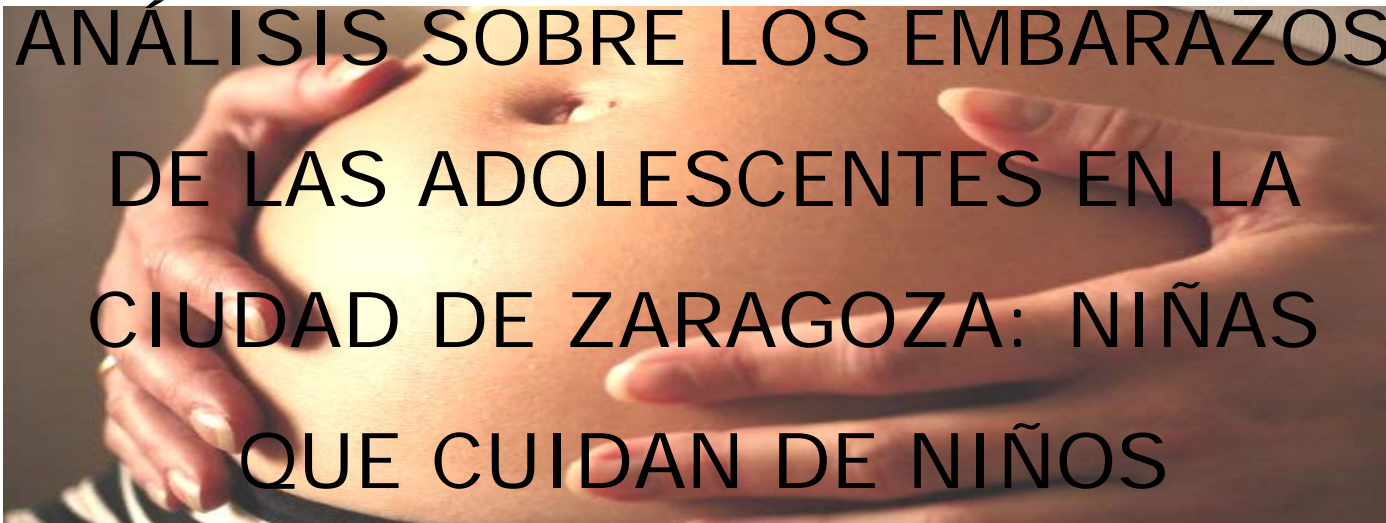


UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado



**ANÁLISIS SOBRE LOS EMBARAZOS
DE LAS ADOLESCENTES EN LA
CIUDAD DE ZARAGOZA: NIÑAS
QUE CUIDAN DE NIÑOS**

Alumnas

Sonia Cubero Esteban y Noelia Ezquerro Santos

Director

Chabier Gimeno Monterde

Zaragoza, a 13 de Junio del 2014

ÍNDICE

1. Introducción	3
2. Objetivos.....	5
3. Metodología y diseño de la investigación	6
4. El embarazo en la adolescencia	11
4.1. Concepto de adolescencia	12
4.2. Etapas de la adolescencia	14
4.3. Adolescentes embarazadas precozmente.....	17
4.3.1. Aproximación cuantitativa a los embarazos de adolescentes	21
4.3.2. Marco jurídico de la maternidad adolescente	28
4.4. Consecuencias del embarazo	33
4.5. Actitudes hacia la maternidad.....	35
4.6. Ventajas e inconvenientes para continuar o finalizar el embarazo	40
4.7. Enfoque resiliente en Trabajo Social	42
5. Recursos sociales existentes relacionados con la realidad social investigada	45
5.1. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	46
5.2. Centro de Salud Torre Ramona	48
5.3. Centro Municipal de Promoción de la Salud.....	50
5.4. Ainkaren	52
5.5 Red Madre	54

6. Análisis e interpretación de los datos	56
7. Conclusiones	65
8. Propuestas	69
9. Bibliografía	72
Índice de tablas.....	75
10. Webgrafia.....	76
11. Anexos	77

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo está basado en una investigación social realizada durante el periodo de febrero a julio de 2014, por dos alumnas de 4º de Grado de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de la Universidad de Zaragoza.

Las adolescentes embarazadas precozmente son un colectivo frágil y que sufren una gran vulnerabilidad social en nuestra sociedad, por ello es necesario el apoyo incondicional por parte de la familia, la pareja, el centro educativo y el de atención primaria.

Ante esta problemática, nos planteamos estudiar la realidad de estas jóvenes para conocer de este modo las causas y consecuencias que les llevan a atravesar esta experiencia, así como los recursos a los que pueden acceder en la ciudad de Zaragoza.

Una de las razones por las que elegimos esta temática fue por la atracción que sentimos por el tema a estudiar, ya que se trata de un problema social, en el cual el trabajador social está implicado en el proceso de intervención y acompañamiento.

La investigación que hemos llevado a cabo se trata de un estudio cualitativo de ámbito local con el que queremos conocer cómo vivencian las jóvenes este proceso y los recursos existentes a los que pueden acceder en Zaragoza.

Para la realización de este trabajo, en primer lugar nos hemos ayudado de una revisión bibliográfica, para poder efectuar posteriormente el marco teórico; a continuación realizamos cinco entrevistas a diferentes profesionales, que trabajan en el tema a investigar tanto en el ámbito privado como en el público, con el objetivo de realizar el análisis e interpretación de los datos, sirviéndonos de la observación directa y de la revisión documental.

Una vez estudiados todos los apartados anteriores, hemos podido crear unas conclusiones generales que nos han permitido obtener una visión globalizada del tema estudiado.

Para finalizar con la investigación consideramos interesante realizar unas propuestas de futuro que permitan proporcionar a las menores nuevas oportunidades para favorecer el cambio y normalizar la situación del embarazo precoz en las adolescentes.

Agradecemos a nuestro tutor, Chabier Gimeno, por su dedicación, constancia, continuo apoyo y motivación a la hora de la realización del trabajo, ya que siempre nos ha guiado y orientado en los aspectos más complicados de nuestra investigación.

Agradecer también a los diferentes profesionales a los que hemos entrevistado, por haber dedicado un "ratito" de su valioso tiempo, los cuales nos aportaron su experiencia y formación para acercarnos a la realidad absoluta de las adolescentes embarazadas precozmente. Sin sus testimonios nos hubiera sido mucho más difícil comprender la situación de estas jóvenes y entender que todavía hay mucho por mejorar.

A todos ellos, muchas gracias.

2. OBJETIVOS

Una vez conocido tanto el tema como el objeto y el problema a investigar, consideramos conveniente la jerarquización de los objetivos, los cuales expresan tanto los propósitos del estudio como el fin que se pretende alcanzar.

Así pues, en un primer nivel de análisis, el objetivo general es analizar la problemática del embarazo precoz en las adolescentes enmarcadas en la ciudad de Zaragoza.

En cuanto al siguiente nivel de análisis, los objetivos específicos que se han planteado en esta investigación son los siguientes:

- Estudiar la relación que existe entre el embarazo y la adolescencia, analizando las aportaciones de diferentes autores.
- Conocer los recursos existentes en la ciudad de Zaragoza, a los que las jóvenes pueden acceder.
- Analizar e interpretar la información obtenida en nuestro trabajo de campo mediante entrevistas a los diferentes profesionales.

Todos estos objetivos se llevarán a cabo a través de la metodología de las ciencias sociales siendo éstas las entrevistas cualitativas, observación directa y una revisión bibliográfica que nos servirá para llevar a cabo el marco teórico de nuestra investigación.

3. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Dicha investigación es un proceso de aplicación de una serie de métodos y técnicas científicas cualitativas a la problemática del embarazo precoz en las adolescentes de Zaragoza, para buscar respuestas y obtener nuevos conocimientos.

En cuanto a la metodología seguida, en primer lugar se encontraría la selección del tema y la problemática social a estudiar con respecto al mismo. En este caso, tanto el tema, el embarazo precoz, como el objeto de investigación, el embarazo precoz en las adolescentes de la ciudad de Zaragoza, fueron seleccionados porque nos parecía una problemática de salud pública muy interesante a estudiar, donde podríamos ampliar nuestros conocimientos y conocer más sobre los recursos existentes en la ciudad de Zaragoza para dar respuesta a dicha problemática.

Una vez determinados los objetivos específicos hemos utilizado diferentes técnicas de investigación, las cuales nos han servido para garantizar una mayor riqueza de la información.

Para la elaboración del marco teórico, en el que se enmarca la investigación y cuya función es servir de base para la descripción del problema y ayudar a precisar y organizar los elementos, se han seguido una serie de pasos: en primer lugar se ha seleccionado, revisado y analizado las diferentes aportaciones teóricas de varios autores sobre el tema, para posteriormente realizar una síntesis de las mismas. El siguiente paso ha sido ordenar y relacionar los enunciados teóricos, lo que ha posibilitado evaluarlos y crear el marco teórico que ha encuadrado la investigación. Para la consecución de esta primera fase hemos utilizado la "técnica de revisión documental".

Las técnicas de investigación, siguiendo la clasificación de Corbetta (2003) han sido las siguientes:

Revisión documental

Para abordar este tipo de observación de la realidad creemos preciso definir el término documento: "Amplia gama de registros escritos y simbólicos, así como a cualquier material y datos disponibles" (Delgado, 1997).

Además, para distinguir los tipos de datos que hemos utilizado al realizar el marco teórico y analizar la realidad social, recurrimos a la clasificación de Almarcha (1969: 30) sobre la documentación y organización de los datos en la investigación sociológica:

1. Datos primarios: contamos con toda aquella información obtenida de la observación directa no participante, entrevistas.

2. Datos secundarios: toda aquella información no obtenida directamente por el equipo investigador, como la utilización de bases de datos, lectura de revistas de investigación social, libros, artículos y documentos; todos ellos relacionados con el tema a tratar.

Entrevista cualitativa

Otra de las técnicas de investigación llevada a cabo para lograr los objetivos de nuestra investigación ha sido la entrevista cualitativa, realizada a algunos de los profesionales que interactúan en su trabajo con adolescentes embarazadas precozmente.

El tipo de entrevista llevada a cabo ha sido la entrevista semi-estructurada, en la que han predominado las preguntas abiertas y flexibles que nos han permitido indicar al profesional entrevistado cuál era nuestro objeto y fin de la investigación, profundizando así en aquellos puntos de más relevancia para nuestro estudio y por lo tanto sobre los que nos interesaba obtener

información. Se prepararon unos guiones de preguntas ordenadas para que los profesionales pudieran dar una respuesta libre o abierta.

Cada entrevista se adaptó al profesional al que iba dirigida en función de la labor que desempeña con estas adolescentes, teniendo que modificar espontáneamente algunas de éstas mientras se llevaban a cabo.

Nuestro propósito en un primer momento era registrar cada una de las entrevistas mediante una grabadora con el fin de agilizar la recogida de información y facilitar el posterior análisis, pero no ha sido posible ya que querían hablar sin ser grabados y de esta forma tener un contacto más cómodo y abierto; por lo que tuvimos que centrarnos en la observación directa para anotar los datos relevantes. (Véase anexo II)

Tal y como se pretendía en un principio, dichas entrevistas fueron realizadas a distintos profesionales, siendo éstas:

- Trabajadora social del Servicio de Ginecología, Obstetricia y Pediatría del Hospital Clínico Lozano Blesa
- Enfermera del Centro Municipal de Promoción de la Salud
- Trabajadora social de la Asociación Ainkaren
- Voluntaria coordinadora de la Fundación Red Madre
- Trabajadora Social de Centro de Atención Primaria Torre Ramona

Observación directa

Realizamos una observación directa simple participante, en la que establecimos un diálogo recíproco de preguntas y respuestas. En algunos casos, conforme iban transcurriendo las entrevistas muchas de las preguntas planteadas, se iban respondiendo por sí solas. Al mismo tiempo, íbamos recogiendo en papel toda la información y los datos importantes para nuestra investigación, al no poder ser grabadas, para después realizar un análisis y comparación de los diferentes recursos visitados.

La observación directa ha sido aplicada en las visitas realizadas a los diferentes profesionales, la cual nos ha permitido obtener información desde una fuente primaria. Del mismo modo el poder acceder al lugar de trabajo de los profesionales nos ha facilitado conocer cada uno de los recursos, así como sus instalaciones.

Análisis de la información obtenida

La última fase llevada a cabo en nuestra investigación, ha sido el análisis e interpretación de toda la información recabada en las entrevistas realizadas a los profesionales, así como la búsqueda e interpretación de los datos obtenidos a través del Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Instituto Aragonés de Estadística (IAEST). Para la obtención de los datos hemos cruzado las variables más relevantes para nuestro objeto de estudio siendo éstas, edad de la madre y grupo de edad del padre y residencia de los mismos.

Para obtener la información cuantitativa de nacimientos según la edad de la madre y nacionalidad que se han producido en Aragón en el año 2012, hemos contactado vía telefónica con el IAEST, ya que en la página web no están descritas dichas variables.

Añadir que la nacionalidad de la madre no ha sido una de las variables significativas para los profesionales entrevistados, por lo que no hemos dedicado especial atención a esta variable en nuestro estudio.

Por último, recalcar la dificultad en la obtención de los datos, puesto que las variables que necesitábamos no estaban actualizadas a fecha de 2013, viéndonos obligadas a analizar los datos del año anterior. Del mismo modo, hemos tenido que recurrir vía telefónica a los profesionales del IAEST para que nos enviaran la información exacta con las variables que necesitábamos para nuestro análisis puesto que no estaban publicadas en su página web oficial.

4. EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Para contextualizar la investigación que vamos a realizar es necesario poseer unas nociones básicas de algunos conceptos relacionados con el tema a tratar.

Los trabajadores sociales tienen un papel fundamental en la intervención con adolescentes embarazadas, problema que día a día cobra mayor relevancia y sobre el cual existe un gran vacío de conocimientos.

Se comenzara explicando el concepto de adolescencia y las correspondientes etapas que atraviesan las jóvenes una vez finalizada la etapa de la niñez.

Posteriormente nos centraremos en nuestro objeto de investigación siendo este el tema de las adolescentes embarazadas precozmente, tomando como referencia las aportaciones de Menacho e Issler, entre otros.

A continuación desarrollamos el apartado de aproximación cuantitativa a los embarazos de adolescentes sirviéndonos de las bases de datos del INE (Instituto Nacional de Estadística) e IAEST (Instituto Aragonés de Estadística), realizando un estudio sobre el número de nacimientos producidos en España, Aragón y particularmente en la ciudad de Zaragoza en el año 2012. Del mismo modo, realizamos un análisis del marco jurídico sobre maternidad adolescente, incluyendo las leyes y normativas vigentes referidas a nuestro objeto de estudio.

Hemos continuado con el apartado "consecuencias del embarazo" siendo éstas de gran relevancia ya que repercuten tanto en la adolescente, en el padre adolescente como en el hijo; siguiendo con el apartado "actitudes hacia la maternidad" haciendo las diferencias entre las tres etapas de la adolescencia (temprana, media y tardía).

Por último, antes de centrarnos en el enfoque resiliente en Trabajo Social, realizaremos un breve resumen acompañado de dos tablas de elaboración propia donde se reflejaran las ventajas e inconvenientes para continuar o finalizar el embarazo.

4.1 CONCEPTO DE ADOLESCENCIA

Debido a la variedad de definiciones que alberga el término de adolescencia, hemos analizado la visión que tienen diversos autores respecto a este concepto:

“la adolescencia es un periodo que no tiene unos límites o marcadores temporales precisos y se mueve en la inexacta e incierta cronología que abarca desde la niñez hasta la juventud, es decir desde los once y doce años hasta los diecinueve y veinte” (Giró, 2007: 48).

