

upna

Universidad Pública de Navarra  
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias de la Salud  
Osasun Zientzien Fakultatea

Trabajo Fin de Grado / Gradu Bukaerako Lana

Grado en Enfermería

# EMBARAZO ADOLESCENTE Y ABUSO SEXUAL INFANTIL: UNA REALIDAD INVISIBLE

Maiderr Turrillas Muñoz

Director/a / Zuzendaria

Carolina Sánchez-Cruzat Albertín

Pamplona/Iruña

12 de mayo de 2023

## RESUMEN

Introducción: El abuso sexual, principal maltrato infanto-adolescente, es una problemática mundial de salud pública, con repercusiones a corto y largo plazo en las esferas física, mental, social y sexual, especialmente entre las mujeres, quienes presenta mayor vulnerabilidad. El embarazo, constituye su mayor expresión, tanto por su origen como por las características propias de este periodo.

Objetivos: Analizar las repercusiones de un embarazo en el periodo adolescente en mujeres que han sufrido abusos sexuales en la infancia, así como de la gestación adolescente a consecuencia de un abuso sexual.

Material y métodos: Revisión narrativa con metodología sistemática de estudios cualitativos, cuantitativos y documentos oficiales. Se conforma el lenguaje de investigación desde la pregunta "PIO", para después desarrollar una búsqueda bibliográfica en diversas fuentes documentales. Los artículos son seleccionados atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión expuestos.

Resultados: El abuso, directa o indirectamente, junto con las características sociodemográficas, condicionan la vivencia normal del embarazo; desde un incremento en el desarrollo de psicopatologías, hasta un deterioro del vínculo estable, disociación del parto como un evento vital estresante o abandono precoz de la práctica de lactancia. El sistema sanitario conforma la principal red de apoyo, siendo su herramienta indispensable las consultas prenatales para fomentar la educación.

Conclusiones: La maternidad temprana retrasa el desarrollo biopsicosocial y aplanan las perspectivas futuras, afectando así las esferas de salud y la propia gestación. La falta de conocimiento sanitario, recursos y limitación de estudios, hace necesaria la promoción de estrategias que aborden la problemática desde una perspectiva interdisciplinar.

**Palabras Clave:** Abuso sexual; Adolescencia; Gestación; Repercusiones; Profesionales.

**Número de Palabras:** 15.854 palabras.

## ABSTRACT

*Introduction:* Sexual abuse, considered as the main child-adolescent abuse, is a global public health problem, with short and long-term consequences in the physical, mental, social and sexual spheres, especially among women, who present greater vulnerability. Pregnancy is its greatest expression, both for its origin and for the characteristics of this period.

*Objectives:* To analyze the repercussions of a pregnancy in the adolescent period in women who have suffered sexual abuse in childhood, as well as adolescent pregnancy as a result of sexual abuse.

*Material and methods:* A narrative review with systematic methodology of qualitative and quantitative studies and official documents was conducted. The research language was formed from the "PIO" question, to later develop a bibliographic search in various documentary sources. Articles were selected based on the inclusion and exclusion criteria set forth.

*Results:* Abuse, directly or indirectly, together with the sociodemographic characteristics, condition the normal experience of pregnancy; from an increase in the development of psychopathologies, to a deterioration of the stable bond, dissociation of childbirth as a stressful life event or early abandonment of breastfeeding practice. The health system constitutes the main support network, being its indispensable tool the prenatal consultations to promote education.

*Conclusions:* Early motherhood delays biopsychosocial development and flattens future prospects, thus affecting the spheres of health and the pregnancy itself. The lack of health knowledge, resources and limited studies, make it necessary to promote strategies that address the problem from an interdisciplinary perspective.

**Keywords:** Sexual abuse; Adolescence; Gestation; Repercussions; Professionals.

## LABURPENA

Sarrera: Sexu-abusuak, haur eta nerabeen tratu txar mota nagusia da, gainera, osasun publikoko arazo bat da mundu osoan. Alor fisiko, psikiko, sozial eta sexualean ondorioak ditu, epe labur baita luzean ere, batez ere emakumeen artean. Nerabeen haurdunaldia da bere adierazpenik handiena, bai jatorriagatik, bai garai honen ezaugarriengatik.

Helburuak: Haurdunaldi batek nerabezaroan izan duen oihartzuna aztertzea, haurtzaroan sexu abusuak jasan dituzten emakumeengan, bai eta sexu abusuen ondorioz sortu diren haurnaldietan ere.

Materiala eta metodoak: Azterketa kualitatibo, kuantitatiboan eta dokumentu ofizialen metodologia sistematikoa duen narrazio berrikuspenera aurrera eraman da. Lehenengo, ikerketa-galdera (PIO) bat ezartzen da, eta bertatik, ikerketa-hizkuntza eratzen da hainbat iturri dokumentaletan bilaketa bibliografikoa garatzeko. Artikuluak jasotako sartze eta baztertze irizpideen arabera ateratzen eta hautatzen dira.

Emaitzak: Tratu txarrak, zuzenean edo zeharka, ezaugarri soziodemografikoekin batera, haurdunaldiaren esperientzia normala baldintzatzen dute; psikopatologiaren garapena areagotzetik, lotura egonkorraren hondatzetik, erditzea bizitza estresagarriago gertaera gisa disoziatuz edo edoskitze-praktika goiz uztera arte. Osasun sistemak laguntza sare nagusia osatzen du, hezkuntza sustatzeko jaio aurreko kontsultak ezinbesteko tresna izanik.

Ondorioak: Amatasun goiztiarrak garapen biopsikosoziala atzeratzen du eta etorkizuneko aurreikuspenak berdindu egiten ditu, eta horrela osasunaren esparruetan eta haurdunaldi berari eragiten dio. Osasunaren ezagutza, baliabide eta ikasketa mugatu gabeziak, arazoari diziplina arteko ikuspegitik jorratzen duten estrategiak sustatzea beharrezkoa egiten du.

**Gako-hitzak:** Sexu-abusuak; Nerabezaroa; Haurdunaldia; Oihartzunak; Profesionalak.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>1. INTRODUCCIÓN / ANTECEDENTES / JUSTIFICACIÓN</b>	<b>1</b>
1.1. Introducción	1
1.2. Justificación	4
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>6</b>
2.1. Objetivo general	6
2.2. Objetivos específicos	6
<b>3. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>7</b>
3.1. Diseño	7
3.2. Estrategia de búsqueda	7
3.3. Criterios de inclusión y exclusión	11
3.4. Extracción de datos y selección de artículos	12
3.5. Cronograma	14
3.6. Diagrama PRISMA	15
3.7. Análisis de datos	16
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>29</b>
4.1. Abusos sexuales en la infancia y embarazo adolescente	29
4.2. Impacto en la salud mental	33
4.3. Desarrollo del vínculo materno-filial	37
4.4. Disociación del parto	39
4.5. Lactancia materna	42
4.6. Profesionales y atención sanitaria	45
<b>5. DISCUSIÓN</b>	<b>49</b>
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>68</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>71</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>79</b>
8.1. Anexo 1: Criterios para diagnosticar un desorden en el vínculo	79
8.2. Anexo 2: Indicadores de abusos sexuales para el sistema de salud	80
8.3. Anexo 3: Pautas orientativas para los equipos de salud en las entrevistas de valoración de sospecha de abuso sexual	81

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

### TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Lenguaje de interrogación	<b>9</b>
<b>Tabla 2:</b> Criterios de inclusión, exclusión y límites de búsqueda	<b>12</b>
<b>Tabla 3:</b> Artículos utilizados en la revisión	<b>16</b>
<b>Tabla 4:</b> Tiempo de Lactancia Materna Exclusiva entre adolescentes	<b>43</b>
<b>Tabla 5:</b> Causas de suspensión de Lactancia Materna Exclusiva	<b>44</b>

### FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Palabras clave	<b>8</b>
<b>Figura 2:</b> Fuentes de datos de búsqueda bibliográfica	<b>14</b>
<b>Figura 3:</b> Diagrama de flujo	<b>15</b>
<b>Figura 4:</b> Subpartados en los que se dividen los resultados	<b>29</b>
<b>Figura 5:</b> Porcentaje de distribución de la historia de abuso físico y sexual	<b>33</b>
<b>Figura 6:</b> Comparación de modelos predictivos generales y adolescentes	<b>35</b>
<b>Figura 7:</b> Psicopatología con impacto sobre el desarrollo del vínculo	<b>38</b>

## 1. INTRODUCCIÓN / ANTECEDENTES / JUSTIFICACIÓN

### 1.1. Introducción

Junto con la violencia física y emocional, el abuso sexual constituye uno de los principales tipos de maltrato infantil y adolescente, que se define como: toda aquella situación en la que se produce un contacto sexual no deseado, con o sin penetración y/o contacto físico, que ocurre como consecuencia de una coerción física, psicológica o incapacitación de la víctima para comprender las consecuencias del acto, bien sea por la edad, la falta de conocimientos o desarrollo. Son conductas que amenazan el derecho de cada individuo a decidir y ejercer voluntariamente lo que respecta a su sexualidad. En la mayoría de los casos, los diferentes tipos de maltratos no son excluyentes, sino que se asocian unos con otros, pudiendo ser situaciones iniciadas en edades muy tempranas y de carácter crónico, a situaciones esporádicas. (Acuña, 2014; Bessa et al., 2019; Silva, Trindade y Oliveira, 2020)

Aunque las modalidades de abuso son variadas, muchas veces, se relacionan con situaciones de violencia intrafamiliar y negligencia. (Bessa et al., 2019; Silva et al., 2020 ). Se estima que en un 30,6% de los casos de abuso sexual infantil/adolescente, el abusador es el padre, y en un 69,3%, la casa es el lugar donde se desarrollan estos abusos, lo que demuestra una relación familiar directa entre los niños/adolescentes y sus agresores. (Centenaro, Helena, Da Silva Pereira y Golembiewski, 2015)

El abuso sexual en este periodo de desarrollo es considerado una problemática de salud pública a nivel mundial, no solo por las repercusiones en la salud física, mental, sexual y reproductiva de las víctimas a corto y largo plazo, sino porque además, se establece como una vulneración de los derechos humanos fundamentales al ser un acto que va en contra de la dignidad y libertad sexual de la persona. (Silva et al., 2020). Cabe destacar que las niñas y mujeres son más susceptibles de sufrir este tipo de situaciones, puesto que existe una relación

estrecha entre el abuso, las inequidades basadas en género y los valores sociales patriarcales. (Acuña, 2014)

De Paul Ochotorena y Arruabarena Madariaga, destacan tres factores que condicionan el desarrollo de las prácticas abusivas: la asimetría de poder (derivada de la diferencia de edad, roles y fuerza física, además de la manipulación psicológica y la dependencia afectiva en casos, como por ejemplo, de una relación paterna), la asimetría de conocimientos (la víctima carece o tiene menos conocimientos sobre sexualidad) y la asimetría de gratificación (el abusador actúa por su propio deseo y necesidad). (Crawford-Jakubiak, Alderman y Leventhal, 2017)

Entre las conductas que constituyen un abuso se encuentran: obtención de material pornográfico, tocamiento de los genitales y/o zona anal (por encima o por debajo de la ropa), contacto oral-genital, contacto genital sin penetración, penetración vaginal y/o anal y coito. Estas conductas pueden darse o no en su totalidad. (Crawford-Jakubiak, 2017)

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo vital que comprende las edades de entre 10 y 19 años. Es un periodo de crecimiento y desarrollo en el que el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita psicológicamente desde la niñez hasta la adultez y consolida su independencia socio-económica. (Acuña, 2014; Souto et al., 2017)

Esta transición, engloba una variedad de cambios físicos, emocionales y sociales, distinguiendo así tres etapas; la primera es la adolescencia temprana (10-14 años), biológicamente, se caracteriza por ser el periodo peri puberal donde se dan cambios corporales y funcionales como la menarquía; psicológicamente, se inician amistadas con individuos del mismo sexo y se adquieren diferentes habilidades cognitivas, no se controlan los impulsos y se plantean metas irreales a nivel personal, habiendo una gran preocupación por los cambios a nivel físico. La segunda es la adolescencia



media (15-16 años), el crecimiento y desarrollo somático ha finalizado, sin embargo, a nivel psicológico, es una etapa de conflicto familiar, los individuos se sienten invulnerables y asumen conductas de grandes riesgos, engloba las edades promedio donde se inicia la actividad sexual y persiste una gran preocupación por la apariencia física. La tercera y última etapa es la adolescencia tardía (17-19 años), donde destaca la búsqueda de su propia identidad y el desarrollo de su sistema de valores, apenas hay cambios en la esfera biológica y la preocupación por el aspecto físico es menor ya que se desarrolla un proceso de aceptación de la imagen corporal. (Morillo y Montero, 2010; Souto et al., 2017)

Durante este periodo y en especial, en las fases iniciales de las mujeres adolescentes, estas son individuos vulnerables, donde su desarrollo se encuentra en un periodo de construcción basado en la inocencia y dependencia. El abuso sexual, así como otras formas de maltrato afectan a todos los niveles de desarrollo (social, cognitivo, emocional y psicológico) y abarcan un amplio espectro de consecuencias que van desde aquellas que son inmediatas en el plano biológico (traumatismos ginecológicos o infecciones por enfermedades de transmisión sexual por ejemplo), hasta las de carácter crónico que se desarrollan a largo plazo en el ámbito psicológico (una baja autoestima en mujeres con historias previas de abusos sexuales durante la infancia/adolescencia, estrés postraumático, ansiedad o episodios de pánico entre otras) y en la esfera social (tendencia al fracaso escolar que a su vez se traduce en una falta de oportunidades, desempleo, menor nivel socioeconómico y aplanamiento de las perspectivas futuras de la vida de la adolescente embarazada). (Nunes y Phipps, 2013; Centenaro et al., 2015). Los efectos dependen de factores tales como la edad de la víctima, la modalidad del abuso, su duración, el vínculo con el abusador, el entorno socio-familiar y el apoyo recibido. (Crawford-Jakubiak, 2017)

A estos impactos ha de agregarse el riesgo de embarazo y embarazo forzado, que se refiere a aquella gestación que ocurre y se mantiene sin la voluntad de la mujer. Constituye la expresión más evidente de la negación del derecho a decidir de las

mujeres y, tanto por su origen como por sus características, extienden el sufrimiento del abuso sexual, sometiendo a la víctima a situaciones de estrés, angustia y sufrimiento al revivir el trauma de la violación y verse instrumentalizadas como un objeto. En particular, las niñas y adolescentes que son víctimas de abuso sexual intrafamiliar o por personas conocidas, tienen menos capacidad para comunicar el hecho ya que existe una dependencia emocional y económica que lleva a ocultarlo. (Centenaro et al., 2015)

La maternidad es una función de la edad adulta, independientemente de cuánto dure o cuáles sean las características de la adolescencia en una determinada cultura. Constituye el proceso para la continuación de la especie humana, donde se entremezclan factores afectivos, sociales, económicos, psicológicos, educativos, éticos y culturales. Es por esa asincronía en la maduración de las diferentes esferas, que hace que una adolescente pueda quedar embarazada sin haber cumplido todavía las “tareas” para llegar a la adultez. (Anderson y Ghirmazion, 2020)

El embarazo forzado durante el periodo de la adolescencia ha de abordarse desde una perspectiva amplia a nivel social, ambiental e histórico.

## **1.2. Justificación**

La adolescencia es una etapa compleja en la que las decisiones y conductas que se toman en cuanto a la sexualidad y la salud sexual y reproductiva (considerada por la OMS como factor determinante en el bienestar y desarrollo de las personas), están relacionadas con las oportunidades económicas, educativas y laborales, además de las características personales, normas sociales e influencia del contexto social en el que se desarrollan las adolescentes. (Souto et al., 2017)

Es por ello que el embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública de origen multifactorial, tanto por su prevalencia como morbilidad, con importantes

repercusiones sociales, personales, trastornos mentales y alteración de la maternidad. Supone un fenómeno de cambios para el comportamiento y el entorno de las adolescentes, además de constituir un reto complicado que interfiere en el desarrollo natural para su edad, haciendo que se enfrenten a muchas responsabilidades y retos. (Ashby, Ranadive, Alaniz, St. John-Larkin y Scott, 2016; Souto et al., 2017)

Los nacimientos de madres adolescentes representan un 11% de los nacimientos a nivel mundial, desarrollándose el 95% de ellos en países en desarrollo. De estas gestaciones, la OMS estima que el 40% son embarazos no deseados y forzados. (Souto et al., 2017)

A las repercusiones del embarazo adolescente ha de sobre añadirse la falta de conocimientos entre los profesionales sanitarios y la ausencia de recursos y estrategias en el sistema sanitario tanto para detectar como para abordar los casos de embarazo durante la adolescencia, a pesar de que constituyen una pieza fundamental para la promoción del bienestar de la madre y su hijo a través de una asistencia sanitaria basada en una relación terapéutica y no en juicios sociales. (Souto et al., 2017)

Debido a su prevalencia, consecuencias en la salud física y mental de la madre adolescente, ausencia de recursos y repercusiones políticas, el embarazo adolescente como consecuencia de un abuso sexual o relacionado con el, ha sido y es un tema que suscita gran interés en la investigación.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. Objetivo general

Analizar las repercusiones de un embarazo en el periodo adolescente en mujeres que han sufrido abusos sexuales en la infancia, así como de la gestación adolescente a consecuencia de un abuso sexual.

