



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Factores de riesgo de exclusión social en la mujer embarazada

Autor/es

JUAN GAMARRA PÉREZ

Director/es

MARÍA NEUS CAPARRÓS CIVERA

Facultad

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Titulación

Grado en Trabajo Social

Departamento

DERECHO

Curso académico

2018-19



Factores de riesgo de exclusión social en la mujer embarazada, de JUAN
GAMARRA PÉREZ

(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative
Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los
titulares del copyright.

© El autor, 2019

© Universidad de La Rioja, 2019

publicaciones.unirioja.es

E-mail: publicaciones@unirioja.es



**UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA**

TRABAJO DE FIN DE GRADO
FACTORES DE RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL
EN LA MUJER EMBARAZADA

AUTOR: JUAN GAMARRA PÉREZ
TUTORA: MARÍA NEUS CAPARRÓS CIVERA

GRADO EN TRABAJO SOCIAL
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS
AÑO ACADÉMICO: 2018/2019

RESUMEN.

El embarazo puede llegar a ser una situación de debilidad para la mujer si se encuentra asociada a otros factores de riesgo. Este estudio, de carácter exploratorio, tiene la finalidad de analizar cuáles son los factores de riesgo que pueden condicionar el curso normal del embarazo, y hasta qué punto pueden determinar una situación de exclusión social en la mujer embarazada, tanto en el período gestacional perinatal, como en el neonatal.

En este marco, se brindará especial atención a las adolescentes embarazadas en relación a la violencia de género, ya que constituyen dos situaciones críticas que pueden provocar graves consecuencias para la madre y el feto o bebé.

Palabras clave: embarazo, adolescencia, exclusión social, violencia de género.

ABSTRACT.

Pregnancy can become a weak situation for women if it is associated with other risk factors. This exploratory study is intended to analyze the risk factors that may condition the normal course of pregnancy, and to what extent they can determine a situation of social exclusion in pregnant women, both in the perinatal and neonatal gestational periods.

In this context, special attention will be given to pregnant adolescent girls in relation to gender-based violence, as they constitute two critical situations that can have serious consequences for the mother and the fetus or baby.

Keywords: pregnancy, adolescence, social exclusion, gender-based violence.

ÍNDICE.

1.- INTRODUCCIÓN	1
2.- JUSTIFICACIÓN	1
3.- OBJETIVOS Y METODOLOGÍA	2
4.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	3
4.1.- La adolescente embarazada en situación de riesgo de exclusión social	4
4.2.- Maternidad en la adolescencia	5
4.3.- Contexto de la adolescente embarazada	6
4.4.- Causas del embarazo adolescente	8
4.5.- Factores de riesgo en el embarazo adolescente	9
4.6.- Diferencias entre mujeres embarazadas autóctonas y embarazadas inmigrantes	17
5. EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL CON LA MUJER EMBARAZADA EN LA RIOJA	18
6.- EXISTENCIA DE UNA REALIDAD NO MANIFIESTA	25
7.- RESULTADOS Y CONCLUSIONES	25
8.- PROPUESTA DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO DESEADO	28
9.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
10.- ANEXOS	35
10.2.- Entrevistas	35

ÍNDICE DE GRÁFICOS.

Gráfico 1: Tasa de fecundidad por provincia, según orden del nacimiento y edad de la madre (2019)	7
Gráfico 2: Evolución de la tasa de interrupción voluntaria del embarazo, en base a grupos de edad (2005-2014)	8
Gráfico 3: Programa Integral de Apoyo (PIA)	21

1.- INTRODUCCIÓN.

A lo largo de la evolución social, en nuestra sociedad se han ido produciendo una serie de cambios socioculturales, tales como nuevas estructuras familiares y una distribución de roles más equitativa y adecuada a nuestra actualidad, lo cual afecta directamente a la figura de la mujer. A causa de todas estas variaciones, existen factores de riesgo de exclusión social que pueden surgir cuando la mujer se encuentra en un entorno más vulnerable, como lo es el embarazo.

El objetivo de este trabajo es, en primer lugar, analizar la incidencia real de cada uno de estos factores de riesgo en el periodo de gestación, centrandose el interés en el colectivo de la adolescente embarazada, y, en segundo lugar, hacer una búsqueda sobre el embarazo en la mujer embarazada, describiéndose la maternidad adolescente y los conceptos que se enmarcan en el tema propuesto.

2.- JUSTIFICACIÓN.

El interés para la realización de este trabajo y la selección de la exclusión social en el embarazo está ligada estrechamente a las prácticas de Trabajo Social que realicé en el Servicio de Planificación y Acción social del Gobierno de La Rioja. En mi estancia en el centro estuve inmerso en el “Plan Integral de Apoyo a la embarazada en situación de riesgo social (2016-2019)”, concretamente en dos puntos del proyecto asociados al embarazo de riesgo social:

Objetivo número 8;

“Creación de un programa integral de apoyo a la mujer embarazada en riesgo social”.

Objetivo número 12;

“Mejorar el conocimiento sobre las situaciones de riesgo social durante el embarazo y la crianza. más relacionado a mejorar el conocimiento sobre las situaciones de riesgo social durante el embarazo y la crianza en la comunidad autónoma de la Rioja”.

Objetivo 12.1;

“Evaluación de la efectividad del programa integral de apoyo”.

Durante mis dos años de prácticas tuve varias reuniones con trabajadoras/es sociales donde se trataban ciertos casos sobre embarazos de riesgo, esto me llevo a profundizar más en la documentación técnica y en cómo la identidad de género puede influir en algunos de los aspectos naturales de la vida de las mujeres. Tomé como objeto de estudio el embarazo porque es un escenario en donde, tanto a nivel físico como mental, la mujer puede encontrarse en riesgo si confluyen a su vez otros factores de exclusión. Por esta razón, desde una perspectiva de género, quiero estudiar el impacto de estos factores a la hora de declarar un embarazo de riesgo.

3.- OBJETIVOS Y METODOLOGÍA.

Objetivo general:

- Analizar los factores que tienen mayor impacto en un embarazo de riesgo.

Objetivos específicos:

- Estudiar la violencia de género hacia las adolescentes embarazadas.
- Profundizar en las diferencias entre una adolescente gestante y una embarazada mayor de 20 años.
- Describir las consecuencias de un inadecuado control del embarazo para la madre y el feto o bebé.
- Explorar las diferencias entre una mujer embarazada autóctona y una mujer embarazada en situación de inmigración.

Metodología.

El procedimiento metodológico y aplicación de técnicas de investigación social que se ejecutan para realizar este estudio ha pasado por distintas fases, en primer lugar, se ha realizado una revisión bibliográfica y documental relacionada con el embarazo de riesgo en la adolescente, tales como Planes integrales, artículos de revista electrónica y libros procedentes de diversas fuentes (INE, Boletín Epidemiológico de la Rioja, Encuesta de Condiciones de Vida, Instituto de la Juventud, etc.).

En segundo lugar, se ha elaborado un trabajo de campo donde se han realizado varias entrevistas semiestructuradas dirigidas a profesionales de las redes de atención primaria de los Servicios Sociales y Salud (trabajadores sociales y matronas) que habitualmente

atienden a mujeres embarazadas en riesgo de exclusión social, además de realizar una entrevista en conjunto a la trabajadora social y la psicóloga del Centro Asesor de la Mujer en Logroño.

4.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

Para entender en mayor medida el pretexto de este trabajo, es conveniente entender la exclusión social en el embarazo para saber cuándo nos encontramos ante un embarazo de riesgo;

“el término de exclusión social se centra en el carácter multidimensional de los mecanismos a través de los cuales se niega a los individuos y a los grupos a participar en los intercambios, las prácticas y los derechos sociales, que son imprescindibles para la integración social y, por lo tanto, para su identidad” (Observatorio Europeo sobre las Políticas Nacionales para Combatir la Exclusión Social, Bruselas, 1994).

Una vez comprendida la exclusión social, debemos entender porque estos procesos sociales afectan a hombres y mujeres de manera diferente; y aquí es donde entra el concepto de género, el cual se define como:

“el significado que se otorga en la sociedad a la masculinidad y feminidad y su relación. Basados en su sexo biológico y el significado que se otorga, las personas tienen más o menos poder o posibilidades en la sociedad. El género es, por lo tanto, una construcción sociocultural. El género está correlacionado con el origen étnico, la clase social y el nivel educativo. Se afectan uno al otro y juntos contribuyen a la constitución de la posición de uno mismo como individuo en la sociedad.” (Leren Ondernemen, 2004).

Dentro del marco de la exclusión social, el perfil de la mujer embarazada es muy complejo y extenso, ya que cada mujer embarazada puede tener un contexto de riesgo distinto dependiendo de qué factor pueden encontrarse en diversas situaciones de vulnerabilidad social. Existen varios perfiles de la mujer embarazada que se plantean como objeto de estudio:

- Mujer embarazada sin apoyo familiar o con escaso apoyo social.
- Mujer embarazada con escasos ingresos económicos o sin hogar.

- Mujer embarazada en situación de inmigración con dificultades sociales e idiomáticas, de irregularidad administrativa (sin permiso de residencia, de trabajo, etc.).
- Mujer embarazada en situación de precariedad laboral, sin recursos asistenciales, y/o con escasa empleabilidad por carencias formativas.
- Mujer gestante con discapacidad, con enfermedad mental y/o en situación de dependencia con dificultades para atender correctamente las necesidades del feto o bebé.
- Mujer embarazada trabajadoras de la prostitución y/o en situación de trata de personas.
- Mujer embarazada en contexto de drogodependencia.
- Adolescente gestante entre los 10 y 19 años.
- Mujer embarazada víctima de violencia de género.