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define la adolescencia como *“la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo”*.

El Manual de Atención Integral del Embarazo, la Maternidad y la Paternidad en la Adolescencia explica que *“la adolescencia es un periodo en la vida de las personas que involucra diversas transformaciones”* (Caja Costarricense de Seguro Social, 2002: 4).

Existen un conjunto de procesos específicos establecidos por los cuales debe de pasar el joven en la fase de la adolescencia, y estos son:

- La búsqueda de su propia identidad
- El distanciamiento psicológico de la familia de origen
- La interiorización de nuevos impulsos y deseos y la elección de sus propios valores
- La construcción de un proyecto de vida
- El sentimiento de vocación y la búsqueda de su futuro profesional
- La relación socio-afectiva con sus pares

- La relación con personas adultas, ajenas a sus progenitores, que permiten enriquecer el círculo social en el cual se desarrollan
- La búsqueda de roles sociales
- La evolución del conocimiento cognoscitivo que posibilita el paso de las operaciones concretas a operaciones formales

Por último, nos centraremos en el concepto que proporciona la Organización Mundial de la Salud (2011) para definir la adolescencia como el *"periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica"* y fija sus límites entre los diez y veinte años.

Una vez revisadas las definiciones presentadas, podemos concluir que existe una característica común a todos los autores citados, señalando que la adolescencia se trata de una etapa que marca el final de la niñez y da comienzo a la adultez, generando un cambio de valores y diversas transformaciones en el menor.

En cambio, tras el estudio de las diferentes definiciones hemos podido observar que no todos los autores coinciden en la delimitación del inicio y el final de las etapas de la adolescencia; así pues mientras Craig et al. (2001) definen la adolescencia temprana entre los diez y doce años; la adolescencia intermedia entre los catorce y quince años y la adolescencia tardía entre los diecisiete y dieciocho años; la OMS (2011) define estas tres etapas como, adolescencia temprana, media y tardía.

4.2 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Adolescencia temprana (10 a 13 años)

Biológicamente es el periodo peripuberal, que da comienzo a la pubertad, lo que conlleva grandes cambios corporales y funcionales como la primera menstruación.

Psicológicamente el adolescente comienza a alejarse de sus progenitores llegando a perder el interés y la relación con éstos, aunque se incrementa el deseo de participación en las decisiones que les afectan.

A su vez, la joven adolescente inicia amistades con individuos del mismo sexo que poseen las mismas aficiones y gustos. Por lo general, es en esta fase en la que los adolescentes crean sus propias pandillas entre iguales llegando a excluir a otros jóvenes de su misma edad.

Intelectualmente, incrementan sus habilidades cognitivas y sus ilusiones, teniendo mayor interés por aprender habilidades de la vida cotidiana y planteándose metas vocacionales irreales. Personalmente, son jóvenes egocéntricos preocupados por sus cambios corporales y la autoimagen de muchos puede verse afectada con el inicio de la pubertad.

Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo, dependiendo de la evolución de cada adolescente.

Por lo general, en esta etapa los jóvenes experimentan un incremento de sus necesidades biológicas (aumento de apetito, necesidad de dormir más, desarrollo de los órganos sexuales, cambios en el tono de voz, posible olor corporal...)

Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y confidencias, formando grupos de dos a seis amigos; y es la época de mayor conflicto con sus padres donde manifiestan su propia identidad más allá que la del niño/a que era antes, rechazando en ocasiones las muestras de cariño ofrecidas por los progenitores, aunque siguen necesiéndolas. Es en esta fase, en donde se incrementa el deseo de tomar sus propias decisiones llevando a revelarse a las limitaciones impuestas por los padres.

Del mismo modo, los jóvenes desarrollan capacidades para observar la realidad en términos abstractos y alcanzables. A su vez, el sentido del humor puede estar más encaminado hacia la ironía y el sexo.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas irreales, casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por su apariencia física en general (piel, peso, altura, desarrollo de los órganos sexuales...) pretendiendo poseer un cuerpo más atractivo y preocupándose por la opinión de los demás. En ocasiones sufren cambios drásticos de humor pasando de la tristeza total a la eufórica alegría, sin saber muy bien el porqué.

Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y existe una mayor homogeneidad entre sus amigos porque la mayoría de ellos, ya ha superado la pubertad y durante esta etapa llegan a su peso y altura de adulto, por lo que aceptan su imagen corporal.

Psicológicamente, se acercan nuevamente a sus padres con mayor respeto porque pueden verlos como individuos que se basan en ciertos valores y esto produce una mejor relación y acercamiento a los mismos. Cabe señalar que siguen discrepando con algunos límites que les imponen sus padres, aunque les beneficiara a largo plazo.

Del mismo modo, las amistades adquieren mayor importancia formándose grupos heterogéneos en donde cobra mayor importancia las relaciones íntimas y la influencia de los amigos sigue siendo la clave fundamental para el desarrollo de la identidad del adolescente.

En esta fase, los jóvenes por lo general son menos egocéntricos, desarrollando su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Del mismo modo, el desarrollo emocional y el cognitivo no evolucionan al mismo tiempo, ya que es posible que los mismos jóvenes que reivindican ciertos valores los infrinjan, es decir, se trata de una etapa un tanto contradictoria.

Para concluir con el apartado "Embarazo en la adolescencia", es necesario matizar que una vez analizados los diferentes conceptos y etapas de la adolescencia, es conveniente destacar que no todos los adolescentes siguen un mismo patrón, es decir, que aunque todos los menores pasan por todas las etapas existen variaciones tanto individuales como culturales.

Siguiendo la línea del estudio realizado por Peláez (1997), se puede afirmar que existen variedad de argumentos para explicar que el embarazo en la adolescencia posee un riesgo elevado, por lo que es necesario que se desarrollen políticas serias de salud, y sobre todo, de educación sexual, todas ellas encaminadas a la reducción de las tasas de embarazos en jóvenes adolescentes, lo que garantizará una mejor calidad de vida tanto para la madre como para sus descendientes, así como una repercusión positiva para el futuro de la sociedad.

Para finalizar, es indispensable que los jóvenes tengan los apoyos necesarios de su familia, instituto e iguales para el óptimo desarrollo de las etapas de la adolescencia; es probable que si uno de estos pilares no se fundamenta adecuadamente los jóvenes busquen la soluciones en alternativas perjudiciales para ellos como el embarazo adolescente, drogas, conflictos reiterados, compañías no beneficiosas...

4.3 ADOLESCENTES EMBARAZADAS PRECOZMENTE

Es necesario tener presente que cuando una adolescente se queda embarazada aparece una doble exigencia dentro de su propia vida, ya que la menor tiene que enfrentarse a cambios psicológicos, físicos y sociales propios de la edad al mismo tiempo que superar el proceso de gestación y maternidad, lo cual puede situarla en una situación de vulnerabilidad.

Por consiguiente, el embarazo en la adolescencia no debe verse estrictamente como un problema, pero si es necesario estar alerta ya que la maternidad puede afectar al adecuado desarrollo de las personas que se encuentran involucradas.

En ocasiones, el embarazo en las adolescentes les obliga a asumir nuevas responsabilidades para las que aún no están preparadas; y la situación de abandono, crítica y rechazo de las personas más próximas les genera un aislamiento social.

Se define el embarazo en la adolescencia como *"el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es dependiente de su núcleo familiar de origen"* (Issler, 2001).

Según Oviedo y García (2011), *"el embarazo en adolescentes, generalmente se piensa en el estado de gestación de mujeres entre los 14 a los 18 años de edad, lo cual corresponde a una visión de la adolescencia como etapa del ciclo vital, en la que se producen cambios biológicos preparatorios para la procreación"*.

Por último la OMS (2006), define el embarazo en adolescentes como el lapso de vida transcurrido entre los diez y diecinueve años de edad, presentándose antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

Concluidas las definiciones de lo que es un embarazo precoz, proseguimos con la explicación de las causas y consecuencias de dicho embarazo; entendiéndose como una situación de envergadura multicausal por las que se requieren múltiples soluciones.

Las principales causas o razones que existen en la sociedad y que influyen en una adolescente para quedarse embarazada, según Menacho (2005) son:

- Inicio precoz de relaciones sexuales: Cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para instaurar una adecuada prevención al embarazo
- Familia desestructurada: La ausencia de los progenitores supone carencias afectivas que la joven no sabe resolver, incitándola a relaciones sexuales, como solución a la falta de cariño por sus padres
- Bajo nivel educativo con desinterés general
- Pensamientos fantasiosos: Propios en esta etapa de la vida que les lleva a creer que no se embarazaran porque no lo desean
- Fantasías de esterilidad: Comienzan sus relaciones sexuales pensando que al ser la primera vez, no se van a quedar embarazadas
- Falta o distorsión de la información
- Discusiones entre su sistema de valores y el de sus padres: Cuando en la familia hay una rigurosa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, con frecuencia los jóvenes se manifiestan con rebeldía y miedo a tratar el tema de la sexualidad, negando haber mantenido relaciones sexuales o haber tomado medidas anticonceptivas

- Cambios socioculturales: El cambio en las costumbres y en la cultura de cada individuo, derivado de una nueva libertad sexual, afecta por desigual a los jóvenes en el tema de la sexualidad
- La falta de una adecuada educación sobre sexualidad y el uso correcto de métodos anticonceptivos, genera que los jóvenes desconozcan las consecuencias y los problemas que lleva consigo un embarazo precoz

Del mismo modo, también existen diferentes factores que condicionan el inicio precoz de las relaciones sexuales, así pues éstos se pueden estructurar en:

- Factores biológicos: Estudios realizados han comprobado que existe relación entre el inicio de las relaciones sexuales y la edad media de maduración sexual. Debido al anticipo de la primera menstruación en las jóvenes, conlleva que estas mantengan sus primeras relaciones sexuales más precozmente.
- Factores familiares: Debido a que el modelo familiar se transmite de generación en generación, y que los jóvenes adolescentes copian los patrones de sus progenitores, cabe destacar que las madres que han tenido embarazos en la adolescencia, sus hijas vivan la misma experiencia. Además la comunicación que se establezca entre padres e hijos determinara el inicio precoz de las relaciones sexuales y de un eventual embarazo.
- Factores ambientales: Los malos o escasos contextos socio económicos, junto a la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del inicio precoz de las relaciones sexuales que dependerá del hábitat social en el que joven se desenvuelva como del embarazo adolescente.

Antes de proceder a la explicación de las consecuencias que lleva consigo el embarazo en las adolescentes, según refiere Peláez (1997), el embarazo se presenta en la vida de las jóvenes adolescentes en momentos donde todavía no han alcanzado la madurez mental y física, a veces en situaciones adversas, siendo algunas de éstas las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un entorno familiar poco comprensible para aceptarlo y protegerlo.

4.3.1. Aproximación cuantitativa a los embarazos de adolescentes

Toda investigación necesita apoyarse de datos empíricos que justifiquen el tema a estudiar. Para realizar una aproximación cuantitativa de embarazos en adolescentes nos hemos servido de fuentes primarias, las cuales nos han ayudado a obtener los datos exactos de los nacimientos en España, Aragón y exclusivamente en Zaragoza en el año 2012.

Hemos seleccionado este año, debido a que los datos encontrados en las *webs* eran los más actualizados y los que se ajustaban a nuestro objeto de estudio.

Las bases de datos estudiadas han sido por un lado el Instituto Nacional de Estadística (INE) para recabar las cifras exactas de los nacidos españoles según la edad de la madre; y por otro lado el Instituto Aragonés de Estadística (IAEST) con el objetivo de encontrar las cifras de nacimientos según la edad de la madre en territorio aragonés y particularmente en la ciudad de Zaragoza.

La explicación de las cifras partirá desde una visión genérica, centrándonos en los nacidos en España, a una visión más específica como es el caso de la Comunidad Autónoma de Aragón y concretamente la ciudad de Zaragoza.

Tabla 1. Nacimientos por edad de la madre y grupo de edad del padre

	Menos de 20 años
Total	
Menos de 15 años	46
De 15 años	160
De 16 años	326
De 17 años	464
De 18 años	489
De 19 años	374

Fuente: www.ine.es

Esta primera gráfica es extraída del INE, donde quedan reflejados los nacimientos por edad de la madre y del padre en el año 2012 en España. Se observa que según nuestra búsqueda, partiendo de la variable "edad" tanto de la madre como del padre, se han producido un total de 1.859 nacimientos. Así pues, se muestra que conforme va aumentando la edad de las jóvenes, también lo hacen los nacimientos, exceptuando en la edad de diecinueve años que se produce un descenso de ciento quince nacimientos, respecto a la edad anterior.

Como conclusión, observamos que la tabla muestra datos muy relevantes, pues se produce un número significativo de embarazos en jóvenes adolescentes conforme avanzan en edad, por lo que sería necesario actuar de forma temprana para conseguir la disminución progresiva de este hecho.

Tabla 2. Nacimientos por edad de la madre y grupo de edad del padre. Aragón 2012.

	Menos de 20 años
Aragón	
Menos de 15 años	4
De 15 años	2
De 16 años	6
De 17 años	9
De 18 años	10
De 19 años	11

Fuente: www.ine.es

Esta segunda gráfica es extraída del INE, donde quedan reflejados los nacimientos por edad de la madre y del padre en el año 2012 en Aragón. Se observa que según nuestra búsqueda, partiendo de la variable "edad" tanto de la madre como del padre, se han producido un total de 42 nacimientos.

Siguiendo con la explicación de la tabla anterior y contrastando los datos obtenidos podemos concluir que el total de embarazos en la Comunidad de Aragón respecto con el total de embarazos producidos en España posee un índice de natalidad bajo, con todo ello observamos que conforme se aumenta la edad de los progenitores es mayor el número de nacimientos, aunque de forma muy paulatina.

El hecho de que no sea un dato muy significativo respecto al total de nacimientos en España (Tabla nº1) no indica que no se deba trabajar con este colectivo en los centros educativos inculcando nuevos valores y proporcionando nueva información, teniendo un nexo de conexión fundamental con la familia.

Tabla 3. Nacimientos según la edad de los padres. Aragón 2012

Edad del padre	Total nacidos	Edad de la madre								
		< 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	≥ 50
Total	11.980	6	211	841	2.038	4.567	3.569	702	44	2
Menor de 15 años	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0
De 15 a 19 años	54	3	37	12	2	0	0	0	0	0
De 20 a 24 años	339	0	70	188	56	18	6	1	0	0
De 25 a 29 años	1.218	0	41	276	596	247	49	9	0	0
De 30 a 34 años	3.763	0	15	172	842	2.135	555	42	1	1
De 35 a 39 años	4.150	0	10	91	327	1.616	1.905	193	8	0
De 40 a 44 años	1.617	0	0	28	120	398	783	274	13	1
De 45 a 49 años	453	0	0	10	30	92	187	117	17	0
De 50 a 54 años	110	0	0	2	10	20	43	34	1	0
De 55 a 59 años	30	0	0	1	2	5	13	8	1	0
De 60 y más años	6	0	0	0	1	2	2	1	0	0
No consta	238	2	37	61	52	34	26	23	3	0

Fuente: www.aragon.es/iaest

En esta tercera gráfica se muestran los datos obtenidos por el IAEST en el que se reflejan los nacimientos según la edad de los padres en la Comunidad de Aragón.

Haciendo referencia a las jóvenes adolescentes embarazadas, en esta gráfica se observa que ha habido 11.980 embarazos en Aragón en el año 2012, de los cuales, uno de ellos ha sido fecundado por padre y madre menor de quince años y otro nacimiento donde el padre era menor de quince años y la madre se situaba entre los quince y diecinueve años de edad.