### 2.2. Objetivos específicos

- Identificar tanto la prevalencia como los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente.
- Examinar las consecuencias del embarazo en adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual infantil en las diferentes esferas de la salud mental y, por consiguiente, su efecto en la formación de un vínculo estable con el recién nacido.
- Analizar la vivencia del parto entre gestantes adolescentes, además de la práctica de lactancia materna.
- Aumentar el conocimiento de los profesionales sanitarios, identificando las barreras existentes en la atención de las gestantes adolescentes.

### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

#### 3.1. Diseño

Se ha realizado una revisión narrativa con metodología sistemática de estudios cualitativos y cuantitativos, además de revisiones sistemáticas y documentos oficiales, relacionados con el impacto en las salud mental y en la formación del vínculo afectivo en embarazos adolescentes relaciones con abusos sexuales en la infancia, así como sobre la actuación de los profesionales en la práctica asistencial.

#### 3.2. Estrategia de búsqueda

En primer lugar y en base a los objetivos de la revisión, se planteó la pregunta de investigación a través de la metodología "PIO":

*¿Cómo afecta un embarazo relacionado con un abuso sexual en el periodo infanto-juvenil a la salud mental de las mujeres y, por tanto, a la formación de un vínculo estable con sus hijos?*

Siendo los siguientes elementos expuestos los componentes estructurales de la pregunta:

**P:** Mujeres embarazadas durante la etapa infanto-juvenil.

**I / E:** Embarazo relacionado con abuso sexual durante la infancia y/o adolescencia.

**O:** Identificar cual es el impacto del embarazo adolescente asociado al abuso infantil en la salud mental de las mujeres y su consecuente repercusión en la formación del vínculo materno-filial, además de conocer el papel de los profesionales en el proceso.

Derivados de los elementos “PIO”, se formularon un conjunto de conceptos clave en español que posteriormente se tradujeron al inglés para realizar la búsqueda bibliográfica:

**P:** adolescents / pregnant adolescent / youth / teen / young adults

**I:** unwanted pregnancy / unintended pregnancy

abuse / violation / sexual assault / sexual violence

**O:** mental health / emotional well-being / posttraumatic stress / postpartum depression / mother-child bond / motherhood

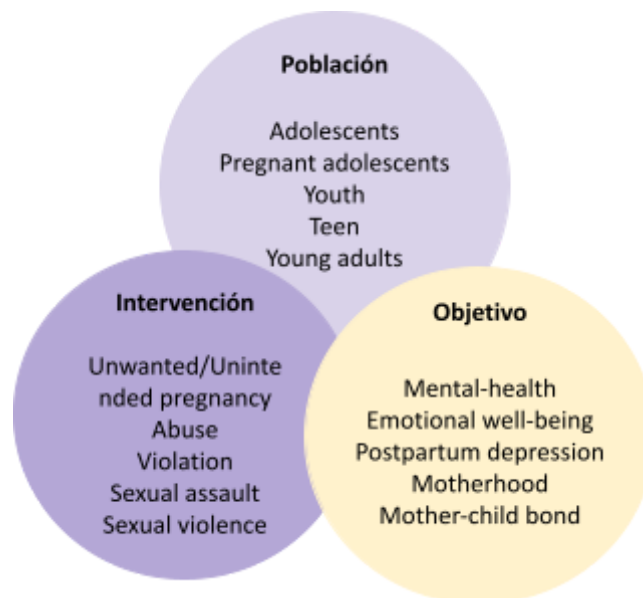


Figura 1: Palabras clave.  
Fuente: Elaboración propia.

En segundo lugar, se expone la tabla (tabla 1) donde se formula el lenguaje de interrogación aplicando tanto los truncamientos como los operadores booleanos correspondientes a los términos y palabras clave:

POBLACIÓN "P"	INTERVENCIÓN "I"	OBJETIVO "O"
Adolescen* <b>OR</b> Teen* <b>AND</b> Pregnan*	Unwant* pregnan* <b>OR</b> <b>AND</b> Unintended pregnan* <b>AND</b> <b>AND</b> Abuse* <b>OR</b> Sexual assault* <b>OR</b> Sexual violence	Mental health* <b>OR</b> Emotional well-being <b>OR</b> Depres* <b>AND</b> Motherhood <b>OR</b> Mother-child bond*

Fuente: Elaboración propia.

Una vez establecidos los elementos troncales de la búsqueda, se procedió a realizar la búsqueda de artículos en diversas fuentes documentales:

Para comenzar, se llevó a cabo una búsqueda en Google Scholar de documentos y protocolos publicados por entidades formales y sociedades profesionales tanto de España como a nivel mundial sobre los abusos sexuales en la infancia y el embarazo forzado durante el periodo adolescente bajo la fórmula *"Embarazo adolescente no deseado por abuso sexual y su repercusión en la salud mental y la formación de un vínculo estable "*. Esta búsqueda se realizó en español, estableciéndose un límite temporal de 15 años.

En segundo lugar, se procedió a realizar una búsqueda de artículos de revistas científicas en la base de datos Medline (PubMed), mediante la siguiente ecuación: *(((((unwanted AND pregnan\*)) AND (((adolescent\*) OR (teen\*)) OR youth)) AND (((abuse) OR (sexual assault)) OR (sexual violence)) OR (gender-based violence))*

*AND (((mental health) OR (mother-child bond))\* OR (motherhood)),* estableciendo límite en fecha de publicación (2008-2023) e incluyendo artículos de acceso a texto completo tanto en inglés como en español.

Por otro lado, se ejecutó una búsqueda manual de artículos científicos a través de la técnica “bola de nieve” de los artículos encontrados en Medline (PubMed), esta se limitó tanto temporal como idiomáticamente y por accesibilidad al texto atendiendo a los criterios mencionados previamente.

Posteriormente, para la búsqueda de bibliografía revisada por pares, se accedió a la base de datos Scopus haciendo uso de la siguiente ecuación de búsqueda: *(((unwanted AND pregnan\*)) AND (((adolescent\*)) AND (((abuse) OR (assault)) OR (sexual)) OR (gender-based violence)) AND (((mental) AND (health)) OR (mother-child bond))\* OR (motherhood)).* Se establecieron límites temporales, idiomáticos y de accesibilidad al texto.

A continuación, se buscaron artículos publicados en revistas científicas internacionales de enfermería en la base de datos CINAHL a través de una búsqueda fraccionada de artículos que incluía, en primer lugar; *(((unwanted AND pregnan\*)) AND (((adolescent\*)) AND (((abuse) OR (assault)) OR (gender-based violence))),* en segundo lugar: *(((unwanted AND pregnan\*)) AND (((adolescent\*)) AND (((mental health) OR (emotional well-being)) OR (depres\*))),* y en tercer lugar: *(((unwanted AND pregnan\*)) AND (((adolescent\*)) AND (((motherhood) OR bond\*))).* La búsqueda se limitó temporalmente (2008-2023), idiomáticamente (español/inglés) y por accesibilidad (artículos con acceso a texto completo).

Al igual que en CINAHL, en Dialnet se realizó la búsqueda de artículos de revistas, libros y documentos de trabajo bajo la búsqueda fraccionada mencionada anteriormente.



Seguidamente, se llevó a cabo una investigación en la base de datos multidisciplinar de Web of Science, bajo la ecuación de búsqueda también utilizada en Medline (PubMed) y limitándose de la misma manera: *(((unwanted AND pregnan\*)) AND (((adolescent\*) OR (teen\*)) OR youth)) AND (((abuse) OR (sexual assault)) OR (sexual violence)) OR (gender-based violence)) AND ((mental health) OR (mother-child bond))\* OR (motherhood)).*

Por último, se desarrolló una búsqueda de artículos de revista y materiales de contenido clínico-asistencial en la base de datos CUIDEN, bajo los límites temporales, idiomáticos y de accesibilidad ya mencionados y a través de una búsqueda fraccionada que incluía: *(((unwanted AND pregnan\*)) AND (((adolescent\*)) AND (((mental health) OR (emotional well-being)) OR (depres\*))) y (((unwanted AND pregnan\*)) AND (((adolescent\*)) AND (((motherhood) OR bond\*))).*

### **3.3. Criterios de inclusión y exclusión**

En la búsqueda a través de entidades formales y revistas de enfermería, se incluyeron todo tipo de documentos y artículos relacionados con la identificación del impacto en la salud mental, en la lactancia materna y en el establecimiento del vínculo materno-filial en las madres en el periodo infanto-juvenil víctimas de abuso sexual.

Con respecto a las revisiones sistemáticas y los artículos de revista científicos, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión, expuestos en la siguiente tabla (tabla 2):

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	LÍMITES DE BÚSQUEDA
Idioma: inglés o español	Artículos de pago	Artículos publicados entre 2008-2023
Años: 2008-2023	Artículos sin acceso a texto completo	Idioma: inglés o español
Investigaciones primarias o revisiones bibliográficas	-	Ámbito: enfermería y obstetricia
Artículos cuya población diana sean mujeres en el periodo infanto-juvenil	-	Accesibilidad completa

Fuente: Elaboración propia.

### 3.4. Extracción de datos y selección de artículos

Tras la búsqueda inicial, se localizaron 24 artículos pertinentes en Google Scholar, que, tras aplicar el límite temporal, se redujeron a 3 artículos, dos de ellos elaborados por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el tercero enmarcado en el Boletín Oficial del Estado (BOE) y elaborado por el Ministerio de Sanidad. Todos ellos fueron evaluados a texto completo y uno de ellos fue incluido como elemento de trabajo debido a su relación con la temática expuesta en la revisión sistemática.

En la base de datos Medline (PubMed), como primer resultado se obtuvieron 163 artículos, de los cuales se seleccionaron 20 mediante los criterios de inclusión y exclusión establecidos, de estos últimos, se revisaron 16 a través de la revisión de los abstracts y 4 mediante la lectura a texto completo, incluyendo finalmente 8 artículos con pertinencia para la resolución de los objetivos de la revisión.

A través de la técnica “bola de nieve” y aplicando el límite temporal e idiomático, se obtuvieron 4 resultados relacionados tanto con el objetivo como con la estrategia de

búsqueda. Tras revisar los abstracts, uno de ellos fue incluido, perteneciente a la base de datos Science Direct.

Por un lado, en Scopus, tras aplicar la ecuación de búsqueda inicial, se obtuvieron 58 resultados, tras revisar la búsqueda atendiendo a los límites de año (2008-2023), idioma (inglés o español) y accesibilidad (texto completo), se recabaron 14 artículos, que fueron revisados haciendo una lectura de los objetivos principales y abstracts, incluyendo finalmente 1 de ellos en la revisión.

Por otro lado, en la base de datos CINAHL la búsqueda fraccionada y limitada dio como resultado los siguientes artículos: primera 2, segunda 4, tercera 1. Tras su lectura completa, uno de ellos fue incluido debido a su relación pertinente con el tema tratado en la revisión y por cumplir los criterios de inclusión establecidos.

De igual manera, la búsqueda fraccionada de Dialnet, recabó 6 artículos, que, tras aplicar los criterios de exclusión, fueron descartados en su totalidad por no cumplir los requisitos.

Igualmente, la búsqueda inicial en Web of Science a través de la ecuación mencionada derivó a la base de datos Scielo y dio como resultado 32 artículos, que, tras limitarlos, se redujeron a 14. Se realizó una revisión a texto completo de 5 artículos y otra de objetivos/resultados en los 9 restantes, finalmente, 5 fueron seleccionados por su relación con el objeto de investigación.

Por último, en la base de datos CUIDEN, se aplicaron dos ecuaciones de búsqueda que dieron como resultado inicial 52 artículos. Estos se sometieron a limitación mediante los criterios de inclusión, dando finalmente un total de 13 artículos. Estos fueron revisados a través de sus abstracts y descartados por falta de coincidencia con el tema tratado en la revisión.

Así, finalmente, se escogieron 18 artículos que constituyen estudios de investigación publicados como artículos de revista científica en formato digital.

Para proceder a la selección de todos ellos y como se ha expuesto previamente, se procedió a usar los criterios de inclusión / exclusión expuestos en la página 15 y los límites de búsqueda establecidos, además de revisar los resúmenes y abstracts de cada artículo, siendo necesaria la revisión completa en algunos casos.

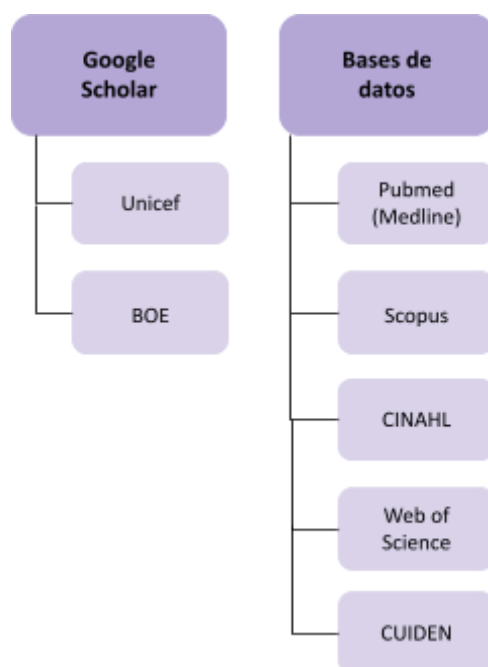


Figura 2: Fuentes documentales donde se ha realizado la búsqueda bibliográfica.  
Fuente: Elaboración propia.

### 3.5. Cronograma

La revisión se dividió en fases con correspondientes tareas a realizar en cada una de ellas:

En primer lugar, en octubre se realizó la selección de la temática expuesta en el trabajo, atendiendo a temas de actualidad, que suscitan interés y requieren tanto investigación como visibilización. En segundo lugar, durante el mes de noviembre se definieron los objetivos y se comenzó a plantear la estrategia de búsqueda a seguir.

Durante los meses de diciembre-enero se llevó a cabo la búsqueda bibliográfica, con el consiguiente análisis y selección de artículos. En el mes de febrero se realizó una lectura a texto completo con extracción de datos de los artículos seleccionados, para, en marzo, realizar la redacción tanto de los resultados como de la discusión. Por último, en el mes de abril, se revisó el documento, haciendo los cambios pertinentes y se elaboró el documento de exposición.

### 3.6. Diagrama PRISMA

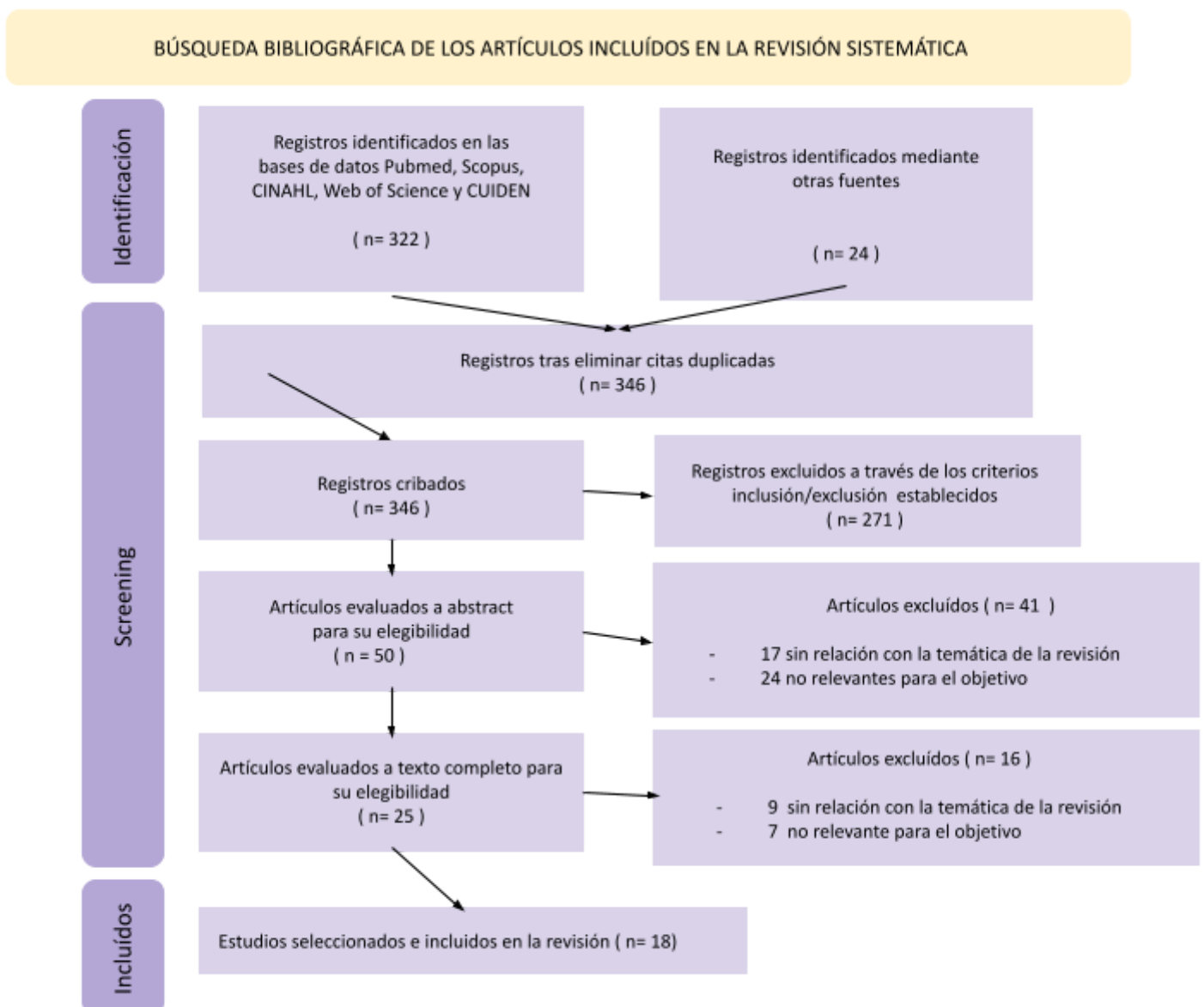


Figura 3: Diagrama de flujo que muestra los artículos incluidos y excluidos tras la búsqueda bibliográfica.

