



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

# Los riesgos de los hijos de madres adolescentes: Prevención prenatal

A. Polaino-Lorente\*, A. Martínez Larrea\*\*, P. Martínez Cano\*\*\*

\*Catedrático de Psicopatología. Universidad Complutense. Madrid. \*\*Médico Interno Residente de Psiquiatría. Pamplona.  
\*\*\*Psicólogo. Becario del Instituto de Ciencias para la Familia. Universidad de Navarra. Pamplona

## Resumen

Las madres adolescentes y sus hijos son una población de alto riesgo tanto físico como emocional. La pobreza, la malnutrición, las complicaciones del embarazo, los problemas emocionales como la depresión, el consumo de drogas y de alcohol, etc., suelen ser problemas frecuentes en estas madres, cuyas edades oscilan entre 15 y 19 años. Es muy probable también que los hijos de madres adolescentes tengan problemas físicos, cognitivos y emocionales.

En este trabajo revisamos la bibliografía relativa a los riesgos y las consecuencias del embarazo en la maternidad adolescente. Con esta información es más fácil sugerir y elaborar programas de intervención que ayuden positivamente a la salud física y psicológica de estas personas.

También se analizan aquí los programas de prevención prenatal más importantes que sobre este particular se están desarrollando actualmente en EE.UU.

Palabras clave: Adolescencia, embarazo, maternidad, prevención prenatal

(Act Ped Esp 1992; 50: 398-404)

## Summary

Adolescent mothers and their offspring are a high risk group both physically and emotionally. Poverty, malnutrition, complications of pregnancy, emotional problems such as depression, drug and alcohol use, are all risks for the mother. Children are also at greater risk for physical, cognitive and emotional problems.

Bibliography about risks and consequences of adolescent's pregnancy and motherhood is reviewed on this article. We suggest interventions which will more positively affect the physical and psychological health of this increasing population.

We also analyze the most important programs of prenatal prevention at EEUU.

Key words: Adolescent, pregnancy, motherhood, prenatal prevention

(Act Ped Esp 1992; 50: 398-404)

## La relevancia de algunos datos

Dadas las diferencias de criterios existentes sobre los límites de la adolescencia —lo cual imposibilita la comparación de los datos comunicados en distintos trabajos— parece útil señalar, en primer lugar, el criterio propuesto por la OMS<sup>1</sup> de la definición de embarazo adolescente. Según éste, se considerarían embarazos adolescentes aquéllos en los que, en el momento del parto, la mujer tuviese 19 años o menos. Sin embargo, para poder precisar más estas investigaciones, suelen distinguirse dos grupos, las adolescentes de 16 años o menores y las

de 17 a 19 años, clasificación realizada de acuerdo con las diferencias existentes entre ellas en lo que respecta a la madurez biológica.

Los embarazos adolescentes se han incrementado notablemente en las últimas décadas. En los EE.UU. alrededor de 12 millones de adolescentes tienen un comportamiento sexualmente activo. Como consecuencia, alrededor de un millón de adolescentes se quedan cada año embarazadas<sup>2,3</sup>. En Canadá<sup>4</sup> se detectó un descenso acusado en el número absoluto de embarazos adolescentes entre 1975 y 1987, pero pudo constatarse al mismo

tiempo una disminución del número de mujeres en edad adolescente, por lo que en términos relativos este descenso en el número de embarazos no fue tan importante (53,4 por mil embarazadas adolescentes en 1975 y 40,3 por mil en 1987). Estas cifras son similares a las obtenidas en otros países europeos como Inglaterra, Gales, Francia, Suecia, Holanda, entre otros.

En nuestro país y más concreto en la comunidad de Andalucía, el porcentaje de embarazos adolescentes durante el año 1989 fue del 4,11%, de un total de 94.591 nacimientos, pudiendo apreciarse ciertas variaciones de una provincia a otra<sup>5</sup>.

Estos datos oscilan considerablemente según se considere el número de partos de mujeres mayores de 19 años, la población menor de 19 años en edad fértil, el número de abortos entre menores de 19 años y otros factores que pueden alterar de forma relevante la proporción de embarazos adolescentes resultantes en esa población.