Analizando la franja de edad del padre entre los quince a diecinueve años, se observa que se han dado cincuenta y cuatro embarazos de los cuales tres de ellos la madre tenía menos de quince años y treinta y siete embarazos en donde la joven adolescentes posee entre quince a diecinueve años.

Observamos que suma un total de 217 embarazos en jóvenes de menos de 19 años, lo que supone un 1,8% del total de embarazos. En la sociedad actual no representa un dato elevado en cuanto a los nacimientos anuales pero si es un número significativo, lo que presupone que se debe de actuar de forma inmediata y desde el ámbito social somos responsables de efectuar este cambio que repercutirá tanto a las jóvenes como a sus futuros hijos/as.

Tabla 4 Nacimientos según edad y residencia de la madre. Aragón 2012

Residencia de la madre	Total nacidos	Edad de la madre								
		< 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	≥ 50
Aragón	11.980	6	211	841	2.038	4.567	3.569	702	44	2
Huesca	1.899	1	26	140	338	728	534	120	11	1
Teruel	1.136	1	28	98	219	447	284	57	2	0
Zaragoza	8.945	4	157	603	1.481	3.392	2.751	525	31	1

Fuente: www.aragon.es/iaest

En la cuarta gráfica se recoge el total de nacimientos según la edad y residencia de la madre en el año 2012. Centrándonos en nuestro objeto de estudio, los datos que vamos a analizar serán los comprendidos entre las jóvenes menores de quince hasta los diecinueve años (las dos primeras columnas de la tabla).

En esta gráfica se observa que en la ciudad de Zaragoza ha habido un total de 8.945 nacimientos, de los cuales cuatro de éstos han sido fecundados por madres menores de quince años y ciento cincuenta y siete nacimientos por madres de entre los quince y diecinueve años de edad. Por lo tanto un total de ciento sesenta y uno embarazos en jóvenes adolescentes.

Observamos que aunque sea un dato no muy elevado de embarazos en jóvenes menores de diecinueve años respecto al total, supone un 1,8% del total de embarazos convirtiéndose de este modo en un dato significativo. Este porcentaje nos indica que algo está sucediendo en este colectivo, y que se requiere de una intervención profesional para evitar las tasas de embarazos en la etapa adolescente.

Tabla 5. Nacimientos según nacionalidad y edad de la madre. Aragón 2012

Pais_Nac_madre	Menor de 15 años	De 15 a 19 años
España	5	114
Marruecos	0	19
Ecuador	0	17
Rumanía	1	15
China	0	7
Bulgaria	0	7
Colombia	0	5
Gambia	0	5
Brasil	0	4
República Dominicana	0	4
Polonia	0	4
Argelia	0	2
Nicaragua	0	2
Ghana	0	2
Perú	0	1
Pakistán	0	1
Cuba	0	1
Alemania	0	1

Fuente: www.aragon.es/iaest

Tabla 6. Origen agrupado de la madre

	Menor de 15 años	De 15 a 19 años	TOTAL
EUROPA	6	141	147
AMÉRICA DEL SUR	0	34	34
MAGREB	0	21	21
ASIA	0	8	8
AFRICA SUBSAHARIANA	0	7	7

Fuente: Elaboración propia. Información extraída de www.aragon.es/iaest

En las tablas 5 y 6 se recogen los nacimientos producidos en Aragón en el año 2012, según la nacionalidad y edad de la madre. En la primera de éstas se muestran los datos desglosados por países de diferentes continentes y en la segunda se muestran estos mismos datos, pero agrupados según el lugar de procedencia de la madre.

En estas tablas se muestra que predominan los nacimientos de madres europeas, destacando que se han producido seis nacimientos de madres menores de 15 años. Este dato resulta significativo, al compararse con el resto de procedencias en dónde no se da ningún nacimiento a esta edad. Añadir que las diferentes procedencias que se reflejan en la tabla no muestran unos datos tan elevados respecto a los de Europa. Por lo que no los consideramos relevantes para analizarlos en esta tabla.

4.3.2. Marco jurídico de la maternidad adolescente

Otro de los temas a tratar son las leyes vigentes que afectan e incumben a las adolescentes en situaciones de embarazo precoz.

En primer lugar se tendrá en cuenta la Reforma de la Ley Orgánica 10/1995, del Código Penal, donde se introducen cambios en los delitos contra la libertad sexual para llevar a cabo la transposición de la Directiva 2011/93/UE, relativa a la lucha contra los abusos sexuales, la explotación sexual de los menores y la pornografía infantil.

Como destaca textualmente la **Reforma de la Ley Orgánica 10/1995, del Código Penal**, la modificación de mayor relevancia que se lleva a cabo es la elevación de la edad del consentimiento sexual a los dieciséis años. La Directiva define la edad de consentimiento sexual como la *"edad por debajo de la cual, de conformidad con el Derecho Nacional, está prohibido realizar actos de carácter sexual con un menor"*.

En la actualidad, la edad prevista en el Código Penal era de trece años, y resultando muy inferior a la de los restantes países europeos y siendo una de las más bajas del mundo. Por ello, el Comité de la Organización de las Naciones Unidas sobre Derechos del Niño sugirió una reforma del Código penal español para elevar la edad del consentimiento sexual, y así mejorar la protección que España ofrece a los menores.

De esta manera, la realización de actos de carácter sexual con menores de dieciséis años será considerada, en todo caso, como un hecho delictivo. La norma plantea una excepción, las relaciones sexuales consentidas con un menor de 16 años no será delito "si el autor es una persona próxima a la víctima por edad y grado de desarrollo o madurez". Una circunstancia que quedara a criterio del Juez.

En el caso de los menores de edad (adolescentes de menos de dieciocho años pero mayores de dieciséis años), constituirá abuso sexual la realización de actos sexuales interviniendo engaño o abusando de una posición reconocida de confianza, autoridad o influencia sobre la víctima.

A nuestro juicio y como futuras trabajadoras sociales consideramos que la edad de dieciséis años sigue siendo una edad insuficiente, para obtener consentimiento sexual en sus relaciones sexuales, ya que en muchas ocasiones los jóvenes adolescentes a esta edad aunque conocen las consecuencias que conlleva el embarazo precoz, no están preparados para afrontar por si solos el nacimiento de un hijo.

Al mismo tiempo es importante conocer el nivel educativo y de valores que posee la menor y por tanto evitar las generalizaciones, ya que en ocasiones no se valora el esfuerzo que realizan las madres adolescentes en la sociedad actual para eliminar dichos prejuicios y afrontar el día a día con su hijo/a.

A modo valorativo, consideramos que es un avance el que se haya elevado la edad de consentimiento de trece a dieciséis años, de tal forma que desde abril del 2013 España dejaría de ser el país de la Unión Europea con la edad mínima más baja.

En segundo lugar nos centraremos en la **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**, en donde se menciona en el Artículo 13, los requisitos comunes:

“Cuarto. –En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad.

Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer.

Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo”.

Desde nuestro punto de vista consideramos que es importante conocer con exactitud y certeza la situación de las jóvenes menores de dieciséis y diecisiete años, ya que podrían manipular al equipo interdisciplinar, alegando que la noticia del embarazo va a producir enfrentamientos en casa, conflictos graves... consiguiendo de este modo evitar el importante comunicado a la familia.

Por otro lado, consideramos oportuna la toma de decisión de los progenitores sobre si continuar o no con el embarazo de su hija menor de dieciséis años, ya que creemos que la menor no está capacitada para tomar decisiones de esta índole y afrontar la vivencia de un embarazo a temprana edad.

Por último es necesario mencionar la **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.**

“Artículo 9.

Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación:

3.c) Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente”.

Del mismo modo observamos que la Ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, citada anteriormente, coincide con la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente en que las jóvenes de dieciséis años no necesitan el consentimiento por representación, siendo ellas las que toman la decisión de continuar o no con el embarazo.

Bajo nuestro punto de vista, vemos oportuno que se anule la decisión de la menor en el caso de que posea algún riesgo, donde la decisión de los progenitores será validada como si la menor tuviera menos de dieciséis años.

Para finalizar con el apartado de marco jurídico es necesario conocer las políticas públicas en relación con los embarazos precoces en las adolescentes enmarcadas en Aragón. La información ha sido extraída del Plan Integral de Infancia y Adolescencia en Aragón 2010-2014, el cual responde al mandato de la Ley 12/2001 de 2 de Julio, de la Infancia y Adolescencia en Aragón. (Véase Anexo VI)

Dentro del Plan Integral de Infancia y Adolescencia se llevan a cabo una serie de programas, haciendo especial referencia al programa 2.3.4. Salud afectivo-sexual en donde se implantan un conjunto de medidas para fomentar la prevención de los embarazos en la etapa adolescente.

- Difusión de materiales de educación sexual a adolescentes mediante el uso didáctico del cine
- Actividades de formación e intercambio de experiencias dirigidas al profesorado
- Iniciativas para fomentar la prevención de embarazos y de enfermedades de transmisión sexual para adolescentes
- Sistematización de programas de educación afectivo-sexual en los currículos escolares

Todas estas medidas cuentan con los responsables de Dirección General de Salud Pública y Dirección General de Política Educativa.

Por último, al querer conocer las políticas públicas que se encuentran vigentes en la ciudad de Zaragoza sobre adolescentes embarazadas precozmente, nos pusimos en contacto nuevamente con la enfermera del Centro Municipal de Promoción de la Salud, con el objetivo de obtener información sobre el tema en cuestión, ésta al desconocer las políticas existentes, nos remitió al SARES (Sistema de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud), en donde se nos informó que actualmente no existe ninguna política pública, por ello nos derivó a la trabajadora social del Centro de Salud de Atención Primaria Oliver, donde la trabajadora social nos informó que se han visto obligados a realizar un protocolo de intervención, como consecuencia de la excesiva demanda de jóvenes embarazadas que acudían al centro en busca de ayuda y asesoramiento. Señalar que no hemos tenido acceso a este protocolo, ya que todavía está diseñándose.

Como conclusión final, hacemos referencia a que han sido los propios profesionales que trabajan día a día con las menores los que han tenido que activar un protocolo de actuación para hacer frente a la excesiva demanda de casos, no encontrando respuesta en las políticas públicas.

4.4 CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO

Por ello, es necesario conocer cuáles son las consecuencias del embarazo que repercuten tanto en la adolescente, en el padre adolescente como en el hijo, y como indica Issler (2001) son:

Consecuencias para la adolescente

Ante situaciones de esta envergadura, es habitual que las jóvenes abandonen sus estudios al conocer la noticia del embarazo o al momento de criar al hijo, lo que dificulta la elección de lograr buenos empleos al verse limitadas las posibilidades de cursar de carreras de su elección.

A su vez, las parejas adolescentes poseen un perfil de mayor inestabilidad y por consiguiente menor duración en las relaciones; normalmente, suele verse agravado con la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esta situación.

Por último, otra de las características más relevante es que las jóvenes que son madres adolescentes tienden a tener un número elevado de hijos con intervalos intergenésicos más breves, es decir el tiempo que transcurre entre un nacimiento de un hijo y otro.

Consecuencias para el hijo de la madre adolescente

Dependiendo de la evolución en la gestación del embarazo, el bebe puede tener un mayor riesgo de bajo peso al nacer.

Del mismo modo, en su crecimiento el hijo de la madre adolescente tiene mayor probabilidad de fracaso escolar, poseer alguna deficiencia física o mental capacidad, negligencia en los cuidados de la salud, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

A su vez, el hijo de la madre adolescente tendrá menos oportunidades de una vida digna y de proporcionarle las necesidades básicas de la vida diaria (alimento, vestido, educación, salud...).

Consecuencias para el padre adolescente

El padre adolescente, por lo general, no toma las decisiones en el proceso de gestación, posee falta de compromiso y hasta posible rechazo de la familia de su pareja. En estos casos, es frecuente que los jóvenes abandonen los estudios en búsqueda de un trabajo para abordar la manutención de su familia; siendo estos de peor calidad y remuneración que los de sus iguales, sometiéndose en ocasiones a una responsabilidad y estrés excesivo para su edad.

Por todo ello, existe una tasa más alta de rupturas en las parejas y mayor frecuencia de trastornos emocionales por una reacción de rechazo del medio que lo rodea.

Para finalizar, siguiendo la aportación de Márquez (2011), añadimos que el embarazo precoz en adolescentes es un problema de salud pública y social que abarca una variedad de dimensiones; médica, psicológica, sociocultural y económica, afectando todas ellas tanto al individuo, familia y sociedad.

Por ello, es importante que la familia mantenga un diálogo activo y continuo con sus hijos y traten de tener una adecuada comunicación que facilite el ya que la relación de padres e hijos es el principal pilar por el cual se traspasan valores, cultura, religión y formas de ser.

4.5 ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD

Como señala Issler (2001: 12), el embarazo en la adolescente:

“Es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente”.

Por lo general, son embarazos no buscados, y por ello la adolescente puede tomar distintas actitudes que será condicionada dependiendo de su historia personal, del contexto familiar y social pero fundamentalmente de la etapa adolescente en la que se encuentre.

Explicaremos las actitudes que adoptan las menores adolescentes hacia la maternidad siguiendo el mismo esquema que utilizamos para desarrollar las etapas de la adolescencia en el apartado

En la **adolescencia temprana** con menos de catorce años, la noticia del embarazo se acrecienta con el desarrollo puberal. Los temores del parto se aumentan y se preocupan más por sus necesidades personales sin pensar que el hecho de quedarse embarazadas las va a convertir en madres para toda la vida. Estas menores terminan dependiendo de su propia madre, sin dar cabida a la pareja en la toma de las futuras decisiones del bebe; los padres adolescentes, por lo general, no ven a su hijo como un ser independiente de ellos relegando la crianza y la educación a los abuelos (normalmente maternos) como si fuera hijo de ellos y hermano de su madre biológica.

En la **adolescencia media**, entre los catorce y dieciséis años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo está relacionado con la expresión del erotismo, manifestándolo en la vestimenta, con ropas muy escasas, llegando incluso a producirse un exhibicionismo de sus vientres.

Por lo general, se sienten más preocupadas por el cambio físico de su cuerpo y por ser el centro de atención con su embarazo, que por los riesgos que pueden sufrir durante la gestación y el parto.

Así pues, los problemas surgirán después, cuando deban ocuparse del niño día tras día y dejar a un lado su estilo de vida previo al embarazo.

Es muy frecuente que "dramaticen" su situación corporal y emocional, haciéndola sentirse dueña del feto, utilizando como "poderoso instrumento" que le encamine a su independencia de los padres. Frecuentemente, sus sentimientos se situaran entre la euforia y la depresión. Al mismo tiempo, por lo general, tienen temor por los dolores del parto pero también empiezan a preocuparse por la salud del hijo, tomando actitudes de auto cuidado hacia su propia salud y la de su hijo.

Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo estos factores protectores que les permitirán llevar el embarazo con mejores logros, esta idea se desarrolla con mayor profundidad en el apartado Enfoque Resiliente en Trabajo Social

En la **adolescencia tardía** hasta los diecinueve años, es frecuente que las adolescentes comiencen a adoptar comportamientos como los de las mujeres adultas y el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas el papel de madre joven y la crianza del hijo, lo que generara muchos inconvenientes entre la propia pareja, y entre éstos y los abuelos.

En resumen, la actitud que va a tomar una adolescente embarazada frente a su maternidad y a la crianza de su hijo se verá repercutida por la etapa de la adolescencia que este atravesando en ese momento, y en muchos casos, si verdaderamente es aún una adolescente necesitara más apoyo de su entorno familiar y del equipo de salud, abordando el tema desde una perspectiva integral en todo el proceso de su embarazo, incluyendo el seguimiento y control de la crianza de su hijo en sus primeros años de vida.

