

EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN BARCELONA: DISTRIBUCIÓN, ANTECEDENTES Y CONSECUENCIAS

Carles Valero / Manel Nebot / Joan R. Villalbi

Servei de Promoció de la Salut, Institut Municipal de la Salut. Ajuntament de Barcelona.

Resumen

Se describe la distribución de las tasas de fecundidad y de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en adolescentes en la ciudad de Barcelona durante 1990. Asimismo se analizan sus características sociodemográficas y situación familiar a partir de los datos del Boletín Estadístico de Nacimiento (BEN). En el año estudiado se registraron 248 nacimientos y 195 IVE en mujeres de 15 a 19 años, lo que significa una tasa de 3,9 y 3,1 nacimientos e IVE por mil, respectivamente. Lo que permite estimar que como mínimo siete de cada 1000 adolescentes quedaron embarazadas. La tasa de fecundidad por distritos osciló entre 0,8 nacimientos por mil en Sarrià-Sant Gervasi y 14,6 en Ciutat Vella. La correlación con los indicadores socioeconómicos a nivel del distrito fue muy elevada, tanto para el índice sintético de problemática social ($r=0,96$), como para el índice de capacidad económica familiar ($r=0,93$). Un 63% de las madres adolescentes permanecieron en el domicilio parental después del parto, incorporándose a este hogar el padre en cuatro de cada diez casos. En el 14,5% de los casos la edad del padre fue también inferior a 20 años, aunque la mayoría (39,1%) tenía entre 20 y 24 años.

Si bien las tasas de fecundidad en adolescentes han disminuido en los últimos años, la fuerte asociación con los indicadores socioeconómicos adversos sugiere la necesidad de programas selectivos dirigidos a colectivos de alto riesgo. Por otro lado, diversos marcadores -como la falta de apoyo familiar, la ausencia del padre o el abandono de los estudios- pueden ser de interés en la orientación de las intervenciones de apoyo a las madres adolescentes.

Palabras clave: Adolescencia. Embarazo adolescente. Aborto.

TEEN-AGE PREGNANCY IN BARCELONA (SPAIN): DISTRIBUTION, ANTECEDENTS AND CONSEQUENCES

Summary

This paper describes the distribution of fertility and abortion rates in the city of Barcelona (Spain) in adolescent in 1990. The adolescents' socio-demographic background and characteristics of their family unit obtained from the statistically bulletin of birth are analyzed. In this year, there were 248 births and 195 abortions to women between 15 and 19 years-old, yielding a rate of 3.9 and 3.1 per thousand, respectively, so that at least 7 per 1000 were pregnant. Fertility rates varied by district between 0.8 in Sarrià-Sant Gervasi and 14.6 in the inner city district of Ciutat Vella, with a high positive correlation of these rates and a district social problem index ($r=0.96$) and a high negative correlation with an index of family economic wealth ($r=0.93$). Around two thirds (63%) of the adolescent mothers reported to be living with their parents after childbirth, and their companion joins this unit in four out of ten cases. In 14.5% of births, the father's age under 20, although the most of them (39.1%) were between 20 and 24 years-old.

Although teenage fertility rates have been declining during the last years in Barcelona, the strong correlation with socio-economic indicators encourages the design of specific programs addressing socially disadvantaged groups. In addition, several risk factors can be used to identify adolescent mothers at risk when designing specific interventions such as the lack of recognized paternity by the father, dropping out of school, or lacking family's support.

Key words: Adolescence. Teenage pregnancy. Abortion.

Correspondencia: Carles Valero García. Institut Municipal de la Salut. Pl. Lesseps 1. 08023 Barcelona.

Este artículo fue recibido el 4 de agosto de 1993 y fue aceptado tras revisión el 10 de febrero de 1994.

Estudio subvencionado parcialmente con una ayuda a la investigación de la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología (exp PBS 90/364).