Fuente: Elaboración propia

### 3.7. Análisis de datos

La información analizada se estructuró en 6 subapartados.

La siguiente tabla (tabla 3), expone el conjunto de artículos utilizados para dar respuesta al objetivo de la revisión:

Nº	Año	Autores	Objetivo	Diseño	Resultados principales	Subapartado
1	2012	Grassley, J. S., y Sauls, D.J.	Evaluar el efecto de la intervención de enfermería intraparto de Necesidades de Apoyo de los Adolescentes durante el Parto (SNAC) sobre la satisfacción del parto de las adolescentes y las	Estudio cuasi-experimental.	El estudio muestra mayor satisfacción en la experiencia del parto en el grupo de intervención. El análisis de chi-cuadrado muestra que el grupo de intervención tiene más probabilidades de instaurar la lactancia materna dentro de la primera hora tras el nacimiento del recién nacido. No se muestra relación significativa entre la satisfacción de la experiencia de parto y el seguimiento de la lactancia materna a los tres meses tras el parto. No se hallan diferencias entre los grupos control-intervención en las tasas de lactancia materna al alta hospitalaria y a los 3 meses.	Disociación del parto.  Lactancia materna.

			tasas de lactancia materna.			
<b>2</b>	2013	Nunes, A., y Phipps, M.	Evaluar si los factores de riesgo de la depresión posparto difieren entre madres adolescentes y adultas y evaluar la necesidad de instrumentos de detección específicos para adolescentes.	Estudio de cohorte retrospectivo.	Los síntomas depresivos del postparto de las adolescentes están ligados a la depresión y al soporte social mientras que la depresión posparto en mujeres adultas está ligada a factores tales como la raza, estresores o la intención del embarazo.  Existen diferencias entre los factores de riesgo para el desarrollo de la depresión posparto entre mujeres adolescentes y adultas.  Los modelos y herramientas predictivas no son adecuadas para identificar el riesgo en mujeres adolescentes.	Impacto en la salud mental.
<b>3</b>	2013	Coelho, F. M. C., Pinheiro, R. T.,	Describir la prevalencia del trastorno depresivo mayor (TDM)	Estudio transversal.	La prevalencia del TDM fue del 17,8%. El 9,2% de las participantes informó haber sido objeto de violencia en los últimos 12 meses, mientras que el 5,8% había sufrido violencia durante el embarazo.	Impacto en la salud mental.

		<p>Silva, R.A.,  Quevedo,  L. Á.,  Souza, L. D.  M.,  Castelli, R.  D.,  Pinheiro, K.  A. T.</p>	<p>durante el embarazo  en madres  adolescentes y  evaluar su  asociación con  características  sociodemográficas,  antecedentes  obstétricos y  variables  psicosociales.</p>		<p>La puntuación media de apoyo social general fue de 87,40/100.  Se encuentra la mayor incidencia de TDM en adolescentes con menos de 8 años de educación, seguidas por aquellas con episodios previos de TDM y aquellas con menor apoyo social general.</p>	
4	2014	<p>Pinilla,E.,  Domínguez  , C. C.,  y  García  Rueda, A.</p>	<p>Determinar los  factores que  influyen en la  práctica de la  lactancia materna  exclusiva en madres  adolescentes.</p>	<p>Estudio  descriptivo de  corte  transversal.</p>	<p>En el promedio de edad de 17.9 años, el 39,4% lactó 6 meses y el 9.8% lactó más de 6 meses.  Las razones por las que la madre adolescente no alimenta a su hijo solo con leche materna son: 9,5% escasez en la producción de leche, 12% el niño se queda con hambre y el 20,7% por otras causas.</p>	<p>Lactancia  materna.</p>



					<p>Las personas que recomiendan la lactancia materna son el médico y enfermera en un 84,33% de los casos y un familiar en un 63,3%.</p> <p>Se precisa del asesoramiento y apoyo familiar y de las instituciones de salud para que el amamantamiento sea una experiencia satisfactoria tanto para la madre adolescente como para el hijo.</p>	
5	2014	Sena, A., Rivera, R., Díaz,E Hernández, B., y Armas, N.	Caracterizar el comportamiento de la lactancia materna en madres adolescentes.	Estudio descriptivo de corte transversal.	<p>Las adolescentes de entre 18-19 años son las que más tiempo lactan con un porcentaje del 17% entre los 4-6 meses.</p> <p>Las adolescentes que más lactan son aquellas con un nivel educativo secundario, aunque existe un abandono temprano de la escolaridad debido a la maternidad temprana.</p> <p>Predominio de las madres que lactan con ocupación laboral de amas de casa y de familias disfuncionales en el abandono precoz a los 1-3 meses.</p>	Lactancia materna.

6	2015	Farias,A.C., Santos, V., Silva, L., Abrantes, C., Nascimento de Moraes, M., y Dias, M.D.	Identificar las percepciones del embarazo en las adolescentes e investigar cómo las adolescentes enfrentan los cambios en el cuerpo durante la gestación y la importancia de la atención prenatal.	Estudio descriptivo exploratorio con enfoque cualitativo.	Las adolescentes tratan de considerar el embarazo naturalmente, adaptándose y sufriendo los cambios por el embarazo precoz. El embarazo precoz trae nuevas experiencias a la vida de las adolescentes embarazadas que necesitan apoyo de la familia, control prenatal y educación en salud para mejorar cómo se enfrentan a esta etapa de la vida.	Abusos sexuales en la infancia y embarazo adolescente.  Profesionales y atención sanitaria.
7	2015	Dubber, S., Reck, C., Müller, M., y Gawlik, S.	Investigar la influencia de la ansiedad y depresión post-parto en el desarrollo del	Estudio de investigación longitudinal prospectivo.	Existe una asociación negativa entre los síntomas depresivos del post-parto y el vínculo materno fetal, habiendo un deterioro del mismo. La identificación temprana del deterioro del vínculo durante el embarazo y la depresión postparto juegan un	Impacto en la salud mental.  Desarrollo del vínculo materno-filial.

			vínculo materno-filial.		papel importante para la prevención del posible deterioro del vínculo en el postparto temprano.	
8	2015	Centenaro , D., Helena, A., Da Silva Pereira, C., y Golembiewski, M.	Investigar las expectativas y experiencias relacionadas con el parto en once adolescentes embarazadas de bajo nivel socioeconómico del Sur de Brasil.	Estudio cualitativo longitudinal ( a través de entrevistas ).	<p>Preferencia por el parto normal (debido a la mayor rapidez de recuperación) y sentimientos de miedo y ansiedad relativos al parto.</p> <p>Sobre la experiencia del parto, se observa un predominio de los partos vaginales asociados a sentimientos de felicidad.</p> <p>Solo un número reducido de participantes fueron acompañadas durante el parto, bien por su pareja o por otra figura femenina.</p> <p>Los resultados indican un escenario similar al que se encuentra entre madres adultas.</p>	Disociación del parto.

9	2016	Herd, P., Higgins, J., Sicinski, K., y Merjurieva , I.	Evaluar los síntomas y episodios depresivos de mujeres con embarazo no deseado en el postparto, atendiendo a razones de personalidad y factores socioeconómicos.	Estudio longitudinal prospectivo.	Existe una estrecha relación entre un embarazo no deseado y las repercusiones posteriores en la salud mental de las mujeres.  Las creencias religiosas están fuertemente asociadas a la probabilidad de tener un embarazo no deseado.  El embarazo no deseado se encuentra en relación positiva con el desarrollo de depresión postparto.	Impacto en la salud mental.
10	2016	Ashby, B., Ranadive, N., Alaniz, V., St.	Describir un programa integrado de atención de salud mental para madres adolescentes	Investigación descriptiva con el desarrollo de la	Se identificó que el 20% de las pacientes tenían síntomas de alteración del estado de ánimo en el posparto.  La remisión (traslado) exitoso de las pacientes para su seguimiento en los centros de salud mental comunitarios solo fue exitosa en un 5% de los casos.	Impacto en la salud mental.

		John-Larkin , C., y Scott, S.	embarazadas y sus hijos.	herramienta CAMP (The Colorado Adolescent Maternity Program)	El 41% de las pacientes necesitaban acudir a servicios de salud mental. Casi la mitad (47%) de las pacientes en el programa realizaron tratamiento de salud mental con un psicólogo. Los factores demográficos como la edad, paridad, etnicidad no tuvieron impacto significativo en la participación en el tratamiento. La historia de trauma previo se asocia con un menor compromiso y menor adherencia al tratamiento.	
11	2017	Restrepo, M., Trujillo, L., Restrepo, D., Torres de Galvis, Y., y Sierra, G.	Explorar los factores sociodemográficos, psicosociales y clínicos asociados con el embarazo adolescente.	Estudio cualitativo de prevalencia analítica de fuente secundaria.	De una muestra de 499 adolescentes, se identificaron 135 embarazos, lo que supone una prevalencia del 21,5%. La edad media de los embarazos se sitúa en 17 años. Del total de adolescentes, el 31,9% afirmaba haber sufrido maltrato físico y el 6,7% haber sido violadas en la infancia. Del subgrupo de embarazadas, el 66,7% afirmó haber sufrido violación.	Abusos sexuales en la infancia y embarazo adolescente

					La negligencia y el abuso sexual durante la infancia y la adolescencia puede prevenirse, disminuyendo así el embarazo adolescente, lo que conlleva importantes implicaciones para el manejo y requiere políticas públicas.	
12	2017	Souto R. M. C. V., Porto, D. L., Pinto, I. V., Vidotti, C. F., Barufaldi, L. A., Freitas, M. G., Silva, M. M. A. D., y Lima, C. M	Describir las características de las madres en el periodo infantil/adolescente, analizando el perfil de los casos notificados como violación y viendo las repercusiones durante el embarazo y parto.	Estudio comparativo.	<p>Un porcentaje significativo (67.5%) de las embarazadas era de raza negra.</p> <p>Un 58,2% de los casos estaban asociados a violencia.</p> <p>Los embarazos por violencia tienen una probabilidad más alta de requerir un parto por cesárea y, por norma general, acuden menos a las consultas prenatales.</p> <p>Los niños nacidos de embarazos forzados presentan bajo peso al nacimiento y un APGAR inferior en el primer minuto.</p> <p>El abuso durante la infancia y adolescencia es un importante factor de riesgo que tiene repercusiones durante el embarazo, parto y crianza.</p>	Disociación del parto.

13	2018	De Cassia, R., Magalhae, R., Veraci, M., Furtado, H.M., y Veras, A.	Comprender la trayectoria de adolescentes acerca del primer embarazo, contemplando las realidades y expectativas.	Estudio cualitativo fundamentado en el referencial teórico de Schütz.	<p>Las adolescentes narran el miedo enfrentado, las dificultades en la maternidad y en la continuidad de los estudios.</p> <p>Las adolescentes viven la maternidad con conflictos ambivalentes por ser madres jóvenes pero desear criar y educar a sus hijos.</p> <p>Las características socioculturales de las adolescentes muestran que el 60% quedaron embarazadas entre los 12-14 años y el 40% entre los 15-16 años.</p> <p>Un 66,7% de las adolescentes embarazadas abandonan los estudios.</p> <p>Un 76% de las adolescentes embarazadas dicen pertenecer a alguna religión.</p>	<p>Abusos sexuales en la infancia y embarazo adolescente.</p> <p>Desarrollo del vínculo materno-filial.</p>
14	2019	Bessa, M. M., Drezett, J., Adami, F., Araújo, S.	Describir y correlacionar aspectos asociados al embarazo resultante de una	Estudio epidemiológico o transversal.	Un 44,1% de los casos incluidos en el estudio eran embarazos resultantes de una situación de incesto mientras que en un 55,9% la violación había sido perpetrada por un abusador desconocido.	Abusos sexuales en la infancia y embarazo adolescente.

		D. T., Bezerra, I. M. P. y Abreu, L. C.	violación en mujeres adolescentes, tanto en situaciones de incesto como con un agresor desconocido.		Los casos de incesto se encuentran directamente relacionados con factores religiosos (92%) y son casos en los que el agresor se aprovecha de la condición jurídica de vulnerabilidad de la adolescente.  Los casos de incesto presentan una media de edad adolescente más baja y un mayor desarrollo gestacional (> 13 semanas) en el momento del diagnóstico.  El incesto supone una interferencia negativa en la asistencia al aborto permitida por la ley.	
15	2019	Agnafors, S., Bladh, M., Svedin, C. G., y Sydsjö, G.	Investigar el efecto de la edad materna joven y el estado de soltería materna en la salud mental materna e infantil.	Estudio cohorte.	La edad materna joven está asociada con síntomas de depresión postparto, mientras que no lo está la soltería.  Las madres jóvenes son más propensas a plasmar los problemas de internalización y externalización en sus hijos, mientras que no hay asociación entre el estado de soltería y los problemas de comportamiento en los niños.  No se observan diferencias en el desarrollo infantil.	Impacto en la salud mental.



					<p>El abandono escolar constituye un factor de riesgo más importante para desarrollar depresión postparto que la propia edad materna.</p> <p>Las madres adolescentes tienen mayor riesgo de desarrollar depresión postparto por lo que requieren una atención prenatal y postnatal específica.</p>	
<b>16</b>	2020	Silva, A. J. C. D., Trindade, R. F. C. D. y Oliveira, L. L. F.	Investigar la presunción de abuso sexual a través de los registros de nacimiento entre madres hasta los 14 años.	Estudio cuantitativo descriptivo de diseño ecológico.	<p>Se registraron 953 nacimientos de madres de entre 10-14 años.</p> <p>Un 1,3% de los casos se declaró como resultado de abuso sexual y un 20,3% de las adolescentes se declararon en una relación estable.</p> <p>En un 74% de los casos, las adolescentes habían tenido al menos un contacto con los profesionales sanitarios.</p>	<p>Abusos sexuales en la infancia y embarazo adolescente.</p> <p>Profesionales y atención sanitaria.</p>
<b>17</b>	2020	Anderson, C. A., y	Comparar las experiencias de nacimiento de tres grupos de	Estudio analítico secundario.	<p>Las adolescentes de raza negra presentan más riesgo de tener una experiencia de parto negativa.</p> <p>Se pueden definir como factores de riesgo la depresión, trauma, paridad y nacimiento.</p>	Disociación del parto.

		Ghirmazio n, E.	adolescentes por prevalencia e influencia de factores de riesgo seleccionados por antecedentes raciales/étnicos.		Los factores de riesgo ocurren antes y después del parto por lo que los profesionales sanitarios pueden brindar una experiencia positiva de parto a través de intervenciones y consejo perinatal.	
18	2022	Frohberg, J., Bittner, A., Steudte-Sc hmiedgen, S., Junge-Hoff meister, J., Garthus-Ni egel, S., y Weidner, K.	Investigar si la relación entre el maltrato infantil, la psicopatología y el vínculo materno-filial puede explicarse a través de diferentes formas de maltrato infantil de las madres.	Estudio cuantitativo correlacional de casos y controles.	Mientras que el maltrato infantil sufrido por la madre no se relaciona directamente con un mal apego, la psicopatología presente sí que constituye como un factor de riesgo. El abuso emocional es el de mayor impacto. Una detección y abordaje precoz del impacto psíquico causado por el maltrato supone un mejor establecimiento del vínculo.	Impacto en la salud mental.  Desarrollo del vínculo materno-filial.

Fuente: Elaboración propia.

#### 4. RESULTADOS

Los resultados hallados se dividen según los subapartados establecidos en el análisis de datos:

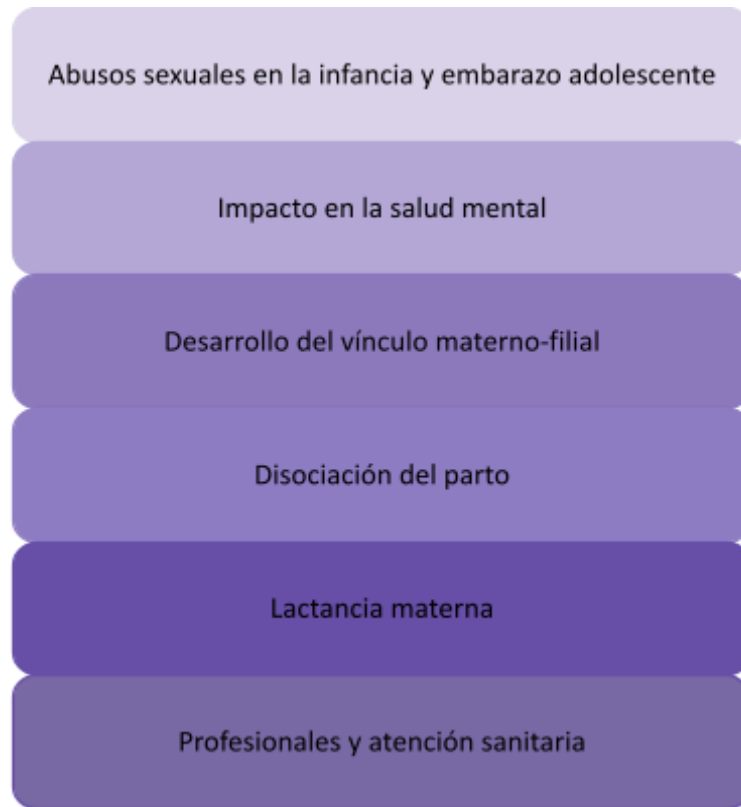


Figura 4: Subapartados en los que se dividen los resultados.