En este estudio se han seleccionado para analizar, en mayor profundidad, los dos últimos perfiles de embarazo de riesgo, planteándose así el estudio de la adolescente embarazada en situación de violencia de género.

4.1.- LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN SITUACIÓN DE RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL.

Para aproximarnos más cerca hacia este colectivo, en primer lugar, debemos entender el concepto de adolescencia según la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la define como:

“período 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 socioeconómica” y fija sus límites entre los 10 y 19 años. Se considera como un periodo de la vida libre de problemas de salud, pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial” (Quesada et al., 2009).

Según esta definición, las mujeres adolescentes se encuentran en un proceso constante de crecimiento y transformación de cambios anatómicos, fisiológicos, psicológicos y

sociales, de modo que son consideradas un grupo de alto riesgo reproductivo al no haber alcanzado la madurez física y mental fundamental. En la actualidad, han incrementado el número de adolescentes que inician sus relaciones sexuales con mayor precocidad, cada vez a edades más tempranas, a su vez, esto ha ocasionado un aumento de embarazos adolescentes prematuros, lo que puede representar un problema social y sanitario a nivel público.

La Organización Mundial de la Salud describe el embarazo adolescente como:

“aquel que transcurre entre los 10 y los 19 años, considerándose entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente, no obstante, sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza” (OMS, 23 de febrero de 2018).

La etapa prenatal y neonatal es una fase crítica y de máxima vulnerabilidad para el feto o bebe y para la madre. El embarazo modifica íntegramente el estilo de vida de la joven, y si, además es un embarazo no deseado y se encuentra concurrido con circunstancias adversas (deficiencia en el control prenatal, un nivel socioeconómico bajo, un entorno sociofamiliar desfavorable para la concepción, enfermedades de base, unas carencias nutricionales, etc.), puede llegar a declararse como un embarazo de riesgo (Robaina-Castillo et al., 2019).

4.2.- MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA.

La concepción de la maternidad adolescente se interpreta como un factor que genera impactos negativos en los procesos normalizados de desarrollo personal e inserción social de una joven. Está caracterizada por la falta de autonomía y la incapacidad práctica de la adolescente para asumir el embarazo y la crianza de un bebé en condiciones idóneas. Por ello, es preciso identificar las causas que provocan la maternidad en edades tan tempranas, y las consecuencias que ésta puede desencadenar en la madre y el recién nacido. La representación de la maternidad y las prácticas de cuidado y crianza del embarazo que una adolescente desempeñe depende de su propio contexto sociocultural, es decir, de las tradiciones, las costumbres y valores que imperen en el país y periodo histórico en el que se encuentre.

Dentro de las sociedades occidentales, el hecho de ser madre en esa etapa vital significa cruzar un puente accidental de la juventud a la adultez, asumiendo de manera repentina

un rol materno de gran responsabilidad, lo que conlleva un reajuste de identidad muy profundo.

Por esta razón, la adolescencia podría considerarse como una etapa poco propicia para la maternidad, de hecho, son dos ciclos antagónicos, ya que en este periodo es tiempo de autoconocimiento y autoobservación a nosotros mismos, y no de dedicación a otra persona. El deseo de una adolescente de ser madre es producto de su inmadurez y/o inconsciencia ligada a una baja carencia socioeconómica y educativa. En múltiples ocasiones, el embarazo en jóvenes gestantes es causado por una relación sexual precoz no responsable, sin uso de métodos anticonceptivos, por lo que asumir la maternidad exponiéndose a una presión social y a un proceso de re-definición interna de sí misma, puede suponer para ella una excesiva dificultad y complejidad.

A causa de estos hechos, la maternidad adolescente está asociada con ciertas conductas negativas hacia el embarazo, tales como la falta de cuidado personal, la marginación social, el fracaso escolar y la desestructuración familiar. Entonces, el contexto socio familiar, la falta de apoyo afectivo, el grado de disponibilidad de recursos administrativos, el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva, y el juicio social permanente sobre el potencial resultado del embarazo, condicionan de igual manera a las adolescentes que las propias consecuencias biológicas de la concepción del mismo. Lo que implica que, para estudiar el embarazo de riesgo, significa interpretar todos los factores, tanto biológicos, como socioeconómicos, culturales y familiares. (Madrid et al., 2019).

4.3.- CONTEXTO DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

El embarazo adolescente es un suceso que se ocasiona en todos los países, pero tiene mayor repercusión en regiones como latinoamérica y África. La tasa global de población de adolescentes embarazadas se estima de 46 nacimientos por cada 1.000 jóvenes (OPS/OMS, 2018). A nivel mundial, se calcula que unos dieciséis millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, y un millón de menores de 15 años, quedan embarazadas anualmente. A pesar de que la tasa de natalidad en adolescentes ha descendido, aproximadamente un 11% de los embarazos en el mundo son procedentes de menores entre los 15 y 19 años, y el 95% de estos son producidos en países de ingresos económicos regulares o escasos (OMS, 2018). Otro dato alarmante es, que de los 252 millones de jóvenes entre 15 y 19 años que viven en estados en desarrollo, se calcula que

unos 38 millones son sexualmente activas y no desean tener un bebé en los dos años sucesivos, lo que puede influir en el número de embarazos no deseados (OPS/OMS, 2018).

Respecto a los embarazos no deseados de adolescentes, se puede observar la tasa de fecundidad en España en este gráfico según el Instituto Nacional de estadística (INE, 2019):

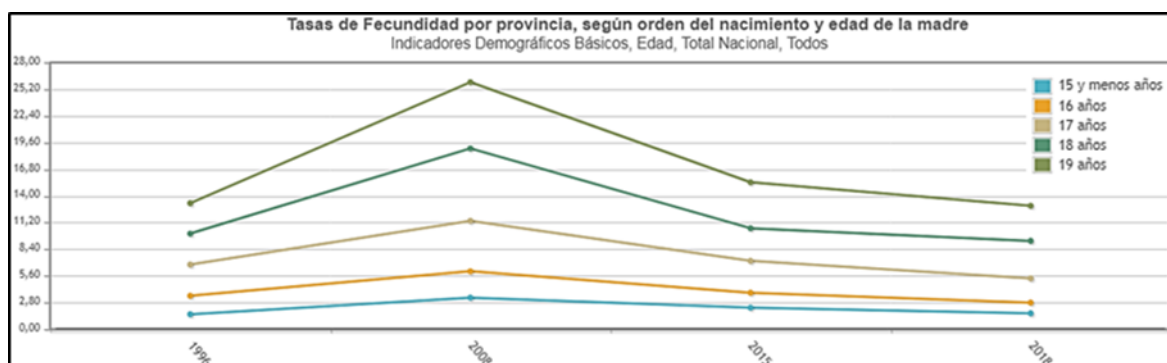


Gráfico 1 (INE, 2019. Elaboración propia).

A partir de esta tabla se percibe un descenso leve de la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años, entre el periodo anual del 1996 al 2018. Si bien encontramos un aumento de la fecundidad en todas las edades del año 1996 al 2008, posteriormente va disminuyendo hasta el 2018. Existe un leve incremento de la tasa del año 1996 (1,57) al 2018 (1,67), y tenemos una tasa muy semejante en nuestra actualidad frente al año 1996.

Según el Instituto de la Juventud en España (IJE), las mujeres tienen cada vez más temprano su primer embarazo no deseado debido a la precocidad en el inicio de las relaciones sexuales.

Evolución de la tasa de interrupción voluntaria del embarazo, en base a grupos de edad (2005 y 2014) según el Instituto de Juventud en España 2016 (IJE, 2016):

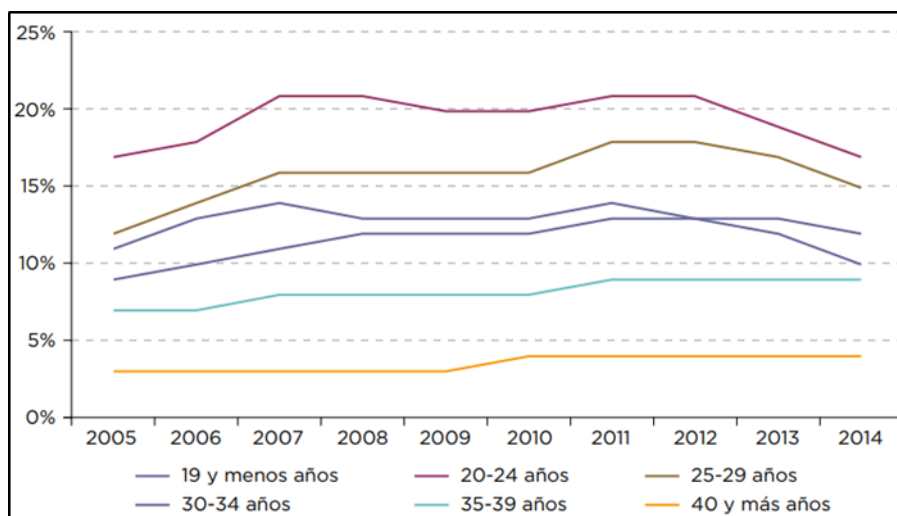


Gráfico 2 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2005-2014. Elaboración propia).

En este gráfico podemos acreditar el ligero incremento de los embarazos no deseados de las jóvenes menores de 19 años.

Este fenómeno demográfico se está convirtiendo en una cuestión social y de salud pública que afecta a toda la esfera de nuestra sociedad. La segunda causa en el mundo de muerte de las jóvenes embarazadas de entre 15 y 19 años son la aparición de complicaciones durante el embarazo y el parto. Anualmente, unos 3 millones de muchachas de 15 a 19 años se enfrentan a abortos delicados.

