

AUTORES:

Camacho Ríos, Cristina
 Camacho Ríos, Gloria
 Gaviria Dentone, Paola
 Lisón Martínez, Isabel
 Molina Tercero, Amparo
 Ortiz Sánchez, Luis

Diplomados en Enfermería

RESUMEN

Se ha realizado un estudio descriptivo observacional transversal y retrospectivo en el que se pretende fijar el perfil personal y social de las embarazadas adolescentes, identificar factores de riesgo en la población de estudio, establecer las consecuencias tanto en salud como psicosociales que afectan a la embarazada.

La recogida de información se ha llevado a cabo mediante cuestionario anónimo, específico y estructurado que consta de 41 ítems, así como del Libro de Partos del Hospital General de Albacete y del Hospital Comarcal de Hellín.

Finalizado el estudio, entre otras conclusiones, hemos obtenido un perfil de una mujer de 18 años, casada con el padre de su hijo y de bajo nivel cultural y socioeconómico.

PALABRAS CLAVE

Adolescencia. Embarazo. Anticoncepción. Tipo de parto.

INTRODUCCIÓN

La OMS ha definido la adolescencia como la etapa que va desde los 10 años a los 19. No obstante, la auténtica adolescencia es el periodo de maduración física, psicológica y social, que va desde la infancia hasta la edad adulta (1). En esta etapa de la vida, el embarazo suele representar un problema desde el punto de vista sanitario y social, tal y como se refleja en distintos estudios sobre problemas de salud de la juventud y adolescencia (por ejemplo, en las guías de APS).

Por otro lado, según datos obtenidos en la provincia de Albacete, observamos que la Tasa de Fecundidad General Específica (TFGE) ha ido disminuyendo progresivamente durante el periodo que va de 1975 a 1986 en todos los grupos de edad. Cabe destacar que todos los grupos etáreos han mostrado un descenso próximo al 50% exceptuando el grupo de 15 a 19 años, que sólo ha manifestado un descenso del 9,03% (Tabla I)

TABLA I. Tasa de Fecundidad General Específica. Provincia de Albacete.

GRUPOS ETARIOS	1975-1979 %	1986 %	VARIACIÓN PORCENTUAL
15-19	13,51	12,29	-9,03%
20-24	123,07	69,94	-43,17%
25-29	201,59	141,51	-29,85%
30-34	136,45	90,88	-33,40%
35-39	75,45	40,37	-47,50%
40-44	31,00	13,70	-55,81%
45-49	2,66	1,30	-51,12%

Fuentes: Padrón de Albacete 1975, 1986. Censo 1981. Elaboración propia

Este descenso de la fecundidad se corresponde con una disminución progresiva y mantenida del número de nacimientos anuales en la provincia de Albacete (Tabla II).

TABLA II. Nacimientos anuales en Albacete. Año 1975-1982.

AÑO	NÚMERO DE NACIMIENTOS
1975	5927
1976	6069
1977	5700
1978	5869
1979	5454
1980	5325
1981	5219
1982	5081

Fuentes: Libro partos Hospital General de Albacete
Libro partos Hospital Comarcal de Hellín. Elaboración propia.

El embarazo en la adolescencia tiene unas consecuencias adversas tanto de tipo físico y psicosocial, en especial en las más jóvenes (15-16 años) y sobretodo en las pertenecientes a las clases sociales más desfavorecidas, ya que siguen una dieta inadecuada a su estado y utilizan tarde o con poca frecuencia el servicio de atención prenatal (1), lo que supone una dificultad mayor para aceptar la realidad, retraso de la primera visita, desconocimiento del tiempo de gestación, incumplimiento del tratamiento, pasividad, falta de respaldo, depresión y dificultad en la relación asistencial, entre otras cosas (2).

Una de las características sociodemográficas de las madres adolescentes, es la particular composición de la estructura familiar; destaca que un 17,5% de las madres siguen constando como residentes en la residencia paterna, mientras que un 15% se incorpora a la residencia del padre, un 65% crea una unidad familiar independiente y un 2,5% vive sola o con otras personas (pensiones, casas de acogida, etc...) (3).