Según Issler (2001: 430), la actitud que toman las adolescentes definitivamente va a depender de una serie de indicadores circunstanciales, siendo estos:

- La etapa de la adolescencia en la que se encuentra la menor: Es necesario destacar que la etapa de la adolescencia que se está atravesando será determinante a la hora de quedarse embarazada, es decir, no es lo mismo ser madre a los trece años que a los dieciocho. Del mismo modo, esta variable dependerá de las diferentes culturas y sociedades; en aquellas en las que la adolescencia no existe como una etapa que marca el final de la niñez y anuncia la adultez, por lo que una mujer de trece años podrá ejercer correctamente la función maternal dado que es lo que la sociedad espera de ella y por ello contará con todo el apoyo de su alrededor.

Cuando la madre tiene a un hijo en edades tempranas, las posibilidades de proseguir con el embarazo y la correspondiente crianza del niño serán inferiores cuanto menor edad tengan.

Siguiendo las aportaciones de Issler (2001: 431), "es fundamental tener en cuenta que un adolescente no madura a la adultez por el simple hecho de estar embarazada. Seguirá siendo una adolescente que tendrá que hacerse cargo de un hijo"

- El significado que tenga para la adolescente ese hijo/a: En la sociedad actual, tener un embarazo en la adolescencia puede suponer diversos significados para la joven.

En ocasiones, las adolescentes que han sufrido carencias afectivas pueden ver a sus hijos como algo propio del que esperan una fuente inagotable de cariño y se ilusionan con un amor incondicional por su parte.

Del mismo modo, para las adolescentes que han vivido situaciones de violencia con normas muy rígidas y represivas pueden ver a su hijo como una salida de una situación insoportable para ellas, viendo a su hijo como un "salvador" que les permitirá huir de dicha situación.

A su vez, para las adolescentes que han sufrido pérdidas importantes para ellas (fallecimiento de los padres, divorcios, traslados para estudiar en otras ciudades...) aun conociendo las medidas preventivas, el embarazo puede suplir un vacío que les resulta muy doloroso dándole solución a un conflicto que no ha sido resuelto.

Por último, puede ocurrir que muchas jóvenes adolescentes que sufren o han sufrido enfermedades crónicas, el hijo puede significar una salida hacia la vida.

- El origen del embarazo: Es necesario tener presente que el embarazo puede darse de diversas formas debido a un accidente anticonceptivo; fruto del amor de una pareja; una relación sexual esporádica; de un abuso sexual o una violación. Por ello, se entiende que dependiendo de las situaciones el hijo no va a significar lo mismo para la madre bien desde el punto de vista social y emocional.

Y si la madre adolescente decide proseguir con el embarazo, es posible que su actitud esté condicionada por las circunstancias por las que el hijo fue concebido; es muy diferente inculcar la educación a un hijo que se buscó que a un hijo impuesto.

- El proyecto de vida de los futuros padres previo al embarazo
Cuando hablamos de “proyecto de vida” solemos relacionarlo con un proyecto de estudio y/o trabajo establecidos, donde la formación de la familia es importante pero no lo es todo ya que está pensado para una etapa posterior a la adolescencia.

Es cierto que el proyecto de vida es más común en estratos sociales medio y alto, pero se conoce que un hijo puede modificar este proyecto de vida.

Es muy común, que el embarazo tenga un destino desigual en función del proyecto de vida de la adolescente, siendo ésta la principal causa que difiere entre la tasa de nacimientos en madres adolescentes en distintas clases sociales y en función del nivel educativo a los que haya accedido. Así pues, la postura hacia el embarazo, parto y crianza varíe en función del proyecto de vida previo al embarazo.

Para concluir, aclarar que no se debe de confundir que si la madre adolescente toma la decisión de proseguir con el embarazo, sin que esta situación estuviera dentro de su proyecto de vida, no significa que el hijo no sea aceptado ni bienvenido por la familia.

4.6 VENTAJAS E INCONVENIENTES PARA CONTINUAR O FINALIZAR EL EMBARAZO

Como refiere Cabero (2007), desde el primer momento en el que una adolescente se queda embarazada pasa por diferentes cambios tanto físicos como psicológicos, a medida que la menor va experimentando en el proceso de la gestación.

En este momento, se activa un proceso de decisión extremadamente complejo y traumático para la adolescente y su entorno más próximo. La pregunta es "¿continúo con la gestación o no?". Esta pregunta se la formularán todas las jóvenes en algún momento del proceso de gestación, ya que va a condicionar el continuar o no el embarazo dependiendo de las redes sociales y el apoyo familiar con el que cuenten.

En este apartado se estudiarán los pros y contra de la decisión final que adopte la adolescente, independientemente de las razones que sean: familiares, sociales, religiosas, personales, etc.

La tabla que se muestra a continuación, sirve para explicar y conocer cuáles son las ventajas e inconvenientes para la continuidad o finalización del embarazo. Decir que todas ellas son válidas siempre y cuando estén lo suficientemente justificadas y fundamentadas.

Tabla 7. Ventajas e inconveniente de continuar o finalizar el embarazo

Ventajas para la finalización del embarazo	Inconvenientes para la finalización del embarazo	Ventajas para la continuidad del embarazo	Inconvenientes para la continuidad del embarazo
Falta de deseo del mismo; sentimientos de rechazo	Reconocimiento de la falta de responsabilidad	Con buena comunicación e información el problema deja de ser tan importante.	Miedo al embarazo y al parto
Falta de preparación para la maternidad	Problemas morales y religiosos	En función de la edad materna ocurre aceleración de la madurez de la adolescente	Miedo a la pérdida del cuerpo femenino joven
Cambio radical de su evolución natural como adolescente	Enfrentamiento ante los padres	Aceptación de una nueva vida iniciada	Miedo a la pérdida de la pareja
Asunción de un periodo de adaptación traumática	Miedo a la intervención y/o a sus consecuencias futuras	Remordimientos posteriores	Pérdida de la condición de estudiantes
Presiones por parte de la pareja		Ilusión por la maternidad	Otros condicionantes: existes tantos como adolescentes embarazadas
Pensamiento de no pasa nada por abortar			
Nadie se enterará de que he abortado			

Fuente: Elaboración propia. Información extraída de Cabero, (2007)

4.7 ENFOQUE RESILIENTE EN TRABAJO SOCIAL

Como señala Grotberg (1996: 3) para las ciencias sociales la Resiliencia:

“Es la capacidad humana de hacer frente a las dificultades de la vida, superarlas y salir de ellas bien fortalecida o transformada”.

Según Guillen (2004), el Trabajo Social es una de las disciplinas que en su praxis aborda la problemática del embarazo adolescente, desde todos sus ámbitos, utilizando una metodología de carácter holístico.

Se puede afirmar que la resiliencia tiene dos características que la definen siendo estas la capacidad de resistencia ante la destrucción en situaciones difíciles y la capacidad de construir una vida positiva a pesar de las circunstancias desfavorables.

El enfoque resiliente en Trabajo Social permite una perspectiva completa de la salud, por lo que atiende la unidad de atención abarcando todos los aspectos de su vida bio-psico-social-jurídico-espiritual.

Como puntualiza Pereira (2007), los factores protectores son las capacidades, que permiten a las personas, a la familia y a la comunidad a enfrentarse ante situaciones de riesgo y superar las mismas. Los factores protectores ayudan a conseguir el logro y el mantenimiento de la salud, siendo fundamental que los equipos multidisciplinares de salud centren su intervención teniendo en cuenta una serie de variables, todas ellas enmarcadas en las áreas personales y familiares. Algunas de estas variables son:

- Autoestima y autonomía
- Tolerancia a las frustraciones
- Apoyo social dentro y fuera de la familia
- Respeto de los padres hacia los hijos y viceversa
- Clima educativo emocionalmente positivo
- Ejercicio de sentido, estructura y significado en el propio crecimiento.

- Apoyo de un marco de referencia ético, moral y espiritual.

Llevando esta teoría a la praxis de nuestra investigación sobre el embarazo en las adolescentes, podemos clasificar los factores protectores en tres ámbitos, siendo estos la familia, la pareja, la escuela y los centros de atención primaria de salud (CAPS).

Tabla 8. Factores protectores

EN LA FAMILIA	EN LA PAREJA	EN EL COLEGIO Y EL CAPS
Apoyo incondicional de la madre	Aceptación del embarazo	Calidad en la educación sexual
Actitud de aceptación del embarazo	Acompañamiento	Atención interdisciplinaria en el CAPS (servicio de obstetricia, área de trabajo social, clínica general)
Abordaje de temas sobre sexualidad en la familia	Contención afectiva (constitución de la pareja)	
Comunicación entre los miembros		
Sentimientos de aceptación entre los miembros		
Respeto por la opinión de la adolescente		
Respeto a la privacidad		

Fuente: Elaboración propia. Información extraída de Guillen, (2004)

Para finalizar con el apartado de "Contextualización teórica de la adolescencia y el embarazo" es llamativo destacar que esta situación no se trata solo de un problema en concreto, sino que intervienen una diversidad de factores y problemáticas que hay que tratar desde el inicio de la infancia, con el apoyo intersectorial e interdisciplinario.

Quizás, buscando una característica común se podría decir que el problema se define cuando es un embarazo inoportuno en el momento de la vida de la adolescente, pero en ocasiones lo que se denomina como un problema, con el tiempo su impacto se reduce tanto para la familia, la adolescente, el padre y el hijo.

También es cierto que todo lo descrito hasta el momento en este apartado no tiene por qué ocurrirle como norma general a todas las madres adolescentes, como ya explicamos anteriormente, va a depender fundamentalmente del momento de la etapa de la adolescencia en la que se encuentre la joven y del apoyo que ésta reciba.

5. RECURSOS SOCIALES EXISTENTES RELACIONADOS CON LA REALIDAD SOCIAL INVESTIGADA

Al realizar la documentación y análisis de cada uno de los recursos visitados en la ciudad de Zaragoza, observamos que se corresponden a diferentes niveles de atención. En primer lugar se enmarcarían los recursos como "puerta de entrada" cuando la menor y/o los familiares sospechan o saben del embarazo, siendo tales recursos el Centro de Salud Torre Ramona y el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. En segundo lugar, se encontraría el recurso de prevención del embarazo, siendo el Centro Municipal de Promoción de la salud el que ofrece información y asesoramiento a las jóvenes que acuden al centro en busca de ayuda; y por último, los recursos de acompañamiento, acogida y seguimiento cuando la menor ha decidido continuar con el embarazo y tener al bebe, como serían la Fundación Red Madre y la Asociación Ainkaren.

La ciudad de Zaragoza cuenta con más recursos que se ocupan de atender a menores en situación de embarazo precoz, aunque en nuestra investigación nos hemos centrado en aquellos recursos en los que hemos tenido una oportunidad de acceder a ellos sin ninguna dificultad.

En el periodo de tiempo, en el cual realizamos las entrevistas a los diferentes profesionales, se nos plantearon una serie de inconvenientes siendo éstos, el querer visitar y conocer el área de Maternidad del Hospital Miguel Servet, donde la trabajadora social, debido a la saturación de trabajo no nos pudo atender con detenimiento, proporcionándonos únicamente una propuesta de intervención con menores embarazadas precozmente que se quiso implantar en el año 2011, pero no fue posible debido a la jubilación del doctor con el que se iba a llevar a cabo tal intervención. (Véase anexo II)

Al mismo tiempo, nuestra intención también fue visitar el Instituto de Educación Secundaria Pablo Serrano, ya que dicho centro contaba con programa de intervención dirigido a las menores del centro que se quedaban embarazadas durante el periodo escolar. Actualmente dicho programa se encuentra paralizado, debido a que hasta el momento no se ha dado ningún caso para activarlo. A su vez, intentamos que nos informasen sobre el procedimiento y actividades que se realizaron en años anteriores, pero debido al cambio de profesorado y dirección en el último año, no fue posible la entrevista con ninguno de los docentes como consecuencia del desconocimiento del tema a tratar.

A continuación, explicaremos detalladamente cada uno de los recursos visitados, así como el procedimiento que sigue cada profesional cuando recibe a una menor embarazada en su despacho. Los recursos que se explicaran seguidamente son: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Centro de Salud Torre Ramona, Centro Municipal de Promoción de la Salud, Asociación Ainkaren y por último Fundación Red Madre.

5.1 Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa



El Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, cuenta con una Unidad de Trabajo Social, formada por ocho trabajadoras sociales. Dicha unidad depende de Dirección del Hospital, y una de las trabajadoras sociales desempeña funciones de coordinadora.

Dentro de la Unidad de Trabajo Social, se trabaja en programas específicos para determinados tipos de población o por factores de riesgo. Se aplica una asistencia protocolizada en determinados casos (malos tratos, trastornos de conducta alimentaria, adopciones, interrupciones de embarazo, menores embarazadas etc.).

Así pues se interviene desde el trabajo en equipo y se recibe petición de colaboración de los profesionales y responsables del paciente y en ocasiones desde otros Servicios extra hospitalarios, como por ejemplo Servicios sociales, Menores etc.

Dentro del Hospital, en el Servicio de Ginecología, Obstetricia y Pediatría, entrevistamos a la trabajadora social que se ocupa de dicho servicio; su labor profesional le obliga a estar trabajando en equipo con profesionales del propio hospital, como ginecólogas, pediatras... y coordinándose con profesionales externos como trabajadores sociales de Menores, Servicios Sociales, trabajadores sociales de Atención Primaria u otros Hospitales de la ciudad, es decir, es fundamental la coordinación con otros servicios para fomentar una mejor atención, evitando de este modo la duplicidad, las listas de espera y así conseguir una mayor eficiencia en las intervenciones.

El trabajo que desempeña con las menores embarazadas una vez que éstas acuden a uno de los servicios, es en primer lugar captar e identificar a la menor, bien derivadas por los profesionales sanitarios al Servicio de Trabajo Social o mediante el uso de un programa informático que le permite detectar que pacientes han sido ingresadas sin que se les tengan que derivar. Esta es la primera fase que realiza la trabajadora social para posteriormente poder comenzar a trabajar con ellas.

En segundo lugar, la trabajadora social realiza una primera acogida con la menor (acompañada o no) para conocer la situación en la que se encuentra, sus preocupaciones, sus deseos e intenciones sobre el embarazo, y con todo ello poder elaborar una historia social. (Véase anexo I)

Por último en función del diagnóstico y valoración de necesidades, la profesional orienta a la menor a los recursos oportunos (Centro de Atención Primaria, Caritas, Centro Municipal de Servicios Sociales, Casa de la Mujer, Centro Municipal de Promoción de la Salud etc.).

Uno de los principales problemas a los que se enfrenta la profesional es que en ocasiones no le son derivadas las menores por parte de los profesionales sanitarios porque éstos no lo ven del todo necesario, estando la menor en una situación de gran vulnerabilidad, por ello es clave la detección precoz de estas adolescentes para poder intervenir en el caso.

5.2 Centro de Salud Torre Ramona

El centro de salud Torre Ramona cuenta con una unidad de apoyo en el que se enmarca la actuación del Trabajo Social, formada por una trabajadora social la cual se ocupa de atender todas las demandas y peticiones de los usuarios del barrio de las Fuentes que acuden a este centro de salud.



Dentro de la Unidad de Trabajo Social, se trabaja en programas específicos para determinados tipos de población o por factores de riesgo. Se aplica una asistencia protocolizada en determinados casos, del mismo modo que en los hospitales (malos tratos, trastornos de conducta alimentaria, adopciones, interrupciones de embarazo, menores embarazadas etc.). Así pues se interviene desde el trabajo en equipo y se recibe petición de colaboración de los profesionales y responsables del paciente y en ocasiones desde otros Servicios extra hospitalarios, como por ejemplo Fundaciones, Asociaciones etc.