En las situaciones más extremas, los bebés de madres adolescentes se someten a un riesgo muy superior de muerte frente a los neonatos de mujeres de entre 20 y 24 años. De hecho, los embarazos de menores de 16 años tienen una tasa de mortalidad materna cuatro veces superior al de las mujeres de 20 a 30 años, y un 50% superior para los neonatos de gestantes adolescentes (James E. Rosen, OMS, 2018).

4.4.- CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.

Siguiendo el origen de esta cuestión social, Alvarado e Infante (2010) recogieron todas las causas más frecuentes del embarazo adolescente en nuestra sociedad, habiendo las siguientes:

- Valores culturales: dependiendo de qué país proceda la adolescente, el concepto de maternidad será diferente. En países en desarrollo el matrimonio y la maternidad puede concebirse como la propia condición de la mujer, mientras que en países más desarrollados los requisitos socioeconómicos para ser madres adquieren mayor extensión.
- Ausencia o falta de una educación sobre salud sexual reproductiva, presentando un déficit formativo, tanto en el espacio escolar, como en lo familiar y comunitario.
- Deficiencia de los adolescentes en el acceso a información y recursos sobre temas de reproducción y sexualidad, por motivos económicos y/o culturales, a los servicios de salud y a programas de planificación familiar de servicios sociales.
- Poder de influencia de los medios de comunicación y del enfoque social que ajustan conductas de riesgo que estimulan el ejercicio precoz de las relaciones sexuales asociándolos con el poder y el crédito social.

Otras causas recopiladas que afirman Monterrosa y Bello (1996), pueden ser:

- Edad en la que inician su vida sexual activa y los antecedentes de embarazo precoz por parte de la madre.
- Ausencia de la madre en el hogar.

4.5.- FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE.

Existe una amplia diversidad de factores que puedan llegar a condicionar el curso ordinario del embarazo, hasta un punto en el que pueda a llegar a considerarse un embarazo de riesgo. A continuación, se exponen todos los factores de riesgo que pueden influir en el transcurso del embarazo de una adolescente, así como las consecuencias que puede provocar cada uno de ellos en el estado de salud y socioeconómico de la madre y del feto o bebé.

Con objeto de recopilar de forma más eficaz toda esta multitud de contenidos y entenderlos en mayor medida, los he agrupado en tres categorías: riesgos individuales, familiares y sociales.

A) RIESGOS INDIVIDUALES

Edad.

La edad es un factor que puede provocar la aparición de riesgo en el embarazo. El intervalo en el que se tiene mayor peligro de salud reproductiva se encuentra en las menores de 10 a 19 años en etapa de adolescencia, asumiendo mayor incidencia cuanto más temprana es la edad. Las consecuencias principales de tener un embarazo a edades precoces son el crecimiento intrauterino, el parto prematuro y el bajo peso del bebé al nacer, todas unidas a su vez a valores socioculturales, cuidados y atención sanitaria. (Monterrosa, 1996).

Hay autores que relacionan el embarazo a edades tempranas con el abandono de su recorrido escolar con su consecuencia de tener un bajo nivel de estudios (IJE, 2000), una falta de apoyo emocional que de forma posterior puede afectar al vínculo madre-hijo, una depresión post parto y una inadecuada crianza de la madre hacía el bebé en su etapa de infantil. (Martínez, 2002). Otro riesgo que conlleva la edad de la embarazada, puede ser la mayor probabilidad de las embarazadas adolescentes de presentar anemia que las madres mayores de 20 años (Domínguez y Herazo, 2011).

La edad también influye en el grado de seguimiento del embarazo, y es que las adolescentes de menor edad acuden a la consulta prenatal tardíamente, pudiendo estar relacionado con las características psicosociales de la joven, y reflejándose en una mala nutrición, mayores tasas de anemia y un índice de masa corporal más bajo. (Haeri et al., 2009). Además, en el embarazo de jóvenes menores de 15 años existe mayor frecuencia de cesárea que en el resto de embarazos (Bojanini y Gómez, 2004) y la mortalidad infantil en neonatos de jóvenes menores de 20 años se triplica frente a las madres de 20 años (Gálvez et al., 2016).

Educación sexual reproductiva.

La sexualidad se experimenta por factores individuales y socioculturales, pero sobretodo estos últimos son los que tienen más influencia en la juventud. Las adolescentes mantienen relaciones sexuales cada vez más temprano, lo que deriva a conductas sexuales de riesgo. Estas prácticas traen múltiples consecuencias:

- El embarazo no planificado: supone en muchos casos un impacto negativo sobre el estado físico, emocional y económico de las adolescentes.

- La interrupción voluntaria del embarazo (IVE).
- Contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) o sida.

Las jóvenes frecuentemente escasean de conocimientos sobre sexualidad, y la educación sexual es el principal medio de prevención del embarazo adolescente, y así como los padres, educadores o figuras de referencia, son los agentes primordiales que la imparten.

B) RIESGOS FAMILIARES.

Dinámica familiar.

La institución social de la familia, en el caso de un embarazo a temprana edad, tiene diversas funciones en la esfera económica, educativa, afectiva y reproductiva de la adolescente. Además, en la mayoría de ocasiones tiene un papel no de protección, sino de normalización del hecho a nivel social. Habitualmente muchos embarazos adolescentes son no deseados, esto provoca que las jóvenes embarazadas no acudan temprano a la consulta de atención prenatal (Chacón et al., 2015). Por esta razón, la interacción familiar padres-hija juega un papel muy importante en la aparición de riesgos durante el embarazo, ya que su intervención ayuda a que la adolescente acuda en mayor medida a la consulta y mantenga un control más responsable del embarazo.

En definitiva, según Álvarez et al (2012), pueden existir varios riesgos en el embarazo adolescente asociados con la familia, como son los siguientes:

- Disfunción familiar.
- Peligro por antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia.
- Pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

Apoyo social (disfunción familiar).

Para una adolescente tener un embarazo sin el apoyo afectivo y emocional de su pareja y/o con un rechazo del bebé por parte de su familia, puede afectar a su ejercicio de la maternidad. La opinión de la pareja afectiva en ocasiones puede cambiar la percepción del embarazo que tenga la adolescente, es decir, consideran que ser apoyadas por su pareja tiene un gran valor en la aceptación social de su embarazo. Una falta de apoyo por parte de la pareja en el embarazo puede influir negativamente en las habilidades de crianza de la adolescente embarazada (Álvarez et al; 2012), de tal modo que una familia disfuncional

supone una situación vulnerable para la adolescente embarazada, y una probabilidad mayor de la joven de adoptar conductas de riesgo, como, por ejemplo, el embarazo precoz (De la Caridad et al., 2014).

Según las entrevistadas, para la madre el sentimiento de soledad influye en su embarazo (preparto, parto y postparto) acercándose, en ocasiones, a procesos depresivos graves. De hecho, acercándonos a casos de soledad extrema, como lo son las mujeres embarazadas que se encuentren sin hogar que llegan a ser atendidas en casas de acogida, el autocuidado que se preste a sí misma será nulo.

C) RIESGOS SOCIALES.

Inestabilidad y precariedad laboral.

Una situación de estabilidad laboral para la mujer embarazada es fundamental para el seguimiento adecuado del embarazo. El primer bebé para la adolescente produce dificultades para seguir formándose, deteriorando sus habilidades tan demandadas por el mercado de trabajo. Esto se presenta más perjudicial en el caso de las jóvenes con menos recursos económicos, puesto que destruye, en mayor medida, sus posibilidades de trayectorias escolares y su inserción laboral.

El fracaso escolar y la futura baja productividad laboral de estas mujeres se traducen en una mayor probabilidad de estar en condiciones de precariedad laboral (Ministerio del trabajo y previsión social, Gobierno de Chile, 2011).

En el caso de las adolescentes embarazadas en situación de precariedad laboral, las entrevistadas afirman que tienen problemas para acudir a la consulta con la matrona, o a los cursos de preparación al parto y post parto por las duras condiciones de trabajo en las que se encuentran (incompatibilidad de horario, duración limitada del contrato, y conflictos con la dirección).

Condición de inmigración.

Las adolescentes embarazadas procedentes de otros entornos sociales que posean un concepto distinto de la maternidad y del cuidado del embarazo, pueden llegar a tener problemas en el acceso a los servicios de control prenatal. Esto puede ocurrir por las distintas barreras que pueden encontrar:

Desconocimiento del idioma y de los sistemas públicos de salud y de servicios sociales:

El desconocimiento del idioma, unido a una situación de exclusión social y a determinadas pautas culturales de las mujeres inmigrantes (vergüenza a mostrar el cuerpo, pudor o miedo en la consulta prenatal) repercute en la no derivación a la trabajadora social de salud, en la disminución de visitas a la consulta sanitaria y en un incorrecto control del embarazo por parte de la mujer embarazada inmigrante.

Las entrevistadas afirman que, todo lo anterior, puede provocar que acudan de forma más tardía a la consulta médica (en el segundo trimestre y en estado de gestación muy avanzado). Además, se ha detectado la existencia de la necesidad de mejorar el sistema de traductores tanto en el SPRSS (Sistema Público Riojano de servicios sociales) como el SERIS (Servicio Riojano de salud), por escasez de traductores y falta de rapidez en su distribución.

Cabe añadir que, dentro de las mujeres inmigrantes, las de origen marroquí y sobretodo pakistaní son las que tienen un mayor desconocimiento del idioma y de recursos del sistema sanitario (María Paz, 2012).

Tiempo de residencia:

Cuanto mayor periodo de tiempo de residencia en España y mayor estabilidad laboral, administrativa y económica tenga la adolescente embarazada, mayor posibilidad de acudir regularmente a los servicios sanitarios. (María Paz, 2012).

