



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza



Trabajo Fin de Grado

LA MATERNIDAD ADOLESCENTE EN LA CIUDAD DE ZARAGOZA

“Teenage motherhood in the city of Zaragoza”

Autoras:

Ana Ibarben Alba

Ángela Villar Giner

Karen Carrera Pachacama

Directora:

María Dolores de Pedro

Codirectora:

María Pilar Cucalón Isiegas

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

Grado Trabajo social

2020-2021

Agradecimientos

En primer lugar, queremos agradecer a María Dolores de Pedro, profesora en la Facultad de Ciencias sociales y del Trabajo de la Universidad de Zaragoza y tutora de nuestro Trabajo de Fin de Grado. Gracias por haber guiado nuestros pasos en este trabajo, por la paciencia y los conocimientos que nos has transmitido.

En segundo lugar, gracias a María Pilar Cucalón Isiegas, codirectora de este trabajo, que junto a Dolores lo ha dirigido y corregido. Gracias por tu disposición, por tus orientaciones y aportaciones para la mejora de esta investigación.

Agradecer también a las profesionales, tanto del ámbito social como del ámbito sanitario, que han participado en las entrevistas. Sin su tiempo e intervención, este trabajo no habría sido posible.

En último lugar, queremos agradecer a las personas que nos han apoyado durante estos años de crecimiento personal y académico. Gracias en especial a nuestros padres y nuestras madres por habernos hecho más fácil el camino con su apoyo, comprensión y cariño.

ÍNDICE

RESUMEN	5
I. INTRODUCCIÓN	6
I.1. Justificación	6
I.2. Población Objeto de Estudio	7
I.3. Interés desde el Trabajo Social	7
II. MARCO TEÓRICO	9
II.1. La adolescencia	9
II.2. Las etapas de la adolescencia	11
II.3. La adolescencia y sus riesgos	11
II.4. La maternidad	13
II.5. Población femenina extranjera.	13
II.6. Maternidad adolescente	15
II.7. Interrupción Voluntaria del Embarazo	17
II.8. Consecuencias psicosociales de la maternidad adolescente	18
III. MARCO NORMATIVO	20
III.1. Legislación Internacional	20
III.2. Legislación Estatal	21
III.3. Legislación Autonómica	23
IV. OBJETIVOS	24
IV.1. Objetivos Generales	24
IV.2. Objetivos Específicos	24
V. METODOLOGÍA	25
V.1. Introducción	25
V.2. Estructura de la entrevista	27
VI. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN	28
VI.1. Perfil de las menores embarazadas	28
VI.2. Protocolos o labor que realizan las distintas profesionales	29
VI.3. Entorno de las menores embarazadas	31
VI.4. Actitudes de las menores respecto a la situación (durante y tras el embarazo)	32
VI.5. Educación sexual	33
VI.6. Contextos de exclusión social	34
VI.8. Posibles mejoras por parte de las profesionales	36

VII. CONCLUSIONES	38
VII.1. Perfil de las menores	38
VII.2. Protocolos o labor que realizan las distintas profesionales	38
VII.3. Entorno de las menores embarazadas	38
VII.4. Actitudes de las menores respecto a la situación	39
VII.5. Educación Sexual	39
VII.6 Contextos de exclusión social	39
VII.7 Riesgos de un embarazo precoz	39
VII.8 Posibles mejoras por parte de las profesionales	40
VIII. PROPUESTAS	41
IX. BIBLIOGRAFÍA	42
X. ANEXOS	45
1. Modelo de entrevista sanitario	45
2. Modelo de entrevista social	45
3. ETS 1	47
4. ETS 2	50
5. ETS 3	56
6. ETS 4	61
7. ETS 5	65
8. EES 1	67
9. EM 1	71
10. EM2	73
11. EM 3	75
12. EM 4	77
13. EP 1	79
14. EG 1	80

RESUMEN

Hemos realizado una investigación sobre el colectivo de menores embarazadas en la ciudad de Zaragoza, extrayendo conclusiones de entrevistas a profesionales de ramas sociales y sanitarias, con el objetivo de conocer la maternidad adolescente desde el punto de vista de estas profesionales. Hemos obtenido resultados sobre el perfil de las menores, su entorno, los contextos sociales en los que se desarrollan además de opiniones de las profesionales sobre la educación afectivo-sexual que reciben actualmente los y las adolescentes y las mejoras que ven necesarias para reducir los embarazos precoces y suplir las necesidades de las menores que se queden embarazadas.

Palabras clave: educación sexual, embarazo, embarazo precoz, etnia, maternidad adolescente, sistema sanitario.

ABSTRACT

We have carried out an investigation of the group of pregnant minors in the city of Zaragoza, drawing conclusions from interviews with professionals from social and health branches, with the aim of knowing adolescent motherhood from the point of view of these professionals. We have obtained results on the profile of the minors, their environment, the social contexts in which they develop, as well as opinions of the professionals about the affective-sexual education that adolescents currently receive and the improvements they see necessary to reduce pregnancies precocious and meet the needs of minors who become pregnant.

Key words: Early pregnancy, ethnicity, pregnancy, sanitary system, sex education, teenage motherhood.

I. INTRODUCCIÓN

I.1. Justificación

El motivo principal por el que hemos elegido este tema de trabajo ha sido porque queremos estudiar al colectivo de madres adolescentes, menores de 18 años, en la ciudad de Zaragoza. Este colectivo reducido de población vive un proceso que les cambia completamente la vida, ya que el embarazo precoz es determinante para la salud, la afectividad, el bienestar y el desarrollo vital, tanto de la menor como de su bebé. La maternidad a edades precoces es un problema social que sigue actualmente, aunque con el inicio de la pandemia ha descendido el número de embarazos precoces.

Desde la perspectiva del Trabajo Social la maternidad en adolescentes es un tema importante ya que van a necesitar apoyo de las Instituciones, apoyo educativo y apoyo psicosocial, es decir, se trata de abordar las condiciones de desigualdad, pobreza y exclusión provocada por causas étnicas, económicas y políticas. En muchos casos, desde los servicios sociales, ya se ha intervenido con las madres y lo harán con sus hijos. (Bright, Mariana, 2013).

Algunas de nosotras realizamos las prácticas en el Hospital Miguel Servet donde pudimos intervenir con este colectivo y recoger información previa que nos sirve para hacer este trabajo. Las menores embarazadas son un colectivo de difícil acceso, acuden a la primera visita con la trabajadora social con miedo debido a los estigmas que hay hacia nuestra profesión, e intentan no tener que volver a acudir al despacho, durante la entrevista evitan el contacto visual y hablan normalmente sus acompañantes mayores de edad. Generalmente el abandono escolar es lo más común, algunas de ellas ya han dejado los estudios o planean hacerlo durante o después, aunque también se dan casos de adolescentes que planean retomar sus estudios tras dar a luz. En cuanto al apoyo social y familiar, suelen estar acompañadas durante el proceso tanto por sus progenitores como por sus amigas, a pesar de no ser normalmente embarazos deseados.

Al comienzo del trabajo explicaremos la población objeto de estudio y la perspectiva que se tiene desde trabajo social ante esta problemática; en segundo lugar, explicaremos la base teórica en la que se basa nuestro trabajo, donde explicaremos los conceptos relacionados con la temática y nuestra población objeto de estudio y los objetivos tanto generales como específicos que pretendemos lograr con este trabajo.

Tras la explicación teórica daremos paso a la explicación legislativa. Hablaremos de las leyes que amparan tanto a estas menores embarazadas como a los bebés que darán a luz. Nos basaremos en la legislación internacional, estatal y autonómica, explicadas en ese orden.

Después de la explicación legislativa explicaremos más concretamente cada uno de los objetivos que nos hemos planteado para, posteriormente, explicar la metodología que vamos a utilizar para conseguirlos, en

este caso, entrevistas a distintas profesionales tanto del sector sanitario como del sector social, comentaremos la muestra de estudio que vamos a analizar y el tipo de datos que vamos a tomar. Por último, expondremos los resultados y las conclusiones que hemos sacado con este estudio además de propuestas de mejora del problema.

1.2. Población Objeto de Estudio

La población elegida para realizar este estudio son las mujeres residentes en Zaragoza de edades comprendidas entre los 14 y los 18 años, que han sido madres precoces en las edades señaladas. El motivo por el que hemos elegido este rango de edad es porque es el periodo en el que desarrolla la fase de la adolescencia, incluyendo hasta las adolescentes de 18 años, que es hasta donde regula la legislación de menores.

1.3. Interés desde el Trabajo Social

La figura del trabajador social en el contexto de un embarazo precoz es un pilar importante para las menores embarazadas. Desde el ámbito del trabajo social se proporcionará a la menor los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades psicosociales y así velar por su seguridad y la del bebé.

Existen 4 objetivos en los que el/la trabajador/a social debe intervenir, estos objetivos, marcados por la National Association of Perinatal Social Worker (NAPSW), son:

1. Trabajar con las mujeres y familias para evaluar sus fortalezas y desafíos a medida que se acercan a la maternidad.
2. Mejorar los efectos de las dificultades psicosociales y médicas trabajando directamente con la mujer y la familia, al mismo tiempo que les ayuda a acceder a los servicios de apoyo a largo plazo cuando sea necesario.
3. Ayudar a crear relaciones sanas y nutritivas entre padres/madres e hijos/as
4. Abogar por la mujer y su familia en el ámbito de la atención de la salud y en la comunidad.

Los objetivos enumerados anteriormente van dirigidos al conjunto de madres, aunque nuestra población objeto de estudios tiene unas necesidades diferentes, consideramos que es importante trabajar con ellas en los hábitos psicosociales y socioculturales, crear relaciones de confianza entre los progenitores y el bebé por lo que, estos aspectos se pueden extrapolar y trabajar con estas madres adolescentes.

La intervención social que se realiza con las madres prematuras se hace con la finalidad de evitar los riesgos y efectos negativos en el ámbito biológico, psicosocial y cultural de la menor, estas dificultades, por ejemplo, pueden ser el rechazo de la familia, de la sociedad y abandono escolar.

Si hablamos de la labor de los/as profesionales de atención primaria, se debe realizar un apoyo psicosocial para crear un vínculo durante todo el proceso del embarazo y tras la gestación para las dificultades que surjan a lo largo de la crianza. Además, el/la trabajador/a social deberá mantener una coordinación con el/la matrn/a para trabar la planificación familiar y los métodos anticonceptivos. (A.M. Rodríguez, 2018)

Se realiza una evaluación psicosocial del menor durante su crianza para detectar posibles indicadores de riesgo en base a sus hábitos de nutrición y sueño, rendimiento escolar o desarrollo psicomotor. Esta evaluación también se realizará a la familia para conocer las habilidades parentales o las capacidades de prevención de accidentes. Si se detecta algún tipo de indicador de riesgo se intervendrá con el menor para evitar las consecuencias negativas futuras.

La intervención del trabajador/a social, tanto social como sanitario/a, es fundamental durante y tras la gestación, y posteriormente, durante la crianza del menor. La coordinación entre todos los profesionales implicados en este proceso (educadoras, matronas, pediatras...) es muy importante para orientar y asesorar, tanto a la menor como a su familia.

II. MARCO TEÓRICO

Para poder realizar este trabajo y la investigación debida, es necesario conocer una serie de conceptos básicos. Para esto, hemos desarrollado este apartado donde vamos a explicar la adolescencia, la maternidad, la maternidad adolescente y los aspectos psicosociales que engloban los embarazos precoces, finalmente hablaremos de la opción de interrumpir voluntariamente el embarazo. Este apartado sirve para fijar unos conceptos previos y poder comprender el estudio que hemos realizado posteriormente.

II.1. La adolescencia

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. En esta fase también se producen momentos de incertidumbre, de establecer un proyecto de vida, es una etapa en la que se empieza a ser más independiente, también es una etapa de explorar tu cuerpo y donde se intensifica el tema de la sexualidad.

A su vez, según la OMS (Organización Mundial de la Salud) define la adolescencia como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.”

Durante la adolescencia, existen unas características generales, entre ellas, el ofrecimiento corporal, como puede ser un aumento de peso, estatura y de medios de la forma y dimensiones corporales, también un aumento en su masa y fuerza muscular. En esta etapa, la velocidad de crecimiento es mucho más rápida que en etapas anteriores, generando trastornos emocionales y conductuales de forma transitoria. El desarrollo sexual está marcado por la maduración de los órganos sexuales, la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el inicio de la capacidad reproductiva. Los factores de riesgo más comunes que se pueden identificar son, conductas inestables, familias disfuncionales, deserción escolar, accidentes, consumo de alcohol y drogas, desigualdad de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social, las condiciones ambientales insalubres, marginales y poco

seguras, y, enfermedades de transmisión sexual asociadas a prácticas riesgosas, embarazo. (Pérez, S. P., Santiago M. A., 2002).

Desde el punto de vista sociológico, en la infancia y adolescencia, lo que se hace es diferenciar los tiempos y los marcos de la socialización, en concreto, el periodo de socialización llamado “primario” (familiar) y “secundarios” (escuela, grupo de pares, instituciones políticas, culturales, religiosas...). La adolescencia es una etapa marcada por diferentes y complejos procesos de socialización, estos procesos están marcados por la influencia conjunta y, a veces contradictoria, de la familia, del grupo de pares (industria cultural y medios audiovisuales) y la institución escolar. Esto quiere decir que la familia, el grupo de pares y la institución escolar configuran relaciones de interdependencia que terminan formando el universo del menor. Cada adolescente es como si tuviera un problema complejo que resolver, tiene que encontrar su lugar simbólico, entre sus padres y la escuela y la escuela y su grupo de pares. Además de poder compaginar lo anterior también tiene que construir su propia identidad sexual. Que el adolescente “encuentre su sitio” dentro de la sociedad no es una necesidad personal o una exigencia histórica, sino que es el producto de un mundo social diferenciado, entre otros, en función del sexo, la generación, las clases sociales, intereses culturales. (Bernard, 2007)

Este inicio de la sexualidad conlleva un mayor riesgo de embarazo precoz, a este riesgo de embarazo se le suma la falta de información y acompañamiento de los adolescentes en esta etapa vital de maduración biológica y psicológica. Estos tipos de embarazos se ven condicionados por los patrones culturales de cada familia, el acceso a la educación y la atención en salud en cuanto a temas sexuales y reproductivos.

Población por grupos de edad y sexo. Aragón.

Grupos de edad	2010				2020			
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Nºmujeres/ Nºhombres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Nºmujeres/ Nºhombres
Total	1.347.095	673.177	673.918	1,00	1.329.391	656.056	673.335	1,03
De 0 a 14 años	182.608	94.098	88.510	0,94	183.635	94.454	89.181	0,94
de 15 a 24 años	133.771	68.529	65.242	0,95	127.278	65.762	61.516	0,94
de 25 a 49 años	523.596	274.689	248.907	0,91	446.083	227.927	218.156	0,96
de 50 a 64 años	241.040	120.822	120.218	1,00	283.733	142.311	141.422	0,99
de 65 a 79 años	178.020	82.095	95.925	1,17	189.855	88.696	101.159	1,14
de 80 y más años	88.060	32.944	55.116	1,67	98.807	36.906	61.901	1,68

Fuente: Elaboración IAEST a partir de datos del Padrón municipal de habitantes. INE.

Tabla 1. Población por grupos de edad y sexo en Aragón. Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST).

En la Tabla 1 podemos observar el listado de la población de Aragón dividida por edad y sexo en los años 2010 y 2020. Vamos a fijarnos en el rango de edad de 15-24 años, en 2010 la población total en este rango de edad era de 133.771 y en 2020 la población total en este rango de edad fue de 127.278.

II.2. Las etapas de la adolescencia

Algunos autores diferencian entre tres etapas en la adolescencia, dos de ellas serían la temprana y la tardía, sin embargo, entre ellas, se diferenciaría una tercera, denominada etapa media.

En la adolescencia temprana, se trataría a aquellos adolescentes comprendidos entre los 10 y los 14 años. En esta primera etapa, ocurren cambios biológicos, como aquellos que están relacionados con el aparato reproductor. En las mujeres, comienza un nuevo cambio, la telarquia, siendo este el inicio del desarrollo de la mama, y el crecimiento y desarrollo de los órganos sexuales internos. Durante este periodo, y debido a los cambios hormonales sufridos por los adolescentes, también se crean las necesidades de independencia, la impulsividad aumenta, las alteraciones del ánimo y la búsqueda de comprensión en sus padres.

En la segunda etapa de la adolescencia, adolescencia media, empieza sobre los 14 años y termina sobre los 17 años. En esta etapa, los adolescentes empiezan a estar dotados de una capacidad biológica que les permite ejercer su sexualidad y de experimentar sus primeras vivencias psicosexuales, a pesar de su inmadurez psicológica y social. En esta etapa muchos adolescentes, creen que tiene suma importancia su atractivo físico para gustar a su entorno, en relación con su bienestar. Durante esta etapa, la rebeldía y los conflictos familiares aumentan, ya que el adolescente quiere alcanzar su propia identidad, y para este, los padres son una resistencia. En este periodo, las relaciones amorosas son inestables, pero el romanticismo y el ímpetu en el amor son imparables, estas conductas son propias de esta edad donde comienza la masturbación, los juegos sexuales y las relaciones íntimas.

Durante la última etapa de la adolescencia, la adolescencia tardía, se alcanzan las características sexuales de los adultos, ya que termina el crecimiento, hay una mayor independencia, los impulsos son controlados, hay menos cambios emocionales, y la relación con los familiares es más próxima. En esta etapa, la finalidad es construir un sistema propio de valores, y crear un proyecto de vida. (Aliño Santiago, M., López Esquirol, J.R., Navarro Fernandez, R., 2006)

II.3. La adolescencia y sus riesgos

Los jóvenes aparte de vivir cambios biológicos, también se produce en ellos cambios de índole social, por ejemplo, se modifican las relaciones con sus familias y sus amigos, se intensifican las relaciones de liderazgo y competencia con sus iguales y se despierta en ellos intereses sentimentales hacia otras personas. Las conductas asociadas a estas etapas suelen ser: consumo de alcohol y sustancias, conductas delictivas, tendencias depresivas, violencia y adicción a las tecnologías. (Ortega, Viejo, 2015)

Una conducta de riesgo de mayor relevancia es el consumo de alcohol y otras sustancias. Según el “Informe 2020: Alcohol, tabaco y otras drogas ilegales en España” elaborado por el Ministerio de Sanidad, la edad de inicio en el consumo del alcohol y el tabaco rondan los 14 años. En cuanto al alcohol, los estudiantes que han tomado esta sustancia por primera vez tenían 14 años, por otro lado, está el cannabis, que es la droga ilegal más consumida, estos sitúan el primer consumo antes de los 15 años, también vamos a hacer referencia a otro tipo de drogas, por ejemplo, la cocaína que el primer consumo se sitúa en los 15,2 años, el éxtasis a los 15,4 años, las anfetaminas a los 15,4 años y los alucinógenos a los 15,2 años.

Otra conducta de riesgo son los problemas de salud mental, según el Informe PROEM (Red Interdisciplinar para la Promoción de la Salud Mental y Bienestar Emocional en los Jóvenes) “los problemas emocionales de los jóvenes son un problema de salud pública y no solo por las consecuencias o impactos negativos que suponen sobre la calidad de vida, el bienestar y desarrollo de los propios jóvenes, sino por los costes socio-económicos y sanitarios que ello supone.” La adolescencia es una etapa de mayor vulnerabilidad para el desarrollo de problemas de salud mental. Los problemas de ansiedad y depresión generan problemas tanto a corto como a largo plazo. A corto plazo nos encontramos con un bajo rendimiento académico ligado al abandono escolar y baja autoestima entre otros, por otro lado, a largo plazo pueden generar abuso del alcohol, de las sustancias y conductas suicidas. La mejor solución sería una detección temprana y eficaz, pero a pesar de los datos elevados, los trastornos emocionales en los jóvenes son los menos identificados, esto provoca que estos se encuentren en una situación de riesgo.

