

# ASPECTOS SOCIALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Eduard Portella \* / Antonia Castillo \*\*

\* Departamento de Salud Pública y Legislación Sanitaria. Universidad de Barcelona

\*\* CAP «Mollet del Vallès» (Barcelona). Institut Català de la Salut

## Resumen

Se analizan diversas características sociales de 271 adolescentes embarazadas con la finalidad de identificar algunos de los aspectos que se asocian con el fenómeno del embarazo adolescente. A nivel ecológico (municipal), hemos observado una alta correlación entre la tasa de fecundidad y el nivel de desempleo en la población adolescente ( $r=0,7061$ ). Por otro lado, el 15% de los casos estudiados ya había tenido algún embarazo anterior y el 81% no está escolarizado ni tiene empleo. Estos resultados justifican, a nuestro criterio, el desarrollo de programas de atención sociosanitaria específicamente dirigido a los jóvenes.

**Palabras clave:** Embarazo en adolescencia. Aspectos psicossociales. Tasa de fecundidad. Desempleo.

## SOCIAL ASPECTS OF PREGNANCY DURING ADOLESCENCE

### Summary

271 Case Histories of pregnant adolescents were analyzed to ascertain the importance of psycho-social aspects on this social group. At an ecological level (municipal), we have found a correlation between pregnancy and unemployment rates ( $r=0.7061$ ) in the adolescent population. On the other hand, 15% of cases had been pregnant before, and 81% have left school and are without a job. We believe these results justify the setting up of socio-health programmes aimed specifically at young people.

**Key words:** Adolescent pregnancy. Psycho-social aspects. Fertility rate. Unemployment

## Introducción

El embarazo en las adolescentes se ha considerado de riesgo elevado por presentar una mayor morbi-mortalidad materno-fetal que los embarazos en mujeres adultas. Los riesgos que se han descrito más frecuentemente son: anemia, retraso en el crecimiento del feto, prematuridad y distocia, ésta atribuida generalmente al desarrollo incompleto de la cavidad pelviana<sup>1,2</sup>. Asimismo, también se ha descrito un mayor riesgo de enfermedad y traumatismos en los hijos de adolescentes<sup>3</sup>. Fundamentalmente, en todos estos estudios el mayor riesgo ha sido asociado a factores biológicos. Sin embargo, la definición de riesgo elevado atribuible a la edad tiene cada vez menor aceptación, a juzgar por las últimas experiencias publicadas al respecto<sup>4</sup>. La idea que actualmente tiene más consistencia es la que asocia al alto riesgo de los embarazos en adolescentes a la clase socioeconómica

más desfavorecida y al deficiente cuidado prenatal<sup>5-8</sup>.

En efecto, las mayores tasas de fecundidad en las jóvenes suelen presentarse en los grupos sociales más bajos; los embarazos de las adolescentes se caracterizan por una asistencia prenatal inadecuada, entre otras razones, porque la adolescente no busca asistencia hasta que su gestación está avanzada. Las experiencias en las que se consigue control prenatal adecuado reflejan resultados comparables a los de la mujer adulta en condiciones ambientales similares (nivel socioeconómico, etc.).

Por otra parte, los factores psicossociales cobran cada vez mayor significación como condicionantes del alto riesgo. En la adolescente, la gestación favorece un proceso de maduración psicológica muy diferente del propio de esta edad. El rol de madre no es fácil para la mujer adulta y mucho menos para una persona en proceso de maduración y afianzamiento de su personalidad.

A las consecuencias psicológicas se añaden las repercusiones sociales negativas: no existe el apoyo familiar adecuado, no es fácil la aceptación social de la adolescente embarazada, suele existir marginación y abandono escolar (en EEUU es la causa más frecuente de abandono escolar entre el 50-60% del total de abandonos<sup>9</sup>), circunstancia que condiciona negativamente su desarrollo intelectual. La adolescente gestante encuentra mayores dificultades para conseguir su independencia económica, tanto dentro, como fuera del matrimonio.

Con el objetivo de identificar algunas características sociosanitarias asociadas al embarazo en adolescentes, analizamos los registros de dos centros hospitalarios que atienden a la mayoría de los partos de un sector geográfico bien determinado<sup>10-12</sup>. Parte de los resultados obtenidos en este estudio ya se han presentado en las publicaciones citadas. En este artículo reflejamos algunos de los aspectos sociales más relevantes hallados en

el análisis de esta información, con la finalidad de señalar la relevancia de estos factores en todo programa de atención dirigido a este grupo de población.