Situación administrativa.

La adolescente inmigrante en situación irregular administrativa puede tener dificultades en el acceso al sistema sanitario y de servicios sociales por una serie de razones (Silvia y Pilar, 2013):

- Desconocimiento de los trámites administrativos necesarios para el acceso.
- Ignorancia de la cartera de servicios sanitarios y de servicios sociales disponibles.
- Barreras comunicativas con el personal del sistema sanitario y de servicios sociales, ya sea por desconocimiento del idioma o por cuestiones culturales).
- Dificultades para el empadronamiento en la región que habiten por ausencia, en algunas ocasiones, de un documento de identidad, así como problemas en el acceso a la tarjeta sanitaria individual.

- Ocultamiento del embarazo por miedo a perder el empleo, lo que provoca una ausencia total del control prenatal del embarazo.
- En ocasiones, incompatibilidad horaria con extensas jornadas laborales.

Carencia de ingresos.

Numerosos estudios realizados en el mundo exponen la fuerte correlación entre la pobreza y los altos índices de fecundidad en adolescentes., y es que las familias con bajos ingresos económicos tienen mayor riesgo de embarazo adolescente frente a familias con mayores ingresos. Es decir, la posibilidad de embarazo adolescente es superior en jóvenes de nivel socioeconómico bajo (Gómez y Montoya, 2014).

Según las entrevistadas, una situación socioeconómica caracterizada por una dependencia familiar y una carencia de ingresos provoca una falta de cuidado personal hacia sí misma y hacia su bebé. Supone también habitar en una infravivienda en malas condiciones. Además, está asociada a mala higiene, peores hábitos de salud y ejercicio (peor alimentación y actividad deportiva), ausencia de material para el cuidado del bebé por no poder comprarlos, y en mayor medida, la existencia de grandes dificultades en el acceso a los servicios públicos y en la posibilidad de la interrupción del embarazo legal e ilegal.

Salud mental en el embarazo.

Existen varios factores psicosociales que pueden influir en la salud mental de la mujer en la gestación, que son el embarazo no deseado, un parto prematuro, la insatisfacción conyugal, el temor a los cambios fisiológicos durante el embarazo, las complicaciones en el mismo, el consumo de sustancias tóxicas, el padecer un trastorno mental previo, etc.

Varios autores concuerdan en que estos factores pueden provocar trastornos de ansiedad y/o depresivos en la embarazada en el periodo pre y post parto. Una excesiva ansiedad en la gestación puede provocar en el feto bajo peso al nacer o cambios en su desarrollo. Los trastornos más habituales aparecidos en el embarazo son el ataque de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada que se acompaña de una sensación de angustia y malestar emocional constante.

Asimismo, los trastornos depresión prenatal y la de posparto son muy comunes y están ligados entre sí. De hecho, la embarazada que padece depresión durante el embarazo, es habitual que la padezca después del embarazo. Es conveniente detectar la depresión post

parto para que no empeore y afecte al resto de la familia. En el periodo de post parto también puede surgir la psicosis puerperal y la tristeza puerperal (Alba y Manuel, 2015).

Otro trastorno que produce complicaciones en el embarazo es el alimentario, ya que repercute en periodos de lactancia materna más breves frente a otras mujeres, y en la recuperación del peso pre gestacional (Rodríguez et al., 2018).

Respecto a trastornos mentales de mayor gravedad, según las entrevistadas los más peligrosos pueden ser el trastorno bipolar, el trastorno afectivo y la esquizofrenia. Éstas afirman que, si no se concede atención sanitaria y apoyo social a la embarazada adolescente, esto puede ocasionar el abandono del seguimiento del control gestacional y un gran riesgo para el bebé. Las mujeres embarazadas con enfermedad mental pueden presentar ideas naturalistas sobre el embarazo, en las que, por un lado, se percibe como un fenómeno natural que no requiere de una especial atención y vigilancia y, que, por otro, puede llevar a rechazar propuestas terapéuticas tales como el uso de vacunas o incluso a no acudir al sistema sanitario. Si bien si accediesen al sistema sanitario o de servicios sociales, lo hacen porque se sienten obligadas a ir, y enseguida abandonan el tratamiento o seguimiento.

Discapacidad en el embarazo.

Las mujeres con discapacidad física suelen ser muy receptivas hacia consejos y creación de pensamientos positivos en el transcurso del embarazo. Por el contrario, la mujer con discapacidad intelectual tiene mayor dificultad para llevar un embarazo, siendo más necesario el apoyo profesional y familiar. Además, hay dificultades en modificar las creencias naturalistas de la mujer con discapacidad intelectual sobre cómo debe tratar realmente su embarazo. A pesar de esto, si esta dispone de un buen apoyo familiar, no se suele derivar a la trabajadora social ni haber problemas (Centro Asesor de la Mujer, La Rioja, 2019).

Consumo de drogas en el embarazo.

El consumo de la gestante de sustancias tóxicas como el alcohol, tabaco o drogas puede conllevar las siguientes afectaciones (Cristina y Olga, 2015):

- Para la gestante: riesgo de parto prematuro, la disminución de la fertilidad y/o fecundidad, y la hipertensión gestacional.

- Para el feto o bebé: malformaciones congénitas, problemas de crecimiento y desarrollo, bajo peso al nacer y la muerte perinatal y/o el riesgo de aborto.
- El perfil de riesgo común de la embarazada consumidora de sustancias psicoactivas se correlaciona con una adolescente embarazada, primípara, con bajo nivel socioeconómico y baja escolaridad, fumadora, sin pareja y con despliegue a la violencia.
- Puede generarse una alteración radical en el desarrollo físico, neurológico y psicomotor del feto, el cual puede nacer con síndrome de abstinencia neonatal.

Según las entrevistadas, el consumo de sustancias adictivas durante el embarazo está relacionado con un inadecuado seguimiento sanitario, en un menor seguimiento de pautas de cuidado de su salud en el embarazo (descuidando su autocuidado personal referido a su alimentación, descanso, higiene personal, altibajos emocionales, y crisis de ansiedad), en graves dificultades para el ejercicio de la maternidad, e incluso en miedo a que se produzca la retirada de la guarda o tutela de sus hijos y/o a la actitud recriminatoria de familiares o del personal sanitario por mantener el consumo durante el embarazo.

La violencia de género.

En base numerosos estudios, el inicio de la violencia de género puede dar origen en dos momentos de la pareja adolescente, y es que puede comenzar desde el principio de la relación amorosa adolescente, o después del descubrimiento del embarazo (Santos et al., 2014).

En ambas circunstancias de inicio, la violencia de género hacia la adolescente embarazada produce una situación de especial vulnerabilidad para la mujer, produciéndose numerosas consecuencias tanto para la madre como para el feto o bebé, destacando estas dos más frecuentes:

- Parto prematuro: las posibilidades de este efecto se duplican cuando existe violencia de género durante un embarazo adolescente (Donovan, 2003).
- Bajo peso al nacer: muchos estudios como los de Chen (2017) y Ferdos (2017) concuerdan en una situación de violencia de género multiplica las probabilidades de que el bebé nazca con bajo peso. Además, según Hill (2016) cuanto mayor es la frecuencia del maltrato, mayores son las probabilidades.

Las consecuencias de la violencia de género varían según que vía se ejerza el maltrato, ya que se puede ejecutar por vía directa -físico- o indirecta -emocional- (De Gracia, 2019):

- ✓ Vía directa: someterse ante una agresión directa de forma física en el vientre, o una agresión sexual durante el embarazo se asocia a varias consecuencias como el daño placentario, sangrado, infecciones genitourinarias, contracciones uterinas, la restricción en el crecimiento uterino, y la rotura de membranas. Esto puede acrecentar el riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro, bajo peso al nacer y muerte fetal (Ferdos, 2017; Laelago, 2017; y Alhusen, 2015).
- ✓ Vía indirecta: la ansiedad y el estrés materno en el embarazo adolescente durante el maltrato puede activar el eje neuroendocrino, liberando el cortisol y catecolaminas y provocando la vasoconstricción en los vasos placentarios. Esto puede causar la hipoxia fetal y el parto prematuro. También puede agravar secuelas crónicas de salud tales como la aparición de diabetes, hipertensión y asma, así como incrementar conductas de riesgo no saludables en la mujer como el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias tóxicas, y un patrón alimenticio poco saludable (Santos et al., 2014). Todos estos efectos provocan un riesgo muy elevado en el embarazo adolescente. (Ferdos, 2017; Laelago, 2017; y Alhusen, 2015).

Las entrevistadas concuerdan en que, las consecuencias para la gestante adolescente en situación de violencia de género son el desarrollo de comportamientos de cuadro depresivos y de desinterés frente al embarazo, falta de autocuidado de la mujer, e impulso hacia una visión de repulsión hacia su propio bebé atribuyéndole la culpa de su situación.

4.6.- DIFERENCIAS ENTRE MUJERES EMBARAZADAS AUTÓCTONAS Y EMBARAZADAS INMIGRANTES.

Existen algunas diferencias entre las mujeres embarazadas autóctonas e inmigrantes, puesto que el ser inmigrante puede estar asociado a múltiples variables de riesgo distintas a las autóctonas.

Respecto a las características económicas, socio familiares y culturales de las embarazadas inmigrantes y autóctonas, se establecen las siguientes diferencias. Las gestantes autóctonas embarazadas presentaban un mayor estatus socioeconómico, estabilidad laboral y cualificación profesional, mayor tasa de empleo y nivel de estudios

promedio, conviviendo con una familia de un solo núcleo, y con una menor intensidad en las creencias religiosas. Por otro lado, las gestantes embarazadas inmigrantes presentaban menor nivel socioeconómico, con familia de más de un núcleo y con creencias religiosas más sólidas. También hay diferencias en el control prenatal, produciéndose un peor seguimiento del embarazo en las inmigrantes, especialmente en las que tienen un bajo nivel de estudios, un mayor desconocimiento del castellano, un periodo corto de residencia en España y una situación irregular administrativa.

