



Posparto en la madre adolescente*

C. Martínez Bueno

Matrona. Coordinadora del Programa Sanitario de Atención a la Mujer de Barcelona. Institut Català de la Salut. Profesora Asociada de la Unidad Docente de Matronas de Barcelona

RESUMEN

La maternidad adolescente implica una problemática biopsicosocial que requiere un abordaje complejo, ya que incide en una adolescente cuya identidad psicosocial no está asentada y cuya función y estado sociales se han de definir. A menudo, en la adolescencia es difícil que exista una figura de apoyo y contención estable para esta nueva situación. El perfil de la madre adolescente determina las estrategias asistenciales necesarias para la preparación de la maternidad. El establecimiento del vínculo con el recién nacido, así como las consecuencias psicológicas que suelen manifestarse durante el posparto, influyen en cómo la adolescente elabora sus competencias y habilidades en relación con el desarrollo de la función materna.

Palabras clave: adolescente, maternidad, aspectos psicológicos, puerperio

SUMMARY

Maternity in adolescents implies bio- and psychosocial problems that require a complex approach, because they affect an adolescent whose psychosocial identity is not well established, and whose role and social status has still to be determined. In this new situation, it is often difficult to find a figure providing consistent contention and support to adolescent mothers. The adolescent mother profile determines the assistance strategies necessary to help in maternity. To create the link with the newborn, and the psychological disturbances that use to occur in the puerperium affect the way in which the adolescent mother implements her

task and her skills regarding the development of the maternal role.

Key words: adolescence, motherhood, psychological aspects, puerperium

(Matronas Profesión 2002; 7: 19-25)

INTRODUCCIÓN

Para poder abordar los cuidados posnatales de la madre adolescente es fundamental tener en cuenta toda una serie de factores que determinan la maternidad adolescente y, de este modo, poder identificar factores de riesgo y planificar las intervenciones y cuidados de las madres adolescentes.

La problemática que suscita el embarazo en la adolescencia viene determinada por factores psicosociales y no tanto biológicos. La mayoría de estudios considera embarazo adolescente todos los que se producen en mujeres de menos de 19 años¹⁻⁷. Cuando intentamos abordar la problemática del embarazo en la adolescencia, nos preocupa, evidentemente, el embarazo, pero sobre todo las repercusiones de la maternidad en la adolescente, ya que dicha situación presenta diferentes problemas:

- Incide en una persona cuya identidad psicosocial no está asentada. En nuestra cultura, la madre adolescente no ha integrado suficientemente su identidad personal y menos aún su identidad como mujer-posible madre. Se produce una transición de niña a madre sin poder estructurar el concepto de mujer.
- Incide en una persona cuyo papel y estado sociales se han de definir.
- Muchas adolescentes no tienen un desarrollo completo del pensamiento formal. Son concretas y tienen dificultades para los actos que requieren habilidades de pensamiento abstracto: planificación, establecer relaciones entre causa y efecto y anticipar resultados. Básicamente, estas características se reflejan en un intento de satisfacción de sus impulsos de manera inmediata. Por este motivo, muchas adolescentes madres son en general impulsivas y actuadoras, y el pensamiento reflexivo es difícil.
- Las ansiedades y los 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, definición de la función, establecimiento de la independencia familiar.
- La situación del niño no deseado al final del embarazo es una situación de alto riesgo psicosocial para el bebé y el niño, y de riesgo psicosocial para la madre.
- A menudo, en la adolescencia es difícil que exista una figura de apoyo y contención estable para esa madre. Frecuentemente, no existe con suficiente continuidad y coherencia una pareja afectiva y sexual para la madre;

* Ponencia presentada en la Reunión de Matronas en el 5.º Congreso Mundial de Medicina Perinatal. Barcelona, 26 de septiembre de 2001.



por tanto, es más fácil presentar problemas de descontentión y tendencia al desequilibrio psicoemocional.