En lo concerniente al aspecto psicológico, es conveniente que la madre adolescente reoriente toda su vida y asuma responsabilidades de adulto. Según numerosos estudios realizados, éstas desempeñan bien su papel de madre, estableciendo buenas relaciones con su hijo, no siendo menos competentes que las adultas (4).

Dentro de las consecuencias biológicas negativas que afectan al embarazo en la adolescencia destacan:

- retraso en el crecimiento intrauterino y otras patologías durante el embarazo
- aumento significativo de partos prematuros
- neonatos pequeños y de bajo peso con respecto a los de las madres adultas (2)

La literatura psiquiátrica enumera cuatro grandes patrones psicodinámicos subyacentes en la embarazada adolescente:

1. Una relación alterada con la madre, con sentimientos ambivalentes entre deseo de separación y libertad y necesidad de dependencia.
2. Imagen negativa del padre.
3. Experiencias emocionales negativas durante la fase de maduración.
4. Problemas en el proceso de socialización en general y concretamente una influencia específica en grupos de pares, con reacciones emocionales que tienden a evitar la soledad y el rechazo.

Aparte del embarazo en sí mismo y del hijo que va a nacer existen otros estresores:

- matrimonio precipitado,
- abandono de la escuela y de la formación profesional,
- un grave estresor adicional lo constituye el aborto provocado (2).

Con respecto a este último punto incluimos un dato obtenido de un estudio realizado en Barcelona, en el que dentro de las tasas de fecundidad se añaden las elevadas tasas de interrupción voluntaria del embarazo en las adolescentes, cuya proporción representa un 44% del total de embarazos en adolescentes en el año 1990 (3).

Los factores de riesgo que más influyen en la probabilidad de embarazo en la adolescencia son los siguientes:

- una deficiente información sobre la sexualidad y métodos contraceptivos.
- bajo nivel educacional procedente de los padres.

Todo esto debido a que el tema de la sexualidad todavía sigue siendo un tabú en las relaciones paterno-filiales.

Aquellas adolescentes cuyos padres tienen un nivel de ingresos alto, tienen 4,11 veces más riesgo de quedar embarazadas, frente a aquellas cuyos padres tienen un nivel de ingresos medio o bajo (1). Sin embargo en otros estudio consta que el 60% de los padres adolescentes tienen ocupaciones manuales y no cualificadas (3).

Otro factor de riesgo es el egocentrismo adolescente, "a ella no le pasará", es el periodo del pensamiento mágico, omnipotente; la adolescente tiene la información pero actúa como si no la necesitase, como si para ella no existiese relación coito-embarazo.

El inicio en las relaciones sexuales tiende a ser más precoz en aquellas familias en las que falta el padre o la madre. Las separaciones de los padres pueden actuar como determinantes en este inicio, en especial entre las más jóvenes, por la búsqueda de atención y afecto (2).

El embarazo en la adolescencia lleva consigo unas situaciones de riesgo para la salud de la adolescente muy importantes (embarazo no previsto, interrupción voluntaria del embarazo, complicaciones debidas al acudir tarde a la consulta, etc.), de ahí que se diseñen y apliquen programas específicos.

En los últimos años, se ha difundido entre los profesionales sanitarios la magnitud del problema y creado una nueva cultura sanitaria, favoreciendo la prestación de algunos de estos servicios de la red normalizada de salud.

Los profesionales de atención primaria son fundamentales para la detección, atención y prevención de los problemas de salud de las adolescentes. A partir de experiencias de otros profesionales y reflexiones propias, éstos elaboran nuevas actividades, modifican estilos de trabajo, adecuan circuitos asistenciales y cuentan con la colaboración de otros profesionales en contacto con los jóvenes (educadores, psicólogos, etc.).

La prevención y el tratamiento del embarazo en la adolescencia como generador de problemas de salud para la adolescente y para el niño, así como de problemas sociales, requiere del conocimiento de todas las causas y consecuencias, con un abordaje profesional positivo y no fatalista, colaborador y multidisciplinar (2).

OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia del embarazo en la adolescencia en Albacete capital y provincia así como los factores de riesgo, consecuencias biopsicosociales y problemática que supone este acontecimiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la frecuencia del problema en Albacete y provincia.
2. Fijar el perfil personal y social de las embarazadas adolescentes.
3. Identificar factores de riesgo en la población de estudio.
4. Establecer las consecuencias en salud del embarazo.
5. Definir las consecuencias psicosociales que afectan a la embarazada

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO. Se trata de un estudio descriptivo observacional transversal y retrospectivo.

