³⁾, en el que siguió durante 10 años a 50 mujeres: el 6% fueron niños/as dados en adopción; del resto 32% recurrían a los Servicios de Atención para la Infancia y solo el 18% de las madres adolescentes consiguieron ocuparse de forma eficaz de sus hijos/as; destacaba este autor que lo más importante era la buena impresión que habían dado 10 años antes las mujeres que abandonaron a sus hijo/as a la pobre impresión de las que posteriormente, sin abandonar al hijo/a, le habían impuesto una vida inestable.

No debería pronunciarse la palabra abandono a la hora de orientar a una adolescente embarazada, sino que se debe asegurar a la adolescente que tiene la oportunidad de confiar a su hijo/a a una pareja que va a asegurar todas sus posibilidades de desarrollo a su hijo/a. Esto hace que se aborde el problema de la adopción en términos positivos y precisa una labor continuada, por lo que la decisión urgente no debe ser tomada. Como dato para pensar nos debemos plantear aquellos niños/as que permanecieron con sus madres adolescentes y que, al cabo de unos años, son abandonados o son objeto de malos tratos con lo que esas condiciones hacen más difíciles la adopción.

4.2.2.4. La adolescente embarazada y la actividad escolar: si los COF están orientados para parejas y matrimonios, los centros escolares están orientados para sujetos no casados ni jóvenes embarazadas. Por ello no es extraño el resultado citado con anterioridad: una de cada cuatro adolescentes abandona sus estudios como consecuencia del embarazo. Esta situación evidencia, cuanto menos, algunos puntos de reflexión:

1. No es extraño, aún en nuestros días, que en algunos centros escolares se expulse a adolescentes embarazadas. Continúa la presión social y el temor al "mal ejemplo" o la molestia emocional que representa tener una compañera embarazada.

2. Sea por abandono y por expulsión, la joven adolescente embarazada se enfrenta a un incremento de las dificultades para acceder a un empleo digno que facilite la educación de su hijo/a, con lo que agrava sus dificultades, intensifica el aislamiento, favorece la marginación y cortan el acceso cultural, con lo que el sentimiento de culpabilidad y la baja autoestima afectan de forma evidente a la joven adolescente embarazada.

3. Éste sería un tema que debería ser abordado con seriedad y rigor por las autoridades educativas e incluir-

276 se en la futura Ley de Derechos de la Infancia y la Adolescencia: respeto y apoyo son los dos únicos pilares sobre los que asentar la intervención en estos casos.

La madre adolescente

En la tabla 5 se esquematiza un estudio publicado por Sánchez⁽²²⁾ en 1987 sobre el porvenir de la adolescente embarazada en la Comunidad Autónoma de Asturias, a pesar de lo limitado del estudio merece la pena resaltarlo, por coincidir básicamente con otros estudios internacionales. Los resultados evidencian que: de cada 10 embarazos de adolescentes: cinco terminan en un matrimonio forzado, tres aborto voluntario (suponen el 11,4% del total de abortos voluntarios), uno pasa a ser madre adolescente y soltera (el 25% de las madres solteras son adolescentes) y la restante termina en un matrimonio precoz.

Estudios diversos evidencian que la mayoría de *estos matrimonios se realizan en precario*: los chicos suelen tener similares problemas psicosociales, los matrimonios se deciden por las familias bajo la presión del embarazo, la unión se suele elegir fuera de todo vínculo afectivo sólido (se supone que el joven padre debe "asumir sus responsabilidades" hacia la madre y el hijo/a para que éste no sea "ilegítimo") por lo que muchos de estos matrimonios no tendrían lugar sin el embarazo y la mayoría de estos matrimonios suelen terminar en un fracaso (p. e. malos tratos, violencia, separación/abandono/divorcio, etc.), de hecho en EE.UU. uno de cada dos de estos matrimonios termina en divorcio y la media calculada para Europa se sitúa en dos tercios de estos matrimonios los que acaban divorciándose.

Por otro lado hay que considerar el indudable handicap social del abandono de los estudios, con lo que dificulta la continuidad educativa, se obstaculiza la posibilidad de superar la marginación, etc. Un estudio desarrollado en Gran Bretaña pone de manifiesto que en igualdad de situación social los padres adolescentes que se ven obligados a casarse cursan estudios más cortos y su salario medio es más bajo, si se les compara con matrimonios jóvenes de similar edad pero cuya pareja se ha constituido sin que medie un embarazo por lo que sus relaciones afectivas están más firmemente consolidadas. Esta desventaja social se mantiene a medio y largo plazo, por lo que la capacidad de tolerancia de la situación se resiente y constituye un factor suplementario de disociación de la joven pareja.