En este sentido, cabe destacar, por ejemplo, el hecho de que el 38% de los abortos en Minnesota se realizaron en adolescentes<sup>6</sup>. Las adolescentes más jóvenes de este grupo y las que viven en peores condiciones socioeconómicas suelen ser las que menos recurren al aborto<sup>7</sup>. Contrariamente, las adolescentes que optan por el aborto son las que mayor educación poseen y mayores logros académicos han alcanzado<sup>8,9,10</sup>. En algunos de estos estudios se observa haber encontrado menos problemas psicológicos en el grupo abortista. Sin embargo, en estas investigaciones no se tiene en cuenta el nivel de salud previo al embarazo, ni la salud media del grupo socioeconómico al que pertenecen las adolescentes. Estos datos podrían ser interpretados en términos de que la mejor situación económica está relacionada con una mejor salud psicológica o tal vez que la presencia de problemas económicos comporta una mayor probabilidad de aparición de problemas de tipo psicológico.

En último término hay que afirmar que sólo dos tercios de las embarazadas adolescentes llega a dar a luz su hijo. De los niños nacidos, sólo el 4% es adoptado. La mitad de las madres del 96% de los niños restantes contrae matrimonio, por lo que cerca del 50% de las embarazadas adolescentes permanece como madres solteras. De otra parte, el fracaso de los matrimonios de madres adolescentes ocurre nueve meses después de la boda en aproximadamente la mitad de los casos<sup>11</sup>.

### Una causalidad difícil de explicar

En cuanto a las causas del embarazo de las mujeres en edad adolescente aún no disponemos de conclusiones definitivas. No hay consenso de cara a identificar un sólo factor que facilite la presencia del embarazo adolescente y, por tanto, resulta forzoso contemplar los siguientes factores principales.

1. *Factores biológicos*: La edad media de la menar-

quia en Europa ha descendido aproximadamente 10 meses en las últimas generaciones, debido principalmente a factores sanitarios, socioeconómicos y nutricionales<sup>12</sup>. El adelanto de la menarquia puede influir en el temprano inicio de las relaciones sexuales y adelantar, en consecuencia, la edad de la fecundidad<sup>13,14</sup>.

2. *Permisividad social*: La sociedad parece ser cada vez más permisiva respecto de la sexualidad adolescente, las relaciones prematrimoniales y el embarazo adolescente. Los tabúes han desaparecido y la actividad sexual se ha incrementado. A esto se ha unido la presión ejercida desde los medios de comunicación, los amigos y la propia familia. Además, el anonimato en el que vive mucha gente de barrios residenciales contribuye a que desaparezcan, todavía más, las inhibiciones de los adolescentes. Todos estos factores favorecen la precocidad de las relaciones sexuales y de las gestaciones a edad temprana (18 y 19 años). Según Carbonell<sup>11</sup>, el 7% de las adolescentes embarazadas tuvo relaciones sexuales antes de los 14 años y el 83%, antes de los 17.

Por otra parte, se ha demostrado que pertenecer a un grupo socioeconómicamente bajo correlaciona positivamente con el embarazo adolescente, al igual que pertenecer a un grupo minoritario (negros, hispanos, hindúes, gitanos, etc.)<sup>11</sup>.

3. *Factores familiares*: Se ha puesto de relieve la relación existente entre los padres y el adolescente como un posible elemento determinante del embarazo adolescente<sup>15</sup>. Las adolescentes embarazadas suelen provenir de familias con relaciones interpersonales pobres y que viven en condiciones de aislamiento. Algunos estudiosos han llegado a demostrar las relaciones existentes entre el aumento del divorcio y el incremento de las relaciones sexuales entre los adolescentes. El descenso del prestigio de la familia parece correlacionar con el inicio de las relaciones sexuales a edades más tempranas.

Carbonell<sup>15</sup> resalta la posibilidad de la existencia de cierta actitud imitativa de la madre, puesto que el 50% de las madres de las adolescentes embarazadas fueron a su vez madres adolescentes. Por otra parte, un 11% de estas adolescentes había perdido a su madre, por lo que la falta de tutela materna pudiera ser también un factor significativo. También se ha señalado la posibilidad de que la adolescente conciba su embarazo como una forma de venganza o castigo hacia los padres.