FUENTES. Utilizamos como fuentes de información el Libro de Partos del Hospital General de Albacete y del Hospital Comarcal de Hellín, y una encuesta de elaboración propia que se envió a todas las adolescentes que dieron a luz en el Hospital General de Albacete.

CONTROL SEMÁNTICO. Definimos como adolescentes embarazadas en nuestro estudio a las madres menores de 20 años, cuyo parto tuvo lugar en los años 1994 y 1995.

POBLACIÓN DE ESTUDIO. Está compuesta por las 242 adolescentes que dieron a luz en dichos hospitales en dichos años, aunque el grueso del estudio se centró en las adolescentes que dieron a luz en el Hospital General de Albacete, que fueron 200, por la mayor accesibilidad de éstas. Del resto de las adolescentes embarazadas (42 que dieron a luz en Hellín), sólo han sido utilizados los datos para el cálculo de las tasas de fecundidad específica y general pues no pudimos acceder al resto de los datos por problemas de transporte.

La información de muchas de las variables en estudio se obtuvo del grupo de adolescentes que contestaron a nuestro cuestionario. Para comprobar la eficacia del cuestionario que elaboramos, realizamos un pilotaje al domicilio de 10 de las adolescentes de nuestro estudio. El cuestionario, una vez modificado, fue enviado por correo a las 200 adolescentes registradas en el Libro de Partos del Hospital de Albacete, de las cuales contestaron 40, lo que supone únicamente el 20% del total; con éstas hemos trabajado algunas de las variables del estudio, y el resto de las variables han sido estudiadas a partir de datos del Libro de Partos del HG de Albacete.

LIMITACIONES. No se estudia (por dificultad de acceso) las adolescentes embarazadas que interrumpen voluntariamente el embarazo.

No se encuestan las adolescentes cuyos partos están registrados en el Libro de Partos del Hospital Comarcal de

Hellín, debido a falta de medios de desplazamiento y tiempo; reseñar que para calcular las TFG y TFE de los años en estudio, incluimos tanto el total de partos de adolescentes así como el general de dicho hospital y de Albacete, aunque somos conscientes de que quedan sin cuantificar aquéllas que dieron a luz en clínicas privadas.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN. Hemos establecido las frecuencias de las variables en estudio, así como los estadísticos descriptivos correspondientes (proporciones, medias, desviación estándar, moda, etc)

Se ha calculado la proporción de adolescentes respecto al total de partos, tasa general de fecundidad y tasa específica de fecundidad para el grupo de edad en estudio.

Para buscar asociaciones entre algunas variables, hemos recurrido a las pruebas de X², t de Student y análisis de la varianza, según la naturaleza de las variables.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Después del análisis de las variables en estudio, hemos hallado los siguientes resultados:

1. Frecuencia del problema en Albacete y provincia.

Durante el año 1994 el total de partos de la población general fue de 3.777, mientras que los nacimientos en mujeres de edades comprendidas entre 14 y 19 años fueron de 129, lo que significa un % del 3,4. En el año 1995 el total de partos de la población general fue de 3.724, mientras que los nacimientos en adolescentes fue de 113, lo que representa un porcentaje de 3,0%.

La población expuesta de mujeres de 15 a 19 años, según el censo de 1991, es de 14.183 adolescentes, mientras que la población expuesta de mujeres de 15 a 49 años es de 82.153. La tasa de fecundidad específica (TFE) para el grupo de edad de 15 a 19 años en el año 1994 es de 9%, la tasa de fecundidad general (TFG) es de 45,97%; mientras que en el año 1995 la TFE es de 7,96% y la TFG es de 45,33%. (Para observar la evolución de las tasas a lo largo de los años, ver Gráfico 1).

2. Perfil personal y social de las embarazadas adolescentes.

La edad media de las embarazadas adolescentes de nuestro estudio, es de 17,94 años. A medida que aumenta la edad se incrementa frecuencia de embarazos en las adolescentes. (ver Gráfico 2).