No obstante si el matrimonio no llega a plantearse, la relación con el padre de la criatura suele romperse totalmente y cortar todo tipo de contacto, hecho nada difícil dada la labilidad del vínculo afectivo. Así aparece un padre fantasmático y desconocido tanto para el estado civil como para la pura biología. En ocasiones la negación es tan evidente en la joven madre que existe una oposición activa a comunicar al hijo/a cualquier dato acerca del embarazo y de la paternidad. En la clínica se nos dice de forma continua: "¿Para qué le voy a decir nada del padre?", "Ni lo conoce ni lo va a conocer, por mi parte", "Mejor que no sepa nada de él". De esta suerte aparece ese fantasma materno que ocupa el silencio en torno a aquel desafortunado hecho y que ya no quiere ni nombrarse.

La interacción precoz madre-hijo/a y el pronóstico evolutivo para el niño/a

En muchas ocasiones la joven madre ni puede ni desea la crianza de ese hijo/a. *No es extraño que realice una cesión del hijo/a a su propia madre*. La maternidad adolescente es una de las causas prevalentes a la hora de analizar las cesiones familiares de los hijos/as (p. e. en Asturias este tipo de nuevos vínculos familiares suponen cerca del 10% de las causas de consulta a centros de salud mental infantil en la cuenca minera).

En estas situaciones de cesión familiar la adolescente sólo cumple el papel de agente reproductor, las gratificaciones derivadas de la maternidad le son vedadas y donde quiso rivalizar con la madre (en la fecundidad) tejió su propia trampa. Por otro lado esta entrega del hijo/a a su propia madre nos remite a contenidos de las reminiscencias edípicas mal elaboradas por parte de la joven madre adolescente que afloran con toda su crudeza en la reactivación que ocurre en la adolescencia. Por otro lado el hijo/a se encuentra en una situación vincular y relacional, cuanto menos, compleja: se pelea con su supuesta hermana (cuando en realidad es su madre) y llama mamá a su abuela materna.

Si la joven madre se decide por la crianza de su hijo/a aparecen unas dificultades que varían en las formas de presentación, desde el abandono a un tipo de relación sobreprotector e invasivo que resulta asfixiante para el niño/a. Por otro lado tanto el entorno como, al final, la propia madre terminan por demostrar la ambivalencia hacia la capacidad de desarrollar la maternidad de forma adecuada. Por un lado se le exige que "redima" su situación siendo una buena madre en la entrega y

abnegación hacia el hijo/a, pero no se le facilitan los medios (educativos, sociales, laborales, etc.) para llevarlo a cabo con unas relativas garantías de éxito. Por todo ello el vínculo afectivo se establece de forma muy difícil.

Se han desarrollado estudios de los tipos y características de los vínculos entre las jóvenes madres y sus hijos/as (Levine y cols.⁽²³⁾ y Bayo⁽²⁴⁾ en España), por medio de grabaciones en video de niños/as de ocho meses de edad hijos/as de madres adolescentes. Se rodaron tanto a madres adolescentes como a madres adultas, en sesiones de entrevistas cara a cara individualizada y en sesiones de trabajo grupal con fines de enseñanza: las madres no adolescentes demostraron un afecto más positivo con fines de enseñanza: las madres no adolescentes demostraron un afecto más positivo hacia sus hijos/as, hablaron más y pusieron de manifiesto la realización de tareas (estimulación, paseos, mecimientos, etc) con ellos/as más a menudo. Las relaciones individuales se relacionaron más con el nivel de desarrollo del yo, mientras que la actitud de apoyo en las sesiones cara a cara y la edad de las madres se asociaba en los grupos de enseñanza. Estos datos han querido relacionar, por parte de algunos autores, la edad materna con el nivel de desarrollo cognitivo de los hijos/as.