Resulta muy relevante el hecho de que casi un tercio de estas gestaciones sea deseada por las adolescentes, muchas veces como medio para librarse de un medio familiar que para ellas resulta hostil<sup>15</sup>.

4. *Actitudes personales*: Las jóvenes que se quedan embarazadas presentan un perfil personal muy característico: bajos rendimientos escolares, desinterés educativo, falta de aspiraciones vocacionales, etc.

Por otra parte, algunas adolescentes creen que tener un niño satisfará sus necesidades de cariño, aspiración que no logran alcanzar en su familia; otras, en cambio,

creen que teniendo un niño atarán al hombre que quieren<sup>16,17</sup>. Otras veces quedar embarazada supone tan sólo un acto de rebelión contra sus padres y las normas sociales establecidas.

5. *Ignorancia y mal entendimiento de las cuestiones sexuales*: Las adolescentes embarazadas suelen desconocer el funcionamiento del ciclo menstrual, la concepción y los métodos contraceptivos. Esto es debido a que la principal fuente de información —a veces la única— en este grupo de población suelen ser las propias compañeras y amigas.

La mayor parte de este grupo no conoce ni tiene acceso a los métodos contraceptivos, pero incluso después de facilitarles esa información y el acceso a ellos se mantienen poco proclives a su utilización<sup>20</sup>. Por otra parte, la intermitencia de las relaciones sexuales de las adolescentes y el uso continuado de los métodos contraceptivos les resultan molestos y acaban por no utilizarlos.

En los países de nuestro entorno no se ha conseguido disminuir el número de embarazos adolescentes, sino tan sólo estabilizarlo a costa de un incremento en el uso de contraceptivos y del recurso al aborto<sup>21</sup>.

Esto demuestra que no hay un verdadero programa preventivo de los embarazos en mujeres adolescentes, puesto que el aborto y la contracepción significan un fracaso completo en la educación sexual y en la formación personal de estas chicas. Según parece, con el uso de contraceptivos no sólo no disminuye la incidencia y prevalencia de embarazos en las adolescentes, sino que éstos aumentan, como consecuencia de haberse incrementado la frecuencia de relaciones sexuales extraconyugales.

### Riesgos y consecuencias prenatales, natales y posnatales en el niño de madre adolescente

Estudios realizados durante los años cincuenta y sesenta en EE.UU. encontraron un aumento de las complicaciones materno-fetales en los casos de embarazo adolescente, por lo que se incluyó a estas madres en los grupos especiales de riesgo.

En otras investigaciones se ha encontrado un mayor riesgo de muerte durante el parto y el primer año de vida<sup>22</sup>, así como de muerte súbita del niño. También se detecta por parte de los familiares una mayor propensión a infecciones, accidentes y agresiones al niño<sup>23</sup>. Algunos autores consignan altas tasas de prematuridad y menor peso al nacer entre los hijos de madres adolescentes, pero estos resultados no se han confirmado en todos los trabajos.

Martínez y col.<sup>24</sup> no encuentran mayores índices de prematuridad o bajo peso, ni un aumento de la patología perinatal en los niños de madres adolescentes y el único dato significativo que se notifica en su trabajo es

un aumento de la incidencia de la hiperemesis gravídica. Esto puede deberse a la especial atención que los equipos médicos prestan a las adolescentes embarazadas, conscientes de las posibles complicaciones que aquí suelen presentarse. Dura, Moya y Vilaplana, sin embargo, encuentran un peor control gestacional, mayor riesgo de prematuridad, pesos y perímetros cefálicos menores y una morbilidad y abandono neonatal elevados, mientras que aquí no se confirma la presencia de una mayor incidencia de gestosis, amenaza de aborto u otras patologías gestacionales<sup>25</sup>.

Por su parte, Oria de Rueda y col. tampoco confirman un aumento del riesgo de prematuridad o de recién nacidos de bajo peso. Pero sí encuentran una edad gestacional media menor y un peso medio inferior en los recién nacidos de madres adolescentes, así como un índice de lactancia materna más bajo.

