



ARTICULO ESPECIAL

Prevención de los trastornos de la salud mental. Embarazo en la adolescencia



Francisco Buitrago Ramírez^{a,*}, Ramon Ciurana Misol^b,
María del Carmen Fernández Alonso^c, Jorge L. Tizón^d
y Miembros del Grupo de Salud Mental

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Universitario La Paz, Servicio Extremeño de Salud, Badajoz, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Barcelona, España

^c Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Interna, Servicio de Salud de Castilla y León, Valladolid, España

^d Psiquiatría y Neurología, Psicología y Psicoanálisis, Institut Universitari de Salut Mental, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España

PALABRAS CLAVE

Salud mental;
Atención primaria;
Embarazo en la
adolescencia;
Prevención;
Intervenciones
psicosociales

Resumen El embarazo en la adolescencia es generalmente un embarazo no deseado, una situación que conlleva importantes sobrecargas biológicas, psicológicas y sociales con repercusiones en la salud de la madre y el hijo. Pero el dato psicosocialmente más importante es que un embarazo no deseado en todo su desarrollo da lugar al nacimiento de un niño ambivalentemente deseado, un niño de alto riesgo. Los nacidos en España en 2020 de mujeres menores de 20 años de edad fueron 8.305, lo que corresponde al 1,97% del total de nacimientos. En esta revisión se presentan medidas y recomendaciones para la protección y prevención de la salud mental de la madre y el niño cuando el embarazo tiene lugar en la adolescencia.

© 2022 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Mental health;
Primary care;
Adolescent
pregnancy;
Prevention;
Psychosocial
interventions

Prevention of mental health disorders in primary care: Pregnancy in adolescence

Abstract Adolescent pregnancy is generally an unwanted pregnancy, a situation that involves significant biological, psychological and social overloads, with repercussions on the health of the mother and the child. But the psychosocially important fact is that an unwanted pregnancy in its entirety gives rise to the birth of an ambivalently wanted child, a high-risk child. Those born in Spain in 2020 to women under 20 years of age were 8,305, which corresponds to 1.97% of all births. This review presents measures and recommendations for the protection and prevention of the mental health of the mother and child when pregnancy takes place in adolescence.

© 2022 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fbuitragor@gmail.com (F. Buitrago Ramírez).

Es difícil definir cronológicamente la adolescencia, sobre todo si se tienen en cuenta las diferencias socioculturales, y entre diversas sociedades y edades históricas, dado que la consideración social, psicológica o incluso biológica de qué es la adolescencia varía de forma importante entre unas y otras culturas. Es una variación que se halla sujeta, además, a diferencias en función del sexo: casi en ninguna cultura las edades consideradas para la adolescencia masculina y femenina son las mismas¹.

Sin embargo, tiende a admitirse que la adolescencia comienza antes en las mujeres que en los varones. La edad, dependiendo de las diversas estimaciones, puede abarcar desde los 11-12 años hasta los 22-23. Por eso los organismos internacionales tienden a dar una definición de adolescencia psicossocial y operativa: el periodo de la vida en el cual la persona no ha llegado todavía a ser considerada adulta pero ya no se le considera un niño^{2,3}. Una definición que, a pesar de todo, hace hincapié en la adolescencia como moratoria. Para la cultura europea mediterránea habría que considerar los límites de los 11-12 años por debajo y los 18-20 por arriba. Gran parte de los estudios demográficos se realizan teniendo como punto de referencia los 15-19 años.

Aunque la delimitación etaria se establece convencionalmente, es importante conocer las directrices internacionales. De hecho, la OMS define entre los 10 y 19 años la edad de la adolescencia, hablando de *juventud* para los 15 - 24 años⁴. Esa ampliación de las edades para la adolescencia y los adultos jóvenes (10-24 años) intenta también que tengamos en cuenta a las niñas de menor edad que, en algunas culturas, llegan a la maternidad con cierta frecuencia. Este es el grupo de edad y el término que se utiliza en el informe de la Comisión para la salud y el bienestar en la adolescencia⁵, aunque en otros documentos se hace la distinción de la adolescencia temprana o pubertad, o se delimitan más tramos etarios.

Según datos recogidos del «Informe de la juventud en España 2019», la edad media de la primera relación sexual con penetración era los 16,2 años, sin diferencias significativas entre sexos. En el «Informe de la juventud en España 2020»,⁶ el 57% de jóvenes entre 15 y 19 años declaran haber tenido una relación sexual a la edad de 16 años (también sin diferencias significativas entre sexos). Si se comparan estos datos con los del «Informe de la juventud de 2016», se constata que en cuatro años la edad media en la cual se tiene la primera relación sexual con penetración se ha reducido en un año⁶. Según esta misma publicación, en el grupo de edad de 15 a 19 años, el 78% utilizaba algún método anticonceptivo, lo que quiere decir que aproximadamente una de cada cuatro relaciones se produce sin protección. El preservativo es el método más utilizado (85%) y el anticonceptivo oral el segundo (12%). Otros métodos juegan un papel marginal.

Algunos datos básicos sobre la adolescencia y los embarazos en la adolescencia

Desde el punto de vista biopsicosocial, la adolescencia se considera una importante transición psicossocial: los y las adolescentes han de renunciar, a menudo en medio de grandes tormentas afectivas, a un cuerpo, una forma de relacionarse consigo mismos y con los demás y a una forma de estar en la sociedad como niño/a para pasar a adoptar

un rol psicossocial de persona adulta. Como hemos recordado en otras publicaciones^{7,8} ello implica numerosos duelos para los adolescentes: por los padres idealizados perdidos, por un tipo de relación con el padre y con la madre que se pierden, por el cuerpo infantil y su representación mental, por el colegio, amigos, vida de la infancia, etc. Además, el adolescente debe encarar importantes tareas psicológicas y sociales para devenir adulto, tareas dominadas por un conflicto que ya Erikson⁹, y después otros muchos autores han denominado como el logro de la identidad vs. la confusión del rol^{7,8,10-13}. La identidad debe ser entendida aquí como ese sentimiento, cognición y representación mental inconsciente básica de unidad de uno mismo, de continuidad interior y en el exterior, tanto a lo largo del tiempo como de las situaciones^{7,9}. El sentimiento de identidad y, por lo tanto, el logro de un «*self*» (o representación del sí mismo) estructurado es el resultado de una elaboración suficiente de los conflictos biopsicosociales de la adolescencia.

En medio de toda esa serie de cambios, duelos y conflictos es natural que otro cambio de la magnitud de un embarazo pueda suponer importantes sobrecargas biológicas, psicológicas y sociales. Y hemos de recordar que no se trata de una situación excepcional. Según datos del Instituto Nacional de Estadística¹⁴, en 2020, los nacidos en España de mujeres menores de 20 años de edad fueron 8.305, lo que corresponde al 1,97% del total de nacimientos. Estos porcentajes variaban según las Comunidades Autónomas, siendo las cifras más elevadas las de Ceuta (3,37%), Melilla (3,17%) y Murcia (2,92%) y las más bajas las de Galicia (1,24%), País Vasco (1,15%) y Cantabria (1,14%). Las otras comunidades autónomas tienen valores intermedios.

Otro dato de interés es la tasa de fecundidad adolescente (número de nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años). En 2020 fue de 5,33 por 1.000 mujeres en la población de 15 a 19 años. También en este caso existen variaciones significativas según la comunidad autónoma. Además, si se analiza la tendencia temporal se observa una tendencia clara y progresivamente decreciente, puesto que en 2011 esta tasa fue de 9,51 por 1.000¹⁵. La tasa total de fecundidad referida al conjunto de todas las edades en 2020 era de 32,48 por 1.000, también inferior a la de 2011: 41,26 por 1.000. El descenso progresivo cada año parece hoy bastante claro¹⁶.

Estas tasas españolas de embarazos en la adolescencia se corresponden aproximadamente con las de la mayoría de los países europeos, pero son claramente inferiores a las de África y Latinoamérica que muestran las cifras más elevadas a nivel mundial. En todo el mundo, la tendencia general es hacia el descenso de las tasas de fecundidad en todas las edades^{17,18}.

La tendencia al descenso paulatino de estas tasas ha llevado a pensar a sociólogos y demógrafos que se trata de un dato sociosanitario directamente vinculado al desarrollo socioeconómico y cultural. Se le suele vincular con los cambios en el papel de las mujeres y la mejora de su autonomía respecto a los hombres en nuestras sociedades, así como al mejor acceso a la educación afectivo-sexual, a la maduración personal y a los métodos anticonceptivos.

Sin embargo, dos indicadores que revelan las dificultades del embarazo en la adolescencia en nuestras sociedades son, por un lado, la tendencia a dar lugar a familias monoparentales (un tema que hemos tratado en nuestro Subprograma

preventivo sobre familias monoparentales, y que también hemos actualizado en esta Monografía PAPPs-2022); en segundo lugar, la alta tasa de abortos en la adolescencia. Según datos del Ministerio de Sanidad, la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en la población de mujeres de menos de 20 años (19 años y menores) fue, en 2020, de 7,41 por 1.000 mujeres, aunque también se observa una tendencia a la baja en los últimos años (en 2011 esta tasa fue de 13,88 por 1.000¹⁹).

Estas cifras representan un número absoluto de 8.664 interrupciones del embarazo declaradas en las mujeres de menos de 20 años durante 2020, aunque en varios lugares de nuestro país, las IVE no declaradas parecen seguir teniendo un peso relativamente importante, como demuestran asimismo las tasas de embarazos en la adolescencia que acabamos de mencionar: es otra flagrante demostración de la desigualdad y las brechas sociales, políticas, culturales y sanitarias que siguen padeciendo nuestras compatriotas. De todas maneras, si se hace un cálculo entre los nacimientos ocurridos en 2020 (6.315 nacimientos) en este grupo de edad y las interrupciones voluntarias del embarazo, el porcentaje de IVE sobre el total de embarazos fue nada menos que del 57,8%²⁰. Todo ello a pesar de que las tasas de embarazos no deseados y de abortos a nivel mundial y también dentro de Europa presentan una variabilidad significativa, en gran parte relacionada con el desarrollo social y económico y con la educación de los pueblos^{21,22}.

En efecto, las tasas de IVE por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años muestran diferencias ostensibles entre las diversas comunidades autónomas de España: en 2020 las tasas más elevadas correspondían a Cataluña (13,44), Asturias (12,03), Baleares (11,87), Murcia (11,25), Madrid (10,94), Canarias (10,88) y Andalucía (10,85), las más bajas a Ceuta y Melilla (1,94), Galicia (5,71) y La Rioja (5,86). Las cifras intermedias corresponden a País Vasco (9,58), Aragón (8,50), Comunidad Valenciana (8,38), Castilla-La Mancha (8,00), Cantabria (7,89), Navarra (7,66), Castilla y León (6,56) y Extremadura (6,43)¹⁹.

Un grupo de especial riesgo lo constituyen las niñas muy jóvenes, de 9 a 14 años, víctimas de matrimonios forzados o acordados por sus familias en muchos casos, y en otros por ser víctimas de violencia sexual en sus familias o comunidades²³.

Desde el punto de vista psicológico y psicosocial, otro riesgo añadido proviene del hecho de que el embarazo en la adolescencia con frecuencia es un embarazo no deseado. Pero el dato psicosocialmente importante es que, en general, a diferencia de los embarazos no deseados en otras edades, puede seguir siendo no deseado a lo largo de todo el embarazo, y dar lugar, como poco, al nacimiento de un niño ambivalentemente deseado, e incluso a descendientes «no deseados al final del embarazo»: esta es la situación de mayor riesgo²⁴, aunque la madre se haga cargo del hijo (con o sin participación del padre y las familias).

Problemática del embarazo en la adolescencia

Desde el punto de vista de la salud reproductiva, la adolescente está expuesta a algunos riesgos que conviene conocer para poder poner en marcha intervenciones preventivas y para la promoción de conductas saludables. Los y las

adolescentes conforman un grupo heterogéneo cuyas necesidades varían en función del contexto en el que se desarrollan y de la fase de desarrollo personal en que se encuentran. Además, resulta necesario realizar el análisis de necesidades y problemas con enfoque de género, ya que el impacto es muy distinto en los hombres que en las mujeres adolescentes, siendo claramente las adolescentes las que sufren mayor impacto en sus vidas a todos los niveles con el embarazo: en su salud física y mental, a nivel educativo, social, familiar, así como en sus funciones y capacidades parentales, si el embarazo finaliza y la mujer asume la crianza.