- En muchas ocasiones, existe un deseo del embarazo como elemento compensatorio de posible déficit emocional, estructural, etc., y, evidentemente, esta situación de desequilibrio no ayuda al establecimiento de la función maternal, ya que requiere de una capacidad para dar, más que para recibir. No obstante, cuando hablamos de maternidad adolescente debemos considerar una amplia variabilidad entre las adolescentes, dependiendo de su propio desarrollo y de la comprensión que tengan del papel materno. La edad de la madre nos proporciona un índice para poder considerar su desarrollo y capacidad para la maternidad; pero la edad sólo ofrece una guía de las diferencias individuales entre las madres adolescentes, y está claro que éstas son primero adolescentes.

Por tanto, el embarazo y la maternidad en la adolescencia constituyen un problema multifactorial que requiere soluciones multifactoriales.

LAS CIFRAS

Aunque el número de madres adolescentes cuantitativamente no representa un volumen muy elevado en el conjunto de la mujeres en edad reproductiva, por su problemática social y por las repercusiones que tienen en la trayectoria vital de la

adolescente, supone una preocupación para los profesionales de la salud (tabla 1).

Así, nos encontramos que en la última década en España han disminuido el número de nacimientos en mujeres de menos de 20 años, según los datos del Movimiento Natural de la Población del Instituto Nacional de Estadística⁸.

En la tabla 1 observamos una clara disminución de madres adolescentes desde 1989 hasta 1999. Considerando el conjunto del país, el descenso entre estos años ha sido de un 53%. En Cataluña también vemos una clara disminución de los nacidos de madres adolescentes (47,7%). En la actualidad, dos de cada 100 nacidos son de madres adolescentes (tabla 2). La tasa de fecundidad ha ido disminuyendo progresivamente en mujeres adolescentes, pero no tanto la tasa de embarazo, ya que incluye las interrupciones de éste. La proporción de embarazos que finalizan en aborto ha aumentado entre 1990 y 1997. Si consideramos el total del país, en 1989, en el conjunto de las adolescentes ha aumentado un 20,44%, y Cataluña es la comunidad con el porcentaje más elevado⁹.

En Barcelona, en 1999, el 73,6% de los embarazos adolescentes acaba con una interrupción. En esta ciudad la tasa de embarazos ha aumentado ligeramente en los últimos años^{10, 11}.

Si observamos otras características de estas madres adolescentes, como por ejemplo su estado civil, podemos ver que la situación también ha cambiado en la última década (tabla 3).

Actualmente, el embarazo en una adolescente no suele ir acompañado de un matrimonio precipitado, pero los datos de la tabla 3 indican que un porcentaje de las madres adolescentes no tienen una pareja estable, lo que tiene ciertas consecuencias en cuanto al soporte de la adolescente, como analizaremos más adelante.

MATERNIDAD ADOLESCENTE

Perfil de las madres

Es difícil poder determinar un único perfil de las madres adolescentes, ya que en muchas ocasiones son experiencias e individualidades heterogéneas, pero sí que en la mayoría de los casos se trata de un embarazo no deseado o con un deseo encubierto, pero aparentemente aceptado.

1. Aunque el embarazo adolescente se presenta en todas las estratos sociales, el hecho de seguir adelante el embarazo y no interrumpirlo suele indicar que la madre adolescente procede de un medio social desfavorecido material y culturalmente¹².

2. Suelen ser hijas de madres que, a su vez, fueron madres adolescentes y formaron familias inestables, perpetuando una situación de clara desventaja social.

3. Proceden de familias con ciertas dificultades estructurales y, en ocasiones, con un déficit emocional



Tabla 1.
Nacimientos en España y nacimientos en menores de 20 años

Año	N.º total de nacimientos	Nacidos de mujeres menores de 20 años	Nacimientos en menores de 20 años sobre el total (%)
1989	408.434	21.349	5,22
1991	395.989	17.875	4,51
1993	385.786	14.783	3,83
1995	363.469	11.981	3,29
1997	369.035	11.264	3,05
1999	380.130	11.330	2,98

Datos obtenidos del Movimiento Natural de la Población. INE base.

en el seno familiar. El padre existe como figura pero no ejerce su labor paternal. Existen relaciones conflictivas entre los diferentes miembros del núcleo familiar.

4. Nivel educativo bajo. Suelen ser adolescentes que tienen ciertas dificultades en el seguimiento de la actividad escolar. En estos casos, la maternidad condiciona un mayor abandono de la escolarización, con lo que dificulta aún más la integración social.

