



ARTÍCULO ESPECIAL

Prevención de los trastornos de la salud mental. Hijos de familias monoparentales ☆,☆☆



Prevention of mental health disorders in primary care: Children of single-parent families. Pregnancy in adolescence

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

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

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Barcelona, España

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

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

Recibido el 14 de julio de 2022; aceptado el 21 de julio de 2022

Introducción

La Atención Primaria de Salud (APS) es un ámbito idóneo para el abordaje preventivo de los conflictos psicosociales y los trastornos mentales por tres razones. La primera porque probablemente sea, junto con la escuela, el dispositivo social con el que contactan mayor número de ciudadanos a lo largo del año y de la vida de cada uno de ellos. En segundo lugar, porque múltiples investigaciones apuntan que los pacientes con trastornos mentales o conflictos psicosociales crónicos suelen consultar de forma repetida con los diversos dispositivos de APS. Y en tercer lugar porque, a nivel pragmático y sanitario, los trastornos emocionales que no se

detectan precozmente por los profesionales de APS tienen una peor evolución. De ahí la importancia de una perspectiva biopsicosocial real, desde una aproximación de la atención sanitaria centrada en el consultante en tanto que miembro de la comunidad, es decir desde una perspectiva en la cual lo «psicológico» y lo «emocional» no resulte «apeado» del modelo teórico o práctico, sino integrado en una visión holística del ser humano-consultante y comprendiendo que esa interpretación no es un adorno «humanístico» y sensible, sino un componente tecnológico, además de humano, indispensable para una aproximación asistencial de calidad.

El Grupo de Trabajo del PAPPS para la Promoción de la Salud Mental y la Prevención de sus Trastornos considera desde su constitución que los profesionales de la APS, no solo los médicos, también los enfermeros y los trabajadores sociales, pueden desempeñar un papel relevante tanto en la prevención de los trastornos mentales y en la promoción de la salud mental como en el tratamiento y seguimiento de estos pacientes en los ámbitos familiar

☆ GRUPO DE SALUD MENTAL DEL PAPPS.

☆☆ ACTUALIZACIÓN PAPPS 2022.

* Autor para correspondencia.

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

y comunitario, facilitando la continuidad de los cuidados y evitando la perpetuación futura de trastornos psicosociales graves, y a veces irreparables. Además, la accesibilidad, el conocimiento de la familia y del contexto que aportan los profesionales de AP facilitan la coordinación con los dispositivos especializados y los servicios sociales, tan importante en este tipo de pacientes.

Los subprogramas incluidos en la actualidad en el Programa de Promoción de la Salud Mental y de la Prevención de sus Trastornos se muestran en la [tabla 1](#). En esta edición se presenta una actualización de los Programas de Prevención de los problemas psicosociales y de salud mental en los **Hijos de Familias Monoparentales y del Embarazo en la Adolescencia**.

Prevención de problemas psicosociales y de salud mental en los hijos de familias monoparentales

Definición

En 1989, la Comisión de las Comunidades Europeas definía la familia monoparental como aquella «familia formada por un progenitor que, sin convivir con su cónyuge ni cohabitando con otras personas, convive al menos con un hijo dependiente y soltero»¹. Por tanto, podría considerarse que las familias monoparentales son aquellas compuestas por un solo miembro de la pareja progenitora (varón o mujer) y en las que, de forma prolongada, se produce una pérdida del

Tabla 1 Programa de Promoción de la Salud Mental y de la Prevención de sus Trastornos del PAPPS

Infancia-adolescencia
Atención de la mujer y el niño durante el embarazo y el puerperio
Embarazo en la adolescencia
Hijos de familias monoparentales
Retraso escolar
Trastorno en el desarrollo del lenguaje
Antecedentes de patología psiquiátrica en los padres
Maltrato infantil
Trastornos del comportamiento alimentario
Acoso escolar
Adultos-ancianos
Pérdida de funciones psicofísicas importantes
Atención del paciente terminal y de su familia
Pérdida de un familiar o allegado
Jubilación (Preparación de la Red Social para la Jubilación)
Cambio frecuentes de domicilio en el anciano
Violencia en la pareja
Malos tratos a los ancianos
Acoso laboral
Común a ambos grupos
Diagnóstico precoz de la depresión y de los trastornos por ansiedad
Prevención del suicidio

Tabla 2 Principales rutas de entrada o causas precipitadoras de monoparentalidad

Divorcio o separación conyugal
Otros finales de la cohabitación
Fallecimiento de uno de los progenitores
Ausencia permanente o prolongada de un progenitor:
-Hospitalizaciones o enfermedades graves (trastornos mentales, drogadicción, enfermedades invalidantes...)
-Emigración o inmigración por motivos laborales o de otra índole
-Abandono o deserción del hogar
-Trabajos especiales: marina, ejército, ejecutivos... .
-Encarcelación prolongada
Adopción por hombres o mujeres sin pareja
Progenitores solos por elección propia (PSPEP)

contacto afectivo y lúdico de los hijos no emancipados con uno de los progenitores²⁻⁴.

La realidad social actual tan poliédrica también se refleja en los múltiples modelos de familias monoparentales, tanto en su composición ([tabla 2](#)) como en su constitución, que puede responder a diversos motivos, coyunturales o definitivos, derivados de circunstancias inesperadas y no deseadas, entre otras la derivada de una situación de violencia de género⁵, pero también de una opción individual como es la decisión de asumir una maternidad o paternidad en solitario, al margen de cualquier convivencia estable.

La gran variedad de situaciones incluidas en este tipo de familias dificulta la comparación de resultados entre diferentes estudios. Más aún si tenemos en cuenta que una familia monoparental puede constituir por sí sola una familia independiente o convivir en el mismo hogar con otras personas emparentadas, lo que sería en este caso un núcleo familiar monoparental en una familia más amplia o extensa. Pero existe tal diversidad de modos de convivencia de uno o más hijos/as con el padre o la madre, es decir, de situaciones asimilables a la monoparentalidad, que no sería descabellado llegar a hablar en algún momento de **monoparentalidades** en plural⁶.

Magnitud del problema

En la sociedad actual, la familia nuclear tradicional comienza a perder peso frente al surgimiento de nuevas estructuras familiares, de manera que, en nuestro país, en 2020, el total de familias monoparentales representaba el 10,4% del total de hogares y el 14,6% del total de hogares con hijos menores frente al 6% que suponían en 1981⁷⁻¹².

Los hogares monoparentales están mayoritariamente integrados en España por madre con hijos. En las familias monomarentales es la madre quien asume en solitario el cuidado de sus hijos dependientes. Se trata de un concepto nuevo, que se ha introducido con objeto de visibilizar la naturaleza femenina de la monoparentalidad y denunciar su situación de vulnerabilidad. De hecho, las familias monomarentales están expuestas a un mayor riesgo de pobreza y exclusión social y acuden con más frecuencia a los Servicios Sociales.

Centrándonos en España, según la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística (INE), que comenzó a realizarse en 2012, en 2020:

- Había 1.944.800 hogares monoparentales en nuestro país, lo que representa el 10,4% del total de hogares familiares, un incremento del 3% con respecto a 2019 (1.887.500, el 10,1% del total).
- El 81,4% de las FM están formada por una mujer con hijos, es decir, 1.582.100 son hogares monomarentales, frente a 362.700 de padre con hijos.
- En un 37,6% de los hogares de madres con hijos, esta era viuda, en un 40,2% separada o divorciada, en un 15,8% soltera y en un 6,4% casada¹⁰.
- En Cataluña, más del 13% de adolescentes de entre 12 y 16 años viven en un hogar monoparental¹³ y en Francia, Canadá y Estados Unidos, en los años 2005 y 2006, el 14%, 18% y 24%, de los niños y niñas de 11 a 15 años de edad, respectivamente, vivían con uno solo de sus padres¹⁴.
- En el periodo 2014-2020 ha habido un incremento del 10,7% en el número de familias monoparentales en España, las que tienen a un varón al frente, son las que más están aumentando en términos relativos (el 20,1% entre 2014 y 2020), pero no absolutos.
- La primera causa de monoparentalidad (39,2%) es la ruptura familiar de matrimonios (divorcios y separaciones), seguida muy de cerca del fallecimiento de uno de los cónyuges (38,8%). Los divorcios y separaciones justifican las dos terceras partes del incremento en el número total de hogares monoparentales.
- También hay un número importante de progenitores cuyo estado civil es «soltero» (14,2%), lo cual puede significar tanto una persona que ha afrontado la maternidad/paternidad en solitario, como el caso en que alguien tuvo hijos con su pareja de hecho y posteriormente la pareja se separó, o bien murió uno de sus miembros (es decir, que hubo un divorcio o enviudamiento de facto, que no constaría como tal en el Registro Civil)¹⁵.
- La categoría de madres solteras es la que, dentro de las familias monoparentales, ha experimentado un mayor crecimiento en las últimas décadas, pasando de 33.000 hogares en 2002 a 249.000 en 2020, frente a los 37.000 hogares con varones solteros en 2020¹⁶.

Otros datos ilustrativos de los rápidos cambios habidos en las últimas décadas en la estructura de las familias en nuestro país serían al menos los siguientes:

- El 81,3% de los divorcios en el año 2020 fueron de mutuo acuerdo y el 18,7% restante contenciosos.
 - En el caso de las separaciones, el 89,0% lo fueron de mutuo acuerdo y el 11,0% contenciosas.
 - El mayor número de divorcios y separaciones entre cónyuges de diferente sexo tuvo lugar en la franja de edad entre 40 y 49 años, tanto en hombres como en mujeres.
 - El 42,0% de los matrimonios correspondientes a las resoluciones de separación o divorcio no tenían hijos (menores o mayores dependientes económicamente). Este porcentaje fue similar al del año anterior.
 - El 46,0% tenían solo hijos menores de edad, el 5,4% solo hijos mayores de edad dependientes económicamente y el 6,7% hijos menores de edad y mayores dependientes económicamente.
 - El 26,0% tenía un solo hijo (menor o mayor dependiente económicamente).
 - La custodia de los hijos menores fue otorgada en el 53,0% de los casos de divorcio y separación entre cónyuges de diferente sexo. En el 54,5% se le otorgó a la madre (58,1% en el año anterior), en el 3,9% al padre (4,1% en 2019), en el 41,4% fue compartida (37,5% en 2019) y en el 0,3% se otorgó a otras instituciones o familiares¹⁸.
 - En 2020, y según datos de EUROSTAT, el 37,1% de los nacidos en nuestro país lo son fuera de un matrimonio¹⁹.
 - En 2020, hubo un total de 3.555 nacidos de madres de edades ≤ 18 años, situación que en un elevado porcentaje de casos acaba en la formación de una familia monomarental de madre soltera^{7,9,20}. Además del riesgo de acabar en familias monomarentales, el embarazo en adolescentes añade los propios de tal situación (por ejemplo, mayores tasas de prematuridad y bajo peso en sus hijos, mayor riesgo de marginación, menores capacidades del progenitor para las funciones marparentales, etc.), lo que puede predecir peores niveles de salud y desarrollo²⁰. Por eso uno de los Subprogramas de Prevención en Salud Mental de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Cominidad (SEMFYC) ha sido desde sus orígenes el de «Embarazo en la adolescencia»^{2,3}.
- A pesar de los cambios globales en los modelos de familia y de la atención social y sanitaria a estas, la situación de las familias monoparentales sigue siendo importante desde el punto de vista social y psicosocial, entre otras cosas, porque en la mayoría de los países de nuestro entorno las familias monoparentales tienen mayor riesgo de pobreza y de dificultades sociales que los núcleos biparentales.
- En 2020 (teniendo en cuenta los ingresos de 2019), el porcentaje de población con ingresos por debajo del umbral de riesgo de pobreza (la llamada *tasa de riesgo de pobreza*) se situó en el 21,0% de la población residente en España, frente al 20,7% del año anterior. Pero en los hogares de un adulto con uno o más hijos dependientes el riesgo de pobreza o exclusión social alcanzó el 49,1% frente a una tasa del 26,4% en el conjunto de los hogares²¹. Eso significa que tales familias en riesgo se ven sometidas a todo tipo de problemas cotidianos, que repercuten en su desarrollo personal y social.
 - En 2015, el IV informe «Mujeres con Responsabilidades Familiares no Compartidas y Empleo» destaca que el 56% de las familias monoparentales encabezadas por una

mujer disponía de menos de 600 euros al mes para salir adelante. El 45% de estas mujeres se encontraba en situación de desempleo, siendo el 65% de ellas paradas de larga duración.

- El perfil de la mujer al frente de una familia monoparental es el de una madre entre 36 y 45 años, divorciada, con un solo hijo, estudios secundarios y que comparte vivienda como medida de ahorro²².
- Un 89% de las madres solteras declaraba sentirse continuamente discriminada en los procesos de selección de empleo por este motivo.
- Además, dado que la mayoría de los núcleos monoparentales están encabezados por mujeres, es mayor la probabilidad de un trabajo peor retribuido o a tiempo parcial (por los sesgos laborales vinculados con el género).
- Finalmente, la monoparentalidad suele conllevar más dificultades para hacer compatibles horarios de trabajo y atención de los menores. Por eso, la mayoría de las mujeres de familias monoparentales que trabajan lo hacen en el sector servicios, a jornada parcial, siendo el puesto más habitual el de auxiliar administrativa y teleoperadora²².

En nuestro país, después de la Ley 39/2010 del 22 de diciembre, de presupuestos generales del Estado para 2011, se equiparó a las familias monoparentales, formadas por dos o más hijos menores de 21 años o de 26 si continúan estudiando, con las familias numerosas, y por lo tanto sujetas a las mismas ventajas y beneficios de estas, pretendiendo mitigar la situación socioeconómica de mayor vulnerabilidad que suele conllevar la monoparentalidad. Las familias monoparentales tienen derecho a la misma prestación por nacimiento y cuidado de hijos que las familias numerosas o madres con discapacidad. Sin embargo, sigue sin existir una ley para las familias monoparentales en España.

Evidencia científica (tablas 3, 4 y 5)

La heterogeneidad de las familias monoparentales no solo proviene de las realidades tan diferentes que acarrea una situación de monoparentalidad; tampoco únicamente del género del progenitor conviviente, sino también de su estatus económico, etnia y cultura, no solo entre ellas, sino también comparadas con las familias tradicionales. De ahí que en la investigación de las familias monoparentales deban emplearse marcos teóricos y metodológicos adecuados que nos permitan diferenciar si los factores de riesgo psicológico y psicosocial son los relacionados con la ausencia de un progenitor o bien con otras situaciones o variables asociadas a ellas: problemas económicos (mayor riesgo de pobreza), tensiones causadas por la ruptura de la convivencia o falta de apoyo social.

Por lo que hoy se sabe, los efectos psicológicos y psicosociales de la monoparentalidad y, por tanto, sus repercusiones en los trastornos mentales se desarrollan al menos por tres vías diferenciadas (tabla 3):

1. Porque no existe, en esas familias monoparentales una figura de crianza, educación e identificación de otro género. Durante decenios se pensó que ello solo podía traer problemas de identidad y relación, en particular con los roles genéricos y sexuales, aunque hoy la investi-

gación no parece favorecer claramente esa presunción. Entre otros motivos, por los amplios cambios que las sociedades Western, Educated, Industrialized, Rich and Democratic Societies (WEIRD) están realizando y la posibilidad de sustitución afectiva y simbólica del progenitor ausente por otras relaciones sociales o por otras relaciones simbólicas (escolaridad, tutores, redes sociales informatizadas, etc.)⁴⁻⁸.

2. La ausencia de una figura que permita elaborar la simbiosis inicial progenitor-hijo. Para la supervivencia del ser humano sigue siendo indispensable el apego inicial con un humano significativo, suficiente precoz, cercano y estable, para establecer ese vínculo de apego^{23,24}. Pero ese vínculo de apego, fundamental para la supervivencia y el desarrollo, puede convertirse en un problema para el desarrollo psicológico si no se elabora y no se van dando los pasos necesarios en el proceso de separación-individuación del niño/niña. Para ello, la existencia de otro progenitor, o de otro humano conviviente, ha sido hasta ahora la vía fundamental, aunque no se puede hipotetizar que lo siga siendo en el futuro (tablas 3 y 4).
3. Pero lo que se ha demostrado en una y otra ocasión son las repercusiones sociales (y, por tanto, psicosociales) de la monoparentalidad en una sociedad dividida en clases sociales y con grandes brechas de desigualdad. En ese sentido, lo que pesa de la monoparentalidad hoy en día, al menos en muchos de los países de nuestro entorno, no es la propia situación sociológica, sino lo que ella implica de: descenso de nivel social, posibilidades de marginación (mayores para la mujeres), mayor riesgo de pobreza, causación de duelos complicados tanto para el progenitor residente como para los hijos (en especial, en el caso de abandono del hogar por parte del otro progenitor, divorcios o separaciones conflictivas, encarcelamientos de larga duración, muerte de uno de los progenitores, situaciones de trastorno mental del progenitor presente, etc.) (tabla 2).

Sin embargo, la investigación realizada es escasa, entre otras razones por la dificultad que supone investigar un fenómeno tan complejo, que hasta hace unas décadas afectaba a un contingente de población relativamente pequeño (y que preocupa fundamentalmente en los países del norte del planeta). La mayoría de los estudios sobre familias monoparentales se ha centrado de forma importante en el análisis de la ausencia del padre, sin distinguir entre los distintos tipos de madres, y el mayor número de referencias bibliográficas es sobre los hijos de padres divorciados, tal vez porque esta sea la situación más frecuente o preocupante en los Estados Unidos.