En términos generales se considera que, en nuestra cultura, el embarazo en la adolescencia puede ser un problema al menos por los siguientes motivos o factores de riesgo:

1. Porque incide en una persona cuya identidad psicosocial no está asentada. En particular, la madre adolescente de nuestra cultura no ha integrado suficientemente aún su identidad personal y, menos aún, su identidad como mujer-posible-madre^{9,25-27}.
2. Además, eso ocurre en una persona cuyo rol y estatus sociales no están definidos aún.
3. Porque incide en un organismo cuya integridad biológica como adulta no está acabada, lo que predispone a problemas con el embarazo, el parto y la lactancia^{11,25,26,28-30}.
4. Porque la falta de identidad y estructuración del *self*, del sí-mismo, de los adolescentes de ambos sexos les predispone, en sus relaciones sexuales, a infravalorar los riesgos, y en consecuencia a no tomar las protecciones adecuadas para prevenir el embarazo y protegerse de las enfermedades de transmisión sexual^{8,29,30}.
5. Porque las ansiedades y conflictos profundos que todo embarazo y recién nacido desencadenan pueden interferir de forma grave en la elaboración del conflicto psicosocial básico de la adolescencia: logro de la identidad versus confusión del rol, así como de todas las tareas, duelos y cambios propios de esa edad⁸.
6. Porque tanto el aborto espontáneo como el voluntario son más frecuentes en estas edades, y no hay que olvidar que el aborto, y en especial el aborto repetido, es una importante *transición psicosocial* que implica sufrimiento mental y social, y puede favorecer la *descompensación* emocional^{29,30}, máxime porque, en el caso del embarazo en la adolescencia, la interrupción del embarazo suele darse en situaciones de mayor inseguridad biopsicosocial.
7. Porque la situación de hijo no deseado al final del embarazo es una situación de alto riesgo biopsicosocial para el hijo y de riesgo psicológico y social para la madre²⁴.
8. Porque, a menudo, en la adolescencia es difícil que exista una figura de apoyo y contención estable para esa madre, lo que con frecuencia agrava los conflictos del apego y el sentimiento de soledad, contribuyendo así al desequilibrio emocional.

Otra perspectiva para entender esta problemática es la que tiene en cuenta las *funciones parentales de la familia* (y de las instituciones sociales substitutivas) en nuestra cultura. Muy esquemáticamente diríamos que, incluso cuando el cuidado y sustento básicos están garantizados, la familia de adolescentes (y la familia adolescente) tiene

dificultades en la circulación de las funciones (emocionales) y, en especial, de la contención. Como consecuencia, la urdimbre afectiva madre-hijo inicial y la constitución de la diada emocional suelen resultar alteradas. Además, como se recuerda en el Subprograma sobre las familias monoparentales (FMP), el embarazo en la adolescencia es una de las vías de constitución de una FMP, y de las menos protegidas para la salud psicosocial de la mujer. Además, la ausencia del padre como tercera figura puede llevar a dificultades adicionales en la vinculación madre-hijo o, por el contrario, a dificultades en la necesaria elaboración de la simbiosis madre-hijo inicial. Como ya dijimos allí, y máxime en el caso del embarazo en la adolescencia, es importante que madre y familia puedan proporcionar relaciones y figuras de apego sustitutivas, al menos a nivel simbólico, para estos casos, que probablemente no deberían coincidir con las madres y padres que presionan emocionalmente a la hija para que sea madre. Desde luego, si el embarazo ha sido el resultado de relaciones esporádicas sin un componente afectivo de la pareja y desde la familia se presiona para forzar un vínculo de «conveniencia» entre la adolescente y el «embarazador», ello va a generar consecuencias nocivas para el desarrollo de la mujer y la pareja, así como para la crianza del hijo o hija a corto o medio plazo³¹. De ahí que promover y respetar la autonomía de la adolescente en la toma de decisiones sea una obligación ética, personal y profesional imprescindible^{32,33}.

Si el embarazo es deseado y/o la cultura y el grupo social integra o incluso apoya ese tipo de embarazos, los riesgos psicosociales disminuyen, pero no desaparecen³⁴. Las consecuencias psicosociales y culturales pueden ser menores pero continúan poseyendo fuerza marginadora sobre la mujer, tanto en el ámbito social como en el sanitario: interrupción/abandono de la escolarización, cambios en las expectativas y proyectos de vida, dependencia económica, incorporación precoz al mercado laboral, riesgo de subempleo, tensiones familiares, entre otros (tablas 1 y 2).

Causas y situaciones de vulnerabilidad al embarazo adolescente

Los factores causales de los embarazos en la adolescencia son complejos porque dependen en gran medida del contexto sociocultural. Las causas directas claramente entendibles son las relaciones sexuales precoces y sin protección, ya sea por desconocimiento o por dificultades de acceso a métodos anticonceptivos eficaces, pero no hay que olvidar que algunos de estos embarazos (los menos) se producen de forma voluntaria, sobre todo en algunos contextos culturales; ni tampoco, los embarazos producidos a causa de relaciones sexuales forzadas, violación o estupro (relación sexual con persona menor de 18 años, prevaleciendo de superioridad, originada por cualquier relación o situación).

Así pues, el problema es complejo. Algunas causas asientan en la propia persona, otras en su sistema de relaciones (entre pares, de pareja, con los padres, con los allegados) y otras tienen que ver con el contexto social y cultural específico de la sociedad en la que viven: son factores de vulnerabilidad, que interactúan con los factores personales.

Si la niña/mujer decide la IVE, es frecuente que el duelo y tal vez el «trauma por el aborto» sea de difícil elaboración,

y puede tener consecuencias psicológicas y psicosociales a corto, medio y largo plazo, por lo que sería necesario el seguimiento y apoyo profesional individualizado durante el tiempo que sea preciso.

Hay que insistir en que son particularmente graves las consecuencias de los embarazos en niñas muy pequeñas (9-14 años) generalmente fruto de matrimonios forzados o convenidos por los padres (práctica aceptada en algunas culturas, a pesar de su prohibición legal) o en casos de violación. Son circunstancias que afectan tanto a nivel biológico como a nivel psicológico y social, y tanto a la madre como al hijo/a²³. Con el agravante de que aun en numerosos países, incluso del «primer mundo», están prohibidas por ley las IVE, incluso en el caso de violaciones.

Los efectos adversos de la maternidad adolescente también tienen consecuencias en la salud y salud mental de sus hijos. Las muertes perinatales son 50% más altas entre los bebés nacidos de madres de menos de 20 años que entre aquellos nacidos de madres entre 20 y 29 años. Los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, con incremento de riesgos físicos y psicológicos a más largo plazo³⁵⁻³⁷.

Siete campos o ámbitos para la prevención desde los Equipos de Atención Primaria (EAP)

En realidad, la problemática que presenta el tema de la protección y prevención de la salud mental de la madre y el niño en el caso de embarazo en la adolescencia es múltiple y compleja. Como esquema, podríamos agrupar los elementos de esa problemática en siete apartados o «conjuntos de problemas» que deben atender los EAP.

1. Prevención del embarazo en la adolescencia mediante la promoción de las medidas anticonceptivas y de auto-protección adecuadas, así como medidas educativas orientadas al empoderamiento de las adolescentes para ejercer el control tanto en las relaciones sexuales como en los métodos de protección.
2. Medidas y actuaciones de facilitación y apoyo si la adolescente decide interrumpir el embarazo (IVE), estando alerta del posible trauma psicológico del aborto, ofreciendo un seguimiento psicológico específico y psicosocial si se precisa, en especial si la familia de la adolescente presiona insistentemente en contra.
3. Ayudar en la «maternización» de la adolescente si decide seguir adelante con su embarazo; por ejemplo, con las medidas recomendadas en el Subprograma hijos de familias monoparentales³⁸.
4. Apoyar la creación de algún tipo de triangulación originaria en la familia que va a recibir al niño. Habrá que orientar acerca de la conveniencia de que pronto, ya en los primeros meses, el niño sea cuidado por dos personas, como forma de ayudar a la elaboración de las «funciones familiares» y, particularmente, como forma de ayudar en la elaboración de la dependencia mutua madre-hija/o, tal vez aumentada en el caso del embarazo en la adolescencia si la hija/hijo es querido al final del embarazo. Sobre la importancia de que las dos figuras parentales sean de diferente sexo, hay toda una polémica de difícil dilucidación hoy en día, tanto porque no conocemos

Tabla 1 Factores psicosociales facilitadores y factores de vulnerabilidad para el embarazo en la adolescencia

Factores facilitadores	Factores de vulnerabilidad
-Inicio precoz de la actividad sexual.	-Abandono de escuela y/o bajo nivel educativo
-Relaciones sexuales sin protección anticonceptiva	-Pertenecer a una familia disfuncional
-Presión del grupo o de los pares para tener relaciones sexuales	-Niñas muy pequeñas (9-14 años)
-Banalización de los temores hacia el riesgo de infecciones de transmisión sexual	-Mayores niveles de pobreza, condición de desplazado o situaciones de conflicto
-Aceptación social del matrimonio temprano	-La existencia de violencia familiar y/o de género en la familia
-Mayor tolerancia al temor social hacia la maternidad adolescente	-Ser víctimas de algún tipo de abuso tanto físico como emocional o incluso sexual
-La separación de los padres	-Conflicto entre su sistema de valores y el de sus familias
-La ausencia de la figura paterna, ni siquiera de forma simbólica	-Pérdida del vínculo familiar por migración, y más si ésta es repetida
-Deprivación afectiva	-Predominio de factores socioculturales adversos
-Ausencia de modelos y pautas de crianza adecuados, bien por confusión, bien por perversión	-Inequidades en educación con mayor nivel de desescolarización
-Mala comunicación entre padre e hijos adolescentes	-Dependencia imitativa de los medios de comunicación
-Situaciones de marginación social o de alta conflictividad social	-Inadecuación de las normas sociales hacia la sexualidad y las relaciones afectivas: tabúes ancestrales, iniciación mediante el «porno», etc.
-Conflictos familiares	-Normas y tradiciones de la comunidad permisivas con la sexualidad y matrimonio precoz
-Autoritarismo	-Tolerancia hacia la violencia contra mujeres y niñas
-Consumo de bebidas alcohólicas u otras drogas	-Legislación y/o cultural social restrictivas respecto al aborto
-Abuso sexual, relaciones sexuales forzadas, violación, estupro	
-Explotación sexual	
-Educación afectivo-sexual insuficiente o inexistente	

estudios con metodología adecuada sobre el tema, como por la polémica ideológico-política que se ha levantado al respecto, al menos en la Unión Europea (EU) y EE. UU. Todo ello lleva a que se confunda a menudo la necesidad humana de vínculos de apego (con una o varias figuras suficientemente próximas y estables) más que demostrada por la investigación psicológica y psicopatológica, con la generación de un *self* sexual o de unas vivencias del género en el descendiente.

- Hay que asegurar que madre, niño y padre reciban suficientes apoyos de la familia (y/o las instituciones sociales) como para posibilitar un desarrollo adecuado de la urdimbre afectiva de los primeros meses y el desarrollo psicofísico saludable del bebé. Hoy ya sabemos que este se basa, sobre todo, en el establecimiento durante los primeros años de un vínculo de apego al menos con una o dos figuras, que sea suficientemente sano y estructurado, al contrario de los vínculos de apego inseguros, ansiosos, ambivalentes o desestructurados, facilitados en algunos embarazos en la adolescencia^{33,39-41}.
- Valoración, apoyo y seguimiento psicológico específico de la madre si el embarazo fue consecuencia de una violación o estupro.
- No olvidar que ese hijo/a en nuestra cultura sigue siendo un *niño de riesgo* desde los puntos de vista biológico,

psicológico y social, y por ello se deberá hacer un seguimiento cercano de su desarrollo físico y psicológico.