## Material y métodos

Si bien la definición cronológica de la adolescencia de la Organización Mundial de la Salud, que se ha ido modificando paulatinamente, establece el límite superior en los 19 años, nosotros, a la hora de definir el intervalo de edad a estudiar, nos hemos basado en el criterio del Informe de un Comité de Expertos de la OMS (No. 609,1977) que considera período de adolescencia al comprendido entre los 10 y los 20 años.

Se ha revisado el registro de partos de los dos centros hospitalarios existentes en la localidad de Granollers (Barcelona) que atienden a la mayoría de embarazos de la comarca del Vallès Oriental, área de influencia de ambos centros (exceptuando su parte sur que está atendida por otro hospital). El período observado va desde enero de 1984 a junio de 1985.

La información necesaria para el estudio se ha extraído retrospectivamente de las correspondientes historias clínicas y registros médicos disponibles. En el estudio tan sólo se han incluido los partos y abortos de las personas que residen en los municipios situados claramente dentro del área de influencia de los dos hospitales. La información sobre la situación laboral y escolar de las adolescentes también fue extraída de las historias clínicas.

Para el cálculo de la tasa de fecundidad en las adolescentes se ha utilizado la población de 15 a 20 años del año 1981, facilitada por el «Consortori d'Informació i Documentació de Catalunya» (CIDC).

La información sobre la tasa de desempleo a nivel municipal también se ha obtenido del CIDC y corresponde al año 1983. A partir de la historia clínica no ha sido posible recoger información sobre otras variables so-

**Tabla 1. Distribución de las adolescentes embarazadas según la edad y la actividad**

Edad	Estudia	Trabaja	Paro	S. Labor.	Desconocido	Total
15	-	-	-	3	1	4
16	-	1	-	11	-	12
17	-	3	-	29	1	33
18	1	5	2	41	-	49
19	-	14	-	60	2	76
20	-	17	1	76	3	97
Total	1	40	3	120	7	271
%	(0,4%)	(14,7%)	(1,1%)	(81,2%)	(2,6%)	(100%)

cioeconómicas y, al intentar obtenerla mediante encuesta a las propias interesadas algunos meses después del parto, colaboró un número insuficiente, por lo que los resultados no se presentan en este artículo.

## Resultados

El número total de partos observados en ambos hospitales durante el período estudiado es de 2.738, de los que 250 (9,1%) corresponden a adolescentes. Otras 21 adolescentes embarazadas no llegaron a término y abortaron, siendo esta cifra el 7,9% del total de abortos registrados durante este período.

La mayor parte de las embarazadas eran primíparas (230, el 85%), pero un 15% ya habían tenido otros embarazos que, mayoritariamente, habían llegado a término. Al ajustar los datos disponibles al período de un año y calcular la tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 20 años, se obtiene un valor de 23,3‰.

En la tabla 1 se presenta la distribución de las 271 embarazadas según su actividad laboral-escolar, para cada año de edad.

Al calcular la tasa de fecundidad de los embarazos en adolescentes, según la población de residencia, se observa una mayor incidencia en aquellas poblaciones del Vallès Oriental con mayor índice de paro. Los resultados obtenidos en estos municipios oscilan entre el 2,5 y el 43,8‰. En el resto de municipios este valor oscila entre 7,8 y 23,1‰, después de eliminar aquellas localida-

des en las que el escaso contingente de población en edades entre los 15 y 20 años, no permite comparar los resultados obtenidos (tabla 2). Efectivamente, en la figura 1 puede observarse la presentación gráfica de la correlación existente entre las variables «desempleo» y «tasa de fecundidad», siendo el coeficiente  $r$  de 0,7061.

Únicamente en 186 historias clínicas constaba el estado civil (68%) y en las que constaba, debemos señalar que este dato se rellenaba en el momento del parto. A pesar del número de casos desconocidos y del escaso valor de esta variable, al estar recogida en el momento del parto, señalamos que el 27,4% de los casos registrados corresponde a solteras.