Las consecuencias fueron una detección más tardía del embarazo, un menor número de visitas de seguimiento médico, y una menor participación en los programas de preparación al parto y a la maternidad de las mujeres inmigrantes gestantes frente a las autóctonas.

Sin embargo, se ha determinado que una diferente condición socioeconómica y cultural de la mujer inmigrante no influye aparentemente en el riesgo obstétrico y de vida del feto o bebé (Juan y Diana, 2011).

5.- EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL CON LA MUJER EMBARAZADA EN LA RIOJA.

El rol del Trabajo Social, en relación al abordaje del embarazo adolescente en riesgo de exclusión social, es un concepto muy amplio. Sin embargo, la mayor parte de la intervención la acarrea el trabajo social sanitario, el cual se define como:

“La actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud- enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquellas” (Amaya Ituarte, 1992)

El trabajador social de salud tiene competencias y capacidades generales con las que puede intervenir con la adolescente en embarazo de riesgo. Varios autores detallan las funciones del trabajador social en este campo, agrupándolas en seis (Rodríguez et al., 2017):

A. Investigación

- Diseñar con el equipo interdisciplinario en proyectos de investigación sobre la salud integral de la población.
- Analizar las características socioeconómicas de la adolescente embarazada, necesidades, expectativas y percepciones.

B. Promoción:

- Orientar a las personas y sus familias sobre los itinerarios de atención del sistema de salud riojano (SERIS) y demás recursos institucionales y/o comunitarios.
- Brindar información sobre el embarazo, y pautas a seguir para el control prenatal.
- Promover estilos de vida saludables en las personas y sus familias.

C. Prevención:

- Prevención de factores de riesgo en las adolescentes embarazadas, familiares y/o pareja de usuarios con problemática específica.
- Fortalecer la unidad familiar para asegurar el apoyo a la gestante adolescente.

D. Recuperación:

- Acompañar y educar a las familias y cercanos para que promuevan de la recuperación de su salud.

E. Rehabilitación:

- Dirigir al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la inserción social de la adolescente embarazada.
- Coordinar con servicios de atención especializada que propendan al acceso a la información, facilitando la calidad en la prestación de los servicios de salud.

F. Gestión y administración de los servicios:

- Evaluar los programas de intervención.
- Revisar permanentemente los procedimientos de atención al usuario.
- Sistematizar los recursos con objetivo de responder a las necesidades de cada caso.

Para entender la dimensión social del embarazo adolescente que existe en la comunidad autónoma de La Rioja, he seleccionado algunos indicadores que motivaron a crear el

Programa Integral de Apoyo a la embarazada (PIA), que emana del “Plan Integral de Apoyo a la embarazada en situación de riesgo social (2016-2019)” anteriormente mencionado.

- En el año 2014 se registraron 2.834 nacimientos en La Rioja, de los cuales 16 pertenecían a menores de 18 años.
- En España, en el año 2014 la tasa de riesgo de pobreza o exclusión social de las mujeres fue de un 28,9%. Las mujeres de 16 a 29 años presentan la tasa de riesgo o exclusión más elevada con un 36,0 %.
- Se estima que en el año 2015 pudo haber unas 900 mujeres embarazadas en riesgo de exclusión y únicamente entre 144 y 176 fueron atendidas en los servicios sociales de base riojanos.
- La cifra de nacimientos en La Rioja ascendió a 2.834 en el año 2014. De estos, 16 correspondían a menores de 18 años.

En respuesta a esto se ha creado un protocolo que da sentido al papel del trabajador social en La Rioja, este proyecto trata sobre la detección, valoración, derivación y coordinación entre los profesionales de los ámbitos de Servicios Sociales y Salud de casos específicos de embarazos de riesgo, especialmente de los embarazos de riesgo adolescentes. Este plan se trabaja en el ámbito de la atención primaria y con una metodología conjunta de gestión de casos. Estas actuaciones dan lugar a proyectos individualizados de atención consensuados con la mujer, que incluyen todos los recursos y redes de apoyo adecuados a sus necesidades.

En la siguiente página se expone el flujograma dónde se refleja el ciclo de detección de la embarazada, el acceso al proyecto individualizado, la ejecución del protocolo y la revisión y evaluación del mismo.

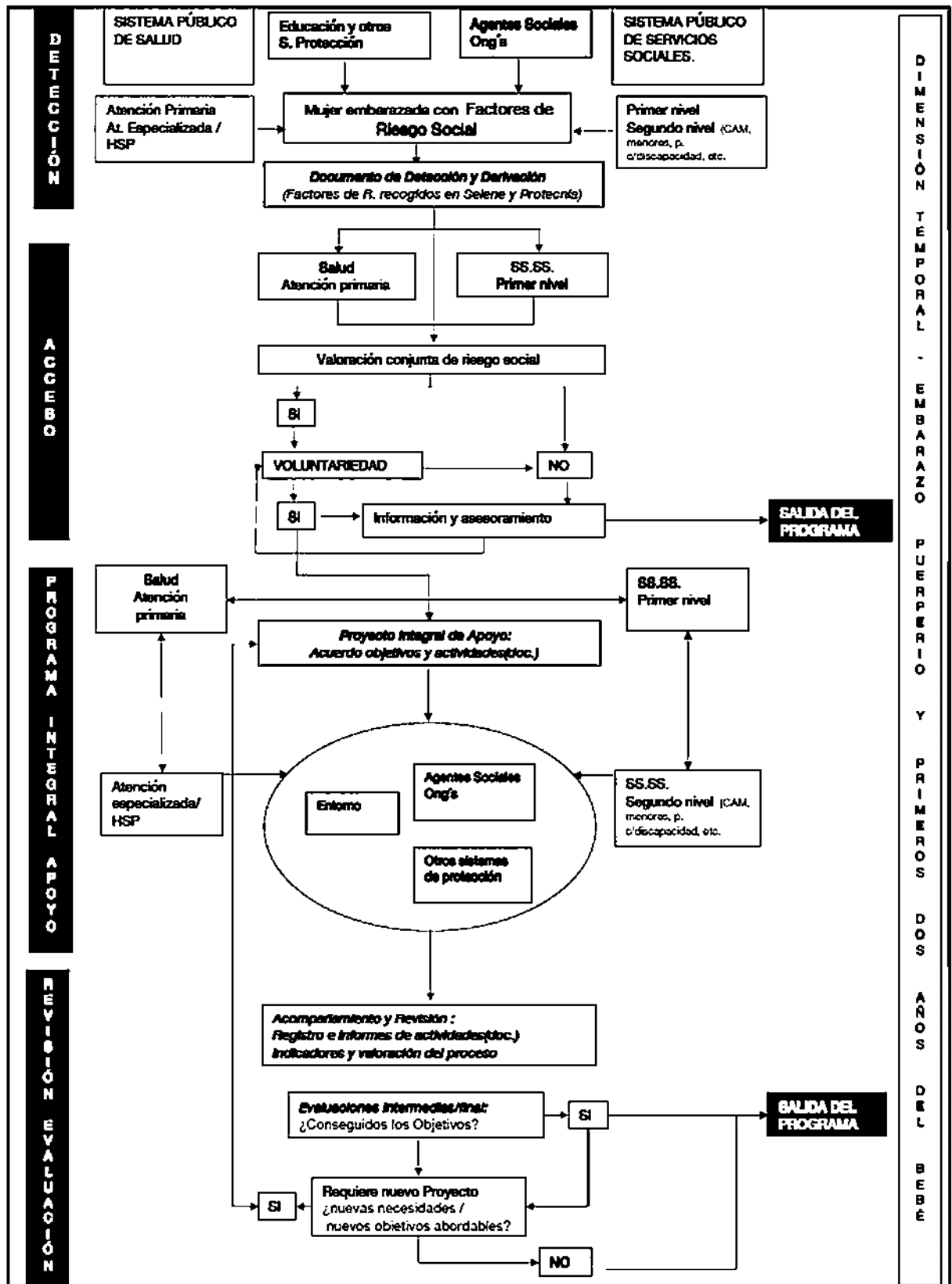


Gráfico 3 (Programa Integral de Apoyo (PIA); Fuente: Elaboración propia).

Una vez revisado el flujograma del protocolo, pasamos a explicar el proyecto individualizado, que se elabora una vez que la usuaria ha accedido a entrar en el mismo con su propia voluntad. Antes de empezar el proyecto, los trabajadores sociales y profesionales implicados de ambos sistemas de protección, se ponen en contacto con la mujer embarazada para realizar un estudio de la situación y una valoración conjunta del riesgo social. Cabe añadir que, en los supuestos de que no se presenten factores de riesgo social, o de que la mujer no acepte participar en un Programa Integral de Apoyo, únicamente se le proporcionará información y asesoramiento (Ley 1/2012 de La Rioja; art. 3).