Consideraciones generales para la atención preventiva desde la atención primaria de salud (APS) de los problemas del embarazo en la adolescencia

El EAP puede jugar un papel importante en la prevención de los embarazos en la adolescencia, así como en la detección de las necesidades de los jóvenes padres y del hijo/a, o de la madre y familia que acoge a la adolescente. Puede orientar la respuesta a las mismas y colaborar en su cuidado, pues una consideración previa y general es que siempre van a requerir intervenciones multisectoriales (sanitarias, sociales, educativas, etc.). A pesar de que los y las adolescentes no son usuarios frecuentes de los centros de salud, el hecho de que su seguimiento a lo largo de toda la infancia se haga por los pediatras y enfermería del EAP, proporciona a estos un buen conocimiento de los adolescentes y de las relaciones y contexto familiar. Además, brinda posibilidades de creación de relaciones de confianza entre los profesionales de pediatría, enfermería, matronas, medicina de familia y los y las adolescentes, que desde la honestidad y la confidencialidad

Tabla 2 Consecuencias de los factores de riesgo y vulnerabilidad sobre el embarazo en la adolescencia⁹⁴⁻⁹⁷

Biológicas	Psicológicas	Psicosociales
<ul style="list-style-type: none"> - Alteración de los procesos y etapas del crecimiento biológico de la mujer - Control prenatal tardío o insuficiente por ocultamiento - Abortos inseguros y peligrosos - Aumento de la mortalidad y morbilidad materna por complicaciones del embarazo o parto (abortos espontáneos, placenta previa, preeclampsia, partos prematuros, anemia, etc.) - Mayor riesgo de mortalidad y morbilidad de los hijos de madres adolescentes (bajo peso al nacer, prematuridad, malnutrición, muerte súbita, control irregular, mayor riesgo de maltrato a sus hijos) 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones de los procesos y tareas propios de la adolescencia - Miedo, culpa, inseguridad, conflictos en las relaciones familiares - Ruptura del proyecto de vida - Absentismo o abandono escolar - Mayores repercusiones psicológicas del duelo del aborto o la IVE - Rechazo escolar y social e incluso familiar - Aislamiento de su grupo de iguales y red social - Abandono de la pareja - Relaciones de pareja conflictivas - Actitud de rechazo al bebé: dificultad para asumir la responsabilidad y el rol de madre - Sentimientos de culpa, vergüenza, baja autoestima, ansiedad, incertidumbre, tristeza. - Mayores riesgos de depresión, trastornos por ansiedad excesiva, psicosis puerperal, mayor riesgo de suicidio - Mayor riesgo de consumo de sustancias psicoactivas (ilegales) y psicofármacos - Mayores riesgos de problemas emocionales y cognitivos en los hijos 	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuente paso a la situación de Familia Monoparental - Ruptura del proyecto de vida - Precariedad económica - Frecuente abandono de la escolarización y la formación personal - Inicio precoz de actividad laboral a menudo con empleos precarios - Aislamiento social o bien facilitación de la dependencia social prolongada, en especial en clases marginales - Alta frecuencia en Servicios Sociales y Comunitarios, en especial de las mujeres de clases marginales - Algunas adolescentes en situaciones límite y sin apoyos pueden derivar hacia la prostitución o la delincuencia

IVE: interrupción voluntaria del embarazo.

permitan y faciliten intervenciones educativas precoces (educación afectivo-sexual). Además, la mejor forma de colaborar los EAP en fomentar unas relaciones afectivo-sexuales sanas entre adolescentes y prevenir embarazos no deseados, básicamente consiste en colaborar en una orientación afectivo-sexual abierta, dialogante y respetuosa para las diferentes culturas y personalidades⁴²⁻⁴⁴.

Por otra parte, la accesibilidad que brinda una APS suficientemente vinculada, dedicada, formada e interconectada con otros servicios hace que con frecuencia sea a estos profesionales a quien las adolescentes pidan ayuda si precisan la «píldora del día después», si aparecen los primeros síntomas de alguna ITS o si sospechan que pueden estar embarazadas. La APS permite y facilita intervenciones precoces y con un buen conocimiento del contexto familiar y social (que, en el caso de las familias con más factores de riesgo, puede ser mejorado por la necesaria interconsulta

y colaboración entre los servicios de APS y los servicios sociales de atención primaria (SSAP)⁴⁵.

Dada la complejidad del tema del embarazo en la adolescencia, y los cuidados con los que debemos tratarlo, expondremos en este apartado una serie de consideraciones generales sobre la prevención en esos siete «problemas» o «campos» en los que didácticamente hemos dividido el tema (tabla 3) antes de pasar a concretar las acciones preventivas realizables desde la APS (epígrafe 6).

Sobre la prevención del embarazo en la adolescencia:

El riesgo de embarazo en la adolescencia es un hecho constatado por las cifras aportadas en los epígrafes previos; las consecuencias para las madres y los hijos a nivel físico, psi-

Tabla 3 Siete campos básicos para la prevención de los problemas de salud mental del embarazo en la adolescencia

1. Prevención del embarazo en la adolescencia
2. Medidas y actuaciones de facilitación y apoyo si la adolescente decide interrumpir el embarazo (IVE)
3. Ayudar en la «maternización» de la adolescente si decide seguir adelante con su embarazo
4. Apoyar la creación de algún tipo de «triangulación originaria» en la familia que va a recibir al niño
5. Asegurar que madre, niño y padre reciban suficientes apoyos de la familia (y/o las instituciones sociales) como para posibilitar un desarrollo adecuado de la urdimbre afectiva de los primeros meses y el desarrollo psicofísico saludable del bebé
6. Valoración, apoyo y seguimiento psicológico específico de la madre si el embarazo fue consecuencia de una violación o estupro
7. En nuestra cultura, debemos seguir considerando que el(la) hijo/a de ese embarazo es un niño de riesgo desde los puntos de vista biológico, psicológico y social

cológico, educativo y social han sido objeto de numerosos estudios que ya hemos citado (tablas 1 y 2), aunque en nuestra cultura y sociedad es conocida la repercusión en la salud mental de las adolescentes que tienen un embarazo no deseado. Sin embargo, a menudo no se tiene en cuenta la repercusión para un varón adolescente de una primera paternidad no deseada, interrumpida o problematizada. Sus repercusiones psicológicas y sociales son mayores de lo que se suele pensar: dificultades en el desarrollo de la adolescencia, trastornos de conducta, dificultades sexuales y de establecimiento de familia en el futuro, etc. Por tanto, cuando hablamos de prevención de embarazos hemos de pensar tanto en las como en los adolescentes como objeto de intervención^{33,46,47}.

La primera medida de prevención debería ser la educación afectivo-sexual desde la infancia y sobre todo en la adolescencia, clave para construir relaciones afectivas y sexuales sanas entre adolescentes, fomentando la no banalización de la sexualidad ni del otro componente de la relación, y la corresponsabilidad en la anticoncepción y en la prevención del embarazo no deseado.

Aunque partamos del dato de que gran parte de los valores y modalidades de relación sobre estos temas se introyectan ya en la familia, las relaciones con los adolescentes en la escuela y en los dispositivos sanitarios son fundamentales. Es necesario crear una comunicación de confianza y respeto que, desde la confidencialidad, permita discutir y aclarar las dudas y temores en lo referente a la sexualidad. Como ya hemos recordado, la mejor forma de colaborar desde los EAP en la prevención de embarazos no deseados es a través de la orientación afectivo-sexual de los y las adolescentes.

En caso de que la adolescente mantenga relaciones sexuales, tema que no debe ser banalizado ni presionado, los adolescentes deben disponer de una adecuada información sobre métodos anticonceptivos, cuya finalidad sea proporcionar un método seguro que incluya también la anticoncepción de emergencia, para evitar un embarazo no deseado, pero también debe ofrecérseles información cuidadosa acerca de los métodos para evitar la transmisión de infecciones de transmisión sexual.

Para la evitación del embarazo no deseado en el caso de adolescentes de riesgo, en la actualidad se recomienda el uso de métodos anticonceptivos «reversibles de larga duración» (*long-acting reversible contraceptive* [LARC]). Presentan la ventaja de que no requieren una acción de la

usuaria diariamente ni en el momento de la relación, con lo que el porcentaje de relaciones desprotegidas es menor. Estos métodos incluyen los implantes hormonales y los DIU hormonados o de cobre. Sin embargo, su implantación no debe soslayar la necesidad de insistir en el uso del preservativo de forma sistemática para evitar las infecciones de transmisión sexual⁴⁸.

Se dispone actualmente de excelentes guías para proporcionar información de calidad a los profesionales sobre este tema para que ellos puedan transmitirla a los consultantes. Existe también abundante material disponible para planificar sesiones de formación psicosexual para alumnos de secundaria, que pueden ser útiles además para los docentes y es una excelente forma de colaboración entre la APS y los servicios educativos, una actividad básica para la salud comunitaria. Como otras actividades compartidas de salud comunitaria, esta actividad debe ser cuidada, regulada y a la que debe dedicársele tiempo y formación en locales adecuados y respetuosos para con los consultantes (despachos, sala de grupos grandes y sala de grupos pequeños)⁴⁹⁻⁵⁵.

Hay que mencionar, además, que una serie de intervenciones compartidas entre los centros educativos y los EAP están resultando efectivas, partiendo de la realidad de que el protagonismo en estos casos lo suele tener el personal docente, sin cuya implicación no serían factibles estas intervenciones, aunque siga siendo conveniente el apoyo técnico del personal sanitario bien formado. Disponemos de numerosos ejemplos de buenas prácticas en educación afectivo-sexual en las aulas en nuestro país, en algunos casos promovidas por ayuntamientos y por asociaciones comunitarias^{56,57} y siguiendo las directrices de la OMS^{58,59}.

La APS sigue siendo uno de los mejores dispositivos o servicios para detectar los embarazos en la adolescencia lo más precozmente posible. A pesar de todo, la detección de embarazos no deseados por parte de la APS sigue siendo tardía, un asunto clave para garantizar un seguimiento adecuado de estos embarazos de riesgo y de la posibilidad de interrumpirlos si es el deseo de la adolescente y se halla dentro de los plazos establecidos por la ley en cada país.

Tras la detección se realizará la atención inicial donde *la entrevista* con el adolescente es crucial: la cercanía afectiva, la escucha activa, sin culpabilizar, y el respeto a sus decisiones deben ser actitudes del profesional. Hay que explorar sus sentimientos, sus expectativas, y realizar una valoración integral de la adolescente y su situación.

Debería hacerse, aunque aún no es frecuente, una atención compartida entre médico de familia y pediatra, matrona, trabajadora social, y si fuera posible y necesario, con el ginecólogo y la familia.

Los escandinavos, en estos temas, están proporcionando interesantes enfoques renovadores de alta efectividad⁶⁰. En muchos de estos casos, los servicios sociales de base podrían contribuir al conocimiento y enfoque de los casos y es fundamental que participen dentro de la «unidad funcional» que atiende a los casos complejos^{42,45}. Los objetivos de esta «unidad funcional», transitoria, para cada caso complejo, son: 1) Integrar los conocimientos del caso y familia. 2) Contener las tendencias a la actuación incontinente por parte de la familia o de algunos profesionales. 3) Ayudar a la adolescente en la toma de decisiones. 4) Aceptar su decisión y ayudar a realizarla (en el caso de menores de 14 años, se ha de contar con los padres o tutores). 5) Si la joven decide continuar con el embarazo se deberían intentar fortalecer sus vínculos familiares y, desde luego, prestar una atención integral durante el embarazo tanto a la madre (y al padre, si está implicado en la crianza) como al hijo en sus cuidados, una vez ya nacido.

Sobre medidas y actuaciones cuando la adolescente decide interrumpir el embarazo (IVE)

La decisión última de proseguir un embarazo u optar por su interrupción voluntaria corresponde finalmente a la madre, la propia adolescente, y así le asiste la legalidad vigente en nuestro país. En mayo del 2022, el gobierno de España aprobó el proyecto de reforma de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo para permitir el ejercicio del derecho a la interrupción del embarazo para las mujeres de 16 y 17 años y aquellas con discapacidad, sin necesidad del consentimiento de sus tutores legales. Hasta entonces este derecho estaba establecido a partir de los 18 años de edad.