Para el 89,6% (180) de las estudiadas este es el primer embarazo, sin embargo hay que destacar que para el 10% (20) es su segundo hijo y para el 0,5% (1) es el tercero.

Según el estudio realizado en Barcelona sobre el embarazo en adolescentes en el año 1990, una proporción elevada de madres adolescentes vuelven a quedarse embarazadas en un corto periodo de tiempo (3)

En cuanto a la existencia de pareja estable, cabe comentar que, según la encuesta, el 65% (26) de las encuestadas conviven con el padre de su hijo, de las cuales el 57,5% (23) están casadas. El 32,5% (13) viven con los padres de alguno de los dos. Sólo el 2,5% (1) vive sola con su hijo.

Se ha encontrado una relación significativa entre la edad de la madre y la existencia de padre desconocido, siendo los valores obtenidos: una X² de 11,72; 5 grados de libertad y un p valor de 0,0388. En la población estudiada se observa que conforme va aumentando la edad de la madre, aumenta la proporción de padres que reconocen a sus hijos, apreciándose este aumento sobre todo a partir de los 17 años.

En lo concerniente al nivel de estudios de la adolescente, el 52,6% (20) de las encuestadas tienen estudios primarios, siendo solo un 26,3% (10) las que han cursado B. U. P. y F. P. El 2,6% (1) no tiene estudios, y el 18,4% (7) tiene estudios primarios incompletos (ver Gráfico 6).

Del total de las encuestadas el 55,6% (20) trabajaba antes del embarazo (dependientas, canguros, confección, camareras...) y el 44,4% (16) estudiaba.

En un estudio realizado en Granollers (Barcelona), se encontró correlación elevada entre la fecundidad adolescente y la tasa de paro. Se cree que los factores socioeconómicos influyen en diversos puntos de la cadena de acontecimientos que conducen al embarazo no deseado en la adolescencia, de un lado factores relacionados con la probabilidad de embarazo (precocidad en las relaciones sexuales, probabilidad de no usar anticonceptivos, etc.) y, por otro, factores relacionados con el menor acceso efectivo a la interrupción voluntaria del embarazo una vez se da la gestación (3).

3. Identificar factores de riesgo en la población de estudio.

A. Información sobre sexualidad y métodos contraceptivos.

La percepción de las adolescentes encuestadas respecto a este tema, muestra que el 72,2% (26) de las encuestadas manifiesta que sus conocimientos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos son suficientes,

un 8,4% (3) contesta que sus conocimientos son pocos o muy pocos y un 19,4% (7) que estos son muchos. (Ver gráficos 12 y 13).

Sin embargo en respuesta a preguntas objetivas observamos:

-el 30% (12) de las encuestadas creen que una chica no puede quedarse embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales coitales.

-por otro lado, un 48,6% (18) de las encuestadas piensan que el momento más probable de quedar embarazada es a mitad del ciclo; el 37,8% (14) consideran que la probabilidad es mayor unos días después de la menstruación y el 13,5% (5) unos días antes de la regla. En las creencias, demuestran un importante desconocimiento del tema.

B. Utilización de métodos contraceptivos

En lo concerniente a la utilización de métodos anticonceptivos antes de quedarse embarazada, el 51,3% de las encuestadas sí los empleaban, de las cuales afirman utilizarlos a veces el 45%, siempre el 20% y casi siempre el 35% de los casos. Todo ello demuestra unas prácticas sexuales de alto riesgo respecto al embarazo no deseado, ya que únicamente el 10,26% del total de las encuestadas utilizaban siempre métodos contraceptivos.

Cabe destacar el alto porcentaje de las encuestadas que aseguran no haberlos utilizado nunca (48,7%)

Actualmente, usan contraceptivos el 87,2% de las jóvenes encuestadas. Entre los más empleados destaca el preservativo (50%); le siguen los anovulatorios orales (14,7%); el coitus interruptus (11,8%); espermicidas (5,9%); calendario, diafragma y ligadura (2,9%). Del total de métodos utilizados, el 58,8% corresponden a métodos barrera, el 23,5% a métodos hormonales, el 14,7% a métodos naturales y el 2,9% restante a esterilizaciones. Todos estos datos quedan reflejados en el gráfico 3.