5. Ausencia de pareja estable.

6. Probablemente no habrá habido especiales incidencias patológicas durante la gestación (ligera tendencia a la toxemia); en ocasiones, dificultades en el seguimiento del embarazo; el parto normalmente será a término, aunque se puede esperar una frecuencia de prematuridad algo más alta; el peso del niño al nacer será algo inferior al de las madres adultas, pero sin llegar a cifras preocupantes.

Desarrollo de la maternidad en la adolescente

Por las características y el perfil de las madres adolescentes, no es muy frecuente que, sin ayuda, una adolescente pueda elaborar de forma suficiente las tareas emocionales y relacionales que la maternidad implica, por lo que requiere de apoyo social y profesional.

El papel maternal es un proceso cognitivo y social, que se ha de aprender y que es interactivo. Este papel es producto de la cultura y se refiere a las acciones que una madre cumple con su hijo. En función de cada cultura y de cada grupo de edad hay una amplia gama de individualidades en la construcción de la identidad maternal¹³.

La realización adecuada del papel maternal depende de la habilidad de la madre de colocarse en la posición del niño y de percibir las respuestas de su grupo social

respecto al correcto desarrollo de dicho papel. Este desarrollo entra en conflicto en la adolescencia, ya que:

- El pensamiento egocéntrico adolescente en teoría pone en conflicto el desarrollo de las acciones maternas.
- Las adolescentes suelen tener con mayor frecuencia expectativas irrealistas respecto a sus hijos y tienen menor comprensión del desarrollo del hijo.
- Desarrollan menos interacciones verbales con sus hijos y su interacción se caracteriza por ser más impulsiva.

Las acciones que las matronas, junto con otros profesionales de la salud, debemos llevar a cabo para ayudar a asumir el papel materno tienen que ver con:

- Puesta en marcha de programas de ayuda en el embarazo y puerperio y a los componentes psicosociales de éstos: en este sentido, es fundamental poder discutir con la adolescente sobre su identidad y el papel maternal para favorecer su propia reflexión. Para conseguir este objetivo es imprescindible un seguimiento durante el embarazo y el posparto mediante entrevistas específicas que trabajen estos aspectos.
- Entrevista familiar con el fin de reforzar el apoyo familiar y social.
- Colaborar en la búsqueda de una figura de apoyo para la madre.
- Trabajar, salvo excepciones, con la madre adolescente y dirigirse fundamentalmente a ella en las entrevistas y exploraciones¹⁴.
- Trabajar de manera conjunta con organizaciones que puedan realizar un seguimiento a largo plazo, ya que la configuración del papel materno no sólo depende de la edad sino de factores socioeconómicos, del soporte social y del nivel educativo, entre otros factores que

Tabla 2.
Nacimientos en Cataluña y nacimientos en menores de 20 años

<i>Año</i>	<i>N.º total de nacimientos en Cataluña</i>	<i>Nacidos de mujeres menores de 20 años</i>	<i>Nacimientos en menores de 20 años sobre el total en Cataluña (%)</i>
1989	57.179	2.108	3,68
1991	56.540	1.726	3,05
1993	56.015	1.416	2,52
1995	54.221	1.140	2,10
1997	56.907	1.081	1,89
1999	59.616	1.161	1,94

Datos obtenidos del Movimiento Natural de la Población. INE base.

requieren una intervención en la que participen diferentes profesionales.

DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN LA MATERNIDAD ADOLESCENTE

La detección de problemas y de situaciones de riesgo que detectemos en la madre adolescente condicionarán nuestras actuaciones profesionales. La mayoría de dichos problemas requieren intervenciones multidisciplinarias por su complejidad y la diversidad de factores psicosociales que influyen en su configuración.