Tras comprobar el entorno de riesgo social en el embarazo, se pasa a elaborar el proyecto. El primer paso es cumplimentar la derivación, señalando los indicadores de riesgo social detectados e informando de quién deriva a la usuaria. Los agentes implicados reciben el diagnóstico social de la adolescente embarazada, y elaboran en un plazo no superior a un mes un plan de intervención. A los tres meses se revisará el plan inicial y se realizará uno de seguimiento. Este seguimiento de control del embarazo consta de enumerar los objetivos y las actividades que respondan a cada necesidad de la embarazada, además de los medios correspondientes, señalando las diferentes áreas de intervención: salud, economía, desarrollo personal, relaciones familiares y sociales, vivienda, educación e inserción laboral. En el calendario previsto se refleja el periodo estimado para la realización de la actividad. También se incluye la periodicidad para las evaluaciones intermedias previstas y la fecha de la próxima. El compromiso del proyecto será inscrito por la mujer embarazada y los profesionales implicados en el mismo, así como por las personas del entorno que puedan constituir una red apoyo en cada caso (familiares, amigos, otros profesionales, etc.).

Posteriormente, se realiza un acompañamiento y unas revisiones periódicas de la ejecución del proyecto, con objeto de elaborar evaluaciones intermedias junto con informes colaterales de las actividades, información procedente de los agentes de segundo nivel, etc. Dichas evaluaciones intermedias reflejan el acompañamiento y su continuidad. Como resultado de la evaluación final, si se ha observado algún fallo se redefine el proyecto incorporando algunas variaciones, o se produce el cierre del Programa de Apoyo a la Mujer embarazada (PIA) por diversas razones:

- Desaparición de los factores de riesgo.

- Renuncia o abandono del PIA por parte de la mujer.
- Cumplimiento de todos los objetivos.
- Finalización temporal de la Ley 1/2012.

En todo caso, se realizará un informe final, recopilando lo ocurrido en el proceso y los acontecimientos más importantes del mismo para proceder al cierre del Programa individual.

Para terminar, desplegaré una lista de recursos y servicios existentes en la comunidad autónoma de La Rioja, de los cuales la mujer embarazada en situación de riesgo de exclusión social se puede amparar, así como las instituciones las cuales se encargan de su gestión, administración y ejecución.

Alojamientos de urgencia:

- Cruz roja.
- Servicio de urgencias sociales: teléfono de atención a mujeres víctimas de maltrato y/o agresión sexual y servicio de emergencias sociales.

Pisos de acogida.

- Cruz roja

Servicios telefónicos.

- Servicio de urgencias sociales: teléfono de atención a mujeres víctimas de maltrato y/o agresión sexual y servicio de emergencias sociales. Logroño
- Cruz Roja de Arnedo; y Cruz Roja de Calahorra.
- Teléfono de información de la mujer
- Teléfono de la esperanza
- Asociación Red Madre Rioja. Calahorra

Otros.

- Centro asesor de la mujer. Logroño
- Oficina de atención a la víctima del delito. Logroño; Haro; Calahorra
- Policía local (equipo de atención social). Logroño

- Red vecinal contra la violencia doméstica. Logroño
- Servicio de atención a la mujer del cuerpo nacional de policía (SAF)
- Centro social de religiosas de María Inmaculada. Logroño
- Departamento de la mujer-UGT. Logroño
- EMUME (Equipo mujer menor): Equipo policía judicial
- FUNDACION VIDA. Logroño
- NOSOTRAS. Logroño

Asociaciones.

- Logroño:
 - o AFAMMER-RIOJA (Asociación de familias y mujeres del medio rural); AMPER (Asoc. de mujeres paquistanís en la Rioja); ARABELLA (Asoc. de mujeres árabes en la Rioja); Asoc. "Caminando juntas siempre"; Asoc. de mujer "CASIOPEA"; Asoc. de mujeres agricultoras de la Rioja (AMAR); Asoc. de mujeres colombianas en la Rioja POLICARPA Salavarrieta "La pola"; Asoc. de mujeres empresarias y profesionales de la Rioja (MEPAR); Asoc. de mujeres latinoamericanas en la Rioja; Asoc. de promoción y desarrollo rural (PYDER); Asoc. de viudas 'Virgen de la esperanza'; Asoc. futura para el desarrollo social; Ayúdanos y te ayudaras; Mujeres en igualdad de la Rioja; y Unión sindical obrera (USO).
- Arnedo:
 - o Asociación "mujer actual de Arnedo"; Asociación de mujeres de Arnedo (AMA).
- Alfaro:
 - o Asociación de amas de casas de Alfaro (ASAMA); Asociación de mujeres de Alfaro (ADEMA); Asociación riojana de ayuda a hombres y mujeres maltratados/as.
- Otros:
 - o Asociación de mujeres "Entre dos pueblos". Lagunilla de Jubera
 - o Asociación de mujeres "LA AMPUDIA". El Villar de Arnedo

6.- EXISTENCIA DE UNA REALIDAD POCO VISIBLE O IGNORADA Y CON PROBLEMÁTICA DE MARGINALIDAD SOCIAL.

Existen varios colectivos de mujeres embarazadas, de los cuales no he hallado documentos bibliográficos y/o información presentada en las entrevistas sobre la existencia o no de un riesgo del control del embarazo. Los colectivos de mujeres adolescentes que pueden encontrar barreras para no recibir una adecuada atención sanitaria al pertenecer a una realidad poco visible, son las siguientes:

- Mujeres sometidas a trata de blancas.
- Mujeres embarazadas transeúntes o en situación de temporeras (cambian rápidamente de residencia y no guardan empadronamiento por lo que no acceden al servicio público).
- Mujeres embarazadas desconocedoras del idioma (no entienden correctamente el proceso del embarazo, ni pautas a seguir, ni los servicios y recursos que tienen disponibles).
- Mujeres embarazadas en situación de precariedad laboral (con poca disponibilidad horaria para llevar un buen control de su embarazo).
- Mujeres en situación de malos tratos o violencia de género (no acuden a la consulta médica por miedo al comportamiento de su maltratador).
- Adolescentes embarazadas con conflictos en el hogar (no acuden a la consulta a razón de ocultar su embarazo por miedo al rechazo de su familia).

7.- RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

En este apartado se van a presentar los resultados y las conclusiones sacadas de este estudio exploratorio, en base a la hipótesis y objetivos planteados.

- 1) El embarazo en la adolescencia aparece con mayor frecuencia en circunstancias socioeconómicas de mayor vulnerabilidad.
- 2) Las jóvenes entre 10 y 19 años tienen mayor riesgo de tener parto pre-termino que las madres entre los 20 y 24 años, y también mayor probabilidad de que el bebé nazca con bajo peso. Las madres menores de 20 años se estima que poseen el doble de riesgo de prematuridad. Las adolescentes embarazadas tienen mayor

probabilidad de presentar anemia que las madres mayores de 20 años. En el embarazo de jóvenes menores de 15 años existe mayor frecuencia de cesárea que en el resto de embarazos (Francisco Javier, 2012).

3) Las adolescentes de menor edad acuden a la consulta prenatal tardíamente, pudiendo estar relacionado con las características psicosociales de la joven, reflejándose en una mala nutrición, mayores tasas de anemia y un índice de masa corporal más bajo.

4) La educación sexual preventiva va fluyendo en la juventud para impulsar un cambio en la prevención de embarazos no deseados y de las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

5) La figura parental adquiere un alto grado de importancia a la hora de lograr una educación sexual para prevenir el embarazo de riesgo en las adolescentes (Alvarado, 2013).

6) Una carencia de apoyo social y afectivo en el embarazo adolescente puede afectar negativamente en el posterior ejercicio de la maternidad.

7) Las adolescentes abandonan sus estudios debido al embarazo a causa de la carga de responsabilidad que la maternidad lleva implícita.

8) Las adolescentes embarazadas primíparas con carencia de recursos económicos tienen menores posibilidades de seguir su formación académica y sus oportunidades de inserción laboral.

9) La embarazada adolescente inmigrante, si se encadena con distintos términos, tales como el desconocimiento del idioma y de los servicios y recursos socio sanitarios de la comunidad, un tiempo corto de residencia en España, y una situación administrativa irregular, puede derivar en consecuencias negativas. Estas son una detección más tardía del embarazo, un menor número de visitas de seguimiento médico y una menor participación en los programas de preparación al parto y a la maternidad.

10) La probabilidad de que ocurra un embarazo adolescente es superior en las jóvenes de nivel socioeconómico bajo.

11) Los trastornos más concurrenciosos durante la gestación de una adolescente son el trastorno de ansiedad, el trastorno depresivo prenatal y post parto, y trastorno alimentario.

12) Dependiendo de las drogas que se consuman, legales (tabaco, alcohol...) e ilegales (cocaína, cannabis...), las consecuencias tendrán menor y mayor gravedad. Para las legales pueden ser el bajo peso al nacer, la prematuridad del parto, y para las ilegales pueden ser la muerte súbita, el aumento de riesgo de aborto y las malformaciones congénitas. Además, el consumo de drogas puede conducir a transmitirle al bebé, en el momento del nacimiento, el síndrome de abstinencia neonatal.

13) Los dos efectos más comunes implicados en la violencia de género en el embarazo adolescente son el parto prematuro y el bajo peso del bebé al nacer. El inicio de la violencia puede iniciarse desde el principio de la relación amorosa adolescente, o después del descubrimiento del embarazo.

14) La mortalidad infantil en neonatos de jóvenes menores de 20 años se triplica frente a las madres de 20 años.

Tras una amplia revisión bibliográfica para elaborar este trabajo, he concluido que, el aspecto más atrayente para analizar en un futuro, en mayor profundidad, es la educación sexual en la salud reproductiva de los jóvenes. Considero que, es de carácter urgente investigar nuevos protocolos para impulsar mejores campañas de educación sexual a los jóvenes, con objeto de prevenir las relaciones sexuales precoces y profundizar en la difusión del uso de métodos anticonceptivos, ETS's, y posibles riesgos que existen en un embarazo adolescente.