Introducción

El embarazo y la maternidad adolescente despiertan un interés creciente en los países desarrollados. El embarazo en las adolescentes se ha asociado a una mayor frecuencia de toxemia, prematuridad y bajo peso al nacer, así como a un mayor índice de distocias mecánicas (sobre todo en las menores de 16 años)¹. En Estado Unidos (EEUU) se ha observado que las adolescentes embarazadas que pertenecen a clases sociales más desfavorecidas siguen con frecuencia una dieta inadecuada durante el embarazo² y con frecuencia acceden a la atención prenatal en un estadio demasiado avanzado de gestación³. En nuestro medio se ha descrito que una proporción elevada^{4,5} de los embarazos adolescentes acceden tardíamente a la atención prenatal, retraso en parte debido a que la adolescente tiende a ignorar y ocultar su situación por miedo a la desaprobación social y familiar. El exceso de complicaciones clínicas que se produce en estos casos se puede reducir con la atención prenatal y una nutrición adecuada, pues la adolescencia es en general una edad biológicamente óptima para el embarazo y el parto, a partir del tercer años después de la menarquia^{6,7}. Sin embargo, además de los factores biológicos, existen una serie de factores sociales, que van a influir en el desarrollo posterior de la adolescente y su hijo o hija. En la mayoría de casos la adolescente embarazada procede de un medio socioeconómico desfavorable y con un bajo nivel de escolarización, y con frecuencia abandona la escolaridad durante el embarazo, siendo difícil la reanudación posterior de los estudios. Todo ello dificulta su integración social y empeora sus condiciones de acceso al mundo laboral^{8,9}.

La ausencia de pareja estable es una situación muy frecuente entre las madres adolescentes, estimándose entre el 25 y el 40% en diversos estudios españoles^{4,5,10,11}; en contraste, sólo un 5-10% de las madres adultas solteras carece de pareja estable. La falta de pareja estable significa enfrentarse en solitario (en algunos casos con el apoyo de los padres) a las responsabilidades de la crianza. Muchos de los matrimonios que tienen lugar a esta edad están condicionados por el propio embarazo¹² existiendo posteriormente un alto índice de separaciones en matrimonios adolescentes. Furstenberg¹³ observa, en EEUU un 50% de separaciones a los cinco años del matrimonio. En nuestro medio, Colomer¹⁴ estudió una serie de adolescentes gestantes en Valencia,

observando después del parto una frecuencia de ruptura de la pareja del 30%. Una proporción elevada de madres adolescentes vuelven a quedar embarazadas en un corto período de tiempo^{15,16}. Por último hay que destacar los posibles efectos negativos de la maternidad adolescente sobre el futuro desarrollo social de los hijos, con un menor rendimiento escolar¹⁷, y una proporción mayor de problemas de conducta, de consumo de drogas, y de inicio precoz de las relaciones sexuales.

Las tasas de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años varían entre diferentes países. En EEUU hubo 59 nacimientos por mil en 1984, mientras que en países como Holanda, Dinamarca o Suecia, las tasas en el mismo período fueron inferiores a 15 por mil. En la cuenca mediterránea las cifras de España, Francia e Italia son inferiores a 20 nacimientos por cada 1000, mientras que en Grecia la tasa es de 41 nacimientos por mil¹⁸. En España las tasas de fecundidad adolescente aumentaron moderadamente desde la década de los 60 hasta 1980 en que inician una disminución¹⁹. En la ciudad de Barcelona se ha producido un descenso muy importante desde 1975, año en el que se registró una tasa de 22,4 nacimientos por 1000 mujeres de 15 a 19 años, hasta 1987, en el que la tasa era de 8,9 nacimientos por mil. En este período se ha producido una disminución de la fecundidad en todos los grupos de edad con la excepción del grupo de 30 a 34 años²⁰.

Un factor que influye notablemente en la maternidad adolescente es el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). En España, la IVE está regulada por la Ley Orgánica 9/1985 de 5 de julio. En Cataluña la Orden de 1 de agosto de 1985 regula la práctica del IVE en centros hospitalarios acreditados por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, y desde el mes de mayo de 1988 es posible la realización del IVE de bajo riesgo en centros extrahospitalarios, lo que ha incrementado la accesibilidad real de la población a la IVE. La disponibilidad de datos de fecundidad y de IVE permiten por primera vez estimar en este grupo de edad la frecuencia total de los embarazos, incluyendo las IVEs y los embarazos a término.