Aunque inicialmente todos los datos de peor pronóstico se relacionaban con factores de inmadurez biológica<sup>27</sup>, los estudios más recientes ponen mayor énfasis en factores psicosociales y económicos que condicionan el bienestar fetal, el cuidado prenatal y, en último término, los resultados neonatales que se obtienen. Actualmente se ha relacionado el bajo peso y la alta mortalidad infantil con la baja clase social, el consumo de tabaco, alcohol y drogas, la nutrición pobre y el cuidado prenatal inadecuado<sup>28,29</sup>. Del mismo modo se ha comprobado que estos niños suelen estar sobrealimentados o insuficientemente alimentados.

Pero los hijos de madres adolescentes no están sujetos únicamente a riesgos para su salud física sino que también presentan problemas de tipo cognitivo, conductual y emocional. Los niveles intelectuales de estos niños son significativamente más bajos, incluso cuando llegan a la adolescencia<sup>12</sup>. Pero, como en los riesgos físicos, los distintos autores no pueden asegurar que los problemas cognitivos se deban sólo a la edad de la madre, pues las variables socioeconómicas parecen tener también aquí un peso específico muy importante, por lo que posiblemente la baja habilidad cognitiva de estos niños se relacione con su baja aptitud académica y con la defectuosa educación recibida<sup>30,31</sup>.

Entre las características conductuales y emocionales de los hijos de madres adolescentes cabe destacar su dificultad de adaptación a la escuela y una mayor incapacidad para aprender, problemas que pueden persistir más allá de los diez años<sup>32,33</sup>. Por otra parte, estos niños manifiestan una mayor hostilidad, tienen problemas para someterse a la autoridad de la madre y son, en general, poco comunicativos. Al mismo tiempo presentan una baja tolerancia a la frustración, altos índices de agresividad y de impulsividad y mayor distracción. En último término, estos niños presentan con más frecuencia y en mayor número trastornos psiquiátricos.

Se ha dicho que muchos de los problemas que tienen los hijos de madres adolescentes son debidos precisa-

mente a la maternidad inadecuada. Las madres adolescentes tienden a mostrar mucha interacción física, pero poca interacción verbal, por lo que las manifestaciones emocionales a sus hijos suelen ser pobres y el estímulo intelectual escaso<sup>30,34</sup>. En este sentido el dato más elocuente consiste en que los hijos de madres adolescentes tienen un riesgo mucho mayor de recibir malos tratos físicos.

Por último, aunque no se ha demostrado científicamente todavía, se ha sugerido<sup>35</sup> que los hijos de madres adolescentes se diferencian de los hijos de las madres de mayor edad, y que eso es debido en gran parte a una serie de características que son propias de la madre adolescente, como menor capacidad de responder a los estímulos sociales y de estar alerta, tener menos capacidad para controlar su conducta motora, etc.

Este pobre equipamiento de la madre, unido a las malas condiciones socioeconómicas en que se encuentra, parecen ser los principales factores determinantes del mayor riesgo físico y psíquico de sus hijos.

### Riesgos y consecuencias del embarazo en la madre adolescente antes, durante y después del parto

Se ha relacionado el embarazo adolescente con una mayor incidencia de enfermedades maternas, como toxemia, hipertensión, anemia, deficiencias nutricionales, infecciones del tracto urinario, *abruptio placentae*, desproporciones cefalopélvicas y parto prolongado. También parece haber cierta relación con una mayor necesidad de recurrir a la utilización de fórceps y cesáreas.

Estos problemas se han relacionado también con la clase social más baja, hábitos personales de nutrición pobres, consumo de drogas y alcohol e inadecuado cuidado prenatal<sup>36</sup>. Sin embargo, las diferencias de los efectos del embarazo entre las adolescentes de 16 años o menos y de 17 a 20 años son evidentes. Baste como dato señalar que el peligro de muerte en el parto es cinco veces más alto entre las mujeres de 16 años que en las de 20. Algunos investigadores han indicado que, al margen de las condiciones socioeconómicas y asistenciales, el embarazo adolescente plantea más problemas, en función de que la joven no haya alcanzado todavía su pleno desarrollo<sup>27</sup>. En ese caso, los problemas perinatales se presentan con considerable frecuencia, a pesar de los cuidados prenatales<sup>37,38</sup>.