Pero, tanto Levine y cols. como Bayo, lo que señalan es que estas características tienen que ver con *la capacidad para establecer un vínculo adecuado entre la joven madre y el bebé*. La inmadurez de la adolescencia y la dificultad para la vinculación afectiva dificulta una relación espontánea con el bebé y la interacción se ve alterada: brusquedad en los movimientos y en las actitudes de la madre adolescente (por otro lado es una característica propia de las relaciones que establecen los/las adolescentes, pero en este caso el partenaire no integra del todo estas actitudes); dificultad en la interpretación y lectura de los actos del bebé (p. e. incompreensión hacia el llanto o la satisfacción de las necesidades del bebé); ante estas dificultades no es extraño que aparezcan disfunciones en la expresión de los cuidados y de la relación con el bebé (p. e. malos tratos, negligencia, abandono, etc.); alternancias bruscas de gritos o brusquedades con mimos, cariños y caricias, en ocasiones sin solución de continuidad. En definitiva *se trataría de la expresión contradictoria de pasar de jugar con muñecas que no responden y son sólo depositarias de las emociones y ansiedades de la niña/adolescente, a tener un muñeco real y que responde*

activamente a los requerimientos y depositaciones de la joven adolescente.

277

A largo plazo se sabe que estos niños/as acuden con más frecuencia a los servicios de ayuda infantil. Deschamp^(13,20) ha señalado que los hijos/as de jóvenes madres adolescentes presentan más a menudo trastornos del desarrollo social y afectivo, pero no aparece que estos trastornos tengan un carácter específico para los hijos/as de madres adolescentes.

En nuestra opinión este tipo de trastornos se encuadrarían en lo que la CIE-10 denomina: "*Trastornos del vínculo*", cuya expresión más frecuente detectada en nuestra práctica serían: trastornos del sueño (dificultades para conciliar el sueño, necesidad de estar con un adulto/a, etc.), trastornos alimenticios (caprichos alimenticios, anorexias precoces más o menos severas, facilidad para los vómitos, etc.), baja tolerancia a la frustración (espasmos del sollozo, facilidad para las rabietas, necesidad de tener el liderazgo, etc.), dificultad para integrar los límites (conductas de oposición, dificultades de simbolización, dificultades para aceptar las reglas, etc.), facilidad para presentar procesos de somatización y dificultades para jugar, entre otras y que se presentan asociados varios de estos trastornos o de forma aislada. Por fin hay que significar que la ausencia de padre no tiene porqué llevar pareja una ausencia de figura paterna ni que ello induzca trastornos emocionales más frecuentes o característicos que para los niños/as que nacen en situaciones familiares francamente alteradas y disfuncionales por otras razones.

Principios para la intervención psicossocial

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) ha elaborado con precisión y en esquema su criterio de intervención psicossocial y coincide con nuestra experiencia. En los casos de embarazo de la adolescencia ya llegamos tarde. Lo fundamental es la tarea preventiva y de trabajo continuado a lo largo de todo el proceso evolutivo de los niños/as de forma saludable y contenedora.

3.1. *Intervenciones preventivas*: la mejor actividad preventiva es la actitud comprensiva y ética, pero sin fuertes posturas dominadas por la rigidez moral que excluya la libertad individual en el seno de unas reglas sociales básicas.

3.1.1. *Anteriores a la posibilidad del embarazo*:

278 3.1.1.1. Impedir que los niños/as vean solos la TV para que puedan integrar los mensajes sexuales y de violencia de forma adecuada.

3.1.1.2. Informar de forma adecuada sobre la sexualidad, según vayan apareciendo las demandas de los niños/as, sin precipitaciones pero sin ocultamientos.

3.1.1.3. Facilitar una adecuada información y acceso de los/las adolescentes a los COF, para lo que se puede pensar: asegurar la confidencialidad de la consulta, facilitar el acceso a libre demanda, establecer grupos de adolescentes para información y discusión en días concretos, formación en temas de adolescentes para los profesionales.

3.1.1.4. Estimular la comunicación fluida en el ambiente familiar, para que las relaciones afectivas se manifiesten de forma adecuada. Ello comporta detectar e intervenir precozmente ante situaciones de riesgo psicosocial, p.e. violencia familiar, malos tratos y abandono de los hijos/as, etc.

3.1.2. *Posteriores al embarazo.*

3.1.2.1. Fomentar una actitud positiva, receptiva y comprensiva hacia la adolescente embarazada. Es la medida más adecuada y que puede estimular la petición de apoyos más específicos por parte de la adolescente y evitar las huidas y fugas.