## Discusión

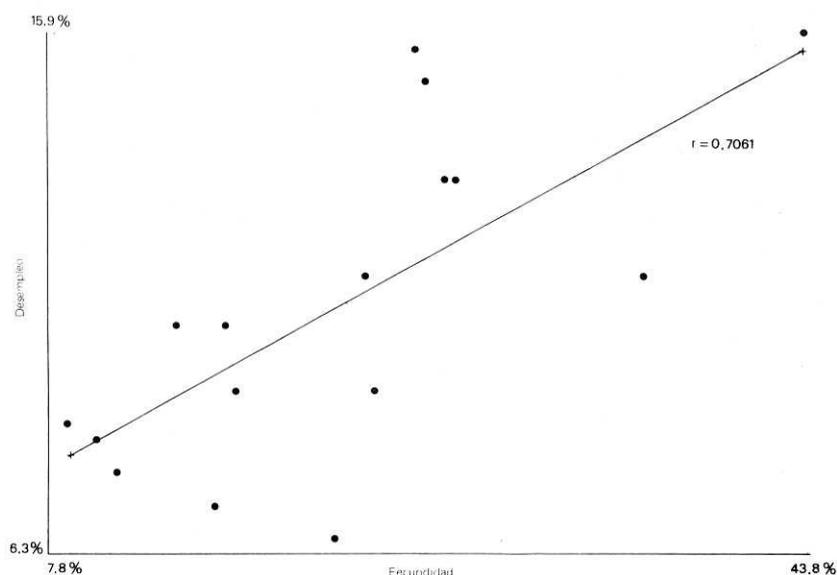
La tasa de fecundidad de las jóvenes de 15 a 20 años observada en el ámbito geográfico de nuestro estudio (23,3‰) se asemeja mucho a la media española y está ligeramente por encima de la de Francia, mientras que se encuentra muy distante de los indicadores que presentan Portugal, Grecia y los países socialistas. En relación al porcentaje de nacimientos en adolescentes sobre el total de nacimientos, el 9,1% hallado está por encima del promedio español<sup>13</sup>. Conviene destacar dos aspectos básicos de estos estudios: algunos no incluyen las jóvenes de 20 años y la mayoría recoge información de años diferentes, oscilando del 1978 al 1985.

**Tabla 2. Tasa de fecundidad y porcentaje de desempleo en las adolescentes de 15-20 años**

Municipios <sup>1</sup>	Número de adolescentes <sup>2</sup>	Número de embarazos	Tasa de fecundidad <sup>3</sup>	Porcentaje de desempleo <sup>4</sup>
Canovelles	653	43	43,9	15,9
Franqueses del Vallès	427	23	35,9	11,1
Montmeló	379	15	26,4	13,0
Montornés del Vallès	591	24	27,1	13,0
Castelltersol	105	4	25,5	15,0
Llinars del Vallès	240	9	25,0	15,5
Sant Celoni	606	21	23,1	9,1
Granollers	2107	71	22,5	11,3
Caldes de Montbuí	483	15	20,7	6,3
La Roca del Vallès	292	7	16,0	9,1
S. Feliu de Codina	171	4	15,6	10,4
Sta. Eulàlia Ronsana	132	3	15,1	7,0
Cardedeu	358	7	13,0	10,3
Sta. M. Palau Tordera	198	3	10,1	7,6
Lliçà d'Amunt	144	2	9,3	8,2
La Garriga	430	5	7,8	8,4

1. Solamente se señalan los municipios que cuentan con un número de adolescentes (de 15 a 20 años) superior a 100.
2. Censo 1981.
3. El cálculo de la tasa es anual, por lo que se han ajustado a este período los datos del estudio.
4. Porcentaje de desempleo entre la población potencial activa 1983.

**Figura 1. Correlación entre el porcentaje de desempleo y la tasa de fecundidad en jóvenes de 15 a 20 años**



El grado de correlación hallado entre la tasa de fecundidad en adolescentes y el índice de desempleo ( $r=0,7061$ ) coincide con los resultados descritos en otros estudios en los que se destaca que el fenómeno del embarazo en adolescentes se presenta con mayor frecuencia en los colectivos de menor nivel socioeconómico y con importantes cifras de paro<sup>5,9</sup>.

En los resultados presentados en la tabla 1, destaca el número de embarazadas de 15 a 20 años que no están escolarizadas ni tampoco trabajan, ya que el 81,2% están bajo la rúbrica «sus labores», y esta proporción es mayor en los grupos más jóvenes. La desescolarización de las adolescentes embarazadas es uno de los mayores problemas y ha llegado a provocar, en Estados Unidos, una ley federal prohibiendo la exclusión de las adolescentes embarazadas de las escuelas<sup>14</sup>. Destacamos el 15% de madres de 15 a 20 años que declararon haber tenido embarazos anteriores. Esto coincide con la información generalizada de considerar que estas adolescentes tienen una mayor probabilidad de quedar de nuevo embarazadas ya que se mantienen las causas que provocan el embarazo precoz: entorno social que no se modifica e incluso lo favorece, servicios sociales y sanitarios que no actúan adecuadamente y difícil acceso a los programas asistenciales de planificación familiar.