Es paradójico que el 11,8% (4) de las jóvenes sigan utilizando "la marcha atrás", ya que debido al elevado porcentaje de errores no es considerado como un método contraceptivo, incluso por ellas mismas.

C. Inicio de las relaciones sexuales

En nuestro estudio hemos obtenido una media de edad del inicio de las relaciones sexuales en las encuestadas de 16,4 años y una moda de 17 años. En el gráfico 4 se puede observar la tendencia del inicio de las relaciones sexuales.

D. Relaciones con los padres

El 80% (32) de las encuestadas refieren que las relaciones con sus padres antes del embarazo eran buenas y muy buenas, mientras que únicamente el 2,5% (1) afirman que eran muy malas. Luego, no parece relacionarse el embarazo de la adolescente con las malas relaciones con sus padres. Toda esta información se puede observar en el gráfico 5.

E. Nivel cultural y socioeconómico

Comparando el nivel de estudios de las adolescentes encuestadas con el Informe Sociológico sobre la Situación Social en España (Fundación FOESSA, 1981), hemos encontrado que:

-la escolarización en Bachillerato de adolescentes españoles entre 14 y 17 años es del 34,5%; mientras que sólo el 2,5% (1) de las encuestadas han estudiado Bachillerato.

-la escolarización en Formación Profesional desde 14 a 16 años es del 13,7%; siendo de un 7,5% (3) en las encuestadas.

-el 4,9% de adolescentes comprendidos entre 18 y 19 años cursan estudios superiores, mientras que en el grupo de las encuestadas no aparece ninguna que curse o haya cursado estos estudios (5)

Estos datos nos hacen pensar que el bajo nivel cultural es un factor asociado a la frecuencia de embarazos en la adolescencia. (Ver gráfico 6)

Cabe destacar el elevado porcentaje de padres y madres que sólo posee estudios primarios y también seguido de padres sin estudios.

En lo concerniente al padre del niño, podemos decir que la mayoría de ellos solo han cursado estudios primarios 60% (24), el 12,5% (5) no poseía estudio alguno, el 17,5% (7) tenían estudios primarios incompletos y el 10% (4) cursaron B. U. P. o F. P.

Antes del embarazo, el 94,6% (35) de las adolescentes trabajaba, y un 5,4% (2) estudiaba.

Resaltamos que la mayoría de las adolescentes de la muestra de estudio que viven en barrios marginales no han contestado a la encuesta.

4. Consecuencias en salud del embarazo

-tiempo que tardaron en acudir las adolescentes al control sanitario del embarazo:

en una información más detallada, encontramos que antes de los 15 días sólo acudieron al médico 3 de las encuestadas, que representan el 9,1%. En el primer mes acudieron 10, lo que representa en 30,3%. Antes de los 2 meses fueron 19 adolescentes, que representan el 57,6% del total. Antes de los tres meses ya habían acudido 28 de las encuestadas (84,8%). Hay cinco casos que superan los 4 meses, dos de los cuales no van a la consulta hasta los 7 meses. (Ver gráfico 7).

La adolescente gestante tiene una dificultad mayor que la adulta para reconocer su realidad. Eso explica el retraso en la primera visita, el desconocimiento del tiempo de gestación, los olvidos frecuentes (día de visita, pruebas complementarias, incumplimiento de los tratamientos). (6).

-evolución de la gestación:

De la población estudiada (200), el 85,5% de las adolescentes tuvieron un embarazo a término, considerando las semanas de gestación (SG) entre 37 y 41+5 días. El 11,6% tuvieron un embarazo pretérmino (28+4 a 36+6 SG). El 2,9% tuvieron un embarazo posttérmino (42 a 42+4 SG). (Ver gráfico 8)

Contrastamos estos datos con un estudio en el que el 96,1% de los partos de las embarazadas adolescentes en Barcelona (1990) se han producido entre la semana 37 y 42 solamente el 3,8% ocurrió fuera de este plazo. (1) Destacamos que la proporción de nuestras adolescentes con embarazo pretérmino es muy elevada (11,6%) con respecto al estudio anteriormente citado (2,95%)

Como dato curioso es interesante comentar que de la información del Libro de Partos hemos obtenido un índice de masculinidad de 1,09; lo que confirma el promedio internacional que es de 1,05; esto indica una elevada sobrenatalidad masculina.