En el centro de salud Torre Ramona entrevistamos a la trabajadora social cuya labor le obliga a estar trabajando en equipo con profesionales del propio centro de salud, como médicos de familia, pediatras... y coordinándose con profesionales externos como son trabajadores sociales de Menores, Servicios Sociales, Fundaciones y Asociaciones, trabajadores sociales de Atención especializada u otros Hospitales de la ciudad, por lo que es necesario tener una buena coordinación con los diversos servicios y de este modo fomentar una

mejor atención, evitando la duplicidad de actuaciones, las listas de espera y así conseguir una mayor eficiencia en las intervenciones.

El trabajo que desempeña la profesional cuando recibe a una usuaria menor de edad embarazada, se estructura en:

1. Realizar una primera acogida donde se conocerá las inquietudes, sentimientos y deseos de la joven, valores respecto al aborto, situación socio-familiar, y con todo ello poder redactar un primer diagnóstico.
2. La trabajadora social le proporciona información y asesoramiento sobre la ley del aborto actual.
3. Derivación al centro de atención del usuario del Hospital Miguel Servet, lugar donde continuara el seguimiento de la menor y del futuro bebé.
4. Una vez que el bebe ha nacido se realiza un seguimiento desde Pediatría en el Centro de Salud (control de vacunas, peso, alimentación, etc.).

Una vez realizada la derivación al Hospital Miguel Servet, se les aconseja volver al Centro de Salud del barrio o bien al Centro de Promoción de la Salud, al ser menores, para realizar una planificación familiar.

Uno de los principales problemas a los que se enfrenta esta profesional es la falta de educación en género y en educación sexual en los colegios y fundamentalmente en las familias. Según refiere la Trabajadora Social, para solucionar este problema es clave la relación y comunicación que existe en las familias y por ello es necesario fomentar e incentivar la confianza entre ambas partes.

5.3 Centro Municipal de Promoción de la Salud



El Centro Municipal de Promoción de la Salud Amparo Poch (CMPS) es un recurso socio-sanitario de titularidad pública, en el que se presta información, asesoramiento y atención en temas relacionados con salud mental, salud sexual, anticoncepción y preparación para la maternidad - paternidad. Tiene como objetivo esencial promover la salud de la población juvenil. (Véase anexo V)

Este Centro está dirigido para jóvenes entre 15 a y 29 años que residan en el municipio e Zaragoza, así como para mediadores de jóvenes en temas relacionados con la salud sexual y afectiva, salud mental y salud materno-paterno infantil (profesores, educadores, padres y madres, trabajadores sociales, miembros asociaciones juveniles, etc.). Así pues, las dos grandes áreas que abarca el Centro son salud mental que cuenta con dos psicólogos y dos psiquiatras y salud sexual-reproductiva, con el equipo de dos ginecólogas, dos enfermeras, dos auxiliares de clínica, tres operarias y una administrativa.

Los programas con los que cuenta este Centro dedicados a los embarazos en adolescentes son:

- Programa de Educación Materno-Infantil: Este programa ofrece una asesoría sobre temas relacionados al embarazo, parto, puerperio, lactancia y cuidados del recién nacido.
- Programa de maternaje: Se ofrece atención personalizada y acompañamiento en los procesos físicos y emocionales del embarazo y la crianza: visitas hospitalarias y domiciliarias, acompañamientos informados a las consultas médicas y otros recursos, seguimiento y mediación familiar e intercultural.

- Programa de Educación sexo-afectiva con población escolarizada y talleres socio-laborales: Programa de educación sexual y afectiva dirigido a centros de enseñanza tanto reglada como no reglada, para jóvenes. Se desarrolla a través de varias sesiones en los propios centros o en el CMPS.
- Programa en Anticonceptivos y Enfermedades de Transmisión Sexual.
- Programa de Padres de Adolescentes: Comprensión sobre el tiempo de la adolescencia. Cómo acompañar y entender el malestar cotidiano de los jóvenes. Cambios vitales, urgencia y reestructuración. Comunicación, amigos, relaciones, ir asumiendo la vida.

Este Centro presta sus servicios de forma gratuita hasta los veinticinco años, y a partir de esta edad se les cobra una pequeña tasa.

En el Centro de la Promoción de la Salud, la enfermera es la encargada de realizar la primera acogida, donde le informa y asesora de los procedimientos que la menor puede tomar; del mismo modo se realiza un estudio de la situación de la joven para realizar un diagnóstico y con ello poder derivar a los programas del propio centro o a servicios y recursos exteriores al mismo.

En los casos en los que la menor acude de forma voluntaria al Centro y no tiene clara la decisión que va a tomar se programa una segunda entrevista, normalmente acompañada ya de los progenitores, donde se toma la decisión final, bien sea el aborto o la continuación del embarazo.

Por último, desde el Centro se intenta hacer un seguimiento con las usuarias con una doble finalidad; por un lado transmitirles que ante cualquier problema pueden acudir al Centro, y por otro lado hacerles ver que son ellas las responsables de su situación, evitando de este modo la infantilización.

5.4 Ainkaren



Ainkaren nace en el año 1998, como una iniciativa privada por parte de ciudadanos preocupados por el elevado índice de mujeres embarazadas que, deseando tener a sus hijos, no podían por dificultades socio-económicas.

El recurso se creó con el objetivo de conseguir que las mujeres más desfavorecidas, sin recursos ni apoyo familiar pudieran disfrutar de todas las alternativas a las que podemos optar la mayoría de los ciudadanos. Esto suponía dotar a las personas que acogen de alimentación, asistencia sanitaria, alojamiento, apoyo psicológico, acompañamiento... (Véase anexo IV)

Tras las demandas del centro y las listas de espera para acceder a él, las instalaciones de esta asociación se vieron obligadas a aumentar de seis plazas con las que contaba inicialmente a veintiséis habitaciones individuales, acondicionadas para la adecuada estancia de una madre con su pequeño.

Reciben solicitudes de varios puntos de España, acogiendo a madres de cualquier procedencia con diferentes culturas y religiones.

En la Asociación Ainkaren, cuando reciben a una mujer en la casa, es la Trabajadora Social quién sigue este procedimiento realizando en primer lugar una acogida y valoración del caso para posteriormente realizar un informe social diagnóstico y con ello poder llevar a cabo la intervención social.

El sector de población con el que trabajan son madres sin límite de edad, en sus mayorías solteras o abandonadas, a veces demasiado jóvenes, procedentes de bajos extractos sociales, sin recursos económicos y con diferentes historias de maltratos, precariedad y abandono.

En esta casa cuna se acoge a las madres hasta que su hijo tiene dos años, una vez pasado este límite de edad, desde la Asociación se les consigue una guardería gratuita para los bebés y un pequeño trabajo remunerado con el que poder pagar el alquiler de las habitaciones, del mismo modo se les deriva a otros recursos existentes de la ciudad los cuales pueden ofrecerles algún tipo de ayuda (Cáritas, Cruz Roja, etc.).

Desde la casa se intenta darles una educación integral, respetando de este modo las normas de convivencia establecidas en la casa. El incumplimiento de las normas, el abandono voluntario y la falta de respeto reiterado tanto a los profesionales como a los voluntarios supone la expulsión inmediata de la casa.

La coordinación que tiene esta Asociación con otros recursos (Red Madre, Menores, Servicios Sociales, Cáritas) de Zaragoza es la clave del éxito, destacando que nunca existen listas de espera para su entrada, y en caso contrario se les busca otro centro de acogida.

5.5 Red Madre

Es una organización sin ánimo de lucro, de carácter civil y ámbito nacional, que extiende su actividad por todo el territorio español con 37 entidades locales vinculadas a la Fundación y que reciben el nombre de Red Madre Locales.



La Fundación Red Madre inició su actividad a principios del 2007, por iniciativa ciudadana para dar respuesta a la necesidad de apoyar a la mujer embarazada y a la maternidad, que se encuentre en situación de abandono y desamparo, o con cualquier tipo de conflicto familiar, problema económico, material, jurídico o psicológico.

Con la intención de llevar a término su misión, la Fundación Red Madre plantea los siguientes objetivos:

- Asesorar a toda mujer sobre cómo superar cualquier conflicto que un embarazo imprevisto le pueda suponer.
- Informarla sobre los apoyos y ayudas, tanto públicas como privadas, que pueda recibir para llevar a buen término su embarazo.
- Difundir ante la opinión pública la necesidad de ayudar y apoyar a las mujeres embarazadas con problemas.
- Crear una red de voluntarios que atiendan personalmente a cualquier mujer embarazada con dificultades.
- Colaborar con las Asociaciones que ya trabajan en apoyo a las mujeres embarazadas y madres sin recursos, promoviendo también la creación de nuevas Asociaciones en los lugares donde no existan. Promover la creación de Asociaciones Red Madre locales, para la atención personalizada a cualquier mujer embarazada que necesite apoyo.

Un aspecto a destacar de esta Fundación, es que no hay profesionales contratados, sino que el equipo de trabajo está formado por voluntarios que ejercen las veces de profesionales del ámbito social, siendo los voluntarios los encargados de llevar todo el procedimiento y de contactar con los otros recursos existentes de esta ciudad, como son Ainkaren, Hospital Clínico Universitario, Gota de leche, Cáritas, Cruz Roja, entre otros.

En la Fundación Red Madre, cuando reciben a una mujer en sus instalaciones se lleva un procedimiento, siendo éste la acogida realizada siempre por una voluntaria, la cual derivara, en función de la situación personal de la madre, a otras voluntarias las cuales están organizadas según edad, procedencia, situación legal, etc.

Una vez derivados los casos a las voluntarias correspondientes, serán éstas las encargadas de realizar el seguimiento y ofrecerles los recursos y apoyos necesarios, según las necesidades de las usuarias.

En esta Fundación no hay límite de peticiones, ya que se realiza una ayuda integral tanto para la madre en su búsqueda de trabajo, de vivienda... como para el bebe en su cuidado personal, educación, alimentación, ocio y tiempo libre.

6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

En este apartado, mostramos los resultados derivados de la información obtenida a través de las entrevistas a los diferentes recursos en la ciudad de Zaragoza, de la revisión documental que hemos efectuado en el marco teórico así como de la observación directa participante de los lugares visitados.

Para acercarnos a la situación de las menores embarazadas precozmente hemos tenido en cuenta los siguientes aspectos, los cuales coinciden en los cinco recursos analizados:

- Labor de los profesionales que están en contacto con adolescentes embarazadas
- Perfil de las menores y entorno en el que se encuentran
- Antecedentes y conductas que toman estas menores y estereotipos que existen en la sociedad actual
- Vivencias de las familias y adolescentes embarazadas

Labor de los profesionales que están en contacto con adolescentes embarazadas

Respecto al procedimiento que siguen todas las profesionales de los recursos visitados, podemos concluir que siguen un mismo patrón de contacto con el usuario; en una primera fase se realiza la primera entrevista de acogida en la que se conocen los temores, inquietudes, sentimientos, valores que posee la menor etc. y con todo ello poder realizar un primer diagnóstico del caso.

La segunda fase comprendería la derivación a otros servicios en donde se les pueda proporcionar la ayuda que necesitan; por ejemplo una menor que acuda a un centro de salud se le derivara al hospital de referencia que le pertenezca, o si la menor esta en Ainkaren e incumple los requisitos establecidos para la entrada en el centro se le derivara a otras instituciones como puede ser el caso de Red Madre.

“Prácticamente, imagino que todas las profesionales seguiremos el mismo procedimiento, en primer lugar, una acogida, seguida de un informe social, el diagnóstico y por último la intervención social”. (Profesional de entidad privada)

Una vez derivada a la menor al centro donde va a recibir la ayuda, se da paso a la tercera fase, siendo esta la intervención social, por ejemplo en el Centro de Promoción de la Salud esta fase correspondería a la derivación de los diferentes programas con los que cuenta este servicio.

Por último, dependiendo del servicio en el que se encuentre la menor se realizara un seguimiento del caso, siendo este la derivación de la menor desde el Hospital Clínico a un centro de atención primaria, donde se estudiara la evolución de la menor.

Una vez analizado el procedimiento que siguen los diferentes profesionales cuando reciben a una menor embarazada, observamos que todos ellos coinciden en que existe una clara coordinación entre los servicios de la ciudad de Zaragoza. Haciendo referencia a la teoría enmarcada en el apartado de Enfoque resiliente en Trabajo Social hemos observado que coincide en que es fundamental que los equipos multidisciplinares de salud centren su intervención teniendo en cuenta una serie de variables, las cuales engloban tres áreas principales, siendo estas la familia, el colegio, y la pareja.

Otro aspecto común a todos los servicios es que existe una coordinación continua entre los mismos, permitiendo derivar los casos a profesionales que posean una mayor especialización y conocimiento de los casos a tratar.

“La coordinación es clave para hacer efectivos los objetivos planteados en la intervención, por lo general nuestras usuarias no reciben ayuda de un único servicio, sino que reciben apoyo y ayudas desde otros centros, como por ejemplo el ropero de Caritas, Gota de Leche, alimentos de Cruz Roja”. (Profesional de entidad pública)

Al mismo tiempo, podemos destacar que todos los profesionales coinciden en que tienen una sobrecarga excesiva de trabajo, lo cual les condiciona a la hora de poder desempeñar adecuadamente su trabajo, realizando de una forma más reducida sus actuaciones e intervenciones, sin poderles dedicar el tiempo que les gustaría a cada uno de sus usuarios.

Para finalizar, el último punto en el que coinciden los diferentes profesionales es que existe una falta de educación sexual y promoción de la salud, ya que refieren que no toda la información que se les da, les penetra y no tienen conciencia del riesgo, es decir, no es tanto dar información sino que ésta les penetre, por ello la falta de una adecuada educación sobre sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos genera que desconozcan las consecuencias y los problemas que lleva consigo un embarazo precoz.

Como citamos en la teoría existe una falta de comunicación y confianza familiar, lo que genera que en muchas ocasiones estos temas sean un tabú para familiar, por lo que es necesario tener una adecuada comunicación que facilite la relación de padres a hijos, ya que es el principal pilar por el cual se traspasan valores, culturas, formas de ser, etc.

Perfil de las menores y entorno en el que se encuentran

En este apartado observamos que el modelo familiar se trasmite de generación en generación y que los jóvenes copian los patrones de sus progenitores, destacando que las madres que han tenido embarazos en la adolescencia, sus hijas vivan la misma experiencia.

“La mayoría de las jóvenes que vienen a consulta sus madres se quedaron embarazadas a su misma edad. Suele ocurrir que ven a sus madres como un patrón y lo siguen como referencia”. (Profesional de entidad pública)

Respecto a la pregunta de si existe un perfil determinado de adolescentes que se quedan embarazadas precozmente, la respuesta es un “no”, ya que según refieren los profesionales no existe un prototipo establecido habiendo una variedad de factores y características que las determinan.

Cabe destacar que por lo general son jóvenes que coincidiendo con la aportación de Menacho (2005: 17), y lo analizado en los recursos visitados son adolescentes que inician precozmente las relaciones sexuales, normalmente proceden de familias desestructuradas, tienen falta o distorsión de la información y poseen fantasías de esterilidad.

Como observamos en el Centro de Salud, en el Hospital Clínico y en el Centro Municipal de Promoción de la Salud no existe un perfil establecido de menores adolescentes embarazadas, ya que son servicios de primer acceso por parte de las usuarias a los que pueden acudir toda la población sin importar los factores biológicos, familiares y ambientales; por el contrario en la Asociación Ainkaren, observamos que sí que existe un perfil de adolescente embarazada, tratándose de menores conflictivas provenientes de familias desestructuradas y rechazadas por éstas, con bajos recursos económicos y educativos y con la necesidad de poder sacar a su hijo adelante.