Ciertamente, en nuestras sociedades, la pérdida o ausencia de uno de los cónyuges puede marcar la evolución de la familia en el aspecto afectivo, educativo y económico, ya que la ausencia del padre/madre supone que el progenitor que queda es el responsable familiar que tiene que asumir nuevos y distintos papeles, lo que puede originar cargas psicosociales sobreañadidas que no encuentran las familias biparentales²⁴⁻²⁶. Los progenitores solos tienen que atender a menudo en solitario las necesidades sociales (escolares, de relaciones, etc.), biológicas (alimentación, vestidos, enfermedades, entre otras) y psicológicas (emociones, con-

Tabla 3 Factores que pueden favorecer la psicopatología o la marginación en las familias monoparentales

Factor	Contextualización
Ausencia de una figura del otro sexo	<i>Se consideraba imprescindible para la identificación sexual, de género, de identidad. . . Hoy, en psicología del desarrollo y psicopatología se le da una importancia menor que hace décadas, por influencia de los cambios culturales y sociales</i>
Al no existir una segunda figura parental, la elaboración de la simbiosis madre-hijo (progenitor-hijo) inicial se hace más difícil	Ciertamente, en la clínica se observa que una tercera persona es importante para los procesos de elaboración de la simbiosis y de «separación-individuación» del hijo, para la negociación de los límites, los aprendizajes, los valores. . . Pero no es fácil encontrar estudios metodológicamente correctos sobre este tema
Repercusiones de los duelos y traumas que han generado esa familia monoparental	Por ejemplo, por la muerte o desaparición del otro progenitor. En especial, en los casos de muerte súbita, violenta o por suicidio de un progenitor, el abandono brusco y/o con violencia, las desapariciones, los encarcelamientos de larga duración, las separaciones con violencia, los trastornos mentales del progenitor conviviente o del ausente. Esos duelos y traumas, si no son elaborados, repercuten en la salud mental del progenitor conviviente, del niño o niña y en la relación entre ambos. . .
Dificultades para elaborar duelos y traumas por causa de la monoparentalidad	Por ejemplo, los duelos por traumas producidos por el descenso de nivel social, pobreza, clase social, educación, pérdida de relaciones, actividades de ocio. . . <i>También otras situaciones de estrés y duelos y pérdidas sobrevenidos.</i>
Repercusiones de la monoparentalidad en una sociedad dividida en clases y con grandes brechas de desigualdad	<i>En los países de nuestro medio sociocultural, lo que pesa de la monoparentalidad hoy en día no es sólo la propia situación sociológica y psicológica, sino lo que ella implica sobre: descenso de nivel social, posibilidad de marginación, empobrecimiento económico y educativo, disminución de la red social y de ocio, menores capacidades laborales, aumento del sentimiento de soledad familiar. . .</i>

flictos y dificultades del desarrollo humano temprano) de sus hijos, aunque ellos mismos se hallen más proclives a descompensaciones psicopatológicas. Con la responsabilidad humanitaria, que hoy conocemos, de que tanto el estilo de apego infantil y adulto como los patrones de crianza de la madre y el padre van a influir en la adquisición de habilidades sociales en los niños y en los adultos^{23-25,27,29,30}.

Desde luego, una variable importante asociada a las dificultades encontradas por los hijos de familias monoparentales es la disponibilidad de recursos económicos de la madre. En nuestro país, el 40% de las madres no recibe compensación económica de su exconyuge para la crianza de los hijos. Además, el 25% de las madres que sí la recibe afirma que el pago establecido no se cumple y se retrasa de manera habitual¹³, lo que en contextos de bajos recursos económicos genera un alto riesgo de pobreza en el hogar monoparental donde viven los hijos. Precisamente el término «feminización de la pobreza» se acuñó para referirse a la situación de empobrecimiento de las mujeres que crían solas a niños pequeños⁹. Las principales necesidades con las que se encuentran las madres en las familias monoparentales son, por este orden: económicas, laborales, de conciliación y de ajuste emocional. El apoyo que reciben por parte de los sistemas de protección social suele ser

puntual e insuficiente. El apoyo informal, en especial de sus familiares más próximos, también en nuestras supuestas «sociedades del bienestar» resulta ser el principal recurso con que suelen contar^{31,39}. La monoparentalidad en solitario no elegida aumenta el riesgo de exclusión social y pobreza, y la pobreza en solitario aumenta su grado y su intensidad, lo que determina en muchos casos una antidemocrática transmisión intergeneracional de la pobreza³².

Otras variables asociadas a las dificultades encontradas por los niños y niñas de familias monoparentales son el estigma y la baja expectativa social de estos hijos, la experiencia de conflictos en familias separadas o divorciadas, el estado psicológico de la madre, las características de la dinámica familiar en el hogar de la madre y la frecuente ausencia afectiva del padre (tablas 2 y 3). Los estudios tradicionales correlacionan la ausencia del padre biológico con niveles más altos de conflictos emocionales, desvinculación escolar y con un aumento del índice de delincuencia en adolescentes, aunque a menudo no se realiza la obligada comparación con el desarrollo de los hijos en las familias altamente conflictivas. En cualquier caso, parece confirmarse la influencia positiva del padre no residente en el hogar cuando sigue vinculado con la familia monoparental (proveyendo cuidados y apoyo económico

Tabla 4 Posibles repercusiones médicas y psicosociales en los hijos que se se suelen asociar a la monoparentalidad sobrevenida (en realidad, corresponden fundamentalmente a las consecuencias psicosociales de esta)

0-3 años de edad

Prematuridad y bajo peso al nacimiento
Incremento de morbimortalidad
Trastornos del comportamiento
Insomnio
Crisis de llanto y rabietas
Pérdida de apetito
Regresión y estancamiento en hábitos adquiridos (incontinencia urinaria, chuparse los dedos, reclamo del biberón, hablar como un niño más pequeño)
Estancamiento en el desarrollo de habilidades cognitivas
Síntomas de expresión corporal (somato-funcionales)
Maltrato o negligencia en el cuidado

3-5 años de edad

Crisis de miedo, ira, apego e inestabilidad emocional
Insomnios, pesadillas
Temores fóbicos aumentados
Pérdida de control de esfínteres
Fantasías de abandono y muerte de los progenitores
Manifestaciones de auto punición y culpabilidad
Inadaptación escolar
Tristeza
Maltrato o negligencia en el cuidado

A partir de los seis años de edad

Síntomas depresivos
Sentimientos de abandono y carencia afectiva
Sentimiento de culpa (de ser el responsable de la separación o divorcio)
Fantasías reiteradas de reconciliación
Pérdida del control de esfínteres
Manifestaciones de agresividad e ira
Dificultades en el rendimiento escolar
Dificultades en sus relaciones sociales
Comportamiento hipermaduro: ausencia de quejas, «inversión del rol»
Responsabilidad y brillantez en el ámbito escolar
Maltrato o negligencia en el cuidado

Período de la pubertad y adolescencia

Sentimientos de inseguridad
Síntomas depresivos
Quejas somáticas múltiples
Trastornos del comportamiento
Fracaso escolar
Actitudes de pasividad, desinterés y desapego
Tendencia al autosabotaje y al fracaso
Trastorno de conducta y conductas delictivas
Consumo de drogas
Tendencias auto y hetero agresivas
Huidas y abandono del hogar
Problemas judiciales
Promiscuidad sexual
Embarazos no deseados

A largo plazo: en la juventud y la adultez

Mayores sentimientos de inseguridad
Inseguridad en las relaciones interpersonales
Miedo al fracaso en las relaciones de pareja
Intensa lucha interna por no repetir las situaciones familiares de su infancia
Conductas impulsivas en las relaciones de pareja
Mayor tendencia a repetir algunas situaciones como el divorcio

Tabla 5 Recomendaciones al padre/madre sobreviviente con niños mayores de seis años tras la muerte del otro progenitor (Ampliadas en ^{94,112})

Procure comunicárselo lo más pronto posible, sin utilizar eufemismos ni expresiones del estilo «se ha ido de viaje», «lo han llevado al hospital». Evite las formas bruscas o dramáticas de hacerlo.

Ofrezca información clara, simple y adaptada a la edad del hijo o hija

Si lo piden, dejarles asistir al funeral o a parte de él, acompañados de algún familiar o amigo menos afectados emocionalmente por la muerte del progenitor fallecido que el progenitor sobreviviente. Permitir que puedan abandonar el lugar y el rito si así lo quieren.

Puede ser recomendable, y más si lo piden, que el hijo pueda ver el cuerpo del difunto, pero siempre acompañados por algún familiar o adulto menos afectados emocionalmente. Pero, al menos en nuestra cultura, obligarles al contacto con el difunto suele no recomendarse.

Dejarles muy claras cuatro ideas básicas:

1. Que la persona muerta no volverá
2. Que su cuerpo está enterrado o bien convertido en cenizas
3. Que eso es bueno para él y para nosotros.
4. Porque pervive en nuestra mente y nuestros recuerdos, individuales y familiares.

Recordar con prudente frecuencia, mediante juegos o medios audiovisuales, que donde sí sigue vivo el difunto es en nuestra mente, nuestros recuerdos, nuestra familia, lo que nos dio...

Permitir que el niño pase por sus propias fases de duelo y con su propio ritmo, y manifieste negación, síntomas físicos, rabia, culpa, celos, miedo, tristeza, soledad...

Ayudarle a expresar sus sentimientos por medio del juego o el dibujo

Permitirles el llanto y el enfado, sin ocultar sistemáticamente nuestro propio dolor

Seguir con la rutina diaria tanto como sea posible, puesto que ello da confianza y seguridad al niño

Informar a la escuela del fallecimiento del progenitor/madre

Dejar que se queden con algún recuerdo del progenitor difunto

Buscar ayuda profesional (pediatra, médico de familia o psicoterapeuta) si después de varios meses los niños muestran algunos de estos comportamientos: tristeza permanente, excitación fuera de lo habitual (con los amigos o el progenitor sobreviviente), desinterés por su propia apariencia, deseos continuados de estar solo, insomnio o dificultades para dormir, rabietas, miedos excesivos inmotivados, indiferencia hacia la escuela o sus aficiones anteriores.

y educativo a pesar de la ruptura conyugal, salvo cuando la causa de la ruptura es la violencia de género). Si los vínculos se mantienen fuertes a pesar de vivir en hogares diferentes pueden desarrollarse toda una serie de influencias positivas: por ejemplo, mejorar la adaptación social y psicossocial de los adolescentes e incluso de sus resultados académicos^{13,33-42}.

En términos estadísticos, los hijos de familias monoparentales obtienen peores resultados en los test de conducta emocional y psicopatología, vocabulario, coordinación visual y motora y tests matemáticos y desde un punto de vista demográfico tienden estadísticamente a ser más pobres, a abandonar el colegio prematuramente con inferiores niveles de estudios, a tener mayores niveles de desempleo, a desarrollar profesiones con menor prestigio social⁴¹, a mayor consumo de tabaco, alcohol o drogas, a mayor probabilidad de obesidad, de asma, de enuresis nocturna, de sufrir o generar violencia y de problemas de salud mental^{33-40,42} sobre todo cuando existen antecedentes de consumo de alcohol, drogas o alteraciones psiquiátricas en el responsable de la familia^{33,36,43-52}. Cuando la causa desencadenante de la monoparentalidad ha sido el encarcelamiento de uno de los padres, los hijos tienden a involucrarse en actividades delictivas con más frecuencia que aquellos que conviven con los dos progenitores, presentando también mayor riesgo de sufrir violencia doméstica, problemas de salud mental y conductas antisociales^{53,54}.

Sin embargo, no hay que desdeñar el sesgo «norteamericano-céntrico» de muchos de tales estudios

y resultados ni la influencia positiva de otros modelos de organización social sobre el desarrollo psicossocial de las familias monoparentales y, en general, de las familias. Por eso en otros estudios los resultados alcanzados por los hijos de familias monoparentales son similares a los que en promedio obtienen los hijos de familias reconstituidas o familias biparentales con alto nivel de conflicto entre los progenitores⁵⁵. En un metaanálisis de 122 estudios realizados en países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), excluyendo a Estados Unidos, se concluye que los efectos perjudiciales de la monoparentalidad sobre el bienestar de los hijos son débiles, en particular en los estudios con diseños metodológicos más consistentes y de mayor calidad¹⁴. Estos resultados cuestionan que exista una relación de causalidad simple entre monoparentalidad y equilibrio emocional, salud mental, relaciones sociales y logros educativos de los hijos^{13,55,56}.

También conviene diferenciar entre «ruptura conyugal» o «ruptura de pareja» y «ruptura parental» a la hora de interpretar los resultados de los estudios que analizan repercusiones de la monoparentalidad en el bienestar de los hijos. La «ruptura parental» se refiere a la ruptura y abandono de la responsabilidad parental por parte del padre o la madre y a la aparición por tanto de la figura de un *padre o madre*

ausentes. Por lo tanto, el término de *padre ausente* (o *progenitor ausente*) no puede aplicarse de manera generalizada a todos los progenitores no residentes, puesto que desde un punto de vista relacional solo cabe asignar el calificativo de *ausente* al padre biológico que ha desaparecido completamente de la escena de vida de sus hijos¹³, o, como nosotros preferimos decir, que ha desaparecido de manera efectiva, afectiva y lúdica²⁻⁵. De hecho, un padre no residente puede continuar manteniendo vínculos socio-económicos y afectivos con sus hijos, estando presente en sus vidas. No debería ser considerado, en este caso, un «padre ausente», aunque no resida para nada en el domicilio de los hijos. Esta presencia puede ser de mayor o menor calidad e intensidad, puede ser más o menos material y puede ser considerada suficiente o insuficiente, deseable o indeseable, según sea el punto de vista de la madre, del padre, de los hijos, de la ideología, de la religión o de otros observadores. El concepto de *ausente*, en cambio, es oportuno para significar el abandono afectivo y material del hijo o de la hija, la desvinculación y la desafiliación; también para significar la filiación uniparental en el caso de maternidad o paternidad voluntariamente ejercidas sin pareja por parte de algunas mujeres u hombres (sin olvidar, de todas formas, que también en estos casos es posible la existencia de un padre simbólico o de figuras paternas no encarnadas en el padre biológico¹³).

Todas las situaciones anteriormente referidas pueden facilitar descompensaciones psicosociales y condicionar un incremento del uso de los servicios de salud, sobre todo en las mujeres y en los hijos de las familias monoparentales, como ya hemos dicho y resume la [tabla 3](#). En definitiva, para muchas familias monoparentales que el cabeza de familia sea una mujer puede implicar una serie de problemas añadidos que derivan de los sentimientos de aislamiento social, de la sobrecarga de funciones parentales, del acceso desigual a los recursos materiales y sociales y del menor grado de inserción de la mujer en el mundo laboral.

Separación y divorcio

Con el extraordinario aumento de las cifras de divorcio habido en las últimas décadas no es de sorprender que la mayoría de los estudios que analizan el bienestar de los hijos en familias monoparentales se centren en los hijos de familias monoparentales surgidas de procesos de separación y divorcio, y que muchos de ellos provegan del ámbito anglosajón. Según datos del Consejo General del Poder Judicial las demandas de divorcio se incrementaron en España en 2021 hasta las 93.505, lo que supone un incremento del 2,7% respecto a 2020, cuando hubo 91.050 divorcios. El mayor porcentaje de divorcios se produce tras más de 20 años de convivencia (29,4% del total). El 56,8% de los divorcios se producen en parejas con hijos y el 47,8% en las que solo tienen hijos menores.

Según los estudios habituales, los hijos de padres divorciados presentan mayor riesgo de problemas de salud física y mental, menor rendimiento académico, mayores tasas de abandono escolar, mayor riesgo de conductas delictivas, mayores tasas de consumo de drogas y se casan a edades más tempranas, con un mayor riesgo de relaciones insatisfactorias, divorcio y mortalidad prematura comparados con los hijos de familias no divorciadas^{33,34,43,45-51,57-66}. En nuestro

país la probabilidad de abandono prematuro de los estudios en personas de entre 18 y 24 años es un 86% más elevada en las familias monoparentales, lo que sugiere que la estructura familiar tiene una influencia significativa sobre los resultados educativos, independientemente de las condiciones económicas en que se encuentren este tipo de hogares^{51,67}.

Sin embargo, hasta que los nuevos avances feministas se implanten en la ciencia y en las instituciones, hay que prevenirse del sesgo inherente a muchos de los estudios realizados hasta ahora, que se apoyaban de forma inconsciente en las «bondades eternas» del modelo de familia dominante en nuestras sociedades, un modelo patriarcal basado en la dominación de la mujer, y que adjudica a esta el mandato de la estabilidad familiar como máximo valor, por encima de su propio bienestar y el de los hijos. Por eso los efectos de la monoparentalidad sobre los resultados académicos tienden a desaparecer cuando se controla estadísticamente el grado de seguimiento del padre ausente y el nivel de renta del hogar, lo que sugiere que a igualdad de condiciones económicas y de dedicación parental, la monoparentalidad no reduce los rendimientos académicos⁶⁷.

Además, no existe una población divorciada homogénea, sino numerosos subgrupos y variedades. Las parejas se divorcian por una gran cantidad de razones, en diferentes momentos de la vida familiar, personal y de los hijos, y provienen de diferentes tradiciones y estructuras familiares. El divorcio no es un evento simple, sino que engloba una serie compleja de cambios en las relaciones sociales que se inician con el fracaso de la relación conyugal, continúa a menudo con un periodo caótico de ruptura del matrimonio o de la pareja y sigue, en ocasiones durante años, con desequilibrios en el seno de la familia.

A los dos a tres años de consumado el divorcio el 20-25% de los padres divorciados o separados no residentes no ven nunca a sus hijos, es decir que una fracción cercana a un tercio de los padres no residentes son, en realidad, padres que desaparecen de la escena familiar de hijos e hijas (*padres ausentes*)^{68,69}. Sin embargo, es importante volver a destacar que ser un *padre no residente* no implica necesariamente ser un *padre ausente*.