3.1.2.2. Estimular el seguimiento precoz y de forma correcta del embarazo.

3.1.2.3. Facilitar la información oportuna y los apoyos necesarios para que pueda tomar una decisión acerca de opciones comprometidas, como pueden ser el aborto o la cesión para adopción del niño/a. Una vez facilitada la información, posibilitar la discusión de las dudas que pudieran surgir, prestar el apoyo (personal, profesional e institucional).

3.1.2.4. Seguimiento y apoyo familiar y de la adolescente durante todo el proceso y con posterioridad.

3.2. *Intervenciones terapéuticas:* ya se refieren cuando se han establecido algún tipo de dificultades, bien sea durante el período de crianza para el desarrollo de las funciones de parentalidad o bien en el desarrollo del niño/a. El principio rector de este tipo de intervenciones debe ser: abordaje multidisciplinar, posiblemente multi-institucional, pero con coresponsabilización, tanto de profesionales como de instituciones.

3.2.1. *Psicoterapia:* de entre los diversos medios creemos más eficaces, según nuestra experiencia clínica, los siguientes:

3.2.1.1. Psicoterapia diádica madre-hijo/a: fundamentalmente se dirige a la interacción madre-bebé. Puede ser ayudada con video, con las técnicas sugeridas por Lebovici, Cramer, Palacio y Manzano, entre otros, y que nosotros hemos desarrollado en dos tiempos: establecer el trabajo diádico inicial mientras se graba en video, posteriormente se revisa la grabación en conjunto con las figuras parentales y se trabajan los contenidos.

3.2.1.2. Psicoterapia focal: dirigida exclusivamente a cada problema que vaya apareciendo a lo largo del proceso evolutivo, debe permanecer la accesibilidad y disponibilidad del terapeuta y del servicio asistencial.

3.2.1.3. Técnicas de counseling: van dirigidas al conjunto de la situación familiar y se orientan como contención de ansiedades y a una elaboración positiva de la situación.

3.2.1.4. Técnicas de abordaje grupal: los grupos de madres y cuando sea posible de madres y padres en situaciones similares y/o de dificultad psicosocial, se han demostrado útiles y eficaces. Existen varias posibilidades: grupos de discusión, grupos operativos, grupos terapéuticos y grupos de orientación social. Se precisa formación específica en grupos y supervisión para todos los tipos de grupos, quizá se podrían exceptuar los grupos de autoayuda y los de orientación social por no ser, en sentido estricto, grupos psicoterapéuticos sino grupos con posibles efectos terapéuticos.

3.2.1.5. Psicoterapias individuales: pueden dirigirse a la joven madre adolescente o hacia el niño/a, su indicación depende más del proceso psicopatológico subyacente y/o acompañante, que del hecho de ser una maternidad en la adolescencia.

3.2.2. *Las ayudas sociales y/o intervenciones sociales:* se dirigen a la cobertura de las necesidades familiares, son *medidas complementarias* útiles y eficaces, cuando se inscriben en una intervención meditada y coordinada con las anteriores. Evaluaciones longitudinales demuestran que: pueden ser una excelente puerta de entrada para otras intervenciones más adecuadas y, en segundo lugar, que este tipo de intervenciones por sí mismas tienen poca eficacia para ayudar a resolver el problema emocional (tanto en la madre como en el hijo/a o la interacción) derivado de esta situación. Como peligros de este tipo de intervenciones se han detectado: un posible empeoramiento de la situación emocional y un incremento de la dependencia de las instituciones.

CONCLUSIONES

El embarazo en la adolescencia es un proceso de gran interés socio-sanitario, derivado de la etapa del desarrollo de las figuras parentales, de las condiciones de vida para ellas y para el futuro ser.

Existe un importante desconocimiento sobre la magnitud del problema así como de sus repercusiones socio-sanitarias. Por esta razón se puede incidir en que

aparecen trabajos sobre la salud de la adolescencia de gran interés, pero poco se aborda esta situación a pesar de su trascendencia.

Los escasos trabajos científicos realizados en España han tenido, en muchas ocasiones, un cierto tinte moral lo que oscurecía otros contenidos de gran interés de alguno u otro tipo de trabajos. El trabajo multidisciplinar favorece la comprensión de las múltiples dimensiones de este singular y preocupante problema socio-sanitario.