Los objetivos de este estudio son describir la distribución de nacimientos e IVE de las adolescentes en la ciudad de Barcelona en el año de 1990, así como sus características sociodemográficas y las de su pareja. Creemos que permitirá mejorar nuestro conocimiento de este fenómeno y aportará elementos de utilidad para su abordaje por los servicios sanitarios y sociales.

Tabla 1. Distribución de las tasas de fecundidad, de interrupciones voluntarias del embarazo (IVEs) y proporción de IVEs, por grupos de edad. Barcelona, 1990

Edad (años)	Nacimientos		IVEs		Embarazos*		Proporción de IVEs
	n	Tasa por mil mujeres	n	Tasa por mil mujeres	n	Tasa por mil mujeres	
15-19	248	3,98	195	3,11	443	7,09	44,01%
20-24	1426	22,47	529	8,34	1955	30,81	27,06%
25-29	4819	78,22	493	8,00	5312	86,22	9,28%
30-34	4463	76,71	367	6,30	4830	83,01	7,60%
35-39	1444	26,32	299	5,45	1743	31,77	17,15%
40-44	258	4,58	144	2,55	402	7,13	35,82%
45-49	11	0,21	17	0,32	28	0,53	60,71%

* No se incluyen abortos espontáneos.

Sujetos y métodos

El Negociado de Población del Ayuntamiento de Barcelona registra los nacimientos ocurridos en la ciudad según la edad de la madre, diferenciando los nacimientos de las madres residentes y no residentes²¹. Para el presente estudio se ha analizado la información recogida en el Boletín Estadístico de Nacimiento (BEN), transcrita por el Institut Municipal d'Informàtica (IMI). El BEN recoge características del parto, así como el lugar de nacimiento y la ocupación del padre y de la madre. En este trabajo utilizamos el término "padre", para designar la persona que se inscribe como tal en el BEN. La ocupación paterna es codificada por el IMI según la Clasificación Nacional de Ocupaciones²², mientras que la ocupación de la madre se clasifica en cuatro amplios grupos: estudiantes, ocupadas, sin ocupación (tareas del hogar) y no consta.

La información obtenida a partir del BEN se relacionó con la información contenida en el registro de población, lo que permitió analizar las características de la estructura familiar de las madres adolescentes. Se utiliza el término adolescencia para designar el grupo de edad comprendido entre los 10 y los 20 años, según recomendaciones habituales²³. Dentro de este grupo, nos referiremos en general a las tasas de fecundidad y de IVE para el grupo de 15 a 19 años, dentro del cual se producen prácticamente todos los embarazos adolescentes.

En Cataluña, las IVEs practicadas en los centros hospitalarios y extrahospitalarios acreditados son notificados de forma individualizada y anónima, registrándose datos socioeconómicos de la mujer y de la pareja, número de partos e IVEs anteriores, así como datos referidos al uso previo de métodos anticonceptivos. Los datos referidos a las IVEs utili-

zados en este estudio proceden del Registro de IVEs del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya. Los denominadores para el cálculo de las tasas de nacimientos, IVEs y embarazos se han estimado a partir de los datos de población del Censo de 1991.

Para estudiar la correlación entre la tasa de fecundidad y el nivel socioeconómico por distritos se ha utilizado el Índice Sintético de Problemática Social (ISPS)²⁴, y el Índice de Capacidad Económica Familiar (ICEF)²⁵ por distritos municipales. El ISPS, fue creado para la planificación de los servicios sociales municipales. Este índice se compone de un indicador demográfico (índice de dependencia), un indicador del nivel de instrucción (tasa en la población adulta de analfabetismo), un indicador de desempleo (tasa de paro) y un indicador que refleja la composición socioeconómica del distrito (proporción de población activa en ocupaciones manuales o no cualificadas). El ICEF recoge a nivel geográfico variables indicadores de la distribución de la renta y de la riqueza. Ambos índices se calculan como razones referidas a una base de 100 para el conjunto de Barcelona. La correlación entre ambos índices y la tasa de fecundidad adolescente se estima utilizando el coeficiente de correlación ordinal de Spearman²⁶.