Las nuevas tecnologías han supuesto una mejora importante y una fuente de desarrollo y oportunidades para los jóvenes, pese a ser una herramienta donde estos pueden obtener información y aprender nuevas formas de comunicación, también puede generar riesgos, los problemas como la violencia y las adicciones que existen en la actualidad también se trasladan al mundo digital. A continuación, vamos a hablar del online grooming de menores, el sexting y la adicción a Internet.

Por un lado, está el online grooming de menores, este es un proceso gradual y consiste en que un hombre adulto trata de manipular a un menor para conseguir material sexual, pueden ser videos o fotos. Por otro lado, el sexting hace referencia al proceso por el cual los jóvenes envían fotos o videos de contenido sexual, en sí la práctica no es mala ya que es una nueva forma de relacionarse, el problema viene cuando se hace un mal uso de esas fotos o vídeos. Otro problema, es la adicción a internet, esto hace referencia al uso compulsivo y la dependencia del uso del internet y móviles, esto hace que el menor en el ámbito escolar saque peores notas y que se aísle tanto de sus amigos como de la familia.

II.4. La maternidad

En este apartado vamos a hablar de la maternidad como un hecho no natural, sino como una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de su historia. Se trata de un fenómeno compuesto por discursos y prácticas sociales que conforman un imaginario complejo y poderoso que es, a la vez, fuente y efecto del género. Este imaginario tiene actualmente, como piezas centrales, dos elementos que lo sostienen y a los que parecen atribuírsele, generalmente, un valor de esencia: el instinto materno y el amor maternal. (Badinter, 1980 y Knibiehler, 2001).

A menudo la maternidad es representada con imágenes enternecedoras y conmovedoras, por ejemplo, un bebé con su madre mirándose idílicamente. Desde la confirmación del embarazo la mujer ve cómo todo a su alrededor cambia a raíz de su estado, todo le recordará la condición de nueva madre, su ropa cambiará, sus hábitos, sus rutinas y su cuerpo, todo este proceso se verá influenciado por las condiciones socioeconómicas y políticas que le toque vivir. El modelo hegemónico de maternidad atraviesa a todos los estamentos, es decir, las mujeres de todos los sectores sociales se ven influenciadas por los imperativos del amor, la comprensión y el sacrificio que requiere el amor materno. Esta imagen idílica se rompe con el concepto de mala madre, las malas madres hacen referencia a esa maternidad que ha sido cuestionada y juzgada por el dispositivo normativo. Estas madres tienen como denominador común la pobreza, la violencia y la exclusión social. (Bright, Mariana. 2013)

II.5. Población femenina extranjera.

Puesto que en nuestra investigación vamos a hablar de madres adolescentes inmigrantes, es importante introducir el tema de las migraciones que tanto se dan en la actualidad. La migración se define como el conjunto de procesos por el cual las poblaciones que pertenecen a un espacio económico periférico entran, se establecen y se implementan en el espacio de un Estado-nación que pertenece a los polos centrales de la economía capitalista. (Cachón, 2002). Es importante, que las migraciones sean vistas y entendidas desde una perspectiva de género. En 1997, Carmen Gregorio Gil hace una propuesta teórica de las migraciones desde una perspectiva de género. Estas migraciones van a tener dos componentes: el grupo doméstico y la red migratoria. Por un lado, el grupo doméstico, es definido como grupo de personas que asegura su mantenimiento y reproducción por la generación y disposición de un ingreso colectivo. Esta autora, incorporó los siguientes aspectos a tener en cuenta: la división sexual del trabajo, las relaciones de poder dentro del grupo, las actitudes de los diferentes miembros del grupo doméstico, la existencia de una ideología con respecto a la maternidad/paternidad y del compromiso familiar, y el concepto de transnacional, es decir, el grupo doméstico no puede constituirse obviando los dos o más contextos de los que forma parte, aunque

estos contextos se diferencien geográfica, política, social y económicamente, forman parte de un mundo interconectado.

Los gráficos que vamos a ver a continuación son “Principales indicadores demográficos de la población femenina” y “Presencia de mujeres en edad fértil”, elaboradas por el IAEST. En estas dos tablas nos centraremos en la comparación de la población femenina nacional y la extranjera.

Principales indicadores demográficos de la población femenina.

	Aragón		España	
	2010	2020	2010	2020
Población femenina	673.918	673.335	23.794.846	24.195.205
Población femenina de nacionalidad Española	595.908	593.386	21.065.047	21.480.929
Población femenina de nacionalidad Extranjera	78.010	79.949	2.729.799	2.714.276
Población femenina potencialmente activa (16 a 64 años)	428.648	414.721	15.656.019	15.407.707
Población femenina Española (16 a 64 años)	366.499	350.840	13.510.274	13.292.973
Población femenina Extranjera (16 a 64 años)	62.149	63.881	2.145.745	2.114.734
Población femenina en edad fértil (15 a 49 años)	314.149	279.672	11.708.536	10.590.481
Población femenina Española (15 a 49 años)	257.604	226.002	9.843.423	8.858.513
Población femenina Extranjera (15 a 49 años)	56.545	53.670	1.865.113	1.731.968
Porcentajes de población femenina según grupos de edad				
% de población femenina de 0 a 19 años	48,5	48,5	48,6	48,5
% de población femenina de 20 a 64 años	48,3	49,2	49,4	49,9
% de población femenina de 65 y más años	56,8	56,5	57,5	56,7
Grados de juventud de la población femenina				
% de población femenina menor de 15	48,5	48,6	48,6	48,6
% de población femenina menor de 25	48,5	48,5	48,7	48,6
% de población femenina menor de 35	48,0	48,7	48,6	49,0
% de población femenina menor de 45	47,9	48,7	48,7	49,1

Fuente: Elaboración IAEST a partir de datos del Padrón municipal de habitantes. INE.

Tabla 2. Indicadores demográficos de la población femenina. Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST).

En esta tabla nos vamos a centrar en el primer indicador “población femenina”. Podemos observar que la población femenina de nacionalidad española en 2010 era de 595.908 y en 2020 es de 593.386. La población femenina de nacionalidad extranjera en 2010 era de 78.010 y, en 2020, es de 79.949. Los datos que nos da esta tabla es que la población nacional femenina en Aragón ha bajado, al contrario que la población femenina extranjera que ha aumentado en estos 10 años.

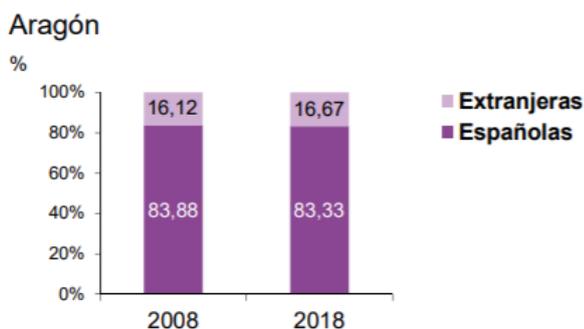


Tabla 3. Presencia de mujeres extranjeras en edad fértil. Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST).

En esta tabla “Presencia de mujeres extranjeras en edad fértil”, observamos que las mujeres nacionales en Aragón en edad fértil en 2010 eran del 82,00% frente al 80,81% de 2020, por el contrario, las mujeres

extranjeras en edad fértil en 2010 eran del 18,00% frente al 19,19% de 2020, podemos observar que lo que hemos visto en la Tabla 2 se relaciona con esta tabla también, la población femenina extranjera ha aumentado por ende la población femenina extranjera en edad fértil también ha subido.

Proporción de nacimientos en madres adolescentes por nacionalidad de las jóvenes (españolas y extranjeras)

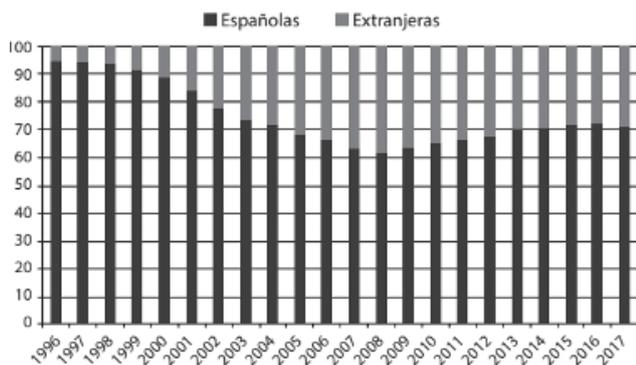


Tabla 4. Fuente: Elaboración propia a partir de Estadística de nacimientos, Movimiento natural de la población (INE)

En la tabla 4 se ve la evolución que ha tenido el embarazo adolescente nacional comparado con el embarazo de madres adolescentes extranjeras. Los embarazos tempranos entre los jóvenes inmigrantes se intensifican cuando el flujo de llegada es más intenso; en un segundo momento se produce una progresiva adaptación a las características comunes del régimen de fecundidad de la sociedad receptora. Con la crisis económica de 2008 se reduce la población inmigrante en España, aunque la proporción de las madres de 15- 19 años extranjeras sigue siendo considerable en 2017 con un 28,5% más que 1996 que era del 4,8%.

II.6. Maternidad adolescente

La maternidad adolescente se entiende como un factor que altera o debilita los itinerarios normalizados de desarrollo personal e inserción social de una joven (J. Madrid Gutiérrez, A.L. Hernández Cordero, A. Gentile, L. Cevallos Platero, 2019).

Según la Organización Mundial de la Salud (2020), son aproximadamente, 16 millones de jóvenes de entre 15 y 19 años y 1 millón de menores de 15 dan a luz cada año, por lo general en países de ingresos medios y bajos. Las jóvenes de entre 15 y 19 años, sufren complicaciones por el embarazo y en el parto, y esto conlleva a que estos dos factores, son la segunda causa de muerte en jóvenes de esta franja de edad, siendo también que los bebés nacidos de madres adolescentes tienen más probabilidades de fallecer que los de las mujeres mayores de 20. (OMS, 2020). En 2020 la OMS nos aclara que, un 11% de los nacimientos mundiales, son de madres adolescentes de entre 15 y 19 años. El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza.

Algunas adolescentes planean y quieren quedarse embarazadas, pero en la gran mayoría de casos, no es así. En las comunidades rurales, pobres y con escasa educación, y, por tanto, menos educación sexual, las adolescentes tienen más probabilidades de quedarse embarazadas. Algunas jóvenes sienten presión, debido a su cultura, para casarse, y tener hijos después de su matrimonio, siendo un 30% jóvenes casadas antes de los 18 años. (OMS, 2020) El problema se debe a que muchas de estas adolescentes no tienen conocimientos sobre educación sexual y no saben cómo evitar el embarazo, y las que lo saben, pueden sentir vergüenza por solicitar y utilizar medios anticonceptivos.

Daguerr y Nativiel, en 2006, señalan que el bajo peso que tienen estos bebés al nacer desemboca en otros riesgos tanto durante el embarazo como a largo plazo para la madre y el bebé. Estos riesgos pueden evitarse con la decisión de interrumpir el embarazo, pero también atendiendo las necesidades de las menores una vez deciden continuar con la gestación. La maternidad adolescente, también es un problema económico y social para las jóvenes, sus familias y sus comunidades, ya que estas, se ven obligadas a dejar sus estudios, y esto desemboca en una falta de formación y conocimientos, que en un futuro evita que consigan un trabajo de condiciones favorables. Una de las formas, que han hecho que esto mejore, es, la educación sexual en las escuelas, que era y es una de las causas más importantes, pero aún no está generalizado, lo que conlleva a que, las cifras de embarazos adolescentes sigan siendo elevadas. Los principales problemas de salud vienen derivados de comportamientos de riesgo, como podría ser, la práctica sexual sin anticoncepción, debidos al poco conocimiento sobre salud sexual que reciben, teniendo así una educación sexual mínima, que hace que no prioricen la protección y la práctica con responsabilidad.

Según Quintero (2014), el problema no es el embarazo en sí, sino el contexto en el que se desarrolla. El problema surge cuando la menor pierde sus expectativas de futuro, cuando se limitan sus perspectivas debido al sistema patriarcal que centra los cuidados en las mujeres.

En el año 2011, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, publicaron unas pautas para la prevención del embarazo precoz, con 6 objetivos principales:

- Reducir el número de matrimonios antes de los 18 años.
- Fomentar la comprensión y el apoyo a fin de reducir el número de embarazos antes de los 20 años.
- Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes a fin de evitar el riesgo de embarazo involuntario.
- Reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes;
- Reducir los abortos peligrosos entre las adolescentes.
- Incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y postnatal por parte de las adolescentes.

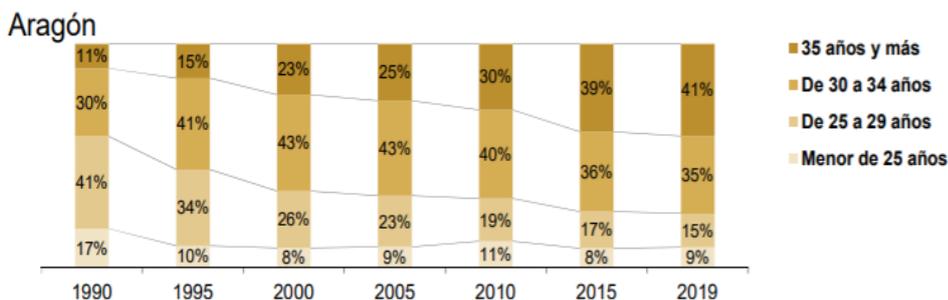


Tabla 5. Nacimientos por grupos de edad de la madre. Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST).

En base a los últimos datos conseguidos en cuanto a la población objeto de estudio, observamos que, según la tabla 2, en 2019 en Aragón había un total de 150.697 mujeres de entre 0 y 25 años. En la tabla 5 observamos que el 9% de los nacimientos que hubo en 2019 se corresponde con madres menores de 25 años, un porcentaje más alto que en 2015 que fue del 8%, pero también es verdad que más bajo en comparación al año 2010 que fue del 11%, y mucho más bajo en comparación al 17% del año 1990.

II.7. Interrupción Voluntaria del Embarazo

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) el aborto es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas completas de embarazo. En España, en el año 2019, fueron entorno a nueve adolescentes de cada mil las que llevan a cabo la interrupción voluntaria en el embarazo (I.V.E), y, a pesar de que sea la segunda cifra más baja, llama la atención que, debido a la práctica indebida de las relaciones sexuales y al déficit de educación sexual, ya sea por una iniciación sexual más precoz o al no uso de preservativos, o al no uso de métodos anticonceptivos, esta cifra siga existiendo.

Edad	2009	%	2014	%	2019	%
Total	2.824	100	2.083	100	2.052	100
Menor de 19 años	295	10,4	197	9,5	207	10,1
de 20 a 24 años	641	22,7	410	19,7	408	19,9
de 25 a 29 años	703	24,9	485	23,3	442	21,5
de 30 a 34 años	595	21,1	435	20,9	452	22,0
de 35 a 39 años	425	15,0	395	19,0	357	17,4
de 40 y más años	165	5,8	161	7,7	186	9,1

Fuente: Elaboración IAEST a partir de los datos del Registro de IVEs de la Dirección General de Salud Pública, Servicio Aragonés de la Salud y Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Tabla 6. Interrupción Voluntaria del Embarazo en Aragón. Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST)

En la tabla 6 podemos observar como las menores de 19 años en Aragón, conforman entorno al 10% de las interrupciones voluntarias del embarazo de la Comunidad Autónoma en la última década (desde el año 2009 hasta el año 2019).

II.8. Consecuencias psicosociales de la maternidad adolescente

La etapa de la adolescencia se entiende como una etapa de autoconocimiento, y la maternidad como una etapa donde prima la responsabilidad, la atención y los cuidados que proporcione la madre a su bebé. Dentro de la concepción social que tenemos de estas etapas, existe un antagonismo que hace que la adolescente viva la maternidad de una forma distinta a lo establecido. La maternidad adolescente, a menudo, está ligada a factores negativos asociados a la joven, por ejemplo, la promiscuidad, fracaso escolar y la desestructuración familiar. También se les juzga por dos motivos: por no haber podido tener una relación sexual segura y por no evitar que se produjera el embarazo. Esto hace que la adolescente tenga una carga de presión social a la vez que intenta lidiar con una reconstrucción de su identidad. (J. Gutiérrez, A. Cordero, A. Gentile, L. Cevallos, 2019)

Entre las consecuencias psicosociales más graves para la madre está el hecho de dejar de ejercer el rol y características propias de una adolescente, debido a la situación a “destiempo” que le toca vivir, lo que repercute en su estado de salud, ya que tienen que asumir el cuidado de su hijo y satisfacer las necesidades del bebé. La satisfacción de esas necesidades les supone abandonar sus proyectos de vida lo que puede generar crisis psicológicas.

La adolescente que se queda embarazada tiene que hacer frente a responsabilidades que antes no tenía. Esto acaba provocando un deterioro psicosocial en las relaciones, tanto con su entorno como con ella misma. La probabilidad de que estos desajustes se den dependerá del apoyo que tenga o no la joven durante y tras el embarazo. Otro aspecto relevante en el embarazo adolescente es la ausencia del padre ya que es lo más habitual, la ausencia repercutirá en el desarrollo emocional del niño, aparte de crear una sensación de vulnerabilidad en la madre.

Los aspectos psicosociales de las madres adolescentes son: si la joven tiene o no pareja, su nivel de estudios, su contexto familiar, la planificación de ese embarazo y el acceso a una educación sexual. En la actualidad, desde una perspectiva sociocultural, las madres adolescentes ven limitadas sus capacidades para seguir estudiando y formándose, esto genera también una limitación a la hora de acceder al mundo laboral y poder trabajar ya que muchas de ellas se ven obligadas a abandonar los estudios obteniendo así una formación inacabada. Los factores que se asocian con la maternidad temprana hacen referencia a los hogares de los jóvenes, la naturaleza de los padres, la condición económica de las familias, aparte también, influyen otros factores contextuales, como el acceso a una amplia educación sexual y afectiva y métodos de planificación familiar.

El problema no son los embarazos en sí, sino las condiciones donde ese embarazo se va a desarrollar, es decir, el problema son las condiciones de inestabilidad en las que la menor se encuentre y que repercuten

tanto en su desarrollo vital como en el de su hijo, por tanto, el embarazo no les genera unos riesgos específicos de exclusión, sino que es más bien un indicador de las condiciones de precariedad y marginación en las que ellas se encuentran. (J. Gutiérrez, A. Cordero, A. Gentile, L. Cevallos, 2019)

III. MARCO NORMATIVO

En este apartado trataremos el tema de la legislación que ampara a las menores que experimentan un embarazo prematuro. En la Convención de los Derechos del Niño del 20 de noviembre de 1989 se define “niño” en el Artículo 1 como “todo ser humano menor de dieciocho años, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.”

III.1. Legislación Internacional

En primer lugar, hablaremos de la legislación que se les aplica a las menores dentro del ámbito internacional. La protección y guarda del menor se estableció por primera vez en la *Declaración de Ginebra de 1924*.