Acompañamiento y clima de confianza

En una familia sin disfunciones significativas y cuando el embarazo no ha sido el resultado de un abuso dentro o fuera del marco familiar, es muy importante que la madre se sienta acompañada con las personas con quien mantiene lazos de afecto, fundamentalmente los padres o familiares directos. Es básico un entorno de confianza y apoyo sin reproches ni culpabilizaciones, que lo único que consiguen es empeorar la situación de fragilidad emocional de esta situación biopsicosocial. Orientar en ese sentido es una importante labor que puede y debe realizar la APS.

La información al padre biológico de la decisión de interrumpir el embarazo o su inclusión en el entorno de la confianza de la madre es una decisión que corresponde a la adolescente embarazada y ocasionalmente a su familia. Aunque no es imprescindible ni obligatoria, puede significar en algunos casos una ayuda en el proceso de maduración psicológica de la adolescente. Además, si la embarazada se niega a notificar esta decisión, puede tratarse simplemente de que fue el resultado de un encuentro sexual voluntario, sin pensar en las posibles consecuencias, con una persona sin ningún vínculo afectivo, pero también puede hacernos pensar que la relación que condujo al embarazo se realizó de

forma inconsciente, bajo presiones biológicas o psicológicas o fue fruto de un abuso sexual o estupro^{32,61}.

En los casos en los cuales existan disfunciones familiares importantes, desconfianza, trastornos mentales graves (de la familia o de la embarazada), drogadicción, alcoholismo o situaciones de violencia familiar, los profesionales de APS tal vez sean los únicos (o los primeros) interlocutores con la adolescente. No es de recibo, en estos casos, pasar toda la responsabilidad a la propia adolescente, sino discutir al menos con ella la situación. Los profesionales de APS informados deben plantarse asimismo si actuar como intermediarios con las personas de su entorno que la puedan ayudar, siempre tras petición de la joven o con su consentimiento. El embarazo en la adolescencia o en la preadolescencia supone tomar decisiones trascendentales en nuestros medios sociales, y no hay por qué dejar de involucrar a los familiares y allegados (como decimos, siempre tras el consentimiento de la propia embarazada).

Eficiencia y precocidad en el abordaje profesional de la ayuda a la IVE

No hay que partir del *a priori* de que una intervención social, psicológica o de APS va a significar un desafío a la salud emocional de la madre y facilitar en el futuro trastornos mentales. En especial, si a un buen acompañamiento se le añade una intervención precoz de los profesionales, una vez la adolescente ha tomado la decisión de proseguir o no con el embarazo, y se contacta con tiempo suficiente dentro de los plazos legales con los servicios sociales y los dispositivos encargados de realizar el procedimiento. La situación de conflicto emocional y duelo de esta joven madre, probablemente muy impactada por la situación, no debe significar un apoyo a la inhibición por parte de los servicios de salud prudentes. No hay evidencias de que esa intervención empeore su salud o su salud mental y, sí de las graves consecuencias de inhibirse o realizar intervenciones tardías y precipitadas.

En general se constata un cierto alivio después de que la hayamos ayudado prudentemente a tomar la decisión. En situaciones donde la madre no se siente apoyada ni a nivel familiar, ni de redes sociales, sí que puede vivirlo como una experiencia traumática. En cualquier caso, la experiencia del aborto siempre se acompaña de un proceso de duelo, que será convenientemente elaborado o no, dependiendo de las circunstancias del apoyo social, familiar y afectivo y de la resiliencia de la madre. La experiencia repetida de IVE ha de hacer pensar en dificultades emocionales de la embarazada y debería implicar la puesta en marcha de servicios especializados en el tema^{38,42,62,63}.

Seguimiento y asesoramiento posterior a la IVE

Después de la IVE, además de facilitar que la adolescente pueda ser ayudada por los servicios psicosociales especializados, habrá que planificar un objetivo de salud prioritario para el futuro: proporcionar un crecimiento y empoderamiento personal y evitar nuevos embarazos no deseados. Para ello es fundamental facilitar el asesoramiento adecuado sobre anticoncepción segura y favorecer las vías de acceso a los profesionales para resolver o discutir las dudas o preocupaciones relativas a las relaciones sexuales y los aspectos de la psicosexualidad^{33,38,42,63}.

Sobre la necesaria valoración, apoyo y seguimiento psicológico específico si el embarazo es consecuencia de una violación

La relación entre el embarazo en la adolescencia y los abusos de poder y violaciones han sido comprobadas desde hace centurias. Diversos estudios constatan la relación entre el embarazo en la adolescencia y las violaciones, aunque, a menudo estas no hayan sido abiertamente declaradas⁶⁴⁻⁶⁶. También hay numerosas evidencias que ponen en relación el abuso sexual en la infancia (ASI) con el embarazo en la adolescencia y con graves consecuencias para la salud mental de la madre adolescente⁶⁷⁻⁶⁹.

Las repercusiones para la salud mental de la madre de un embarazo consecuencia de una violación pueden ser también muy graves, por lo que es necesaria la valoración precoz y el apoyo y el seguimiento de la adolescente, no solo durante el embarazo, sino tiempo después, hasta que haya logrado una estabilización y elaboración del trauma de la violación o abuso. Si la petición de ayuda es precoz, tras explorar sus circunstancias y los apoyos con los que la adolescente cuenta, es necesario informarle de su derecho a interrumpir el embarazo (según leyes y países), y de las posibles alternativas y recursos para tomar una decisión consciente e informada. Si optase por la IVE, los profesionales sanitarios deben ser conscientes de que siempre supone una decisión difícil, que puede generar dudas, culpabilidad, un nuevo proceso de duelo y desestabilizar un frágil equilibrio psicológico de algunas adolescentes.

Si decide continuar con el embarazo, se hará el seguimiento como embarazo de alto riesgo físico y psicosocial, con visitas frecuentes de seguimiento, pues puede haber cambios a lo largo del proceso de embarazo y en los primeros meses de vida del nuevo ser (decisiones de «tirar adelante» voluntaristas y ambivalentes, o motivadas por el miedo o la obediencia y sometimiento a padres o preceptos morales o religiosos, decisiones contradictorias con respecto al parto y la adopción, etc.). En todo caso, en nuestras circunstancias, ese embarazo y ese parto han de ser considerados «de riesgo» biopsicosocial. Tanto el propio embarazo, la dinámica del parto, como la maternización y la crianza del hijo pueden verse comprometidas, de forma directa o de forma ambivalente. Ello significa importantes factores de riesgo tanto para el niño como para la madre, máxime si el hijo sigue siendo rechazado al final del embarazo pero se ha tomado la decisión (personal, familiar o cultural) de que «hay que tirar adelante» con ese embarazo.

En ambos casos, tanto si se decide la IVE como si continúa el embarazo, hay que evaluar las capacidades emocionales y de contención del medio de la adolescente embarazada. Si no son muy notables y seguras, resulta imprescindible una intervención psicológica precoz con esta y un seguimiento a menudo prolongado. Es importante que estas intervenciones tengan un enfoque de género, que ayude a desculpabilizar, empoderar a la joven, fomentar su autonomía, y respetar y apoyar sus decisiones.

Sobre la «maternización» de la futura madre

Si la adolescente decide progresar en su embarazo y en su maternidad, habrá que asegurar que sus funciones

maternales, sus capacidades para la crianza, muy influenciadas por la cultura y las relaciones familiares de la propia joven, puedan desarrollarse lo más posible y que la maternidad no sea vista como una obligación y un trabajo, sino un placer creativo y solidario no exento de dificultades y sufrimiento. Es a lo que nos referimos con la idea de ayudar en la «maternización» de la adolescente si decide seguir adelante con su embarazo; por ejemplo, con las medidas recomendadas en el Subprograma hijos de familias monoparentales³⁸ (actualizado también en esta revisión PAPPs-2022).

Como acabamos de ver, las posibilidades de que una adolescente sin ayuda pueda elaborar suficientemente las complejas tareas emocionales y relacionales que la maternidad implica, no son muy altas en nuestras sociedades^{13,70}.

En las **tablas 4 y 5** y en las dos primeras tablas del anexo del subprograma «Antecedentes de patología psiquiátrica en los padres» del programa de prevención en Salud Mental del PAPPs y la semFYC, se esquematizan algunos de los indicadores de problemas en esa «maternización» de la madre. La **tabla 5** recoge y traduce algunos de tales indicadores, con especial hincapié en los que son directamente explorables en la entrevista clínica^{5,71-75}.

Ante un embarazo confirmado, cuando este no es deseado ni esperado, la adolescente vive un importante conflicto que afecta a diversas áreas de su vida y que despierta emociones muy diversas. Pasar este fenómeno en soledad o con la imposición de terceros en la toma de decisiones supone un importante riesgo para la salud mental y física de la madre y, en general para su futuro. De ahí la importancia de afrontar este acontecimiento vital mediante el respeto y el acompañamiento de las personas queridas y de los profesionales. Es fundamental proporcionar toda la información y resolver las dudas para que la madre pueda decidir libremente y sin coacciones si desea proseguir con el embarazo, si opta por su interrupción voluntaria o, si piensa dar en adopción a su hijo^{32,76,77}.

Sobre la constitución de una triangulación originaria

Los cuidados somáticos y afectivos de la madre hacia el hijo y las respuestas iniciales del recién nacido conforman lo que se ha llamado urdimbre afectiva^{39-41,45,78}. En ella, durante las primeras semanas y meses después del nacimiento, se establecen las primeras relaciones sociales, tanto conductuales como mentales, en este caso diádicas: esa es la función de la diada. Pero desde el principio existen reacciones diferenciadas del feto y el bebé hacia el tercero: padre, hermanos, allegados. Por eso se dice que el ser humano nace con la preconcepción del tercero, con la preconcepción de la triangulación. La triangulación originaria es pues la primera relación estrictamente social, que obliga a salir de la simbiosis madre-hijo inicial, que orienta al bebé hacia un tercero y, por lo tanto, hacia la sociedad, las normas y la cultura^{33,38,78}. De todas formas, la evolución social, cultural y psicosocial de estas realidades hace que hayan de tenerse en cuenta múltiples matizaciones, que hemos recogido someramente en nuestro Subprograma hijos de familias monoparentales (**tabla 6**).

Por ello, serán indicadores de posible riesgo de problemas para esa madre y su bebé:

Tabla 4 Señales de alerta de riesgo psicosocial en los hijos, los padres o la familia que hay que tener en cuenta y señalar en la historia

Situaciones a considerar

A/ PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DIAGNOSTICADA EN LOS PADRES*	<ul style="list-style-type: none"> - Siete tipos de trastornos a los que conceder especial atención** - Trastornos delirantes. - Esquizofrenia - Trastornos depresivos mayores - Episodio de manía - Intento de suicidio - Trastornos graves de la personalidad - Alcoholismo y abuso de drogas
B/ SEÑALES DE ALERTA DE RIESGO PSICOSOCIAL EN LOS HIJOS, LOS PADRES O LA FAMILIA***	<ul style="list-style-type: none"> - Agresividad dentro de la familia - Episodios reiterados de tristeza e inhibición en los hijos - Institucionalización psiquiátrica prolongada - Sospecha de abuso de drogas - Carencias biológicas, psicológicas o higiénicas importantes en los hijos o elementos que hacen pensar en una falta de cuidados adecuados y continuados de los mismos - Malos tratos, negligencias graves o abusos de los hijos - Violencia de género - Episodios de ansiedad, depresión o psicosis de la madre en el primer año de vida del niño - Aislamiento social de la familia

Elaboración propia.

* El profesional debe tener en cuenta la posibilidad de que no se le comuniquen (o no se hagan evidentes) los diagnósticos psiquiátricos previos.

** Escogidos por la accesibilidad de su diagnóstico o su comunicación en APS.

*** Los signos de alerta obligan al profesional, en la medida de lo posible, a realizar los pasos pertinentes para llegar a un diagnóstico positivo, incluyendo el contacto con el pediatra y/o con el médico de los padres.