Resultados

En 1990 se registraron en Barcelona un total de 12.762 nacimientos correspondientes a mujeres residentes en la ciudad, de los que 248 correspondieron a adolescentes entre 15 y 19 años. Según el Registro de IVEs en 1990 se declararon 195 IVEs en el grupo entre 15 y 19 años que residían en la ciudad

Tabla 2. Características sociodemográficas de las madres de 15 a 19 años y de los padres. Barcelona, 1990 (n=248)

	Total	Proporción (%)
Lugar de nacimiento de la madre		
Cataluña	203	81,9
Resto de España	38	15,3
Extranjero	7	2,8
Ocupación declarada de la madre		
Labores del hogar	167	67,3
Ocupación remunerada	16	6,5
Estudiante	16	6,5
No consta	49	19,7
Nivel de instrucción de la madre		
No ha terminado primaria	20	8,0
Escuela primaria completa	143	57,7
Escuela secundaria completa	19	7,7
No consta	66	26,6
Edad del padre		
15-19 años	36	14,5
20-24 años	97	39,1
25-29 años	53	21,4
30-34 años	23	9,3
> 35 años	5	2,0
No constan datos del padre	34	13,7
Composición estructura familiar de la adolescente*		
Residencia familia propia	123	63
Residencia familia padre	14	7
Unidad familiar independiente	53	27
Otras situaciones **	5	3

* Información disponible únicamente para 195 adolescentes.

** Vive sola con el hijo o con personas no familiares.

de Barcelona²⁷. Esto significa que 4 de cada 10 adolescentes (44%) decidieron interrumpir su embarazo, proporción que fue inferior en el resto de grupos de edad con excepción del grupo de 45 a 49, en el que la proporción es aproximadamente del 60,7% (Tabla 1).

Las características sociodemográficas de las adolescentes que continuaron con su embarazo se presentan en la tabla 2. Algo más del 80% habían nacido en Cataluña. El 6,5% de las adolescentes declaró trabajar en una ocupación remunerada y una proporción similar declaró ser estudiante; no tenían ocupación remunerada un 67,3%, mientras que en casi un 20% no constaba la ocupación. De las características del padre destaca que el 60,5% tienen entre 20 y 29 años y un 14,5% entre 15 y 19 años. Predominan los que han nacido en la ciudad de Barcelona con una proporción algo superior al 50%, mientras que un 20,5% nacieron en otras comunidades y casi el 7% han nacido fuera de España. Para un 48,6% de los padres no consta la profesión; el resto cabe destacar que se trata en su mayoría (60%) de ocupaciones manuales y no cualificadas.

Tabla 3. Tasa de fecundidad por 1000 mujeres de 15 a 19 años, Índice Sintético de Problemática Social (ISPS) e Índice de Capacidad Económica Familiar (ICEF) por distritos municipales

Distrito	Tasa de fecundidad adolescente	ISPS	ICEF
Ciutat Vella	14,6	187	62,70
Sant Martí	5,5	137	86,94
Nou Barris	5,3	139	77,35
Sant Andreu	5,0	110	88,84
Sants-Montjuïc	4,6	124	86,14
Horta-Guinardó	3,3	106	91,71
Gràcia	2,3	91	100,98
Les Corts-Pedralbes	1,6	43	138,80
Eixample	1,2	83	114,36
Sarrià-Sant Gervasi	0,9	26	162,67
Barcelona	3,9	100	100

Del total de 248 nacimientos de madre adolescente registrados en 1990 se obtuvieron datos de la estructura familiar a partir del registro de población para 195 (78,3%). Destaca que un 63% de las madres adolescentes siguen constando como residentes en la residencia de su familia paterna, mientras que un 7% se incorporan a residencia de la familia del padre y un 27% de las madres crean una unidad familiar independiente.

De las características del parto y del recién nacido hay que destacar que en 16 casos el peso al nacer fue inferior a 2.500 g, lo que supone una proporción de nacimientos de bajo peso del 6,4% (la proporción de bajo peso en el conjunto de la ciudad fue de 5,6%). Con respecto a las semanas de gestación registradas observamos que 225 partos se han producido entre la 37 y la 42 semana, lo que representa el 96,1% y solamente nueve casos (3,8%) se produjeron fuera de este plazo: siete nacimientos tuvieron lugar antes de la 37 semana y en dos ocasiones se produjo el parto después de la 42 semana. Un 85% de las madres adolescentes dieron a luz en un centro de la red hospitalaria de utilización pública (XHUP) mientras que el 15% realizaron el parto en un centro privado. Del conjunto de nacimientos que se produjeron en la ciudad, el 39,5% tuvo lugar en un centro de la XHUP.