Posparto inmediato: establecimiento del vínculo

Los estudios de las características de la adolescente embarazada y el seguimiento de su hijo se han concentrado en las primeras etapas del desarrollo. El periodo de posparto inmediato y la instauración de la lactancia han recibido menos atención. Este momento es fundamental para el establecimiento del apego madre-hijo y la detección precoz de elementos de riesgo para la salud de ambos. Hemos de poder observar la cantidad y la calidad de intercambios de la diada; por ejemplo, en qué medida la respuesta materna se ajusta a los requerimientos del niño: si le habla, si le sostiene en los brazos, cómo le sostiene, cómo le alimenta, si acude a su llanto, etc. Todos estos aspectos permiten identificar factores de riesgo. Existen trabajos que han estudiado esta primera vinculación, y concluyen que, en la mayoría de los casos, la madre adolescente inicialmente se relaciona de manera satisfactoria con su hijo¹⁵.

Respecto a la instauración de la lactancia, existe diversidad en los resultados obtenidos por diferentes estudios. Así, para algunos estudios la lactancia en las adolescentes se instaura sin dificultad en una alta proporción de población estudiada⁷, mientras que otros estudios sugieren que la madre adolescente no es tan capaz como la adulta de producir el suficiente volumen de leche para cubrir las necesidades de su hijo^{16, 17}. Otros estudios sugieren que la composición está alterada para poder compensar el volumen reducido^{18, 19}. Finalmente, existen estudios que demuestran que las madres adolescentes suplementan más que las adultas en las semanas de la 6 a la 12, mientras que no hay diferencias entre las semanas 18 y la 24 posparto; el mismo estudio comprueba que las adolescentes lactan por un periodo más corto^{17, 20}.

En estas circunstancias intervienen diferentes factores:

- **Biológicos:** incapacidad de producir la misma cantidad de leche debido a la inmadurez del crecimiento adolescente, ya que el metabolismo de la adolescente tiene unas necesidades para el crecimiento propio que compite con las necesidades para la producción láctea.
 - **Comportamentales:** inhabilidad en la lactancia, que hace que puedan existir conductas que dificultan la mayor duración del periodo de lactancia.
- En este sentido, nuestras actuaciones han de ir dirigidas a informar y mejorar la técnica de la lactancia, el número de tomas, observar y medir el correcto aporte alimenticio, revisando los hábitos alimentarios y poder contrarrestar las preocupaciones y creencias que suelen tener las madres adolescentes sobre el fracaso de la lactancia, la dependencia y los cambios corporales que ésta comporta.



Tabla 3.
Estado civil de las madres de 15 a 19 años

Año	N.º total de nacidos de madres de 15 a 19 años casadas	N.º total de nacidos de madres de 15 a 19 años no casadas	% de nacidos de madres de 15 a 19 años no casadas sobre el total
1989	14.162	7.020	33,14
1991	11.148	6.573	37,09
1993	8.345	6.310	43,05
1995	5.921	5.953	50,13
1997	4.485	6.699	59,89
1999	3.505	7.736	68,82

Datos obtenidos del Movimiento Natural de la Población. INE base.

Consecuencias psicológicas del parto

La aceptación de la maternidad, el matrimonio, la adaptación al bebé son situaciones que, en muchos casos, sobrepasan a la adolescente, ya que en la mayoría de ocasiones no está preparada para asumirlos con la suficiente madurez. Esta situación hace que suelen aparecer signos de frustración ante sus expectativas de futuro. Algunos autores llegan a afirmar que el embarazo en la adolescencia supone el inicio del «síndrome del fracaso», ya que la adolescente suele fracasar en el logro de las metas evolutivas de la adolescencia (terminar su educación, limitar el tamaño de su familia, establecer una profesión y conseguir ser independiente). No obstante, tampoco podemos afirmar que esta situación tenga como causa el embarazo y la maternidad, ya que pueden incidir otros factores sociales; por tanto, la maternidad es la consecuencia de la influencia de dichos factores.

Dado que en muchas ocasiones el embarazo es no planificado, que los recursos económicos de la mayoría son inadecuados y la estructura familiar es conflictiva, es razonable pensar que la tasa de estrés y de depresión posparto puedan ser mayores en las madres adolescentes que en las adultas. Pero no existe una adecuada epidemiología sobre este tema, por lo que suelen ser un tanto especulativas.