Posteriormente, en diciembre de 1948 se aprueba la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Esta establece en su artículo 18 que “toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente (...)”. Esto supondría el derecho de las adolescentes embarazadas a decidir la interrupción o no del embarazo basándose en sus creencias, valores o religión; en su artículo 25 establece que “La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales (...)”.

La Declaración de Ginebra de 1924 se convirtió en la base de la *Declaración Universal de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas de 1959*. Esta establece en su principio número 4 que “el niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberá proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.” Que supondría la total guarda sanitaria tanto de la menor embarazada como de su bebé, si decide tenerlo; el principio número 9 establece que “el niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata. No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se le permitirá que se dedique a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud o su educación, o impedir su desarrollo físico, mental o moral.” este principio, en relación al tema que nos ocupa supondría la protección de la trata y explotación sexual de las menores.

Para finalizar el ámbito internacional habría que nombrar la Convención Sobre los Derechos del Niño del 20 de noviembre de 1989 donde, en base a las normas legislativas nombradas anteriormente, reconoce a todas las personas menores de 18 años, como ciudadanos de pleno derecho. En 1992, el Parlamento Europeo

aprobó la Carta Europea de Derechos del Niño, donde todos los Estados que formaban parte de la Unión Europea se adherían y aprobaban la Convención Sobre los Derechos del Niño de 1989.

III.2. Legislación Estatal

En este segundo apartado comentaremos la legislación que ampara a las menores embarazadas en nuestro país, España.

En primer lugar, hablaremos de las Normas Generales. Comenzaremos con **La Constitución Española** que establece en su artículo 12 la mayoría de edad de los ciudadanos en los 18 años, centrandó nuestro estudio en las mujeres que estén embarazadas o hayan dado a luz por debajo de esta edad. En cuanto a los derechos que se les aplican a las menores y a sus bebés, el artículo 39.3 de la Constitución Española dice que “Los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos en que legalmente proceda.” Lo que haría responsable tanto a los padres de la menor embarazada como a dicha menor del cuidado del bebé al que dé a luz. Además, este mismo artículo es el que delega en los organismos públicos la protección social, económica y jurídica de la unidad familiar; continuamos comentando la **Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor**. En el artículo 6 de esta ley se afirma que “El menor tiene derecho a la libertad de ideología, conciencia y religión” y que “Los padres o tutores tienen el derecho y el deber de cooperar para que el menor ejerza esta libertad de modo que contribuya a su desarrollo integral”, esto supondría que la menor embarazada tiene la opción y el derecho de decidir si continúa o no con el embarazo y los progenitores de la menor deben aceptar la decisión de la misma, aunque siempre teniendo en cuenta todas las opciones y consecuencias que supondría la decisión.

En segundo lugar, vamos a hablar del **Código Civil**. Para la elaboración de las leyes que se les aplican a los menores y a su protección, se tiene en cuenta el **Convenio de la Haya del 19 de octubre de 1996**. Comenzaremos comentando el Artículo 315 del Código Civil, en el que se establece la mayoría de edad ciudadana en los 18 años cumplidos y, junto al Artículo 322, hace responsables a todos los ciudadanos mayores de edad de sus actos en la vida civil cotidiana.

Aunque la mayoría de edad se establezca a los 18, existe un procedimiento legal con el que adquirir los derechos y deberes que otorga, aunque no la hayas cumplido, este proceso es la emancipación.

A la hora de hablar del matrimonio, los menores de edad no pueden contraerlo, a excepción, según el Artículo 34 del Código Civil, de que estos menores estén emancipados. La emancipación se consigue de 3 formas distintas que se explican en el Artículo 314. La primera forma de emancipación es llegando a la mayoría de edad, es decir, los 18 años; la segunda forma es si las personas que tienen la patria potestad del menor le

conceden dicha emancipación; y la última se produce cuando un mayor de 16 años solicita judicialmente la emancipación y el juez decide otorgársela.

Dentro del tema que tratamos, el Código Civil nombra en el Artículo 157 que “El menor no emancipado ejercerá la patria potestad sobre sus hijos con la asistencia de sus padres y, a falta de ambos, de su tutor; en casos de desacuerdo o imposibilidad, con la del Juez.”. Al no estar emancipadas y, por lo tanto, no poder casarse, las menores embarazadas, o que ya hayan dado a luz, no pueden ejercer como tutoras legales de sus propios hijos, dejando esta labor a sus progenitores.

Seguimos con el ámbito Penal donde hablaremos de la **Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal**. En el Artículo 155 de esta ley se habla del consentimiento a la hora de hablar de un delito de lesiones como podría ser un abuso y se estipula que “No será válido el consentimiento otorgado por un menor de edad o una persona con discapacidad necesitada de especial protección.” Este artículo está relacionado con el artículo 182 “El que, interviniendo engaño o abusando de una posición reconocida de confianza, autoridad o influencia sobre la víctima, realice actos de carácter sexual con persona mayor de dieciséis años y menor de dieciocho, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años.” y el artículo 183 “El que realizare actos de carácter sexual con un menor de dieciséis años, será castigado como responsable de abuso sexual a un menor con la pena de prisión de dos a seis años.” que establecen la edad de consentimiento sexual en los 16 años.

Ahora vamos a hablar de la “**Ley Orgánica de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia**”, se aprobó en el Congreso de los Diputados el 12 de abril de 2021. Esta ley lo que promueve es la lucha contra la violencia en la infancia, promoviendo los derechos de los niños, niñas y adolescentes, promoviendo el respeto de su dignidad e integridad física y psicológica mediante la prevención de la violencia. Esta ley se relaciona con el Pacto de Estado contra la violencia de Género, establece que las niñas por su edad y sexo muchas veces son doblemente discriminadas, por lo que la ley debe tener en cuenta las distintas formas de violencia y así abordarlas y prevenirlas. El artículo 22, “De la prevención” explica que las Administraciones públicas competentes serán las encargadas de elaborar y establecer planes y programas de prevención (en los ámbitos familiar, educativo, sanitario, de los servicios sociales...) para la erradicación de la violencia sobre la infancia y la adolescencia.

Terminamos este apartado de legislación estatal hablando del ámbito sanitario donde hablaremos de la **Ley 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**. El artículo 9 de esta ley establece que “Para la interrupción voluntaria del embarazo de menores de edad o personas con capacidad modificada judicialmente será preciso, además de su manifestación de voluntad, el consentimiento expreso de sus

representantes legales. En este caso, los conflictos que surjan en cuanto a la prestación del consentimiento por parte de los representantes legales se resolverán de conformidad con lo dispuesto en el Código Civil.”. Relacionado con esto nombramos, la **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**, que supuso la modificación de la nombrada anteriormente (Ley 41/2002). Esta ley “(...) extendió la capacidad de otorgar el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo a las menores de 16 y 17 años, equiparándolas al régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad, que está establecido en el Código Civil”

III.3. Legislación Autonómica

El último apartado legislativo que vamos a comentar es el autonómico, es decir la legislación de Aragón.

Dentro de la legislación aragonesa nombramos el artículo 55 de la **Ley 9/2014, de 23 de octubre, de Apoyo a las Familias de Aragón** en la que nombran las prestaciones a las que tiene derecho la menor embarazada, dichas prestaciones serían “Formación y asesoramiento en relaciones y valores afectivo-sexuales, formación para el desarrollo de la parentalidad positiva, apoyo psicológico antes y después del parto y atención singular en el centro escolar para adecuar el programa curricular a sus circunstancias particulares, durante el proceso de gestación y posteriormente.”

Otra ley para nombrar es la **Ley 7/2018, de 28 de junio, de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en Aragón**, en su artículo 30.8 refiere que son los poderes públicos los que tienen la obligación de formar en materia reproductiva a la ciudadanía que accede a la educación pública.

IV. OBJETIVOS

IV.1. Objetivos Generales

Tras tener una base teórica respecto al tema que queremos tratar y los problemas que supone, y teniendo en cuenta que nuestro análisis no se puede hacer de forma directa con las menores, nuestro objetivo general es conocer la maternidad adolescente de las menores entre 14 y 18 años, en la ciudad de Zaragoza, desde el punto de vista de los profesionales (trabajadoras sociales, matronas, pediatras, ginecólogas y educadoras) que habitualmente acompañan a estas adolescentes en el proceso de la maternidad.

IV.2. Objetivos Específicos

Los objetivos específicos que queremos cumplir con esta investigación son los siguientes:

- Identificar cuáles son los rasgos geográfico-culturales de las madres adolescentes.
- Advertir las diversas realidades de las madres adolescentes.
- Registrar el apoyo que tienen durante y tras el embarazo.
- Identificar cómo viven la maternidad las adolescentes.
- Contemplar posibles cambios y mejoras para reducir los embarazos prematuros

Estos objetivos se llevarán a cabo realizando, entre otras técnicas, la entrevista semiestructurada de tipo cualitativo y una revisión bibliográfica previa para conseguir recopilar una información sobre el colectivo objeto de estudio.

V. METODOLOGÍA

V.1. Introducción

Para cumplir con los objetivos enunciados en el apartado anterior, en base a los embarazos precoces en las adolescentes de la Ciudad de Zaragoza, realizaremos una profundización sobre la maternidad adolescente a través de la revisión bibliográfica más reciente.

Una vez recopilada y analizada la bibliografía teórica y normativa, hemos elaborado una guía de preguntas que confluyen en el guion de los modelos de entrevista que se realizará a las profesionales.

Con la finalidad de conocer la realidad de estas madres adolescentes desde un el punto de vista clínico y psicosocial, nos hemos basado en la técnica cualitativa, en concreto, las entrevistas semiestructuradas. La población objeto de estudio que hemos elegido son menores, esto implica que es más difícil acceder a sus datos de contacto por lo que, otra manera de conocer las vivencias de estas menores es hablar con profesionales del ámbito clínico y social que han estado con ellas durante el proyecto de la maternidad teniendo así una visión realista y desde el punto de vista profesional.

Las entrevistas que se van a llevar a cabo, como hemos mencionado anteriormente, son de carácter semiestructurado, es decir, el entrevistador tiene un guion para poder abordar la entrevista y aportar cierta libertad tanto al entrevistador como al entrevistado. (Corbeta, 2010)

La información obtenida por diversos autores, la información de las páginas webs de los Centros con los que hemos contactado y los datos estadísticos que nos han ayudado a situar nuestra investigación, conforman los datos secundarios de este trabajo. Para poder conocer las diversas realidades de las menores es necesario la obtención de datos primarios, estos datos se han extraído de las respuestas de los distintos profesionales a los que hemos entrevistado.

La técnica de recogida de datos ha consistido en la realización de 12 entrevistas semiestructuradas de una muestra compuesta por pediatras, trabajadoras sociales, educadoras, ginecólogas, matronas y pediatras. Dicha muestra ha sido obtenida a partir de contactos que nos ha proporcionada Pilar Cucalón, codirectora de esta investigación, y contactos que hemos conseguido nosotras. Durante estas entrevistas hemos contado con una estructura de preguntas a las que puede recurrir durante la conversación, este guion no es de uso obligatorio, poniendo el énfasis en una visión cualitativa que ofrezca una interacción física del entrevistado con el entrevistador. (Corbeta, 2010). De esta forma hemos ido adaptando las entrevistas a las distintas profesionales.

Debido a que la mayoría de las entrevistas han sido realizadas a profesionales pertenecientes al sector socio sanitario, sus respuestas son similares entre sí, llegando entre todas a conclusiones semejantes.

Las entrevistas semiestructuradas se han realizado a las siguientes profesionales:

- ETS 1: Trabajadora Social Centro Hospitalario
- ETS 2: Trabajadora Social Pisos de Maternaje
- ETS 3: Trabajadora Social Atención Primaria
- ETS 4: Trabajadora Social Centro Hospitalario
- ETS 5: Trabajadora Social Atención Primaria
- EES 1: Educadora Sexual Zona de Salud Joven
- EM 1: Matrona Centro Hospitalario
- EM 2: Matrona Atención Primaria
- EM 3: Matrona Atención Primaria
- EM 4: Matrona Centro Hospitalario
- EP 1: Pediatra Centro Hospitalario
- EG 1: Ginecóloga Centro Hospitalario

Centros con los que hemos contactado para la realización de las entrevistas:

- Hospital Miguel Servet
- YMCA. Pisos de Maternaje.
- Zona de Salud Joven
- Hospital Clínico.
- Centros de Atención Primaria de Salud:
 - La Bombarda
 - Arrabal
 - Almozara
 - Actur Oeste (Amparo Poch)

Lo primero que hemos hecho ha sido una revisión bibliográfica para poder obtener información sobre dicho tema en nuestro marco teórico, explicando así en qué consiste la adolescencia, cuáles son sus etapas, qué es la maternidad y en lo que consiste la interrupción voluntaria del embarazo junto a tablas estadísticas, haciendo referencia a las jóvenes de España y Aragón. También hemos realizado una revisión bibliográfica para conseguir el marco normativo, teniendo ahí leyes de tipo internacional, nacional y autonómicas.

Para conseguir llegar a este punto, tras la revisión bibliográfica, hemos tenido que hacer una elección de cuáles eran las lecturas y artículos que más se ceñían a nuestra investigación, para tener y conseguir una información más concreta respecto a nuestro tema principal.

V.2. Estructura de la entrevista

Para conseguir llegar a una conclusión sobre la situación de las menores embarazadas precozmente hemos centrado nuestras entrevistas en los siguientes aspectos:

- Perfil de las menores embarazadas, para conocer los datos sobre las menores que generalmente se atienden en los centros y recursos a los que hemos acudido. De esta forma sabemos su procedencia, religión, formación, visiones de futuro y planificación de la gestación.
- Protocolos o labor que realizan las distintas profesionales, con la finalidad de conocer la existencia o no de un protocolo cuando se produce un caso de embarazo precoz y las labores que realizan las profesionales entrevistadas cuando tratan con el colectivo
- Entorno de las menores embarazadas, para conocer los distintos apoyos que tienen las menores antes, durante y tras la gestación.
- Actitudes de las menores respecto a la situación, para conocer si hay diferencias entre el comportamiento de las menores durante las distintas fases que supone la gestación.
- Educación Sexual, para saber si este aspecto influye en estos embarazos prematuros.
- Contextos de exclusión social, para saber si existe algún tipo de relación entre el contexto en el que crecen estas menores y la prematuridad de la gestación.
- Riesgos de un embarazo precoz, tanto sociales como sanitarios, un embarazo precoz supone riesgos para la menor, su cuerpo y el propio bebé.
- Posibles mejoras por parte de las profesionales, para conocer los cambios o mejoras que implantarían las profesionales entrevistadas para reducir los embarazos prematuros y mejorar las situaciones de las menores embarazadas.

Los datos que hemos recogido con las entrevistas realizadas han sido cualitativos ya que nos hemos centrado en la experiencia profesional de las entrevistadas, además de sus puntos de vista respecto al tema.

Hemos recogido datos relacionados con la población objeto de estudio para conocer las diferencias o semejanzas entre los distintos centros a los que hemos acudido y las opiniones de las distintas profesionales respecto al colectivo y a la experiencia que viven tanto las menores como las profesionales trabajando con ellas.

Además de información relacionada con la población objeto de estudio, hemos recogido información sobre las distintas interacciones que tienen las profesionales con las menores embarazadas, el apoyo que reciben a lo largo del proceso de la maternidad y mejoras que han propuesto las profesionales para conseguir reducir embarazos prematuros y mejorar la educación sexual que reciben las y los adolescentes, que, según lo recogido, el desconocimiento sexual es la principal causa de estos embarazos.

VI. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN

En este apartado, vamos a hablar de los resultados que hemos recopilado con la información obtenida de las entrevistas a las distintas profesionales, que trabajan tanto en el ámbito sanitario como en el ámbito social.

VI.1. Perfil de las menores embarazadas

El primer factor dentro del perfil de las menores es su **edad**. Generalmente abarca, como hemos nombrado en el apartado II, la etapa de la adolescencia media, el rango de edad de los 14 a los 17 años.

En cuanto a la **nacionalidad/etnia** de estas menores, predomina la etnia gitana junto con las menores latinoamericanas y de nacionalidad rumana. En menor medida, aunque también se dan casos, menores de nacionalidad española. La **religión y/o cultura** de estas menores influye mucho a la hora de decidir si seguir o no con la gestación, sobre todo si hablamos de la etnia gitana.

“La etnia gitana tiene un fuerte arraigo a la religión y no se contempla el aborto, aunque no sea el momento o la pareja ya no continúe en la relación, ellas siguen con dicho embarazo.” (ETS 1)

“Yo he tenido un poco de todo, a lo mejor la precocidad de Latinoamérica puede influir, son niñas que pueden tener un desarrollo más precoz, pero bueno, yo creo que hay de todo. También está el sector de la etnia gitana, que también produce embarazos juveniles.” (ETS 3)

“Por lo general suelen venir muchas jóvenes del este, de nacionalidad rumana.” (EM2)

Siguiendo con la **cultura**, tenemos el otro extremo que es la decisión de interrumpir el embarazo. Podemos hablar de los países del este de Europa, concretamente Rumanía. En el este, durante mucho tiempo, se utilizaba como método anticonceptivo la interrupción voluntaria del embarazo.

“Por ejemplo, tenemos de la parte del este durante mucho tiempo el único método anticonceptivo era la interrupción voluntaria. (...) Al principio cuando empezamos a recibir gente extranjera procedente del este nos hablaban de 14, 13 abortos, entonces era utilizado casi como un método anticonceptivo.” (ETS 3)

A la hora de abordar el **nivel formativo** y sus aspiraciones futuras, generalmente las menores tienen estudios básicos, la Educación Secundaria Obligatoria superada. Las expectativas de estas menores varían desde dejar la actividad formativa durante la gestación y retomarla al dar a luz, hasta dejar la actividad formativa definitivamente o, aunque se ve en pocos casos, continuar estudiando durante el proceso de embarazo. Con la situación de la Covid-19 se les han facilitado los recursos para que puedan continuar su actividad formativa durante la gestación. Un recurso que si no se hubiera dado la pandemia es posible que no se hubiera proporcionado.

Relacionado con el **futuro** de las menores, podemos hablar del nivel socioeconómico en el que se desarrollan y, posteriormente, se desarrollará su bebé. En este aspecto, todas las profesionales coinciden. El nivel socioeconómico en el que viven estas menores es bajo, situaciones de paro prolongado, presencia de varias ayudas económicas... Muchas menores crecen con unas expectativas de futuro bajas en las que no quieren trabajar y prefieren optar por las ayudas económicas.

Finalmente, en su mayoría estos embarazos no son **embarazos planificados**, aunque, en el caso de la etnia gitana, cada vez se dan más casos de embarazo cuando la menor ya está casada, no llega a ser planificado, pero está dentro de su proyecto de familia.

“Algunos no, pero muchos sí que son planificados, debido como ya te he dicho a la cultura, ya están casadas a partir de los 16, y les parece que es lo siguiente que tienen que hacer.” (EM2)

Se da también el caso de menores ya cercanas a la mayoría de edad, de 16 y 17 años, que lo planifican porque creen que están preparadas para formar una familia, cuando realmente no es así. Esto se ve en el piso del Centro de Maternaje.