Fuente: Elaboración propia.

##### 4.1. Abusos sexuales en la infancia y embarazo adolescente

La adolescencia es una fase de desarrollo biopsicosocial, donde la gestación, repercute en el desarrollo de las esferas que conforman esta etapa vital, afectando así a la capacidad de adaptación de los individuos. (Restrepo, Trujillo, Restrepo, Torres de Galvis y Sierra, 2017)

Según la OMS, a nivel mundial, en el año 2021, la tasa de nacimientos en la adolescencia se situó en 42,5 por cada 1000 mujeres, lo que representa un 11% de los

nacimientos a nivel mundial. Cabe destacar que, un 95% se producen en países con bajos o medios recursos socioeconómicos. (Souto et al., 2017)

Al comparar los datos de diferentes países, se observa una tendencia al alza en aquellos en desarrollo, como es el caso de Colombia, donde 1/5 adolescentes queda embarazada, siendo un 64% de las gestaciones no deseada y situándose la prevalencia por tanto en un 19,5%; o Ecuador, donde un 20% de las mujeres comprendidas entre las edades de 15 y 19 años quedan embarazadas. En cambio, en países desarrollados, como por ejemplo España, la tasa de gestaciones durante este periodo se sitúa en un 2,13%. Llegados a este punto, cabe destacar el caso de Estados Unidos, que, a pesar de ser un país desarrollado con amplios recursos socioeconómicos, un 7,5% de las adolescentes quedan embarazadas de forma anual. (Agnafors, Bladh, Svedin y Sydsjö, 2019)

Sobre el perfil socio-demográfico de la gestante adolescente, los resultados de los diferentes estudios concluyen que;

El grupo de edad comprendido entre los 16 y 19 años es el de mayor riesgo (15,6% entre 13-15 años y un 84,4% entre 16-19 años), situándose la edad media de las gestantes en 17 años (Restrepo et al., 2017; Bessa et al., 2019; Silva et al., 2020). En los casos de incesto, la edad media es de 1,2 años menor, siendo más común encontrar casos en menores de 14 años (hasta un 83,3%). (De Cassia, Magalhaes, Veraci, Furtado y Veras, 2018)

En cuanto a la etnia, no se aprecian diferencias significativas (46,5-48,2% raza blanca vs 53,5-51,2% raza negra) lo que rompe con las creencias culturales de que es un fenómeno más frecuente entre la raza negra. (Restrepo et al., 2017)

Por otra parte, el medio en el que viven las adolescentes también constituye un factor influyente; un 75,6% de las adolescentes viven en áreas urbanas y un 54% en el medio rural (Restrepo et al., 2017). A pesar de que la frecuencia sea menor en el medio rural, un 61% de las adolescentes residentes en el han sufrido al menos una experiencia de abuso antes de los 20 años y , en estos casos, la edad de inicio de estas conductas es menor, entre 11,5 y 12 años. (Farias et al., 2015)

Sobre el nivel educativo, destaca el abandono precoz de los estudios hasta en un 66,7% y en el ámbito laboral, los diferentes estudios concluyen que la responsabilidad financiera, en un 53,4% de los casos recae sobre sus padres y que solo un 6,7% de las adolescentes ha trabajado alguna vez. (Silva et al., 2020)

Por otro lado, este tipo de gestaciones son el resultado de múltiples factores de riesgo que se entremezclan:

En primer lugar, las desventajas socioeconómicas y el bajo nivel educativo, así como las estructuras y dinámicas familiares disfuncionales son factores que predisponen a la aparición de este fenómeno (Restrepo et al., 2017; De Cassia et al., 2018). Sobre la dinámica familiar, se aprecia una relación intergeneracional que indica que las adolescentes hijas de madres adolescentes presentan una mayor probabilidad. (Bessa et al., 2019)

Entre los factores sociales, se consideran de riesgo el estigma social y la baja autoestima emocional (Farias et al., 2015; De Cassia et al., 2018). El apoyo familiar en cambio, juega un papel de riesgo, pero también protector, puesto que la mayoría de gestantes reconocen la figura materna como una pieza clave en la transición de su gestación, aunque es esa misma gestación la que también puede provocar un gran impacto en la relación familiar y resultar en consecuencias negativas para el desarrollo psicológico de la adolescente. (De Cassia et al., 2018)

A pesar de todos los factores mencionados previamente, cabe destacar que la presencia de episodios de abuso y/o violencia intrafamiliar, así como las diferentes formas de maltrato, se sitúan como el principal factor de riesgo para el desarrollo de una gestación durante el periodo adolescente; actualmente, se estima que 4,5 de cada 10 adolescentes que sufren abusos en la infancia termina desarrollando una gestación, además de que una media de un 49,35% de mujeres afirman haber sido físicamente abusadas y un 5,5% haber sido violadas en más de una ocasión. (Farias et al., 2015; Restrepo et al., 2017; De Cassia et al., 2018)

Se encuentran en cambio diferencias con respecto al tipo de abuso según el perpetuador sea un individuo desconocido o un miembro familiar (este último caso se conoce como violencia intrafamiliar o incesto; que se define como la violación de un tabú que prohíbe las relaciones sexuales entre los miembros del núcleo familiar y es por tanto una expresión de violencia de género basada en una relación de asimetría entre el agresor y la víctima). (Bessa et al., 2019)

Así pues, la tendencia indica que la violencia física es el tipo de agresión más común en los casos de abuso ejercido por un desconocido mientras que la violencia psicológica (coerción, amenaza y miedo) se da con más frecuencia en los casos de incesto. (Restrepo et al., 2017)

Siguiendo en esta línea, el componente religioso es considerado como un denominador común en los casos de incesto (92,3% vs 78,7%), así como que la violencia se ejerce en espacios privados hasta en un 80,1% de los casos. (De Cassia et al., 2018; Bessa et al., 2019)

Por otro lado, en estas situaciones, el abuso tiende a cronificarse y el número de denuncias realizadas son menores; tan solo se denuncian un 23% de los abusos, porcentaje que incrementa con el paso de los años, lo que hace que no se pueda reflejar el número real de casos. (De Cassia et al., 2018)

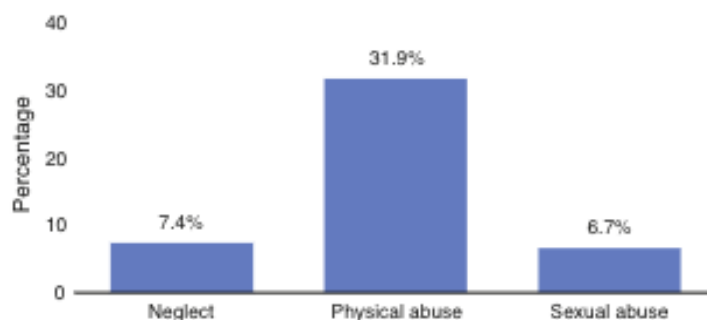


Figura 5: Porcentaje de distribución de historia de abuso físico, sexual y negligencia durante la infancia.  
Fuente: (Restrepo et al., 2017)

Por último, las consecuencias de los abusos sexuales en la infancia dependen del contexto en el que se producen y están influenciadas por: la edad de la víctima, la modalidad de abuso, cronicidad/duración del abuso, el tipo de vínculo establecido con la persona que ejerce el abuso, reacciones del entorno familiar y social, sistemas de apoyo y tratamiento de las víctimas. Todos estos factores inciden directamente en las repercusiones que tiene el abuso sobre las personas. (Restrepo et al., 2017)

Entre las consecuencias biológicas se encuentran tanto la discapacidad como la mortalidad materno-infantil, así como un incremento de las prácticas abortivas ilegales e inseguras. (Restrepo et al., 2017)

En el plano social, se altera el bienestar y las expectativas vitales, produciendo una disminución de la libertad, un contacto temprano con el mundo laboral (caracterizado por relaciones laborales inestables), desviación de los proyectos vitales e incremento en el consumo de sustancias tóxicas. (Farias et al., 2015)

#### **4.2. Impacto en la salud mental**

A pesar de que se desconoce su patrón de aparición, el riesgo de padecer trastornos mentales durante el posparto se ve incrementado entre madres adolescentes, tanto por su mayor vulnerabilidad psicológica como por que precipita el paso de la edad

infantil a la edad adulta. (Nunes et al., 2013; Coelho et al., 2013; Herd et al., 2016; Ashby et al., 2016)

Entre los diagnósticos más prevalentes, se encuentran los trastornos depresivos (37,8%), los de personalidad (17%), y la ansiedad (11,4%). Con menor frecuencia, aparece el estrés post-traumático (7,4%). La ideación suicida está presente en un 21.5% de los casos. (Coelho et al., 2013; Centenaro et al., 2015; Frohberg et al., 2022)

Es por ello que la depresión se considera como el trastorno mental de mayor prevalencia entre las adolescentes embarazadas durante el periodo puerperal;

La depresión postparto (DPP) es definida como el conjunto de síntomas depresivos que persisten al menos dos semanas durante las cuatro primeras tras el parto y que tiene repercusiones tanto para la madre como para el recién nacido. (Dubber, Reck, Müller y Gawlik, 2015)

Se estima que la DPP presenta prevalencias fluctuantes que oscilan entre el 23-50% en madres adolescentes, lo que supone el doble que entre las mujeres adultas, donde la prevalencia se sitúa en un 11,6% (Agnafors et al., 2019; Dubber et al., 2015). Coelho et al., (2013), añaden a la prevalencia el factor de infradiagnóstico, relacionado con la falta de recursos de evaluación y diagnóstico para este grupo poblacional.

Otro de los factores a considerar es el momento de aparición del trastorno depresivo. Los resultados del estudio realizado por Nunes et al., (2013), no reflejan diferencias significativas entre su aparición durante el tercer trimestre del embarazo o en el periodo puerperal, destacando que, hasta un 27,8% de las mujeres llegan a estar deprimidas durante la gestación y un 47,4% presentan síntomas depresivos durante el tercer trimestre. En ambos casos, la incidencia es mayor para el grupo de mujeres adolescentes que adultas (durante 25,9% vs 11,1%, postparto 25,9% vs 9,3%).



Por otro lado, cabe destacar que un 94% de una baja salud mental entre madres adolescentes se puede explicar mediante factores sociodemográficos;

La edad media de las adolescentes que presentan sintomatología depresiva se sitúa en 17,3 años, decreciendo la prevalencia conforme aumenta la edad (14,5% en adolescentes y 9% en adultas, siendo a partir de los 30 años cuando comienza a disminuir el riesgo). (Nunes y Phipps, 2013)

La raza, por norma general, no se asocia a una mayor probabilidad de desarrollar este trastorno (Nunes et al., 2013), aunque algunos autores indican que sí que es más prevalente entre adolescentes pertenecientes a la raza negra. (Ashby et al., 2016)

Un bajo nivel de estudios, presente hasta en un 75,9% de los casos, así como la primiparidad (68,1%), un embarazo no planeado (67,8%) y no deseado (96,9%) son también componentes que afectan a la salud mental de estas gestantes. (Ashby et al., 2016)

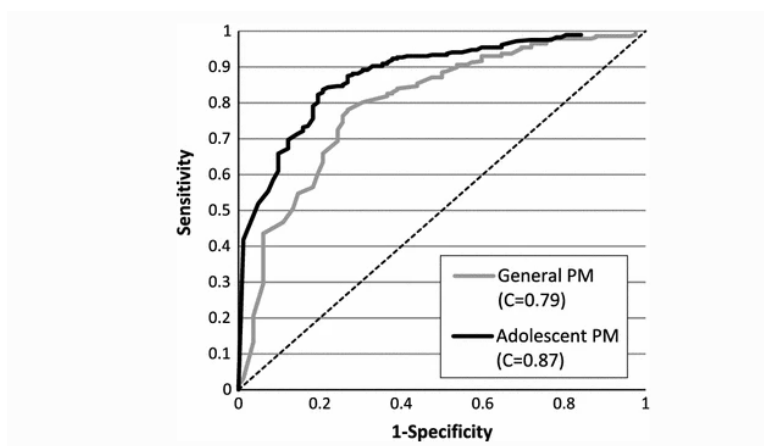


Figura 6: Comparación de modelos predictivos generales y específicos de madres adolescentes del trastorno de depresión postparto.

Fuente: (Nunes et al., 2013)

Son de naturaleza heterogénea los factores de riesgo y las causas que se asocian a la aparición de este trastorno durante el periodo puerperal:

Por un lado, hay factores asociados al propio abuso como son la exposición al trauma infantil (83,3%) o los maltratos infantiles (negligencia emocional 7,2%, abuso emocional 63,9%, negligencia física 49,4%, abuso sexual 33,6% y abuso físico 27,9%), destacando que, a mayor severidad del maltrato, mayores consecuencias psicológicas. (Coelho et al., 2013; Frohberg et al., 2022)

Por otro lado, otros factores se relacionan más con las características socioeconómicas y personales: menor nivel educativo y/o económico, escaso soporte familiar/social, falta de desarrollo personal (Coelho et al., 2013; Agnafors et al., 2019), conflictos familiares, consumo de sustancias tóxicas durante al menos 3 meses y baja autoestima emocional (Nunes et al., 2013; Coelho et al., 2013). En este grupo, otras variables a considerar son la influencia del estigma social, la falta de recursos sanitarios y/o la falta de confianza hacia el personal sanitario. (Ashby et al., 2016)

En relación con este último aspecto tratado, Herd et al., (2016), consideran la aparición de sintomatología depresiva durante la gestación como el mejor predictor para el desarrollo posterior de un episodio de DPP.

Otro punto a considerar es la diferencia hallada en la aparición de la DPP entre los países desarrollados y en desarrollo; siendo entre dos y tres veces más frecuente para estos últimos, ya que, a los factores de riesgo previamente mencionados han de añadirse la pobreza y los factores culturales. (Ashby et al., 2016)

Entre las consecuencias que conlleva la DPP se encuentra el riesgo aumentado de suicidio, así como un detrimento del vínculo materno-filial, aunque para algunos

autores (Frohberg et al., 2022), la psicopatología mencionada sólo constituye la mediación entre el abuso y el desarrollo de un mal vínculo.

Por último, sobre la percepción del estado de salud mental, las adolescentes lo definen como 25,9% excelente, el 34,8% como muy bueno, el 31,9% como bueno y el 7,4% como normal. El psicólogo, con un 75% de frecuencia, es el profesional sanitario más frecuentado y la psicoterapia, la opción terapéutica que más se lleva a cabo. (Ashby et al., 2016)

### **4.3. Desarrollo del vínculo materno-filial**

El vínculo materno-filial engloba diferentes facetas entre las que se incluyen el apego, la interacción, la competencia o la eficacia de autopercepción y es uno de los aspectos en los que mayor repercusión tiene el embarazo adolescente relacionado con un abuso sexual. (Frohberg et al., 2022)

Entre las causas que deterioran el vínculo entre una madre adolescente y su recién nacido, sobresale la psicopatología del postparto, cuyo origen reside en las experiencias traumáticas infantiles, puesto que constituye el nexo de unión entre dicho vínculo y los abusos infantiles/adolescentes, que, por sí mismos, no presentan una asociación directa. Además, se establece que los abusos se expresan en la maternidad en forma de aumento de estrés y menor aceptación del recién nacido. (Ashby et al., 2016; Frohberg et al., 2022)

El el siguiente diagrama, se muestran las psicopatologías que tienen un mayor impacto sobre el desarrollo del vínculo, siendo la DPP la más expresada hasta en un 22-67% de los casos:

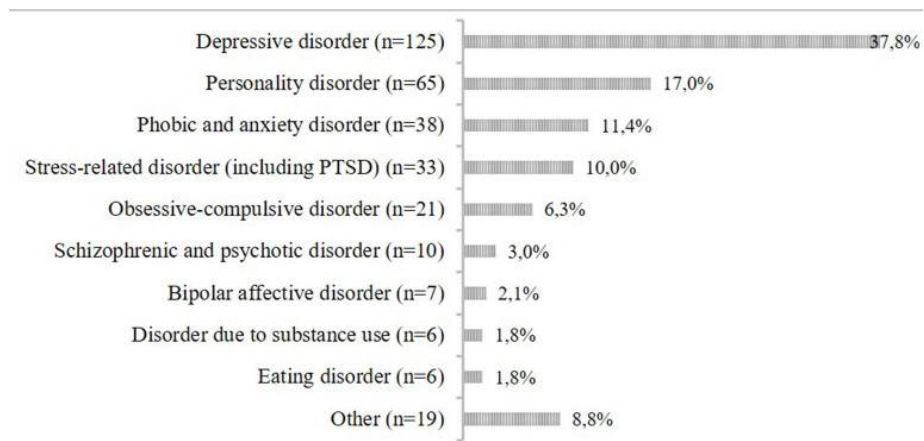


Figura 7: Psicopatologías con impacto sobre el desarrollo del vínculo y sus frecuencias.  
Fuente: (Frohberg et al., 2022)

El vínculo prenatal, que depende de la intencionalidad (52,8%) y deseo del embarazo (20,3%) , es otro de los factores que puede llegar a influenciar, puesto que un 17% del vínculo postnatal se puede explicar a través del prenatal. (Dubber et al., 2015; Ashby et al., 2016)

La educación, por otro lado, presenta una alta influencia ya que, a mayor nivel educativo, se tiende a desarrollar un vínculo de forma más estrecha.