Un estudio en madres adolescentes mayoritariamente blancas, de nivel socioeconómico bajo y de zonas no urbanas, encuentra que un 16% de las adolescentes tenía una depresión en el periodo prenatal y un 26% a las 6 semanas del parto²¹, mientras que otros estudios describen una prevalencia del 42% de síntomas depresivos en el tercer trimestre de embarazo, que disminuyen hacia los 2-4 meses posparto (36 y 32%, respectivamente)²²; pero también comprueban que

dichos síntomas no están asociados a la edad, al nivel socioeconómico ni a la educación, y que sí que existe relación con la historia familiar de depresión; dicha asociación sólo fue significativa a los 2 meses posparto y el soporte social fue asociado a una disminución de síntomas depresivos²¹.

No obstante, se comprueba un aumento del estrés por conflictos con la pareja y un incremento de los síntomas depresivos.

Ante esta situación, nuestras actuaciones han de ir dirigidas a:

- Asegurar el soporte social.
- Informar e identificar el estrés y los síntomas depresivos y proporcionar adecuado soporte social.
- Preguntar sobre los posibles conflictos en la vida de la adolescente. Identificar la importancia del conflicto y diferenciar lo que es real de lo que es percibido y ayudar a resolverlo dentro de las posibilidades.
- Identificar las adolescentes que tienen niveles elevados de estrés, conflictos interpersonales y bajo soporte y, por tanto, mayor riesgo de síntomas depresivos.
- Seguimiento psicológico.

Respecto al estrés y la depresión, algunos investigadores sugieren que la depresión maternal puede ser un importante determinante en los resultados desfavorables para la madre y su hijo, ya que puede contribuir a una menor capacidad de ésta para proporcionar cuidados y tener responsabilidades. Por otra parte, los hijos de madres con depresión pueden tener un mayor riesgo de tener dificultades cognitivas y emocionales²³.

Soporte social

La ausencia de pareja estable es otro de los problemas que más inciden entre las madres adolescentes,

situándose en cifras del 89% en las estadísticas americanas¹² y en alrededor de un 25-40% en la mayoría de las series españolas consultadas, respecto a un 5-10% en mujeres adultas²⁴⁻²⁶. La falta de una pareja estable significa enfrentarse en solitario a la nueva responsabilidad y afrontar nuevas cargas económicas con los mismos recursos.

El término «soporte» por parte de la pareja no tiene una única definición en los diferentes estudios que analizan dicho soporte. Podemos encontrar desde estudios que consideran como soporte la simple presencia de la pareja a estudios con cuestionarios que intentan medir el soporte. Otros sólo consideran la existencia de la presencia masculina (padre, marido, amigo). Uno de los estudios más amplios sobre el soporte de la pareja describe cómo la frecuencia del contacto entre madre y padre decrece significativamente desde el periodo prenatal hasta los 18 meses²⁷. En este momento, sólo el 37% mantiene contacto diario, comparado con el 53% que lo mantiene en el periodo prenatal. A los 18 meses, sólo el 8% de las parejas se ha casado con la madre de su hijo. Muchos de los matrimonios que tienen lugar en esta edad están condicionados por el propio embarazo, y existe un elevado porcentaje de separaciones.

Algo más de la mitad de las madres adolescentes permanecen en el domicilio de los padres y en 4 de cada 10 casos el padre se incorpora a vivir con ellos. El soporte lo suele proporcionar la madre de la adolescente. Se ha comprobado que las madres adolescentes que cuentan con este soporte suelen completar su educación con mayor frecuencia que las que se casan y cuentan con el soporte de la pareja. No obstante, las relaciones con la propia madre de la adolescente a largo plazo son conflictivas y esto puede afectar al bienestar del niño²⁸.

Las actuaciones de los profesionales respecto al soporte que tiene la madre adolescente han de ir dirigidas a:

- Identificar los elementos que constituyen el soporte.
- Determinar las relaciones entre ellos, valorando el bienestar de la madre adolescente.
- Determinar la existencia de relaciones conflictivas e identificar factores de riesgo respecto a dicho soporte y movilizar recursos para conseguir soporte social.

Consecuencias para el bebé

En cuanto a las deficiencias en la crianza y abandono infantil, no está claro si la conducta maternal guarda relación con la edad de la madre. Parece que la percepción por parte de ésta de un soporte social adecuado puede ser un factor importante en la interacción con su hijo, que mejora si existe ayuda a la madre adolescente.