“Hay chicas que sí que lo planifican y creen que con 16 o 17 años lo saben todo, tienen una relación, quieren formar una familia y se quedan embarazadas y lo buscan, luego eso se cae a trozos por todas partes y acaban en el piso.” (ETS 2)

En resumen, generalmente estas menores oscilan entre los 15 y 17 años. Su nacionalidad es muy variada, aunque predomina la etnia gitana y la nacionalidad rumana; la cultura, valores y religión, tanto de las menores como de su familia, es el motivo principal a la hora de decidir si continúan o no con el embarazo, sea o no planificado, generalmente no lo son. El nivel socioeconómico en el que se desarrollan estas menores es bajo, aunque se dan casos de familias normalizadas. Finalmente, el nivel formativo que tienen son estudios básicos y sus aspiraciones futuras son variadas, desde formar una familia, hasta continuar los estudios.

VI.2. Protocolos o labor que realizan las distintas profesionales

Por un lado, dentro del ámbito sanitario, según las entrevistas realizadas, no existe un protocolo específico para cuando una menor se queda embarazada, lo que se suele hacer es que los profesionales sanitarios contactan con la trabajadora social del centro.

“No. Si que cuando detectamos que puede haber un problema social con alguna de las madres, tanto mayores como menores de edad, se avisa a trabajo social” (EM 1)

“No hay protocolo, se le trata igual que a una mayor de edad.” (EG 1)

“No, protocolo como tal escrito no, lo que sí es cierto es que hay una gran sensibilidad en los profesionales sanitarios y en el momento que hospitalizaban a una adolescente para el momento del parto, automáticamente me avisaban, solicitaban una colaboración a la trabajadora social que llevaba el servicio de obstetricia.” (ETS 4)

Las trabajadoras sociales en el ámbito sanitario realizan una primera entrevista de acogida para conocer el contexto de la menor, suelen acudir con miedo y desconfianza. La primera entrevista de acogida las menores suelen acudir siempre acompañadas ya sea, tanto de la familia, normalmente la madre o tía, como del padre del bebé o la pareja actual de la menor.

“A la primera entrevista acuden con mucho miedo, porque les llama la trabajadora social, entonces se asustan y piensan que al ser menores se lo van a quitar y, nada más lejos de la realidad porque realmente lo que queremos saber es su situación para poder ayudarla.” (ETS 1)

La segunda fase sería el seguimiento que se le realiza a la menor en cuanto a patologías médicas y seguimiento del embarazo, además de la coordinación entre los distintos profesionales para poder realizar ese seguimiento durante y tras el embarazo.

“A las siguientes visitas vienen más tranquilas y generalmente a la del parto, que subimos a la habitación para comprobar cómo ha ido todo, ahí ya están más felices y además agradecen ese acompañamiento durante el embarazo” (ETS 1)

Por otro lado, en el **ámbito social**, las entrevistas realizadas han sido a una educadora sexual y trabajadoras sociales. Nos parece importante distinguir entre la Trabajadora social y Directora del centro de Maternaje de YMCA, con el resto de las trabajadoras sociales. ETS Sara, nos habla desde otro punto de vista ya que ella trabaja con madres adolescentes que se encuentran dentro del Sistema de Protección de Menores. Estas chicas vienen de un entorno familiar complicado en el que no han podido satisfacer las necesidades de la menor ni proporcionarle los cuidados necesarios por lo que la DGA ha tomado la decisión de retirarlas del núcleo familiar. Las menores entran al piso tutelado por su propia voluntad y conociendo las normas que tienen que cumplir.

“Es un recurso para no hacer una retirada temprana del bebe y darle una oportunidad a la madre [...] Se intenta con ellas que adquieran unas habilidades en el piso y adquirir una autonomía y salgan ellas y sus bebés.” (ETS 2)

La educadora sexual de la Zona de Salud Joven nos comentó que este centro atiende a menores entre 15 y 25 años en lo que respecta tanto a salud mental y salud sexual reproductiva. La profesional se encuentra dentro del Programa de Atención afectivo Sexual en centros educativos y otro tipo de centros que trabajen

con adolescentes. Este recurso se centra en educar en la sexualidad de manera positiva, en la prevención de embarazo y de enfermedades de transmisión sexual.

“En el recurso hay una atención individual a través de la consulta joven, esta es una consulta donde los jóvenes viene para prevención de infecciones y para prevención de embarazos y luego todo lo que tiene que ver con asesorías sexológicas.” (EES 1)

Dentro de la salud sexual reproductiva se encontraba el Programa de atención de padres y madres y adolescentes, que consiste en acompañar a la menor durante y tras el embarazo en coordinación con los Servicios Sociales, basado en una atención individualizada y poniendo énfasis en la educación emocional y la creación de vínculos familiares sanos, actualmente ya no existe, aunque se está barajando la posibilidad de poder retomarlo.

En resumen, no existe un protocolo determinado para tratar situaciones de embarazos precoces, pero sí que hay una alta concienciación entre profesionales, tanto del sector sanitario como del sector social, que favorece la coordinación para tratar al máximo las necesidades que pueda tener el colectivo. La falta de un protocolo escrito es un problema a la hora de tratar la situación y creemos que es una carencia que se debería suplir.

VI.3. Entorno de las menores embarazadas

Cuando hablamos del entorno de las menores nos referimos a los distintos apoyos que han tenido durante el embarazo, es decir, del apoyo familiar, de la pareja, apoyo económico, apoyo institucional

El **apoyo familiar** es un pilar importante durante el proceso de embarazo precoz, que las menores se sientan apoyadas por su red familiar las ayudará a desarrollar el embarazo de una forma más tranquila..

“La mayoría cuenta con apoyo tanto familiar, como social. Las amigas y su entorno social son un gran pilar para ellas” (ETS 5)

Aunque sí que existe el matiz de que, por mucho que exista ese apoyo, en algunos casos no son los adecuados.

“Pueden tenerlo, pero no es el adecuado. A la mayoría de las chicas, que sus familias les apoyen en cuanto al embarazo y a tenerlo y que lleven a término su embarazo, pero puede ser que esas familias no tengan recursos económicos, no tengan habilidades parentales como para poder transmitirle a ella una función de cuidado, puede ser que incluso la adolescente haya vivido situaciones de violencia.” (ETS 2)

Otro apoyo importante es el **apoyo de la pareja**, la mayoría de las chicas sí que tienen pareja, pero estas relaciones no suelen durar mucho, ya que en general no tienen la madurez ni la estabilidad suficiente como parejas para seguir juntos en el proyecto de la maternidad.

“Claro, si hablamos de parejas adolescentes, igual llevan un mes y ellos dicen “ya llevamos mucho tiempo”. Entonces un proyecto como es la maternidad pues requiere más estabilidad en las parejas, no sé si luego van a seguir juntos.” (ETS 3)

“Todas tenían parejas, que estuvieran más o menos presente en el parto o en el postparto” (ETS 4)

También hay casos donde la red familiar de la menor no apoya la decisión del embarazo, pero sí que lo hace la red familiar de la pareja.

“La madre al final nunca las abandona y las suele acompañar. Recientemente sí que tuvimos un caso en el que los padres no apoyaban a la menor, pero la madre de su pareja sí les apoyó.” (ETS 1)”

El apoyo, tanto de la red familiar como de la pareja, continúa tras el parto en la mayoría de estos los casos.

“Todas tenían parejas, que estuvieran más o menos presente en el parto o en el postparto, pero no significativo (...) Sí que hubo un caso que nos llamó la atención y fue un trabajo coordinado con enfermería, donde vimos que no había mucha garantía de continuidad por parte del padre, y la chica era consciente de ello, pero tenía claro que ella iba a seguir con la maternidad a posteriori.” (ETS 4)

En resumen, las menores necesitan apoyo familiar antes, durante y tras el embarazo y generalmente es un apoyo que suele estar cubierto. Aunque en un principio no se acepte la idea del embarazo, se tiene en cuenta la decisión final de la menor y la familia suele aceptarla y apoyarla finalmente. El apoyo de la pareja no suele estar presente en todos los casos, pero sí lo está es importante para la menor ya que, si no existe el apoyo de su familia nuclear puede existir el apoyo de la familia de su pareja.

VI.4. Actitudes de las menores respecto a la situación (durante y tras el embarazo)

Durante el embarazo las menores se muestran preocupadas tanto por decírselo a sus padres como los riesgos que pueda suponer el embarazo o por el propio parto que van a tener que vivir, poco a poco ese miedo va desapareciendo. Acuden a las citas, como hemos nombrado anteriormente, acompañadas y con predisposición, aunque muchas veces delegan en los progenitores a la hora de recibir información y dar información.

“No suelen ser pacientes conflictivas, suelen ser pacientes casi sumisas, sobre todo si vienen con los padres, si vienen no dicen nada, suelen dejar que sean ellos quienes hablen. Hay de todo, también hemos tenido adolescentes que eran muy conscientes de lo que les estaba pasando, y con una actitud proactiva, aunque no suele ser lo habitual.” (EM 1)

La situación de pandemia ha influido en las relaciones sociales de estas menores que han tenido que desarrollar el embarazo con el apoyo único de la red familiar debido a las distintas restricciones de movilidad y agrupación.

“Además teniendo en cuenta la situación de pandemia, lo social se corta directamente, entonces me quedé con la sensación de que eran embarazos que se habían llevado muy en solitario, con el entorno familiar como mucho. Entonces la actitud podríamos decir que era buena, pero con duelos.” (ETS 4)

El seguimiento citológico suelen llevarlo al día, ya sea por ellas mismas o por los distintos apoyos que puedan tener.

“En cuanto nace el niño, pues a los dos o tres días lo tenemos aquí se hace la valoración a los 15 días, aunque a veces se haga a los 3 y 4 días, y luego empezamos con todo el proceso de vacunación y revisión del niño sano que es al mes, a los dos meses, a los tres, a los 6, al año... y se va intercalando con el calendario vacunal.” (ETS3)

En definitiva, las menores embarazadas no suelen ser pacientes conflictivas durante su paso por el Hospital o Centro de Atención Primaria, pero muchas de ellas suelen tener actitudes más pasivas, delegando en sus progenitores parte de la responsabilidad. Realizan un seguimiento citológico correcto, muchas veces acompañadas de familiares.

VI.5. Educación sexual

Al hablar con las profesionales hemos visto que la falta de una educación afectivo sexual es un problema, es imprescindible formar a los adolescentes en relaciones basadas en el respeto y la confianza y empoderar a la mujer, trabajando en sus propias expectativas.

“Es importante concienciar a las chicas de cómo poner un límite en ese momento, porque muchos dicen “no pasa nada yo controlo”, y esto es sumisión, al igual que la violencia de género, hay que poner límites en ese momento, y trabajar las propias expectativas de ellas, si quiero y en qué momento ya que muchos ejercen la presión...” (ETS 2)

Otro punto importante dentro de la educación sexual de los jóvenes son los padres, los padres tienen la responsabilidad de establecer una relación de confianza con sus hijos y de no ejercer una autoridad clasificando el sexo y la sexualidad como algo malo.

“Sí tiene conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos, pero a ver, pasan cosas, con las mujeres jóvenes y adolescentes, es que hay muy diversas, ya no solo porque están al tanto sino también se nota la diferencia de las jóvenes que hablan de la sexualidad en sus casas y de las que no, si sus padres tienen o no la disposición de darles información, que ya no es tanto eso sino escucharlos crear un feedback en sus vivencias. Yo creo que sí que hay cierta diferencia de cuando en casa no se habla o es un tabú” (EES 1)

En conclusión, la educación afectivo sexual es necesaria para el desarrollo vital de estas menores para evitar casos de embarazos precoces además de prevenir enfermedades de transmisión sexual y promover una sexualidad positiva enseñando a los adolescentes a poner límites en sus relaciones. Es necesario dar esa información tanto desde los centros que trabajan con menores (institutos, centros cívicos, asociaciones) como desde casa, ya que esto supondría la eliminación del sexo como un tabú y podría suponer una reducción de estos embarazos a una edad temprana.

VI.6. Contextos de exclusión social

A la hora de analizar las entrevistas vemos que hay dos puntos de vista distintos por parte de las profesionales. Por un lado, sí que puede llegar a existir una relación entre contextos de exclusión y embarazos precoces ya que dentro de contextos normalizados las adolescentes se centran en acabar sus estudios y establecer un proyecto de vida en el que ser sí que ven que existe una relación entre las situaciones de exclusión social en las que crecen estas menores con los embarazos precoces, ya que la mayoría de las menores adolescentes se centran en acabar los estudios y seguir formándose, pero no se puede generalizar.

“Sí, generalmente las madres que se quedan embarazadas, no todas las adolescentes, pero gran parte, vienen de familias con situaciones vulnerables, toda la familia está cobrando una prestación y nadie trabaja, el nivel educativo es bajo... Ahí entra el que se preocupen de tener una estabilidad laboral, económica o de tener una vivienda en propiedad o independiente de sus padres, es muy cultural, sobre todo en la población gitana.” (ETS 1)

Por otro lado, también vemos que tampoco tendría por qué haber una relación entre exclusión social y embarazos precoces, sino que esos embarazos vienen provocados por no trabajar los límites y por no tener una educación afectivo sexual desde mucho antes de los 15 años.

“Yo creo que sobre todo estas chicas o bien se quedan embarazadas porque lo quieren y buscan tener esa familia y ese apego que igual en su momento no han tenido y creen que a los 17 lo saben todo y van a formar una familia y se van a vivir juntos, que nada de esto luego se cumple. Otras muchas es que directamente no han tenido cuidado porque sus parejas no quieren ponerse un preservativo y yo creo que eso no es de exclusión social, yo creo que es que hay muchas chicas que pueden ir al colegio más pijo y que si realmente no se ha trabajado con ellas a nivel personal, no se trabajan los límites, no se trabajan muchas cosas, no creo que sea cosa de un estatus social, o de nivel económico.” (ETS 2)

En suma, se pueden diferenciar situaciones en las que las menores quedan embarazadas debido a una falta de educación afectivo-sexual, sin que se hayan desarrollado en un contexto de exclusión social, sino al contrario, en una familia normalizada; pero también existen casos en los que el contexto de exclusión es un determinante de vulnerabilidad que hace que las menores tengan mayor despreocupación a la hora de quedarse embarazadas.

VI.7. Riesgos de un embarazo precoz

Podemos ver los riesgos desde dos ámbitos, el sanitario y el social. En el ámbito sanitario nos encontramos con bajo peso del recién nacido y con problemas durante el desarrollo del embarazo por parte de la madre.

“Los riesgos son sobre todo de cara al parto, porque las niñas si son muy jóvenes tienen la pelvis muy estrecha, y los riesgos estacionales no solo se dan en mayores de 40, sino también en las menores porque sus cuerpos no están igual de desarrollados. En estos casos se suele ver en el parto, porque si él bebe nace muy grande y la madre es muy joven y no está desarrollada va a haber complicaciones por descompensación” (EG 1)

Desde el punto de vista psicosocial, hablando con educadoras y trabajadoras sociales, vemos que se presentan problemas como, por ejemplo, abandono de los estudios lo que provoca una situación más propensa a la exclusión social ya que los trabajos a los que pueden acceder estas madres adolescentes suelen ser precarios.

“Una de las cosas que está así muy constatadas en los estudios que hay es que hay cuanto antes llega los embarazos suele suponer un abandono de los estudios, luego hay un porcentaje de esas chicas los vuelve a retomar pero que en general menos preparación por lo que luego se dificulta el acceso al mercado laboral y los puestos que suelen optar son más precarios por lo que su subsistencia va a ser más precaria...” (EES 1)

“Si hay buen apoyo familiar, es un momento de crisis en la familia, pero se integra bastante bien. El problema viene cuando no hay ese apoyo familiar, están solas y entonces el niño sí que puede correr riesgos ya que el niño seguramente no tendría los cuidados que necesita.” (ETS 3)

En el ámbito de Protección de Menores nos encontramos con otros posibles riesgos, como, por ejemplo, enfrentarse a una retirada del bebé si ellas no son capaces de adquirir las herramientas para establecer un vínculo afectivo sano de confianza basado en el apego.

“El mayor riesgo que existe es tener de repente una responsabilidad para la que no están preparadas.

Nuestro trabajo es que puedan llegar a estarlo, pero el cambio no viene de un día a otro, por tanto, el objetivo es que lo consigan. ¿Riesgos? Pues que se le retire al bebe, y que sea otro abandono más, aparte de él, de sus padres y de sus parejas...” (ETS 2)

En resumen, los riesgos que puede tener un embarazo precoz son tanto sanitarios como psicosociales y pueden afectar tanto a la madre como al bebé. En los riesgos sanitarios están la falta de desarrollo corporal en la madre que podría suponer complicaciones en el parto y, por lo tanto, riesgos para ambos. En los riesgos psicosociales influye el entorno y contexto en el que se desarrolle la menor ya que, si se considera que el bebé está en peligro se realizaría una retirada; otro riesgo es el abandono de la formación ya que las menores se suelen desvincular del entorno escolar y esto desemboca en otro riesgo que es la imposibilidad de conseguir un trabajo futuro debido a la falta de formación escolar.

VI.8. Posibles mejoras por parte de las profesionales

En cuanto a las mejoras que nos han aportado las profesionales, la mayoría hablan de reforzar o aplicar donde no se tenga, la educación afectivo-sexual que se proporciona a los y las menores en colegios e institutos, así como en sus hogares, y de hacerlo a edades más tempranas de las que se hace actualmente.

“Por experiencia propia y un poco por lo que conozco, se da la educación sexual en torno a los 15 años, a veces ya es tarde, en otros no se hace, en otros se hace de manera muy superficial.” (ETS 1)

“Es importante concienciar a las chicas de cómo poner un límite en ese momento, porque muchos dicen “no pasa nada yo controlo”, y esto es sumisión (...) hay que poner límites en ese momento, y trabajar las propias expectativas de ellas, si quiero y en qué momento ya que muchos ejercen la presión, y ellas no le da la importancia necesaria ya que piensan que si me quieren pues no pasa nada.” (ETS 2)

“La educación sexual les servirá para estar más concienciadas, pero al final es también muy importante la relación con sus padres y que sean ellos los que les expliquen con confianza lo que realmente es tener relaciones sin protección y les digan los riesgos que tienen, como algo que fuera más a nivel de la casa, y también en la propia educación” (EG 1)

El centro formativo es el lugar donde más tiempo pasan las menores y es necesario que desde ahí se les proporcione herramientas para continuar su formación durante la gestación y así evitar que las menores abandonaran sus estudios.

No solo es importante educar para la prevención del embarazo, si no en todos los ámbitos de la educación sexual, como, por ejemplo, informar sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual, o la educación de todos los jóvenes en las relaciones sexo-afectivas.

“También tiene mucho que ver con la desigualdad en las relaciones sexo-afectivas. Por eso la educación sexual debería ser transversal a la educación de las personas y no sólo enfocarse a la prevención de embarazos.” (EM 4)

“Información, desde el colegio primaria, la ESO, en el colegio se debería trabajar educación afectiva más que sexual y luego en secundaria que ya tienen 13, 14 años empezar ya una educación sexual, hablar de métodos anticonceptivos, información, si tienen alguna duda pueden ir a la matrona que el acceso es fácil, en sus centros de salud, que esos métodos anticonceptivos existen pero sobre todo informarles de la conveniencia de usarlos, ya no solo para prevenir embarazos sino también para evitar las enfermedades de transmisión sexual.” (EM 1)

En definitiva, todas las profesionales coinciden en que la educación afectivo-sexual es la base para evitar embarazos precoces además de enfermedades de transmisión sexual. Esta educación debe fomentarse en los centros formativos y debe hacerse a edades más tempranas de las que se hace actualmente. Además, es una educación que debería darse también desde los hogares para, como hemos dicho anteriormente, eliminar ese tabú y favorecer la relación de confianza de la menor con sus progenitores.