279

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ministerio de Sanidad y Consumo. *Interrupción voluntaria de embarazo*. Madrid: Servicio de Publicaciones Ministerio Sanidad y Consumo, 1993.
- 2 Flórez Lozano JA. Embarazo en la adolescencia. *El Médico* 1985;36:44.
- 3 Hernández A. La primera vez. *El País* 1990:30.
- 4 Criado A. Artículo de la Sección de Sociedad. *El País* 1990:26.
- 5 Marcos N. Información. *Tribuna libre* 1987:7.
- 6 Pérez Oliva M. Pasando de anticonceptivos. *El País* 1990:22.
- 7 Orozco R y cols. Sexo en las aulas. *El Globo* 1987:62-66.
- 8 Pérez Soler A. Ayuda sexológica al adolescente. *Tribuna Médica*, 1990:19-22.
- 9 Molina Font JA, Bayés García R. Atención pediátrica a la madre adolescente y su hijo. *Ann Esp Pediatr* 1988:136-142.
- 10 López A, Serrano I, Alaez M. Atención específica a adolescentes en anticoncepción. *Clin Invest Gin Obst* 1989;16(5):202-206.
- 11 American Academy of Pediatrics. Niños, adolescentes y Televisión. *Pediatrics* (ed. española) 1990;29(6):339.
- 12 Martín C. Jóvenes: la educación sexual. *Noticias Médicas* 1988:22-26.
- 13 Deschamps JP. Las madres adolescentes y su hijo. En: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M, eds. *Tratado de Psiquiatría del niño y del Adolescente*. Madrid: Biblioteca nueva 1993;6:121-135.
- 14 McAnarney ER. *Identifying Social and Psychological antecedents of Adolescent Pregnancy*. New York: Gran Foundation WT, 1984.
- 15 McAnarney ER. Antes mejor que después. *Pediatrics* (ed esp) 1990;29(6):291-292.
- 16 Elster AB, Ketterlinus R, Lamb ME. The association between adolescent parenthood and problems behavior in a national sample of adolescent women. *Pediatrics* 1990;85:1044-1050.
- 17 Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H y cols. Mental Health of Adolescent mother: The implications of depression and drug use. *J Dev Behav Pediatr* 1987;8:111-116.
- 18 Parquet PhJ, Bailly D. Toxicomanie et grossesse. *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 1988;36(2-3):109-117.
- 19 Gómez Carrasco JA, Díez Fernández T. Embarazo en madre adolescente (15-18 años). Resultado neonatal. *An Esp Pediatr* 1988;29(1):7-10.
- 20 Deschamps JP. *Grossesse et maternité chez l'adolescente*. París: Centurion, 1976.
- 21 Deutsch H. Les filles mères. En: *La Psychologie des femmes*. París: PUF, (5ª edición) 1973:289-338.
- 22 Sánchez I. Embarazos precoces en Asturias. *La Voz de Asturias*, 1987:20.
- 23 Levine L, García-Coll CT, OH W. Determinaciones del establecimiento del vínculo materno-filial en madres adolescentes. *Pediatrics* (ed. española), 1985;19(1):82-84.
- 24 Bayo C. Los hijos de madres adolescentes. *Congreso Internacional Infancia y Sociedad* Madrid, 1989.
- 25 Sociedad Española de Medicina familiar y comunitaria (SEMFYC). Embarazo en la adolescencia y familias monoparentales. En VV.AA.: *Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud*. Barcelona: PAPPs-SEMFYC, 1994, (apartados 5.2 y 5.3).
- 26 Camp BW, Burgess D, Morgan L, Malpiede D. Infants of adolescent mothers: Maternal characteristics and developmental status at 1 year of age. *AJDC* 1984;138:243-246.
- 27 Gascón Pérez E, Ruiz Cantero MT. ¿Conocemos qué es la salud para los adolescentes? *An Esp Pediatr* 1990;32(6):538-541.
- 28 Obedman M, Aduriz S, Alazraqui S, García-Tornell F, Hernández G, Silber TJ. Medicina de la Adolescencia. *JANO* 1989;37:874-875.
- 29 Taracena del Piñal B. Adolescencia. Problemática médico-social. *Pediatrka* 1989;9(5):180-184.
- 30 Torres A. Los niños de los niños. *El País* 1987:34.
- 31 Rutllan Banyeres M. Experience de l'apprentissage aux jeunes de la régulation naturelle de la fertilité. IXème Congrès International de la Famille. París. Actes du Congrès. 1986:290-296.