El 75% de los progenitores no residentes mantienen algún tipo de relación con sus hijos, siendo esta relación más frecuente cuando el progenitor no residente es la madre⁶⁸. Cuando esta relación consiste en una participación e implicación regular y continua del padre en la crianza de sus hijos, los efectos sobre los logros académicos y el bienestar a largo plazo del ciclo vital de los menores son claramente positivos. Es decir, los resultados sugieren que la atención que el padre no residente dedica a su hijo o hija es uno de los principales factores generadores de diferencias en los resultados educativos dentro de este colectivo (junto al nivel educativo de la madre y el sexo del adolescente). Por otra parte, a más y temprana implicación del padre en la crianza de los hijos y a mayor duración de los años de convivencia en el hogar, mayor implicación del padre después de la ruptura conyugal. El sentido y el contenido de la atención que ofrece el padre no residente a sus hijos dependen fundamentalmente de cómo era esa práctica antes de la ruptura conyugal.

Así, más allá de los recursos económicos, el bienestar emocional y relacional de los adolescentes depende de manera importante, aunque no únicamente, de la cantidad

y calidad del tiempo y los espacios compartidos que les proporciona su red familiar (no solo sus progenitores), lo cual revierte en sus logros académicos. Este tiempo debe concebirse como una forma de inversión social de primer orden que tiene implicaciones evidentes para el futuro de los niños y de la sociedad en su conjunto. La *cantidad* y especialmente la *calidad* de ese tiempo es uno de los determinantes principales del bienestar y desarrollo de niños y niñas, y por tanto de sus oportunidades vitales y capacidad productiva futura⁶⁹. La asociación encontrada entre la separación o divorcio de los padres con hijos menores de 18 años y los bajos niveles de salud autopercebida por estos hijos en la edad adulta parece estar mediada por la calidad y tiempo de las relaciones padres-hijos y por haber sido testigos de violencia familiar durante la infancia^{70,71}. Las repercusiones son mayores cuando la disolución de la pareja ocurre con hijos en edad preescolar^{71,72}. En definitiva, desde el punto de vista psicológico y psicosocial lo que importa es cómo el proceso de separación afecta al apego inicial constituido entre progenitores e hijos^{23,24}.

La separación de los padres conlleva un periodo de reorganización de las relaciones familiares y de renegociación de los límites familiares. La interrupción de la convivencia con uno de los progenitores, tras un divorcio o fallecimiento, puede conllevar una disminución en la cantidad y calidad del tiempo compartido entre los hijos y cada uno de sus padres y malograr así una trayectoria de desarrollo personal y educativo hasta entonces bien equilibrada. En ese tiempo compartido con sus padres los niños aprenden habilidades para la vida, internalizan expectativas de logro, desarrollan sentimientos de confianza y seguridad y encuentran afecto y estabilidad, es decir, estructuran los vínculos de apego fundamentales para la vida futura^{23,24,69}. Los estudios concluyen la necesidad de considerar el derecho de los niños y niñas a disponer de una figura paterna (que no necesariamente ha de ser el padre biológico), puesto que todos los datos convergen en afirmar los efectos positivos de su presencia¹³. En nuestra cultura los abuelos constituyen un apoyo familiar muy importante y en muchas ocasiones desempeñan esa función sustitutiva, compartiendo las responsabilidades que conlleva el cuidado de los niños. La convivencia de las tres generaciones (padres, abuelos y nietos) en un mismo hogar es hoy poco común, pero la convivencia dentro del mismo domicilio tampoco es un requisito imprescindible para que los abuelos participen en la crianza de los nietos. En España uno de cada cuatro abuelos atiende a sus nietos, dedicándoles una media de siete horas al día, dos horas más que la media Europea⁷³. Sin embargo, no todos son beneficios y los niños atendidos por sus abuelos tienen, por ejemplo, mayor riesgo de obesidad^{69,73}.

La inestabilidad en la estructura familiar, definida por las entradas y salidas de parejas de uno de los padres en el hogar del niño, es otra de las variables estudiadas que tiene una influencia negativa en el bienestar de los hijos. La conducta, el desarrollo social y el aprovechamiento escolar están más comprometidos cuando los niños experimentan repetidos cambios de estructura familiar, independientemente de que cambien o no de residencia⁷⁴⁻⁷⁶. El impacto negativo de los cambios en la estructura familiar se prolonga hasta la etapa de adultos jóvenes, en términos de ajustes psicosociales e integración social⁷⁷.

La expresión clínica de los posibles conflictos derivados de la situación de monoparentalidad asociada a separación o divorcio de los padres es variable según la edad o el momento evolutivo del niño (tabla 3). No existe ningún trastorno o cuadro clínico específico de la situación de divorcio; la reacción o aparición de síntomas clínicos depende, en gran medida, de los conflictos familiares, de la personalidad subyacente del niño y del momento evolutivo de este. Incluso las dificultades en el desarrollo suelen estar ya presentes varios años antes del divorcio de los padres. Hoy sabemos que las tensiones, conflictos y discordias constantes en el hogar, por un lado, y la continua desdicha y amargura de los padres, por otro, son más perniciosas para los hijos que el mismo trauma de la ruptura⁷⁸. También lo conocen los padres, pues hoy en día tan solo el 11% de ellos considera que «cuando hay hijos de por medio, los padres no deberían separarse, aunque no se lleven bien»⁷⁹. De manera que hasta los niños de familias socialmente intactas, pero con alto nivel de conflictos, obtienen peores resultados en valoraciones psicológicas que los niños de familias intactas o divorciadas con bajo nivel de conflicto³⁴.

Hoy sabemos también que la aparición de síntomas clínicos en estas edades depende de la red de apoyo social y familiar, de la personalidad subyacente del niño, del momento evolutivo de este, así como de los conflictos, tensiones y discordias que el niño vive en el hogar antes de consumarse la ruptura familiar (en el caso del divorcio o separación)^{3,24,78-81}. Así (tabla 4) los preescolares tienden a manifestar conductas regresivas: insomnio, crisis de rabietas, angustia de separación, pérdida de control de esfínteres, regresión en los hábitos de limpieza, estancamiento en las adquisiciones cognitivas, temores fóbicos y sentimientos de culpabilidad. Los escolares muestran su ira intensa contra uno o ambos padres y pueden desarrollar cuadros de pérdida de autoestima, lo que conlleva una disminución del rendimiento académico y deterioro en las relaciones con sus compañeros^{26,70,79,80}.

Los adolescentes son quienes más sufren a corto plazo inseguridad, soledad y depresión, que puede mostrarse en forma de fracaso escolar, conductas delictivas, consumo de drogas, abulia y falta de rendimiento y tienen mayor riesgo de morbimortalidad y de sufrir lesiones que los niños que crecen en hogares con dos adultos^{43,45,47,48,50,57-59,62,64-66,71,82}. Los adolescentes y adultos jóvenes mantienen vivos los recuerdos del divorcio de sus padres diez años después, lo que les hace sentir angustia respecto a sus relaciones amorosas y a un posible fracaso matrimonial^{83,84}. Las repercusiones sobre los adolescentes también dependen de los factores de conflicto psicosocial que pueden acompañar al divorcio y que, en orden decreciente de importancia psicológica^{25,26,80,85} son:

- La discordia permanente de los progenitores.
- La presencia de un padre emocionalmente conflictualizado (sobre todo si es el que tiene la custodia).
- La pérdida de la relación con uno de los padres (típicamente el que no tiene la custodia).
- Las nuevas relaciones de los progenitores (sobre todo, del que tiene la custodia).
- Un nuevo matrimonio (sobre todo, del que tiene la custodia).

- El descenso del nivel económico, que determina a menudo cambios de vivienda y menor disponibilidad de relación parental (con el progenitor que no tiene la custodia).

Pero, aunque los resultados de los diferentes estudios mencionados sugieren que los hijos de progenitores divorciados pueden presentar con mayor frecuencia malestar psicológico y diferentes problemas de conducta que los hijos de familias intactas, en realidad hay muchas más similitudes que diferencias, de manera que la mayoría de estos niños de familias monoparentales no necesitarán ayudas especiales⁸⁶. La familia tradicional no es una condición *sine qua non* para unas relaciones familiares positivas y un desarrollo psicológico saludable de sus hijos. En gran medida, los problemas asociados a las familias monoparentales surgen de los conflictos previos que las originan y de las condiciones materiales, psicológicas y sociales en que se desenvuelven estas familias y no de la ausencia de uno de los progenitores. De hecho, el otro progenitor no tiene por qué desaparecer de la vida familiar. La evidencia hasta ahora disponible sugiere que el origen de las repercusiones psicopatológicas no radica tanto en las familias sin un progenitor como en los hogares disfuncionales azotados por el abuso, las discordias continuas, las negligencias y/o los malos tratos físicos y psicológicos. De manera que los niños de familias intactas con un alto nivel de conflictos obtienen peores resultados en las valoraciones psicológicas que los niños de familias intactas o divorciadas con bajo nivel de conflicto. Mantenerse juntos «por el bien de los hijos» no es beneficioso en una pareja cargada de conflictos y suele ser una expresión de compromiso ante relaciones fundamentadas en el poder y no en el amor conyugal o filial, al menos en nuestra cultura familiar patriarcal.

En el ámbito preventivo, diferentes programas de intervenciones preventivas y de fortalecimiento de la resiliencia dirigidas a hijos y progenitores divorciados, fundamentalmente madres, se han revelado eficaces. Como poco en la disminución de incidencia de problemas de internalización (pérdida de autoestima y depresión, trastornos por ansiedad excesiva, etc.), mejora en los resultados académicos y expectativas laborales, y disminución de parejas sexuales y del consumo de drogas, demostrando efectividad en seguimientos de seis^{84,86} y hasta 15 años en niños que recibieron las intervenciones cuando tenían nueve a 12 años de edad⁸⁷⁻⁸⁹.

Progenitores sin pareja (madres/padres solteros)

Se trata también de un grupo muy heterogéneo compuesto básicamente por mujeres (90,7%), pero con circunstancias de inclusión muy diversas: desde las provenientes de situaciones indeseadas o inesperadas a decisiones personales libres y voluntarias de asumir una maternidad o paternidad al margen de cualquier pareja de convivencia estable («Progenitor solo por elección propia» [PSEP]).

Los niños nacidos de madres sin pareja son más propensos a experimentar inestabilidad en la estructura familiar (definida por entrada y salida de parejas de la madre en el hogar del niño), con un 58% de ellos que habían vivido cambios, y un porcentaje cercano al 20% que habían vivido dos

o más cambios en un plazo de cinco años⁷⁷. Esta inestabilidad familiar se ha asociado con problemas de emocionales externalizantes y de conducta en niños de cinco años hijos de madres solteras^{90,91}. También se ha señalado que las familias monoparentales y la presencia de padre/madre no biológicos poseen cierta correlación con los maltratos físicos y negligencias en el cuidado de los niños^{57,58,92}. Sin embargo, no parece que sea la estructura familiar en sí sino su inestabilidad, la precariedad socioeconómica y distintas variables sociodemográficas y sus interrelaciones las que conforman la calidad de los contextos familiares, siendo las familias «reconstituidas» las que obtienen el perfil de calidad del contexto familiar más bajo^{29,93}. El análisis comparativo de diferentes tipos de familia desmitifica la idea de que la familia distinta a la tradicional sea necesariamente perjudicial para los niños, destacando la importancia de las experiencias cotidianas de la vida familiar⁵⁶.

Un subgrupo importante, por su trascendencia en el bienestar biopsicosocial de madre e hijo, lo constituyen las mujeres con embarazos en la adolescencia que deciden tener al hijo, convirtiéndose en «madres solteras» y formando una familia monomarental o incluyéndose en una familia «nuclear ampliada» (con abuelos u otros familiares) o incluso en «familias mosaico» (dos o más figuras parentales y con descendencia de parejas anteriores). Dependiendo de países y culturas, estas mujeres pueden tener que enfrentar grandes dificultades y carencias, alterándose en muchas ocasiones su desarrollo psicosocial y el de los hijos^{2,4}. Esa es la razón por la cual el Grupo de Trabajo de Prevención en Salud Mental de la SEMFYC ha incluido desde sus primeros trabajos un subprograma preventivo de «Embarazo en la adolescencia», al que remitimos^{2-4,94}.

Otro subgrupo significativo es el de las madres solas por propia elección (MSPE o MSPEP). En este caso se trata de mujeres (u hombres) que adoptan libremente la decisión de asumir una maternidad o paternidad y formar una familia monoparental. Estas familias se han constituido a través de diferentes vías de acceso a la maternidad o paternidad, siendo un rasgo compartido el carácter explícitamente intencional de la formación de un proyecto familiar encabezado por un solo adulto. En el caso de las madres solteras el hijo puede concebirse a través de técnicas de reproducción asistida (el 2,7% de las mujeres que acuden a programas de reproducción asistida no tienen pareja), de un «donante conocido» o de la adopción internacional. En el caso de los hombres solteros, ese paso suele efectuarse a través de la adopción internacional, del acogimiento permanente o de madres subrogadas («vientres de alquiler»)^{93,95}, práctica que actualmente es ilegal en nuestro país, y suele suponer la mercantilización del cuerpo de la mujer y su reducción objetual al servicio de la reproducción, casi siempre por contrapartidas económicas.

El grupo de MSPE lo forman mayoritariamente mujeres de entre 35 y 45 años, con estudios universitarios, trabajadoras cualificadas, con solvencia económica, que emprenden su proyecto a una edad madura y que viven solas con sus hijos, habitualmente uno⁹⁶. El perfil psicológico de estas mujeres apenas ha sido estudiado, pero los trabajos realizados indican que se trata de madres con una buena valoración de sí mismas, con una particular autonomía psicológica y con capacidades singulares para autogestionar sus vidas, tomar decisiones y controlar el estrés⁹⁵. Por tanto, se trata de

un tipo de maternidad en solitario que claramente se distancia de otras familias monomarentales incluidas en los colectivos integrantes de la denominada «feminización de la pobreza», puesto que se trata de madres que, en términos generales, no tienen problemas para cubrir las necesidades socioeconómicas de sus hijos. Esta solvencia económica es referida por las MSPE como uno de los argumentos principales para legitimar su decisión de ser madres y distanciarse de los estereotipos asociados a la maternidad en solitario no buscada, y de las normas y representaciones sociales patriarcales acerca de cómo debe configurarse una familia, cuál es el papel de las mujeres o cómo debe ser la maternidad, contribuyendo también con ello a abrir los estrechos límites de la familia patriarcal y a promover un nuevo orden familiar^{95,97}. Las MSPE suelen invertir el orden de prioridades: primero el hijo y después la pareja. En muchos casos no rechazan la figura masculina e incluso buscan el referente para sus hijos, ya que consideran imprescindible el rol masculino, el cual puede ser asumido por amigos, abuelos, tíos u otros allegados⁹⁸. Cuando esto no es así, cuando la madre defiende la exclusión activa de terceros/as en el cuidado de los hijos o hijas, es cuando clínicamente se encuentran los problemas más graves.

El modo en que los hijos de MSPE se representan en su familia ha sido poco estudiado, aunque el ajuste psicológico de estos niños y niñas parece que no difiere del de los criados en otros modelos familiares⁹⁹. Como decíamos, más del 80% de esas madres solas por elección piensa que el papel del padre es importante en la vida de sus familias, aunque la mayoría opina que no es imprescindible⁹⁵. Pero todas las madres tienen que explicar tarde o temprano a sus hijos el hecho de que en su familia no existe un progenitor varón, y este tema constituye, para el 32% de las MSPE, la mayor preocupación en relación a sus hijos o hijas, bastante por encima de otras preocupaciones como los problemas de salud o los escolares, presentes respectivamente en el 10,7% y 4% de esas madres⁹⁵.

Una de las estrategias que emplean las MSPE para conseguir la normalización de este modelo de familia, y compensar la ausencia de una figura paterna (o, en general, una tercera figura en la triangulación originaria), es la convivencia con grupos de iguales, para que sus hijos no se sientan estigmatizados y acepten la existencia de una diversidad de modelos de familia, aparte de la familia tradicional, aunque sea este el modelo familiar dominante y del que ellas mayoritariamente provienen^{95,98}. Otro de los recursos empleados por las MSPE, en el proceso de normalización social de la ausencia del padre, es la búsqueda de un referente masculino que no necesariamente tiene que coincidir con el padre biológico y/o social, de manera que el «referente masculino» podría ser, por ejemplo, cualquier varón del entorno que el niño/a tomara como modelo y que tampoco necesariamente tiene que convivir en el hogar^{100,101}. Pero las dudas que las madres expresan acerca de cómo abordar con sus hijos la figura del padre indican que estas familias necesitan todavía construir sus propias narrativas, configurar nuevas identidades con nuevas claves, y que la sociedad y sus servicios deben ayudar a subvenir los problemas y necesidades de estos nuevos modos de vivir en familia y a prevenir sus desviaciones negativas¹⁰².

Fallecimiento de un progenitor

La muerte de uno de los progenitores implica la pérdida de un vínculo único y especial en la vida de cada persona, y es uno de los acontecimientos vitales más estresantes que puede sufrir un niño o un adolescente. Sus consecuencias vienen siendo estudiadas desde hace más de un siglo, aunque a menudo con estudios clínicos o metodológicamente variables y sin que sus consecuencias hayan sido investigadas de forma sistemática y rigurosa^{94,103-130}. A nivel mundial se estima que un 4% de los niños pierde un progenitor antes de los 15 años, y un 3,5% de los menores de 18 años ha sufrido la muerte de uno de sus progenitores en los Estados Unidos^{28,105}.