Otras de las causas establecidas son la etapa de la adolescencia en la que se desarrolla la gestación (17,8%) y el proyecto de vida interrumpido por esta (9,1%). (Ashby et al., 2016 ). En relación con este último factor expresado, De Cassia et al., (2018), destacan que un 58% de las adolescentes desarrollan un vínculo inseguro pues se dejan de cumplir ciertos valores prioritarios de esta etapa vital, como son el aumentar la posición social, graduarse de la escuela o recibir una evaluación positiva por parte de la sociedad.

Por último, mientras que el tipo de parto no afecta al grado del vínculo desarrollado, si que lo hace el contacto piel con piel (proceso que solo se lleva a cabo en un 5,3% de los partos vaginales y 1,8% de las cesáreas entre adolescentes ). (Ashby et al., 2016 )

Por último, la transmisión intergeneracional no es un hecho claro, pero se reconocen algunos factores que incrementan su riesgo como son la maternidad temprana, la regulación emocional y el estado de salud mental. (Ashby et al., 2016)

#### **4.4. Disociación del parto**

El parto en sí mismo es un evento de importancia psicológica en la vida de las gestantes adolescentes, cuando se trata de un embarazo por abuso sexual la situación de vulnerabilidad y estrés psicológico incrementa todavía más. (Anderson y Ghirmazion, 2020)

Se estima que 1/3 de las adolescentes experimentan el parto como una vivencia negativa, condicionada por una serie de factores comunes. (Anderson et al., 2020)

Dichos factores son múltiples, pudiendo ser considerados, tanto de riesgo como de protección; los sentimientos de miedo al parto, el estrés postraumático y/o la historia previa de trauma, el bajo apoyo social, el tipo de parto, las complicaciones durante la gestación, el acompañamiento durante el parto, la preparación prenatal, el grado de confianza hacia el personal sanitario, el manejo del dolor intraparto o los trastornos mentales. (Grassley et al., 2012; Centenaro et al., 2015; Anderson et al., 2020)

Entre todos los condicionantes mencionados, sobresalen algunos de ellos:

En primer lugar, como protectores, resalta la importancia de que las mujeres se sientan partícipes y que tengan una sensación de control sobre el parto, ya que, de esta manera, la adolescente percibe su dignidad respetada por el equipo de salud, contribuyendo así a una experiencia positiva y satisfactoria. (Centenaro et al., 2015)

Entre los factores de riesgo, las adolescentes, al presentar una frecuencia aumentada de depresión, traumas y complicaciones infantiles, incrementa su vulnerabilidad y, por tanto, la probabilidad de experimentar el parto como un evento vital estresante. (Centenaro et al., 2015)

En segundo lugar, el riesgo mencionado incrementa todavía más si se atienden a las diferencias étnicas y raciales; se reconoce una fuerte asociación entre la vivencia del parto y esta, de tal forma, mientras que 1/10 (26,7%) de las adolescentes de raza blanca perciben el parto como un evento negativo, 1/4 (48,4%) de las mujeres negras lo hace, debido, principalmente a sus mayores niveles de estrés y síntomas de intrusión (revivencia). (Ashby et al., 2016; Anderson et al., 2020 )

La edad es considerada como otro de los factores condicionantes más importantes (siendo la media de 17 años), aunque, se debe tener en cuenta, que la edad por sí misma, puede no constituir un factor de riesgo si se mantiene un buen control prenatal; de esta forma, las adolescentes que se atienden de acuerdo a programas especiales adecuados a la edad y que reciben un buen control prenatal, presentan resultados perinatales semejantes a los de la mujer adulta. (Centenaro et al., 2015)

La violencia cronificada (presente en un 58,2% de los casos), el escaso control prenatal, la primiparidad y la percepción del embarazo como un evento no deseado ni planeado son factores a destacar. (Grassley y Sauls, 2012; Anderson et al., 2020)

Como se ha mencionado previamente, el tipo de parto es otro de los condicionantes en la percepción del parto de las mujeres. Por norma general, un 58,7% de las adolescentes prefieren un parto vaginal frente al 41,3% que optan por la cesárea, tanto por la mayor rapidez de recuperación como por el miedo a las posibles secuelas del parto quirúrgico. (Souto et al., 2017)

Siguiendo en la misma línea, es importante mencionar que, mientras que las madres adultas solo asocian la vía vaginal a una experiencia satisfactoria, las adolescentes pueden vivir tanto la cesárea como el parto natural como eventos positivos, puesto que consideran que en la cesárea hay un mayor control de dolor. (Anderson et al., 2020)

No se hallan particularidades en las expectativas y experiencias de parto entre madres adolescentes en comparación con otros grupos de edad, puesto que destacan igualmente el miedo y la ansiedad, así como las vivencias ambivalentes, con predominio de dolor y felicidad intercalada. Aunque los resultados muestran que las adolescentes están sometidas a un mayor estrés parental, no se observan diferencias en su impacto en la experiencia del parto. (Centenaro et al., 2015)

De esta forma, se determina que las inseguridades y miedos de estas gestantes varían según la etapa de la adolescencia en la que se encuentren, (Centenaro et al., 2015):

- Durante la primera adolescencia (10-13 años), la atención al parto es más difícil puesto que hay un gran miedo frente al dolor y a los procedimientos invasivos. Se requiere de profesionales capacitados y sensitivos, que puedan acompañarlas explicándoles cada paso de la forma más simple posible.
- Durante la segunda adolescencia (14-16 años), la mayor preocupación se centra en el cambio físico que va a sufrir su cuerpo, tienen una actitud omnipotente con la que no le temen a nada. En general, los partos son buenos y, aunque al principio la crianza se vive como un juego, el problema aparece cuando la adolescente tiene que abandonar su estilo de vida anterior.
- En la última etapa de la adolescencia (>17 años), los comportamientos de estas frente al parto se asemejan más a los de la mujer adulta y las dificultades se centran en torno al plano económico. Con una buena red de apoyo, pueden desenvolverse bastante bien en la crianza.

Por último, un aspecto relevante que influye en la percepción del parto es la preparación de la adolescente. Mientras que un 70% de las mujeres adultas acuden a las clases de preparación al parto, tan solo un 48% de las adolescentes lo hacen, dedicando así poco tiempo a la planificación prenatal. Además, si el embarazo se produce por abuso sexual la frecuencia de asistencia a las consultas prenatales se reduce todavía más (42,5% entre 1-5 consultas) y se empieza a asistir a ellas de forma más tardía (56,4% en el primer trimestre, 37,4% en el segundo trimestre y 6,2% en el tercer trimestre). (Souto et al., 2017)

#### **4.5. Lactancia materna**

La lactancia materna exclusiva (LME) es definida por la OMS como la ingesta de leche materna que excluye el consumo de cualquier otro alimento, cuya recomendación actual se extiende hasta los primeros seis meses de edad. (Coll, 2020)

Presenta ventajas tanto a nivel biológico, ya que contiene todos los componentes indispensables para el crecimiento y el desarrollo del recién nacido, como psicológico para la madre, puesto que fomenta el vínculo y el sentimiento de maternidad. (Coll, 2020)

A pesar de sus ventajas, la prevalencia y duración de la lactancia materna está por debajo de lo recomendado en todos los países, se estima que, a nivel mundial, tan solo el 62,7% de los niños reciben lactancia materna exclusiva tras el nacimiento, porcentaje que se reduce al 24,5% a los 90 días. (Coll, 2020)

Entre las adolescentes, la probabilidad de llevar a cabo esta práctica se reduce, entre otros, por el desconocimiento y la falta de experiencia que caracterizan a la etapa vital en la que se encuentran, lo que lo convierte en una experiencia angustiante. (Coll, 2020)



Las diferencias entre el inicio de la lactancia materna exclusiva entre madres adolescentes y adultas son significativos; así, de las 425.000 adolescentes que dan a luz cada año, solo el 43% inicia la práctica de lactancia, mientras que las mujeres de entre 20-29 lo hacen en un 65% y las mayores de 30 años en un 75%. (Grassley et al., 2012)

Tan solo un 28% de las adolescentes inicia la práctica de lactancia tras el parto y el patrón de lactancia se caracteriza porque un 71,4% de las menores de 20 años abandonan la LME antes de los 6 meses de edad (un 73% suplementa a las tres semanas y un 27% acaba realizando una lactancia artificial a las dos semanas), mientras que el 28,6% la mantienen. (Sena, Rivera, Díaz, Hernández y Armas, 2014)

Continuando en esta línea, a medida que aumenta la edad de la madre, se prolonga el tiempo que perdura la lactancia, de esta forma, el estudio realizado por Sena et al., (2014), muestra los siguientes resultados de mantenimiento de lactancia por grupo de edad; 56,6% para el grupo de entre 18-19 años, un 37,7% entre 16-17 años y un 5,7% entre los 10-15 años.

La siguiente tabla (tabla 4), muestra el tiempo de LM e inicio de inclusión de alimentos entre madres adolescentes:

VARIABLE	N°	%
<b>LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA</b>		
No lactó	15	9.5
< 6 meses	65	41.3
= 6 meses	62	39.4
> 6 meses	16	9.8
<b>INCLUSIÓN DE AGUA O NUEVOS ALIMENTOS</b>		
Antes de los 6 meses	87	55.4
A los 6 meses	33	21.0
Después de los 6 meses	37	23.6

Fuente: (Pinilla et al., 2014)

Por otro lado, los estudios analizados muestran una multiplicidad de causas por las que se produce este abandono precoz:

En primer lugar, la percepción de escasa producción de leche es la principal causa por la que se abandona la LME, seguida de la ausencia de facilidades para lactar a nivel familiar. (Grassley et al., 2012; Sena et al., 2014; Coll, 2020 )

En segundo lugar, se considera el rechazo del recién nacido al pecho. (Sena et al., 2014)

La preocupación por la apariencia física aparece reflejada en un 5,7% de los casos analizados (Coll, 2020), por lo que también puede considerarse como una causa de abandono precoz.

La tabla que aparece a continuación (tabla 5), muestra las causas por las que se produce un abandono temprano de la práctica de LM, ordenadas por frecuencia:

Causa	No	%
No tenía leche.	23	43,4
Enfermedad del niño.	4	7,5
Enfermedad de la madre.	7	13,2
Para no perder la figura.	3	5,7
Rechazo al pecho.	2	3,8
Le "hacía daño al niño".	1	1,9
No tenía tiempo para lactar.	4	7,5
Trabajo fuera del hogar.	8	15,1
Otra.	0	0
No suspendió la lactancia	1	1,9
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Fuente: (Sena et al., 2014)

La gestación interrumpe el ciclo vital de las jóvenes, que no han alcanzado ni la madurez física ni la mental. (Sena et al., 2014)

De esta forma y en relación con las causas mencionadas, se establecen diferentes factores que promueven esta tendencia:

Primero los conocimientos deficientes y erróneos sobre lactancia materna, que hacen que las adolescentes perciban, entre otras, una escasa producción de leche. (Grassley et al., 2012)

La asistencia al parto, entre lo que se incluye el retraso en el contacto piel con piel, el uso de tetinas o una mala experiencia de parto (47% de las madres adolescentes que vivieron el parto como una experiencia positiva continuaron la lactancia a los 3 meses, mientras que un 23% no continuaron por haberlo experimentado de forma negativa). (Grassley et al., 2012)

La autoimagen y la sexualidad, por el miedo a perder la forma del pecho y la vergüenza de amamantar en lugares públicos que incrementa la sobrecarga emocional. (Grassley et al., 2012)

Un ambiente familiar disfuncional (el abandono de lactancia es del 50,5% para familias disfuncionales y del 17% para funcionales durante los 3 primeros meses). (Coll, 2020)

El nivel educativo; a mayor nivel de estudios, mayor compromiso con la lactancia, de forma que un 60,4% de las adolescentes con educación secundaria mantienen la práctica, y la educación sanitaria (un 75,3% de las madres que reciben apoyo mantienen la práctica). (Sena et al., 2014; Coll, 2020 )

Por último, se destacan los factores asociados a la gestante como son la primiparidad y la inestabilidad emocional o la consideración del embarazo como un evento no deseado, lo que provoca sentimientos de rechazo hacia el mismo. (Sena et al., 2014)

#### **4.6. Profesionales y atención sanitaria**

La labor que desempeñan las enfermeras durante el periodo intraparto influencia tanto la vivencia del mismo como el establecimiento inicial de la lactancia materna, que son dos eventos estrechamente relacionados. (Grassley et al., 2012; Centenaro et al., 2015; Farias et al., 2015; Silva et al., 2020)

El trato y manejo de las gestantes adolescentes no debe ser igual que el de las adultas, ya que requieren de la satisfacción de diferentes necesidades de soporte, factor que normalmente se relaciona con la falta de conocimiento y preparación. (Grassley et al., 2012; Centenaro et al., 2015; Farias et al., 2015; Silva et al., 2020)

Aunque el sector sanitario constituya una de las redes de apoyo más importantes para las adolescentes, especialmente aquellas con gestaciones por abuso sexual durante la infancia, estas no tienden a recurrir a los servicios sanitarios. (Grassley et al., 2012; Centenaro et al., 2015; Farias et al., 2015; Silva et al., 2020)

Las visitas prenatales son la herramienta que proporciona soporte emocional, psicológico y físico, estas, junto con una buena educación sanitaria, son el reflejo de un patrón en el que la adolescente está más preparada para la maternidad. (Farias et al., 2015)

A pesar de que un 74% de las adolescentes entra en contacto con el sistema sanitario acudiendo a una revisión prenatal, un 50% no acude a más de seis citas y un 24,1% no llega al mínimo de revisiones recomendadas. De todos los casos analizados, únicamente un 1,3% se asocia a casos de abuso sexual, lo que demuestra una falta de notificación, que a su vez se traduce en una falta de conocimiento y responsabilidad por parte de los profesionales sanitarios. (Centenaro et al., 2015; Silva et al., 2020)

Entre las características que deberían cumplir las intervenciones enfermeras se destaca un cuidado multidimensional que incluya el soporte específico por edad y atienda a las necesidades físicas y psicológicas de las adolescentes durante el parto. (Coll, 2020)

Se interpretan la escucha activa y el apoyo emocional como factores fundamentales para brindar una atención subjetiva que se base no solo en la condición biológica, sino

que también en los aspectos emocionales y sociales de este acontecimiento vital en la vida actual y futura de la madre adolescente. (Grassley et al., 2012)

Por otro lado, se establece el conocimiento científico como elemento imprescindible para poder desarrollar una relación terapéutica basada en el cuidado de la adolescente (Grassley et al., 2012) y cumplir con su responsabilidad en la relación asistencial como profesional cuidador y educador (Silva et al., 2020), especialmente cuando se trata de casos de violencia.

Sobre el trato recibido por parte de los profesionales sanitarios, se hallan diferencias basadas en el factor de la edad, y se reconocen algunas actitudes como la falta de apoyo, de disponibilidad, el uso de ironía y/o recriminaciones. Aun así, también se reconoce el cuidado y apoyo de los profesionales que se muestran disponibles, así como una buena infraestructura de los hospitales. (Centenaro et al., 2015)

Otro aspecto comentado por las adolescentes es el desconocimiento de los procedimientos del parto, lo que remite al tipo de información recibida en la atención prenatal. En este sentido, se resalta que, además de proporcionar informaciones técnicas, los profesionales de la salud deben facilitar a las embarazadas de este grupo de edad toda la información mínima necesaria sobre el parto, incluyendo información relativa a sus derechos, con el fin de compensar las dificultades durante el trabajo de parto. Más específicamente, los autores señalan que los profesionales de salud deben funcionar como tutores terapéuticos para las jóvenes, lo que incluye proporcionar informaciones que puedan orientar sus opciones. (Farias et al., 2015; Silva et al., 2020)

Grassley et al., (2012), además incluyen el manejo del dolor como un factor importante durante el parto, así como tener un profesional de referencia que les proporcione el apoyo suficiente y necesario para este evento. Un 58% de las adolescentes dice haber recibido la epidural para el control del dolor y un 27% de las adolescentes comenta no haber recibido medidas de confort ni de alivio del dolor por parte de las enfermeras.