VII. CONCLUSIONES

En este apartado vamos a redactar las conclusiones a las que hemos llegado tras la realización de este estudio y las respectivas entrevistas a las profesionales que tratan o han tratado con el colectivo.

VII.1. Perfil de las menores

El rango de edad es desde los 15 a los 18 años, la edad varía mucho, al igual que el contexto social en el que se desarrollan las menores, un embarazo precoz le puede suceder a una menor de una familia normalizada o a una menor que se ha desarrollado en un contexto de exclusión social, aunque hay más casos de menores que han crecido en contextos de exclusión social, cuyas familias reciben ayudas económicas.

Uno de los factores que más pesa a la hora de continuar con la gestación es la cultura. Esto se puede observar en la etnia gitana, donde predominan, como creencias arraigadas, el interés de las mujeres por ser madres y formar una familia, cada vez son embarazadas con mayor planificación. La nacionalidad y cultura latinoamericana también tiene un arraigo cultural a que las mujeres deben ser madres jóvenes, además de la precocidad de la sexualidad.

El futuro de estas menores cambia una vez comienza la gestación y es importante que tengan una visión de futuro para así no abandonar su formación académica. La visión de futuro de estas menores suele ser continuar con la vida familiar, son muy pocas las que continúan su formación. Es necesario que las menores continúen y finalicen su formación para poder tener más posibilidades laborales en un futuro.

VII.2. Protocolos o labor que realizan las distintas profesionales

La labor principal que realizan las profesionales a la hora de actuar con este colectivo es la coordinación. No existe un protocolo establecido para las situaciones de embarazo precoz pero la sensibilización de los profesionales sanitarios con el tema facilita la detección de estos casos y su posterior seguimiento por parte de las trabajadoras sociales.

VII.3. Entorno de las menores embarazadas

La familia es un factor muy importante para la menor y es necesario que esta cuente con su apoyo durante y tras la gestación. El nacimiento de un bebé es un hecho importante en la vida de la menor que le afecta no solo psicológicamente sino también corporalmente ya que su cuerpo no estaba formado todavía como para tener un bebé. El apoyo familiar proporcionará a la menor tranquilidad sabiendo que cuenta con alguien.

El centro formativo también es otro factor importante dentro de la vida de la menor. La gestación es más llevadera cuando el centro proporciona herramientas a las menores para evitar que abandonen los estudios por la situación de embarazo.

Los embarazos precoces siguen existiendo y siendo un problema social. Cada vez se advierte menos rechazo dentro de la familia, y proporciona más apoyo a la madre adolescente desde todos los puntos de su entorno.

VII.4. Actitudes de las menores respecto a la situación

Las menores no son pacientes conflictivas y realizan un seguimiento y asistencia citológica correcto, normalmente porque acuden acompañadas de su madre o abuela. Antes y al principio de la gestación, las menores están nerviosas y con miedo al parto y al futuro, pero poco a poco ese miedo disminuye. Tras dar a luz son proactivas y tienen ganas de aprender pero también delegan mucho en sus progenitores.

VII.5. Educación Sexual

Se debe destacar la importancia de la educación afectivo-sexual. La deficiencia de esta en la sociedad fomenta los embarazos precoces y las enfermedades de transmisión sexual. La educación afectivo-sexual no se enseña en los centros formativos debido a que sigue existiendo un tabú hacia ella cuando realmente su propósito es formar e informar a las y los menores en materia de sexualidad, porque el desconocimiento es muy peligroso en este ámbito.

VII.6 Contextos de exclusión social

Los contextos sociales en los que se desarrollan estas menores influyen a la hora de analizar los embarazos precoces, aunque hay menores pertenecientes a todos los contextos. Que una menor se desarrolle en un contexto de exclusión social no significa que vaya a suceder ese embarazo precoz, pero es un factor de vulnerabilidad determinante a la hora de que suceda.

VII.7 Riesgos de un embarazo precoz

Los riesgos que supone un embarazo pueden afectar tanto a la madre como al bebé. Estos riesgos pueden ser sanitarios debido a que el cuerpo de la menor no está formado para tener un bebé, esto podría suponer problemas durante el embarazo pero sobre todo durante el parto. A los riesgos sanitarios debemos añadir los riesgos y vulnerabilidades psicosociales en los que entra el entorno de la menor, lugar donde posteriormente crecerá su bebé, la falta de formación académica debido al abandono formativo que supondría mayor dificultad para conseguir un empleo

VII.8 Posibles mejoras por parte de las profesionales

Es necesaria la realización de charlas educativas en colegios e institutos ya que actualmente se dan muy tarde o no se dan. El desconocimiento sexual es uno de los principales motivos de embarazo precoz, por eso es importante que se impartan charlas o se añadan asignaturas relacionadas con la educación afectivo-sexual y reproductiva.

Es necesario eliminar el tabú que hay detrás de la sexualidad, para ello es importante que no solo de información y se hable con normalidad del tema desde el colegio, sino también por parte de las familias

VIII. PROPUESTAS

Como parte final de nuestro trabajo vamos a realizar una serie de propuestas que consideramos necesarias para reducir los embarazos precoces y mejorar la situación de las menores embarazadas.

- Un factor importante para las menores es su ámbito familiar, por lo que es necesario abordar el tema de la educación sexual desde dentro del círculo familiar, de esta forma, además de informar a los menores, estos cogen confianza con sus progenitores a la hora de manifestar problema en este ámbito. Los propios padres o tutores deben tener la iniciativa de hablar de este tema, pero si no se diera el caso, desde el centro formativo o sanitario se les puede informar de la necesidad e importancia de que hablen con las menores.
- Sería necesario que se impartieran más charlas de educación sexual en los colegios e institutos a edades a partir de los 14 años, son necesarias charlas de educación sexual que les proporcionaran información sobre los distintos métodos anticonceptivos que existen, las consecuencias de no usarlos y las Enfermedades de Transmisión Sexual.
- En relación con el punto anterior, sería también interesante impartir charlas enfocadas únicamente a las menores para hablarles sobre el consentimiento y cómo y cuándo poner límites en las relaciones, así como a practicar ambos. De esta forma pueden escuchar experiencias de otras mujeres y conocer todas las opciones que tienen si se quedan embarazadas, si deciden continuar con el embarazo y los riesgos que conlleva.
- Como última propuesta, vemos necesaria la creación de un protocolo dentro del ámbito sociosanitario para poder detectar a estas menores y las posibles necesidades y problemas sociales que puedan tener dentro de su entorno. Este protocolo es necesario para mejorar la coordinación entre profesionales del ámbito sanitario y social y poder realizar un seguimiento más eficiente de estas menores ya que, una vez den a luz, debemos proteger no solo a una menor, sino a dos.

IX. BIBLIOGRAFÍA

- Aliño Santiago, M., López Esquirol, J. R., & Navarro Fernández, R. (2006). Adolescencia: Aspectos generales y atención a la salud. *Revista cubana de medicina general integral*, 22(1), 0-0. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252006000100009&script=sci_arttext&tlng=en
- Arregui, L. A. (2004). Maternidad, paternidad y género. *Otras miradas*, 4 (2), 92-98. <https://www.redalyc.org/pdf/183/18340203.pdf>
- Bernard, L. (2007). Infancia y adolescencia: de los tiempos de socialización sometidos a constricciones múltiples *Revista de Antropología Social*. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España. Recuperado de [Redalyc. Infancia y adolescencia: de los tiempos de socialización sometidos a constricciones múltiples](https://www.redalyc.org/pdf/183/18340203.pdf)
- Blanco, L., Cedre, O., & Guerra, M. E. (2015). Factores determinantes del embarazo adolescente. *REVISTA ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA*, 14(2), 109-119.
- Bofill, A., & Cots, J.. (1999). Pequeña Historia de la Primera Carta de los Derechos de los Niños. abril 14, 2021, de Save The Children Sitio web: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/declaracion_de_ginebra_de_derechos_del_nino.pdf
- Cachón Rodríguez, Lorenzo. (2002). “La formación de la «España inmigrante» mercado y ciudadanía”. *REIS. Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 97, pp. 95-126.
- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp.29313 a 29424. Cita en texto: (CE 1978).
- Convenio de La Haya del 19 de octubre de 1996.
- Cordero, A. L. H., & Gentile, A. (2015). Entre muñecas y pañales. La maternidad adolescente en la España actual. *Revista Metamorfosis: Revista del Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud*, (2), 67-87. <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/6163222.pdf>
- Cordero, A. L. H., Gentile, A., & Santos, E. (2019). Perspectivas teóricas para el análisis de la maternidad adolescente. *Barataria: revista castellano-manchega de ciencias sociales*, (26), 135-154. <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/7141573.pdf>
- Gregorio Gil, Carmen. (1997). “El estudio de las migraciones internacionales desde una perspectiva de género”. *Migraciones* 1, pp. 145-175
- Ley 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 7/2018, de 28 de junio, de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en Aragón.
- Ley 9/2014, de 23 de octubre, de apoyo a las familias de Aragón.

- Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
- Ley Orgánica 8/2021 de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la violencia.
- Madrid Gutierrez, J., Hernández Cordero, A. L., Gentile, A., & Cevallos Platero, L. (2019, 28 febrero). Embarazos y maternidad adolescente desde una perspectiva cualitativa en ciencias sociales. *Adolescere*, 7(1), 39–47.
- Ministerio de Sanidad. 2020. Informe 2020: Alcohol, tabaco y otras drogas ilegales en España. Recuperado de: [Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones INFORME 2020 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España \(sanidad.gob.es\)](https://observatorio.es/informe-2020-alcohol-tabaco-y-drogas-ilegales-en-espana)
- Miraba, L. & Sandoval, A.(2020). Intervención del Trabajo Social en madres adolescentes de la Parroquia el Progreso, Cantón Pasaje. Universidad Técnica de Machala. Recuperado de: [TTFCS-2020-TRS-DE00007.pdf](#)
- NAPSW. (S.f.). What is a Perinatal Social Worker. [Consultado 26 de Junio 2018]. Disponible en: <https://www.napsw.org/what-is-a-perinatal-social-worker>
- ONU: Asamblea General, *Declaración Universal de Derechos Humanos*, 10 Diciembre 1948, 217 A (III), disponible en esta dirección: <https://www.refworld.org/es/docid/47a080e32.html> [Accesado el 14 Abril 2021]
- Organización Mundial de la Salud (2020). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Palomar Vereá, C. (2005). Maternidad: historia y cultura. La ventana. Revista de estudios de género, 3 (22), 35-67. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362005000200035
- Pérez, S. P., & Santiago, M. A. (2002). El concepto de adolescencia. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia, 2. <https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/Capitulo%20I.pdf>
- Polanco, M. D. G. (2014). Las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes españoles. RqR Enfermería Comunitaria, 2(2), 38-61 <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4724676.pdf>
- Quintero Rondón, A. P. & Rojas Betancur, H. M. (2015). El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 44, 222-237. Recuperado de [El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes | Quintero Rondón | Revista Virtual Universidad Católica del Norte \(ucn.edu.co\)](#)

- Real Decreto del 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil.
- Rodríguez-González, A. M. (2018). La intervención social en el abordaje de la maternidad y paternidad desde el contexto de salud: la figura del/de la trabajador/a social sanitario/a. Trabajo Social Hoy, 85, 7-26. doi: org/10.12960/TSH.2018.0013
- Viejo, C. Ortega, R. Cambios y riesgos asociados a la adolescencia. Psychology, Society, & Education. Recuperado de: [Viejo y Ortega.pdf \(ual.es\)](#)

X. ANEXOS

1. Modelo de entrevista sanitario

1. ¿Cuál es su profesión?
2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con este colectivo?
3. ¿Existe algún protocolo respecto a esta situación? Si existe, ¿cuáles son?

PERFIL DE LA MENOR

4. Por lo general, ¿qué rango de edad suelen tener las menores embarazadas que acuden a ustedes?
5. ¿Cuál suele ser la nacionalidad/etnia de las menores?
6. ¿Tiene relación la religión/cultura de las menores con la decisión de seguir con el embarazo?

SALUD REPRODUCTIVA

7. Este tipo de embarazos, ¿suelen ser planificados?
8. ¿Tiene que ver la educación sexual de este colectivo con los embarazos a esta edad?
9. ¿Las menores tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos que pueden utilizar?
10. ¿Cuáles son los riesgos que puede haber en embarazos adolescentes?

ÁMBITO PSICOSOCIAL

11. ¿Con qué disposición acuden las menores a las consultas?
12. ¿Qué actitud muestran las menores durante el embarazo?
13. Y en relación con la pregunta anterior, ¿cómo se muestran las menores tras el nacimiento del bebé?
14. ¿Cree que el embarazo hace madurar prematuramente a las adolescentes?
15. Durante el seguimiento del embarazo, ¿acuden solas o acompañadas a las citas?
16. Con respecto a la opción de interrumpir el embarazo, ¿qué reacción suelen tener las usuarias y familiares de las mismas con esta opción?

ORIENTACIONES DE LAS PROFESIONALES DIRIGIDAS A LA MEJORA

17. Por último, ¿Qué medidas cree que se deberían tomar para reducir los embarazos en menores?

2. Modelo de entrevista social

1. ¿Cuál es su profesión?
2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con este colectivo?
3. ¿Existe algún protocolo respecto a esta situación? Si existe, ¿cuáles son?

PERFIL DE LA MENOR

4. Por lo general, ¿qué rango de edad suelen tener las menores embarazadas que acuden a ustedes?
5. ¿Cuál suele ser la nacionalidad/etnia de las menores?
6. ¿Tiene relación la religión/cultura de las menores con la decisión de seguir con el embarazo?

SALUD REPRODUCTIVA

7. Este tipo de embarazos, ¿suelen ser planificados?
8. ¿Tiene que ver la educación sexual de este colectivo con los embarazos a esta edad?

ÁMBITO PSICOSOCIAL

9. ¿Con qué disposición acuden las menores a las consultas?
10. ¿Qué actitud muestran las menores durante el embarazo?
11. Y en relación con la pregunta anterior, ¿cómo se muestran las menores tras el nacimiento del bebé?
12. ¿Cree que el embarazo hace madurar prematuramente a las adolescentes?

ÁMBITO SOCIAL

13. Por lo general, ¿tienen apoyo familiar durante el embarazo? y si es así, ¿siguen teniéndolo tras el parto?
14. A la primera entrevista o consulta, ¿suelen acudir solas o acompañadas? ¿Quién suele acompañarlas?
15. ¿Las adolescentes suelen tener pareja cuando se quedan embarazadas?
16. Si es así, ¿suelen tener apoyo de la pareja cuando deciden seguir adelante con el embarazo?
17. ¿Hay alguna relación entre maternidad adolescente y contextos de exclusión social? ¿Qué cree que se debería hacer para prevenir los embarazos adolescentes en los contextos de exclusión social?

NIVEL SOCIOECONÓMICO

18. ¿Cuál suele ser el nivel socioeconómico de las menores?

NIVEL FORMATIVO

19. ¿Cuál suele ser el nivel formativo de las menores? ¿Siguen desarrollando su actividad formativa y educativa durante y tras el embarazo?
20. ¿Qué tipo de aspiraciones de futuro suelen tener las menores durante y tras el embarazo?

ORIENTACIONES DE LAS PROFESIONALES DIRIGIDAS A LA MEJORA

21. Por último, ¿Qué medidas cree que se deberían tomar para reducir los embarazos en menores?

3. ETS 1

1. ¿Cuál es su profesión

Actualmente soy trabajadora social en el Hospital Materno-Infantil.

2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con este colectivo?

Un año y unos meses.

3. ¿Existe algún protocolo respecto a esta situación? si existe, ¿cuál o cuáles son?

En el Hospital Materno-Infantil, donde yo estoy, tenemos un protocolo “no escrito”, porque no es oficial, de que se avise a trabajo social para poder intervenir. Desde ecografías, que es el sitio por donde toda mujer embarazada pasa en algún momento, nos avisan de que hay una menor embarazada y, o bien acudimos allí y las acompañamos al despacho, o bien acuden ellas directamente para poder tener la primera entrevista para saber en qué situación están.

PERFIL DE LA MENOR

4. Por lo general, ¿qué rango de edad suelen tener las menores embarazadas que acuden a ustedes?

Hemos tenido un poco de todo, las más joven que hemos tenido recientemente ha sido 14 años, y hasta 17 que es lo que entraría dentro de adolescencia.

5. ¿Cuál suele ser la nacionalidad/etnia de las menores?

Hay muchas chicas de etnia gitana, especialmente porque por cultura y tradición son madres muy jóvenes, también estamos viendo muchas chicas latinoamericanas.

6. ¿Tiene relación la religión/cultura de las menores con la decisión de seguir con el embarazo?

Si, al final, por ejemplo, la etnia gitana tiene un fuerte arraigo a la religión y no se contempla el aborto, aunque no sea el momento o la pareja ya no continúe en la relación, ellas siguen con dicho embarazo.

SALUD REPRODUCTIVA

7. Este tipo de embarazos, ¿suelen ser planificados?

La etnia gitana cada vez vemos más embarazos planificados, en el sentido de que las menores ya están casadas. Un poco lo que se espera de ellas es que se casen y tengan hijos, planificados como tal, no, pero es una de las cosas que esperan que pase.

8. ¿Tiene que ver la educación sexual de este colectivo con los embarazos a esta edad?

Sí, la etnia gitana, por lo general, va a parte porque entra dentro de su cultura y tradición. En el resto de las menores, hemos visto chicas españolas con una familia normalizada que sí que tenían bastante desconocimiento sexual.

ÁMBITO PSICOSOCIAL

9. ¿Con qué disposición acuden las menores a las consultas?

A la primera entrevista acuden con mucho miedo, porque les llama la trabajadora social, que además tenemos fama de quitar niños, entonces se asustan y piensan que al ser menores se lo van a quitar y, nada más lejos de la realidad porque realmente lo que queremos saber es su situación para poderla ayudar. A las siguientes visitas vienen más tranquilas y generalmente a la del parto, que subimos a la habitación para comprobar cómo ha ido todo, ahí ya están más felices y además agradecen ese acompañamiento durante el embarazo.

10. ¿Qué actitud muestran las menores durante el embarazo?

Suelen estar muy preocupadas, al final dentro de la educación sexual y del proceso, está el parto, el cual se vende como muy doloroso, entonces tienen mucho miedo al momento del parto. No suelen manifestar miedo a la crianza o a la educación del niño o cómo van a sobrevivir, porque generalmente no trabajan.

11. Y en relación con la pregunta anterior, ¿cómo se muestran las menores tras el nacimiento del bebé?

Están bastante contentas, muy dispuestas a aprender, preguntan a las pediatras, lo cogen.... Muchas se les ve con cierto grado de madurez no acorde con su edad y a otras no tanto, pero todas se muestran muy receptivas y dispuestas a las necesidades del niño.

12. ¿Cree que el embarazo hace madurar prematuramente a las adolescentes?

Sí, les hace madurar especialmente ese sentimiento instintivo de protección, de supervivencia, cuando tienen el hijo ese sentimiento sale.