Respecto a la distribución por distritos (Tabla 3), se observa en Ciutat Vella una tasa de fecundidad adolescente (14,6 por mil) que triplica la del conjunto de la ciudad de Barcelona (3,9 por mil); también se sitúan por encima de la media de la ciudad, los distritos de Sant Martí (5,5 por mil), Nou Barris (5,2 por mil), Sant Andreu (5 por mil) y Sants-Montjuïc (4,6 por mil), sin llegar a superar el doble de la media

de Barcelona. Los distritos de Sarrià-Sant Gervasi, Eixample y Les Corts-Pedralbes son los que poseen las tasas más bajas (0,8; 1,2 y 1,5 por mil respectivamente). Las tasas de fecundidad más elevadas se observan en aquellos distritos más desfavorecidos socialmente, como se ve en la distribución del ISPS y del ICEF, existiendo una alta correlación entre ambas variables (Coeficientes de correlación ordinal de Spearman $r_s=0,96$ con el ISPS y de $r_s=0,93$ con el ICEF).

Discusión

Antes de valorar los resultados, es preciso realizar algunas consideraciones metodológicas. El registro de población de Barcelona se basa en el Padrón Municipal de habitantes (PMH)²¹. Este registro presenta algunas limitaciones, derivadas de la necesidad de la intervención activa del propio individuo para la modificación de los datos, fuera de las actualizaciones quinquenales que tienen lugar con las campañas padronales o censales. Así, un 19,7% de las madres adolescentes identificadas a partir del registro de nacimiento no fueron localizadas en el PMH pese a que declararon ser residentes en la ciudad al registrar el nacimiento en el BEN. Esta proporción tan elevada debe valorarse en el contexto de los cambios asociados a la maternidad, especialmente en este grupo de edad, y el escaso beneficio personal que reporta a las madres el actualizar sus datos padronales. Por otra parte algunos datos, como el nivel de estudios, no reflejan con suficiente actualidad la realidad en las personas jóvenes, en las que el nivel más alto de estudios habrá cambiado en muchos casos desde la última actualización padronal.

La información sobre nacimientos recogida por Estadística Municipal a partir del registro civil adolece de un pequeño subregistro en relación al registro de nacimientos del Instituto Nacional de Estadística y el Institut d'Estadística de Catalunya al no recoger exhaustivamente los nacimientos de residentes ocurridos fuera de la ciudad de Barcelona. Este subregistro ha sido estudiado por Sarriale²⁸ para los períodos 1980-82 y 1986-88, siendo del 3% y 5% respectivamente para el conjunto de la ciudad. En este estudio el subregistro en madres adolescentes fue del 10,8%. Esta diferencia sugiere una mayor imprecisión y menor exhaustividad en el registro de los nacimientos para este grupo de edad, lo cual podría deberse a la mayor sobrecarga emocional asociada a la maternidad juvenil, así como a la falta de experiencia

en la resolución de trámites administrativos. A todo lo anterior habría que añadir, que los datos del registro civil se copiaban manualmente antes de ser mecanizados por Estadística Municipal, y podrían darse además errores de transcripción.

La madre adolescente declara como ocupación principal "sus labores" en un 67,3%; se observa una tendencia a la disminución en esta proporción al compararla con períodos anteriores (82,1% en 1980-82 y 70,9% en 1985-87)²⁰. El 6,5% de estudiantes entre las madres adolescentes es una proporción muy baja, sobre todo si se tiene en cuenta que en el año 1986 declaran el estudio como actividad principal un 73% de la población de 15 a 19 años que reside en Barcelona²⁹. Destaca el alto índice de padres para los que no consta ocupación (76,8%), así como que la mayoría de quienes declaran una profesión refieren ocupaciones manuales no cualificadas (23,2%). En nuestro estudio, para 32 recién nacidos (12,9%) no había datos del padre en el BEN. Esta proporción es similar a la descrita para el año 1980^{19,29}. Otro aspecto importante es el nivel educacional de las adolescentes; algo más de la mitad han completado los estudios primarios y un 7,7% declaran estar en la secundaria. Mott³⁰ describe que una elevada proporción de madres adolescentes abandona los estudios por motivo del embarazo, o ya los ha dejado antes, siendo difícil su continuación si es que llega a producirse.