Tabla 5 Indicadores más frecuentes en la entrevista clínica de dificultades en la «maternización» de la adolescente

- Inhibición de la adolescente ante las preguntas del profesional
- La actitud invasiva de los abuelos durante las entrevistas en el embarazo o en los cuidados del bebé
- Dudas, angustia y/o confusión por parte de la embarazada (o de la madre reciente)
- Problemas psicosomáticos durante el embarazo (hiperemesis gravídica, lumbalgias sin patología previa, cuadros somatomorfos, asma, úlcus u otras afecciones con componente psicosomático importante)
- Actitud de apego ansioso o ambivalente («sobredependencia») de la propia familia por parte de la madre
- Historia de trastorno mental o problemas escolares importantes en la adolescente o su pareja
- Historia de familia desestructurada o con importantes problemas psicosociales
- Historia de otro embarazo previo
- Historia de abortos en la adolescente
- Separaciones conflictivas de los padres de la adolescente
- Cuando en la historia aparecen datos que permitan encuadrar a la adolescente en alguno de los grupos señalados en las tablas 2 y 4.
- Resultados positivos en cribados propios de APS: por ejemplo, del RQC en el niño y del EADG o el GHQ en los padres (PAPPS 1996).
- Problemas importantes con la lactancia, vividos con intensas emociones o trastornos emocionales

APS: atención primaria de salud; EADG: escala de ansiedad y depresión de Goldberg; GHQ = *General Health Questionnaire*; RQC = *Reporting Questionnaire Children*.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> a. Que el padre biológico no quiera o no pueda participar en la crianza del recién nacido. b. La constitución, por tanto, de una familia «monomarental» con los riesgos sociales y psicológicos que ello puede implicar en nuestras sociedades. c. Máxime si, además, la madre no puede apoyarse para la misma en otras figuras de vinculación | <ul style="list-style-type: none"> cotidianamente cercanas con las que componer, al menos simbólicamente, esa «triangulación originaria». d. En especial, si la madre rechaza activamente la participación de todo tercero o tercera en esa relación simbiótica bebé-madre inicial. |
|--|---|

Tabla 6 Tareas y subtareas fundamentales para la prevención de los problemas de la salud mental del embarazo en la adolescencia

1. Antes del embarazo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consejo anticonceptivo a todos los adolescentes y jóvenes (15-29 años) 2. Aprovechar cualquier visita de la adolescente 3. Especial cuidado y respeto a las minorías étnicas, pero proporcionándoles igualmente la información necesaria 4. Es aconsejable explorar la orientación e identidad sexual, relaciones sexuales y necesidades anticonceptivas, sobre todo cuando el adolescente pasa desde pediatría hacia la consulta del médico de familia 5. En al menos una entrevista clínica se deberá hablar de la posibilidad de embarazo y de los métodos anticonceptivos a su alcance 6. Se recomendará siempre el uso del preservativo en las relaciones sexuales esporádicas y se informará de los factores de riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual. En adolescentes de riesgo, se priorizará el uso de un método anticonceptivo «reversible de larga duración» con el uso del preservativo (para evitar ITS) 7. Se debe informar de los riesgos y medidas preventivas respecto a la infección por VIH 8. Puede ayudar explorar junto con la adolescente las relaciones sociales directas y las redes sociales informatizadas en las que participa y el papel de la sexualidad en ellas
2. En caso de embarazo en una adolescente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Señalar el dato en la historia clínica de APS 2. Informar o asegurarse que posee información fiable y adecuada sobre la legislación, gestión y medios para la IVE 3. Crear y mantener un clima asistencial no culpabilizante y que ayude a su autoafirmación 4. Si hay problemas, ambivalencia o demasiados sentimientos de culpa, el profesional de APS debería ser especialmente cuidadoso en la exploración de los deseos/temores de optar por la interrupción voluntaria del embarazo 5. Conviene realizar al menos una entrevista familiar con el fin de explorar la situación y asegurar el apoyo familiar y social 6. Colaborar en la búsqueda de una figura de apoyo para la madre 7. Pensar, junto con al adolescente, si habrá que comunicar el embarazo a su pareja, ocasional o no 8. Explorar al menos mínimamente la familia ampliada, sus reacciones, su contexto, sus creencias, sus emociones, sus posibles trastornos mentales 9. Acompañar y ayudar a integrar en la decisión al menos en una entrevista pre y otra post-IVE y seguimiento psicológico posterior 10. Recomendar especialmente los programas de ayuda al embarazo y puerperio y el subprograma preventivo «Hijos de Familias Monoparentales» (todos ellos subprogramas de prevención en Salud Mental del PAPPs y la semFYC) 11. Especial atención al «Programa del niño sano»
3. Ante un embarazo como consecuencia de una violación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuidar especialmente el estado emocional de la embarazada para que pueda tomar una decisión informada y también la contención emocional del profesional 2. Ese embarazo y ese parto han de ser considerados como «de riesgo» biopsicosocial 3. Derivación y/o interconsulta con los servicios de salud mental y/o con los servicios dedicados a la violencia de género, a ser posible, específicos 4. Ante posibles descompensaciones psicológicas, asegurar la continuidad en el programa de cuidados específico, de servicios comunitarios o de salud mental
<i>Si la madre decide seguir el embarazo</i> 4. Colaborar en la «maternización» de la futura madre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si lo que se plantea es la cesión del bebé al final del embarazo, colaborar en que se defina claramente, tanto desde el punto de vista afectivo como legal 2. Si lo que se plantea es seguir adelante con el embarazo y crianza, favorecer el apoyo familiar en las entrevistas familiares 3. Favorecer el apoyo social: si hay carencias importantes, poner a la familia en relación con los Servicios Sociales a través del Trabajador Social del Centro 4. Tener en cuenta los servicios comunitarios sobre el tema de su zona 5. Ayudar a la definición de la diada en la familia 6. En las entrevistas clínicas, el EAP deberá dirigirse expresivamente a la madre 7. En las entrevistas clínicas, si la madre está de acuerdo, el EAP debería dirigirse también al padre (si participa en la crianza)

Tabla 6 (continuación)

5. Constitución de una «triangulación originaria»	<p>8. Si el apoyo de familia y allegados no es suficiente o suficientemente claro, convendrá poner en contacto a la madre con las organizaciones comunitarias y semiprofesionales de este ámbito</p> <p>9. Si no hay padre o sustituto con proximidad y participación afectiva, colaborar en la búsqueda de una figura de apoyo continuado para la madre</p> <p>10. Prestar desde el EAP especial atención a los programas de ayuda al embarazo y puerperio (y a los componentes psicosociales de los mismos)</p> <p>1. Mencionar en una o varias entrevistas la importancia de que exista una figura de apoyo continuado para la madre</p> <p>2. En las entrevistas clínicas dirigirse también al padre (si existe y participa en la crianza)</p> <p>3. En caso de no existir padre con un contacto «cotidiano, afectivo y lúdico» con la madre y el niño, recomendar la relación del niño con allegados estables (p. ej., familiares) a lo largo de su desarrollo</p> <p>4. Si ha acabado constituyéndose una familia monoparental, atender al resto de las recomendaciones del subprograma «Hijos de Familias Monoparentales»</p>
6. Asegurar el apoyo familiar y social	<p>1. Entrevistas familiares periódicas (al principio, cada pocos meses) para explorar y facilitar ese apoyo familiar</p> <p>2. Revisión en las entrevistas de la situación no sólo familiar, sino social. Valorar especialmente los factores de vulnerabilidad social y psicosocial</p> <p>3. Si es necesario, participación del trabajador social y/o los Servicios Sociales</p>
Atención al bebé e individuos de riesgo biopsicosocial	<p>1. Especial atención al Programa del Niño Sano, reenfocándolo según las medidas propuestas en la madre, subprograma de salud mental del PAPPS «Hijos de Familias Monoparentales»</p> <p>2. Duplicar al menos las visitas prescritas en el mismo. En caso de inasistencia, asegurar la continuidad asistencial mediante entrevistas <i>on-line</i> y la visita domiciliaria del médico, la enfermera o la enfermera-visitadora de algún programa preventivo específico</p> <p>3. Especial atención durante esas visitas al apartado de «Salud Mental» de dichos programas preventivos</p> <p>4. Especial atención al estado afectivo y relaciones de la madre Atención precoz de la depresión puerperal y la psicosis del puerperio</p> <p>5. Atención activa de a la posibilidad de violencia de género</p> <p>6. Especial atención a las relaciones padres-hijos a lo largo de toda la infancia y adolescencia del niño</p>

APS: atención primaria de salud; EAP: equipo de atención primaria; ITS: infecciones de transmisión sexual; IVE: interrupción voluntaria del embarazo; PAPPS: Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud; SemFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

Asegurar el apoyo familiar y social para esa diada o triángulo primitivos

Son factores e indicadores de riesgo los ya señalados en las [tablas 1 y 2](#) y en el Subprograma de familias monoparentales, si se da el caso. También valdría la pena tener en cuenta, si hay indicadores o sospechas al respecto, la importancia de los «Antecedentes de patología psiquiátrica en los padres»⁷⁹, así como la marginalidad, la escasez de medios económicos de subsistencia para el triángulo inicial o para la diada madre-niño, y las características de la vivienda: habitación propia para la madre, libertad en sus desplazamientos por la casa, habitación para el bebé a ser posible desde que tenga unos meses, etc.

Atención a la madre, al bebé y al niño como sujetos de riesgo biopsicosocial

Los indicadores más directos en este caso son:

- Las desviaciones y problemas hallados durante las visitas del «Programa del niño sano»^{74,75,79}.
- La no cumplimentación o cumplimentación irregular de las visitas del «Programa del niño sano», que en estos casos recomendamos ampliar con visitas cada seis meses hasta los seis años y anuales después (de forma similar a las pautas recomendadas en el subprograma «Antecedentes de patología psiquiátrica en los padres»).

- c. Los indicadores y señales de alarma que se muestran en las [tablas 1 y 2](#) y en las dos primeras tablas del anexo del subprograma «Antecedentes de patología psiquiátrica en los padres».
- d. Afectación del estado afectivo, de bienestar y relaciones de la madre, y de sus capacidades para cuidar a su hijo/hija.
- e. Con especial atención a su desarrollo personal y al desarrollo de sus capacidades para participar en medidas contraceptivas adecuadas, que eviten nuevos embarazos no deseados con el riesgo para ella (y para su descendencia) que estos implican.
- f. Si aparecen desviaciones con respecto al «Programa del niño sano» o factores de riesgo en las relaciones familiares y microfamiliares, suele ser recomendable la escolarización precoz, los programas de comedor escolar, los programas de Guarderías asistidas, escuelas familiares, talleres familiares, etc. A menudo, el mayor riesgo para las adolescentes embarazadas, en especial de clases deprimidas, no es que no existan servicios para ayudarlas, sino la falta de coordinación y de integración en el acceso o la provisión de estos servicios.

Propuestas de la OMS y del PAPPs para la promoción de la salud mental y la prevención de sus trastornos en el embarazo en la adolescencia

La OMS considera el embarazo adolescente un importante problema de salud pública. Numerosas publicaciones, programas y recomendaciones publicadas por la OMS y la OPS en las dos últimas décadas, remarcan el interés del tema. De acuerdo con esas directrices, muchos países, y entre ellos España, han aprobado estrategias de salud sexual y reproductiva. Entre sus objetivos se incluyen la educación afectivo sexual, la prevención de embarazos no deseados, la atención específica a los y las adolescentes, el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo de forma segura y el cuidado integral de la madre y los hijos mediante el seguimiento del embarazo, el parto y la atención de ambos en la etapa postnatal. Asimismo se intenta promover la paternidad responsable y la corresponsabilidad en la crianza y cuidados de los hijos e hijas^{80,81}.