Por último, se establece que el orden para proporcionar apoyo prenatal a una adolescente debe estar basado en: atender y realizar visitas prenatales (90%), ir a clases prenatales (85%), realizar cribado de drogas (85%) y terminar la escuela (78%). (Grassley et al., 2012; Farias et al., 2015; Silva et al., 2020)

## 5. DISCUSIÓN

La violencia ejercida en contra de las mujeres en el periodo infanto – adolescente es considerada como una experiencia adversa, que incluye el maltrato sexual, físico, emocional y/o psíquico. Es una de las principales causas de lesiones y discapacidad, además de situarse como factor de riesgo para el desarrollo de vivencias traumáticas en la esfera física, mental y/o reproductiva, y vulnerar tanto la dignidad como la libertad sexual de estas. (Acuña, 2014; Centenaro et al., 2015; Crawford-Jakubiak, 2017; Palacios, 2016)

Según la Declaración Universal de los derechos humanos de las Naciones Unidas y la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer, el abordaje de la violencia ha de realizarse desde una perspectiva de violación de los derechos humanos fundamentales, ya que las repercusiones del abuso no quedan retenidas en esta etapa, sino que se extienden a lo largo de todo el proceso vital de los individuos, pudiendo incluso tener una transmisión intergeneracional. (Centenaro et al., 2015; Helk, Soler, Santos y Marin, 2017; Palacios, 2016)

El hecho de que el abuso sexual en la infancia (ASI) predisponga al desarrollo de ciertas actitudes tales como distorsiones del acto sexual, edad de inicio temprano o múltiples parejas sexuales, posiciona al embarazo adolescente como una de las mayores expresiones de este tipo de abusos. (Coll, 2020; Frohberg et al., 2022)

La maternidad es definida como la capacidad de recreación que tiene como fin continuar con la especie humana, siendo un proceso en el que se entremezclan elementos afectivos, sociales, económicos, psicológicos, educativos, éticos y culturales. (Obikane, Watanabe, Nishi y Kawakami, 2020; Crawford-Jakubiak, 2017; Frohberg et al., 2022)

En esta etapa vital, la maternidad puede ser considerada desde diferentes perspectivas que atienden a diferencias culturales, humanas e individuales; mientras que para algunos autores, la gestación va a ser un evento no deseado y forzado, para otros, puede ser una vivencia por la que las adolescentes consideran sentirse valoradas, queridas sexualmente o una forma de llenar carencias emocionales con el fin de satisfacer a las personas que quieren mantener a su lado. (Centenaro et al., 2015; Palacios, 2016; Coll, 2020; Fukui et al., 2021)

Igualmente, según aspectos culturales, la gestación puede verse bien como un factor de crecimiento o como un problema social; en ambos casos, no se tiene en cuenta la base ambiental ( familia, educación y sociedad ) de la adolescente. (Patel y Sen, 2012)

Llegados a este punto, cabe mencionar la diferencia existente entre el medio rural y el urbano; en los sectores rurales, la adolescencia es una etapa prácticamente inexistente, donde se asumen responsabilidades familiares y laborales desde edades tempranas, por lo que el embarazo es considerado como un evento normal no problemático, al contrario de lo que ocurre en el sector urbano, donde se asocia a los casos de violencia familiar y abusos sexual, interpretandola como una interrupción del proyecto vital. (Coll, 2020)

Agnafors et al. (2019), son partidarios de la concepción de que todavía hoy en día existe una falta de evidencia que asegure la relación existente entre un abuso sexual en la infancia y una gestación adolescente. Sin embargo, la mayor parte de la evidencia analizada, indica que, aunque su prevalencia sea fluctuante (1,9% en países en desarrollo vs 26% en países desarrollados), existe una clara asociación entre ambos eventos.

A diferencia de la tendencia general expuesta, destaca el caso de Estados Unidos, donde, a pesar de que las tasas de embarazo adolescente han decaído en un 34-36%



en los últimos años, sigue siendo uno de los países industrializados donde hay mayores ratios de embarazo anual durante este periodo (7,5%). (Restrepo et al., 2017)

Al hilo de lo expuesto, la adolescencia es un ciclo vital de transición entre la infancia y la vida adulta, con variaciones bruscas y rápidas en las fases de desarrollo, que está condicionada por concepciones sociales y por la relación intergeneracional que se le ha atribuido a lo largo de la historia. Los cambios en ella no se producen de forma simultánea, siendo el logro de la capacidad reproductiva uno de los primeros eventos desarrollados. (Coelho et al., 2013; Coll, 2020)

La gestación, por tanto, supone un adelanto de la edad adulta, trayendo consecuencias adversas tanto en el plano sanitario como social de la mujer adolescente, independientemente del factor cultural que le sea atribuido. (Coelho et al., 2013; Restrepo et al., 2017)

En el plano social, la probabilidad de gestación es mayor entre adolescentes que hayan vivido en un entorno familiar disfuncional con un menor nivel socioeconómico, donde se ha demostrado que las experiencias de violencia sexual y/o física son más frecuentes. (Restrepo et al., 2017)

Otros de los factores relacionados son el bajo apoyo percibido, la falta de conocimientos y la falta de percepción de vulnerabilidad frente al embarazo. (Frohberg et al., 2022)

De la misma forma, este acontecimiento afecta de forma indirecta a la sociedad, puesto que la desventaja socioeconómica en la que se encuentran estas madres a largo plazo, la mayor predisposición al consumo del alcohol y drogas, así como el fracaso escolar, se transforma en problemas de salud que requieren la satisfacción de

necesidades que implican un mayor coste tanto a nivel sanitario como social. (Noll, Shenk y Putnam, 2009; Noll, Shenk y Putnam, 2009)

El nivel educativo es otra de las grandes problemáticas sociales en torno a este tipo de gestaciones; es un factor bien conocido que, entre aquellas adolescentes con un menor nivel de estudios (primarios y no secundarios), los embarazos son un 33% más frecuentes. De esta forma, los resultados generales se inclinan hacia que (Silva et al., 2020), un 66,7% abandona el sistema educativo cuando ocurre la gestación, tan solo un 20% acaba el instituto y un 3,4% realiza estudios de nivel superior. Sin embargo, algunos autores (Agnafors et al., 2019), han hallado resultados dispares, ya que, a diferencia del resto de estudios, en este caso un 78,5% de las adolescentes completaba su educación secundaria.

Por otro lado, el conocimiento actual confirma que la maternidad durante la adolescencia implica unas mayores complicaciones perinatales tanto para la madre como para el recién nacido, con consecuencias que incluyen gestosis, anemias, infecciones, partos prematuros o tasas mayores de cesáreas. (Coll, 2020)

Aunque la edad de inicio de las relaciones sexuales se haya descrito como un factor conocido para la gestación, varios estudios analizados (Restrepo et al., 2017; Coll, 2020), no muestran una asociación clara y, por tanto, establecen que la edad en sí misma, no es un factor de riesgo biológico.

Asimismo, el estado de vulnerabilidad psicológica en el que se encuentran las adolescentes se ve reflejado por la indiferencia o consentimiento ante las relaciones sexuales y la inmadurez, que conlleva una mayor fragilidad para sufrir coerción, especialmente en los casos de incesto; el 70% de los casos de abuso sexual suele perpetuarse por parte de una persona conocida por la víctima (miembros familiares donde destaca la figura paterna, amigos, personas a cargo del cuidado del menor...). (Acuña, 2014; Coll, 2020)

Aun cuando el perfil sociodemográfico de la adolescente en los casos de incesto no es bien conocido, si que se identifican variables que los diferencian como son las creencias religiosas, la edad de la adolescente (que suele ser menor) o la edad gestacional en el momento del diagnóstico (situándose la media en las 18 semanas de gestación frente a las 14 semanas en los casos de un perpetuador desconocido). (Bessa et al., 2019)

El abusador conocido suele premeditar el abuso, poniendo en práctica herramientas tanto para convencer como para silenciar a la menor, e incluso haciendo uso de drogas para incrementar el libido o provocar un estado de inconsciencia/sedación en la víctima. (Acuña, 2014; Bessa et al., 2019)

El tipo de violencia también fluctúa; para algunos autores (Restrepo et al., 2017) la violencia física es más frecuente entre un abusador desconocido y la psicológica entre los conocidos. En cambio, para otros (Farias et al., 2015), en los incestos la intimidación física y la agresión se dan de forma más frecuente ya que, de esa forma, se reduce la capacidad de auto-defensa de la víctima al haber una relación de confianza e intimidad entre esta y el agresor.

En lo que se refiere a la asistencia profesional, por norma general, el incesto reduce la probabilidad de que las gestantes adolescentes obtengan una asistencia socio-sanitaria íntegra ya que, en muchas ocasiones, el abuso permanece como un secreto familiar, (debido a la estigmatización social o sentimientos de la víctima como el miedo ) lo que hace que se tarde más en notificarlo a las autoridades sanitarias. (Acuña, 2014; Dubber et al., 2015; Restrepo et al., 2017; Bessa et al., 2019)

En estos casos, la concurrencia del control prenatal comienza cuando la situación del entorno familiar se estabiliza, lo que ocurre más o menos durante la segunda mitad de la gestación; esto, se sitúa como uno de los ejes más problemáticos en la atención por parte del equipo de salud ya que, si se establece un buen control a través de programas

especiales desde el comienzo del embarazo, los resultados perinatales son iguales o mejores que los de la mujer adulta. (Restrepo et al., 2017)

Únicamente, uno de los estudios analizados va en contra de esta tendencia, indicando que la notificación del abuso es similar para los casos de incesto que cuando es perpetrado por una persona desconocida (22,9% vs 38,4%). (Bessa et al., 2019)

Se requiere por tanto una atención y abordaje integral desde todos los sectores institucionales, que contemple los principios de confidencialidad, privacidad y escucha activa. (Morillo y Montero, 2010; Restrepo et al., 2017)

El sector sanitario en concreto, tiene un papel estratégico no solo en la detección e intervención de la gestación, sino que también en promover el bienestar materno, puesto que se trata de un momento vital en el que al adolescente no está ni biológica ni psicológicamente preparada para asumir el desarrollo de un embarazo. (Morillo y Montero, 2010; Restrepo et al., 2017)

Informar sobre los casos de ASI es un pilar fundamental para la creación de políticas públicas que puedan proteger y asistir a las víctimas. Para ello, es necesario orientar a los profesionales sanitarios; en los casos de niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, tan solo la sospecha es un factor suficiente como para realizar la denuncia, siendo esta el instrumento necesario para favorecer la protección y prevención, que reduce de forma directa la incidencia, combate las consecuencias, mejora la calidad de vida y reduce los elevados costes de los servicios sanitarios. Los profesionales sanitarios, tienen además la responsabilidad ética, profesional y ciudadana de actuar. (Herd, Higgins, Sicinski y Merjurieva, 2016; Agnafors et al., 2019; Coll, 2020)

A pesar de la que la detección temprana de las situaciones de violencia y embarazo debería estar enmarcada como una acción de cribado rutinario a nivel sanitario, el

estigma y aislamiento social hacen que haya un infra-diagnóstico y una sub-notificación frecuente, lo que revela que los profesionales de la salud tienden a naturalizar el embarazo en este grupo etario, desconociendo sus particularidades. (Herd et al., 2016; Restrepo et al., 2017; Silva et al., 2020) Así, la falta de respuesta institucional en embarazos forzados es una forma de violencia institucional, puesto que se incumple el derecho de la adolescente de recibir la información suficiente como para que decida en libertad. (Coll, 2020)

Cuando se comunica un caso de abuso, es fundamental que el profesional ofrezca una respuesta sin juicios de valor, para que de esa forma, se cree un ambiente de apoyo y clima de confianza en el que la adolescente se sienta preparada para contar la historia claramente cómo sucedió. (Bessa et al., 2019; Silva et al., 2020)

La enfermería, en concreto, requiere de un conocimiento científico sobre la violencia para poder cumplir con su responsabilidad en la relación asistencial como profesional cuidador y educador. (Silva et al., 2020; Vanderkruik, Gonsalves, Kapustianyuk, Allend y Sasy, 2021)

Por otro lado, a los riesgos propios del embarazo en edades tempranas ya analizados, ha de sobre añadirse el impacto emocional, la culpabilización del silenciamiento y la falta de apoyo, que se traducen en adversidades para afrontar la situación tanto durante el embarazo como en el post-parto, con el consecuente riesgo de desarrollo de trastornos mentales. (Acuña, 2014; Centenaro et al., 2015; Aragón, Cubillas y Torres, 2015; Palacios, 2016; Crawford-Jakubiak, 2017; Silva et al., 2020)

La salud mental es una de las esferas de la salud más afectadas tras un ASI; el embarazo no hace a una mujer adulta, sino que hace que una mujer adolescente tenga que hacerse cargo de tareas que no corresponden a su edad biológica ni mental. (Anderson et al., 2020)

De esta forma, se encuentran en una situación de falta de control de su vida, desarrollan una baja autoestima, autoeficacia y sentimientos de impotencia. Además, los trastornos mentales repercuten a todos los niveles de salud a lo largo del ciclo vital, por lo que su aparición durante la adolescencia es considerada como un problema de salud a nivel global. (Palacios, 2016; Frohberg et al., 2022)

Como ya se ha mencionado previamente, las formas de maltrato no van aisladas, sino que se superponen unas con otras, lo que hace que el riesgo de desarrollar pluripatología mental se vea incrementado. (Acuña, 2014)

Para algunas mujeres, estas conductas han sido siempre parte de su vida, por lo que, en muchos casos, el embarazo hace que se vuelva a revivir un trauma que estaba bloqueado. (Palacios, 2016)

Entre los factores de riesgo asociados, los diferentes estudios analizados coinciden en la heterogeneidad: socio-demográficos (menor nivel educativo, socioeconómico, falta de apoyo social, violencia doméstica y edades < 20 años), obstétricos (gestaciones no intencionadas ni deseadas, además de complicaciones obstétricas), psicosociales (episodios depresivos previos, eventos vitales estresantes, violencia, estigma y juicios sociales percibidos). (Grassley et al., 2012; Palacios, 2016; Restrepo et al., 2017; Crawford-Jakubiak, 2017; Fukui et al., 2021)

El ASI no solo aumenta la probabilidad de que se desarrollen trastornos mentales durante la gestación, sino que además, hace que la sintomatología sea más severa, disminuyendo así la calidad de vida. (Crawford-Jakubiak, 2017; Frohberg et al., 2022)

Entre las patologías más prevalentes se encuentra la depresión post-parto (36,3%), la ansiedad (11,9%), el estrés post-traumático (7,4%) y la ideación suicida (19,3%) para el abuso físico, mientras que para el abuso psicológico las adicciones (5,9%) y el trastorno

bipolar (3,7%). (Coelho et al., 2013; Centenaro et al., 2015; Restrepo et al., 2017; Frohberg et al., 2022)

Como arriba se expone, la depresión post-parto (DPP), es el trastorno mental predominante tras una gestación; se define como un episodio de ánimo depresivo y/o anhedonia, de etiología multifactorial, que se caracteriza por sintomatología somática (fatigabilidad, cambios en el apetito y en el patrón sueño-vigilia), sentimientos de culpa, dificultad para tomar decisiones, sintomatología psicótica e incluso ideación suicida. (Aragón et al., 2015)

Aparece en 1/6 mujeres, y, aunque comparte las mismas características que sí aparece durante otro periodo vital, entre las adolescentes, es 2-3 veces más frecuente, situándose la prevalencia en un 67%, lo que supone un riesgo aumentado para el desarrollo de eventos adversos durante el parto y el vínculo. (Aragón et al., 2015; Restrepo et al., 2017; Chejter, 2018; Ariza, 2019; Coll, 2020)

En cuanto a su periodo de aparición existen opiniones dispares: Chejter (2018), comparte la tendencia común de que se da durante las cuatro primeras semanas tras el parto. Sin embargo, los resultados de otros estudios (Acuña, 2014; Coll, 2020), indican que la depresión tras el parto es igual de común que durante la gestación, destacando que aparece durante el tercer trimestre del embarazo y se extiende hasta los 2-3 meses posteriores, siendo además la sintomatología más severa durante la gestación. Para unos últimos autores (Ariza, 2019), puede iniciarse hasta un año tras el parto.

A pesar de ser uno de los riesgos a los que la gestante adolescente está más expuesta, los estudios sobre la DPP son limitados y hacen con mayor frecuencia referencia a su aparición durante la gestación y no en el periodo del posparto. (Chejter, 2018)

Por otra parte, la sintomatología depresiva está directamente relacionada con perfiles sociodemográficos y raciales, además de con una falta de apoyo social, abuso emocional y dependencia del sistema sanitario. (Grassley et al., 2012; Frohberg et al., 2022)

Sobre los factores sociodemográficos, la edad materna presenta una relación inversa (a menor edad, mayor probabilidad de desarrollar depresión), además, las desventajas socioeconómicas y el menor nivel educativo son dos factores muy relacionados con su aparición (por un lado, un embarazo puede contribuir al deterioro socioeconómico y, por otro, un entorno social desfavorable puede desencadenar un embarazo no deseado). (Grassley et al., 2012; Fukui et al., 2021; Aragón et al., 2015)

Asimismo, en cuanto al factor étnico, algunos autores (Ashby et al., 2016), opinan que la raza negra presenta una mayor predisposición (48% vs 28%), mientras que otros (Nunes et al., 2013) no hay una asociación directa entre la raza y la prevalencia de sintomatología depresiva. Nuevamente, el caso de EEUU es un buen indicador de esta relación, ya que, a pesar de ser un país desarrollado, entre un 46-54% de las adolescentes desarrollan DPP, dado que la mayoría pertenecen a la raza negra.

Por último, la aparición de síntomas depresivos durante la propia gestación es uno de los principales factores de riesgo, que se relaciona con la intencionalidad del embarazo. De la misma forma que la raza, algunos autores (Nunes et al., 2013) no asocian el deseo de la gestación con la depresión, a diferencia de otros (Ashby et al., 2016), que sí lo hacen.