Otro aspecto a destacar es el de las repercusiones de la maternidad en la estructura familiar. Algo más de la mitad de las madres adolescentes permanece en el domicilio paterno; a este hogar se incorpora además el padre en cuatro de cada 10 casos. Los datos indican que en general las madres adolescentes mantienen una estructura familiar básica, lo cual puede ser un elemento positivo que atenúe el potencial impacto desfavorable del embarazo y el nacimiento. Otra situación muy distinta es la de aquellas madres adolescentes que viven solas o con otras personas sin parentesco directo (3%). Las adolescentes que no son localizadas (21,4%) en el registro de población son probablemente un grupo de especial riesgo. Por otro lado, en una proporción elevada (13,5%) las madres adolescentes tuvieron a su vez el primer hijo antes de los 20 años, lo cual corrobora otras observaciones de que la experiencia sexual precoz de la madre se reproduce de alguna manera en las hijas³¹.

Para las adolescentes, las circunstancias legales y económicas son de particular importancia en la decisión de interrumpir un embarazo no deseado. Desde la acreditación de los primeros centros sanitarios extrahospitalarios para la realización de esta intervención, se ha registrado en nuestro

medio un volumen creciente de interrupciones voluntarias del embarazo: en Catalunya se contabilizaron 4.246 IVEs en 1989, de las cuales el 11,3% tuvieron lugar en el grupo de 15 a 19 años; en 1990, el número de interrupciones se había casi duplicado, alcanzando la cifra de 7.844. El 10,6% de los mismos correspondió a adolescentes, de los que 195 tuvieron lugar en residentes en Barcelona²⁷.

La combinación de las tasas de fecundidad y de IVEs nos ha permitido por primera vez estimar la tasa global de embarazos (no se incluyen los abortos espontáneos que podrían representar hasta un 40% de todas las gestaciones, de los que una cuarta parte serían abortos espontáneos clínicos y el resto abortos que no llegan a diagnosticarse³²) y la distribución de las mismas según su continuación o interrupción para los distintos grupos de edad. Así, la proporción de embarazos en los que se recurre al aborto es más elevada en los grupos de edad entre 15 y 19 años y el de mayores de 45, lo cual sugiere que en estos grupos de edad se produce un mayor número de embarazos no deseados. La proporción de IVEs observada en el grupo de adolescentes (44%) es similar a la observada en otros países desarrollados: 37% en Holanda, 38% en el Reino Unido, 41% en Canadá, 45% en EEUU y 46% en Francia, aunque la proporción es más elevada en Suecia (58%)³³. Es importante sin embargo recordar que puede existir IVEs no declarados o realizados fuera de los centros acreditados o incluso fuera de nuestro país; este subregistro podría ser más importante en las menores de 18 años, debido a la necesidad de consentimiento paterno para la práctica del IVE. Sin embargo, es poco probable que se trate de un subregistro cuantitativamente importante a tenor de la importancia de las cifras observadas y de su consistencia con las registradas en otros países de nuestro entorno. Por grupos quinquenales se observa que la proporción de embarazos que terminan en IVE es máxima entre los grupos de edad más jóvenes y mayores.

Finalmente, cabe destacar la elevada correlación de la maternidad adolescente con el ISPS y el ICEF. En un estudio realizado en Granollers (Barcelona) se encontró una correlación elevada entre la fecundidad adolescente y la tasa de paro³⁴. Pese a que en el distrito del Eixample el gradiente se interrumpe para el ISPS (quizás debido a la contribución de la elevada población anciana del distrito al componente basado en el índice de dependencia en el ISPS en el Eixample), las cifras son contundentes. Creemos que los factores socioeconómicos influyen en diversos puntos de la ca-

dena de acontecimientos que conducen al embarazo no deseado en la adolescencia: de un lado factores relacionados con la probabilidad de embarazo (precocidad de las relaciones sexuales, probabilidad de no usar anticoncepción...) y por otro lado factores relacionados con el menor acceso efectivo a la IVE una vez se da la gestación. En conjunto, la desigualdad en la maternidad adolescente es el producto de dos desigualdades, en la probabilidad de embarazo y en la probabilidad de no acceder a la IVE.