Por lo general, a todo esto se le suma el rechazo por parte del padre, desentendiéndose del cuidado de su hijo y de las decisiones más importantes para éste.

“Sí que observo que hay un perfil determinado al tratarse de jóvenes que acuden al centro con problemas económicos, familiares y generalmente sin una red de apoyo, ya que sino no acudirían a nosotros”. (Profesional de entidad privada)

Otra de las características comunes a todos los profesionales entrevistados es que coinciden en que la edad clave de menor adolescente embarazada se sitúa entre los catorce y dieciséis años, correspondiéndose a la etapa de la adolescencia media. Como citamos anteriormente en el apartado sobre etapas de la adolescencia, la adolescencia media es para muchos jóvenes la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual, sintiéndose invulnerables y asumiendo conductas irreales, casi siempre generadoras de riesgo, por lo que es en esta franja de edad cuando se dan mayores tasas de embarazos precoces en las jóvenes.

“Es cierto, que la franja de edad dónde más embarazos hay es entre los 14 y 16 años, concretamente los 15 años es la edad clave para quedarse embarazada, creo recordar que se corresponde a la adolescencia media”. (Profesional de entidad pública)

Así pues, es necesario incidir en que las posibilidades de proseguir con el embarazo y la correspondiente crianza del niño dependerán de las expectativas de futuro, de la edad la madre y por consiguiente de la etapa de la adolescencia en la que se encuentren, siendo éstas inferiores cuanto menor edad tenga.

Para terminar con este apartado es necesario recalcar que en la mayoría de los casos el cuidado, crianza y educación del bebe recae en los abuelos maternos, convirtiéndose en hijo de ellos y hermano de su madre biológica.

Los profesionales entrevistados mantienen la idea de que muchas veces son los propios abuelos los que toman la iniciativa del cuidado de sus nietos quitándole de este modo la responsabilidad de madre a su propia hija y haciéndola inconsciente de sus propios actos.

Antecedentes y conductas que toman estas menores y estereotipos que existen en la sociedad actual

Partiendo de la idea de que no hay que confundir embarazado adolescente con embarazo no deseado, hemos podido observar que en la mayoría de los casos las jóvenes tienen embarazos no buscados y por ello su decisión será condicionada por su historia personal, contexto familiar y social pero fundamentalmente de la etapa adolescente en la que se encuentre, como esta mencionado en la teoría "Actitudes hacia la maternidad" (Issler, 2001: 22).

"Las adolescentes actúan porque piensan que socialmente van a tener mayor consideración como adulta, van a cobrar un protagonismo y en la mayoría de los casos se les van a considerar más, consiguiendo de este modo un mayor respeto. Así pues, uno de los pensamientos más reiterado en las jóvenes es que el embarazo es el regalo a la persona que quieren".

(Profesional de entidad pública)

Partiendo de los datos empíricos proporcionados por una de las trabajadoras sociales del sector público entrevistada, se conoce que en el año dos mil trece se dieron entre cinco y siete embarazos con el resultado de que tres jóvenes prosiguieron y cuatro abortaron. Esta decisión va a ir determinada por el origen del embarazo, ya que no es lo mismo un embarazo debido a un accidente anticonceptivo que fruto del amor de una pareja o de una relación sexual esporádica.

Por ello si la madre adolescente decide continuar con el embarazo, es posible que su actitud esté condicionada por las circunstancias por las que el hijo fue concebido.

Al mismo tiempo, es necesario recalcar que en la mayoría de los casos las adolescentes que deciden proseguir con el embarazo es porque toman la decisión de cuidarlo y educarlo, por lo que la opción de la adopción queda relegada en un segundo plano.

Para concluir con este apartado hacemos referencia a los mitos y estereotipos que existen en la sociedad actual. Todos los profesionales inciden en que es necesario romper con estos mitos que los jóvenes tienen interiorizados sin ser conscientes del riesgo que todo ello supone, actuando de este modo con conductas totalmente inmaduras e irresponsables a su edad.

Los principales mitos y estereotipos divulgados en la sociedad y que han sido nombrados en todos los servicios visitados son:

- La mujer nunca queda embarazada en la primera relación sexual
- Si efectúas la marcha atrás, aseguras no quedarte embarazada
- Tener relaciones en el mar, evita el embarazo
- La postura de las relaciones sexuales influye en quedarse o no embarazada
- Si brincas o saltas después de las relaciones sexuales no te quedas embarazada

Así pues, estos mitos traducen la urgente actuación de los profesionales para evitar que se produzcan embarazos no buscados en jóvenes adolescentes.

“Creo que es necesario realizar cursos y charlas informativas para explicarles a los jóvenes todos los mitos y falsas creencias que están al orden del día. Es que me han contado cada cosa... me han llegado a decir que si tienes relaciones sexuales en el mar, no te puedes quedar embarazada”. (Profesional de entidad pública)

Vivencias de las familias y adolescentes embarazadas

Las parejas adolescentes poseen un perfil de mayor inestabilidad que suele verse agravado con la presencia del hijo, formalizándose muchas de ellas forzosamente por esta situación.

Como hemos citado en el apartado "consecuencias del embarazo" del marco teórico (Issler, 2001: 20) y verificado con la información obtenida en las entrevistas realizadas a los profesionales es cierto que, por lo general, el padre adolescente no toma las decisiones en el proceso de gestación, posee falta de compromiso y hasta posible rechazo de la familia de su pareja.

"Los padres de los bebés no pueden vivir en la casa y las jóvenes solo pueden dejar por las mañanas al bebé en el centro para salir a estudiar, trabajar, ir al médico e incluso quedar con sus parejas... y por la tarde y el fin de semana siempre tienen que estar con su hijo".

(Profesional de entidad privada)

Siguiendo el patrón de normas que se establece en la Asociación Ainkaren uno de los requisitos para acceder a este centro es entrar sin la pareja, viéndose obligadas en muchas ocasiones a romper la relación con la pareja, priorizando la opción de tener un lugar donde vivir con el bebé. Por todo ello, existe una tasa más alta de rupturas en las parejas y mayor frecuencia de trastornos emocionales.

A pesar de que en la mayoría de los casos el padre se desentiende de la situación, hemos comprobado que es la familia materna la que proporciona el apoyo y lucha para sacar adelante la crianza y educación del bebé. Aunque en un primer momento la idea de tener un nieto la rechazan y no admiten que su hija se haya quedado embarazada, son ellas mismas las que más tarde proporcionan a la hija el apoyo incondicional para continuar con el proceso de gestación y ofrecerle el apoyo que necesita.

“En la mayoría de los casos que atiendo es la abuela materna la que termina haciendo de madre y responsabilizándose de los cuidados de su nieto. Normalmente la primera idea suele ser de rechazo, pero una vez que el bebe ha nacido y lo conocen, son las primeras que ejercen el rol de madre”. (Profesional de entidad pública)

Concluyendo con la necesidad de un buen apoyo familiar y del equipo de salud, las menores podrán desempeñar un rol maternal, siendo estos factores protectores que les permitirán llevar el embarazo con mejores logros y expectativas.

De este modo, para conseguir el éxito es necesario que la menor reciba el apoyo de los tres pilares fundamentales, como bien hemos citado en el apartado de Enfoque Resiliente de Trabajo Social, Guillen (2004: 30), siendo estos la familia, la pareja y el colegio y Centro de Salud.

7. CONCLUSIONES

La investigación realizada acerca de las menores embarazadas precozmente en la ciudad de Zaragoza nos ha permitido llegar a cinco grandes conclusiones.

Tras el estudio detallado del tema podemos concluir que **existe una escasez de recursos** dirigidos a menores embarazadas precozmente en la ciudad de Zaragoza. Llegamos a esta conclusión debido a que todos los profesionales entrevistados coinciden en que los recursos de la ciudad de Zaragoza destinados a las jóvenes embarazadas precozmente son escasos y no llegan a cubrir todas las demandas que las adolescentes solicitan. Al mismo tiempo, según nos refieren, en muchos de los centros cuentan con una plantilla profesional reducida, teniendo un solo trabajador social para atender a todas las usuarias.

Al mismo tiempo, podemos decir que **los recursos que existen están poco visibilizados** y son poco conocidos por la sociedad ya que hemos podido observar que gran parte de la población desconoce la existencia de tales recursos. Esta afirmación queda justificada con la aportación de una profesional de entidad pública:

“Existe un desconocimiento por parte de los jóvenes sobre los recursos que tiene nuestra ciudad, por ejemplo muchas de las jóvenes que recibimos nos cuentan que no sabían que existía este servicio y que primero fueron a su centro de salud, y éstos fueron los que les derivaron a nosotros”.

A su vez, la saturación de trabajo que asumen los profesionales de los recursos visitados conlleva a que éstos tengan que afrontar una excesiva carga de trabajo, lo que genera no poder atender cada situación en particular con entrevistas a la familia, asesoramiento durante el proceso de gestación, seguimiento individualizado durante y después del parto, etc.

Como hemos observado en el periodo de entrevistas y según nos argumentan, los profesionales que más desbordados se encuentran y abarcan un mayor número de demandas son los profesionales del ámbito sanitario, tanto del Hospital Clínico como del Centro de Salud Torre Ramona. Esto se debe a que estos dos recursos son las principales puertas de entrada por las que acceden las menores y/o familiares que se encuentran en una situación de embarazo precoz. Los profesionales de estos recursos son los que derivan en caso necesario y según las necesidades de cada joven al resto de recursos (Ainkaren, Red Madre, Centro Municipal de Promoción de la Salud, Cáritas, etc.).

Otra de las conclusiones obtenidas con la realización de la investigación es que **el embarazo precoz se trata de un problema social** que ha existido desde siempre, teniendo una invisibilización de cara a la sociedad, pues antiguamente se veía como un suceso de vergüenza hacia la familia que se debía ocultar por miedo a los comentarios sobre la situación que vivía la joven; en cambio, actualmente, tal y como nos refieren los profesionales es un hecho que por lo general, en las familias no provoca el mismo rechazo ya que no ven el embarazo como una situación de desprestigio social, sino que en la mayoría de los casos les apoyan desde que conocen la noticia.

Aún en la actualidad como nos señalan los profesionales y voluntarios de los centros visitados sigue siendo un tema tabú debido a que en gran parte de las familias no se dialoga sobre el tema de educación sexual-reproductiva, siendo la clave tener una buena relación y comunicación paterno-filial con el objetivo de proporcionarles información adecuada a su demanda y edad, y haciéndoles entender la sexualidad como parte de su vida.

Como consecuencia, en ocasiones son las propias familias las que reproducen la situación ficticia, inventándose la realidad sobre la menor argumentando hechos falsos como por ejemplo "se ha ido a estudiar a la ciudad", "está viviendo con una prima" etc. al no aceptar que su hija se haya quedado embarazada en la etapa adolescente.

Según nos refieren los profesionales en las entrevistas, este hecho se debe a que muchas familias sienten vergüenza por la situación y tienen miedo a los prejuicios y a los comentarios que se lleven a cabo en relación a la realidad que vive su hija. Por ello, en un primer momento no aceptan la decisión de que sus hijas continúen con el embarazo, ocultándolo de cara a la sociedad, y rechazando la idea de que éstas sean madres adolescentes.

Así pues, la menor continúe o no con el embarazo va a experimentar una serie de repercusiones que le van a marcar para el resto de su vida. Estas repercusiones se harán visibles en los aspectos personales de la menor, como por ejemplo la incorporación más tardía al mercado de trabajo, un retraso en la obtención de un empleo estable y por consiguiente menores tasas de actividad; todo ello desencadenará un retraso a la hora de emanciparse de su hogar y llevar una vida lo más estabilizada posible acorde a su edad.

Otra de las conclusiones claves que hemos querido destacar en esta investigación es que **las adolescentes necesitan y requieren un apoyo indispensable** por parte de la familia, pareja, el centro educativo y atención primaria sanitaria para proseguir adecuadamente con el embarazo. Hemos podido observar que todos los profesionales coinciden en que una vez que la joven toma la decisión de continuar con el embarazo, es necesario el apoyo de los tres pilares nombrados anteriormente.

Es necesario el apoyo proporcionado por parte de la familia ya que al encontrarse la joven en una situación de fragilidad y vulnerabilidad social, no pudiendo afrontar en ocasiones la crianza del bebe de forma autónoma, la presencia de la familia les tranquiliza para salir adelante y entender que tienen el apoyo de sus seres queridos.

Del mismo modo, el apoyo de la pareja, en los casos que exista, resulta fundamental para que la joven adolescente no se sienta sola y tenga el respaldo de su pareja para tomar las decisiones más importantes del hijo de ambos.

Así pues, al igual que el apoyo de la familia y de la pareja es importante, el apoyo del centro educativo y de atención primaria sanitaria también lo es. Por parte del centro educativo es necesario que la joven conozca que puede continuar con sus estudios, que no va a ser rechazada por haberse quedado embarazada y que puede proseguir con sus estudios una vez se establezca la situación que atraviesa.

La última conclusión a la que hacemos referencia se basa en **la necesidad de realizar charlas y cursos** de manera eficiente en los colegios e institutos sobre educación sexual y promoción de la salud con el objetivo de sensibilizar y hacer conscientes a los adolescentes de los problemas y complicaciones que conlleva un embarazo en la adolescencia.

Hemos observado que y según nos reconocen las profesionales entrevistadas, las charlas realizadas en los colegios e institutos no solucionan la problemática y el desconocimiento de los adolescentes sobre sexualidad, teniendo éstas un carácter deficiente.

Por ello los profesionales que trabajan diariamente con los jóvenes demandan que las sesiones informativas que se imparten en los centros educativos se adecuen a las necesidades de los jóvenes, teniendo éstas un carácter más integrador y participativo en donde se traten temas educativos e interesantes para el menor, como rupturas de mitos, colocación del preservativo, que hacer en situación de embarazo, etc.

8. PROPUESTAS

Para terminar con la investigación consideramos interesante realizar una serie de propuestas de futuro, las cuales servirían para mejorar la situación de las adolescentes embarazadas precozmente.

A continuación redactaremos cada una de las propuestas de futuro de nuestro estudio, con el objetivo de operativizar la investigación:

- Creemos oportuno que se dieran a conocer los recursos con los que cuenta la ciudad de Zaragoza, ya que hemos observado que gran parte de la población los desconoce. Como nos indica una de las profesionales:

“La mayoría de los jóvenes que acuden nuestros recursos, nos comentan que nunca han oído hablar de ellos ni en el colegio ni en sus casas y desconocen lo que hacemos”.

(Profesional de entidad pública)

Pensamos que sería productivo que se dieran a conocer dichos recursos para que los jóvenes pudiesen acudir a las charlas y cursos que se les proporcionan de forma gratuita y de esta forma evitar posibles dificultades que van a repercutir seriamente en la vida del adolescente. Por ejemplo el Centro de Promoción de la Salud serviría para orientar e informar a los jóvenes sobre los métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual etc... así como para asesorarles sobre los recursos a los que pueden acceder cuando la menor decide proseguir con el embarazo.

- Sería conveniente que se impartieran más charlas y cursos informativos eficientes y efectivos en los colegios e institutos sobre el embarazo, las enfermedades infecciosas y el uso de los medios anticonceptivos, ya que como nos comentan varios de los profesionales entrevistados, las charlas que se imparten actualmente en los centros educativos, no cumplen los criterios descritos, ni en su diseño, ni en su ejecución y deberían de adaptarse a una jerga que les hiciese interiorizar la información necesaria,

como por ejemplo romper con los famosos mitos y explicar las consecuencias que conlleva tener un embarazo precoz en la adolescencia.