Resumimos primero las recomendaciones de la OMS con respecto al tema

1. Los programas escolares de educación sexual deben redirigirse, enfocándose no tan solo hacia la explicación meramente fisiológica de la sexualidad humana, sino hacia la salud afectivo-sexual, a las relaciones de igualdad y de respeto a las decisiones «del otro/otra» en las relaciones de pareja, sean estas relaciones ocasionales o estables. Deben orientarse hacia el desarrollo de una sexualidad sana, compartida, responsable y no coercitiva.
2. Los centros de salud y, en general, la APS deberían estar especialmente accesibles para la consulta de problemas de anticoncepción y afectivo-sexuales de los adolescentes, a ser posible en colaboración con los servicios

educativos y mediante los sistemas y métodos adecuados. En todo caso, se debería poder garantizar el anonimato de los adolescentes consultantes por estos problemas.

3. Preparación del personal que lleva a cabo programas de atención a la adolescencia. Probablemente gran parte del personal de los EAP necesitaría una formación específica en adolescencia, sexualidad con enfoque de género y en la entrevista con el adolescente.
4. La asistencia hospitalaria cuando se atiende a adolescentes debería realizarse por parte de personal especialmente preparado en el ámbito de la adolescencia o en colaboración estrecha con él.
5. Los apartados 3 y 4 vuelven a resaltar la importancia del programa preventivo en salud mental que hemos llamado Programa preventivo fundamental y básico en salud mental: la formación adecuada en salud mental y entrevista clínica del personal sanitario, de APS, servicios sociales y de servicios de orientación familiar y de ayuda a las mujeres.
6. Se necesita además trabajar por la creación o extensión de redes de servicios sociales específicos para ayudar a este tipo de diadas y unidades familiares, adaptados a los entornos culturales, y fomentar un uso adecuado de las redes sociales informatizadas y los grupos informatizados para estas adolescentes.

En nuestro país, en la última década, en el marco del desarrollo de las estrategias nacionales de salud sexual y reproductiva, se han puesto en marcha diversos programas de intervención con adolescentes, en muchos casos juntamente con el sistema educativo (con institutos y centros educativos públicos, sobre todo) o en el marco de los servicios educativos y comunitarios. Hay ya numerosas experiencias continuadas de buenas prácticas en ese sentido, que contemplan previamente programas de formación específicos a los profesionales.

Sin embargo, habría que avanzar mucho más en el desarrollo de la segunda recomendación: accesibilidad de la APS para nuestros adolescentes, pero garantizando, al mismo tiempo, y hasta donde sea legalmente posible, el anonimato de los adolescentes que consultan por estos problemas. Eso implica, como ya hemos repetido, formación de los EAP en estos temas y, en especial, formación para la entrevista (y la entrevista con adolescentes), sin olvidar la necesidad de estrechar la colaboración y trabajos comunes con los servicios pedagógicos y los servicios sociales dedicados a estos temas.

El desarrollo de esta sexta recomendación se halla en nuestro país en estado muy embrionario: abundan las guarderías y las instituciones «pedagógicas» de preescolar y párvulos como negocios privados, pero existen pocos centros de día para niños y madres con problemas (con horario flexible, fomento de la red social, apoyo para las madres...). Incluso se han cerrado varios programas de prevención en salud mental desde pediatría, centros de día para madres e hijos y programas materno-infantiles^{34,72,82-85}. Todo ello no hace sino resaltar aún más, si cabe, el papel de los equipos de APS en este tipo de prevención. De ahí que, desde la constitución del Grupo de Expertos en Prevención en Salud Mental del PAPPs y la semFYC en 1991, el Subprograma

embarazo en la adolescencia ha sido una de las actividades propuestas⁷³.

En esencia, el subprograma del PAPPS y la semFYC que aquí actualizamos se basa en las recomendaciones que aparecen en las [tablas 3-6](#), siguiendo el esquema de los siete grandes campos para la prevención de los trastornos de salud mental en el embarazo en la adolescencia ([tabla 3](#)).

Prevención del embarazo en la adolescencia desde los EAP. Recomendaciones ampliadas^{34,73}

2. En primer lugar, el EAP, como impulsor del diagnóstico de salud de su zona o población, debe poseer un papel activo en la creación de la red comunitaria de servicios (o red social) y para que esta realice desde sus primeros encuentros, un diagnóstico de la salud (integral) de su población. Una parte indispensable del mismo es el estudio de la situación del embarazo en la adolescencia y la cuantificación de las familias de riesgo económico, psicosocial o de salud mental, así como del estado y funcionamiento de los servicios comunitarios que pueden ayudar a estas diadas y familias en riesgo de descompensación biopsicosocial.
3. Señalar el dato del embarazo en la adolescencia en la historia clínica de APS.
4. El consejo anticonceptivo debe hacerse en todos los adolescentes y, tanto en chicos como en chicas, en especial entre los 15 y los 19 o 22 años. Como propone el programa de prevención de la salud de adultos del PAPPS, en todo adolescente debe ser tratado el tema, y casi en cualquier control de salud que realice.
5. Tratar con especial cuidado y respeto a las minorías étnicas, pero proporcionándoles igualmente la información necesaria.
6. Es aconsejable preguntar por orientación e identidad sexual, relaciones sexuales y necesidades anticonceptivas, sobre todo cuando el adolescente pasa a la consulta de medicina de familia. Y hay que poder hacerlo con naturalidad y cercanía. A pesar de los temores de muchos sanitarios, esta aproximación suele ser muy bien aceptada, siempre que se haga con el adolescente solo y asegurando la confidencialidad, en el momento oportuno y dejando clara nuestra oferta de ayuda. Hay que recordar, además, que el pediatra de APS, ha debido proporcionar primeras indicaciones y orientaciones sobre psicosexualidad y educación afectivo-sexual y reproductiva.
7. Se les deberá informar al menos de la posibilidad de embarazo y de los métodos anticonceptivos a su alcance.
8. Se recomendará siempre el uso del preservativo en las relaciones sexuales esporádicas y se informará de los factores de riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual.
9. La importancia de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) obliga a que, hoy por hoy, deba informarse al respecto de riesgos y medidas preventivas a adoptar a todas las personas sexualmente activas y, en particular, a los adolescentes.
10. Es sumamente útil poder explorar junto con la adolescente las relaciones de sociales directas y las redes

sociales informatizadas en las que participa y el papel de la sexualidad en ellas. Nuevamente, hay que considerar que, haya manifestado los problemas que haya manifestado, el adolescente es adolescente, pero no minusválido, y suele valorar y colaborar con esas aproximaciones del profesional.

11. Revisar y aplicar las recomendaciones del subprograma preventivo «hijos de familias monoparentales», si es el caso.
12. Especial atención en las visitas del «niño sano» a las relaciones padres-hijo. Revisiones más frecuentes: una al mes hasta los dos años, cada seis meses hasta los seis años y anuales después, hasta la adolescencia.

El EAP cuando la adolescente decide interrumpir el embarazo: Propuestas para la prevención de los trastornos mentales:

1. Informar o asegurarse que posee información fiable y adecuada sobre la legislación, gestión y medios en la proximidad sanitaria para la IVE.
2. Crear y mantener un clima asistencial no culpabilizable y que ayude a la adolescente a la toma de decisiones libremente y a su reafirmación.
3. Si hay problemas, ambivalencia o demasiados sentimientos de culpa, el profesional de APS debería ser especialmente cuidadoso en la exploración de los deseos/temores de optar por IVE.
4. Escuchar y pensar, junto con la adolescente, si habrá que comunicar el embarazo a su pareja ocasional.
5. Explorar al menos mínimamente a la familia ampliada, sus reacciones, su contexto, sus creencias, sus emociones, sus posibles trastornos mentales.
6. Acompañar y ayudar a integrar la decisión de la IVE al menos en una entrevista pre y otra post-IVE y mantener el seguimiento de su estado psicológico tras la interrupción el tiempo que sea preciso.

El EAP ante un embarazo consecuencia de una violación

1. Cuidar especialmente el estado emocional de la embarazada para que pueda tomar una decisión informada y también la contención emocional del profesional.
2. Ese embarazo y ese parto (si continúa la gestación) han de ser considerados «de riesgo» biopsicosocial.
3. Derivación y/o interconsulta con los servicios de salud mental y/o con los servicios dedicados a la violencia de género, a ser posible, específicos.
4. Ante posibles descompensaciones psicológicas, asegurar la continuidad en el programa de cuidados específico y de los servicios comunitarios o de salud mental.

El EAP en la ayuda a la «maternización» de la futura madre

Para ello, ante todo, habrá que tener en cuenta las cuatro primeras recomendaciones recogidas en la [tabla 3](#):

1. Si lo que se plantea es la cesión del bebé al final del embarazo, colaborar en que se defina claramente, tanto desde el punto de vista afectivo como legal. Si la madre decide llevar adelante su embarazo y el niño va a ser cedido en adopción legal o «*de facto*», el médico o el trabajador social del EAP deben investigar las características y seguridad de la cesión y cómo acepta la madre esa cesión.
2. Si lo que se plantea es seguir adelante con el embarazo y la crianza del hijo/a, favorecer el apoyo familiar en las entrevistas familiares.
3. Favorecer el apoyo social: si hay carencias importantes, poner a la familia en relación con los servicios sociales a través del trabajador social del centro.
4. El personal del EAP debe tener una idea previa de los servicios comunitarios sobre el tema de su zona, tal vez con la ayuda del trabajador social del centro: centros o equipos materno-infantiles, programas familiares, programas de visitas domiciliarias del EAP o de servicios sociales, programas para mujeres en esas situaciones, programas para FMP si precisa.
5. Ayudar a la definición de la *díada*: si la madre no se hace cargo del bebé, pero este queda en la familia, debería ayudar a que exista una figura de vinculación para el niño suficientemente cercana afectivamente y suficientemente estable. Puede ser de ayuda explorar quién se hará cargo del niño cuando nazca. Respuestas de «entre todos», «ya veremos», «ayudaremos a la madre entre todos», etc., no dan ninguna seguridad de que el bebé cuente con una figura de vinculación suficientemente estable y cercana, necesidad que es básica en los primeros años de vida en la especie humana. Tales respuestas más bien orientan sobre la necesidad de consultar con los servicios sociales específicos, que son los responsables últimos de la gestión de estos casos.
6. En las entrevistas clínicas, el EAP debería dirigirse expresivamente a la madre, con el objetivo de apoyar el establecimiento de una relación diferenciada como madre y del imprescindible «vínculo de apego», fundamental para el desarrollo de la parentalidad y del nuevo ser.
7. En las entrevistas clínicas, el EAP debería dirigirse también al padre si este participa de forma efectiva en la crianza. El objetivo es fomentar la corresponsabilidad del otro progenitor en la crianza, colaborar ayudar en la constitución de la triangulación originaria y ayudar así al desarrollo de ambos progenitores y del niño.
8. Si el apoyo a la madre no es suficiente o suficientemente claro, convendrá ponerla en contacto con las organizaciones «profanas» y semiprofesionales de este ámbito: grupos y casas de acogida, grupos de discusión, grupos de mujeres, mediante la interconsulta con la trabajadora social del centro o con los servicios sociales de base.
9. Si no hay padre o sustituto que decida involucrarse con proximidad y participación afectiva, colaborar en la búsqueda de una figura de apoyo continuado para la madre.
10. Prestar desde el EAP especial atención a los programas de ayuda al embarazo y puerperio (y a los componentes psicosociales de los mismos). Se ha demostrado en

repetidas ocasiones la utilidad de las organizaciones profanas y semiprofesionales en este ámbito^{34,72}. Si, tras la o las entrevistas familiares, el EAP aprecia insuficiencia en la aportación emocional y la contención para con la embarazada, directamente o a través del trabajador social del centro, debería conectar a la adolescente embarazada con dichas organizaciones o programas, si son accesibles en su medio sociosanitario: centros de acogida para madres, grupos de madres, grupos de lactancia, programas de apoyo al embarazo, centros de día para madres y bebés, casas de acogida para madres y bebés, etc.