ÁMBITO SOCIAL

13. Por lo general ¿tienen apoyo familiar durante el embarazo? y si es así ¿siguen teniéndolo tras el parto?

Sí, suelen tener apoyo familiar. La madre al final nunca las abandona y las suele acompañar. Recientemente sí que tuvimos un caso en el que los padres no apoyaban a la menor, pero la madre de su pareja sí les apoyó. Normalmente tras el parto continúan teniendo ese apoyo, cuando llega el momento del parto acuden las abuelas y el resto de los familiares, generalmente están todos bastante pendientes. Aunque hablemos de esa

madurez prematura, las abuelas siempre tienen ese miedo y la ven más pequeña de lo que en realidad es, no son capaces de ver el proceso que han hecho

14. Has dicho que suele haber una primera entrevista contigo, ¿acuden solas o acompañadas a esa entrevista?

Siempre vienen acompañadas, generalmente de la madre y otras veces de la pareja o del padre del futuro bebé

15. ¿Las adolescentes suelen tener pareja cuando se quedan embarazadas?

Si y no, muchas menores han venido diciendo que ya no estaban con esa pareja, pero sí que querían continuar con el embarazo. esto a la hora del parto tiene repercusiones porque a veces el padre no quiere reconocerlo o la madre no quiere que el padre reconozca al niño... Ya entramos en temas legales.

16. Si es que sí, ¿tienen apoyo de la pareja cuando deciden seguir adelante con el embarazo?

Si, generalmente tanto si es o no el padre del bebé, siguen teniendo apoyo al seguir adelante con el embarazo

17. ¿Hay alguna relación entre maternidad adolescente y contextos de exclusión social? ¿Qué cree que se debería hacer para prevenir los embarazos adolescentes en los contextos de exclusión social?

Sí, generalmente las madres que se quedan embarazadas, no todas las adolescentes, pero gran parte, vienen de familias con situaciones vulnerables, toda la familia está cobrando una prestación y nadie trabaja, el nivel educativo es bajo... Ahí entra el que se preocupen de tener una estabilidad laboral, económica o de tener una vivienda en propiedad o independiente de sus padres, es muy cultural.

Partiendo de que se necesita una base educativa, al fin y al cabo, el lugar más cercano para acceder a esta información son los colegios. Por experiencia propia y un poco por lo que conozco, se da la educación sexual en torno a los 15 años, a veces ya es tarde, en otros no se hace, en otros se hace de manera muy superficial. Al final lo que estamos viendo es que sigue habiendo embarazos en adolescentes, no deseados o en contextos en los que la crianza va a ser difícil. Lo primero sería, a nivel educativo, intentar llegar a cuanta más gente mejor, y contar la experiencia de lo que es la maternidad en la adolescencia porque, si la maternidad en sí es difícil, en la adolescencia mucho más.

NIVEL SOCIOECONÓMICO

18. ¿Cuál es el nivel económico de las menores?

Exactamente no podemos saber su nivel económico porque desde el Hospital no se les pregunta, pero suele ser bajo, muchas veces cuentan con ayudas sociales, IAI, Ingreso Mínimo Vital, dificultades para incorporarse al mundo laboral y cuando se incorporan es en trabajos precarios.

NIVEL FORMATIVO

19. ¿Cuál suele ser el nivel académico de las menores? ¿Siguen desarrollando su actividad formativa y educativa durante y tras el embarazo?

Su nivel educativo no pasa de la ESO, en los casos que hemos tenido durante este último año. Algunas sí que deciden seguir formándose y otras no. De hecho, hemos tenido algunas de que el instituto les ha puesto facilidades, clases online, también un poco acompañado con el COVID, no sé si en otro momento habrían sido tan receptivos con las clases online pero la verdad que, ahora bien, le mandan tareas a casa... También está el caso de las que hacen una pausa en su carrera educativa y la continúan tras el parto, algunas que tienen una FP de peluquería, grados medios...

20. ¿Qué tipo de aspiraciones de futuro suelen tener las menores durante y tras el embarazo?

No suelen pensar mucho en su futuro, que es una de las cosas que más se pelea en las entrevistas, se les pregunta si van a seguir con sus estudios, que cómo se plantean sacar adelante a su hijo o hija... Muchos dependen y ya están pensando en la prestación que, en el caso del ingreso mínimo vital sí que contempla esta situación de una menor que tienen un niño. Igualmente hay de todo, hemos tenido menores que sí que nos dicen "pues cuando dé a luz estaré unos meses con mi madre y en septiembre haré una FP para empezar a trabajar..." pero no suele ser lo habitual.

ORIENTACIONES DE LAS PROFESIONALES DIRIGIDAS A LA MEJORA

21. ¿Qué medidas cree que se deberían tomar para reducir los embarazos en menores y mejorar la educación sexual hacia los menores?

Sobre todo, en la educación, en colegios, en los centros de tiempo libre... en cualquier sitio en los que haya acceso a esta población, y sobre todo adelantarlo, porque en la vida se están adelantando muchas cosas a la edad adulta, nuestra sociedad está cambiando, en mi opinión habría que adelantar ese momento de educación sexual para que no sea demasiado tarde.

4. ETS 2

1. ¿Cuál es su profesión?

Coordinadora y trabajadora social del Centro de Maternaje

2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con este colectivo?

Dos años y pico en este piso. Si que es verdad que anteriormente estuve en intervención familiar y sí que llegaban madres con sus hijos que si el niño tenía 10 y la madre 26 pues te das cuenta de que fue madre adolescente, claro ahí ya se intervienen en otros ámbitos y en otras fases.

3. ¿Cómo funciona vuestro recurso?

Este es un recurso un poco especial, es un piso de madres adolescentes pero tuteladas, son chicas que por su situación familiar no han podido seguir con su familia de origen por lo que la DGA se ha encargado de sus tuteladas, es decir, son madres dentro del sistema de protección de menores. Puede ser que en el momento de quedarse embarazadas no estén tuteladas y, por el riesgo que supone quedarse con la familia en la que están, se decida retirarlas.

Siempre se intenta que las chicas quieran entrar a este piso, ya que requiere mucho esfuerzo, normas bastantes estrictas más, aparte, el recorrido que llevan ya en otros centros de protección, por lo que se intenta hacer un trabajo previo con ellas. Son chicas que, a lo largo de su recorrido dentro de protección de menores, no cualquier chica entra dentro de nuestra vivienda puede ser que una chica adolescente se quede embarazada y pueda seguir adelante con su embarazo con el apoyo de su familia y sin ninguna intervención.

En el piso entran cuando se ha producido una retirada del menor, es un recurso para no hacer una retirada temprana del bebe y darle una oportunidad a la madre, en este caso a la adolescente que ya lleva su recorrido en el sistema de protección que se queda embarazada. Se intenta con ellas que adquieran unas habilidades en el piso y adquirir una autonomía y salgan ellas y sus bebés.

PERFIL DE LA MENOR

4. Por lo general, ¿qué rango de edad suelen tener las menores embarazadas que acuden a ustedes?

Entre 16 y 18 normalmente.

5. ¿Cuál suele ser la nacionalidad/etnia de las menores?

Hay de todo, hay españolas, hay inmigrantes... Lo que tienen en común no es la nacionalidad, sino que vienen de familias desestructuradas, pero claro hablo de mis chicas, estoy hablando siempre dentro de un contexto de protección de menores, puede ser que otras adolescentes se queden embarazadas sin ningún contexto de desprotección, pero todas las que yo atiendo vienen de una familia desestructurada sino no habrá intervención.

SALUD REPRODUCTIVA

6. Este tipo de embarazos, ¿suelen ser planificados?

Hay de todo, es que generalizar es muy complicado. Por un lado, hay chicas que sí que lo planifican y creen que con 16 o 17 años lo saben todo, tienen una relación, quieren formar una familia y se quedan embarazadas y lo buscan, luego eso se cae a trozos por todas partes y acaban en el piso, desde aquí lo que se hace una construcción y ya ven que necesitan una formación, unos estudios, vivienda y recursos económicos para poder mantenerse ellas y el bebe. Por otro lado, otras chicas no lo buscaban y pasó.

7. ¿Las menores tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos que pueden utilizar?

Hay de todo, es que los perfiles de las chicas son diferentes, aunque el perfil que yo tengo suele ser parecido. Hay chicas que, si conocen los métodos anticonceptivos, pero no los utilizan ya sea porque sus parejas no quieren utilizarlo o porque están buscando quedarse embarazadas, a veces a sus parejas les aprieta el condón y no les apetece usarlo y no se han informado que hay más opciones o no quieren ir al médico o no se lo quieren decir a sus padres, o por descuido.

ÁMBITO PSICOSOCIAL

8. ¿Cuáles son los riesgos que puede haber en embarazos adolescentes?

Un embarazo a los 16 el cuerpo está preparado biológicamente. Aunque sí que es verdad que podemos hablar del impacto que pueda tener en otros ámbitos como es el formativo, el laboral, pero eso es cultural. Puede tener impactos y riesgos sí, pero también tiene otros impactos positivos, no digo que la solución sea que la chica adolescente se quede embarazada, ya que por supuesto o tener una organización familiar estable dificulta mucho el proceso ya que conlleva muchísima más responsabilidad, conlleva tener el peso de menores sobre ellas, antes se centraba solo en la menor pero ahora también se centra sobre el hijo de la menor, son ellas las que tienen que ser responsables y si no habrá un retirada.

La responsabilidad es muy grande y más en ellas que no lo han sido, no hablo de madres adolescentes en general, hablo de madres adolescentes dentro del sistema de protección que no han sido responsables nunca ya que siempre han estado en el sistema de protección, no han tenido la responsabilidad de tener que buscar un trabajo, de tener que acudir a clase. ¿Qué podría pasar? Pues si una bronca, sin paga, las cosas que pasan en el centro, pero realmente la responsabilidad viene cuando estás a cargo de tu hijo y no quiere que te lo retiren menores.

El mayor riesgo que existe es tener de repente una responsabilidad para la que no están preparadas. Nuestro trabajo es que puedan llegar a estarlo, pero el cambio no viene de un día a otro, por tanto, el objetivo es que lo consigan. ¿Riesgos? Pues que se le retire al bebe, y que sea otro abandono más, aparte de él, de sus padres y de sus parejas, añadiendo a estas situaciones posibles situaciones de maltrato y abuso (riesgos psicosociales). Realmente estas chicas aprenden por "las malas" a ser responsables, muchas de ellas dicen

“sí a mí me hubieran dicho esto no me hubiera quedado embarazada”, pero también todas han dicho “mi hijo me ha salvado la vida”.

9. ¿Cuándo llegan al piso, llegan embarazadas o con ya con el bebé?

Los dos casos, las menores pueden venir embarazadas o con él bebé

10. ¿Qué actitud muestran las menores durante el embarazo?

Están en el piso porque ellas han querido, porque quieren que el embarazo llegue a buen término, entran al piso ya como una función de cuidado porque entran sabiendo que hay unas normas, unos horarios, por ejemplo, no se puede fumar en el piso, ellas ya saben lo que es un centro de protección y ya saben cómo es el piso. Si no quisieran aceptar las funciones de cuidado que tienen que hacer ellas y que tenemos que hacer nosotras con ellas se quedarían en sus casas a terminar su proceso de embarazo y se le retiraría al bebe en el hospital o se encargaría menores.

11. Y en relación con la pregunta anterior, ¿cómo se muestran las menores tras el nacimiento del bebé?

Hay de todo, me parece tan difícil generalizar. Es que realmente una mamá adolescente puede darse los mismos casos que cualquier mamá a los 28, biológicamente están preparadas para hacerlo, no te diría lo mismo si hablamos de una chica de 12. Lo que influirá será como haya sido su crianza y sus vivencias y esté construida ella como adulta, hay mamás muy negligentes a los 28. Una persona puede estar dañada a los 16, a los 28, a los 30, hay gente a los 25 que fuma y bebe estando embarazada pero mis chicas fumar fuma alguna, pero se cuidan un montón,

Como he dicho antes, no se puede generalizar, hay chicas que a los 17 quieren estar embarazadas y otras no, unas se cuidan y otras no, al igual que a los 28.

ÁMBITO SOCIAL

12. Por lo general ¿tienen apoyo familiar durante el embarazo? y si es así ¿siguen teniéndolo tras el parto?

Pueden tenerlo, pero no es el adecuado. A la mayoría de las chicas, que sus familias les apoyen en cuanto al embarazo y a tenerlo y que lleven a término su embarazo, pero puede ser que esas familias no tengan recursos económicos, no tengan habilidades parentales como para poder transmitirle a ella una función de cuidado, puede ser que incluso la adolescente haya vivido situaciones de violencia.

13. ¿Las adolescentes suelen tener pareja cuando se quedan embarazadas?

Si, suelen tener parejas, a veces son los padres de los bebés y otras veces no.

14. Si es que sí, ¿tienen apoyo de la pareja cuando deciden seguir adelante con el embarazo?

Si que suelen tener el apoyo de sus parejas.

15. ¿Hay alguna relación entre maternidad adolescente y contextos de exclusión social? ¿Qué cree que se debería hacer para prevenir los embarazos adolescentes en los contextos de exclusión social?

Yo creo que no, ósea si miro solo mi contexto te diría que sí, porque es el único con el que trabajo. Yo creo que sobre todo estas chicas o bien se quedan embarazadas porque lo quieren y buscan tener esa familia y ese apego que igual en su momento no han tenido y creen que a los 17 lo saben todo y van a formar una familia y se van a vivir juntos, que nada de esto luego se cumple. Otras muchas es que directamente no han tenido cuidado porque sus parejas no quieren ponerse un preservativo y yo creo que eso no es de exclusión social, yo creo que es que hay muchas chicas que pueden ir al colegio más pijo y que si realmente no se ha trabajado con ellas a nivel personal, no se trabajan los límites, no se trabajan muchas cosas, no creo que sea cosa de un estatus social, o de nivel económico.

Creo que lo que vemos desde un sistema público, en cuanto a Servicios Sociales, sí que la parte que vemos nosotras de riesgo sí que vamos el riesgo de exclusión social, pero a las que tiene por detrás apoyo económico, apoyo familiar pues supongo que llevaran a término su embarazo o no veo relación entre riesgo de exclusión social y embarazo adolescente. Será más difícil, por supuesto, porque sin medios...

NIVEL SOCIOECONÓMICO

16. ¿Cuál es el nivel socioeconómico de las menores?

Muy bajo, porque están en el sistema de protección, si estas chicas tuvieran dinero y un sitio donde vivir no estarían en el piso, y están con sus hijos y bien. Estas chicas que tenemos han hecho un proceso estupendo, se lo han currado un montón, se esfuerzan casi siempre pero igual que cualquier madre a los 30, ellas solas podrían estar super bien pero ahora mismo no tiene dinero ni casa. Entonces con 18- 20 años que tienen ahora mismo pues claro tiene que hacer a toda prisa algún curso del INAEM, porque claro no les da tiempo a formarse más, porque llegan normalmente sin la ESO, hacer un curso de INAEM, hacer unas prácticas, currárselo un montón echando currículum o que donde les consigamos las prácticas puedan ya quedarse con contrato y ahorrar lo máximo posible y en cosa de un año y poco salir del piso.

17. Has dicho de los 17 a los 20 años. ¿Este es un proceso que cuando cumples los 18 años sales del programa?

No, puede haber una prórroga, porque a los 18 no están preparadas, ya no por la maternidad sino porque estructuralmente no puede mantenerse, porque no han terminado su formación.

NIVEL FORMATIVO

18. ¿Cuál suele ser el nivel académico de las menores?

Casi ninguna tiene la ESO, en estos tres años solo una chica había acabado la ESO, pero claro hablamos de que estas chicas están dentro del sistema de protección de menores en el que muy pocas chicas y chicos terminan la ESO, no es lo más común, sí que intentamos que las chicas hagan algún CSL, sobre todo cualquier formación que tenga prácticas, y que las hagan en una empresa grande y a partir de allí poder ir adquiriendo experiencia y de ahí le salga algún trabajo, mientras tanto nos quedamos con los niños claro, sino sería imposible. Hay una educadora o dos, depende de la franja horaria en el piso.

19. ¿Qué tipo de aspiraciones de futuro suelen tener las menores durante y tras el embarazo?

Ser autónomas. Ahora mismo dos chicas llevan ya dos años y las otras dos llevan un año en el piso, y ya llevan su proceso bastante avanzado y todas están muy mentalizadas que, aunque tengan pareja ellas quieren salir autónomas con sus hijos, con su trabajo, con su dinero y ya luego ver si la pareja o la convivencia va bien, si eso se rompe que puedan seguir manteniéndose ellas con sus hijos.

20. ¿Es un cambio radical?

Si, totalmente, por eso te digo que yo no sé ¿los riesgos de llevar a cabo un embarazo en la adolescencia? Pues a nivel general es mucha más responsabilidad, no siempre tiene que salir bien porque sí que es verdad que son muy jóvenes, pero por mi experiencia, con las chicas que llevo yo esa responsabilidad les ha venido bien ¿forzosamente?, sí, pero le ha venido bien. Si estas chicas hace dos años no se hubiesen quedado embarazadas ahora llevarían una vida mucho peor de la que llevan ahora, no se hubieran formado, hubiesen seguido con la vida que llevaban, a veces es un punto de inflexión.

No prescribiría a ninguna chica adolescente quedarse embarazada, no creo que sea la solución, por supuesto tienen sus contras y ellas te los enumerará, de hecho, una chica dice “tráete a las chicas de los institutos y que nos vean que, seguro que salen corriendo a comprar condones”, ellas son muy realistas, saben que son muchas cargas y mucha responsabilidad, pero también sin haber pasado este proceso no estarían donde están, ellas son conscientes.

ORIENTACIONES DE LAS PROFESIONALES DIRIGIDAS A LA MEJORA

21. Por último, ¿qué medidas tomarías para evitar los embarazos adolescentes o mejorar la educación sexual hacia los menores?

Pues trabajando, me parece muy difícil, porque por lo dicho, biológicamente puede pasar yo creo sobre todo que deberíamos trabajar que las chicas adolescentes, la responsabilidad de los chicos adolescentes más, pero al final quien se acaba quedando con el embarazo seguro son ellas, los chicos tarde o temprano desaparecen y vienen otros.

Es importante concienciar a las chicas de cómo poner un límite en ese momento, porque muchos dicen “no pasa nada yo controlo”, y esto es sumisión, al igual que la violencia de género, hay que poner límites en ese momento, y trabajar las propias expectativas de ellas, si quiero y en qué momento ya que muchos ejercen la presión, y ellas no le da la importancia necesaria ya que piensan que si me quieren pues no pasa nada.

22. ¿Desde dónde crees que se tendría que trabajar eso?

Se tendría que trabajar de forma transversal desde el instituto, pero desde edades muy tempranas, no hacen falta clases de sexología, hace falta clases de empoderamiento y de enseñar a las chicas a poner límites educando a los chicos también desde la responsabilidad. Muchas veces no es por desconocimiento de anticonceptivos es porque su pareja le ha dicho que no se va a poner el condón y que si no se va con otra.

5. ETS 3

1. ¿Cuál es su profesión

Trabajadora Social del Centro de Salud del barrio La Bombarda.

2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con este colectivo?

Llevo trabajando en el Centro de Salud desde 1989, lo que pasa es que no se trata exclusivamente con madres adolescentes, sino que se atiende a todas en general.

Casos de madres adolescentes ha habido, no muchos, la verdad, pero ha habido. Se han dado diferentes problemáticas.

3. ¿Existe algún protocolo respecto a esta situación? si existe, ¿cuál o cuáles son?