Los datos existentes muestran un mayor riesgo de negligencias en la crianza, dadas las escasas habilidades parentales, las erróneas expectativas del desarrollo del hijo, la pobre motivación, el elevado nivel de estrés y la ansiedad. También aparece un ligero aumento de la

La maternidad adolescente es compleja y requiere de intervenciones con un claro componente interdisciplinario

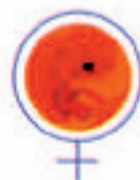
mortalidad posnatal (28 día hasta cumplido el primer año). Durante la infancia, hay un menor rendimiento escolar, en ocasiones malos tratos y una mayor proporción de problemas de conducta, de consumo de drogas y de inicio precoz de las relaciones sexuales. En este punto se volvería a cerrar el círculo de desaforeamiento social en el que ya estaba la madre adolescente.

Parece ser que cuanto más joven es la madre más desfavorable será el estado de salud de su hijo. Ante esta situación la intervención de los profesionales ha de ir dirigida a:

- Observar la vinculación los días inmediatos al parto: las madres que acarician y hablan a sus hijos al día siguiente del parto, lo siguen haciendo al tercero. Por el contrario, las madres que no emplearon los medios vocales o táctiles para relacionarse con su hijo el primer día siguieron sin hacerlo al tercero²⁹.
- Observar la interacción madre-hijo, determinando la sensibilidad y respuesta de la madre ante sus necesidades físicas y afectivas.
- Determinar las conductas maternas: sobreprotección ansiosa, rechazo, etc.
- Mejorar las condiciones sociosanitarias de la madre que benefician a la salud del niño.
- Seguimiento y supervisión del estado infantil.

CONCLUSIONES

- La maternidad adolescente es compleja y requiere de intervenciones con un claro componente interdisciplinario para poder contener los diferentes factores que influyen en los problemas que se suelen presentar.
- Es fundamental la organización de una red de profesionales que se pongan de acuerdo en un tipo de intervención conjunta.
- Las matronas y en general los diferentes profesionales que han de intervenir en el cuidado de las madres adolescentes requieren de formación específica en este campo que permita manejarse mejor ante la complejidad y la necesidad de coordinación interprofesional.
- Implementar programas específicos de intervención temprana durante el embarazo que incluyan el adiestramiento de competencia social de las madres adolescentes, la transición a la maternidad, los cuidados



y la comunicación con el bebé, el control de los impulsos y las emociones.