El grado de efectividad alcanzado por las campañas y programas preventivos de educación sexual dirigidas a adolescente, según la bibliografía y las profesionales entrevistadas, es insuficiente, ya que a pesar de que la cantidad de embarazos adolescentes ha disminuido, las tasas de enfermedades de transmisión sexual (ETS) entre jóvenes no. Es decir, las campañas de educación sexual no ejercen su función preventiva ni una formación efectiva para los adolescentes, ya que no son incluidas de forma habitual sino puntual. Por lo tanto, es preciso promover programas enfocados a producir cambios conductuales, con estrategias metodológicas diversas (juegos de roles, ejercicios de apoyo al proceso de socialización...). De hecho, la prevención de embarazos no deseados debe

ir unida a un trabajo de crecimiento personal y de asunción de conceptos en el planteamiento de pareja, relacionados con la no dependencia de la mujer del hombre y la no admisión de un papel secundario.

En relación a los factores de riesgo de mayor incidencia en el embarazo de riesgo, he deducido que, la violencia de género, la familia disfuncional, el consumo de sustancias tóxicas, y la edad de la embarazada son los que mayores complicaciones durante el embarazo pueden arrastrar.

A lo largo de este estudio, he encontrado muchas limitaciones en la realización de este trabajo, y también para reflejar toda la información de interés, debido a la extensión límite del contenido que me impedía abarcar todos los aspectos que me hubiese gustado. Si bien existe mucha documentación sobre el embarazo de riesgo, la mayor parte proviene de estudios latinoamericanos, algunos de ellos contradictorios entre sí, lo que me ha llevado a tener dificultades en la redacción de conclusiones en común.

Por último, a raíz de las entrevistas realizadas, sería muy positivo e importante incluir en los servicios públicos y recursos sociales especializados de todas las comunidades autónomas, la creación de una consulta joven para la adolescente, donde se planteen cuestiones de afectividad y sexualidad de forma más íntima y personal, alejándose del procedimiento habitual y normalizado de la consulta de la matrona.

8.- PROPUESTA DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO DESEADO.

Varios autores concuerdan en que hay una idea errónea que promueve las campañas preventivas sobre el embarazo considerado como precoz y no planificado. Según Oviedo y García (2011), los mensajes emitidos por el estado para prevenir al embarazo precoz, operan como mecanismos de control del cuerpo, estimulando la descarga de la responsabilidad de la pobreza sobre la figura de la mujer. Esta representación no cuenta con que el embarazo adolescente está influenciado por multitud de interrelación de factores socio-culturales, y que el propio embarazo no es generador de consecuencias negativas. Por tanto, si el propio estado aprecia el embarazo adolescente como un problema social, existe una incapacidad para abordar este escenario.

Siguiendo esta línea, según Parra (2012), la existencia de visiones estereotipadas generalmente termina culpabilizando a los adolescentes y diluyendo las responsabilidades de los adultos, y de toda la sociedad en general. Por esta razón, es imprescindible que el

estado español modifique esta idea para que no obstaculice la creación de políticas y programas que amparen a adolescentes embarazadas, ejerciendo tanto una labor simple de información preventiva, como una más profunda de intervención (Ana María y José Luis, 2014).

Antes de diseñar propuestas para prevenir el embarazo hay que planear todas las situaciones que puede tener una adolescente en relación a la maternidad. Para ello es necesario dividir las medidas según su propósito de prevención según afirma Ulanowicz et al. (2006).

Prevención primaria:

La prevención primaria hace referencia a las medidas que se pueden tomar para evitar que se produzca un embarazo no deseado en las adolescentes.

- Divulgar campañas de información sobre salud sexual reproductiva no solo destinada al ámbito escolar, sino a todos los demás.
- Reunirse con los medios de comunicación para realizar un marketing social para promover la salud sexual.
- Asesoramiento individual en los servicios de salud adolescente para promover la comunicación entre padres, familiares y los adolescentes en el hogar.
- Formar a los profesionales que tengan contacto dilatado con los jóvenes para su atención en situación de alto riesgo de embarazo.
- Detectar a las adolescentes en vulnerabilidad social y educacional en riesgo de quedar embarazadas.
- Mejora de la accesibilidad a los métodos anticonceptivos.

Prevención secundaria:

La prevención secundaria, son las pautas a seguir cuando el embarazo ya está encaminado, para alcanzar un mayor seguimiento de los controles de salud indicados en la cartilla de control prenatal.

- Inserción de las adolescentes embarazadas en programas de atención y asistencia del embarazo, parto y recién nacido, coordinándolo con el personal competente.
- Facilitar la participación de la pareja adolescente, y orientarle en la aceptación de su rol en el embarazo.

- Dar información y apoyo psicológico a la joven, si optara por la opción de entregar al bebé en adopción.

Prevención terciaria:

Se refiere a las medidas para mejorar el vínculo familiar entre la madre, el padre y el hijo, así como para atravesar el desafío de la maternidad con mayor estabilidad.

- Ayudar a la reinserción laboral de la madre adolescente, y del padre si fuera necesario.
- Mantener un control sanitario integral y contener su fertilidad, evitando la reincidencia compulsiva de los embarazos con un corto periodo intergenésico.
- Establecer un mayor número de pisos de acogida para las madres adolescentes sin apoyo familiar, que tengan función de alojamiento, y se incluya la función de orientación para afrontar el embarazo sin pareja o sin apoyo familiar, y la función de prevención de otro embarazo no deseado.

9.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Gobierno de La Rioja. (2016-2019). *Plan Integral de Apoyo a la embarazada en situación de riesgo social*. Logroño, La Rioja, 29-32.
- Observatorio Europeo sobre las Políticas Nacionales para Combatir la Exclusión Social. (1994). *Hacia una Europa de las solidaridades, intensificando la lucha contra la exclusión social y promoviendo la integración*. Bruselas.
- LEREN ONDERNEMEN. (junio de 2004). *Sian Jones and Saskia de Bruyn*, Marco teórico y metodológico: Informe belga.
- Quesada, M; Romero, M; Prieto, M; y Rodríguez, C. R. (11 de diciembre, 2009). *Caracterización social del embarazo en la adolescencia*, 3.
- Robaina-Castillo, J.I; Hernández-García, F; Ruiz Gómez, L. (2019). Algunas consideraciones sobre el embarazo en la adolescencia. *Revista Universidad Médica Pinareña*, 15 (1), 123-133.
- Madrid Gutiérrez, J.; Hernández Cordero, A.L; Gentile A; Cevallos Platero L. (28 de febrero de 2019). Embarazos y maternidad adolescente

- desde una perspectiva cualitativa en ciencias sociales. *ADOLESCERE*, 7 (1), 40-43.
- Organización Panamericana de la salud. (2018). *América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo*. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=1926&lang=es
 - Organización mundial de la salud. (2018). *El embarazo en la adolescencia*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
 - Organización mundial de la salud. (2009, junio). *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo*, 87, 405-484.
 - Gobierno de España. (2016). Instituto de la juventud 2016. Recuperado de: <http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/24/publicaciones/informe-juventud-2016.pdf>
 - James E Rosen. (2018). Estudio de investigación del departamento de Reducción de los riesgos del embarazo de la OMS. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 87, 405-484.
 - Gobierno del Estado de México. (2019). Investigación causas y factores de la maternidad adolescente en el estado de México, dentro del contexto del programa de desarrollo social. *Futuro en grande*, 5.
 - Alvarado, L. y S. Infante, (2010), *Mujer y educación. Adolescentes embarazadas.*, Congreso Iberoamericano de Educación. Metas 2012, Buenos Aires, Argentina.
 - Monterrosa-Castro, A; y Bello, A.M. (1996). Atención obstétrica en adolescentes menores de 15 años. *Revista Colombiana de Obstetricia. Ginecología*, 47 (1), 112-113.
 - Martínez Bueno, C. (2002). Post parto en la madre adolescente. *Matronas Profesión*, (7), 19-25.
 - Domínguez-Anaya, R; Herazo-Beltrán, J. (2011). Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo.

- Cartagena (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 62 (2), 141-147.
- Haeri, S; Guichard, I; Saddlemire, S. (2009). Características maternas y resultados asociados con la inscripción tardía para la atención en embarazos adolescentes. *South Med*, 102, 8-265.
 - Bojanini, J; Gómez, J. (2004). Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 55, 21-114.
 - Gálvez Espinosa, M; Rodríguez Arévalo, L; Rodríguez Sánchez, C.O. (junio de 2016). El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32 (2), 280-289.
 - Chacón, D; Cortes, A; Álvarez, A.G; Sotonavarro, Y. (2015). Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 41 (1), 50-58.
 - Álvarez Nieto, C; Pastor Moreno, G; Linares Abad, M; Serrano Martos, J; Rodríguez Olalla, L. (2012). Motivaciones para el embarazo adolescente. *Gaceta Sanitaria*, 26 (6), 497-503.
 - De la Caridad Calderón Morales, I; Inalbis del Río, C; Rodríguez Zamora, O; Guisandes Zayas, A.A; (2014). Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. *MEDISAN*, 18 (11), 1544.
 - Ministerio del trabajo y previsión social, Gobierno de Chile. (Julio de 2011). Mujer y trabajo: ¿cómo incide la maternidad temprana sobre el desempeño laboral?. *Comunidad Mujer*, (11), 1-11.
 - María, P. Z. (2012). *Factores asociados al cumplimiento del protocolo de embarazo en inmigrantes africanas y su repercusión en la morbilidad neonatal en Cantabria* (Tesis doctoral). Facultad de medicina-Universidad de Cantabria, Santander.
 - Silvia, T.R. y Pilar D. R. (2013). *La salud de la mujer inmigrante durante el embarazo. Experiencias, sensaciones y diferencias* (Trabajo de fin de grado). Facultad de enfermería y podología-Universidad de A Coruña, Galicia.
 - Gómez-Mercado, C; y Montoya-Vélez, L. (2014). Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño. *Revista de salud pública*, 16 (3), 394-406.