No, normalmente cuando se detecta que hay un embarazo adolescente, muchas veces el tema es porque viene la chica o asustada, viene normalmente sola, en algunas ocasiones viene con la pareja, pero normalmente solas y preguntan por la interrupción voluntaria del embarazo. Entonces ahí se han dado casos, de menor maduro. Ha habido varios cambios legislativos desde el año 89 y entonces, bueno, ahí lo que se intenta es hablar con los padres.

Estoy recordando un caso de una chica menor que era extranjera y que tenía mucho miedo a que sus padres se enterasen, pero al mismo tiempo para hacerle una interrupción voluntaria del embarazo el médico pensaba que debía tener la autorización de los padres, ahí fue un poco complicado el asunto, al final sí que vino acompañada de la madre y sí que se estuvo hablando tanto en la consulta médica como con la trabajadora social. La madre no quería la opción de la interrupción voluntaria, entonces bueno se estuvo hablando y al final sí que se produjo la interrupción del embarazo.

En cuanto a lo que es maternidad, es decir, el embarazo llegado a término, sí que ha habido casos en los que la chica quería continuar adelante y tenía soporte familiar como para poderlo hacer, hay familias que lo asumen bastante bien. Que una chica adolescente pueda salir adelante con el embarazo va a depender del apoyo que pueda tener, tanto de su familia como, en su defecto, el apoyo social. He utilizado en algún momento algún recurso como Ainkaren, cuando querían continuar con el embarazo, pero bueno algunas han entrado y otras no han terminado de ir porque les suponía someterse a un horario, disciplinas que no estaban muy dispuestas a cumplir.

4. ¿En qué consiste el recurso de Ainkaren?

Ainkaren es una casa Cuna, está subvencionada por una entidad privada, provida y que intenta ayudar a las madres jóvenes, las madres aquí están más acogidas y les permite desarrollar un trabajo y afrontar la maternidad con más habilidades. Esto supone integrarse también en la dinámica de una casa, con unos compromisos, con horarios y con normas.

PERFIL DE LA MENOR

5. Por lo general, ¿Las menores prefieren continuar con el embarazo u optan por la interrupción voluntaria?

No te sabría decir si hay mayoría o no o qué porcentaje. Yo creo que varía dependiendo del apoyo que ellas vean en ese momento. Ha habido también casos en los que la que quería seguir con el embarazo era la menor y los que no querían de ninguna manera eran los padres, los padres veían que iban a cuidar de su hija y, parte, de su nieto y eso sería mucha carga. Normalmente los padres del bebé son de la misma edad que ellas. Tuve un caso que el padre del niño era bastante mayor, podríamos entrar incluso en el tema más de abuso. Si los padres son de la misma edad lo que pasa es que ellos continúan en casa con sus respectivos padres y los que cargan un poco con la situación son los padres de la chica.

6. ¿Cuál es el rango de edad que suelen tener las menores embarazadas que acuden a ustedes?

De 16 y 17. No sé si ha habido algún caso de menor edad, no lo recuerdo.

7. ¿Cuál suele ser la nacionalidad/etnia de las menores?

Yo he tenido un poco de todo, a lo mejor la precocidad de Latinoamérica puede influir, son niñas que pueden tener un desarrollo más precoz, pero bueno, yo creo que hay de todo. También está el sector de la etnia gitana, que también produce embarazos juveniles.

De cara a la atención sanitaria, tenemos la preparación al parto y lo que no tenemos es una escuela de maternaje Yo hago un caso de adolescentes, creo que los grupos que teníamos porque ya sabes que la maternidad se ha retrasado mucho y es raro ver madres de 30 años. Los grupos son madres de 30, 35 e incluso de 40 años, entonces meter a una chavala de 16 años es esos grupos... en ocasiones hablaba con un recurso que tenía el ayuntamiento que era "Maternaje" para que contactarse con la matrona de ahí y la preparación al parto y todo lo demás lo hicieran desde ahí, y un acompañamiento mayor en todo lo que es el embarazo y postparto.

En los grupos de preparación al parto de aquí adolescentes no he tenido porque no han venido los que seguían o los hemos derivado a otros recursos. Cuando la matrona detecta un embarazo juvenil o que incluso que sea mayor de 18 años vemos que no termina de enganchar o por otros condicionantes es cuando derivamos a Maternaje, ahora creo que ese recurso ya no estaba el recurso porque últimamente no he tenido casos y no sé si después de la pandemia otra vez han retomado el grupo o como ha quedado el tema.

8. ¿Tiene relación la religión/cultura de las menores con la decisión de seguir con el embarazo?

Posiblemente sí. En el caso que te digo que la madre no quería que la menor abortara, la madre de la chica era muy religiosa. Por ejemplo, tenemos de la parte del este durante mucho tiempo el único método anticonceptivo era la interrupción voluntaria. Durante la época del telón de acero, hace muchos años, por lo que también vienen de esa cultura. Al principio cuando empezamos a recibir gente extranjera procedente del este nos hablaban de 14, 13 abortos, entonces era utilizado casi como un método anticonceptivo. Yo lo que hago cuando me derivan a cualquier mujer, no ya menores, que quieren interrumpir el embarazo, intento hacer una entrevista más en profundidad para ver qué situaciones tienen, a veces, pues tienen varios y ya no pueden asumir más, o casos donde hay dificultades económicas o paro prolongado. Entonces son motivos más económicos, de vivienda. En el caso de las menores pues es lo mismo, lo económico y la vivienda, pero multiplicado porque todavía no se han incorporado ni al mundo laboral, también están a mitad de un proyecto de estudio o formación, por lo que les resulta más dificultoso. Yo sí que tengo la primera entrevista, intentamos aclarar que es lo que pasa y que asuman la decisión que van a tomar y les cito para la matrona al cabo de 15 días para que hagan una revisión de la situación y les de información sobre anticonceptivos, para según los tipos de relaciones sexuales, la frecuencia pues instalar un método anticonceptivo que les valla bien, de cara a evitar futuras interrupciones voluntarias.

9. Después de la primera entrevista y que hayas hablado con ellas, ¿sigues teniendo un seguimiento posterior?

Pautado no, ósea yo hago esta entrevista y las cito con la matrona después de 15 días porque derivó al hospital clínico donde les tienen que dar información y ya les cito. Siempre les dejo abierta la consulta, y sí que hay gente que ha venido por otras cosas. En atención primaria ya sabes que están los pacientes siempre dados de alta con nosotros, no es como en el hospital que les dan el alta y ya los pierdes, aquí estamos siempre de referencia, pero no les presiono para que vuelvan. Al principio sí que es verdad que intentaba seguirlas un poco más y se sentían como muy agobiadas, entonces siempre hay que respetar el espacio del paciente.

10. ¿Realizáis un seguimiento desde el centro de salud?

Claro, porque en cuanto nace el niño, pues a los dos o tres días tenemos aquí al niño, se hace la valoración a los 15 días, aunque a veces se haga a los 3 y 4 días, y luego empezamos con todo el proceso de vacunación y revisión del niño sano que es al mes, a los dos meses, a los tres, a los 6, al año... y se va intercalando con el calendario vacunal. Normalmente vienen con las abuelas, vienen la mamá y la abuela. El seguimiento se hace también por parte de las abuelas maternas. Por eso te decía antes, que, si hay buen apoyo familiar, es un momento de crisis en la familia, pero se integra bastante bien. El problema viene cuando no hay ese apoyo familiar, están solas y entonces el niño sí que puede correr riesgos ya que el niño seguramente no tendría los cuidados que necesita.

ÁMBITO PSICOSOCIAL

11. ¿Qué actitud muestran las menores durante el embarazo?

Preocupación de que ha pasado, que hago y que no hago. En principio lo que aflora es el miedo de decírselo a sus padres, claro todavía son muy dependientes de sus padres. El verse como madres yo creo que ni se lo plantean, no llegan todavía a eso.

12. Y en relación con la pregunta anterior, ¿cómo se muestran las menores tras el nacimiento del bebé?

No te podría decir, porque no he seguido ya con ellas. Además, también hemos tenido grupos de lactancia que también se vieron interrumpidos por la pandemia, entonces en los grupos de lactancia hablaban bastante la madres, se daban consejos, estaban ahí también la pediatra, la enfermera y la matrona.

13. ¿Cree que el embarazo hace madurar prematuramente a las adolescentes?

Como opinión, porque no tengo datos, yo creo que la maternidad es una experiencia que a cualquier mujer le va a cambiar, entonces en esa edad que, encima te condiciona bastante, digamos es un corte brusco en tu proyecto vital pues imagino que sí, cambian imagino hacia una madurez en base a las consecuencias que pueda haber.

ÁMBITO SOCIAL

14. Durante el seguimiento del embarazo, ¿acuden solas o acompañadas a las citas?

Suelen venir por lo general solas.

15. ¿Las adolescentes suelen tener pareja cuando se quedan embarazadas?

Claro, si hablamos de parejas adolescentes, igual llevan un mes y ellos dicen “ya llevamos mucho tiempo”. Entonces un proyecto como es la maternidad pues requiere más estabilidad en las parejas, no sé si luego van a seguir juntos.

NIVEL SOCIOECONÓMICO

16. ¿Crees que el nivel socioeconómico influye en que se queden embarazadas precozmente?

Yo recuerdo un caso que habían buscado quedarse embarazados, y estaban muy ilusionados y convencidos de lo que estaban haciendo. Otros casos a lo mejor pues es falta de información de anticoncepción y eso que hay campañas y hay información y se trabaja mucho el tema, y también hay ciertos mitos que no son ciertos y, claro, luego se quedan. ¿Nivel socioeconómico? excepto el tema gitano, yo no detecto que sea una variable, ¿en situaciones de personas extranjeras? pues ahí las dificultades que tiene, las buscaditas de empleo, la regularización de los papeles sí que dificulta el proceso. Pero no sé, no sabría decirte.

NIVEL FORMATIVO

17. ¿Siguen desarrollando su actividad formativa y educativa durante y tras el embarazo?

Pues no te podría decir, si han sido madres seguramente se habrán visto interrumpidos sus estudios, por lo menos un año de retraso para que se vuelvan a incorporar, va a ir un poco en función de la familia de origen, si tienen recursos como para poderla mantener tres o cuatro años para que termine formación o si necesitan ponerse a trabajar.

ORIENTACIONES DE LAS PROFESIONALES

18. Por último, ¿Qué medidas cree que se deberían tomar para reducir los embarazos en menores?

Yo creo que insistir en la prevención, en lo que es la educación afectivo-sexual, en los métodos anticonceptivos, en mejorar la accesibilidad y de cara a que la elección de la maternidad sea más libre no que les venga de repente sin ninguna planificación. Me centraría sobre todo en la educación para la salud, no solo

en lo reproductivo sino también en lo afectivo-sexual, porque ya sabemos que se inician en relaciones sexuales muy tempranas, pero dentro de un modelo muy machista de relaciones y están las niñas muy perdidas, entonces hace falta ahí darles una mayor formación, incluso en términos de prevención de violencia de género, interviene otras cosas. Y luego la accesibilidad a los métodos anticonceptivos, desde la píldora del día después, pasando por una información que tipo de anticonceptivos serían mejor para ella, incidiendo también la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

6. ETS 4

1. ¿Cuál es su profesión?

Soy trabajadora social, mi recorrido profesional siempre ha estado muy vinculado a la intervención familiar, estoy formada en salud mental infanto-juvenil y también soy mediadora familiar. He trabajado como trabajadora social en el Hospital Clínico y en Atención Temprana

2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con este colectivo?

Pues a ver, con madres adolescentes directamente ha sido el tiempo que he estado trabajando en el Hospital Clínico, el último año, ahora ya no estoy trabajando allí. Previamente yo he trabajado durante 15 años en el ámbito de la atención temprana, aunque directamente eran muy pocos los casos de madres adolescentes derivados al programa para una intervención de acompañamiento en el desarrollo de los niños, pero había tenido algún contacto previo.

3. ¿Existe algún protocolo respecto a esta situación? Si existe, ¿cuáles son?

No, protocolo como tal escrito no, lo que sí es cierto es que hay una gran sensibilidad en los profesionales sanitarios y en el momento que hospitalizaban a una adolescente para el momento del parto, automáticamente me avisaban, solicitaban una colaboración a la trabajadora social que llevaba el servicio de obstetricia.

PREGUNTAS SOCIOLÓGICAS

4. Por lo general, ¿qué rango de edad suelen tener las menores embarazadas que acuden a ustedes?

Pues entre, 15 y 17 años, sí que es verdad que encontré un caso que me hablaron de él, date cuenta que el clínico por zona de sector de salud, el control de embarazos se hace en el Inocencio Jiménez, y es el hospital clínico el hospital de referencia para el parto, entonces mi intervención como trabajadora social es el Hospital no en el Inocencio Jiménez, Lo que pasa que llegó el caso de una joven que tendría, si no recuerdo mal, tenía 14 años recién cumplidos, entonces se quedaron tan impactados del caso que pidieron colaboración desde Inocencio Jiménez, entonces atendí lo que fue una primera valoración del caso.

5. ¿Cuál suele ser la nacionalidad/etnia de las menores?

Sobre esto he estado pensando, la mayor parte de las chicas que he atendido eran de etnia gitana o latinoamericanas y de Rumania.

6. ¿Tiene relación la religión/cultura de las menores con la decisión de seguir con el embarazo?

Si, además es un sí rotundo, porque ha habido dos casos en concreto, además no era el primer hijo, que se plantea en un momento determinado el no seguir adelante por las circunstancias varias y diferentes en cada uno de los casos, pero la cultura pesa. Cuando me refiero a cultura nombro el entorno, es decir, el no confrontarse con su familia y su forma de entender determinadas cuestiones.

SALUD REPRODUCTIVA

7. Este tipo de embarazos, ¿suelen ser planificados? (matronas o trabajadora social)

En su mayoría, no son planificados, algunos sí. Si que es verdad que en la etnia gitana suelen ser planificados ya que la maternidad está dentro de su proyecto de familia.

8. ¿Tiene que ver la educación sexual de este colectivo con los embarazos a esta edad?

Yo aquí incorporaría un matiz diferenciador con las chicas latinoamericanas, ahí sí que me sorprendió que haya poca educación afectivo sexual, o haya mucho conocimiento de métodos anticonceptivos o enfermedades de transmisión sexual, igual de etnia gitana tiene educación sexual, pero claro, dentro de su margen cultural.

ÁMBITO PSICOLÓGICO

9. ¿Con qué disposición acuden las menores a las consultas?

Yo creo que en general bien, también te digo que todo el proceso de control de embarazo yo no conozco a estas chicas salvo casos puntuales por lo que no puedo generalizar, en los que he conocido previamente y he podido hacer un seguimiento hasta el parto han seguido el control de embarazo riguroso.

Realmente las jóvenes en el momento del parto que una de las cuestiones que controlamos es si ha tenido un buen control de embarazo, porque es un buen indicador de riesgo, y en todas se había dado además con bastante soporte familiar.

10. ¿Qué actitud muestran las menores durante el embarazo?

En general bien, a mi lo que me sorprendió en chicas que estaban, incluso de etnia gitana, que estaban estudiando o sea que estaban haciendo sus procesos de terminar estudios o incluso otras chicas que estaban

en el instituto con normalidad y se quedaban embarazadas, lo que más pena y pesar les causaba era tener que abandonar su vida. Además, teniendo en cuenta la situación de pandemia, lo social se corta directamente, entonces me quede con la sensación de que eran embarazos que se habían llevado muy en solitario, con el entorno familiar como mucho. Entonces la actitud podríamos decir que era buena, pero con duelos

11. Y en relación con la pregunta anterior, ¿cómo se muestran las menores tras el nacimiento del bebé?

Pues felices, creo yo. Hubo un caso que nos preocupó porque no había mucho vínculo con la recién nacida, era un vínculo frío, lo había, pero era frío, pero en general cuando vas a verlas a la habitación están felices de presentarlo, que conozcas al recién nacido.

12. ¿Cree que el embarazo hace madurar prematuramente a las adolescentes?

Yo creo que esta pregunta no la puedo responder, para responder habría que hacer un seguimiento posterior y más a largo plazo ya que hay que valorar muchos aspectos, sí que, de algún caso concreto, sí que impacta las respuestas que dan las chicas, sobre todo respecto al estudio. Ellas dicen que lo dejas todo, se dedican al maternaje a los cuidados de su bebé y luego ya veremos qué pasa. ¿Madurar? pues no lo sé. No creo que sea tanto madurar sino aceptar la situación y adaptarse, sí que es verdad que con una buena red familiar yo creo que pueden sostener mucho mejor el poder seguir con sus proyectos personales, formativos y la maternidad.

NIVEL SOCIAL

13. Por lo general ¿tienen apoyo familiar durante el embarazo? y si es así ¿siguen teniéndolo tras el parto?

Sí, en todos los casos. No me encontré ningún caso donde estaba la adolescente sola, es que claro el clínico es más pequeño que el de Maternidad por lo que no me llegó ningún caso desde protección. Sí que hubo algún caso donde tuvimos que hacer derivación a Protección de menores y a Servicios Sociales porque el entorno familiar o el entorno donde iba a acudir la menor con la menor pues, aunque había apoyo no era el adecuado.

14. Durante el seguimiento del embarazo, ¿acuden solas o acompañadas a las citas?

Acompañadas por las madres, en general tiene mucha presencia y en el momento del parto también las parejas. He conocido a bastantes padres.

15. ¿Las adolescentes suelen tener pareja cuando se quedan embarazadas?

Todas tenían parejas, que estuvieran más o menos presente en el parto o en el postparto, pero no significativo, la pena es que no hay un seguimiento posterior para ver como avanza todo. Sí que hubo un caso

que nos llamó la atención y fue un trabajo coordinado con Enfermería, donde vimos que el padre no había mucha garantía de continuidad y la chica era consciente de ello, pero la chica tenía claro que ella iba a seguir con la maternidad a posteriori.

16. Si es que sí, ¿tienen apoyo de la pareja cuando deciden seguir adelante con el embarazo?

Si, por lo general sí.

17. ¿Hay alguna relación entre maternidad adolescente y contextos de exclusión social? ¿Qué cree que se debería hacer para prevenir los embarazos adolescentes en los contextos de exclusión social?

Si, a ver es complicado contestar a estas preguntas, se da la circunstancias que la mayoría de los casos que he atendido en el clínico hay un indicador de que si, de que hay cierta exclusión, también te digo que he atendido a chicas en contextos familiares normalizados, eran las que menos.

NIVEL FORMATIVO

18. ¿Cuál suele ser el nivel académico de las menores?

Podría decir que básicos terminados, y algunas con proyectos potentes, pero claro, truncados.

19. ¿Siguen desarrollando su actividad formativa y educativa durante y tras el embarazo?

A ver, durante, como pilló pandemia y era escolarización a distancia y un día sí y otro día no, sí que las que había un interés por la actividad formativa sí que lo han mantenido y además con bastante apoyo del de los Centro y a posteriori, pues sería para hacer un estudio.

20. ¿Qué tipo de aspiraciones de futuro suelen tener las menores durante y tras el embarazo?

Respecto a los estudios, sí que había muchas que tenían una apuesta por continuar y formarse, en entrevistas conjuntas con el padre hablaban de proyecto de familia, solían hacer un proyecto de familia en la familia materna y cuando terminaron de formarse, encontrar un trabajo, la mayor parte de los casos eran menores, a excepción de dos casos puntuales que eran mayores de edad. El proyecto era de familia, y un poco ver como se daban las cosas.

ORIENTACIONES DE LAS PROFESIONALES

21. Por último, ¿qué medidas tomarías para evitar los embarazos adolescentes o mejorar la educación sexual hacia los menores?