Cabe destacar que, a mayor sintomatología depresiva, menor es la confianza de la adolescente en su capacidad para maternar. (Chejter, 2018)



Una identificación temprana es clave para prevenir y atenuar tanto los síntomas como las comorbilidades asociadas (entre las que destaca la dificultad en el establecimiento del vínculo materno-filial) ; para ello, resulta fundamental reconocer las necesidades de salud mental de las adolescentes y diferenciarlas de las adultas. (Grassley et al., 2012; Fukui et al., 2021)

Debido a la falta de servicios e intervenciones a nivel primario (que supone el pilar fundamental en la intervención ante trastornos mentales puesto que permite establecer una relación regular y a largo plazo con el individuo), la asistencia sanitaria de la gestación adolescente se basa en aspectos físicos, dejando a un lado la salud mental. (Sena et al., 2014)

Además, aunque se han desarrollado diferentes herramientas de screening, estas no son específicas para la población adolescente, por lo que se hace difícil su diagnóstico. (Sena et al., 2014; Vanderkruik et al., 2021; Aragón et al., 2015)

Citado anteriormente, la psicopatología, es un factor de riesgo conocido para el establecimiento del vínculo materno – filial, ya que supone el nexo de unión entre dicho vínculo y los ASI, que, por sí mismos, no presentan una asociación directa. (Grassley et al., 2012; Acuña, 2014). De la misma forma, el vínculo que desarrolle la madre con su feto durante el embarazo, es un predictor de gran importancia para el posterior desarrollo de la DPP. (Obikane et al., 2020)

El vínculo materno - filial es un estado materno afectivo, subjetivo y emocional, que engloba el apego, las conductas de interacción y maternidad, la competencia parental y la auto-eficacia; biológicamente, es una función de nutrición y protección que cubre las necesidades físicas y emocionales de su hijo. Constituye uno de los vínculos más importantes a lo largo de todo el ciclo vital, comienza en la gestación y se va estableciendo de forma gradual y lenta, de manera que permite una adaptación mutua entre la madre y el recién nacido. (Acuña, 2014; Obikane et al., 2020; Palacios, 2016)

De por sí, la maternidad durante la adolescencia se caracteriza por ser menos comunicativa y sensitiva, entre otros, por factores socioeconómicos y demográficos, además de por la inmadurez psicológica, que disminuye la capacidad para manejar el estrés social y genera una menor aceptación hacia el recién nacido. (Nunes et al., 2013; Acuña, 2014; Aragón et al., 2015)

Las alteraciones en el vínculo ocurren cuando la madre adolescente no puede construir un lazo emocional con su hijo y se define como “una alteración en la respuesta emocional materna presente en la interacción temprana tras el parto y durante el primer año del posparto”. (Coll, 2020)

Existe un perfil materno que predispone a dichas alteraciones; psicopatología materna, edad joven, bajo nivel educacional y/o socioeconómico, falta de apego prenatal con el feto por ser un embarazo no deseado, escaso apoyo social y primiparidad. (Acuña, 2014; Crawford-Jakubiak, 2017; Coll, 2020)

A pesar de que la perspectiva de Obikane et al., (2020), que reconocen los efectos de la DPP tanto en la salud materna como fetal, pero establecen que todavía se desconoce el efecto que esto puede tener en el establecimiento de un vínculo estable, el resto de estudios analizados, indican que: la DPP agrava todavía más esta situación, dado que se desarrollan técnicas de crianza menos consistentes, basadas en la ansiedad y frustración, donde se compromete el desarrollo cognitivo del recién nacido y el vínculo hacia el mismo (con sentimientos de irritabilidad, hostilidad, impulsos agresivos o sentimientos de rechazo), alterando así la estabilidad y bienestar familiar, (Noll et al., 2009; Aragón et al., 2015; Helk et al., 2017; Vanderkruik et al., 2021) además de conllevar consecuencias a largo y corto plazo, como por ejemplo, una interrupción precoz de la lactancia materna exclusiva (LME). (Morillo et al., 2010; Patel et al., 2012)

En otro orden de ideas, la formación del vínculo está influenciada tanto por la actitud materna como por la del recién nacido, así como por las condiciones en las que se ha producido el embarazo (Fukui et al., 2021): las gestaciones no deseadas dificultan el establecimiento del vínculo que, a su vez, influye de forma negativa en diversos aspectos como por ejemplo la incapacidad de la madre para incorporarse a la formación educativa y, por tanto, generar inestabilidad económica e influenciar en la salud mental materna. (Patel et al., 2012)

De la misma forma, el parto es considerado como el inicio del encuentro maternal, donde se da la adquisición de un nuevo rol social para la adolescente. El momento inmediato en el que se da a luz es por tanto el momento más crítico para el establecimiento del vínculo ya que el sistema hormonal de la madre se estimula con la presencia del bebé. (Acuña, 2014; Centenaro et al., 2015)

En relación con esta última cuestión, es importante considerar que, la fisiología es importante pero no suficiente como para garantizar un buen vínculo, puesto que se requieren tanto conductas como respuestas afectivas (Aragón et al., 2015): el contacto piel con piel, así como el amamantamiento promueven la liberación de oxitocina, que tranquiliza a la madre y la hace más receptiva (Acuña, 2014). Además, los primeros cuidados que se proporcionan al recién nacido, la manera en la que la madre lo coge o la presentación del mundo son algunas de las bases para conocer la efectividad con la que se establecerá el vínculo. (Aragón et al., 2015)

La enfermera es la encargada principal de brindar los cuidados en el momento del parto, lo que la establece como una figura fundamental para favorecer la creación de este vínculo, intentando identificar las barreras existentes y evitar todos los factores que supongan un obstáculo. (Aragón et al., 2015)

Pese a la importancia del vínculo, hasta la fecha no existe literatura suficiente que establezca una clasificación diagnóstica de alteración del vínculo como un desorden

psicológico (Acuña, 2014; Aragón et al., 2015). Igualmente, se ha encontrado un retraso significativo en la producción científica sobre la vinculación, especialmente entre aquellos países en desarrollo. (Acuña, 2014)

Siguiendo con el razonamiento ya expuesto, uno de los procesos más alterados por un mal vínculo en las gestaciones adolescentes es la lactancia materna (LM); esta puede identificarse tanto como factor protector como de riesgo. Por una parte, facilita la formación del vínculo emocional ya que provoca una mayor respuesta y sensibilidad materna hacia el bebé. Por otro lado, la lactancia puede considerarse como un factor de cesación temprana en la formación de dicho vínculo. (Aragón et al., 2015)

Ahora bien, la LM es considerada como la mejor forma de alimentación natural por razones tanto económicas (recurso de bajo coste), como biológicas (factor de protección celular y humoral, reduce la tasa de morbimortalidad infantil, mejora el desarrollo cognitivo) y afectivas (fortalece el vínculo al brindar un espacio de contacto íntimo). De forma ideal, debería ser exclusiva hasta los seis meses de edad y complementada con alimentación hasta los 2 años. (Sena et al., 2014; Coll, 2020)

Actualmente, es un indicador del nivel de bienestar de una sociedad, especialmente entre las comunidades que disponen de menos recursos, donde esta práctica es la única forma de alimentación. (Sena et al., 2014)

No obstante, debido al periodo vital en el que se encuentran, las adolescentes deben asumir en poco tiempo su salud sexual y reproductiva, autocuidado y relaciones afectivas con su recién nacido. Este hecho, junto al desconocimiento y la falta de experiencia, hace a las madres sentir una sobrecarga emocional que convierte un proceso satisfactorio, en un evento angustiante. (Sena et al., 2014; Morillo et al., 2010; Coll, 2020)

Al contrario de lo aquí expuesto, el estudio realizado por Pinilla, Domínguez y García (2014) revela que la actitud positiva o negativa de la adolescente hacia la lactancia depende de su nivel de desarrollo (edad, escolaridad), entorno social e intencionalidad del embarazo.

Son múltiples los factores que influyen en la duración de la LM; en primer lugar, una buena experiencia durante el parto se asocia no solo a un inicio precoz, sino que además a una mayor duración. En segundo lugar, el contacto piel con piel, que facilita su instauración a la vez que fomenta el vínculo. (Pinilla et al., 2014)

La práctica además se relaciona de forma directa con el nivel educativo, así, aquellas adolescentes con mayor nivel de escolaridad tienden a tener un mayor compromiso con la lactancia, favoreciendo tanto el cumplimiento del rol maternal como el desarrollo del lactante. Entre todos los factores, la producción insuficiente de leche es la principal causa de abandono. (Sena et al., 2014)

Aun con los amplios beneficios a nivel sanitario, el abandono de la LM suele darse de forma precoz durante los primeros 1-4 meses en el 75% de los casos. (Pinilla et al., 2014; Sena et al., 2014)

Es por ello que incrementar el número de recién nacidos lactados mediante LME se ha convertido en una prioridad a nivel nacional, expresado a través de los objetivos “Healthy People 2020”. (Grassley et al., 2012)

La LM, a pesar de ser un acto natural, también es un comportamiento que se aprende y que requiere de un apoyo activo para instaurarla y mantenerla. Para ello, tanto la familia como el personal sanitario conforman un papel clave en la promoción del desarrollo y continuación de la LM, al constituir la fuente principal de información y educación. Por otra parte, la hospitalización intraparto y el control prenatal se

establecen como los dos momentos propicios para desarrollar esta educación sanitaria. (Grassley et al., 2012; Pinilla et al., 2014; Sena et al., 2014)

Esta actuación no puede basarse en los conocimientos existentes y en los cuidados que se ofrecen a las madres adultas, sino que debe ser una atención especializada por edad, entre otras, porque las adolescentes tienen necesidades especiales, sobre las que destaca la falta de conocimiento, que hace que el nacimiento sea visto desde una percepción errónea como un acontecimiento estresante y doloroso. (Coelho et al., 2013)

La falta de conocimiento se asocia a la tendencia de las adolescentes a no acudir a las clases de preparación prenatales, por lo que no reciben la educación básica y práctica sobre los beneficios y herramientas para el éxito en el amamantamiento. (Centenaro et al., 2015)

Como la mayoría de perfiles son aquellos en los que el embarazo no era deseado, una intervención beneficiosa, sería la de elaborar un programa de educación dedicado a adolescentes gestantes y a aquellas que no han tenido la oportunidad de recibir educación maternal, contando con el apoyo e involucración de la familia, además de compartir experiencia con otras adolescentes en su misma situación. (Centenaro et al., 2015; Pinilla et al., 2014)

Aun con toda la literatura revisada, se observa una falta de estudios e investigaciones sobre la continuación de la lactancia materna entre las adolescentes una vez abandonan el hospital, así como que todavía no se ha desarrollado un plan específico ni intervenciones dirigidas a madres adolescentes. De la misma forma, ha de tenerse en cuenta que el desarrollo de esta función va a depender de la percepción de cada enfermera sobre la labor que debe desarrollar, su conocimiento y entendimiento en la experiencia del parto adolescente. (Grassley et al., 2012; Fukui et al., 2021)

Dicho anteriormente, el momento del parto se sitúa como uno de los más importantes y eficaces a la hora de poner en práctica técnicas que favorezcan el inicio de la lactancia materna, por lo que se establece que ambos eventos están estrechamente relacionados. (Grassley et al., 2012)

Así pues, el parto constituye un momento de significancia psicológica incuestionable, pues es irreversible y demarca el final del embarazo, con la consiguiente responsabilidad de cuidar y promover el desarrollo de un nuevo ser humano. Es un momento imprevisible, desconocido e incontrolable que despierta muchos miedos entre las madres adolescentes. (Grassley et al., 2012; Centenaro et al., 2015)

La situación de vulnerabilidad incrementa además en los casos de un embarazo por abuso sexual en la infancia, puesto que la violencia se cronifica y se reconoce el parto como un evento no deseado por revivir la experiencia traumática de la violación. (Helk et al., 2017)

Las inseguridades y miedos entre las gestantes adolescentes durante el parto presentan un curso fluctuante; Centenaro et al., (2015), promueven la idea de que las variaciones se basan en la etapa de la adolescencia en la que se da el embarazo, de esta forma, durante la primera adolescencia las preocupaciones giran entorno al dolor, en la segunda sobre los cambios físicos y en la última etapa en cambio, se asemejan más a los de la mujer adulta. En cambio, otros autores (Helk et al., 2017; Souto et al., 2017; Acuña, 2014), basan las inseguridades y miedos en condiciones socioeconómicas e inequidades, estableciendo al perfil de la adolescente que da a luz las siguientes características; mujeres de raza negra, inadecuado control prenatal, menor ganancia de peso, pobreza y bajo nivel educativo.

La experiencia vivida durante el parto tiene pues consecuencias a corto y largo plazo en la salud y bienestar de las mujeres. Así, se ha demostrado que una buena experiencia influye de forma positiva en la adaptación a la nueva situación de maternidad, mientras que experiencias traumáticas o negativas conllevan repercusiones como: mayores prevalencias de DPP, peor establecimiento del vínculo, aumento de la tasa de partos pretérmino y mayor mortalidad perinatal. (Helk et al., 2017; Souto et al., 2017; Acuña, 2014)

Las condiciones que determinan la vivencia de dicha experiencia varían; por un lado, existe la concepción de que los resultados perinatales adversos son un reflejo de la relación existente entre las pobres condiciones socioeconómicas y el embarazo adolescente. Por otro lado, se establece que el embarazo durante la adolescencia no es un factor de riesgo en sí mismo si hay un buen control prenatal. Por último, hay autores que dicen que el embarazo no es un riesgo intrínseco para las adolescentes comprendidas entre las edades de 16-19 años, pero que sin embargo sí lo es para las menores de 16 años, donde además, se deben sobre añadir otros factores de riesgo como el bajo nivel socioeconómico, la raza o una falta de control prenatal adecuado. (Souto et al., 2017; derson et al., 2020)

Otro aspecto a considerar es que el parto entre las gestantes adolescentes no suele estar planificado, además de que varía la preferencia sobre el tipo de parto que se desea vivir; por un lado, en los estudios (Centenaro et al., 2015) se presenta una mayor predisposición por el parto vaginal, entre otras, por la mayor rapidez de recuperación y el miedo a las posibles secuelas de un parto instrumentalizado. Por otro lado (Grassley et al., 2012; Centenaro et al., 2015; Souto et al., 2017; Anderson et al., 2020), el parto es una experiencia que hace revivir el trauma de la violación, que, sumado al miedo al dolor, hace que incremente la preferencia por una cesárea.

Entre las jóvenes, debido a la falta de confianza en sí mismas, la opinión tanto del entorno social como de los profesionales sanitarios influye en la toma de decisiones.



Así pues, el comportamiento y la actuación de los profesionales en este momento es clave, destacando su necesidad de actuación para brindar experiencias positivas de parto y crear una relación basada en el respeto, cuidado y soporte. (Grassley et al., 2012)

## 6. CONCLUSIONES

1. Las modalidades de abuso son variadas; destaca el de tipo sexual, que, en la mayor parte de los casos, se da bajo situaciones de violencia intrafamiliar y/o negligencia, considerado además como principal determinante de la gestación adolescente.
2. Las concepciones sociales basadas en diferencias de género, hacen que las mujeres sean más susceptibles de ser abusadas durante la infancia, atentando así contra su libertad, dignidad y afectando a todas las esferas de salud a corto y largo plazo.
3. La adolescencia es un periodo de desarrollo biopsicosocial donde la gestación, implica una maternidad precoz, que es considerada función de la edad adulta.
4. Los países con bajos o medios recursos socioeconómicos son los que presentan una prevalencia aumentada de embarazos adolescentes, con perfiles que oscilan la edad de 17 años y habiendo diferencias étnicas.
5. La interrupción de la escolaridad se traduce en un aplanamiento de las perspectivas futuras de la vida de la adolescente embarazada, con consecuencias que se traducen en una baja salud mental, estrés psicológico intraparto y deterioro del vínculo.
6. Las madres adolescentes presentan un riesgo incrementado de padecer patologías mentales, entre las que destaca el trastorno de componente depresivo, por ser el más prevalente.
7. La DPP es un trastorno infradiagnosticado, entre otros, por la falta de recursos de evaluación y diagnóstico, así como por la presencia limitada de estudios en el periodo del postparto.
8. Aunque el periodo de aparición de la DPP es variable en el tiempo, la presencia de sintomatología depresiva durante la gestación es el mejor predictor para su posterior desarrollo y, el abuso sexual, el factor que más influye en la severidad de sus síntomas.

9. La psicopatología del postparto constituye el nexo de unión entre el vínculo y los abusos, que, por sí mismos, no presentan una asociación directa.
10. Los vínculos desarrollados son menos estables, ya que se forman en torno a técnicas de crianza menos consistentes, sustentadas en la ansiedad y frustración de la situación que originó el embarazo.
11. Las inseguridades y miedos ante el parto varían atendiendo a la etapa de la adolescencia, sin embargo, destaca la preferencia por el parto vía vaginal.
12. La preparación prenatal proporciona los conocimientos suficientes como para que la adolescente sienta control sobre su propio parto y perciba su dignidad respetada por el equipo sanitario, contribuyendo así a una experiencia satisfactoria del mismo.
13. A medida que aumenta la edad materna, se prolonga el tiempo que perdura la LM, entre otras, porque debido al desconocimiento, el amamantamiento es considerado como una experiencia angustiante al percibir una escasa producción de leche.
14. Existe una falta de estudios e investigaciones sobre la continuación de la LM entre adolescentes una vez abandonan el hospital, así como de planes e intervenciones específicas dirigidas a este grupo etario.
15. El sistema sanitario es estratégico en práctica asistencial; debido a las necesidades propias, las inequidades, la falta de conocimientos entre profesionales y las barreras de acceso a los servicios sanitarios de las adolescentes, la problemática requiere ser abordada desde una perspectiva interdisciplinar que incluya cuidados multidimensionales basados en una atención individualizada y libre de juicios.
16. La labor de las enfermeras intraparto y las consultas prenatales son una oportunidad para actuar y promocionar la salud entre las gestantes adolescentes, que, asociadas a una buena educación sanitaria, suponen la base para conseguir un desarrollo de embarazo natural.