Junto a los riesgos físicos, en muchas ocasiones, el embarazo supone para la adolescente el abandono de los estudios, aunque todavía no tenga la suficiente competencia para entrar en el mercado de trabajo a un nivel competitivo. En consecuencia, los ingresos que pueden recibir son la mitad de los que percibe una madre con veinte años o más, por lo que se ven forzadas a depender de ayudas económicas familiares, estatales o de cualquier otro tipo. Los problemas económicos se agu-

dizan, ya que la mitad de las adolescentes tiene otro hijo a los tres años siguientes al nacimiento del primero. Por ello, las familias cuya cabeza es una madre adolescente soltera están condenadas, de alguna manera, a la pobreza<sup>22,39,40,41</sup>. Los problemas económicos suelen asociarse con presiones sociales negativas, por lo que las adolescentes son abandonadas, con frecuencia, por sus propios familiares. También son aisladas por sus amigos que, evidentemente, no tienen los problemas de tiempo y de dinero, que son propios de las madres adolescentes.

Puede afirmarse con relativa certeza que muchas de las embarazadas adolescentes acaban siendo madres solteras. Así lo indican las estadísticas: uno de cada cinco matrimonios en que la mujer es una adolescente acaba antes de un año. Y de cada tres uno se rompe en los dos primeros años. Así, muchas madres adolescentes terminan viviendo solas, económicamente dependientes y socialmente aisladas.

En estas condiciones, las adolescentes embarazadas han de hacer frente, principalmente, a tres graves crisis<sup>42</sup>. En primer lugar, deben enfrentarse a los problemas y conflictos de identidad, dependencia, autonomía y control propios de todo adolescente. El embarazo incrementa las dificultades, pues hace a la adolescente más dependiente e impide su autonomía. De hecho, aproximadamente un 52% de las adolescentes permanece con sus padres hasta el tercer año después del nacimiento del niño.

En segundo lugar, deben hacer frente a la crisis que supone aceptar los rápidos cambios corporales ocasionados por el embarazo, sobre todo por tratarse de una edad en la que el aspecto físico es tan importante para la mujer. De la misma forma, deben hacer frente a las consecuencias físicas que el embarazo deja en su cuerpo, las cuales suelen ser relevantes para este grupo de población, ya que mantienen un cuidado prenatal muy bajo.

Por último, para algunas adolescentes es muy difícil aceptar el papel de madre, precisamente en el momento en el que empezaban a poder llamarse «mujeres». A ello también debe añadirse en otras ocasiones el papel de esposa y/o, probablemente, el papel de madre soltera. La necesidad de asumir un rol laboral o profesional actúa también como un elemento disruptor.

El resultado de estas crisis es que la adolescente se siente inadecuada, aplastada, indigna y con una muy baja autoestima. Manifestaciones de ansiedad, depresión y hostilidad son aquí muy frecuentes; la tasa de suicidio es significativamente más alta en esta población que entre los adolescentes de la población general. El estado emocional de las adolescentes embarazadas generado por los factores antes citados afecta a la propia adolescente, a su embarazo, a su hijo y a su familia. De ahí que sea tan vital realizar una adecuada evaluación de la situación y programar y elaborar la intervención apropiada.

### La prevención prenatal y sus consecuencias

La prevención y asistencia al embarazo adolescente es un problema en el que se ven involucrados todos los estratos sociales, desde la familia a la administración, pasando por las instituciones educativas y sanitarias. Los profesionales de la medicina, pediatras, ginecólogos, perinatólogos, psiquiatras, etc., tienen que desempeñar una importante misión tanto en el ámbito asistencial que les es más propio (y al que tarde o temprano acaban recurriendo las adolescentes embarazadas), como en apoyo al resto de las personas involucradas en esta tarea (familiares, educadores...).

Los programas de prevención del embarazo han seguido dos líneas perfectamente diferenciables. Algunos países se han centrado específicamente en la prevención del embarazo adolescente mediante campañas de información y facilitación del acceso de los adolescentes a los medios contraceptivos. Al margen de consideraciones morales, hemos hecho referencia anteriormente a los problemas que este proceder plantea (rechazo, olvido, mala utilización, aumento de la frecuencia de las relaciones sexuales, ignorancia de la formación y educación sexuales...). En último término, tales programas —basados en la contracepción y el aborto—, no han conseguido reducir el número de embarazos adolescentes y además ni son preventivos ni educativos sino simplemente disfuncionales respecto al problema que aquí se trata de resolver.