Estos datos sobre la actividad laboral y educativa de las adolescentes embarazadas, el número de reincidencia y la alta correlación existente entre la tasa de fecundidad y el grado de desempleo, nos inducen a pensar que el «riesgo» del embarazo en las adolescentes parece proceder más del entorno y condiciones socioeconómicas que de factores biológicos propios de este grupo de edad.

Ante este «riesgo» es preciso desarrollar programas de atención socio-sanitaria, específicamente dirigidos a los jóvenes. El medio escolar es uno de los privilegiados para el desarrollo de estos programas. Así, ya en 1979,

Berg et al.<sup>15</sup> describen en su estudio la existencia de más de 200 escuelas de Estados Unidos en las que se desarrollan programas de atención destinados específicamente a las adolescentes embarazadas.

Para evitar el mayor riesgo de problemas materno-fetales, atribuible a los factores psicosociales, que se observa en la adolescente embarazada y para prevenir el «síndrome de fracaso» que presentan la mayor parte de padres adolescentes, es necesario que los profesionales de las diferentes ciencias sociales contribuyan a la información y educación en materia sexual y de relaciones humanas del adolescente, mediante el diseño de programas bien estructurados que se impartan en el medio escolar.

Además, y dado que gran número de adolescentes no acuden a la escuela, es preciso facilitar el acceso de este grupo a los centros de información y planificación familiar, los cuales deberán adecuarse a las necesidades específicas de los adolescentes que, obviamente, son diferentes de las de los adultos. De esta manera, la adolescente estará en condiciones de decidir de forma responsable si desea

o no un embarazo y, en caso afirmativo, podrá beneficiarse de un cuidado prenatal correcto desde el primer semestre, de forma que le permitirá culminar el mismo con el mínimo riesgo posible, similar al de la mujer adulta. Al mismo tiempo deberá garantizarse una atención psicológica apropiada que le permitirá adaptarse a la nueva situación y superarla en las mejores condiciones posibles.

Por otra parte, las acciones de estos programas también deberán dirigirse a los educadores y familiares de la adolescente embarazada, para facilitar su participación en la integración social de la adolescente y en el apoyo constante durante esta situación.

#### Bibliografía

1. Hunt WB. Adolescents fertility: risks and consequences. *Population reports* 1976. Series J (10):157-75.
2. Moerman ML. : Growth of the birth canal in adolescent girls. *Am J Obstet Gynecol* 1982. 143 (5): 528-32.
3. Rothenberg PB., VARGA PE. The relationship between age of mother and child health and development. *Am J Public Health* 1981. 71 (8): 810-17.
4. OMS *Travaux de recherche sur les prestations d'assistance liées la fécondité de l'adoles-*

*cence. Rapports et Etudes EURO* núm. 1. Copenhague: Organization Mondiale de la Santé, Bureau Regional de l'Europe, 1980.

5. Phipps-Yonas S. Teenage pregnancy and motherhood: A review of the literature. *Amer J Orthopsychiat* 1980. 50 (3): 403-31.
6. Lawrence R, Merrit TA. Infant of adolescent mothers: Perinatal, neonatal, and infancy outcome, McAnarney ER. *Premature adolescent pregnancy and parenthood*. Monographs in Neonatology. New York: Grune and Stratton, 1983.
7. Vallés A, Botet F, Figueras J, Jiménez R. Embarazo en la adolescente. Factor de riesgo neonatal. *Arch Pediat* 1985. 36: 127-34.
8. Bremberg S. Pregnancy in Swedish teenagers. *Scandinavian J Soc Med* 1977; 5: 15-19.
9. Fielding JE. Adolescent pregnancy revisited. *N Engl J med* 1978. 299 (16) : 893-96.
10. Portella E, Castillo A, Martínez, N et al. *Avaluació de les necessitats socio sanitàries dels adolescents en matèria de contracepció*. Granollers (Barcelona): Ajuntament de Granollers, 1986.
11. Portella E., Castillo A., Esnaola S.: Adolescència i planificació familiar. *Butlletí de Planificació Familiar* (Diputació de Barcelona) 1987; 4: 47.
12. Portella E, Castillo A, Tarbal S, Esnaola S. Embarazo en la adolescencia: Evaluación de las necesidades socio sanitarias. *Prog Obstet Ginecol* (en prensa).
13. Senderowitz J. y Paxman JM. Adolescent fertility: worldwide concerns. *Population bulletin* 1985. 40 (2): 51.
14. Chilman CS. Teenage pregnancy: A research review. *Health and Social Work* 1979; 24 (6): 492-98.
15. Berg M, Taylor B, Edwards LE, Hakanson EY. Prenatal care for pregnant adolescents in a public high school. *J Sch Health* 1979. 49: 32-5.