- Priorizar las visitas domiciliarias durante el puerperio y coordinarse para su posterior seguimiento con otros profesionales. Aplicar la intervención en áreas como: salud, sexualidad y planificación familiar, el papel maternal, estilos de vida y soporte social, solución de problemas, perspectivas de futuro, etc.
- Prevención de la salud mental de la adolescente. Seguimiento psicológico.
- Prevención del uso y abuso de sustancias tóxicas.
- Adaptación de los profesionales a los cambios sociales relacionados con el aumento de madres adolescentes inmigrantes (especialmente sudamericanas). En este grupo, la maternidad es culturalmente diferente y deberemos investigar para adaptar las intervenciones preventivas.
- Investigar para poder mejorar nuestras intervenciones y conseguir prevenir las situaciones de riesgo que implica la maternidad adolescente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ragozin AS, Basham RB, Crnic KA, Greenberg MT, Robinson NM. Effects of maternal age on parenting role. *Developmental Psychology* 1982; 18: 627.
2. McAnarney ER, Lawrence MD, Aten MJ, Howard P. Madres adolescentes y sus hijos. *Pediatrics* (ed. esp.) 1984; 17(3): 217.
3. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Care of adolescent parents and their children. *Pediatrics* 1989; 83: 138.
4. OMS. Declaración conjunta OMS-FNUAP-UNICEF. Higiene de la reproducción en la adolescencia. Estrategia de acción. Ginebra, 1989.
5. Gómez JA, Díez T, García E. Maternidad juvenil. *Medicine* 1991; 6(3): 3.004-3.308.
6. Flanagan P, MC Grath M y cols. Adolescent development and transition to motherhood. *Pediatrics* 1995; 96(2): 273.
7. Jiménez MA, Martín AR, García JR. Comparing the biological and psychosocial risks of pregnancy between groups of adolescents and adults. *Eur J Epidemiol* 2000 (junio); 16: 527.
8. Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población. <http://ine.es/tempus/cgi-bin/ite> Consultado en septiembre de 2001.
9. Delgado D. Embarazo y aborto entre las adolescentes españolas. Libro de comunicaciones del V Congreso de la Sociedad Española de Contracepción. 2000.
10. Arnelles M y cols. Evolución de los embarazos entre las adolescentes de Cataluña (1987-1992). *Atención Primaria* 1995; 16(8): 469.
11. Valero C, Nebot M, Vilalbi JR. Embarazo en adolescentes en Barcelona: distribución, antecedentes y consecuencias. *Gac Sanit* 1994; 8: 138.
12. American Academy of Pediatrics. Committee on adolescence: adolescent pregnancy. *Pediatrics* 1989; 83: 132.
13. Flanagan P, MC Grath M y cols. Adolescent development and transition to motherhood. *Pediatrics* 1995 agosto; 96(2): 273.
14. Koniak-Griffin D, Anderson NL, Verzemnieks I, Brecht ML. A public health nursing early intervention program for adolescent mothers; outcomes from pregnancy through 6 weeks postpartum. *Nurs Res* 2000 may-jun; 49(3): 130.
15. Díaz Rosello JL y cols. La madre y su bebé: primeras interacciones. Montevideo: Roca Viva, 1993.
16. Gaervani P, Jayashree G. A study on nutritional status of adolescent and adult pregnant and lactating women and growth of their infants. *J Trop Pediatr* 1988; 34: 234.
17. Motil KJ, Kertz B, Thotathuchery MA. Lactational performance of adolescent mothers shows preliminary differences from that of adult women. *Journal of Adolescent Health* 1997 (junio); 20(6): 442.
18. Brasil ALD, Vitolo MR, López FA y cols. Fat and protein composition of nature milk adolescence. *J Adolesc Health* 1991; 12: 365.
19. Vitolo MR, Brasil ALD, López FA, y cols. Colostrum composition in adolescent mothers. *J Am Coll Nutr* 1993; 12: 547.
20. Díaz S, Herreros C, Aravena R y cols. Breast-feeding duration and growth of fully breast-fed infants in a poor urban Chilean population. *Am J Clin Nutr* 1995; 62: 371.
21. Barnett B, Joffe A, Duggan AK, Wilson MD, Repke JT. Depressive symptoms, stress and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996 (enero); 150: 64.
22. Troutman BR, Catrona CE. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *J Abnorm Psychol* 1990; 99: 69.
23. Turner RJ, Grindstaff CF, Phillips N. Social support and outcome in teenage pregnancy. *J Health Soc Behav* 1990; 31: 43.
24. Gómez Carrasco JA, Díez Fernández T. Embarazo de madre adolescente (15 a 18 años). Resultado neonatal. *An Esp Pediatr* 1988; 29: 7.
25. Oria de Rueda C, Arrate JK, Moruelo C, Saltúa G, Delgado A. Aspectos perinatológicos en recién nacidos de madres adolescentes. *Rev Esp Pediatr* 1990; 46: 287.
26. Donat F, Colomer C, Colomer-Revuelta J y cols. Estudio epidemiológico del embarazo en adolescentes. *Rev Esp Obst Gin* 1984; 43: 419.
27. Rivara FP, Sweeney PJ, Henderson BF. Black teenage fathers: what happens when the child is born?. *Pediatrics* 1986; 78: 151.
28. Paskiewicz LS. Pregnant adolescents and their mothers. A shared experience of teen mothering. *American Journal of Maternal Child Nursing* 2001 (enero-febrero); 26(1): 33-38.
29. McAnarney ER, Lawrence RA, Ricciuti JN y cols. Interactions of adolescent mothers and their 1-year-old children. *Pediatrics* 1986; 78: 585.

Correspondencia

Cristina Martínez Bueno
CAP Manso. Programa Santari d'Atenció a la Dona
C/ Manso, 19, 6.ª Planta
08015 Barcelona
sbdir04@sapbcn.scs.es