En otros casos se ha intentado intervenir mediante campañas de educación sexual promovidas en coordinación con las instituciones educativas. Dichas campañas se han limitado en muchas ocasiones a facilitar información únicamente sobre los aspectos biológicos de la sexualidad. Sin embargo, el modo en que se configura la conducta sexual no depende tanto de factores biológicos como de factores psicológicos y socioculturales. La plasticidad, indeterminación e inacabamiento de la conducta sexual, que se configura en último término a partir de los actos que cada persona elige libremente, hace posible la emergencia de un vasto espectro de muy diferentes comportamientos sexuales en la persona humana. Precisamente por ello es necesario admitir la necesidad de la educación sexual. La sexualidad es también una función educable, gracias a que no está totalmente determinada por el instinto, de manera que se le impongan ciegamente unos contenidos, una dirección y un único sentido<sup>43</sup>.

Para ello se han desarrollado las llamadas campañas de abstinencia sexual<sup>44</sup>. Estos programas se dirigen a grupos pequeños que se reúnen para hablar, pensar y aprender sobre la sexualidad, intentando promover en los adolescentes actitudes de abstinencia sexual hasta el matrimonio. Los resultados obtenidos indican que se consigue que los participantes mantengan conductas sexuales responsables, aunque otras veces lo que en principio pretendía ser un programa para promover la absti-

nencia, acaba por fomentar la actividad sexual y el uso de los contraceptivos.

Otro problema muy distinto es la atención a la adolescente embarazada. Como ya hemos visto, muchos de los riesgos para la futura madre y su hijo vienen determinados por factores de tipo psicológico, económico y sociocultural, más que por factores de tipo biológico. Para la prevención de todos ellos es necesario promover programas de atención prenatal y posnatal centrados específicamente en las necesidades y problemas ya citados de dicho colectivo. Un planteamiento que no tenga en cuenta estas circunstancias está abocado al fracaso.

En esta dirección se han creado en Estados Unidos algunas iniciativas fomentadas desde la iglesia, los centros educativos, sanitarios, etc. que, de forma coordinada o independientemente, llevan a cabo su trabajo de ayuda. Lo ideal sería confeccionar programas en los que se unifiquen los esfuerzos de las distintas instituciones y profesionales involucrados<sup>45</sup>.

Un componente importante de los programas dirigidos a adolescentes embarazadas implica la educación prenatal. Proveerlas de la información que puede ser relevante, tanto para su salud como para la de su hijo, obliga a recurrir a sistemas tradicionales de enseñanza-aprendizaje, pero escogiendo siempre los medios más adecuados para alcanzar el fin propuesto. Disponemos de mucha literatura sobre la educación de las adolescentes embarazadas y sobre estrategias de prevención del embarazo<sup>46</sup>.

Aunque en la mayoría de los hospitales y clínicas que atienden partos están previstas clases de preparación, éstas resultan insuficientes para las adolescentes embarazadas debido a la escasa información de la que parten.

La asistencia de las adolescentes embarazadas a estas clases puede aprovecharse para realizar controles médicos. De esta forma, se puede realizar un seguimiento bastante estricto del embarazo, lo que disminuye notablemente los riesgos tanto para la madre como para su hijo.

Las enseñanzas impartidas deben incluir información, junto a la preparación del parto y la información sobre el ciclo menstrual, sobre la concepción, el desarrollo del feto y lactancia materna, técnicas de relajación, entrenamiento en resolución de problemas, etc. Sería conveniente poner un especial énfasis en el entrenamiento para la toma de decisiones respecto a la atención, cuidado y educación del hijo, de manera que se atenúen los riesgos infantiles a que antes hemos aludido.

Existe el riesgo de que las adolescentes se centren más en ellas mismas que en el niño que van a traer al mundo, por lo que hay que enseñarles a vivir a través de los ojos de sus hijos. Esta tarea se ha de realizar antes y después del nacimiento del niño y, en lo posible, seguirla más tarde en colaboración con el pediatra.