- Bajo nuestro punto de vista, observamos que dentro del Hospital Miguel Servet, en el Servicio de Maternidad, sería necesario crear una unidad formada por una trabajadora social, un/a ginecólogo y un/a psicólogo, para tratar los temas de embarazo precoz en las jóvenes. Actualmente no hay un equipo que se ocupe de atender a estas jóvenes cuando se quedan embarazadas precozmente, y es la trabajadora social del Servicio de Maternidad del Hospital Miguel Servet, la que nos refiere que ella tiene que hacerles la primera acogida, diagnóstico social e intervención del caso, no pudiéndoles dedicar, el tiempo que le gustaría (seguimiento del caso, entrevistas con la familia y adolescente, acompañamiento en el proceso de gestación como posteriormente etc.) debido a sobrecarga de trabajo teniendo que atender más servicios en el hospital.
- Una propuesta de mejora clave en la que todos los profesionales coinciden es que se debe dar información sobre el embarazo precoz, medios anticonceptivos etc. desde los propios hogares. Es necesario que haya una confianza entre padres e hijos para fomentar el diálogo y de esta forma conseguir que la información recibida por los jóvenes sea lo más veraz posible. Por ello, proponemos que sería conveniente la realización de charlas en los AMPA (Asociación de Madres y Padres de Alumnos) de los centros educativos con el objetivo de animar, orientar e informar sobre las claves y habilidades sociales que deben de utilizar para dialogar con sus hijos sobre el tema de educación sexual.

- La última propuesta que consideramos necesaria y fundamental para la intervención con jóvenes embarazadas precozmente es la coordinación y colaboración activa entre los distintos profesionales que trabajan diariamente con ellas. Así pues se evitarían duplicidades y se realizaría un trabajo de la forma más eficiente posible, con el objetivo de ofrecer una mejor atención a las adolescentes que demandan dichos servicios.

Por todo ello, agradecer a todos los profesionales del ámbito social, sanitario, educativo y legal, y a todas las personas que colaboran y aportan su formación, dedicación y voluntariado a estas jóvenes adolescentes.

9. BIBLIOGRAFÍA

- ADCARA. (2007). *Maternidad responsable. Opciones y recursos ante un embarazo no planificado*. Zaragoza: Impresionarte.
- Almarcha, A. (1969). *La documentación y organización de los datos en la investigación sociológica*. Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorros, 30.
- Cabero, L. (2007). *S.O.S Embarazos Adolescentes, Guía para prevenir o asumir una maternidad inesperada*. Madrid: La Esfera de los libros.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2002). *Manual de Atención Integral del Embarazo, la Maternidad y la Paternidad en la Adolescencia*.
- CÁRITAS. (2005). *Vivencia de la maternidad y actitudes educativas en madres solas en situación de exclusión*. Zaragoza: Repes.
- Casa de la Mujer. (1992). *Embarazo, aborto y maternidad entre las adolescentes de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Martin.
- Chávez, M. (2010). Necesidades educativas de las madres adolescentes acerca de la etapa de posparto. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 18, 1-9.
- Corbetta, P. (2003). Metodología y técnicas de investigación social. Capítulo 9 "La observación participante". Madrid: Mc Graw Hill.
- Craig et al. (2001). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall, 12.
- Delgado, M. (1997). *La fecundidad de las adolescentes*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Giró, J. (2007). *Adolescentes, ocio y consumo de alcohol*. Madrid: Entinema, 48.
- Gómez, J. (1993). *Riesgo de embarazo no deseado en la adolescencia y juventud*. Vitoria-Gasteiz: EMAKUNDE.

- Grotberg, E. (1996). *Guía de promoción de la resiliencia en los niños*. Bernard van Leer.
- Guillen, M. (2004). *Enfoque resiliente en Trabajo Social y Salud: Descubriendo factores protectores en adolescentes embarazadas*. Edición n° 35.
- Issler, J. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina*, n° 107, 11-23.
- Kait, B. (2007). *Madres, no mujeres: embarazo no adolescente*. Barcelona: Ediciones del Serbal.
- Lasa, L. (2001). *Embarazo en la adolescencia*. Grupo De Trabajo Sobre Salud Reproductiva En La Adolescencia. Sociedad Española De Contracepción. *Manual De Salud Reproductiva En La Adolescencia*.
- Márquez, D. (2011). Embarazo de adolescentes y comunicación familiar. *Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 61, 10-13.
- Martínez, A. (2012). *Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal: CIENCIA-UANL*, 57, 81-92.
- Menacho, L. (2005). *Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes*. México: Synthesis, 20.
- Mora, M. (2006). Estrategias de afrontamiento (coping) en adolescentes embarazadas escolarizadas. *Revista Iberoamericana de Educación*, 38, 6-12.
- Organización Mundial de la Salud- OMS. (2011). Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*. Colombia, 152.
- Oviedo, M y García, M.C. (2011). El embarazo en situación de adolescencia: una impostura en la subjetividad femenina. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 9, 930.

- Peláez, J. (1997). Adolescente embarazada: características y riesgos. *Revista Cubana Obstetricia Ginecología*, 13-17.
- Pereira, R. (2007). *Resiliencia individual, familiar y social*. Navarra: INTERPSIQUIS.
- Planes, M. (1994). *Prevención de los comportamientos sexuales de riesgo en los adolescentes: SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados*. Universitat Autònoma de Barcelona: Edición Infancia y aprendizaje.
- Ulanowicz, M. (2006). Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 153(4), 13-17.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Nacimientos por edad de la madre y grupo de edad del padre.....	22
Tabla 2. Nacimientos por edad de la madre y grupo de edad del padre. Aragón 2012.....	23
Tabla 3. Nacimientos según la edad de los padres. Aragón 2012	24
Tabla 4 Nacimientos según edad y residencia de la madre. Aragón 2012	25
Tabla 5. Nacimientos según nacionalidad y edad de la madre. Aragón 2012 ..	26
Tabla 6. Origen agrupado de la madre	27
Tabla 7. Ventajas e inconveniente de continuar o finalizar el embarazo	41
Tabla 8. Factores protectores	43

10. WEBGRAFIA

Ainkaren. (2011). Recuperado el 14 de Abril de 2014, de
<http://www.ainkaren.es/>

Ayuntamiento de Zaragoza. Recuperado el 20 de Abril de 2014, de
http://www.zaragoza.es/ciudad/centros/detalle_Centro?id=2159

Departamento de familia. Recuperado el 19 de Mayo de 2014, de
http://iass.aragon.es/adjuntos/menores/PlanInfancia_Aragon.pdf

Gobierno de Aragón. Recuperado el 16 de mayo de 2014, de
<http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesEstadistica/Documentos/docs/Areas/Demogra/2.%20Movimiento%20Natural%20de%20la%20Poblacion%20%28MNP%29/2.%20Datos%20definitivos.%20Publicaciones%20anuales/MNP2012.pdf>

Gobierno de España. Recuperado el 19 de Mayo de 2014, de
<http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>

Instituto Nacional de Estadística. Recuperado el 19 de Mayo de 2014, de
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&divi=IDB&his=0&type=db>

Ministerio de Justicia. Recuperado el 16 de Mayo de 2014, de
<http://libros.otroderechopenal.com/proyctoreformacp92013.pdf>

Red Madre. Recuperado el 16 de Abril de 2014, de
<http://www.redmadrecyl.es/wp-content/uploads/2013/07/Memoria-Actividades-Fundaci%C3%B3n-REDMADRE-2012.pdf>

Servicio Aragones de Salud. Recuperado el 3 de Abril de 2014, de
<http://www.hcuz.es/web/guest;jsessionid=048DFDC75FF02480EF9348347D19AD35>

Servicio Aragones de Salud. Recuperado el 6 de Abril de 2014.
<https://sites.google.com/site/eaporreramonaapacientes/home>.

11. ANEXOS

Anexo I. Informe Social del Hospital Clínico



UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL

HISTORIA SOCIAL

FECHA.....	NHS.....	NHC.....
MEDICO.....	SERVICIO.....	
APELLIDOS.....		
NOMBRE.....	SEXO.....	E.C.....
FECHA DE NACIMIENTO.....	EDAD.....	
DOMICILIO.....		
POBLACION.....	PROVINCIA.....	
TFNO.....	DNI.....	
Nº AFILIACION (T).....	(B).....	

DEMANDANTE: A.S./Médico/Enfermería/Admón./ S.I.A.P./paciente/familia/otra Entidad/ Otros

MOTIVO: _____

GRUPO FAMILIAR. COMPOSICION:

NUCLEO DE CONVIVENCIA:

Parentesco	Nombre y Apellidos	Edad	E.C.	Estudios	Profesión	Situación laboral

PERSONAS CON LAS QUE MANTIENE RELACION:

Parentesco	Nombre y Apellidos	Edad	E.C.	Domicilio	Población	teléfono	Profesion

1- DEMANDA PRESENTADA:

Por el paciente: _____

La familia: _____

Otros: _____

OBSERVACIONES:

2- ANTECEDENTES:

• **Personales:**

• **Familiares:**

3- ESTUDIO PSICOSOCIAL:

• **Personal:**

• **Escolar:**

• **Familiar**

• **Laboral:**

• **Económico:**

• **Cultural:**

• **Sociabilidad:**

• **Vivienda:**

4- ESTADO DE SALUD / ENFERMEDAD .

• Fuente de información: H[°]C[°].....E.Sanit.....Otros.....

• Vivencia de la enfermedad

5- OTROS DATOS:

6- OBSERVACIONES:

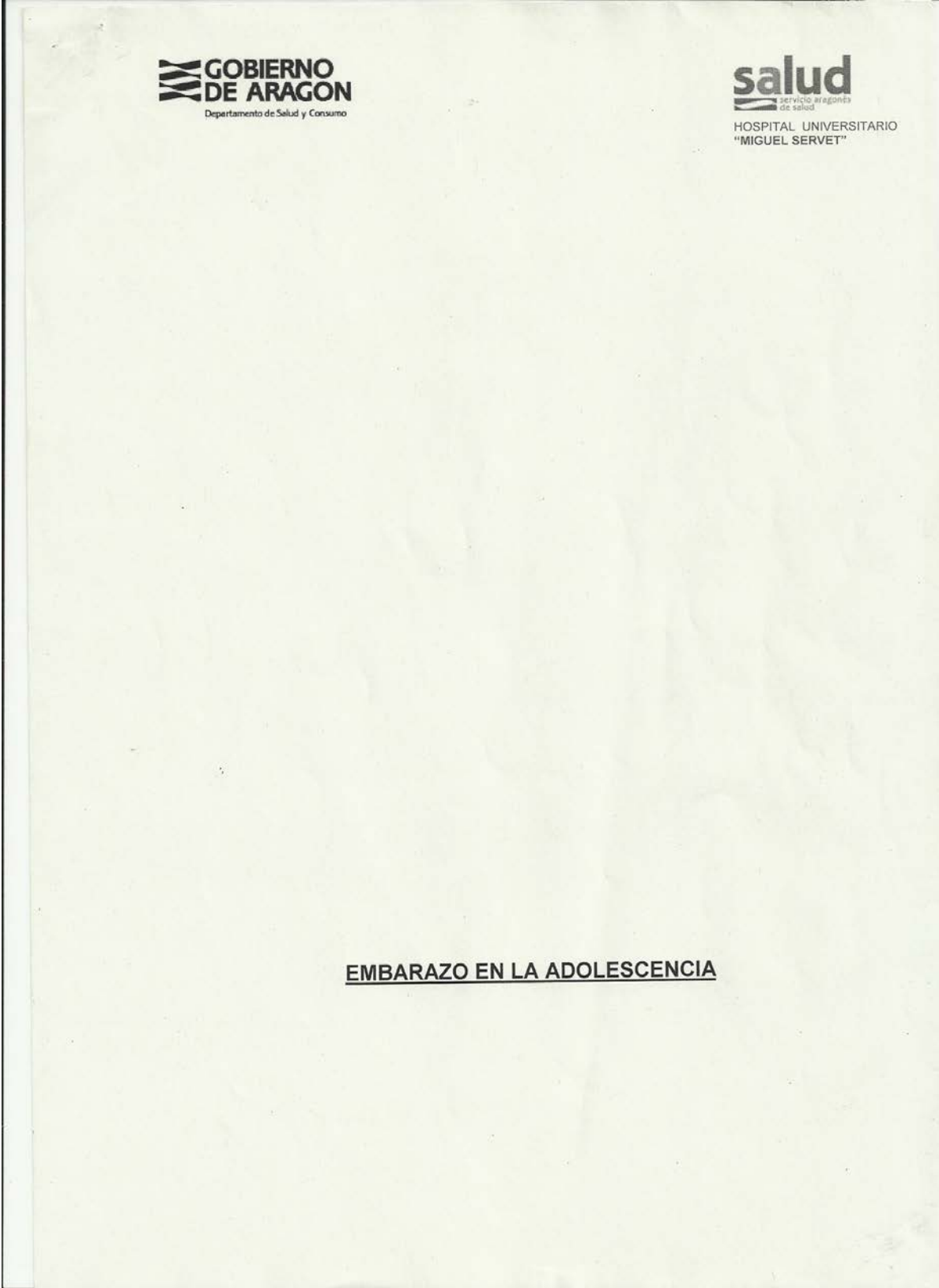
7- DIAGNOSTICO SOCIAL:

8- PLANIFICACIÓN:

9- EJECUCION:

FDO.:
TRABAJADORA SOCIAL

Anexo II. Hospital Miguel Servet: Propuesta de Proyecto de Intervención con adolescentes embarazadas precozmente



INTRODUCCIÓN.

El conocimiento de la Estructura del Contexto Social, es condición previa e indispensable, para poder situar a la persona en el entorno donde se desarrolla su vida, reflejando las posibilidades y condicionantes que ésta le ofrece.

Teniendo como marco esta estructura, pasamos a valorar la situación de adecuación y cobertura de cada necesidad básica.

Diagnosticar problemática social al inicio del embarazo, supondría:

- evitar las "prisas" que supone tener conocimiento de la situación en el momento del alta.
- apoyar a la futura madre en la posible solución (mediación, orientación, búsqueda de empleo, viviendas sociales, prestaciones económicas...)
- Informar de las posibilidades existentes (casa cuna, guardería, guarda DGA, etc.)
- Informar de las posibilidades de inscripción y la repercusión de las mismas (familia monoparental, derecho del padre a que se le reconozca su paternidad...).
- Información sobre ayudas económicas con las que contará en el momento del nacimiento.
- Incluirla en programas de:
 - Acompañamiento (trámites, seguimiento en domicilio...)
 - Apoyo Psicológico (evitar sentimiento de rechazo, superar miedos...)
 - Asesoramiento jurídico.
- Evitar posibles actuaciones legales que serían necesarias en caso de que el recién nacido se considerase en situación de riesgo.

¿CÓMO PODRÍAMOS COLABORAR?

1.- Llevando a cabo la valoración de la situación social de la futura madre:

- Tramo de edad (autonomía)
- Causas
- ¿Cómo lo está viviendo? (a escondidas, rechazada, castigada...)
- Decisiones tomadas o que tendrá que tomar. (¿cuenta con su pareja?, ¿va a comunicarlo a sus padres?...)
- Apoyos familiares y/o sociales de la embarazada (cantidad y calidad)
- Situación económica y de vivienda
- Recursos personales
- Posibles adicciones o hábitos tóxicos (riesgo del menor)
- Cumplimiento de pautas obstétricas
- Viabilidad de las expectativas planteadas

2.- Orientándole hacia las posibles salidas dependiendo de la situación.

- Sola sin recursos
- Sola con recursos
- Con apoyos

PLAN DE TRABAJO

Acogimiento.

Identificación de las causas

Reconstrucción de la demanda

Explicar metodología de trabajo

Realizar conjuntamente plan de trabajo (señalar objetivos, actividades, niveles de intervención, recursos, evaluación).