El EAP en la ayuda a la constitución de una triangulación originaria

1. El médico, la enfermera o el trabajador social del centro deberían tener en cuenta las siguientes recomendaciones⁷³.
2. Recomendar la búsqueda de una figura de apoyo continuado para la madre, orientando sobre su importancia. Al menos, mencionar en una o varias entrevistas esa importancia.
3. En las entrevistas clínicas, si la madre está de acuerdo, el EAP debería dirigirse también al padre si participa de forma efectiva en la crianza. El objetivo es fomentar la corresponsabilidad del otro progenitor en la crianza; el padre o sustituto debe tener su espacio y su papel, que los profesionales debemos validar.
4. En caso de no existir padre con un contacto «cotidiano, afectivo y lúdico» con madre y niño, recomendar la relación del niño con allegados estables (por ejemplo, familiares), a lo largo de su desarrollo. Orientar sobre su importancia como figuras que refuerzan el apego madre-hijo, pueden contribuir a las tareas afectivas y trabajos de la maternidad, ayudan a la elaboración de la posible simbiosis madre-hijo y, por lo tanto a la individuación y al crecimiento y desarrollo de ambos...
5. Si ha acabado constituyéndose una familia monoparental, atender al resto de las recomendaciones del Subprograma hijos de familias monoparentales.

El EAP ayudando a asegurar las aportaciones familiares y sociales para esa diada o triángulo primitivos

1. Entrevistas familiares periódicas (al principio, cada pocos meses) para explorar y facilitar ese apoyo familiar.
2. Revisión en ellas de la situación no solo familiar, sino social. Valorar especialmente las adolescentes con factores de vulnerabilidad que requieran un soporte social específico o que requiera más recursos o ayudas: menores de 16 años, escaso soporte familiar, VIH positivo, problemas con el alcohol o drogas, violencia de género, marginación, nivel socioeconómico bajo, trastorno mental grave, prostitución, persona sin hogar, adolescentes o preadolescentes tuteladas, trastorno del aprendizaje⁵⁸.

3. Si es necesario, porque se perciben carencias importantes, poner en contacto a la familia a través del trabajador social del centro, con los servicios sociales y/o las organizaciones profesionalizadas y no-profesionalizadas que atienden al tema.

Continuidad asistencial del EAP en la atención a la madre, al bebé y al niño por considerarlos de riesgo biopsicosocial⁵⁰

1. Especial atención al «Programa del niño sano»^{74,75}, reenfoicándolo según las medidas propuestas en el Sub-programa hijos de familias monoparentales del PAPPs.
2. Esas visitas deberían programarse al menos mensualmente hasta los dos años, cada seis meses hasta los seis años y luego, anualmente, hasta la adolescencia. Si uno o ambos progenitores no pueden acudir a las visitas del «Programa del niño sano» convendría asegurar la continuidad asistencial mediante entrevistas on-line o, secundariamente, telefónicas. Si hay dudas, vale la pena poner en marcha los recursos de atención domiciliaria.
3. Especial atención, durante esas visitas, al apartado de «salud mental» de dicho programa^{74,75}.
4. Especial atención al estado afectivo y relaciones de la madre^{10,34,86}.
5. Dada la mayor frecuencia de depresión posparto en la madre adolescente, se recomienda realizar una búsqueda activa de la depresión en una visita prenatal, al mes del parto y a los dos, cuatro y seis meses. La escala de Edimburgo puede ser útil. Los padres jóvenes (15 a 24 años) presentan mayor riesgo de depresión que los de mayor edad. La Academia Americana de Pediatría recomienda el uso de la escala de Edimburgo también en los padres varones en la visita postparto de los 6 meses⁷⁷. Los profesionales del EAP deberían estar atentos asimismo a posibles cuadros de psicosis puerperal, también más frecuentes en adolescentes, mujeres en situación de vulnerabilidad y familias en marginalidad y exclusión social⁸⁷. Así mismo, se recomienda atención activa de la violencia de género mediante entrevista verbal o con cuestionarios autoadministrados al menos una vez antes del parto y una vez durante los primeros seis meses postparto.
6. Especial atención a las relaciones padres-hijo a lo largo de toda la infancia y adolescencia del niño.

Efectividad y aceptabilidad de la intervención desde la APS^{50,58,77,88-91}

Se ha demostrado la aceptación por parte de los adolescentes de este tipo de orientación familiar y afectivo-sexual. Su eficacia resulta más discutida, aunque se ha demostrado eficaz cuando cuenta con programas de visita domiciliaria y con la colaboración de políticas sanitarias comprometidas en la mejora de las condiciones generales mediante intervenciones legislativas y comunitarias, la implicación de familia y profesionales y el acceso a la contracepción⁹².

También se ha demostrado la utilidad de cara a la génesis y estructuración de la «urdimbre afectiva», la «díada originaria» y la «triangulación originaria», de los servicios

sociales específicos de la familia, tanto profesionales como para profesionales. En particular, se han estudiado la efectividad, eficacia y eficiencia de las organizaciones y servicios sociales que intentan favorecer, desde el embarazo o las primeras semanas tras el parto, la relación madre hijo y padre-madre-hijo. Asimismo, existe suficiente información acerca de la eficacia de los servicios sociales en la mejora del pronóstico de esos niños y familias^{11,30,34,92}.

En las últimas décadas se han producido muchos cambios que afectan al tema que tratamos, tanto en el contexto internacional (OMS), como en el nacional (estrategias de salud sexual). También se han emitido declaraciones y recomendaciones de sociedades científicas de pediatría, de obstetricia y ginecología, sexología, anticoncepción, medicina familiar y comunitaria, entre otras, posicionándose claramente a favor de la educación afectivo-sexual, y acerca de la importancia crucial de la atención a la adolescencia. También se han dado cambios de legislación y normativas en relación a la anticoncepción y a la IVE que están teniendo un impacto en relación a la prevención y atención al embarazo en la adolescencia.

La estrategia de salud sexual del Sistema Nacional de Salud Español (2019)⁸¹ se orienta a poner en marcha medidas como:

- Refuerzo de la coordinación con el sector educativo para incluir la educación afectivo-sexual en el currículum a lo largo de todas las etapas.
- Sensibilización de los profesionales de la atención sanitaria sobre la salud sexual.
- Fomento de la atención a la salud sexual integral a través de la inclusión de un apartado sobre el tema en la historia clínica de Atención Primaria.
- Promover el acceso equitativo a anticonceptivos de última generación.
- Elaboración de criterios comunes de calidad para la formación en salud sexual, contenidos y metodologías educativas recomendables.
- Facilitar la formación sobre el tema en los EAP y centros de salud, utilizando formatos *online* y grupales si es necesario, y tratando de mejorar y unificar los conocimientos sobre el tema e identificar y difundir buenas prácticas en salud sexual y reproductiva.

Esta propuesta complementa y concreta las recomendaciones y medidas formuladas en la primera estrategia de salud sexual y reproductiva (2011)⁸¹, que ponía el mayor énfasis en la salud reproductiva. En todo caso, ambas propuestas están sólidamente fundamentadas en las recomendaciones de organizaciones internacionales y en legislaciones y normativas internacionales y nacionales que han cambiado de forma notable en nuestro país. Es de reseñar que la actual estrategia concede un papel relevante a los EAP en las medidas propuestas para conseguir los objetivos en salud afectivo-sexual de la población. Y aunque está claro que aún queda mucho camino por recorrer, los pasos iniciados son prometedores. Nuestro programa preventivo, en línea con sus recomendaciones, hay que entenderlo como un intento de contribuir a su desarrollo, al añadirle como valor a dichos programas la mirada psicosocial, a veces ausente en la práctica. Se trata de contribuir a una vida más fructífera y plena

de madres, niños y allegados que en buena medida tiene que ver con el ejercicio y el disfrute de emociones humanas tan básicas como el deseo y la vinculación, apego o solidaridad.

Sigue siendo dolorosamente cierto que nuestro sistema de salud presenta numerosas carencias institucionales y formativas en este ámbito fundamental para la salud mental de las poblaciones. Pero al tratarse de un tema tan claro y tan humano, como es el del porvenir de miles de niños que nacen cada año en esas circunstancias (y el de sus padres), tal vez reconocer esos problemas nos aliente hacia mejoras formativas y a perfilar y practicar las actividades que tiendan a resolverlo.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- OMS. El embarazo en la adolescencia. Organización Mundial de la Salud (OMS). 31 de octubre de 2020 [consultado 29 May 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
- OMS. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach]. Geneva, Switzerland: Organización Mundial de la Salud; 2018.
- Organización Panamericana de la Salud. Una guía para implementar la estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2018 [consultado 26 May 2022]. Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Gu%C3%ADa%20EVEC%20LAC%20-%20Estrategia%20Mundial%20para%20Salud%20de%20Mujer%2C%20Ni%C3%B1o%20y%20Adolescente%20en%20ALC_0.pdf.
- World Health Organisation. Adolescent health in the South-East Asia Region. 2020 [consultado 26 May 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health#:~:text=WHO%20defines%20'Adolescents'%20as%20individuals,East%20Asia%20Region%20>.
- Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10036):2423–78, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1).
- Dirección General del INJUVE (Instituto de la juventud) y Observatorio de la Juventud en España. Informe Juventud en España 2020. Madrid: Instituto de la Juventud; 2021 [consultado 22 May 2022]. Disponible en: <http://www.injuve.es/observatorio/demografia-e-informacion-general/informe-juventud-en-espana-2020>.
- Tizón JL. Adolescencias: Las seis tareas, los cinco duelos y los cinco ámbitos en un mundo revuelto. En: Cruz D, Mollejo E, González F, editores. Adolescencias Nuevos retos, nuevas transiciones. Barcelona: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2021. p. 29–56 [consultado 26 May 2022]. Disponible en: <https://www.seypna.com/tienda/adolescencias-nuevos-retos-nuevas-transiciones>
- Tizón JL, Ciurana R, Fernández-Alonso MC, Buitrago F. La salud mental de los jóvenes y la pandemia de la COVID-19: la parcelización y pixelación de la juventud. *FMC*. 2022;29:159–63.
- Erikson EH. *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Paidós; 1980.
- Adams GR, Gullota TP, Montemayor R. *Adolescent Identity Formation*. Londres: Sage; 1992.
- American Academy of Pediatrics. *Caring for your adolescent*. New York: Bantam Books; 1991.
- Bürgin D. Repercusiones de la pubertad con respecto a la relación padre-hijo. *Confront Psychiatr*. 1987;24:63–77.
- Tizón JL. *Apuntes para una psicología basada en la relación*. 5 a ed Barcelona: Bibliària; 1999. Cap 6.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Nacimientos. Resultados por comunidades autónomas. Nacimientos según residencia de la madre por Comunidad Autónoma, edad de la madre y grupo de edad del padre. 2020 [consultado 26 May 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=23785&L=0>.
- Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. Tasa de fecundidad adolescente por Comunidad Autónoma y grupo de edad. Mujeres en cifras-Demografía-Natalidad y fecundidad. Instituto de las mujeres/Ministerio de Igualdad. [consultado 22 May 2022]. Disponible en: <https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/Demografia/NatalidadFecundidad.htm>.
- Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. Tasa global de fecundidad según comunidad autónoma. Mujeres en cifras-Demografía-Natalidad y fecundidad. Instituto de las mujeres/Ministerio de Igualdad. [consultado 22 May 2022]. Disponible en: <https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/Demografia/NatalidadFecundidad.htm>.
- Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*. Informe de consulta técnica. 29-30 agosto 2016. Washington, D.C., EE. UU.
- Banco Mundial. Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre y 19 años de edad). Banco Mundial. [consulta el 26 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>.
- Ministerio de Sanidad/Dirección General de Salud Pública/Subdirección general de promoción de la salud y prevención. Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2020. Madrid 2021. [consultado 25 May 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2020.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Movimiento natural de la población. Datos provisionales año 2020. Nacimientos por edad de la madre [consultado 26 May 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e301/provi/I0/&file=01001.px>.
- Bearak JM, Popinchalk A, Beavin C, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp O, et al. Country-specific estimates of unintended pregnancy and abortion incidence: a global comparative analysis of levels in 2015-2019. *BMJ Global Health*. 2022;7:e007151, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007151>.
- Guttmacher Institute. Unintended pregnancy and abortion in Europe. New York. March 2022.
- Casas Isaza X, Cabrera O, Reingold R, Grossman D. *Stolen lives: a multi country study on the health effects of forced motherhood on girls 9-14 years old*. Nueva York: Planned Parenthood Federation of America; 2015 [consultado 27 May 2022]. Disponible en: https://www.plannedparenthoodaction.org/uploads/filer_public/db/6d/db6d56cb-e854-44bb-9ab7-15bb7fc147c5/ppfa-stolen-lives-english.pdf.