Este acontecimiento puede afectar el desarrollo de los hijos por múltiples mecanismos derivados del fallecimiento: proceso del duelo, pérdida de una figura primaria de vínculo o de modelo de roles e identificación, efectos sobre el progenitor superviviente, cambios en los cuidados o en la educación recibida o pérdidas de nivel socioeconómico y capacidad adquisitiva¹⁰³. De hecho, en nuestras sociedades la muerte del progenitor, en particular del padre, a menudo supone toda una serie de duelos secundarios, y entre ellos, una disminución en los ingresos familiares, cambios de domicilio y, en este caso, un cambio a una nueva escuela y una pérdida de amigos y red social.

La forma en que los niños viven la muerte de uno de sus progenitores está relacionada con diversos factores¹¹²: aspectos del propio fallecimiento (esperado tras una enfermedad prolongada o repentino; o el tipo de muerte, como por ejemplo un suicidio), la edad, sexo y etapa del desarrollo del niño o niña, cuando se produce la pérdida, el sexo del progenitor fallecido (la muerte de la madre suele provocar mayor número de cambios y mayor discontinuidad en la vida de los niños que la del padre), el grado de apoyo que ofrece el medio familiar, y la personalidad y grado de salud mental del progenitor sobreviviente (por ejemplo un intenso impacto emocional en forma de duelo prolongado o depresión prolongada pueden comprometer la adaptación psicológica final del hijo)^{1,4,103,106-108,112}. También se ha señalado que la psicopatología en la edad adulta, tras la pérdida de uno de los progenitores en la infancia, correlaciona con la adecuación de los cuidados recibidos tras dicha pérdida^{109,110} más que con la pérdida en sí. En este sentido hay que recordar que la pérdida de la madre implica, con frecuencia, una reducción tanto en la cantidad como en la calidad de los cuidados recibidos por los hijos.

Es frecuente la aparición de alteraciones psicológicas (emocionales, cognitivas, somáticas y conductuales: [tabla 4](#)). El duelo es distinto a las diferentes edades, en cuanto a comprensión, experiencia y formas de expresión, y los recursos para su resolución están relacionados, entre otros aspectos, con el grado de desarrollo cognitivo y emocional de niños y adolescentes¹¹².

En los niños más pequeños las reacciones de duelo tienden a ser más leves y más cortas que en la adolescencia y la edad adulta y raramente los síntomas persisten más de un año, a menos que existan otros factores condicionantes, siendo importante como predictor de la duración de la sintomatología las respuestas del progenitor sobreviviente^{106,111}. Las reacciones a la pérdida suelen ser corporales

(encopresis, pérdida de apetido, problemas del sueño) y se presentan con más frecuencia enuresis, rabieta o conductas de ansiedad de separación. En los niños de más edad predominan los trastornos de conducta y son más relevantes la inquietud, la agresividad o los problemas en el rendimiento académico¹¹².

En los adolescentes las respuestas iniciales al fallecimiento de uno de sus progenitores se caracterizan por intensas reacciones emocionales, incluyendo síntomas depresivos y ansiosos, trastornos del sueño, trastornos del comportamiento, conductas de riesgo, disminución del rendimiento académico y dificultades en las relaciones con sus compañeros, habitualmente en forma de aislamiento o restricción de las mismas^{94,103,112}. La duración de esta sintomatología suele ser más prolongada en adolescentes que en los sujetos de menor y mayor edad. Entre los factores que condicionan la evolución del duelo en adolescentes se han señalado la calidad de la relación que se mantenía con el progenitor fallecido (por ejemplo la intensidad del vínculo, aunque la ambivalencia y la dependencia potenciarían la severidad de la pérdida y los procesos de duelo), el tipo de fallecimiento, la naturaleza y calidad del apoyo familiar y social, la presencia de crisis o factores de estrés añadidos y la aceptación sociocultural de este tipo de acontecimientos¹⁰³.

En general, los niños y adolescentes que sufren la muerte de uno de sus progenitores tienen que afrontar diversas adaptaciones adicionales a la pérdida, como la repercusión del acontecimiento en el progenitor o madre sobreviviente y el resto de miembros de la familia, cambios en su situación social y/o económica, posibles cambios de domicilio, escuelas o institutos, o la «necesidad» de asumir nuevos roles en el hogar, con el consiguiente incremento de responsabilidades y el mayor nivel de expectativas y demandas por parte del progenitor vivo¹¹¹. Sin embargo, como hemos recordado, la mayoría de los niños y adolescentes que sufren el fallecimiento de uno de sus progenitores son capaces de afrontar estas situaciones sin presentar alteraciones emocionales o de conducta especialmente severas o prolongadas, y de mantener un adecuado funcionamiento en el medio familiar, escolar y a nivel de relaciones con sus iguales tras un cierto periodo de tiempo, recuperando la mayoría de ellos su nivel previo de funcionamiento psicossocial^{111,112,126,129}.

En cuanto a repercusiones a más largo plazo existen datos que relacionan la muerte de un progenitor en la infancia con dificultades en el logro de competencias laborales, con un menor rendimiento académico, con una mayor adopción de estilos de vida no saludables, con una mayor frecuencia de conductas de riesgo y delictivas y con un mayor riesgo de psicopatología, especialmente si la muerte del progenitor fue por suicidio^{94,112}. En realidad, este riesgo de psicopatología no es tan relevante como suele creerse y está relacionado con otros factores (presencia de psicopatología en el progenitor sobreviviente, calidad de los cuidados, red social de apoyo, estresores vitales intercurrentes, historia de trastornos mentales previos en el hijo, etc)^{94,103,112-125}. La muerte de un progenitor, como otras pérdidas, hace que los duelos y las crisis vitales posteriores sean experimentadas como nuevas pérdidas personales, lo que puede conllevar una disminución de la autoestima y favorecer la aparición de depresión, síndrome de estrés postraumático o consumo de alcohol o drogas. La mayoría de los niños que sufren

la pérdida de uno de sus progenitores experimentarán un duelo prolongado, pero si son adecuadamente ayudados por su entorno o por medios profesionales o semiprofesionales, pueden realizar una adecuada integración psicossocial y recuperar la capacidad de disfrute y satisfacción en sus vidas^{94,112,126,127}. Los estudios sugieren también que la pérdida de la madre es más significativa que la del padre, que la edad a la que ocurre la pérdida podría ser importante, de forma que el máximo efecto a largo plazo sería para quienes sufren la pérdida en la infancia media (entre los cinco y 10 años), y que tales efectos a largo plazo están claramente mediados por los cambios en la vida diaria y en la calidad de los cuidados que reciben los hijos tras dicha pérdida, más que debidos al propio duelo o al impacto de la pérdida *per se*^{103,112,113,115,128}.

En el ámbito preventivo, se sabe que, más que intervenir directamente sobre los hijos, lo importante será asesorar al progenitor superviviente y a la red social con el fin de que pueda ayudar a sus hijos en la elaboración del duelo. Ello supone ofrecerles una información verdadera y verosímil adaptada a su edad y etapa de desarrollo, facilitar las relaciones con otros niños, el apoyo a los niños en duelo en el ámbito escolar, comprometer al niño en actividades que mejoren su autoestima, facilitar la expresión de emociones, fantasías y temores y facilitar una relación positiva con padres y compañeros^{112,129,130}. Una relación afectiva adecuada con el progenitor sobreviviente es el mayor soporte para el ajuste de un niño que ha sufrido la pérdida de uno de sus progenitores. Asimismo, está demostrado que las intervenciones precoces de consejo y asesoramiento pueden disminuir el riesgo futuro de depresión y otros trastornos mentales^{108,112}.

Intervenciones

Como hemos ido apuntando en cada apartado, diferentes programas de intervención sobre progenitores e hijos de familias monoparentales han mostrado beneficios para prevenir el riesgo de psicopatología y/o marginación^{65,66,86-88,112,129-132}.

Deberían ser prioritarios los programas preventivos dirigidos a niños en la escuela. Está probado que pueden mejorar las habilidades cognitivas y el control emocional y conductual para hacer frente a diferentes situaciones (por ejemplo, control de la ira, solución de problemas, comunicación), en especial a través de la identificación y expresión de emociones. Además, el formato de grupo proporciona apoyo social y reduce el aislamiento y la estigmatización¹¹².

Los *programas dirigidos a progenitores en duelo* (bien desde servicios sociales, sanitarios o pedagógicos, y bien con el formato de grupos de ayuda mutua u otros)^{2-4,94,112} tienen como objetivo mejorar sus habilidades y capacidades de negociación y pacto en las relaciones y solidaridades familiares, muy especialmente en los procesos de ruptura conyugal y transiciones vitales. Intentan ayudar a enfrentar adecuadamente sus propias emociones y las de sus hijos, mejorando sus capacidades parentales¹³. Estos programas han demostrado utilidad en varios ámbitos, y entre ellos, a la hora de mejorar la calidad de la relación madre e hijo y la aceptación de una disciplina efectiva, reduciendo los problemas de internalización y externalización en los niños.

Otros programas dirigidos a adolescentes de padres divorciados también han disminuido a largo plazo la prevalencia de psicopatología, el abuso de alcohol y drogas y el número de parejas sexuales^{64,65,86-89,94,112}.

La mayor parte de estos los programas se han publicado en revistas anglosajonas y provienen de investigaciones del Reino Unido, Norte de Europa y de los Estados Unidos de Norteamérica. Confirman que es mucho lo que se puede hacer en el ámbito de la atención primaria en la prevención de la psicopatología en los hijos de familias monoparentales: gran parte de la patología mental y conductual y de los conflictos psicosociales crónicos pueden prevenirse en un grado u otro si se abordan con sentido común de forma precoz^{2,4,48,94,107,108,131,132}. Un elemento clave de este abordaje son las diversas formas de la atención primaria (de salud, social y/o pedagógica), especialmente en los países con fuerte tradición de cuidados sociales de sus poblaciones, como son los países de la Unión Europea antes de la irrupción de la ola mal llamada «neoliberal».

Para colaborar o aplicar dichos programas desde la APS, el subprograma elemental y básico, como decimos desde los primeros trabajos de nuestro grupo^{2-4,94}, consiste en la formación, preparación y actitudes del propio personal de APS: médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y otro personal de APS, han de tener conocimientos, sensibilidad psicosocial y habilidades para la entrevista clínica y la relación asistencial. El objetivo es poder mantener una postura de escucha y comprensión que les permita percibir la vivencia y el sufrimiento del niño (y a menudo de sus progenitores) frente a la situación de monoparentalidad creada y los acontecimientos dolorosos que la acompañan. Es la pre-condición para que puedan utilizar sus capacidades profesionales (y personales) y ofrecer ayuda psicológica desde las consultas de atención primaria.

Los niños en las familias monoparentales se enfrentan a múltiples retos y amenazas, pero no por ello las personas que crían y educan solas a sus hijos están destinadas a tener hijos con problemas. La mayoría disfrutan de hijos e hijas sanas, que llegan a convertirse en adultos competentes, empáticos y solidarios, sobre todo si dispusieron de buenas relaciones de apoyo con su madre. La imagen del padre o madre ausentes, en el caso de las familias monoparentales puede construirse en la mente de los niños, no solo a partir de los rasgos del progenitor biológico, sino también de atributos de otras figuras masculinas y femeninas, tanto entre los allegados, como en las redes sociales, los medios de comunicación y las redes sociales informatizadas. En el caso de los varones de nuestra cultura patriarcal la imagen del padre parece ser especialmente importante a la hora de aprender a modular los impulsos agresivos, de integrar el concepto de autoridad y sociedad, de configurar la identidad masculina y de forjar el talante de padre futuro, pero superando el modelo patriarcal hacia las nuevas masculinidades donde la igualdad y la corresponsabilidad deben ser valores predominantes. De ahí que la importancia de recomendar la presencia al menos simbólica de un tercero con rol diferenciado en el caso de la prevención en familias monoparentales.

Finalmente, más allá de asegurar el cumplimiento de los deberes financieros de los padres con sus hijos, las políticas sociales deben estimular y promover prácticas y espacios que afirmen el vínculo entre ellos y faciliten la relación entre

los progenitores y sus hijos pequeños¹³³⁻¹³⁶. Esas políticas sociales deberían ofrecer diferentes servicios (técnicos asesores, cursos y grupos sobre paternidad, espacios de juego y convivencia) para el progenitor que no convive con sus hijos, como por ejemplo hace el programa británico *DO it Yourself Dad*^{10,133-136}. Pero, por encima de todo, la prevención aunque sea inespecífica, consiste en facilitar el cuidado social de las familias vulnerables y la conciliación entre la vida laboral y familiar, en especial en las familias monoparentales^{137,138}.

Recomendaciones

Para la administración

- **Prevenir la desigualdad**, con la adopción de medidas político-sociales pertinentes y con la creación y desarrollo de servicios sociales y comunitarios para mejorar la equidad, el acceso a la información, la cultura y la capacidad de decidir libremente, para disminuir las brechas sociales y culturales.
- Dotar adecuadamente, tanto en formación como en personal y servicios, los programas de ayuda familiar en general, y para las familias monoparentales, en particular.

Para los consultantes

Por parte del personal de APS:

1. Expresar y ofertar una disponibilidad para orientar y aclarar dudas o aliviar preocupaciones, en una o varias entrevistas.
2. En el caso de familias monoparentales por muerte de un progenitor pueden resultar útiles una serie de orientaciones al progenitor sobreviviente con hijos mayores de seis años (tabla 5).
3. Cuando la causa de la monoparentalidad es una separación o divorcio, lo más factible es ofertar una entrevista separada a cada uno de los progenitores, dado que la entrevista conjunta planteará muchas dificultades en la práctica en las separaciones altamente conflictivas, que son las que más repercuten en los hijos. Algunas recomendaciones para los progenitores separados se presentan en la tabla 6.

Para los profesionales de atención primaria

1. **Mantenga y actualice el genograma o árbol familiar** en la historia clínica, como instrumento de exploración que evalúa la estructura familiar y permite detectar las situaciones de monoparentalidad.
2. Señale la situación de monoparentalidad de forma clara en la historia del niño y el progenitor, por lo menos en la lista de «condiciones o problemas» o su equivalente.
3. **Valore la posibilidad de aclarar la situación socioeconómica de la familia** (en la entrevista clínica, con el trabajador social del centro o con los Servicios Sociales) antes de que aparezcan señales de alarma o síntomas.
4. Realice un seguimiento de los hijos de familias monoparentales, así como de sus progenitores. Valore la posibilidad de duplicar las visitas del Programa del Niño

Tabla 6 Recomendaciones a progenitores separados o divorciados (ampliadas en ^{94,112})

Evitar la situación psicosocial de la familia monoparental: una ruptura parental no tiene por qué dar lugar a una monoparentalidad.

Si no hay antecedentes de violencia de género o familiar, recomiende acuerdos sobre la custodia compartida que ayuden al progenitor conviviente, pero sin contribuir a la «desaparición» del progenitor que no tiene la custodia.

Asegure a sus hijos que los dos progenitores les quieren.

Asegúrese de que sus hijos entiendan que ellos no son la causa de su divorcio, que no lamentan haber tenido hijos.

Déjeles claro que el divorcio es definitivo, pero que seguirán teniendo padre y madre (dos progenitores) «toda la vida».

Mantenga en la medida de lo posible la mayor parte de las rutinas cotidianas de los niños: horarios, alimentación, colegios, deportes y ocio.

Si el progenitor que no tiene la custodia se desentiende de los hijos, intente no favorecer esa tendencia. Facilite el contacto. En último extremo, busque quien pueda jugar ese papel de «progenitor secundario», real o simbólicamente: un familiar, el abuelo/a, tutores, nuevas parejas (pero no establecidas «por el hijo», sino por intereses del progenitor).

Ayude a sus hijos a expresar sus sentimientos dolorosos.

Proteja los sentimientos positivos de sus hijos hacia los dos progenitores.

En la medida de lo posible, mantengan una disciplina normal y acorde en ambos hogares.

No discuta con su excónyuge en presencia de los hijos: lo vivirán con mayor violencia, culpa o desesperación de lo habitual.

Intente evitar las disputas sobre la custodia. Sus hijos necesitan sentir estabilidad vital, precisamente porque su triangulación primigenia, su apego fundamental, se ha alterado.

Evite, si es posible, un cambio de domicilio, de escuela y de amigos.

Sano, derivando al Equipo de Salud Mental en caso de detectarse trastornos que así lo requieran.

5. **Mantenga una atención activa para la detección de factores de riesgo y señales de sufrimiento psicosocial y psicopatología** (tabla 7) que puedan estarse acumulando en los niños o en los adultos. Si aparecen factores de riesgo o señales de alerta, intente tener en cuenta la causa o causas de la monoparentalidad, con el fin de orientarse en su diagnóstico y en las aportaciones preventivas subsiguientes.
6. Acostúmbrase a valorar, asimismo, y a hacer constar en la historia clínica, los «factores de contención» o «resiliencia» de esos niños y familias: sus capacidades/vulnerabilidades emocionales, sus capacidades cognitivas y sociales, su estado de salud, su red familiar, su red social, el apoyo escolar, el apoyo, si es necesario, de los diversos servicios comunitarios (psicopedagógicos, de salud, de salud mental, de servicios sociales, entre otros). Las recomendaciones elementales, en función de las causas que desencadenaron la monoparentalidad, se presentan en la tabla 8.
7. **Mantenga una atención activa hacia la prevención o seguimiento del embarazo en adolescentes**, que puede terminar en una familia monoparental. Recomendamos revisar y en su caso aplicar las intervenciones del subprograma «Prevención de los problemas de salud mental del embarazo en la adolescencia» del PAPPS y la SEMFYC adjunto.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Prevención de los problemas de salud mental del embarazo en la adolescencia

Es difícil definir cronológicamente la adolescencia, sobre todo si se tienen en cuenta las diferencias socioculturales,

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

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

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

Según datos recogidos del «Informe de la juventud en España 2019», la edad media de la primera relación sexual con penetración era los 16,2 años, sin diferencias significativas entre sexos. En el «Informe de la juventud en España

Tabla 7 Factores de riesgo de disfunción familiar y psicopatología en situaciones de monoparentalidad

Alto nivel de conflicto interparental previo, durante y posterior a la separación o divorcio
Disputas judiciales continuadas e intensas por la custodia de los hijos tras la separación
Situaciones de violencia verbal o física hacia el niño
Situaciones de violencia verbal o física graves delante del niño
Aislamiento y pérdida de apoyo social de los progenitores
Incumplimiento económico de los acuerdos judiciales
Trastorno mental grave o abuso de drogas en el progenitor conviviente
Trastorno mental grave o abuso de drogas del progenitor ausente
Cuidados parentales negligentes o de pobre calidad por parte del progenitor que mantiene la custodia
Conversión en «progenitor ausente» del «progenitor no residente»
Situaciones socioeconómicas muy desfavorables
Acúmulo de estresores en las condiciones de vida del progenitor que mantiene la custodia y de sus hijos (cambios de domicilio, escuela, cuidados, amigos...)
Presencia de hijos pequeños en el hogar
Bajo grado de bienestar psicológico en la madre
Madre adolescente con escasos apoyos de su familia o importantes conflictos con esta.
Presencia de enfermedades o trastornos mentales graves en los hijos (biológicos o adoptados).
Dificultades en la elaboración del duelo o duelo complicado por parte del progenitor conviviente.
Mantenimiento de la ocultación o el secreto en relación con la muerte del progenitor o circunstancias de ésta por parte del resto de la familia.
Dinámica familiar conflictiva.