-preparación al parto:

Obtenemos un 81,6% de partos naturales, 9,5% de cesáreas, 4% ventosas, 2,5% fórceps, 1,5% de inducción, 1% de nalgas. En comparación con el total de partos de la población general acaecidos en el período 94-95, en estos últimos tenemos un menor porcentaje de partos naturales (73,5%), un mayor porcentaje de cesáreas (17,65%) y también un mayor porcentaje de partos inducidos (6,65%). Estas diferencias son significativas para los dos años en estudio, ya que nos dan unos valores de $X^2 = 14,03$; 5 grados de libertad y un p valor de 0,015. (Gráfico 9).

-situación de salud del RN de madres adolescentes:

El porcentaje de recién nacidos (RN) de peso normal ha sido del 70,8% (143), considerando peso normal el comprendido entre 2500 y 3500 g. Obtenemos un 19,7% (34) de RN con sobrepeso (3510-4520 g); y un 9,5% (19) con bajo peso (1000-2470).

La proporción de bajo peso en el conjunto de la ciudad de Barcelona (1990) fue del 5,6% (3). Por tanto, el porcentaje de niños con bajo peso al nacer obtenido en nuestro trabajo es más elevado que en el estudio citado anteriormente.

En el test de APGAR al minuto, resulta que el 75,4% (107) de los RN obtuvieron una puntuación de 9; el 10,6% (15) una puntuación de 8; el 9,9% (14) un 10; el 4,2% (6) obtuvieron una puntuación menor o igual 7, necesitando estos últimos cuidados intensivos.

En el APGAR a los cinco minutos, un 87,3% (124) obtuvieron una puntuación de 10, un 11,3% (16) una puntuación de 9 y sólo en un 1,4% (2) encontramos menos de 9 puntos.

-control del RN y estado salud:

De las 40 encuestadas, 37 contestaron a nuestro cuestionario que sí llevan a su hijo regularmente a revisión a su Centro de Salud, las encuestadas restantes no contestaron a esta pregunta.

5. Situación actual y consecuencias psicosociales que afectan a la embarazada

Uno de los factores que influyen en las consecuencias psicosociales que afectan a la embarazada es el apoyo emocional que recibe la adolescente embarazada por parte de su entorno, tanto familiar como social. Hemos obtenido los siguientes resultados, según lo manifestado por las encuestadas:

-por parte de los padres: el 72,5% (29) de las encuestadas declaran haber recibido mucho apoyo emocional; en cambio, el 17,5% (7) manifiesta haber recibido suficiente apoyo, mientras que un 5% (2) dicen haber tenido muy poco y otro 5% (2) no recibieron ninguno.

-por parte de los amigos: El 44,7% (17) de las encuestadas dicen haber recibido mucho apoyo, el 31,6% (12) recibieron suficiente; el 10,5% (4) dicen haber recibido muy poco; mientras que el 13,2% (5) no recibieron ninguno.

Un 33,3% (13) de las encuestadas nos manifiestan que fueron rechazadas por alguien de su entorno, en cambio, el 66,7% (26) manifiestan no haber sido rechazadas.

El abandono de estudios o trabajo a causa del embarazo está representado por un 66,7% (24). Actualmente sólo trabaja el 25,5% (11) de las encuestadas, el 7,5% (3) estudia y el 65 (26) está en paro o es ama de casa.

Respecto a la unidad familiar y estabilidad afectiva tenemos: del total de las 40 encuestadas, 23 están casadas (57,5%), 16 de ellas siguen solteras (40,0%) y una ha enviudado (2,5%). (Ver gráficos 10 y 11). Como se puede observar en estos gráficos: de las 26 adolescentes que conviven con el padre de su hijo, 23 de ellas están casadas.

Cabe destacar que el 76,9% (30) de las encuestadas dice haber sufrido un cambio de personalidad, sintiéndose más responsables y maduras. El 100% de las encuestadas nos refieren encontrarse muy satisfechas respecto a su hijo o hija.

El 79,5% (31) de las encuestadas pretende llevar a cabo los planes de futuro que tenían antes de quedarse embarazadas, y el 20,5% (8) manifiesta lo contrario. Estos datos se contradicen con respecto a un 33,3% (12) adolescentes que abandonaron sus estudios o trabajo, debido a que han tenido que asumir nuevas responsabilidades por su embarazo.