24. Tizón JL, San José J, Nadal D. *Protocolos y Programas elementales para la Atención Primaria a la Salud Mental*, Volumen 1. Barcelona: Herder; 1997.
25. Bowlby J. *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós; 1979.
26. Bowlby J. *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós; 1979.
27. Dolto F. *La causa de los adolescentes*. Barcelona: Seix Barral; 1990.
28. Farrington DP. *Childhood Origins of Teenage Antisocial Behaviour and Adult Social Dysfunction*. *J Roy Soc Med*. 1993;86:13-7.
29. Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suárez-Ojeda EN. *Manual de Medicina de la Adolescencia*. Washington: Organización Panamericana de Salud; 1992.
30. Strasburger VC, Brown RT. *Adolescent Medicine. A practical guide*. Boston: Little, Brown and Co; 1991.
31. Conde M, Rebollo P. *Parentalidad no biológica: La experiencia de un grupo de abuelos/as acogedores*. Madrid: Ayuntamiento de Leganés; 2009.
32. Committee on adolescence. *The Adolescent's Right to Confidential Care When Considering Abortion*. *Pediatrics*. 2017;139:e20163861.
33. Nanzer N. *Manuel de psychothérapie centrée sur la parentalité*. Paris: PUF; 2012.
34. Tizón JL. *Atendiendo al sufrimiento de los padres: Cuidando el futuro*. En: Sasot J, Moraga FA, editores. *Avances en Psicopediatría: Padres, salud sociedad*. Barcelona: Prous Science; 2001. p. 145-67.
35. Garn SM, Pesick SD, Petzold AS. *The biology of teenage pregnancy: the mother and the child*. En: Lancaster JB, Hamburg BA, editores. *School-Age Pregnancy & Parenthood*. 1 a ed New York: Routledge; 2008. p. 77-94.
36. O'Farril DC, Alfaro AC, García AGÁ, Gómez YS. *Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad*. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2015;41:50-8.
37. Leiva Parra EJ, Leiva Herrada CH, Leiva Parra DE. *El recién nacido de madre adolescente*. *Revista Chil Obstet Ginecol*. 2018;83:559-66.
38. Fivaz-Depeursinge EF, Philipp DA. *The Baby and the Couple*. London: Routledge; 2014.
39. Fonagy P, Bateman MA. *The development of borderline personality disorder-A mentalizing model*. *J Pers Disord*. 2008;22:4-21.
40. Fonagy P, Luyten P, Strathearn L. *Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment*. *Infant Ment Health J*. 2011;32:47-69, <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.20283>.
41. Fonagy P, Speranza M, Luyten P, Kaess M, Hessels C, Bohus M. *ESCAP Expert Article: Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24:1307-20.
42. Tió J, Mauri J, Raventós P. *Adolescencia y transgresión. La Experiencia del equipo de Atención en Salud Mental al Menor (EAM)*. Barcelona: Octaedro; 2014.
43. González Y. *Amar sin miedo a malcriar: La mirada a la infancia desde el respeto el vínculo y la empatía*. Barcelona: RBA; 2019.
44. González Y. *De crisálida a mariposa Adolescencia: una mirada sin miedo. (desde los siete a los 18 años)*. Barcelona: RBA; 2021.
45. Tizón JL. *Apuntes para una Psicopatología basada en la Relación: Variaciones Psicopatológicas Vol. 1 Psicopatología General*. Barcelona: Herder; 2018.
46. Elster AB, Lamb ME. *Adolescent fathers: a group potentially at risk for parenting failure*. *Infant Mental Health J*. 1982;3:148-55.
47. Lehti V, Sourander A, Sillanmäki L, Helenius H, Tamminen T, Kumpulainen K, et al. *Psychosocial factors associated with becoming a young father in Finland: a nationwide longitudinal study*. *BMC Public Health*. 2012;12:560.
48. The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Long-Acting Reversible Contraception: Implants and intrauterine devices*. *Practice Bulletin 2017 (reaffirmed 2021)*:186.
49. Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), *Proyecto de Conocimientos sobre la Salud. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores*. Baltimore y Washington: CCP y OPS, 2019.
50. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM. *Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents*. 4th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017.
51. Fleming N, O'Driscoll T, Becker G, Spitzer F, R.F. *Adolescent Pregnancy Guidelines*. *J Obstet Gynaecol Can*. 327; 740-756 [consultado 26 May 2022]. Disponible en: <https://www.jogc.com/action/showPdf?pii=S1701-2163%2815%2930180-8>.
52. Blais J. *La grossesse a l'adolescence, un phénomène qui persiste! Ça sexprime*. 2005;1:1-8.
53. As-Sanie S, Gantt A, Rosenthal MS. *Pregnancy prevention in adolescents*. *Am Fam Physician*. 2004;70:1517-24.
54. Fuertes A, González E. *La salud afectivo-sexual de la juventud en España*. *Revista de Estudios de Juventud*. 2019 [consultado 27 May 2022]. Disponible en: http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2020/01/revista_injuve_123.pdf.
55. Herrero M, Bayebach M. *Intervención escolar centrada en soluciones. Conversaciones para el cambio en la escuela*. Barcelona: Herder; 2018.
56. Lena Ordóñez A, González Suárez A, Fernández Fernández AB, Blanco Orviz AG, Fernández García AI, Suárez Suárez AM, et al. *«Ni ogros ni princesas». Guía para la educación afectivo sexual en la ESO*. Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2007 [consultado 27 May 2022]. Disponible en: https://www.astursalud.es/documents/35439/36710/ogros_princesas.pdf/c35904c9-beed-665e-54c6-9da000c38ecd?t=1491216689229.
57. Fernández Cortés I, Horno Goicoechea P. *Guía de educación afectivo-sexual: atrévete a sentir, atrévete a cuidar y cuidarte*. Burgos: Ayuntamiento de Burgos, Gerencia Municipal de Servicios Sociales, Juventud e Igualdad de Oportunidades. Área de Infancia, Familia e Igualdad; 2021.
58. Harrington S. *Best Practice Guidelines for supporting pregnant teenagers and their partners*. The Highland Council. NHS. 2019 [consultado 27 May 2022]. Disponible en: https://www.forhighlandchildren.org/4-icpublication/index_168.2267232103.pdf.
59. World Health Organization. *Core competencies in adolescent health and development for primary care providers: including a tool to assess the adolescent health and development component in pre-service education of health-care providers*. Geneva: WHO; 2015.
60. Seikkula J, Arnkil TE. *Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas: Respetando la alteridad en el momento presente*. Barcelona: Herder; 2019.
61. González de Chávez Fernández MA. *El aborto: un abordaje bio-psico-social. Dilemata*. 2015;17:1-21 [consultado 27 May 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4954380.pdf>.
62. Danet Danet A. *Experiencias emocionales en la interrupción voluntaria del embarazo*. *Gac Sanit*. 2021;35:361-73 [consultado 27 May 2022]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v35n4/0213-9111-gs-35-04-361.pdf>.
63. Tizón JL. *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer y Ediciones Paidós; 2004.
64. Goicolea I, Wulff M, Ohman A, San Sebastian M. *Risk factors for pregnancy among adolescent girls in Ecuador's Amazon basin:*

- a case-control study. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26:221–8, <http://dx.doi.org/10.1590/s1020-49892009000900006>.
65. Noll G, Shenk CE, Putnam KT. Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: a meta-analytic update. *J Pediatr Psychol*. 2009;34:366–78, <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsn098>.
 66. Pradhan R, Wynter K, Fisher J. Factors associated with pregnancy among adolescents in low-income and lower middle-income countries: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69:918–24, <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2014-205128>.
 67. Foss S, Gustafsson HC, Berry OO, Hipwell AE, Werner EA, Peterson BS, et al. Associations between childhood maltreatment, poor sleep, and prenatal distress in pregnant adolescents. *Dev Psychopathol*. 2022;34:764–73, <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579420002163>.
 68. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull*. 2012;38:661–71.
 69. Dangerfield M. Negligencia y violencia sobre el adolescente: abordaje desde un hospital de día. *Temas de Psicoanálisis*. 2012 [consultado 27 May 2022]. Disponible en <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2012/06/Pdf-Mark-Dangerfield.pdf>.
 70. Tizón JL. Nuevos elementos a considerar para la atención primaria a la salud mental de la infancia. En: Cohen-Solal J, editor. *Los dos primeros años de vida*. Barcelona: Club de Pediatría Social; 2011. p. 85–124.
 71. Newton J. *Preventing Mental Illness in Practice*. London: Routledge; 1992.
 72. Peters RV, McMahon RJ. *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency*. Londres: SAGE; 1996.
 73. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Curso a distancia de Prevención en Atención Primaria. Barcelona: PAPPs-SEMFyC- Renart, 1999.
 74. Generalitat de Catalunya, Direcció General de Salut Pública. Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud para la edad pediátrica. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Direcció General de Salut Pública, 2008. [consultado Jul 2022]. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1197?locale-attribute=ca>.
 75. Generalitat de Catalunya, Direcció General de Salut Pública. Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediátrica. Salut mental Infantojuvenil. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Direcció General de Salut Pública, 2008:127-147. [consultado Jul 2022]. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1197?locale-attribute=ca>.
 76. Teenage Pregnancy UHL Obstetric Guideline. NHS. University Hospitals of Leicester. Trust Ref. No. C31/2010. Leicester; 2021. [consultado 29 May 2022].
 77. Powers ME, Takagishi J. Care of Adolescent Parents and Their Children. *Pediatrics*. 2021;147, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2021-050919>.
 78. Golse B. *L'être bébé*. Paris: PUF; 2006.
 79. Alamo N, Krause M, Carola Pérez J, Aracena M. Impacto de la salud psicosocial de la madre adolescente en la relación con el niño/a y su desarrollo. *Rev Argentina Clin Psicol*. 2017;26:332-L 346.
 80. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio De Sanidad, Política Social E Igualdad. 2011, [consultado 27 May 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>.
 81. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Estrategia de Salud Sexual (Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del SNS). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2019, [consultado 27 May 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Plan_Operativo_ENSS_2019_20.pdf.
 82. Wendland-Carro J, Piccinini CA, Millar S. The Role of an Early Intervention on Enhancing the Quality of Mother-Infant Interaction. *Child Dev*. 1999;70:713–21.
 83. Tizón García JL. Prevención e intervención en la salud mental de la primera Infancia desde los dispositivos de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2002;13:81–106.
 84. Tizón JL. Crianza de los hijos y actividad laboral: ¿Cómo aproximarnos a la necesaria conciliación? (I Parte). *Psicopatol Salud Ment*. 2011;17:27–37.
 85. Tizón JL. Crianza de los hijos y actividad laboral: ¿Cómo aproximarnos a la necesaria conciliación? (II Parte). *Psicopatol Salud Ment*. 2011;18:15–33.
 86. Manzano J. *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*. Madrid: Necodisne; 2001.
 87. Brown M, Charles M. *Mujeres y Psicosis. Perspectivas multidisciplinares*. Barcelona: Herder; 2022.
 88. Tizón JL. Una aproximación a las posibilidades de la atención primaria a la salud mental de la infancia. *Cuadernos de Gestión*. 2001;7:9–30.
 89. Tizón JL. *Componentes psicológicos de la práctica médica: Una perspectiva desde la Atención Primaria*. 6a ed. Barcelona: Bibliária; 1999.
 90. Tizón JL. Prevención de los problemas de salud mental del embarazo en la adolescencia. En PAPPs-SEMFyC, Curso a distancia de Prevención en Atención Primaria, módulo 5 (pp 5-193). Barcelona: SEMFYC y Renart. 1999.
 91. Mann L, Bateson D, Black KI. Teenage pregnancy. *Aust J Gen Pract*. 2020;49:310–6.
 92. Blum RW, Gates WH. *Girlhood, not motherhood: preventing adolescent pregnancy*. New York: United Nations Population Fund (UNFPA); 2015 [consultado 29 May 2022].