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

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

Desde el punto de vista biopsicosocial, la adolescencia se considera una importante transición psicosocial: los y las adolescentes han de renunciar, a menudo en medio de grandes tormentas afectivas, a un cuerpo, una forma de relacionarse consigo mismos y con los demás y a una forma de estar en la sociedad como niño/a para pasar a adoptar un rol psicosocial de persona adulta. Como hemos recordado en otras publicaciones^{7,8}, ello implica numerosos duelos para los adolescentes: por los padres idealizados, por un tipo de relación con el padre y con la madre que se pierden, por el cuerpo infantil y su representación mental, por el colegio, amigos, vida de la infancia, etc. Además, el adolescente debe encarar importantes tareas psicológicas y sociales para devenir adulto, tareas dominadas por un conflicto que ya Erikson⁹, y después otros muchos autores, han denominado como el logro de la identidad versus la confusión del rol^{7,8,10-13}. *La identidad debe ser entendida aquí como ese sentimiento, cognición y representación mental*

inconsciente básica de unidad de uno mismo, de continuidad interior y en el exterior, tanto a lo largo del tiempo como de las situaciones^{7,9}. El sentimiento de identidad y, por lo tanto, el logro de un «self» (*o representación del sí-mismo estructurado*) es el resultado de una elaboración suficiente de los conflictos biopsicosociales de la adolescencia.

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

Otro dato de interés es la tasa de fecundidad adolescente (número de nacimientos por cada 1 000 mujeres de 15 a 19 años). En 2020 fue de 5,33 por mil mujeres en la población de 15 a 19 años. También en este caso existen variaciones significativas según la comunidad autónoma. Además, si se analiza la tendencia temporal, se observa una tendencia clara y progresivamente decreciente, puesto que en 2011 esta tasa fue de 9,51 por mil¹⁵. La tasa total de fecundidad referida al conjunto de todas las edades en 2020 era de 32,48 por mil, también inferior a la de 2011: 41,26 por mil. El descenso progresivo cada año parece hoy bastante claro¹⁶.

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

Tabla 8 Principales rutas de entrada o causas precipitadoras de monoparentalidad y recomendaciones básicas para la APS y para el cónyuge conviviente

Principales causas	Recomendaciones elementales
Divorcio o separación conyugal Otros finales de la cohabitación	Tabla 6
Fallecimiento de uno de los progenitores	Tabla 5
Ausencia permanente o prolongada de un progenitor: -Hospitalizaciones o enfermedades graves (trastornos mentales, drogadicción, enfermedades invalidantes...) -Emigración o inmigración por motivos laborales o de otra índole -Abandono o desertión del hogar -Trabajos especiales: marina, ejército, ejecutivos... -Encarcelación prolongada	Considérela una situación de duelo y pérdida, al menos para la mayoría de los hijos e hijas Adapte por tanto las recomendaciones contenidas en las tablas 5 y 6. Si no hubo violencia conyugal previa importante, favorezca la relación real, <i>on-line</i> y en la fantasía con el progenitor ausente. Pero sin forzar las resistencias del niño o la niña, que se harán notables en algunos casos y en ciertos momentos de su desarrollo...
Adopción por hombres o mujeres sin pareja	El riesgo puede provenir de un trastorno mental no diagnosticado en el adoptante: trastornos delirantes, otros trastornos psicóticos, narcisismo grave... Si le es posible, recomiende o apoye una relación afectivamente próxima y estable con una tercera persona, de forma real o, al menos, en símbolos, fantasía y recuerdos (abuelos, tíos, allegados, amigos pueden valer). Recomiende las relaciones sociales y no sólo en grupos homogéneos. Cítele con el hijo/a, observe la relación. Si hay dudas, interconsulta con Salud Mental.
Progenitores solos por elección propia (PSPEP)	En la clínica, se puede apreciar un aumento de riesgo para el desarrollo de la descendencia en los casos de trastorno mental no diagnosticado del progenitor: trastornos delirantes, otros trastornos psicóticos, narcisismo grave... Si le es posible, recomiende o apoye una relación afectivamente próxima y estable con una tercera persona, de forma real o, al menos, en símbolos, fantasía y recuerdos (abuelos, tíos, allegados, amigos pueden valer). El que sea de género diferente al padre/madre PSPEP puede proporcionar una ayuda en la socialización del niño o niña. Recomiende las relaciones sociales y que no sean sólo en grupos homogéneos de PSPEP. Cítele con el hijo o hija y observe la relación. Si hay dudas, interconsulta con Servicios Sociales y/o Salud Mental.

hacia el descenso de las tasas de fecundidad en todas las edades^{17,18}.

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

Sin embargo, dos indicadores que revelan las dificultades del embarazo en la adolescencia en nuestras sociedades son, por un lado, la tendencia a dar lugar a familias monoparentales (un tema que hemos tratado en nuestro Subprograma Preventivo sobre Familias Monoparentales, y que también hemos actualizado en esta Monografía PAPPs-2022); en

segundo lugar, la alta tasa de abortos en la adolescencia. Según datos del Ministerio de Sanidad, la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en la población de mujeres de menos de 20 años (19 años y menores) fue, en 2020, de 7,41 por mil mujeres, aunque también se observa una tendencia a la baja en los últimos años (en 2011 esta tasa fue de 13,88 por mil¹⁹).

Estas cifras representan un número absoluto de 8.664 interrupciones del embarazo declaradas en las mujeres de menos de 20 años durante 2020, aunque en varios lugares de nuestro país las IVE no declaradas parecen seguir teniendo un peso relativamente importante, como demuestran asimismo las tasas de embarazos en la adolescencia que acabamos de mencionar: es otra flagrante demostración de la desigualdad y las brechas sociales, políticas, culturales y sanitarias que siguen padeciendo nuestras compatriotas. De

todas maneras, si se hace un cálculo entre los nacimientos ocurridos en 2020 (6.315 nacimientos) en este grupo de edad y las interrupciones voluntarias del embarazo, el porcentaje de IVE sobre el total de embarazos fue nada menos que del 57,8%²⁰. Todo ello a pesar de que las tasas de embarazos no deseados y de abortos a nivel mundial y también dentro de Europa presentan una variabilidad significativa, en gran parte relacionada con el desarrollo social y económico y con la educación de los pueblos^{21,22}.

En efecto, las tasas de IVE por 1 000 mujeres entre 15 y 44 años muestran diferencias ostensibles entre las diversas comunidades autónomas de España: en 2020 las tasas más elevadas correspondían a Cataluña (13,44), Asturias (12,03), Baleares (11,87), Murcia (11,25), Madrid (10,94), Canarias (10,88) y Andalucía (10,85), las más bajas a Ceuta y Melilla (1,94), Galicia (5,71) y La Rioja (5,86). Las cifras intermedias corresponden a País Vasco (9,58), Aragón (8,50), Comunidad Valenciana (8,38), Castilla-La Mancha (8,00), Cantabria (7,89), Navarra (7,66), Castilla y León (6,56) y Extremadura (6,43)²³.

Un grupo de especial riesgo lo constituyen las niñas muy jóvenes, de nueve a 14 años, víctimas de matrimonios forzados o acordados por sus familias en muchos casos, y en otros por ser víctimas de violencia sexual en sus familias o comunidades²⁴.

Desde el punto de vista psicológico y psicosocial, otro riesgo añadido proviene del hecho de que el embarazo en la adolescencia con frecuencia es un *embarazo no deseado*. Pero el dato psicosocialmente importante es que, en general, a diferencia de los embarazos no deseados en otras edades, puede seguir siendo no deseado a lo largo de todo el embarazo, y dar lugar al nacimiento de un *niño ambivalentemente deseado*, e incluso a descendientes «no deseados al final del embarazo»: esta es la situación de mayor riesgo²⁵, aunque la madre se haga cargo del hijo (con o sin participación del padre y las familias).

Problemática del embarazo en la adolescencia

Desde el punto de vista de la salud reproductiva, la adolescente está expuesta a algunos riesgos que conviene conocer para poder poner en marcha intervenciones preventivas y para la promoción de conductas saludables. Los y las adolescentes conforman un grupo heterogéneo cuyas necesidades varían en función del contexto en el que se desarrollan y de la fase de desarrollo personal en que se encuentran. Además, resulta necesario realizar el análisis de necesidades y problemas con enfoque de género, ya que el impacto es muy distinto en los hombres que en las mujeres adolescentes, siendo claramente *estas* las que sufren mayor impacto en sus vidas a todos los niveles con el embarazo: en su salud física y mental, a nivel educativo, social, familiar, así como en sus funciones y capacidades parentales, si el embarazo finaliza y la mujer asume la crianza.

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

1. Porque incide en una persona cuya identidad psicosocial no está asentada. En particular, la madre adolescente de nuestra cultura no ha integrado suficientemente aún

su identidad personal y, menos aún, su identidad como mujer-posible-madre^{9,26-28}.

2. Además, eso ocurre en una persona cuyo rol y estatus sociales no están definidos aún.
3. Porque incide en un organismo cuya integridad biológica como adulta no está acabada, lo que predispone a problemas con el embarazo, el parto y la lactancia^{11,26,27,29-31}.
4. Porque la falta de identidad y estructuración del *self*, del sí-mismo, de los adolescentes de ambos sexos les predispone, en sus relaciones sexuales, a infravalorar los riesgos, y en consecuencia a no tomar las protecciones adecuadas para prevenir el embarazo y protegerse de las enfermedades de transmisión sexual^{8,30,31}.
5. Porque las ansiedades y conflictos profundos que todo embarazo y recién nacido desencadenan pueden interferir de forma grave en la elaboración del conflicto psicosocial básico de la adolescencia: logro de la identidad versus confusión del rol, así como de todas las tareas, duelos y cambios propios de esa edad⁸.
6. Porque tanto el aborto espontáneo como el voluntario son más frecuentes en estas edades, y no hay que olvidar que el aborto, y en especial el aborto repetido, es una importante *transición psicosocial* que implica sufrimiento mental y social, y puede favorecer la *descompensación emocional*^{30,31}, máxime porque, en el caso del embarazo en la adolescencia, la interrupción del embarazo suele darse en situaciones de mayor inseguridad biopsicosocial.
7. Porque la situación de hijo no deseado al final del embarazo es una situación de alto riesgo biopsicosocial para el hijo y de riesgo psicológico y social para la madre²⁵.
8. Porque, a menudo, en la adolescencia es difícil que exista una figura de apoyo y contención estable para esa madre, lo que con frecuencia agrava los conflictos del apego y el sentimiento de soledad, contribuyendo así al desequilibrio emocional.

Otra perspectiva para entender esta problemática es la que tiene en cuenta las *funciones parentales de la familia* (y de las instituciones sociales substitutivas) en nuestra cultura. Muy esquemáticamente diríamos que, incluso cuando el cuidado y sustento básicos están garantizados, la familia de adolescentes (y la familia adolescente) tiene dificultades en la circulación de las funciones (emocionales) y, en especial, de la contención. Como consecuencia, la urdimbre afectiva madre-hijo inicial y la constitución de la diada emocional suelen resultar alteradas. Además, como se recuerda en el Subprograma sobre las Familias Monoparentales (FMP), el embarazo en la adolescencia es una de las vías de constitución de una FMP, y de las menos protegidas para la salud psicosocial de la mujer. Además, la ausencia del padre como tercera figura puede llevar a dificultades adicionales en la vinculación madre-hijo o, por el contrario, a dificultades en la necesaria elaboración de la simbiosis madre-hijo inicial. Como ya se mencionó, y máxime en el caso del embarazo en la adolescencia, es importante que madre y familia puedan proporcionar relaciones y figuras de apego substitutivas, al menos a nivel simbólico, para estos casos, que probablemente no deberían coincidir con las madres y padres que presionan emocionalmente a la hija para que ejerza la maternidad. Desde luego, si el embarazo ha sido el resultado

de relaciones esporádicas sin un componente afectivo de la pareja y desde la familia se presiona para forzar un vínculo de «conveniencia» entre la adolescente y el «embarazador», ello va a generar consecuencias nocivas para el desarrollo de la mujer y la pareja, así como para la crianza del hijo o hija a corto o medio plazo³². De ahí que promover y respetar la autonomía de la adolescente en la toma de decisiones sea una obligación ética, personal y profesional imprescindible^{33,34}.

Si el embarazo es deseado y/o la cultura y el grupo social integra o incluso apoya ese tipo de embarazos, los riesgos psicosociales disminuyen, pero no desaparecen³⁵. Las consecuencias psicosociales y culturales pueden ser menores, pero continúan poseyendo fuerza marginadora sobre la mujer, tanto en el ámbito social como en el sanitario: interrupción/abandono de la escolarización, cambios en las expectativas y proyectos de vida, dependencia económica, incorporación precoz al mercado laboral, riesgo de subempleo, tensiones familiares, entre otros (tablas 1 y 2).

Causas y situaciones de vulnerabilidad al embarazo adolescente

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

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

Si la niña/mujer decide la IVE, es frecuente que el duelo y tal vez el «trauma por el aborto» sea de difícil elaboración, y puede tener consecuencias psicológicas y psicosociales a corto, medio y largo plazo, por lo que sería necesario el seguimiento y apoyo profesional individualizado durante el tiempo que se requiera.

Hay que insistir en que son particularmente graves las consecuencias de los embarazos en niñas muy pequeñas (nueve-14 años) generalmente fruto de matrimonios forzados o convenidos por los padres (práctica aceptada en algunas culturas, a pesar de su prohibición legal) o en casos de violación. Son circunstancias que afectan tanto a nivel biológico como a nivel psicológico y social, y tanto a la madre como al hijo/a²⁴. Con el agravante de que aun en numerosos países, incluso del «primer mundo», están prohibidas por ley las IVE, incluso en el caso de violaciones.

Los efectos adversos de la maternidad adolescente también tienen consecuencias en la salud física y mental de sus hijos. Las muertes perinatales son 50% más altas entre los

bebés nacidos de madres de menos de 20 años que entre aquellos nacidos de madres entre 20 y 29 años. Los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, con incremento de riesgos físicos y psicológicos a más largo plazo³⁶⁻³⁸.

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

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

1. Prevención del embarazo en la adolescencia mediante la promoción de las medidas anticonceptivas y de auto-protección adecuadas, así como medidas educativas orientadas al empoderamiento de las adolescentes para ejercer el control tanto en las relaciones sexuales como en los métodos de protección.
2. Medidas y actuaciones de facilitación y apoyo si la adolescente decide interrumpir el embarazo (IVE), estando alerta del posible trauma psicológico del aborto, ofreciendo un seguimiento psicológico específico y psicosocial si se requiere, en especial si la familia de la adolescente presiona insistentemente en contra.
3. Ayudar en la «maternización» de la adolescente si decide seguir adelante con su embarazo; por ejemplo, con las medidas recomendadas en el «Subprograma Hijos de Familias Monoparentales»³⁹.
4. Apoyar la creación de algún tipo de triangulación originaria en la familia que va a recibir al niño. Habrá que orientar acerca de la conveniencia de que pronto, ya en los primeros meses, el niño sea cuidado por dos personas, como forma de ayudar a la elaboración de las «funciones familiares» y, particularmente, como forma de asistir en la elaboración de la dependencia mutua madre-hija/o, tal vez aumentada en el caso del embarazo en la adolescencia si la hija/hijo es querido al final del embarazo. Sobre la importancia de que las dos figuras parentales sean de diferente sexo, hay toda una polémica de difícil dilucidación hoy en día, tanto porque no conocemos estudios con metodología adecuada sobre el tema, como por la polémica ideológico-política que se ha levantado al respecto, al menos en la Unión Europea y EE. UU. Todo ello lleva a que se confunda a menudo la necesidad humana de *vínculos de apego* (con una o varias figuras suficientemente próximas y suficientemente estables) más que demostrada por la investigación psicológica y psicopatológica, con la generación de un *self* sexual o de unas vivencias del género en el descendiente.
5. Asegurar que madre, niño y padre reciban suficientes apoyos de la familia (y/o las instituciones sociales) como para posibilitar un desarrollo adecuado de la urdimbre afectiva de los primeros meses y el desarrollo psicofísico saludable del bebé. Hoy ya sabemos que este se basa, sobre todo, en el establecimiento durante los primeros años de un *vínculo de apego* al menos con una o dos figuras, que sea suficientemente sano y estructurado, al

contrario de los vínculos de apego inseguros, ansiosos, ambivalentes o desestructurados, facilitados en algunos embarazos en la adolescencia^{34,40-42}.