- Alba González B; y Manuel F. (2015). *La salud mental de la mujer en la edad gestacional* (Trabajo de fin de grado). Universidad de Valladolid - Facultad de Enfermería, Valladolid.
- Rodríguez, R; Sánchez, J. C; Menor, M. J; Sánchez, M; y Aguilar M. J. (2018). Trastornos alimentarios durante el embarazo. *Journal*, 3 (5), 347-356.
- Cristina, R. C; y Olga, R. M. (2015). *Embarazo y hábitos tóxicos: consecuencias en la gestante y el neonato* (Trabajo fin de grado). Tecnocampus, facultad de enfermería.
- Santos Mota; R; Matías Santos, M; De Camargo, C. L; Pereira Gomes N; Freire Diniz, M. N; y Diniz Rodrigues, A. (2014). Sexualidad, embarazo y violencia doméstica: experiencias de adolescentes brasileñas, *Index de Enfermería*, 23 (3), 139-143.
- Donovan B. M. (2003). Violencia íntima de la pareja durante el embarazo y riesgo de resultados adversos para el lactante: revisión sistemática y meta-análisis. *BJOG*, 123, 99-1289.
- Chen, P. H. (2017). Resultados del nacimiento en relación con la violencia en la pareja. *Revista de la Asociación Nacional de Médicos*, 109 (4), 45-238.
- Hill, A. (2016). Revisión sistemática y meta-análisis de la violencia en la pareja durante el embarazo y de determinados resultados del parto. *Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia*, 133, 76-269.
- Ferdos, J; y Rahman, M. M. (2017). Experiencia materna de violencia en la pareja y bajo peso al nacer de los niños: Un estudio hospital-basado en Bangladesh. *Plos one*, 12 (10).
- Laelago, T; Belachew, T; y Tamrat, M. Efecto de la violencia en la pareja sobre los resultados del parto. *Ciencias de la salud africanas*. 2017, vol. 7, núm. 3
- Alhusen, J. L. (2015). Violencia íntima de la pareja durante el embarazo: resultados maternos y neonatales. *Revista de salud de la mujer*, 24 (1), 6-100.
- De-Gracia-de-Gregorio, M. (2019). Repercusiones perinatales tras violencia de género en la mujer embarazada. *Musas*, 4 (1), 3-21.
- Juan G. G; y Diana G. G. (2011). *Perfil epidemiológico de las gestantes inmigrantes y autóctonas* (Tesis doctoral). Hospital General Universitario de Albacete, Alicante.

- Abreu Velázquez C. (2009). El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud. *Enfermeros*, 3 (2), 74.
- Ramirez, M. A; Velàsco, M. B; y Garzon, F. D. (2012). *Competencias del Trabajador Social*. Bogotá.
- Maldonado, E. L. (2006). Competencias laborales del trabajador vistas desde el mercado Laboral. *Parte A. Humanidades Tabula Rasa*, 271-272.
- Baudino, V; Bonanno, A; Bomijan, M; Echegoyen, M; y Martínez, M. (1986). *Congreso Internacional de la Salud* (Ponencia). Buenos Aires.
- Rodríguez, L. A; Loor, L; Anchundia, V. I. (abril de 2017). Las funciones del trabajador social en el campo de salud. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 2, 6-9.
- Universidad de La Rioja. (2018). Guía de Recursos Sociales y Accesibilidad: Mujer.
- Francisco Javier, R. B. (noviembre de 2012). *Edad y origen de la madre como factores de riesgo de prematuridad* (Tesis doctoral). Universidad de Alicante, Valencia.
- Alvarado, J. (2013). Educación sexual preventiva en adolescentes. *Facultad de Educación UNED*, España, (29), 25-42.
- Oviedo, M; García, M. C. (2011). El embarazo en situación de adolescencia: una impostura en la subjetividad femenina. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2, 929-943.
- Parra, N. (2012). Cuando el embarazo no planificado se desea. Estudio aproximativo sobre la vivencia de adolescentes embarazadas. *Revista de Trabajo y Acción Social*, 51, 181-203.
- Ana María, V; José Luis, A. (julio de 2014). *Maternidad, adolescencia y vulnerabilidad social. Un acercamiento a las madres adolescentes* (Trabajo de fin de grado). Universidad de Jaén, Facultad de Trabajo social, Jaén.
- Ulanowicz, M. G; Parra, K. E; Wendler, G. E; Tisiana, L. M. (enero de 2006). Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*, (153), 15-16.

- Anabel, B; Pablo, L. (septiembre de 2018). *Estrategias de prevención de embarazo no intencional en adolescentes: aportes desde la psicología* (Trabajo de fin de grado). Universidad de la Republica Uruguay, Montevideo.

10.- ANEXOS.

10.2.- ENTREVISTAS.

CUESTIONARIO PARA LAS ENTREVISTAS A EXPERTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO SOCIAL EN EL EMBARAZO

Con el objetivo de hacer efectiva la Ley 1/2012, que establece y regula una red de apoyo a la mujer embarazada, el Gobierno de La Rioja aprobó el “Plan Integral de Apoyo a la Mujer Embarazada en situación de desprotección o riesgo de exclusión social”, que entre otros aspectos contempla la promoción y realización de investigaciones en este campo.

Dicho esto, se está desarrollando una investigación para ampliar el conocimiento existente sobre los factores de riesgo social en el embarazo, los cuales se ha determinado que pueden ser los siguientes: El rechazo del entorno familiar y social, los conflictos familiares, las situaciones de violencia, los embarazos en adolescentes, la falta de habilidades personales, el desconocimiento del idioma, la falta de dominio las pautas culturales dominantes, la carencia de domicilio, la escasez o ausencia de recursos económicos, los trastornos mentales, la discapacidad, el consumo de tóxicos, el tratamiento de metadona, la prostitución, dificultades en el acceso los servicios públicos, etc.

A continuación, y en su calidad de experto, le voy a formular una serie de preguntas relacionadas con diferentes factores de riesgo social que se pueden presentar durante el embarazo y afectar al curso normal del mismo.

Para un mejor tratamiento y análisis de la información se precisa grabar esta conversación, siempre y cuando usted se muestre conforme.

Muchas gracias por su tiempo y por su colaboración.

1. ¿Con qué frecuencia acude la mujer embarazada a la consulta de un especialista sanitario?
2. ¿Qué rasgos caracterizan a aquellas mujeres que no mantienen un control adecuado del embarazo?
3. El seguimiento incorrecto de las pautas de cuidados y calendario de citas por parte de la propia mujer embarazada ¿qué consecuencias cree que conlleva para la salud de ésta?
4. ¿Existe un intervalo de edad en el que se presente un mayor riesgo social en las mujeres embarazadas?
5. ¿Considera que existen factores psicológicos y sociales específicos en las adolescentes embarazadas que las diferencian de las mujeres adultas?
6. ¿Considera que el país de origen de la mujer embarazada puede influir en el momento de la primera consulta médica y en el seguimiento posterior?
7. ¿Considera que el idioma es un factor significativo a la hora del futuro seguimiento del control gestacional de la mujer inmigrante embarazada?
8. En el caso de mujeres inmigrantes ¿hasta qué punto considera necesarias las actuaciones preventivas previas a la concepción?
9. ¿Existe algún tipo de patología relevante durante el embarazo que se presente con mayor incidencia en mujeres extranjeras? Si es así, ¿qué papel juegan los controles de tipo preventivo?
10. ¿Ha observado que existan dificultades para la mujer inmigrante embarazada en el acceso al sistema sanitario y al sistema de servicios sociales?
11. ¿Presentan las mujeres gitanas algún hecho diferencial durante el embarazo? ¿y el resto de etnias?
12. ¿Existe algún grupo de mujeres embarazadas que no se esté beneficiando de una adecuada atención sanitaria?
13. ¿Considera que los recortes sanitarios de los últimos años han tenido algún efecto en la mujer inmigrante embarazada?

14. ¿Son la soledad y la falta de apoyo circunstancias que pueden influir en los cuidados que la mujer embarazada se presta a sí misma? ¿Existe alguna diferencia a este respecto entre las mujeres autóctonas y las extranjeras?
15. ¿Qué papel cree que juega la interacción familiar padres-hija tanto en la aparición de riesgos sociales durante el embarazo, como de un embarazo no deseado?
16. ¿En qué medida se ve afectado el embarazo cuando en la familia de la embarazada se presentan conflictos, situaciones de rechazo al embarazo, malos tratos, violencia de género o problemas laborales?
17. En función de su experiencia ¿qué consecuencias ha visto que produce el consumo de sustancias tóxicas durante el embarazo?
18. Pensando en casos concretos de mujeres embarazadas con discapacidad que usted haya atendido ¿en qué medida la discapacidad afectó al curso del embarazo?
19. Basándose en su experiencia ¿qué influencia puede provocar la enfermedad mental de la madre en el embarazo?
20. A tenor de su práctica profesional diaria ¿qué influencia tiene en el embarazo el hecho de que la madre sea profesional del sexo?
21. ¿Qué papel cree usted que tiene la carencia de ingresos en el embarazo y en la interrupción voluntaria del mismo?
22. ¿Qué grado de efectividad considera que alcanzan las campañas de educación sexual dirigidas a adolescentes, en cuanto a la prevención de embarazos no deseados?
23. ¿Cree que hay algún tema que no se haya tratado en el transcurso de esta entrevista relacionado con los factores de riesgo social en el embarazo?
24. ¿Desea realizar alguna matización o añadir información sobre alguno de los temas tratados en esta entrevista?