DIAGNÓSTICO SOCIAL*

NECESIDADES A VALORAR

- a) Información
- b) Habilidades sociales
- c) Autonomía física y psíquica
- d) Relación convivencial
- e) Organización de la unidad convivencial
- f) Formación
- g) Trabajo
- h) Nivel económico
- i) Vivienda
- j) Participación
- k) Aceptación social

VALORACIÓN

Adecuada

Deficitaria

Muy deficitaria

CLASIFICACIÓN

Situación deficitaria coyuntural

Situación deficitaria de larga duración

Exclusión social

Desventaja Social

Marginación

(*) Manual de indicadores para el diagnóstico social. Maite Martín Muñoz

SITUACIÓN DEFICITARIA COYUNTURAL.

Entre una y cinco necesidades básicas en situación deficitaria.

Se entiende que la persona dispone de capacidad y habilidades para superar su situación, contando con la orientación de la Ud. de Trabajo Social.

En este diagnóstico se incluyen las personas con adecuadas relaciones, que normalmente solucionan sus problemas dentro de las redes sociales informales.

La intervención profesional se orientará hacia:
Información, orientación y apoyo.

SITUACIÓN DEFICITARIA DE LARGA DURACIÓN.

Entre una y cuatro necesidades básicas, del bloque siguiente, en situación muy deficitaria.

Habilidades sociales
Autonomía física y psíquica
Relación convivencial
Organización de la unidad convivencial

Si la situación deficitaria se prolonga en el tiempo, su repercusión se reflejaría en la afectación de otras necesidades distintas de las primeras derivando hacia diagnósticos de más comprometida situación.

La intervención profesional se orientará hacia:
Acogimiento que permita una buena vinculación.
Realizar, conjuntamente con la futura madre, un plan de trabajo, señalar objetivos, actividades, niveles de intervención, plan de coordinación, recursos y evaluación.

SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL.

Dos o tres necesidades básicas, del bloque siguiente, en situación muy deficitaria.

Formación
Trabajo y ocupación
Recursos económicos

La intervención profesional se orientará hacia:
Valorización y estímulo en la formación o reciclaje profesional
Planes de protección social (renta básica, vivienda).

SITUACIÓN DE DESVENTAJA SOCIAL.

Situación muy deficitaria en la necesidad básica de aceptación social.

- Por disminución de la autonomía física o psíquica.
- Por razón de etnia, sexo, religión o modelos de vida alternativos.

La intervención profesional se orientará hacia:
Mecanismos institucionales de inserción social

SITUACIÓN DE MARGINACIÓN.

Las personas incluidas en este diagnóstico, tienen afectadas más de siete necesidades básicas, con intensidad muy deficitaria.

En la definición de este diagnóstico consideramos de especial relevancia la identificación de las causas de la marginación, ya que la intervención que se requiera realizar puede ser notablemente diferente dependiendo de su origen.

ANEXO III. Guión de las entrevistas realizadas a profesionales

Entrevista a la Trabajadora Social de Ainkaren

Para comenzar nos gustaría conocer, ¿Cuál suele ser el perfil de mujeres que acuden a vosotros?

Centrándonos en el tema de jóvenes adolescentes ¿qué procedimiento seguís, una vez que la joven os demanda vuestra ayuda?

Las mujeres que quieren entrar al centro ¿Tienen que cumplir algún tipo de requisitos?

¿Cuáles son los cambios que peor llevan las menores durante el proceso del embarazo?

Otra de las preguntas que le queremos formular es conocer si ¿Es necesario comunicar la noticia a los familiares de las adolescentes, o ellas se pueden negar a hacerlo?

Dentro del centro, entendemos que las madres tendrán algún tipo de normas que cumplir ¿Cuáles son?

Indagando un poquito más, nos gustaría saber si ¿Se trabajan en todos los ámbitos con la adolescente?

Las personas que vienen en busca de ayuda ¿Cuánto tiempo pueden estar con vosotras?

Normalmente ¿Sus parejas/ familiares les acompañan a hablar con ustedes o es más común que acudan solas?

Para trabajar con estos se casos, se ¿Trabaja con un equipo multidisciplinar?

Para finalizar, nos gustaría que nos contase que es lo más reconfortante de trabajar con este colectivo de menores

Entrevista a la encargada de voluntariado de Red Madre

Para comenzar nos gustaría conocer, ¿Cuál suele ser el perfil de mujeres que acuden a vosotros?

Centrándonos en el tema de jóvenes adolescentes ¿qué procedimiento seguís, una vez que la joven os demanda vuestra ayuda?

¿Cuáles son los cambios que peor llevan las menores durante el proceso del embarazo?

Otra de las preguntas que le queremos formular es conocer si ¿Es necesario comunicar la noticia a los familiares de las adolescentes, o ellas se pueden negar a hacerlo?

Además de darle un asesoramiento personal y un apoyo emocional ¿Podéis ofrecerles ayudas materiales como pañales, carritos, cunas?

Indagando un poquito más, nos gustaría saber si ¿Se trabajan en todos los ámbitos con la adolescente?

Las personas que vienen en busca de ayuda ¿Cuánto tiempo pueden estar con vosotras?

Normalmente ¿Sus parejas/ familiares les acompañan a hablar con ustedes o es más común que acudan solas?

Para trabajar con estos se casos, se ¿Trabaja con un equipo multidisciplinar?

Para finalizar, nos gustaría que nos contase que es lo más reconfortante de trabajar con este colectivo de menores

Entrevista a la encargada del Centro Municipal de Promoción de la Salud

Para comenzar nos gustaría conocer, ¿Cuál suele ser el perfil de las adolescentes que acuden a vuestro centro?

Al centro ¿Acuden muchas adolescentes en busca de vuestra orientación e información?

Si es así, ¿en qué momento del embarazo acuden?

Cuando acuden estas menores en busca de ayuda ¿Cuál es el procedimiento que seguís cuando os llega al centro una menor embarazada?

De la variedad de programas que tenéis, ¿Cuál de ellos es el más demandado?

Indagando un poquito más, nos gustaría saber si ¿Se trabajan en todos los ámbitos con la adolescente?

Como profesional del centro, ¿Crees que son eficaces los talleres de Prevención que realizáis?

¿Cree que se debería de trabajar más el tema de la sexualidad y prevención en los institutos?

Normalmente ¿Sus parejas/ familiares les acompañan a hablar con ustedes o es más común que acudan solas?

Para trabajar con estos se casos, se ¿Trabaja con un equipo multidisciplinar?

Para finalizar esta entrevista, nos gustaría que nos explicase si usted añadiría o modificaría algún programa del centro para prevenir los embarazos en adolescentes.

Entrevista a la Trabajadora Social del Centro de Salud de las Fuentes (CAP Torre Ramona)

Lo primero de todo nos gustaría conocer ¿Cuál es el perfil de las adolescentes embarazadas que acuden a este centro de salud?

Una vez que la menor acude en busca de ayuda ¿qué procedimientos seguís?

En el centro de salud, ¿existe algún programa dedicado a estas adolescentes embarazadas?

Como profesional que es, ¿Usted considera que este problema es de carácter público?

Otra de las preguntas que le queremos formular es conocer si ¿Es necesario comunicar la noticia a los familiares de las adolescentes, o ellas se pueden negar a hacerlo?

Indagando un poquito más sobre el tema ¿Cuáles cree que son las principales causas de un embarazo en la adolescencia?

Centrándonos en la actualidad y en la crisis actual del país, ¿Considera que la "pobreza" o escasez de recursos están asociadas al embarazo en adolescentes?

Desde su punto de vista, ¿Cuál cree que es la mejor opción para disminuir los embarazos en la adolescencia?

Centrándonos en la menor, ¿por lo general suele la adolescente tener el apoyo de su pareja o familiares?

¿Cuáles son los cambios que peor llevan las menores durante el proceso del embarazo?

Entrevista a la Trabajadora Social del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

En primer lugar, ¿cuál es el procedimiento que se sigue cuando le llega a la consulta una menor embarazada?

Por lo general, ¿Cuál es el perfil de estas menores?

¿Por lo general, la familia se implica de manera activa en el proceso de gestación de su hija?

Como profesional de referencia, ¿Cree que en estos años de crisis han aumentado los embarazos en las menores?

En el Hospital ¿existe algún programa dedicado a esta problemática?

Centrándonos en el tema educativo de las menores, ¿Cree que en los colegios e institutos se deberían de dar más charlas sobre Promoción de la salud y clases de educación sexual?

¿Qué cree que falla para que hayan aumentado los embarazos en adolescentes en los últimos años?

Para finalizar, cuéntenos que es lo más gratificante para usted cuando cierra el caso de una adolescente embarazada.

ANEXO IV. Folleto informativo de AINKAREN

para ti mamá

¿Estás sola? ¿No tienes recursos?
 ¿Crees que no puedes sacar a tu hijo adelante?
¿Tu pareja no te apoya?
¿Crees que la única solución es el aborto?

Tenemos una gran casa, para que ninguna madre tenga que abortar y para que la mujer no se sienta sola, en esta nueva etapa de su vida. Tal vez escuches que tu bebé no tiene vida o que todavía es muy pequeño ... pero antes de que tú sepas que estás embarazada, su corazón ya late como el tuyo.

Cuida tu cuerpo, el embarazo no es difícil si tienes un buen apoyo, es algo natural. Que el aborto no sea una solución a tus dudas, a lo desconocido, al miedo de ser madre joven, sola o por no tener recursos. Infórmate, ven a conocer nuestra casa y piensa en las opciones, **si quieres, PUEDES.**

El aborto no es la solución mas FÁCIL, es la más dolorosa.



AINKAREN

CONTAMOS contigo
 Tú eres parte de este proyecto

COLABORA CON NOSOTROS:
 Ibercaja - 2085 0103 91 0301484194
 CAI - 2086 0000 25 3301123156
 La Caixa - 2100 2155 21 0200319387

ASOCIACIÓN AINKAREN
 Fray Julián Garás, 1. 50006 Zaragoza. Tel. 976 387 286
 admoinaikaren@gmail.com. www.ainkaren.es

N.I.F.: G-507585705



AINKAREN
CasaCuna

Casa de acogida para mujeres embarazadas o con niños menores de dos años, que en principio se encuentran en situación de marginación, abandono, soledad o pobreza, para que puedan cambiar, de forma real, sus expectativas de futuro.

Se cubren las necesidades más básicas. Las instalaciones y todas las actividades están basadas en apoyar una maternidad libre y responsable. Cursos de formación, guardería, talleres, charlas, economía doméstica, apoyo psicológico ... etc, completan una formación a todos los niveles.

Está situada en la calle Fray Julián Garás, 1. Tiene una capacidad para 26 mujeres con sus hijos, en habitación individual. Dispone de guardería para que las mamás dejen a sus bebés para salir a estudiar o trabajar.


No solo se pretende mejorar su situación actual sino mantenerla en el tiempo.

Unas necesidades por cubrir

Una vez cubiertas las necesidades más básicas (salud, alimentación, alojamiento) empezamos a trabajar con otras: **4 pilares básicos constituyen nuestra intervención:**

- Atención ginecológica y sanitaria.
- Apoyo psicológico y acompañamiento.
- Búsqueda de recursos económicos y orientación laboral.
- Formación.

Para ello contamos con recursos internos y/o externos y un equipo de profesionales y voluntarios para llevarlo a cabo.



CMPS

Centro Municipal de Promoción de la Salud



Educación para la salud

Sesiones informativas sobre

Anticoncepción, sexualidad, conocimiento del cuerpo, relaciones interpersonales, feminidad-masculinidad, salud mental, prevención de I.T. S.

El CMPS programa sesiones informativas con los y las jóvenes que acuden al Centro, con Talleres sociolaborales, centros educativos y colectivos que trabajan con población juvenil.

Asesoría a mediadores y grupos de aprendizaje con mediadores

Interrelación e intercambio profesional con educadores, trabajadores sociales, profesionales sanitarios y miembros de asociaciones juveniles, en temas relacionados con la salud mental, sexual y reproductiva.

Grupos sobre problemática psico-afectiva de los adolescentes.

Asesoría en sexualidad

Asesoría para jóvenes que tienen dificultades, o que necesitan información sobre aspectos relacionados con la sexualidad.

Educación sexual

Programa de Educación Sexual y Afectiva, dirigido a Centros de Enseñanza, tanto reglada como no reglada, para jóvenes. Se desarrolla a través de varias sesiones en los propios Centros, o en el C.M.P.S.

Grupos de preparación al nacimiento

Preparación al nacimiento para madres y padres: entrevistas individuales, asesoría a la pareja y grupos de formación sobre cuidado del embarazo, preparación al parto, post-parto, cuidado del recién nacido, masaje infantil y prevención de riesgos en la primera infancia.

Tareas asistenciales

Consulta ginecológica

Atención en: anticoncepción, prevención de cáncer genital femenino, detección de enfermedades de transmisión sexual, detección de problemas en las relaciones sexuales y orientación ante embarazo no deseado e infertilidad.

Demandas más frecuentes: retraso de regla, revisión ginecológica para la toma de anticonceptivos y solicitud de píldora postcoital.

Consulta de salud mental

Orientación y psicoterapia individual para jóvenes. Se realiza también terapia de pareja, terapia familiar y grupos.

Motivos más frecuentes de demanda: problemas de relación con los padres, desorientación en momentos de crisis, duelos por pérdidas o abandono, trastornos de alimentación, dificultades en las relaciones interpersonales, sentimiento depresivo y ansiedad.

Consultas que tienen como finalidad promover la salud, en sus vertientes sexual;reproductiva y mental.

Centro de atención a jóvenes

- Es un servicio municipal, de carácter especializado, que tiene como objetivo esencial promover la salud de la población juvenil.
- Es un Centro para jóvenes en el que se presta información, asesoramiento y atención en temas relacionados con salud mental, salud sexual, anticoncepción y preparación para la maternidad-paternidad.
- Todo joven residente en Zaragoza puede solicitar atención en el CMPS en las áreas de atención propias del Servicio.

Centro Municipal de Promoción de la Salud

CMPS

 Zaragoza
AYUNTAMIENTO
Acción Social

ANEXO VI. Plan Integral de Infancia y Adolescencia en Aragón

PROGRAMA 2.3.4. Salud afectivo-sexual		
MEDIDA	AGENTES	Temporalización
2.3.4.1. Difusión de materiales de educación sexual a adolescentes mediante el uso didáctico del cine.	Responsables: Dirección General de Salud Pública (Dpto. de Salud y Consumo), Dirección General de Política Educativa (Dpto. de Educación, Cultura y Deporte). Colaboradores: Dpto. de Servicios Sociales y Familia, entidades locales.	2010-2014
2.3.4.2. Actividades de formación e intercambio de experiencias dirigidas al profesorado.	Responsables: Dirección General de Salud Pública (Dpto. de Salud y Consumo), Dirección General de Política Educativa (Dpto. de Educación, Cultura y Deporte). Colaboradores: Dpto. de Servicios Sociales y Familia, entidades locales.	2010-2014
2.3.4.3. Iniciativas para fomentar la prevención de embarazos y de enfermedades de transmisión sexual para adolescentes.	Responsables: Dirección General de Salud Pública (Dpto. de Salud y Consumo), Dpto. de Educación, Cultura y Deporte. Colaboradores: Dpto. de Servicios Sociales y Familia, entidades locales, entidades sociales.	2010-2014
2.3.4.4. Sistematización de programas de educación afectivo-sexual en los currículos escolares.	Responsables: Dirección General de Salud Pública (Dpto. de Salud y Consumo), Dirección General de Política Educativa (Dpto. de Educación, Cultura y Deporte). Colaboradores: Entidades sociales.	2010-2014