Tras el parto, las adolescentes necesitan tener información puntual sobre los posibles problemas que afectan al niño recién nacido. Los únicos conocimientos que

normalmente tienen son los provenientes de la información que culturalmente han recibido de manera espontánea a lo largo de los años de adolescencia y primera juventud (por medio de visitas a familiares y amigas que han sido madres). La ignorancia real de estas cuestiones puede contribuir a crear falsas expectativas. Por eso es conveniente estudiar la forma en que las adolescentes fueron educadas y el modo de educar a sus hijos.

En esta tarea el pediatra puede desempeñar una importante labor para el mantenimiento de la salud física y el bienestar psíquico y social, tanto de la madre adolescente como de su hijo.

Por último, es necesario señalar la importancia vital que tiene conseguir el necesario apoyo de la familia durante todo el proceso —embarazo, parto y posparto—, así como la inclusión del padre en el mismo y la colaboración de toda la red social en la atención de las madres adolescentes.

### Referencias bibliográficas

1. OMS, Embarazo en la Adolescencia. Servicio informe técnico n.º 528, 1978.
2. TD Olson, DM Wallace, BC Miller. Primary prevention of adolescent pregnancy: Promoting family involvement through a school curriculum. *Journal of Primary Prevention* 1984; 5: 75-91.
3. Center for the Study of Social Policy, CSSP. Preventing teenage pregnancy: A literature review. Washington, DC: Author, 1986.
4. S Wadhwa, J Silins. Teenage pregnancy in Canada, 1975-1987. *Family Planning Perspectives* 1990; 22: 1.
5. JM Bedoya González. Algunos datos del Libro de partos y recién nacidos de Andalucía. *Toko-Ginecology Practices* 1991; 50: 153-156.
6. LE Edwards, ME Steinman et al. Adolescent contraceptive use. Experience in 1762 teenagers.
7. W Baldwin. Trends in adolescent contraception, pregnancy and childbearing. En: McArne AR, ed. *Premature adolescent pregnancy and parenthood*. New York: Grunnes and Stratton, 1983.
8. S Fishman. Delivery or abortion in inner city adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1977; 47: 127-133.
9. J Gispert, R Falk. Sexual experimentation and pregnancy in young black adolescents. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1976; 126: 459-466.
10. E Rautanene, R Kantero, D Widholm. Medical and social aspects of pregnancy among adolescents. Part II. Comparative study of abortions and deliveries. *Annales Chir Gynaecologiae* 1977; 66: 122-130.
11. C Carbonell Martínez, A Vila Monforte, A Gallego, JJ. Santonja Lucas. Estudio prospectivo caso-control de la gestación en la adolescencia. *Prog Obstet Ginecol* 1990; 33: 207-210.
12. N Massen, J Deschamps. Child development indicators and public health. *Les carnets de l'enfance* 1975; 32: 18.
13. L Simkins. Consequences of teenage pregnancy and motherhood. *Adolescence* 1984; 19: 39-54.
14. H Nahashima. Teenage pregnancy —its causes, costs and consequences. *Nurse practitioner* 1984; 3: 10-13.
15. R Coddington. Life events associated with adolescent pregnancies. *Journal of Clin Psychiatry* 1977; 40: 180-185.
16. C Childman. Adolescent sexuality in a changing American society. U.S. Department of Health. *Education and Welfare Public Health Service*, MIH, 1979; 79: 1426.
17. J Carn, L Wise. Teenage mothers and teenage fathers —the impact of early childbearing on parents' personal and professional lives. *Family Planning Perspectives* 1978; 10: 198-204.
18. C Jonifassi, R Revoredo. Motivaciones del embarazo en la adolescente gallega. *Revista Española de Obstetricia y Ginecología* 1980; 39: 242-351.
19. M Zelnik, JF Kantner. Sexual and contraceptive experience of young unmarried women in the United States. 1970 and 1971. *Family Planning Perspectives* 1977; 9: 53-68.
20. C Colomer Revuelta, F Donat Colomer. La adolescencia como factor de riesgo obstétrico y pediátrico. *Revista Española de Obstetricia y Ginecología* 1984; 43: 121-130.