6. Valoración, apoyo y seguimiento psicológico específico de la madre si el embarazo fue consecuencia de una violación o estupro.
7. No olvidar que ese hijo/a en nuestra cultura sigue siendo un *niño de riesgo* desde los puntos de vista biológico, psicológico y social, y por ello se deberá hacer un seguimiento cercano de su desarrollo físico y psicológico.

Consideraciones generales para la atención preventiva desde la APS de los problemas del embarazo en la adolescencia

El EAP puede desempeñar un papel importante en la prevención de los embarazos en la adolescencia, así como en la detección de las necesidades de los jóvenes padres y del hijo/a, o de la madre y familia que acoge a la adolescente. Puede orientar la respuesta a las mismas y colaborar en su cuidado, pues una consideración previa y general es que siempre van a requerir intervenciones multisectoriales (sanitarias, sociales, educativas, etc.). A pesar de que los y las adolescentes no son usuarios frecuentes de los centros de salud, el hecho de que su seguimiento a lo largo de toda la infancia se haga por los pediatras y enfermería del EAP, proporciona a estos un buen conocimiento de los adolescentes y de las relaciones y contexto familiar. Además, brinda posibilidades de creación de relaciones de confianza entre los profesionales de pediatría, enfermería, matronas, medicina de familia y los y las adolescentes, que desde la honestidad y la confidencialidad permitan y faciliten intervenciones educativas precoces (educación afectivo-sexual). Además, la mejor forma de colaborar los EAP en fomentar unas relaciones afectivo-sexuales sanas entre adolescentes y prevenir embarazos no deseados, básicamente consiste en colaborar en una orientación afectivo-sexual abierta, dialogante y respetuosa para las diferentes culturas y personalidades⁴³⁻⁴⁵.

Por otra parte, la accesibilidad que brinda una APS suficientemente vinculada, dedicada, formada e interconectada con otros servicios hace que con frecuencia sea a estos profesionales a quienes las adolescentes pidan ayuda si requieren la «píldora del día después», si aparecen los primeros síntomas de alguna infección de transmisión sexual (ITS) o si sospechan que pueden estar embarazadas. La APS permite y facilita intervenciones precoces y con un buen conocimiento del contexto familiar y social que, en el caso de las familias con más factores de riesgo, puede ser mejorado por la necesaria interconsulta y colaboración entre los servicios de APS y los servicios sociales de atención primaria (SSAP)⁴⁶.

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

Sobre la prevención del embarazo en la adolescencia

El riesgo de embarazo en la adolescencia es un hecho constatado por las cifras aportadas en los epígrafes previos; las consecuencias para las madres y los hijos a nivel físico, psicológico, educativo y social han sido objeto de numerosos estudios que ya hemos citado (tablas 1 y 2), aunque en nuestra cultura y sociedad es conocida la repercusión en la salud mental de las adolescentes que tienen un embarazo no deseado. Sin embargo, a menudo no se tiene en cuenta la repercusión para un varón adolescente de una primera paternidad no deseada, interrumpida o problematizada. Sus repercusiones psicológicas y sociales son mayores de lo que se suele pensar: dificultades en el desarrollo de la adolescencia, trastornos de conducta, dificultades sexuales y de establecimiento de familia en el futuro, etc. Por tanto, cuando hablamos de prevención de embarazos hemos de pensar tanto en *las* como en *los* adolescentes como objeto de intervención^{34,47,48}.

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

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

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

Para evitar el embarazo no deseado *en el caso de adolescentes de riesgo*, en la actualidad se recomienda el uso de métodos anticonceptivos «reversibles de larga duración» (*long-acting reversible contraceptive [LARC]*). Presentan la ventaja de que no requieren una acción de la usuaria diariamente ni en el momento de la relación, con lo que el porcentaje de relaciones desprotegidas es menor. Estos métodos incluyen los implantes hormonales y los dispositivos intrauterinos (DIU) hormonados o de cobre. Sin embargo, su implantación no debe soslayar la necesidad de insistir en el uso del preservativo de forma sistemática para evitar las ITS⁴⁹.

Se dispone actualmente de excelentes guías para proporcionar información de calidad a los profesionales sobre este tema para que ellos puedan transmitirla a los consultantes. Existe también abundante material disponible

para planificar sesiones de formación psicosexual para alumnos de secundaria, que pueden ser útiles además para los docentes y es una excelente forma de colaboración entre la APS y los servicios educativos, una actividad básica para la salud comunitaria. Como otras actividades compartidas de salud comunitaria, esta actividad debe ser cuidada, regulada y a la que debe dedicársele tiempo y formación en locales adecuados y respetuosos para con los consultantes (despachos, sala de grupos grandes y sala de grupos pequeños)⁵⁰⁻⁵⁶.

Hay que mencionar, además, que una serie de intervenciones compartidas entre los centros educativos y los EAP están resultando efectivas, partiendo de la realidad de que el protagonismo en estos casos lo suele tener el personal docente, sin cuya implicación no serían factibles estas intervenciones, aunque siga siendo conveniente el apoyo técnico del personal sanitario bien formado. Disponemos de numerosos ejemplos de buenas prácticas en educación afectivo-sexual en las aulas en nuestro país, en algunos casos promovidas por ayuntamientos y por asociaciones comunitarias^{57,58} y siguiendo las directrices de la OMS^{59,60}.

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

Tras la detección se realizará la atención inicial donde *la entrevista* con la adolescente es crucial: la cercanía afectiva, la escucha activa, sin culpabilizar, y el respeto a sus decisiones deben ser actitudes del profesional. Hay que explorar sus sentimientos, sus expectativas, y realizar una *valoración integral de la adolescente* y su situación. Debería hacerse, aunque aún no es frecuente, una atención compartida entre médico de familia y pediatra, matrona, trabajadora social, y si fuera posible y necesario, con el ginecólogo y la familia.

Los escandinavos, en estos temas, están proporcionando interesantes enfoques renovadores de alta efectividad⁶¹. En muchos de estos casos, los servicios sociales de base podrían contribuir al conocimiento y enfoque de los casos y es fundamental que participen dentro de la «unidad funcional» que atiende a los casos complejos^{43,46}. Los objetivos de esta «unidad funcional», transitoria, para cada caso complejo, son: 1) Integrar los conocimientos del caso y familia. 2) Contener las tendencias a la actuación incontinente por parte de la familia o de algunos profesionales. 3) Ayudar a la adolescente en la toma de decisiones. 4) Aceptar su decisión y ayudar a realizarla (en el caso de menores de 14 años, se ha de contar con los padres o tutores). 5) Si la joven decide continuar con el embarazo se deberían intentar fortalecer sus vínculos familiares y, desde luego, prestar una atención integral durante el embarazo tanto a la madre (y al padre, si está implicado en la crianza) como al hijo en sus cuidados, una vez ya nacido.

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

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

Acompañamiento y clima de confianza

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

La información al padre biológico de la decisión de interrumpir el embarazo o su inclusión en el entorno de la confianza de la madre es una decisión que corresponde a la adolescente embarazada y ocasionalmente a su familia. Aunque no es imprescindible ni obligatoria, puede significar en algunos casos una ayuda en el proceso de maduración psicológica de la adolescente. Además, si la embarazada se niega a notificar esta decisión, puede tratarse simplemente de que fue el resultado de un encuentro sexual voluntario, sin pensar en las posibles consecuencias, con una persona sin ningún vínculo afectivo, pero también puede hacernos pensar que la relación que condujo al embarazo se realizó de forma inconsciente, bajo presiones biológicas o psicológicas o fue fruto de un abuso sexual o estupro^{33,62}.

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

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

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

En general, se constata un cierto alivio después de haberla ayudado prudentemente a tomar la decisión. En situaciones donde la madre no se siente apoyada ni a nivel familiar ni de redes sociales sí que puede vivirlo como una experiencia traumática. En cualquier caso, la experiencia del aborto siempre se acompaña de un proceso de duelo, que será convenientemente elaborado o no, dependiendo de las circunstancias del apoyo social, familiar y afectivo y de la resiliencia de la madre. La experiencia repetida de IVE podría provocar dificultades emocionales de la embarazada y debería implicar la puesta en marcha de servicios especializados en el tema^{39,43,63,64}.

Seguimiento y asesoramiento posterior a la IVE

Después de la IVE, además de facilitar que la adolescente pueda ser ayudada por los servicios psicosociales especializados, habrá que planificar un objetivo de salud prioritario para el futuro: proporcionar un crecimiento y empoderamiento personal y evitar nuevos embarazos no deseados. Para ello, es fundamental facilitar el asesoramiento adecuado sobre anticoncepción segura y favorecer las vías de acceso a los profesionales para resolver o discutir las dudas o preocupaciones relativas a las relaciones sexuales y los aspectos de la psicosexualidad^{34,39,43,64}.

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

La relación entre el embarazo en la adolescencia y los abusos de poder y violaciones han sido comprobadas desde hace centurias. Diversos estudios constatan la relación entre el embarazo en la adolescencia y las violaciones, aunque, a menudo estas no hayan sido abiertamente declaradas⁶⁵⁻⁶⁷. También hay numerosas evidencias que relacionan el abuso sexual en la infancia (ASI) con el embarazo en la adolescencia y con graves consecuencias para la salud mental de la madre adolescente⁶⁸⁻⁷⁰.

Las repercusiones para la salud mental de la madre de un embarazo consecuencia de una violación pueden ser también muy graves, por lo que es necesaria la valoración precoz y el apoyo y el seguimiento de la adolescente, no solo durante el embarazo, sino tiempo después, hasta que haya logrado una estabilización y elaboración del trauma

de la violación o abuso. Si la petición de ayuda es precoz, tras explorar sus circunstancias y los apoyos con los que la adolescente cuenta, es necesario informarle de su derecho a interrumpir el embarazo (según leyes y países), y de las posibles alternativas y recursos para tomar una decisión consciente e informada. Si optase por la IVE, los profesionales sanitarios deben ser conscientes de que siempre supone una decisión difícil, que puede generar dudas, culpabilidad, un nuevo proceso de duelo y desestabilizar un frágil equilibrio psicológico de algunas adolescentes.

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

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

Sobre la «maternización» de la futura madre

Si la adolescente decide progresar en su embarazo y en su maternidad, habrá que asegurar que sus funciones maternas, sus capacidades para la crianza, muy influenciadas por la cultura y las relaciones familiares de la propia joven, puedan desarrollarse lo más posible y que la maternidad no sea vista como una obligación y un trabajo, sino un placer creativo y solidario no exento de dificultades y sufrimiento. Es a lo que nos referimos con la idea de *ayudar en la «maternización»* de la adolescente si decide seguir adelante con su embarazo; por ejemplo, con las medidas recomendadas en el «Suprograma Hijos de Familias Monoparentales»³⁹ (actualizado también en esta revisión PAPPs-2022).

Como acabamos de ver, las posibilidades de que una adolescente sin ayuda pueda elaborar suficientemente las complejas tareas emocionales y relacionales que la maternidad implica, no son muy altas en nuestras sociedades^{13,71}.

En las [tablas 4 y 5](#) y en las dos primeras tablas del anexo del subprograma «Antecedentes de patología psiquiátrica en los padres» del programa de prevención en Salud Mental del PAPPs y la SEMFYC, se esquematizan algunos de los indicadores de problemas en esa «maternización» de la adolescente. La [tabla 5](#) recoge y traduce algunos de tales indicadores, con

especial hincapié en los que son directamente explorables en la entrevista clínica^{5,72-76}.

Ante un embarazo confirmado, cuando este no es deseado ni esperado, la adolescente vive un importante conflicto que afecta a diferentes áreas de su vida y que despierta emociones muy diversas. Pasar este fenómeno en soledad o con la imposición de terceros en la toma de decisiones supone un importante riesgo para la salud mental y física de la madre y, en general para su futuro. De ahí la trascendencia de afrontar este acontecimiento vital mediante el respeto y el acompañamiento de las personas queridas y de los profesionales. Es fundamental proporcionar toda la información y resolver las dudas para que la madre pueda decidir libremente y sin coacciones si desea proseguir con el embarazo, si opta por su interrupción voluntaria o, si piensa dar en adopción a su hijo^{33,77,78}.

Sobre la constitución de una *triangulación originaria*

Los cuidados somáticos y afectivos de la madre hacia el hijo y las respuestas iniciales del recién nacido conforman lo que se ha llamado *urdimbre afectiva*^{40,46,79}. En ella, durante las primeras semanas y meses después del nacimiento, se establecen las primeras relaciones sociales, tanto conductuales como mentales, en este caso diádicas: esa es la función de la diada. Pero desde el principio existen reacciones diferenciadas del feto y el bebé hacia el tercero: padre, hermanos, allegados. Por eso, se dice que el ser humano nace con la preconcepción del tercero, con la preconcepción de la triangulación. La triangulación originaria es pues la primera relación estrictamente social, que obliga a salir de la simbiosis madre-hijo inicial, que orienta al bebé hacia un tercero y, por lo tanto, hacia la sociedad, las normas y la cultura^{34,39,79}. De todas formas, la evolución social, cultural y psicosocial de estas realidades hace que hayan de tenerse en cuenta múltiples matices, que hemos recogido someramente en nuestro Subprograma Hijos de Familias Monoparentales.

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

- Que el padre biológico no quiera o no pueda participar en la crianza del recién nacido.
- La constitución, por tanto, de una familia «monomarental» con los riesgos sociales y psicológicos que ello puede implicar en nuestras sociedades.
- Máxime si, además, la madre no puede apoyarse en otras figuras de vinculación cotidianamente cercanas con las que componer, al menos simbólicamente, esa «triangulación originaria».
- En especial, si la madre rechaza activamente la participación de todo tercero o tercera en esa relación simbiótica bebé-madre inicial.

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

Son factores e indicadores de riesgo los ya señalados en las [tablas 1 y 2](#) y en el Subprograma de Familias Monoparentales, si se da el caso. También valdría la pena tener en cuenta, si hay indicadores o sospechas al respecto, la importancia de

los «Antecedentes de patología psiquiátrica en los padres»⁸⁰, así como la marginalidad, la escasez de medios económicos de subsistencia para el triángulo inicial o para la diada madre-niño, y las características de la vivienda: habitación propia para la madre, libertad en sus desplazamientos por la casa, habitación para el bebé a ser posible desde que tenga unos meses, etc.

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

Los indicadores más directos en este caso son:

- Las desviaciones y problemas hallados durante las visitas del Programa del niño sano^{75,76,80}.
- La no cumplimentación o cumplimentación irregular de las visitas del programa del niño sano, que en estos casos recomendamos ampliar con visitas cada seis meses hasta los seis años y anuales después (de forma similar a las pautas recomendadas en el subprograma «Antecedentes de patología psiquiátrica en los padres»).
- Los indicadores y señales de alarma que se muestran en las [tablas 1 y 2](#) y en las dos primeras tablas del anexo del subprograma «Antecedentes de patología psiquiátrica en los padres».
- Afectación del estado afectivo, de bienestar y relaciones de la madre, y de sus capacidades para cuidar a su hijo/hija.
- Con especial atención a su desarrollo personal y al desarrollo de sus capacidades para participar en medidas contraceptivas adecuadas, que eviten nuevos embarazos no deseados con el riesgo para ella (y para su descendencia) que estos implican.
- Si aparecen desviaciones con respecto al «Programa del Niño Sano» o factores de riesgo en las relaciones familiares y micro-familiares, suele ser recomendable la escolarización precoz, los programas de comedor escolar, los programas de Guarderías asistidas, escuelas familiares, talleres familiares, etc. A menudo, el mayor riesgo para las adolescentes embarazadas, en especial de clases deprimidas, no es que no existan servicios para ayudarlas, sino la falta de coordinación y de integración en el acceso o la provisión de estos servicios.

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

La OMS considera el embarazo adolescente un importante problema de Salud Pública. Numerosas publicaciones, programas y recomendaciones publicadas por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en las dos últimas décadas, remarcan el interés del tema. De acuerdo con esas directrices, muchos países, y entre ellos España, han aprobado estrategias de salud sexual y reproductiva. Entre sus objetivos se incluyen la educación afectivo-sexual, la prevención de embarazos no deseados, la atención específica a los y las adolescentes, el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo de forma segura y el cuidado integral

de la madre y los hijos mediante el seguimiento del embarazo, el parto y la atención de ambos en la etapa postnatal. Asimismo, se intenta promover la paternidad responsable y la corresponsabilidad en la crianza y cuidados de los hijos e hijas^{81,82}.

Resumimos primero las recomendaciones de la OMS con respecto al tema:

1. Los programas escolares de educación sexual deben redirigirse, enfocándose no tan solo hacia la explicación meramente fisiológica de la sexualidad humana, sino hacia la salud afectivo-sexual, a las relaciones de igualdad y de respeto a las decisiones «del otro/otra» en las relaciones de pareja, sean estas relaciones ocasionales o estables. Deben orientarse hacia el desarrollo de una sexualidad sana, compartida, responsable y no coercitiva.
2. Los Centros de Salud y, en general, la APS deberían estar especialmente accesibles para la consulta de problemas de anticoncepción y afectivo-sexuales de los adolescentes, a ser posible en colaboración con los servicios educativos y mediante los sistemas y métodos adecuados. En todo caso, se debería poder garantizar el anonimato de los adolescentes consultantes por estos problemas.
3. Preparación del personal que lleva a cabo programas de atención a la adolescencia. Probablemente gran parte del personal de los EAP necesitaría una formación específica en adolescencia, sexualidad con enfoque de género y en la entrevista con el adolescente.
4. La asistencia hospitalaria cuando se atiende a adolescentes debería realizarse por parte de personal especialmente preparado en el ámbito de la adolescencia o en colaboración estrecha con él.
5. Los apartados 3 y 4 vuelven a resaltar la importancia del programa preventivo en salud mental que hemos llamado Programa preventivo fundamental y básico en salud mental: la formación adecuada en salud mental y entrevista clínica del personal sanitario, de APS, servicios sociales y de servicios de orientación familiar y de ayuda a las mujeres.
6. Se necesita además trabajar por la creación o extensión de redes de servicios sociales específicos para ayudar a este tipo de díadas y unidades familiares, adaptados a los entornos culturales, y fomentar un uso adecuado de las redes sociales informatizadas y los grupos informatizados para estas adolescentes.