17. El estigma y aislamiento social hacen que haya un infra-diagnóstico de los casos, de esta forma, informar sobre la detección de casos es fundamental para poder crear políticas públicas que puedan proteger y asistir a las víctimas.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acuña Navas, M.J. (2014). Abuso sexual en menores de edad: generalidades, consecuencias y prevención. *Medicina Legal de Costa Rica*, 31(1), 57-69. Recuperado de: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152014000100006&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152014000100006&lng=en&tlng=en).

Agnafors, S., Bladh, M., Svedin, C. G., y Sydsjö, G. (2019). Mental health in young mothers, single mothers and their children. *BMC psychiatry*, 19(1), 112. Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2082-y>

Anderson, C. A., y Ghirmazion, E. (2020). The Adolescent Birth Experience: A Comparison of Three Diverse Groups. *The Journal of perinatal education*, 29(4), 197–207. Recuperado de: <https://doi.org/10.1891/J-PE-D-19-00027>

Aragón Núñez, M.T., Cubillas Rodríguez, I., y Torres Díaz, A. (2015). Maternidad en la adolescencia y lactancia. *Revista Enfermería Docente*, 104 (1), 49-54. Recuperado de: <http://www.index-f.com/edocente/104pdf/10449>

Ariza Navarrete, S. (2019). Acceso a la justicia: abusos sexuales y embarazos forzados en niñas y adolescentes menores de 15 años. *Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/argentina/media/7211/file/Acceso%20a%20la%20Justicia.pdf>

- Ashby, B., Ranadive, N., Alaniz, V., St. John-Larkin, C., y Scott, S. (2016). Implications of Comprehensive Mental Health Services Embedded in an Adolescent Obstetric Medical Home. *Maternal & Child Health Journal*, 20 (6), 1258-1265. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s10995-016-1927-y>
- Bessa, M. M. M., Drezett, J., Adami, F., Araújo, S. D. T., Bezerra, I. M. P., y Abreu, L. C. (2019). Characterization of Adolescent Pregnancy and Legal Abortion in Situations Involving Incest or Sexual Violence by an Unknown Aggressor. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55 (8), 474. Recuperado de: <https://doi.org/10.3390/medicina55080474>
- Centenaro Levandowski, D., Helena Marin, A., Da Silva Pereira, C., y Golembiewski Mendes, M. (2015). ¡Llegó la hora! Expectativas y experiencias de parto de adolescentes embarazadas. *Revista de Psicología (PUCP)*, 33(2), 333-361. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0254-92472015000200004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472015000200004&lng=es&tlng=es).
- Chejter, S. (2018). Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia. *Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/argentina/media/3961/file/Abusos%20sexuales%20y%20embarazo%20forzado%20en%20la%20niñez%20y%20adolescencia.pdf>
- Coelho, F. M. C., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Quevedo, L. Á., Souza, L. D. M., Castelli, R. D., . . . Pinheiro, K. A. T. (2013). Major depressive disorder during teenage pregnancy: Socio-demographic, obstetric and

psychosocial correlates. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 35(1), 51-56.  
DOI:10.1016/j.rbp.2012.03.006

Coll, A. (2020). Embarazo en la adolescencia ¿Cuál es el problema?.  
*Adolescencia y juventud en América Latina (Universidad de Namibia)*,  
425-443. Recuperado de:  
[https://ccp.ucr.ac.cr/cursos/icamacho/public\\_html/sociopob\\_II\\_03/cont  
enido/embadolesc.pdf](https://ccp.ucr.ac.cr/cursos/icamacho/public_html/sociopob_II_03/contenido/embadolesc.pdf)

Crawford-Jakubiak, J. E., Alderman, E. M., Leventhal, J. M., COMMITTEE ON  
CHILD ABUSE AND NEGLECT, & COMMITTEE ON ADOLESCENCE. (2017).  
Care of the Adolescent After an Acute Sexual Assault. *Pediatrics*, 139(3),  
e20164243. Recuperado de: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-4243>

De Cassia Andrade Neiva Santos, R., Magalhães da Silva, R., Veraci Oliveira  
Queiroz, M., Furtado Jorge, H.M., y Veras Morais Brilhante, A. (2018).  
Realities and perspectives of adolescent mothers in their first pregnancy.  
*Revista Brasileira de Enfermagem*, 71 (1), 65-72. Recuperado de:  
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0444>

Dubber, S., Reck, C., Müller, M., y Gawlik, S. (2015). Postpartum bonding: the  
role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during  
pregnancy. *Archives of women's mental health*, 18(2), 187–195.  
Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0445-4>

España. Jefatura del Estado. (2021). *Ley de protección integral a la infancia y la  
adolescencia frente a la violencia ( Ley 8/2021 )*. Madrid: BOE.  
Recuperado de:  
<https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8/dof/spa/pdf>

- Farias Cabral, A.C., Santos Araújo, V., Silva Braga, L., Abrantes Cordeiro, C., Nascimento de Moraes, M., y Dias, M.D. (2015). Perceptions of pregnancy in pregnant adolescents. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, 7(2), 2526-2536. Recuperado de: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2526-2536>
- Frohberg, J., Bittner, A., Steudte-Schmiedgen, S., Junge-Hoffmeister, J., Garthus-Niegel, S., y Weidner, K. (2022). Early Abusive Relationships-Influence of Different Maltreatment Types on Postpartum Psychopathology and Mother-Infant Bonding in a Clinical Sample. *Frontiers in psychiatry*, 13, 836368. Recuperado de: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.836368>
- Frohberg, J., Bittner, A., Steudte-Schmiedgen, S., Junge-Hoffmeister, J., Garthus-Niegel, S., y Weidner, K. (2022). *Primary diagnoses of the sample* [imagen]. Recuperado de: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.836368>
- Fukui, N., Motegi, T., Watanabe, Y., Hashijiri, K., Tsuboya, R., Ogawa, M., Sugai, T., Egawa, J., Enomoto, T., y Someya, T. (2021). Perceived parenting before adolescence and parity have direct and indirect effects via depression and anxiety on maternal-infant bonding in the perinatal period. *Psychiatry Clin Neurosci.*, 75(10), 312-317. DOI: 10.1111/pcn.13289.
- Grassley, J. S., y Sauls, D. J. (2012). Evaluation of the supportive needs of adolescents during childbirth intrapartum nursing intervention on adolescents' childbirth satisfaction and breastfeeding rates. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 41(1), 33-44. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01310.x>



Helk Souza, L., Sperli Geraldés Soler, Z.A., Sperli Geraldés Santos, M.L., y Sperli Geraldés Marin Dos Santos Sasaki, N. (2017). Puerperae bonding with their children and labor experiences. *Invest Educ Enferm*, 35(3), 364-371. DOI: 10.17533/udea.iee.v35n3a13. PMID: 29767917

Herd, P., Higgins, J., Sicinski, K., y Merjurieva, I. (2016). The Implications of Unintended Pregnancies for Mental Health in Later Life. *American Journal of Public Health*, 106 (3), 421-429. Recuperado de: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302973>

Nunes, A., y Phipps, M. (2013). Postpartum Depression in Adolescent and Adult Mothers: Comparing Prenatal Risk Factors and Predictive Models. *Maternal & Child Health Journal*, 17 (6), 1071-1079. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1089-5>

Nunes, A., y Phipps, M. (2013). *Comparison of general and adolescent specific predictive models among adolescents* [imagen]. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1089-5>

Noll, J., Shenk, C. y Putnam, K. (2009). Childhood Sexual Abuse and Adolescent Pregnancy: A Meta-analytic Update. *Journal of Pediatric Psychology*, 34 (4), 366-378. Recuperado de: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn098>

Morillo, J.B., y Montero, L. (2010). Lactancia materna y relación materno filial en madres adolescentes. *Enfermería Global*, (19). Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010000200019&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200019&lng=es&tlng=es).

Obikane, E., Watanabe, K., Nishi, D., y Kawakami, N. (2020). Association between personal values in adolescence and impaired bonding relationship with children. *BMC Psychol*, 8(1), 98. DOI: 10.1186/s40359-020-00463-9.

Palacios-Hernández, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno- infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(2), 164-176. Recuperado de: <https://doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016001>

Patel, P., y Sen, B. (2012). Teen Motherhood and Long-Term Health Consequences. *Maternal & Child Health Journal*, 16 (5), 1063-1071. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0829-2>

Pinilla Gómez, E., Domínguez Nariño, C. C., y García Rueda, A. (2014). Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. *Enfermería Global*, 13(1), 59–82. Recuperado de: <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.1.17146>

Pinilla Gómez, E., Domínguez Nariño, C. C., y García Rueda, A. (2014). *Factores que influyen en la lactancia materna* [tabla]. Recuperado de: <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.1.171461>

Restrepo, M., Trujillo, L., Restrepo, D., Torres de Galvis, Y., y Sierra, G. (2017). Abuso sexual y situaciones de negligencia como factores de riesgo de embarazo adolescente . *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46 (2), 74-81. ISSN 0034-7450. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.05.004>.

Restrepo, M., Trujillo, L., Restrepo, D., Torres de Galvis, Y., y Sierra, G. (2017). *Percentage distribution of history of physical and sexual abuse and neglect in childhood* [imagen]. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.05.004>.

Sena Barrios, A., Rivera Rivadulla, R., Díaz Guzmán, E., Hernández Domínguez, B., y Armas Ramos, N. (2014). Caracterización de la lactancia materna en madres adolescentes. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 18(4), 574-589. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-3194201400400004&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-3194201400400004&lng=es&tlng=es).

Sena Barrios, A., Rivera Rivadulla, R., Díaz Guzmán, E., Hernández Domínguez, B., y Armas Ramos, N. (2014). *Causas de suspensión de lactancia materna* [tabla]. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-3194201400400004&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-3194201400400004&lng=es&tlng=es).

Silva, A. J. C. D., Trindade, R. F. C. D., y Oliveira, L. L. F. (2020). Presumption of sexual abuse in children and adolescents: vulnerability of pregnancy before 14 years. *Revista brasileira de enfermagem*, 73 Suppl 4, e20190143. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0143>

Souto, R. M. C. V., Porto, D. L., Pinto, I. V., Vidotti, C. C. F., Barufaldi, L. A., Freitas, M. G., Silva, M. M. A. D., y Lima, C. M. (2017). Rape and pregnancy of girls aged up to 13 years in Brazil: characteristics and implications in health during gestation, delivery and childbirth. *Ciencia & saude coletiva*, 22(9), 2909–2918. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13312017>

Vanderkruik, R., Gonsalves, L., Kapustianyk, G., Allend, T., y Sasy, L. (2021). Mental health of adolescents associated with sexual and reproductive outcomes: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 99 (5), 359-373. Recuperado de: <https://doi.org/10.2471/BLT.20.254144>

8. ANEXOS

8.1. Anexo 1: Criterios para diagnosticar un desorden en el vínculo

Tipo	Descripción	Criterios
<b>Desorden leve</b>	Estas madres experimentan un retraso en el desarrollo, ambivalencia o pérdida de la respuesta afectiva maternal hacia su recién nacido	<p>Los criterios A hasta el D deben ser positivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. La madre expresa decepción sobre su respuesta emocional.</li> <li>b. Los criterios para amenaza de rechazo o rechazo establecido no se cumplen.</li> <li>c. El desorden ha durado por lo menos una semana.</li> <li>d. Las emociones son percibidas por la madre como causas de estrés y han ocasionado que busque ayuda de su familia o de profesionales.</li> </ul>
<b>Desorden Severo</b> (Rechazo del recién nacido)	Estas madres carecen de una respuesta emocional positiva hacia su bebé, además de que han desarrollado un deseo por renunciar o deshacerse del mismo.	<p>Amenaza de Rechazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. El bebé no es deseado por la madre en el momento de la evaluación y el deseo materno se orienta hacia una transferencia temporal de su cuidado.</li> <li>b. Las madres carecen de una significativa aversión hacia el bebé y no han experimentado un deseo para que el bebé “desaparezca”.</li> </ul> <p>Rechazo establecido: Los criterios A, B o C son necesarios para el diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. La madre expresa desagrado, resentimiento y odio por su bebé.</li> <li>b. La madre expresa su deseo por deshacerse del cuidado de su bebé de forma permanente.</li> <li>c. La madre ha experimentado un deseo de que su bebé desaparezca.</li> </ul>

Palacios-Hernández, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno- infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(2), 164-176. Recuperado de: <https://doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016001>

## 8.2. Anexo 2: Indicadores de abusos sexuales para el sistema de salud

Indicadores específicos	Indicadores inespecíficos
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lesiones y/o sangrados anales o vaginales, cicatrices, inflamaciones.</li> <li>● Embarazo.</li> <li>● Cultivos positivos para Neisseria Gonorrhoeae, serología positiva para sífilis o VIH (descartada la transmisión vertical).</li> <li>● Otras infecciones de transmisión sexual.</li> <li>● Presencia de espermatozoides o líquido seminal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trastornos psicosomáticos.</li> <li>● Dolores abdominales recurrentes.</li> <li>● Dolores de cabeza sin causa orgánica.</li> <li>● Infecciones urinarias reiteradas.</li> <li>● Flujo vaginal.</li> <li>● Enuresis secundaria.</li> <li>● Trastornos de la conducta alimentaria: bulimia y anorexia.</li> </ul>
Indicadores de salud mental	Indicadores inespecíficos de embarazo producto de abusos sexuales
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reacción de estrés postraumático.</li> <li>● Sobreadaptación.</li> <li>● Conductas autoagresivas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Edad de la niña o adolescente embarazada por debajo de los 15 años.</li> <li>● Consulta tardía.</li> <li>● Rechazo del embarazo.</li> <li>● Ataques de ansiedad.</li> <li>● Ocultamiento, ambigüedad y contradicción acerca de la identidad del cogestante, tanto por parte de la niña o adolescente como por parte de quienes acompañan.</li> <li>● Rechazo del bebé o graves dificultades para establecer vínculo.</li> </ul>

Chejter, S. (2018). Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia. *Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia*. Recuperado de:

<https://www.unicef.org/argentina/media/3961/file/Abusos%20sexuales%20y%20embarazo%20forzado%20en%20la%20niñez%20y%20adolescencia.pdf>

### 8.3. Anexo 3: Pautas orientativas para los equipos de salud en las entrevistas de valoración de sospecha de abuso sexual

#### PAUTAS GENERALES

- En el comienzo de toda entrevista, debe explicarse quién es la persona que entrevista (presentarse), los motivos de la entrevista y qué se espera de la misma.
- En la entrevista, siempre es importante no perder de vista que quien debe ser atendido es, en primer lugar, el niño o niña o adolescente. Aunque también pueda ser necesario generar respuestas para madres y padres u otras personas adultas que acompañan.
- En muchas situaciones de abusos sexuales, no hay daño físico ostensible y los indicadores de sospecha más importantes son de carácter comportamental.
- Es importante no dejar pasar las actitudes y palabras de quienes acompañan, que por cualquier razón resulten inconsistentes y/o generen alguna sospecha o inquietud. Puede ser, por ejemplo, que no expresen angustia o que parezca impostada su conducta o que se observe una mirada, un gesto, que actúe como freno para que una niña o niño o adolescente pueda expresar algo.
- Evitar confrontamientos con la madre, padre o adultos que acompañan. Sí registrar y observar sus actitudes, ya sean colaborativas o evasivas.
- No pedir al niño o niña o adolescente que relate lo que pasó delante de la persona que se sospecha que puede ser la abusadora.
- Tener en cuenta que las víctimas de abuso sexual pueden tenerle miedo o rechazo y, al mismo tiempo, querer y sentir apego por su abusador que puede ser, por ejemplo, su progenitor.
- Creer siempre en el relato de del niño, niña o adolescente. Y si no se cree, pensar en las razones para ello. En este sentido, es muy importante una tarea sobre las propias creencias de profesionales e integrantes de los distintos equipos.
- En caso que no se den cuenta de todas las situaciones que son relevantes (en relación con los indicadores) preguntar de manera natural, dando la misma importancia a todos los datos que aporte la víctima, sin enfatizar ni jerarquizar ninguno en particular.

## PAUTAS ESPECÍFICAS PARA LA ENTREVISTA A NIÑAS/NIÑOS/ADOLESCENTES

- Cómo realizar estas entrevistas depende en primer lugar de la edad y el momento evolutivo del entrevistado.
- Debe adaptarse el lenguaje a su comprensión; debe siempre explicarse quién es la persona que entrevista y por qué están hablando.
- Hacer la entrevista sin la presencia de adultos, ni de terceras personas.
- Aclarar e insistir en que no es culpable del abuso.
- Encontrar el modo de registrar la entrevista de manera que otros profesionales no necesiten repetirla.
- En cuanto a las técnicas, las hay muchas y dependen de las edades.
- Evitar formulaciones que puedan inducir a determinadas respuestas. Por eso, aun en estos casos, es conveniente trabajar con preguntas abiertas, buscando que se genere un relato y, en todo caso, alentar con preguntas que ayuden al recuerdo.
- Tener paciencia y respetar los tiempos de cada individuo, no ejercer ningún tipo de presión y generar un ambiente de confianza y confidencialidad.

Chejter, S. (2018). Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia. *Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia*. Recuperado de:

<https://www.unicef.org/argentina/media/3961/file/Abusos%20sexuales%20y%20embarazo%20forzado%20en%20la%20niñez%20y%20adolescencia.pdf>