21. D Black. Madres en edad escolar. *British Medical Journal* 1987; (ed. esp.) 2: 14.
22. C Black, ER DeBlassie. Adolescent Pregnancy: contributing factors: consequences, treatment and plausible solutions. *Adolescence* 1985; 20: 281-290.
23. C Foster, G Miller. Adolescent pregnancy: a challenge for counselors. *Personnel and Guidance Journal* 1980; 59: 236-240.
24. MT Martínez Miravete, J Ruiz Oltra, E Román Ortiz et al. Gestación y adolescencia; desarrollo del embarazo y parto y posible patología neonatal relacionada con la edad materna. *Revista Española de Pediatría* 1990; 272: 151-154.
25. T Dura Trave, M Moya Benavent, E Vilaplana Vilaplana. Repercusiones neonatales del embarazo en adolescentes. *Anales Españoles de Pediatría* 1989; 31: 368-371.
26. O Oría de Rueda, JK Arrate, C Mourelo, G Saitúa, A Delgado. Aspectos perinatológicos en recién nacidos de madres adolescentes. *Revista Española de Pediatría* 1990; 46: 287-290.
27. BS Zuckerman, DK Wolker, DA Frabjm. Adolescent pregnancy biobehavioral determinants of outcome. *Journal of Pediatrics* 1984; 105: 857-863.
28. RA Lawrence, TA Merrit. Infants of adolescent mothers: prenatal, neonatal and infancy outcome. *Seminars in Perinatology* 1981; 5: 19-32.
29. M McIntosh. Baby of a schoolgirl. *Archives of Diseases of Children* 1984; 59: 915-917.
30. W Baldwin, VS Cain. The children of teenage parents. *Family Planning Perspectives* 1980; 12: 34.
31. JB Hardy, DW Welcher et al. Long-range outcome of adolescent pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1978; 21: 1215-1232.
32. SG Kellam, ME Emsinger, RJ Turner. Family structure and the mental health of children. *Archives of General Psychiatry* 1977; 34: 1012-1018.
33. J Maracek. Psychological and behavioral status of children born to adolescent parents. Presentado en American Psychological Association Convention, New York, 1979.
34. S Phipps-Yonas, S. Teenage pregnancy and motherhood. A review of the literature. *American Journal of Orthopsychiatry* 1980; 50: 403-431.
35. RJ Thompson, WM Coppleman, K Seitschel. Neonatal behavior of infants of adolescents mothers. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1979; 21: 474-482.
36. JK Osofsky, N Kendall. Poverty as a criterion of risk. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1973; 16: 103.
37. AB Elgher, ER Mcarney. Medical and psychosocial risks of pregnancy and childbearing during adolescence. *Pediatric Annals* 1980; 9: 89.
38. R Naeye. Teenaged and pre-teenaged pregnancies —consequences of the fetal maternal competition for nutrients. *Pediatrics* 1981; 67: 146.
39. EJ Leberman. The psychosocial consequences of adolescent pregnancy and abortion. *Adolescent Pregnancy and Childbearing*. U.S. Department of Health and Human Services, 1980.
40. FF Furstenberg. The social consequences of teenage parenthood. *Family Planning Perspectives* 1976; 8: 148-164.
41. HW Wallace, J Weeks, H Medina. Services for and needs of pregnant teenagers in large cities of the United States. 1979-1980. *Public Health Reports* 1982; 97(6): 583-588.
42. M Labarre. Emotional crisis in school age girls during pregnancy and early motherhood. *Journal of American Academy Child Psychiatry* 1972; 11: 537-557.

43. Polaino-Lorente A. Sexo y cultura de hoy. *Nuestro tiempo* 1989; septiembre: 34-45.
44. FS Christopher, MW Roosa. An evaluation of an adolescent pregnancy prevention program: Is «just say no» enough? *Family Relations* 1990; 39: 68-72.
45. B Timberlake, RA Fox, MJ Baisch, BD Goldberg. Prenatal education for pregnant adolescents. *Journal of School Health* 1987; 57: 105-108.
46. D Kirby. Sexuality education: A more realistic view of its effects. *Journal of School Health* 1985; 55: 421-424.

A. Polaino-Lorente  
Sección Departamental de Personalidad,  
Evaluación y Psicología Clínica  
Facultad de Educación  
Paseo Juan XXIII, s/n  
Universidad Complutense  
28040 Madrid