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

Sin embargo, habría que avanzar mucho más en el desarrollo de la segunda recomendación: accesibilidad de la APS para nuestros adolescentes, pero garantizando, al mismo tiempo, y hasta donde sea legalmente posible, el anonimato

de los adolescentes que consultan por estos problemas. Eso implica, como ya hemos repetido, formación de los EAP en estos temas y, en especial, formación para la entrevista (y la entrevista con adolescentes), sin olvidar la necesidad de estrechar la colaboración y trabajos comunes con los servicios pedagógicos y los servicios sociales dedicados a estos temas.

El desarrollo de esta recomendación se halla en nuestro país en estado muy embrionario: abundan las guarderías y las instituciones «pedagógicas» de pre-escolar y párvulos como negocios privados, pero existen pocos *centros de día para niños y madres con problemas* (con horario flexible, fomento de la red social, apoyo para las madres, etc.). Incluso se han cerrado varios programas de prevención en salud mental desde Pediatría, Centros de Día para Madres e Hijos y Programas Materno-infantiles^{35,73,83-86}. Todo ello, no hace sino resaltar aún más, si cabe, el papel de los equipos de APS en este tipo de prevención. De ahí que, desde la constitución del Grupo de Expertos en Prevención en Salud Mental del PAPPs y la SEMFYC en 1991, el subprograma Embarazo en la adolescencia ha sido una de las actividades propuestas⁷⁴.

En esencia, el subprograma del PAPPs y la SEMFYC que aquí actualizamos se basa en las recomendaciones que aparecen en las *tablas 3 a 6*, siguiendo el esquema de los siete grandes campos para la prevención de los trastornos de salud mental en el embarazo en la adolescencia (*tabla 3*).

Prevención del embarazo en la adolescencia desde los EAP. Recomendaciones ampliadas^{35,74}:

1. En primer lugar, el EAP, como impulsor del Diagnóstico de Salud de su zona o población, debe poseer un papel activo en la creación de la Red Comunitaria de Servicios (o red social) y para que esta realice, desde sus primeros encuentros, un diagnóstico de la salud (integral) de su población. Una parte indispensable del mismo es el estudio de la situación del embarazo en la adolescencia y la cuantificación de las familias de riesgo económico, psicosocial o de salud mental, así como del estado y funcionamiento de los servicios comunitarios que pueden ayudar a estas díadas y familias en riesgo de descompensación biopsicosocial.
2. Señalar el dato del embarazo en la adolescencia en la historia clínica de APS.
3. El consejo anticonceptivo debe hacerse en todos los adolescentes y, tanto en hombres como en mujeres, en especial entre los 15 y los 19 o 22 años. Como propone el programa de prevención de la salud de adultos del PAPPs, en todo adolescente debe ser tratado el tema, y casi en cualquier control de salud que se realice.
4. Tratar con especial cuidado y respeto a las minorías étnicas, pero proporcionándoles igualmente la información necesaria.
5. Es aconsejable preguntar por orientación e identidad sexual, relaciones sexuales y necesidades anticonceptivas, sobre todo cuando el adolescente pasa a la consulta de medicina de familia. Y hay que poder hacerlo con naturalidad y cercanía. A pesar de los temores de muchos sanitarios, esta aproximación suele ser muy bien aceptada, siempre que se haga con el adolescente solo y asegurando la confidencialidad, en el momento oportuno y dejando clara nuestra oferta de ayuda. Hay que recordar, además, que el pediatra de APS, ha

debido proporcionar primeras indicaciones y orientaciones sobre psico-sexualidad y educación afectivo-sexual y reproductiva.

6. Se les deberá informar al menos de la posibilidad de embarazo y de los métodos anticonceptivos a su alcance.
7. Se recomendará siempre el uso del preservativo en las relaciones sexuales esporádicas y se informará de los factores de riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual.
8. La importancia de la infección por VIH obliga a que, hoy por hoy, deba informarse al respecto de riesgos y medidas preventivas a adoptar a todas las personas sexualmente activas y, en particular, a los adolescentes.
9. Es sumamente útil poder explorar junto con la adolescente las relaciones de sociales directas y las redes sociales informatizadas en las que participa y el papel de la sexualidad en ellas. Nuevamente, hay que considerar que, haya manifestado los problemas que haya manifestado, el joven es adolescente, pero no discapacitado, y suele valorar y colaborar con esas aproximaciones del profesional.
10. Revisar y aplicar las recomendaciones del subprograma preventivo «Hijos de familias monoparentales», si es el caso.
11. Especial atención en las visitas del «Niño sano» a las relaciones padres-hijo. Revisiones más frecuentes: una al mes hasta los dos años, cada seis meses hasta los seis años y anuales después, hasta la adolescencia.

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

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

El EAP ante un embarazo consecuencia de una violación:

1. Cuidar especialmente la contención emocional del profesional y de la embarazada para que pueda tomar una decisión informada.
2. Ese embarazo y ese parto (si continúa la gestación) han de ser considerados «de riesgo» biopsicosocial.

3. Derivación y/o interconsulta con los servicios de salud mental y/o con los servicios dedicados a la violencia de género, a ser posible, específicos.
4. Ante posibles descompensaciones psicológicas, asegurar la continuidad en el programa de cuidados específico y de los servicios comunitarios o de salud mental.

El EAP en la ayuda a la «Maternización» de la futura madre:

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

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

organizaciones «profanas» y semiprofesionales de este ámbito: grupos y casas de acogida, grupos de discusión, grupos de mujeres, mediante la interconsulta con la trabajadora social del centro o con los Servicios Sociales de base.

9. Si no hay padre o sustituto que decida involucrarse con proximidad y participación afectiva, colaborar en la búsqueda de una figura de apoyo continuado para la madre.
10. Prestar desde el EAP especial atención a los programas de ayuda al embarazo y puerperio (y a los componentes psicosociales de los mismos). Se ha demostrado en repetidas ocasiones la utilidad de las organizaciones profanas y semiprofesionales en este^{35,73}. Si, tras la o las entrevistas familiares, el EAP aprecia insuficiencia en la aportación emocional y la contención para con la embarazada, directamente o a través del trabajador social del centro, debería conectar a la adolescente embarazada con dichas organizaciones o programas, si son accesibles en su medio socio-sanitario: centros de acogida para madres, grupos de madres, grupos de lactancia, programas de apoyo al embarazo, centros de día para madres y bebés, casas de acogida para madres y bebés, etc.

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

El personal médico, de enfermería o de trabajo social del centro deberían tener en cuenta las siguientes recomendaciones⁷⁴:

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

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

1. Entrevistas familiares periódicas (al principio, cada pocos meses) para explorar y facilitar ese apoyo familiar.
2. Revisión en ellas de la situación no solo familiar, sino social. Valorar especialmente las adolescentes con factores de vulnerabilidad que requieran un soporte social

específico o que necesiten más recursos o ayudas: menores de 16 años, escaso soporte familiar, VIH positivo, problemas con el alcohol o drogas, violencia de género, marginación, nivel socioeconómico bajo, trastorno mental grave, prostitución, persona sin hogar, adolescentes o pre-adolescentes tuteladas, trastorno del aprendizaje⁵⁹.

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

Continuidad asistencial del EAP en la atención a la madre, al bebé y al niño por considerarlos de riesgo biopsicosocial⁵¹:

1. Especial atención al Programa del Niño Sano^{75,76}, reenfrancándolo según las medidas propuestas en el subprograma del PAPPS «Hijos de Familias Monoparentales».
2. Esas visitas deberían programarse al menos mensualmente hasta los dos años, cada seis meses hasta los seis años y luego, anualmente, hasta la adolescencia. Si uno o ambos progenitores no pueden acudir a las visitas del «Programa del niño Sano» convendría asegurar la continuidad asistencial mediante entrevistas on-line o, secundariamente, telefónicas. Si hay dudas, vale la pena poner en marcha los recursos de atención domiciliaria.
3. Especial atención, durante esas visitas, al apartado de «Salud Mental» de dicho programa^{75,76}.
4. Especial atención al estado afectivo y relaciones de la madre^{10,35,87}.

Dada la mayor frecuencia de depresión posparto en la madre adolescente, se recomienda realizar una búsqueda activa de la depresión en una visita prenatal, al mes del parto y a los dos, cuatro y seis meses. La escala de Edimburgo puede ser útil. Los padres jóvenes (15 a 24 años) presentan mayor riesgo de depresión que los de mayor edad. La Academia Americana de Pediatría recomienda el uso de la escala de Edimburgo también en los padres varones en la visita postparto de los seis meses⁷⁸. Los profesionales del EAP deberían estar atentos, asimismo, a posibles cuadros de psicosis puerperal, también más frecuentes en adolescentes, mujeres en situación de vulnerabilidad y familias en marginalidad y exclusión social⁸⁸. De igual manera, se recomienda atención activa de la violencia de género mediante entrevista verbal o con cuestionarios autoadministrados al menos una vez antes del parto y una vez durante los primeros seis meses postparto.

Especial atención a las relaciones padres-hijo a lo largo de toda la infancia y adolescencia del niño.

Efectividad y aceptabilidad de la intervención desde la APS^{51,59,78,89-92}:

Se ha demostrado la aceptación por parte de los adolescentes de este tipo de orientación familiar y afectivo-sexual. Su eficacia resulta más discutida, aunque se ha demostrado eficaz cuando cuenta con programas de visita domiciliaria y con la colaboración de políticas sanitarias comprometidas en la mejora de las condiciones generales mediante intervenciones legislativas y comunitarias, la implicación de familia y profesionales y el acceso a la contracepción⁹³.

También se ha demostrado la utilidad de cara a la génesis y estructuración de la «urdimbre afectiva», la «diada originaria» y la «triangulación originaria», de los servicios sociales específicos de la familia, tanto profesionales como para-profesionales. En particular, se han estudiado la efectividad, eficacia y eficiencia de las organizaciones y servicios sociales que intentan favorecer, desde el embarazo o las primeras semanas tras el parto, la relación madre hijo y padre-madre-hijo. Asimismo, existe suficiente información acerca de la eficacia de los servicios sociales en la mejora del pronóstico de esos niños y familias^{11,31,35,93}.

En las últimas décadas se han producido muchos cambios que afectan al tema que tratamos, tanto en el contexto internacional (OMS), como en el nacional (Estrategias de Salud sexual). También se han emitido declaraciones y recomendaciones de Sociedades Científicas de Pediatría, de Obstetricia y Ginecología, Sexología, Anticoncepción, Medicina Familiar y Comunitaria entre otras, posicionándose claramente a favor de la educación afectivo-sexual, y acerca de la importancia crucial de la atención a la adolescencia. También se han dado cambios de legislación y normativas en relación a la anticoncepción y a la IVE que están teniendo un impacto en relación a la prevención y atención al embarazo en la adolescencia.

La Estrategia de salud sexual del Sistema Nacional de Salud (SNS) español (2019)⁸² se orienta a poner en marcha medidas como:

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

Esta propuesta complementa y concreta las recomendaciones y medidas formuladas en la Primera Estrategia de salud sexual y reproductiva (2011)⁸², que ponía el mayor énfasis en la salud reproductiva. En todo caso, ambas propuestas están sólidamente fundamentadas en las recomendaciones de organizaciones internacionales y en legislaciones y normativas internacionales y nacionales que han cambiado de forma notable en nuestro país. Es de reseñar que la actual estrategia concede un papel relevante a los EAP en las medidas propuestas para conseguir los objetivos en salud afectivo-sexual de la población. Y aunque está claro que aún queda mucho camino por recorrer, los pasos iniciados son prometedores. Nuestro programa preventivo, en línea con sus recomendaciones, hay que entenderlo como

un intento de contribuir a su desarrollo, al añadirle como valor a dichos programas la mirada psicosocial, a veces ausente en la práctica. Se trata de contribuir a una vida más fructífera y plena de madres, niños y allegados que en buena medida tiene que ver con el ejercicio y el disfrute de emociones humanas tan básicas como el deseo y la vinculación, apego o solidaridad.

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

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Barrón López S. Familias monoparentales: un ejercicio de clarificación conceptual y sociológica. *Rev del Minist de Empl y Segur Soc.* 2002;40:13–30.
2. Tizón JL, Ciurana R, Buitrago F, Camón R, Chocrón L, Fernández C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria.* 1997;20 supl 2:121–51.
3. Buitrago F, Vergeles JM. Hijos de familias monoparentales. En: *Curso a distancia de Prevención en Atención Primaria del Programa de Actividades 'de Promoción y Prevención de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).* Barcelona: Renart; 1997.
4. Fernández C, Buitrago F, Ciurana R, Chocrón L, García-Campayo J, Montón C, et al. Prevención de los trastornos de salud mental. PAPPS, Actualización 2009. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud, Semfyc, Barcelona. 2009.
5. Ramón Fernández F. La monoparentalidad derivada de la violencia de género: análisis de la cuestión. *REINAD.* 2019;16:14–28.
6. Secretaría de Estado de Igualdad y Contra la Violencia de Género. Ministerio de Igualdad. Las familias monoparentales. Disponible en: https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaEstudiosInvestigacion/docs/Estudios/Familias_monoparentales_en.Espana.pdf.
7. Alberdi I. Aspectos sociodemográficos de la familia. *Infancia y Sociedad.* 1995;29:5–26.
8. Barbagelata N, Rodríguez A. Estructura familiar e identidad. *Documentación Social.* 1995;98:49–59.
9. Ministerio de Asuntos Sociales. La mujer en cifras. Madrid: Instituto de la Mujer; 1991.
10. Instituto Nacional de Estadística (INE). Disponible en www.ine.es.
11. Instituto de la Mujer. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en www.inmujeres.es.
12. INE. Encuesta Continua de Hogares (ECH). Año 2020. Disponible en https://www.ine.es/prensa/ech_2020.pdf.

13. Brullet C, Mari-Klose M, Mari-Klose P, Maranzana L. Geografías de la paternidad no residente: ¿ausente o vinculada? *Doc Anál Geogr.* 2011;57:83–103.
14. Chapple S. Child Well-Being and Sole-parent Family Structure in the OECD: An Analysis. OECD, Social. Employment and Migration Working. 2009. Papers, 82.
15. Leguina J, Macarrón A. Los Hogares españoles. Informe Observatorio Demográfico CEU. Madrid: CEU ediciones; 2021. Disponible en: https://www.uspceu.com/Portals/0/docs/observatorio-demografico/informes/observatorio_demografico_n7_los-hogares-espanoles.
16. Instituto de las Mujeres. Mujeres en cifras. Familias y Hogares. Familias monoparentales. Disponible en: <https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/FamiliaHogares/FamiliasMonoparentales.htm>.
17. Instituto de las Mujeres. Mujeres en cifras. Familias y Hogares. Matrimonios. Disponible en: <https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/FamiliaHogares/Matrimonios.htm>.
18. INE. Estadística de Nulidades, Separaciones y Divorcios (ENSD). Año 2020. Notas de prensa. 27 de septiembre de 2021. 2021. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/ensd_2020.pdf.
19. EUROSTAT. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Marriage_and_divorce_statistics#Fewer_marriages.2C_fewer_divorces.
20. McGrew MC, Shore WB. The problem of teenage pregnancy. *J Fam Pract.* 1991;32:19–25.
21. INE. Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). Año 2020 Resultados definitivos. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/ecv_2020.pdf.
22. Fundación Adecco. IV Informe Mujer con Responsabilidades no compartidas y empleo. 2015. Disponible en <http://www.fundacionadecco.es>.
23. Debbané M, Salaminios G, Luyten P, Badoud D, Armando M, Tozzi AS, et al. Attachment, neurobiology, and mentalizing along the psychosis continuum. *Front Hum Neurosci.* 2016;10:406.
24. Fonagy P. Attachment theory and psychoanalysis. London: Routledge; 2018.
25. Artigue J, Tizón JL. Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. *Aten Primaria.* 2014;46:336–56, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.002>.
26. Wallerstein JS. The long-term effects of divorce on children: a review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1991;30:349–60.
27. Crowder K, Teachman J. Do residential conditions explain the relationship between living arrangements and adolescent behavior? *J Marriage Fam.* 2004;66:721–38.
28. Haine RA, Ayers TS, Sandler IN, Wolchik SA. Evidence based practices for parentally bereaved children and their families. *Prof Psychol Res Pr.* 2008;39:113–21.
29. Martín-Ordiales N, Saldaña E, Morales A. Relación entre apego paterno e infantil, habilidades sociales, monoparentalidad y exclusión social. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes.* 2019;6:44–8, <http://dx.doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.2.6>.
30. Fernández-Martínez CM, Avilés-Hernández M. Análisis de necesidades en familias monoparentales con jefatura femenina usuarias de servicios sociales de atención primaria en España. *Prospectiva.* 2020;30:145–73.
31. Fernández-Martínez CM, Avilés-Hernández M. Trabajo social con familias monomarentales: valoración profesional de sus necesidades desde los Servicios Sociales de Atención Primaria. Trabajo social global-Global Social Work: Revista de investigaciones en intervención social. 2020;10:281–303, <http://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v10i19.11523>.
32. Santibáñez R, Flores N, Martín A. Familia monomarental y riesgo de exclusión social. *iQUAL.* 2020;1:123–44, <http://dx.doi.org/10.6018/iQual.307701>.
33. Roberts J. Lone mothers and their children. *Br J Psychiatry.* 1995;167:159–62.
34. Amato PR. Children of divorce in the 1990s: an update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *J Fam Psychol.* 2001;15:355–70.
35. Størksen I, Røysamb E, Moum T, Tambs K. Adolescents with a childhood experience of parental divorce: a longitudinal study of mental health and adjustment. *J Adol.* 2005;28:725–39.
36. Carlson M. Family structure, father involvement, and adolescent behavioural outcomes. *J Marriage Fam.* 2006;68:137–54.
37. Lansford JE, Malone PS, Castellino DR, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE. Trajectories of internalizing, externalizing, and grades for children who have and have not experienced their parent's divorce or separation. *J Fam Psychol.* 2006;20:292–301.
38. Huurre T, Junkkari H, Aro H. Long-term psychosocial effects of parental divorce. A follow-up study from adolescence to adulthood. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;256:256–63.
39. Størksen I, Røysamb E, Holmen TL, Tambs K. Adolescent adjustment and well-being: Effects of parental divorce and distress. *Scand J Psychol.* 2006;47:75–84.
40. Roustit C, Chaix B, Chauvin P. Family breakup and adolescent's psychosocial maladjustment: public health implications of family disruptions. *Pediatrics.* 2007;120:e984–91.
41. Sun Y, Li Y. Stable postdivorce family structures during late adolescence and socioeconomic consequences in adulthood. *J Marriage Fam.* 2008;71:129–43.
42. Kim HS. Consequences of Parental Divorce for Child Development. *Am Sociol Rev.* 2011;3:487–511.
43. Blackwell DL. Family structure and children's health in the United States: findings from the National Health Interview Survey, 2001-2007. *Vital Health Stat.* 2010;10:1–166.
44. Rattay P, von der Lippe E, Mauz E, Richter F, Höllin H, Lange C, et al. Health and health risk behaviour of adolescents-Differences according to family structure. Results of the German KiGGS cohort study. *PLoS One.* 2018;13:e0192968, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0192968>.
45. Schmeer KK. Family structure and obesity in early childhood. *Soc Sci Res.* 2012;41:820–32.
46. Schroeder K, Schuler BR, Kobulsky JM, Sarwer DB. The association between adverse childhood experiences and childhood obesity: A systematic review. *Obes Rev.* 2021;22:e13204, <http://dx.doi.org/10.1111/obr.13204>. Epub 2021 Jan 27.
47. Yañez A, Leiva A, Gorreto L, Estela A, Tejera E, Torrent M. El instituto, la familia y el tabaquismo en adolescentes. *Adicciones.* 2013;25:253–9.
48. Turner HA, Finkelhor D, Hamby SL, Shattuck A. Family structure, victimization, and child mental health in a nationally representative sample. *Soc Sci Med.* 2013;87:39–51.
49. Park H, Lee K-S. The association of family structure with health behavior, mental health, and perceived academic achievement among adolescents: a 2018 Korean nationally representative survey. *BMC Public Health.* 2020;20:510, <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-08655-z>.
50. Ikäheimo O, Laukkanen M, Hakko H, Räsänen P. Association of family structure to later criminality: a population-based follow-up study of adolescent psychiatric inpatients in Northern Finland. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2013;44:233–46.
51. Scharte M, Bolte G, Heissenhuber A, Hendrowsito L, Kohlhuber M, Mitschek C. Increased health risks of children with single