Nuestros resultados sugieren que el embarazo en la adolescencia es un fenómeno relativamente infrecuente, en la ciudad de Barcelona, si bien su ocurrencia es mucho más común en los distritos de menor renta; por otro lado hay que destacar que en aproximadamente la mitad de los casos termina con una interrupción voluntaria del embarazo. La proporción de nacimientos de bajo peso es ligeramente más elevada en este grupo de edad³⁵, lo cual aconsejaría garantizar su acceso precoz a la atención prenatal. Pese a sus reducidas dimensiones, sus implicaciones psicológicas y sociales, merecen atención. En primer lugar, por la elevada proporción en la que podría tratarse de un embarazo no deseado (a juzgar por la elevada frecuencia con que se recurre a una IVE). En segundo lugar, por la importancia de la asociación con los indicadores socioeconómicos: la maternidad en la adolescencia es 15 veces más elevada en el distrito con peores indicadores que en el que registra mayor bienestar. Este gradiente es muy superior al observado para otras enfermedades y condiciones clásicamente asociadas al nivel socioeconómico³⁶. No obstante debemos considerar que este es un estudio ecológico y por lo tanto puede ser una falacia el asegurar que las adolescentes residentes en los distritos más pobres sean las que se embarazan más frecuentemente. Es por ello que debemos destacar la necesidad de nuevos estudios (casos-control y/o cohorte) para confirmar la hipótesis y así proponer adecuadas intervenciones. En este sentido, quizás la experiencia de otros países, en los que la intervención en la escuela ha resultado fundamental, sea de interés en nuestro medio³⁷.

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer la colaboración de Pilar Quer en el manejo de datos del Padrón Municipal, de María Teresa Brugal por el asesoramiento informático y de Josep Arnau, del Departament de Sanitat i Seguretat Social, por facilitarnos los datos del Registro de IVEs.

Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. Committee on adolescence: Adolescent Pregnancy. *Pediatrics* 1989; 83: 132-4.
2. Marino DD, King JC. Nutrition concerns during adolescence. *Ped Clin North America* 1980; 27: 125-39.
3. Alan Guttmacher Institute. *Teenage pregnancy: the problem that hasn't gone away*. New York: Alan Guttmacher Institute, 1981.
4. Gómez-Carrasco JA, Díez-Fernández T. Embarazo de madre adolescente (15 a 18 años). Resultado neonatal. *An Esp Pediatr* 1988; 29: 7-10.
5. Oria de Rueda O, Arrate JK, Mourelo C, Saitua G, Delgado A. Aspectos perinatológicos en recién nacidos de madres adolescentes. *Rev Esp Pediatr* 1990; 46: 287-90.
6. Strobino D. Consequences of pregnancy in adolescence. En: Hayes CD (ed). *Risking the future. Adolescent sexuality, pregnancy and childbearing* (Vol II) Washington: National Academy Press, 1987: 56-72.
7. Kelly AW, Al-Bassam S, Kevany J. Teenage mothers: pregnancy performance and newborn status. *Irish J Med Sci* 1985; 154: 390-4.
8. American Academy of Pediatrics. Committee on adolescence: Counseling the adolescent about pregnancy options. *Pediatrics* 1989; 83: 135-7.
9. Davis S. Embarazo en adolescentes. *Clin Ped Norteamérica (ed esp)* 1989; 3: 715-32.
10. Valles A, Botet F, Figueras J, Jiménez P. Embarazo en la adolescencia. Factor de riesgo neonatal. *Arch Pediatr* 1985; 36: 127-34.
11. Donat F, Colomer C, Colomer-Revuelta J, et al. Estudio epidemiológico del embarazo en adolescentes. *Rev Esp Obs Gin* 1984; 43: 419-25.
12. Gonzalvo N, Tajada N, Vera F, Berdun E, Moneo I, Lacasa A. *Hijos de madres adolescentes: seguimiento durante el primer año de vida*. Zaragoza, XVII Congreso Español de Pediatría, 1988.
13. Furstenberg FF. *Unplanned parenthood: the social consequences of teenage childbearing*. New York: Free Press, 1976.
14. Colomer J, Vargas J, Rebagliato L, et al. Factores de riesgo para el embarazo de adolescentes. *Pediatrka* 1987; 5: 41-4.
15. Klein L. Early teenage pregnancy, contraception, and repeat pregnancy. *Am J Obst Gynecol* 1974; 20: 249-56.
16. Horno González M, Fuentes C, Yago MT, Gómez Calatayud JM. Embarazo en la adolescencia. *Rev Esp Obst Gin* 1982; 41: 1-11.
17. Moore KA, Simms MC, Betsey CL. *Choice and circumstance: racial differences in adolescent sexuality and fertility*. New Brunswick NJ: Transaction Books, 1980.
18. Organización de las Naciones Unidas. *Demographic Yearbook 1986*. New York: United Nations Organization, 1989.
19. Nebot M, Canela J, Valles A. Evolución de la fecundidad adolescente y su asociación con la evolución de la renta en las provincias españolas en el período 1975-1985. *Rev San Hig Púb* 1992; 66: 157-67.
20. Nebot M, Farré M. *Estudi de la fecunditat en adolescents a Barcelona, 1979-1988*. Barcelona: Publicacions de l'Àrea de Salut Pública de l'Ajuntament de Barcelona, 1991.
21. Valero C, Borrell C. *Els registres de naixements a la ciutat de Barcelona*. Barcelona: Publicacions de l'Àrea de Salut Pública de l'Ajuntament de Barcelona, 1992.
22. Instituto Nacional de Estadística. *Clasificación Nacional de Ocupaciones*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Estadística, 1979.
23. Organización Mundial de la Salud. *El embarazo y el aborto en la adolescencia*. Ginebra: Publicaciones de la OMS, 1975.
24. Soler J, Sampere E, Ferrando P. *L'evolució dels indicadors socials a Barcelona 1981-1986*. Barcelona: Publicacions de l'Àrea de Serveis Socials de l'Ajuntament de Barcelona, 1989.
25. Estadística Municipal. *Índex de capacitat econòmica familiar a la ciutat de Barcelona*. Publicacions de l'Ajuntament de Barcelona i la Caixa d'Estalvis i Pensions de Barcelona, 1991.
26. Snedecor GW, Cochran WG. *Statistical methods*. 8 Ed. Iowa State University Press/Ames, 1991.
27. Servei d'Informació i d'Estudis de la Direcció General de Recursos Sanitaris. *Registre d'interrupcions voluntàries de l'embarç*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1990.
28. Sarriblle G. *Las fuentes de población a la ciutat de Barcelona*. Barcelona: Publicacions de l'Ajuntament de Barcelona, 1988.
29. Estadística Municipal. *Padró Municipal d'Habitants 1986*. Barcelona: Publicacions de l'Ajuntament de Barcelona, 1988.
30. Mott FI, Marsiglio W. Early childbearing and completion of high school. *Fam Plan Persp* 1985; 17: 234-7.
31. Newcomer SF, Udry JR. Adolescent sexual behavior and popularity. *Adolescence* 1983; 18: 515-22.
32. Del Sol JR, Fortuny A. Aborto. En: González-Merlo J, Del Sol JR (eds). *Obstetricia*. Barcelona: Salvat, 1985.
33. Jones EF. The determinants of adolescent childbearing in thirty-seven developed countries. En: Jones EF (ed) *Teenage pregnancy in developed countries*. New Haven: Yale University Press, 1986.
34. Portella E, Castillo A. Aspectos sociales del embarazo en adolescentes. *Gac Sanit* 1988; 2: 150-3.
35. Nebot M, Rohlfis I, Díez E, Valero C. Maternidad en adolescentes de alto riesgo social. *Aten Prim* 1993; 11: 213-7.
36. Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA. Socioeconomic status in disease. En: Badura B, Kickbusch I (eds). *Health Promotion Research*. Copenhagen: World Health Organization, 1991.
37. Kirby D. School-based programs to reduce sexual risk-taking behaviors. *J Sch Health* 1992; 62: 280-7.