CONCLUSIONES

-Descenso progresivo de las tasas de fecundidad generales

-Perfil de la embarazada adolescente: 18 años; casada con el padre de su hijo; muchas viven en el domicilio paterno; primer hijo; hijo reconocido a mayor edad de la madre; bajo nivel socioeconómico y cultural; estudios primarios y trabajos no cualificados.

-Factores de riesgo: bajo nivel de conocimientos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos; poca e irregular utilización de métodos anticonceptivos antes del embarazo; inicio precoz de las relaciones sexuales (16-17 años); no asociación entre malas relaciones con los padres y embarazo; bajo nivel cultural de los padres de la adolescente y del padre del niño.

-Consecuencias sanitarias: tardan 60 días en realizar el primer control médico; embarazo a término; no hacen preparación al parto; mayor frecuencia de partos naturales; test de APGAR normal; peso del RN normal; seguimiento del Programa del Niño Sano.

-Consecuencias psicosociales: reciben mucho apoyo emocional durante el embarazo; relaciones con los padres siguen igual o mejoran; abandonan sus estudios o trabajo por el embarazo; mayor grado de madurez, satisfacción por la maternidad.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Fernández-Martínez de Alegría, C; Brugos Larumbe, A; Sánchez Cantalejo, E. El riesgo de embarazo en la adolescencia. Atención Primaria. Vol. 9. Núm. 2. (42-54). Febrero 1992
- (2) Palau, M. Embarazo en la adolescencia. Atención Primaria. Vol. 9. Núm. 6. (10-12). Abril 1992
- (3) Valero, C; Nebot, M; Villalbi, JR. Embarazo en adolescentes en Barcelona: distribución, antecedentes y consecuencias. Gaceta Sanitaria. Vol. 8. Núm. 43. (155-161). Julio-Agosto 1994
- (4) Lutte, G. Liberar la adolescencia. La Psicología de los jóvenes de hoy. Biblioteca de Psicología 168. Cap. 15. (317). Barcelona. Ed. Herder. 1991
- (5) Navarro, C; Dasi, MJ; Zomeño, R; Simón, MC; Serrano, S. El embarazo de la adolescente en la población de Manises
- (6) Salvadores Rubio, JJ. y cols. Estudio sociodemográfico de las gestantes y su relación con la aceptación del embarazo. Revista de Sanidad e Higiene Pública. Núm. 6 (519-526). Noviembre-Diciembre 1993. Enfermería Integral. Núm. 16. (21-25). 1985.

ANEXO

GRÁFICO 1. EVOLUCIÓN DE LA FECUNDIDAD EN LA ADOLESCENCIA. ALBACETE 1975-1995

GRÁFICO 2. EMBARAZO EN ADOLESCENCIA. DISTRIBUCIÓN POR EDADES. ALBACETE 1994-1995

GRÁFICO 3. UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS. ALBACETE 1994-1995

GRÁFICO 4. EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES Y EDAD DEL PARTO. ALBACETE 1994-1995

GRÁFICO 5. RELACIONES CON LOS PADRES. ALBACETE 1994-1995

GRÁFICO 6. NIVEL DE ESTUDIOS DE LA ADOLESCENTE. ALBACETE 1994-1995

GRÁFICO 7. TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA CONSULTA MÉDICA. ALBACETE 1994-1995

GRÁFICO 8. SEMANAS DE GESTACIÓN DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES. ALBACETE 1994-1995

GRÁFICO 9. DISTRIBUCIÓN DE TIPOS DE PARTO EN ADOLESCENTES Y POBLACIÓN GENERAL. ALBACETE 1994-1995

GRÁFICO 10. ESTADO CIVIL DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES. ALBACETE 1994-1995

GRÁFICO 11. PROPORCIÓN DE ADOLESCENTES QUE CONVIVEN CON EL PADRE DE SU HIJO. ALBACETE 1994-1995

GRÁFICO 12. INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD DE LA ADOLESCENTE. ALBACETE 1994-1995

GRÁFICO 13. INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DE LAS ADOLESCENTES. ALBACETE 1994-1995