- mothers: the impact of socio-economic and environmental factors. *Eur J Public Health*. 2013;23:469–75.
52. Kumar S, Kroon J, Lalloo R. A systematic review of the impact of parental socio-economic status and home environment characteristics on children's oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:41–56, <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-12-41>.
 53. Blenner SL, Augustyn M, Torchia MM. Developmental and behavioural implications for children of incarcerated parents. *UpToDate*. 2019.
 54. Turney K. Adverse childhood experiences among children of incarcerated parents. *Child Youth Serv Rev*. 2018;89:218–25.
 55. Musick K, Meier A. Are both parents always better than one? Parental conflict and young adult well-being. California Center for Population Research. Los Angeles: University of California; 2010.
 56. Golombok S, MacCallum F, Murray C, Lycett E, Jadvá V. Surrogacy families: parental functioning, parent-child relationships and children's psychological development at age 2. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47:213–22.
 57. Wadsworth J, Burnell I, Taylor B, Butler N. The influence of family type on children's behaviour and development at five years. *J Child Psychol Psychiatry*. 1985;26:245–54.
 58. Spruijt E, de Goede M. Transitions in family structure and adolescent well-being. *Adolescence*. 1997;32:897–911.
 59. Schwartz JE, Friedman HS, Tucker JS, Tomlinson-Keasey C, Wimgard DL, Criqui MH. Sociodemographic and psychosocial factors in childhood as predictors of adult mortality. *Am J Public Health*. 1995;85:1237–45.
 60. Tebeka S, Hoertel N, Dubertret C, Strat YL. Parental Divorce or Death During Childhood and Adolescence and Its Association With Mental Health. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204:678–85, <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000549>.
 61. Schaan VK, Schulz A, Schächinger H, Vögele C. Parental divorce is associated with an increased risk to develop mental disorders in women. *J Affect Disord*. 2019;257:91–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.071>.
 62. Rodgers B, Power C, Hope S. Parental divorce and adult psychological distress: evidence from a national birth cohort: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38:867–72.
 63. Bohman H, Laftman SB, Päären A, Jonsson U. Parental separation in childhood as a risk factor for depression in adulthood: a community-based study of adolescents screened for depression and followed up after 15 years. *BMC Psychiatry*. 2017;17:117, <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-017-1252-z>.
 64. Wolchik SA, Sandler IN, Millsap RE, Plummer BA, Greene SM, Anderson ER, et al. Six-year follow-up of preventive interventions for children of divorce: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288:1874–81.
 65. Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
 66. Strohschein L. Parental divorce and child mental health: accounting for predisruption differences. *J Divorce Remarriage*. 2012;53:489–502.
 67. Mari-Klose P, Mari-Klose M, Granados FJ, Gómez-Granell C, Martínez A. Informe de la Inclusión Social en España, 2009 Observatorio de la Inclusión Social. Caixa Catalunya. Obra social. 2009.
 68. Kelly JB, Emery RE. Children's adjustment following divorce: Risk and resiliency perspectives. *Family Relations*. 2003;52:352–62.
 69. Mari-Klose P, Mari-Klose M, Vaquera E, Cunningham SA. Infancia y futuro Nuevas realidades, nuevos retos. Obra Social. 2010;30. Disponible en: http://www.obrasocial.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles/7af433edaa007210VgnVCM1000000e-8cf10aRCRD/es/vol30_es.pdf.
 70. Roustit C, Campoy E, Renahy E, King G, Parizot I, Chauvin P. Family social environment in childhood and self-rated health in young adulthood. *BMC Public Health*. 2011;11:949–58.
 71. Laursen LL, Madsen KB, Obel C, Hohwü L. Family dissolution and children's social well-being at school: a historic cohort study. *BMC Pediatr*. 2019;19:449, <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-019-1821-z>.
 72. Lindström M, Rosvall M. Parental separation in childhood and self-reported psychological health: A population-based study. *Psychiatry Res*. 2016;246:783–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.049>.
 73. Badenes Pla N, López López MT. Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos en España. Pamplona: Editorial Aranzadi; 2010.
 74. Fomby P, Cherlin AJ. Family Instability and Child Well-Being. *Am Sociol Rev*. 2007;72:181–204.
 75. Fomby P. Family Instability and School Readiness in the United Kingdom. *Fam Sci*. 2011;2:171–85.
 76. Schilling EA, Asetline RH, Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health*. 2007, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-7-30>.
 77. Iglesias de Ussel J, Mari-Klose P, Mari-Klose M, González Blasco P. Matrimonios y parejas jóvenes. España 2009. Madrid: Fundación SM; 2009.
 78. Williams P. El quinto principio. Barcelona: Herder; 2013.
 79. Wallerstein JS, Johnston JR. Children of divorce: recent findings regarding long-term effects and recent studies of joint and sole custody. *Pediatr Rev*. 1990;11:197–204.
 80. Lasa A, González F. El niño en la familia monoparental. *FMC*. 1996;3:211–21.
 81. Riquelme Pérez M. El hijo de padres separados. *Pediatr Integral*. 2009;13:859–65.
 82. Weitoft GR, Hjern A, Haglund B, Rosén M. Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *Lancet*. 2003;361:289–95.
 83. Forehand R, Armistead L, David C. Is adolescent adjustment following parental divorce a function of predivorce adjustment? *J Abnorm Child Psychol*. 1997;25:157–64.
 84. Sheeber L, Hops H, Alpert A, Davis B, Andrews J. Family support and conflict: prospective relations to adolescent depression. *J Abnorm Child Psychol*. 1997;25:333–44.
 85. Hughes R Jr. The effects of divorce on children. Urbana, IL: University of Illinois Extension; 2005.
 86. Sigal AB, Wolchik SA, Tein JY. *Adolesc Psychol*. 2012;41:150–65.
 87. Wolchik SA, Schenck CE, Sandler IN. Promoting resilience in youth from divorced families: lessons learned from experimental trials of the New Beginnings Program. *J Pers*. 2009;77:1833–68.
 88. Wolchik SA, Sandler IN, Tein JY, Mahrer NE, Millsap RE, Winslow E, et al. Fifteen-year follow-up of a randomized trial of a preventive intervention for divorced families: Effects on mental health and substance use outcomes in young adulthood. *J Consult Clin Psychol*. 2013;81:660–73.
 89. Christopher C, Wolchik S, Tein J-Y, Carr C, Mahrer NE, Sandler I. Long-term effects of a parenting preventive intervention on young adults' painful feelings about divorce. *J Fam Psychol*. 2017;31:799–809, <http://dx.doi.org/10.1037/fam3250000>.
 90. Cooper CE, Osborne CA, Beck AN, McLanahan S. Partnership instability, school readiness, and gender disparities. *Sociol Educ*. 2011;84:246–59.
 91. Cooper CE, Beck AN, Högnäs RS, Swanson J. Mothers' Partnership Instability and Coparenting among Fragile Families. *Soc Sci Q*. 2015;96:1103–16, <http://dx.doi.org/10.1111/ssqu.12161>.

92. Zunzunegui MV, Morales JM, Martínez V. Maltrato infantil: factores socioeconómicos y estado de salud. *An Esp Pediatr.* 1997;47:33–41.
93. Póveda D, Jociles MI, Rivas AM. Monoparentalidad por elección: procesos de socialización de los hijos/as en un modelo familiar no convencional. *Athenea Digital.* 2011;11:133–54.
94. Tizón JL, Ciurana R, Fernández MC. Libro de Casos: Promoción de la Salud Mental desde la Atención Primaria. Barcelona: Herder; 2011.
95. González MM, Díez M, Morgado B, Tirado M. Nuevas familias monoparentales: madres solas por elección. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010.
96. Jociles-Rubio MI, Rivas-Rivas AM, Poveda-Bicknell D. Monoparentalidad por elección y revelación de los orígenes a los hijos nacidos por donación de gametos, El caso de España. *Convergencia.* 2014;21:65–91.
97. Almeda E, Di Nella D. Las familias monoparentales a debate. Barcelona: Coplaqui Editorial; 2011.
98. González Vicente AB. Análisis de las vivencias, necesidades y recursos de las madres solteras por elección. Propuestas de actuación. Master de Antropología Aplicada, Salud y Desarrollo Comunitario. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2012.
99. Jimenez Lagares I, Morgado Camacho B, Gonzalez Rodriguez MM. Familias de madres solteras solas: circunstancias, vivencias y ajuste infantil. *Cultura y Educación.* 2009;21:403–15.
100. Jociles MJ, Rivas AM. ¿Es la ausencia del padre un problema? La disociación de los roles paternos entre las madres solteras por elección. *Gazeta de Antropología.* 2010;26:1–23.
101. Rivas AM, Jociles MI. La desproblematicación de la ausencia del padre entre las Madres Solteras por Elección. Madrid: Universidad Complutense; 2010.
102. Alberdi I. La nueva familia española. Madrid: Editorial Taurus; 1999.
103. Mazaira J, Gago A. Efectos del fallecimiento parental en la infancia y adolescencia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 1999;19:407–18.
104. Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. The effectiveness of bereavement interventions with children: a meta-analytic review of controlled outcome research. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2007;36:253–9.
105. Harrison L, Harrington R. Adolescents' bereavement experiences: Prevalence, association with depressive symptoms, and use of services. *J Adolesc.* 2001;24:159–69.
106. Kranzler EM, Schaffer D, Wasserman G, Davies M. Early childhood bereavement. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1990;29:513–20.
107. Black D. Childhood bereavement. Distress and long-term sequelae can be lessened by early intervention. *BMJ.* 1996;312:1496.
108. Black D. Bereavement in childhood. *BMJ.* 1998;316:931–3.
109. Weller R, Weller EF, Fristad MA, Bowes JM. Depression in recently bereaved prepubertal children. *Am J Psychiatry.* 1991;148:1536–40.
110. Tafà M, Cerniglia L, Cimino S, Ballarotto G, Marzilli E, Tambelli R. Predictive Values of Early Parental Loss and Psychopathological Risk for Physical Problems in Early Adolescents. *Front Psychol.* 2018;6:922, <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00922>.
111. Silverman PR, Worden JW. Children's reactions in the early months after the death of a parent. *Am J Orthopsychiatry.* 1992;62:93–104.
112. Tizón JL. Pérdida, pena, duelo: Vivencias, investigación y asistencia. 2ed. Barcelona: Herder; 2013.
113. Van Eerdewegh MM, Clayton PJ, Van Eerdewegh P. The bereaved child: variables influencing early psychopathology. *Br J Psychiatry.* 1985;147:188–94.
114. Harris ES. Adolescent bereavement following the death of a parent: an exploratory study. *Child Psychiatry Hum Dev.* 1991;21:267–81.
115. Harris T, Brown GW, Bifulco A. Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: the role of lack of adequate parental care. *Psychol Med.* 1986;16:641–59.
116. Bifulco A, Brown G, Harris T. Childhood loss of parent, lack of adequate parental care and adult depression: a replication. *J Affect Disord.* 1987;12:115–28.
117. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Childhood parental loss and adult psychopathology in women. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49:109–16.
118. Dowdney L. Childhood bereavement following parental death. *J Child Psychol Psychiatry.* 2000;41:819–30.
119. Abdelnoor A, Hollins S. The effect of childhood bereavement on secondary school performance. *Educ Psychol Pract.* 2004;20:43–54.
120. Cerel J, Fristad M, Verducci J, Weller R, Weller E. Childhood bereavement: psychopathology in the 2 years postparental death. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45:681–90.
121. Brown A, Sandler I, Tein J, Liu X, Haine R. Implications of parental suicide and violent death for promotion of resilience of parentally bereaved children. *Death Stud.* 2007;31:301–35.
122. Melhem NM, Walker M, Moritz G, Brent DA. Antecedents and sequelae of sudden parental death in offspring and surviving caregivers. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008;162:403–10.
123. Brent D, Melhem NM, Donohoe MB, Walker M. The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *Am J Psychiatry.* 2009;166:786–94.
124. Kaplow JB, Saunders J, Angold A, Costello EJ. Psychiatric symptoms in bereaved versus nonbereaved youth and young adults: a longitudinal epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010;49:1145–54.
125. Muñoz-Cohen M, Melhem NM, Brent DA. Health risk behaviors in parentally bereaved youth. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010;164:621–4.
126. Draper A, Hancock M. Childhood parental bereavement: the risk of vulnerability to delinquency and factors that compromise resilience. *Mortality.* 2011;16:285–306.
127. Brent DA, Melhem NM, Masten AS, Porta G, Payne MW. Longitudinal effects of parental bereavement on adolescent developmental competence. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2012;41:778–91.
128. Harrington R. Childhood bereavement. Bereavement is painful but does not necessarily make children ill. *BMJ.* 1996;313:822.
129. Shear MK. Grief and Depression: Treatment Decisions for Bereaved Children and Adults. *Am J Psychiatry.* 2009;166:746–8.
130. Marton P, Maharaj S. Family factors in adolescent unipolar depression. *Can J Psychiatry.* 1993;38:373–82.
131. Fristad MA, Jedel R, Weller RA, Weller EB. Psychosocial functioning in children after the death of a parent. *Am J Psychiatry.* 1993;150:511–3.
132. Sandler I, Ayers TS, Tein J-Y, Wolchik S, Millsap R, Khoo ST, et al. Six-Year Follow-up of a Preventive Intervention for Parentally-Bereaved Youth: A Randomized Controlled Trial. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010;164:907–14.
133. Saltmore S, Barrowclough C. Mental health and primary care. *Curr Opin Psychiatry.* 1993;6:258–62.
134. Red de Centros Investigadores de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 1996.
135. Tizón JL. Crianza de los hijos y actividad laboral: ¿Cómo aproximarnos a la necesaria conciliación? (I Parte). *Rev de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente.* 2011; 17

4. *Psicopatol Salud Ment.* 27-37 y Parte 2: *Rev de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente.* 2011;18:15-33.
136. Casado D, Pavón A, Sierra P, Tizón JL, Torras E, Valcarce M. Manifiesto. Más tiempo con los hijos: Dos años de maternidad/paternidad garantizados por los poderes públicos. *Políticas Sociales en Europa.* 2010;28:149-53 [consultado Jun 2022]. Disponible en: <https://mastiempoconloshijos.blogspot.com>.
137. Guía de ayudas sociales para las familias 2013. Informes, estudio e investigación 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2013.
138. Plan integral de apoyo a la Familia 2015-2017. Gobierno de España. Disponible en: www.sanidad.gob.es/novedades/docs/PIAF-2015-2017.pdf.