Educación afectivo-sexual, tendría que ser tan importante como se dan otras asignaturas que están incluidas dentro de los currículums, muy muy necesaria, no hay en las escuelas educación afectivo-sexual. Ahora sí que se está apostando dentro de los planes de Igualdad e Inclusión dentro de los sistemas educativos se está intentando incorporar un poco este tipo de educación afectivo-sexual, pero cuando más incapaz se hace llega

tarde, yo creo que tendría que haber un planteamiento muy interinstitucional, a nivel Educación sobre todo porque yo creo que es la Institución que más llega a la infancia.

7. ETS 5

1. ¿Cuál es su profesión?

Soy Trabajadora social en Zona de Salud Joven de Amparo Poch y en el Centro de Salud del barrio Almozara.

2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con este colectivo?

Llevo 11 años

3. ¿Existe algún protocolo respecto a esta situación? Si existe, ¿cuáles son?

Un protocolo como tal, no existe, existe la ley de salud y sus diferentes apartados, pero protocolo de actuación en embarazos adolescentes no hay.

PREGUNTAS SOCIOLOGICAS

4. Por lo general, ¿qué rango de edad suelen tener las menores embarazadas que acuden a ustedes?

Hay de 13 a 25 años. Pero el rango en el que más casos se dan es 13-14 hasta los 16-17.

5. ¿Cuál suele ser la nacionalidad/etnia de las menores?

Suelen ser todas españolas

6. ¿Tiene relación la religión/cultura de las menores con la decisión de seguir con el embarazo?

Realmente no creo que tenga relación, hay de todo, depende mucho del contexto en el que se dé y la reacción del entorno.

SALUD REPRODUCTIVA

7. Este tipo de embarazos, ¿suelen ser planificados?

No suelen ser embarazos planificados, se dan normalmente por descuidos o falta de educación afectivo-sexual.

8. ¿Tiene que ver la educación sexual de este colectivo con los embarazos a esta edad?

Si, en mi opinión muchísimo. La mayoría de las menores con las que he tratado no han recibido nunca ningún tipo de educación sexual, ni en el centro formativo ni por parte de sus familiares.

ÁMBITO PSICOLÓGICO

9. ¿Con qué disposición acuden las menores a las consultas?

Acuden normalmente cuando ya es demasiado tarde, por miedo, y con muchas dudas respecto al embarazo, qué hacer, su futuro, reacciones de la familia...

10. ¿Qué actitud muestran las menores durante el embarazo?

Suelen estar muy asustadas y tienen mil preguntas, pero más que del embarazo, temen a la reacción de las familias.

11. Y en relación con la pregunta anterior, ¿cómo se muestran las menores tras el nacimiento del bebé?

Se muestran poco preparadas, con miedo. Normalmente no se sienten bien debido al proceso del parto.

12. ¿Cree que el embarazo hace madurar prematuramente a las adolescentes?

Realmente creo que no, porque la mayoría, de hecho, acaba dejando los estudios e intentando compaginar una adolescencia con una maternidad muy temprana, y no se puede.

NIVEL SOCIAL

13. Por lo general ¿tienen apoyo familiar durante el embarazo? y si es así ¿siguen teniéndolo tras el parto?

La mayoría cuenta con apoyo tanto familiar como social, las amigas y en general el entorno social de la menor normalmente son un gran pilar para ellas.

14. Durante el seguimiento del embarazo, ¿acuden solas o acompañadas a las citas?

Casi siempre vienen acompañadas, ya sea de la familia, de amigas o de la pareja. No suelen venir solas.

15. ¿Las adolescentes suelen tener pareja cuando se quedan embarazadas?

Sí, pero normalmente son parejas muy inestables de 3-4 meses.

16. Si es que sí, ¿tienen apoyo de la pareja cuando deciden seguir adelante con el embarazo?

Cuando tienen pareja, si deciden continuar con el embarazo la mayoría de las veces la pareja no les apoya, por miedo y por la propia prematuridad del embarazo.

17. ¿Hay alguna relación entre maternidad adolescente y contextos de exclusión social? ¿Qué cree que se debería hacer para prevenir los embarazos adolescentes en los contextos de exclusión social?

En mi opinión no, creo que realmente, se da en diferentes contextos, no sólo con una exclusión social. La educación afectivo-sexual falta en todos los contextos sociales, no solo en los de exclusión.

NIVEL SOCIOECONÓMICO

18. ¿Cuál es el nivel socioeconómico de las menores?

Varía mucho, como he dicho anteriormente no creo que dependa del contexto social en el que se encuentre por lo que hay de todos los niveles económicos, desconocimiento y descuidos lo tienen tanto menores de familias estructuradas y con recursos como menores que han crecido con pocos recursos y en contextos de exclusión.

NIVEL FORMATIVO

19. ¿Cuál suele ser el nivel académico de las menores?

Suelen ser estudiantes de la ESO, hay menores que los tienen finalizados y otras que no, pero la mayoría decide interrumpir su nivel formativo una vez ya son madres.

20. ¿Siguen desarrollando su actividad formativa y educativa durante y tras el embarazo?

No, la mayoría abandona los estudios, hay algunas que los abandonan nada más conocer la noticia del embarazo y otras que los abandonan nada más dar a luz.

21. ¿Qué tipo de aspiraciones de futuro suelen tener las menores durante y tras el embarazo?

Irreales para su situación y contexto. Se piensan que van a tener una familia, un trabajo los dos y que van a poder sacar el bebé adelante, pero luego se dan de bruces con una realidad que no es la que esperaban por la falta de recursos económicos y la imposibilidad de encontrar un trabajo debido al abandono de sus estudios o encontrar un trabajo precario.

ORIENTACIONES DE LAS PROFESIONALES

22. Por último, ¿qué medidas tomarías para evitar los embarazos adolescentes o mejorar la educación sexual hacia las menores?

Sobre todo, refuerzo de la educación social por todas partes y medidas anticonceptivas baratas, o incluso gratis, y más educación social

8. EES 1

1. ¿Cuál es su profesión?

Mi formación de base es trabajadora social, me formé como educadora sexual y estoy aquí contratada como educadora sexual.

2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con este colectivo?

Tres años llevo ya, lo que pasa es que he colaborado con el centro a través de alguna atención.

3. ¿En qué consiste este recurso?

En este recurso existía un Programa de atención para padres y madres jóvenes y adolescentes. Este recurso es la Zona de Salud Joven que ha sido durante muchos años centro Municipal de Promoción de la Salud, lo que

atiende es menores de entre 15 y 25 años en todo lo que tiene que ver con la salud, en dos áreas, salud mental y salud sexual reproductiva. Dentro de esa salud sexual y reproductiva estaba este programa que tenía que ver con dar cierto apoyo a las jóvenes, sin pisar funciones a las matronas, que van a asumir un nuevo rol, a veces sí pueden ser embarazos deseados pero la mayoría no eran planificados, y acudían al centro para pedir información bien porque no quiere seguir con el embarazo o sí que quieren continuar. Si que se hacía preparación al nacimiento y más que por la preparación del parto sino de empezar a trabajar sobre primeros cuidados y además en coordinación con Servicios Sociales. Una vez nacido él bebe también una atención y un seguimiento bastante individualizado centrándose en una educación más emocional y en que esa madre y ese nuevo vínculo familiar pudieran estar bien.

Ese programa la profesional que lo lleva ya no está y ahora mismo no se está haciendo, sino que se está viendo la manera de retomarlo. El programa se finalizó por falta de profesionales, los profesionales que estamos ahora tenemos trabajos en otros Programas, yo básicamente me paso todo el tiempo el Programa de Educación Afectivo Sexual en Centros Educativos u otro tipo de Centros que trabajan con jóvenes trabajando la educación para la sexualidad. Si que es verdad que el tema de embarazos de adolescentes está dentro pero claro como objetivo básico de la salud sexual de jóvenes trabajamos lo que es la prevención de embarazos, la prevención de infecciones y todo lo que tenga que ver con la sexualidad para vivirlo en positivo. Es verdad que ha sido un problema muy grande, es verdad que la prevención ha funcionado, aunque sigue habiendo sectores sociales que a lo mejor está más en ese riesgo o en esa vivencia, porque la maternidad adolescente, sobre todo, desde el mudo adulto lo vemos como un riesgo, pero hay que ver las vivencias que tiene, el apoyo, el porqué de esa situación, qué cosas hay previas. Lo que pasa que hay adolescentes de todo tipo de sectores sociales, o sea que siempre es un porcentaje bajo de familias normalizadas o de recursos altos, pero los hay.

Lo que nosotros escuchamos de los chicos y de las chicas con las que trabajamos en los programas de atención afectivo-sexual, porque también en el recurso hay una atención individual a través de la consulta joven, esta es una consulta donde los jóvenes viene para prevención de infecciones y para prevención de embarazos y luego todo lo que tiene que ver con asesorías sexuales, pues está claro que jóvenes, hoy en día e zaragoza, no están buscando un embarazo, en la veintena aun puedo puede haber más diversidad de deseos, pero en la adolescencia nadie busca, excepto pues al mejor otros perfiles que igual viene a restablecer o a llenar carencias afectivas.

PERFIL DE LA MENOR

4. Por lo general, ¿qué rango de edad suelen tener las menores embarazadas que acuden a ustedes?

Lo que ocurre aquí es que vienen parejas para informarse acerca de la sexualidad y la prevención, que en el transcurso de ese tiempo haya pasado por un riesgo de embarazo y vienen aquí para hacerse una prueba de

embarazo. Toda la atención que tiene que ver con anticoncepción, sexualidad, prevención de infecciones y pruebas de embarazos y luego todo el seguimiento y la información, instaurar el método anticonceptivo. Trabajamos también mucho en la percepción que hay del riesgo, para evitar conductas de riesgo de embarazo y de infecciones, ya e los 90 los jóvenes tenían información, el problema es como como usar la información en tus relaciones sexuales y afectivo sexuales por lo que se trabaja sobre la prevención, la negociación, que o es solo el tema médico, sino también el tema de información y más esa atención psicosocial.

Si viene con una prueba de embarazo y resulta que da positivo nuestra manera de ayudarle es que esa joven con su pareja o en caso de ser menor de edad, esa joven con su familia tendrá que decidir qué hacer con ese embarazo, porque nosotros lo que hacemos es poner la información a disposición de las personas. Hoy en día en España hay una ley de Salud Sexual y reproductiva y van a poder seguir adelante con el embarazo o también poder interrumpir el embarazo y eso es lo que las chicas deben de saber, las que van a seguir adelante con el embarazo tienen que saber que canales luego deben de seguir y las que deciden interrumpirlo también. Aquí no hacemos ni seguimiento de embarazo, ni posible interrupción de embarazo.

5. ¿Tiene relación la religión/cultura de las menores con la decisión de seguir con el embarazo?

Si, yo no tengo datos. yo o que escucho sobre todo tanto en el espacio individual como en los grupos es que a día de hoy influyen los valores que los principios y los valores de lo que tú has aprendido de tu familia, pero que yo creo que las chicas en general lo que opinan es con la realidad, que posibilidades tengo yo con 16 años y el cuarto de la eso de ser madre que no suele ser lo habitual, esto se hace a lo que yo escucho cualitativamente. sí que es verdad que luego cuando vamos a otro tipo de centro, como los centros sociolaborales so centros de chicos y chicas que se ha salido del sistema educativo normalizado, que está un poco más de tiempo, incluso después de salir del Centro Sociolaboral pueden volver a un tercer cuarto de la eso o u FP básica, en estos centros sí que hay chicos y chicas con temas familiares muy diferentes, que a lo mejor eso les ha influido a la hora de tomarse los estudios de una manera u otra, nosotros sí que es verdad que los consideramos una población un poco de “riesgo”, yo creo que en esos grupos o es raro encontrarse algún padre o alguna madre.

SALUD REPRODUCTIVA

6. Este tipo de embarazos, ¿suelen ser planificados?

No suelen ser planificados, pero sí que es verdad que cuando te ves embarazada puedes tener antes unas ideas y luego puedes cambiar de opinión y hacer lo que en ese momento consideran.

7. ¿Tiene que ver la educación sexual de este colectivo con los embarazos a esta edad?

Sí tiene conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos, pero a ver, pasan cosas, con las mujeres jóvenes y adolescentes, es que hay muy diversas, ya no solo porque están al tanto sino también se nota la

diferencia de las jóvenes que hablan de la sexualidad en sus casas y de las que no, si sus padres tienen o no la disposición de darles información, que ya no es tanto eso sino escucharlos crear un feedback en sus vivencias. yo creo que sí que hay cierta diferencia de cuando en casa no se habla o es un tabú. Pienso que esto influye mucho más que el tener información disponible, hoy en día tenemos amigos, familias y acceso a redes y porno, es muy fácil tener información otra cosa es que alguna de esas fuentes no vale nada para educar, o todo el imaginario que está detrás de la marcha atrás, o del “como eres mi pareja estable ya no utilizamos condón”.

La base afectiva que tienes influye mucho en cómo te relacionas y no digo que la gente que tenga una base afectiva estable no corra riesgos, pero en general la gente práctica más estrategias de autocuidados cuando tienen detrás una base afectiva estable.

ÁMBITO PSICOLÓGICO

8. ¿Cuáles son los riesgos que puede haber en embarazos adolescentes?

No creo que sea tanto riesgos en el ámbito de la salud, que los hay, creo que los riesgos serían la falta de formación, riesgo de exclusión social y precariedad laboral, malos manejos de cuidados a una misma y al bebe.

ÁMBITO SOCIAL

9. ¿Las adolescentes suelen tener pareja cuando se quedan embarazadas?

Suelen tener pareja, pero luego otra cuestión es que, si puede compartir las tareas de esos cuidados con su pareja, que algunas sí, pero otras muchas no, las relaciones a los 16 años, en general, no suelen ser duraderas en el tiempo.

NIVEL FORMATIVO

10. ¿Cuál suele ser el nivel académico de las menores? ¿Siguen desarrollando su actividad formativa y educativa durante y tras el embarazo?

Una de las cosas que está así muy constatadas en los estudios que hay es que hay cuanto antes llega los embarazos suele suponer un abandono de los estudios, luego hay un porcentaje de esas chicas los vuelve a retomar pero que en general menos preparación por lo que luego se dificulta el acceso al mercado laboral y los puestos que suelen optar son más precarios por lo que su subsistencia va a ser más precaria y condiciones socioeconómicas más precarias y de desigualdades y eso también influye en las salud de esas mamás, de esos niños y de esos padres.

9. EM 1

1. ¿Cuál es su profesión

Soy matrona en el Hospital Miguel Servet.

2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con este colectivo?

Con madres adolescentes específicamente no he trabajado, soy matrona desde 2010, llevo 11 años siendo matrona y se han ido dando casos de madres adolescentes.

3. ¿Existe algún protocolo respecto a esta situación? Si existe, ¿cuáles son?

No. Si que cuando detectamos, al parto, que puede haber un problema social con alguna de las madres, tanto mayores como menores de edad, se avisa a trabajo social. Pero eso ya depende de nuestro criterio al detectar que hay un problema.

PREGUNTAS SOCIOLÓGICAS

4. Por lo general, ¿qué rango de edad suelen tener las menores embarazadas que acuden a ustedes?

Como menores se considera menores de 18 años y hemos tenido de todo.

5. ¿Cuál suele ser la nacionalidad/etnia de las menores?

Variada, las chicas que hemos tenido ingresadas porque iba a dar a luz o por problemas en la gestación, que podría decirte que han sido unas 6, 7, 8, no habrán llegado a la decena en los años que llevo de yo de supervisora, ha habido de etnia gitana, ha habido sudamericanas, aunque mayoritariamente españolas.

ETNIA Y CULTURA

6. ¿Tiene relación la religión/cultura de las menores con la decisión de seguir con el embarazo?

No te podría decir porque aquí vienen a terminar el embarazo, yo no les hago seguimiento.

SALUD REPRODUCTIVA

7. Este tipo de embarazos, ¿suelen ser planificados?

No les preguntamos, algunas han venido con pareja y otras con los padres, entiendo que si vienen con los padres es porque no ha sido planificado, pero aquí no les preguntamos ya que no hacemos la captación ni el seguimiento del embarazo, aquí en la unidad lo que hacemos es la asistencia el parto.

8. ¿Las menores tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos que pueden utilizar?

No te sabría decir porque aquí se les atiende al parto, después del parto cuando se les da el alta sí que se les indica que vayan al centro de salud por si no quieren tener más embarazos, que hablen con la matrona o que se pongan en contacto con planificación familiar, en el caso de Aragón son las matronas las que lo llevan.

ÁMBITO PSICOLÓGICO

9. ¿Cuáles son los riesgos que puede haber en embarazos adolescentes?

Son embarazos de riesgo, no es un cuerpo maduro. Durante el embarazo se producen cambios fisiológicos que en cuerpo inmaduro pueden dar complicaciones, sobre todo, de tensión, es lo que se llama preeclampsia que es una enfermedad bastante importante, suelen dar niños pequeños para edad la edad gestacional o incluso con mala perfusión placentaria por problemas de implantación del embrión, suelen tener amenazas de parto prematuro también. Se puede sumar que a lo mejor han tenido relaciones sin protección y pueden tener enfermedades de transmisión sexual no diagnosticadas previamente, esto da también posibilidades a la rotura prematura de membranas y luego casi siempre, niños más pequeños para la edad gestacional.

10. ¿Con qué disposición acuden las menores a las consultas?

No suelen ser pacientes conflictivas, incluso te podría decir que son pacientes casi sumisas, sobre todo si vienen con los padres, si vienen con ellos no dicen nada, suelen ser retraídas y dejar que lleven sus progenitores cualquier información. Hay de todo también, hemos tenido adolescentes que eran muy conscientes de lo que les estaba pasando y tenían una actitud proactiva por el proceso.

11. ¿Qué actitud muestran las menores durante el embarazo?

No suelen ser pacientes conflictivas, suelen ser pacientes casi sumisas, sobre todo si vienen con los padres, si vienen no dicen nada, suelen dejar que sean ellos quienes hablen. Hay de todo, también hemos tenido adolescentes que eran muy conscientes de lo que les estaba pasando, y con una actitud proactiva, aunque no suele ser lo habitual.

12. Y en relación con la pregunta anterior, ¿cómo se muestran las menores tras el nacimiento del bebé?

Suelen ser igual, así retraídas, y luego pues claro es un proceso de aprendizaje, si vienen con problemas los niños suelen quedarse ingresados, con problemas quiero decir que son más pequeños de lo normal o nacen antes de tiempo. Estos se quedan ingresados en neonatos o en la UCI, entonces yo solo tengo aquí a esas madres, las madres que además de ser adolescentes tienen a sus hijos ingresados por qué. Las adolescentes que tienen el niño a término normales sin ningún tipo de problema de salud van a otra planta y yo no las veo, entonces cuando están aquí se les enseña estimular la lactancia materna, como tienen que bajar la leche para que se la pueda dar al recién nacido, bajan a ver al niño y en principio tienen una actitud correcta, de madres inexpertas, pero normalmente tienen una actitud de predisposición a aprender.

13. ¿Cree que el embarazo hace madurar prematuramente a las adolescentes?

Pues es que claro habría que hacer una evaluación a posteriori, creo que sí que no les queda otra, una maduración respecto a la maternidad, se tienen que poner y adquirir conocimientos. La maduración de una persona pienso que son más cosas aparte de la maduración con respecto a la maternidad, pero no sabría responderle ya que no les hago el seguimiento, eso en atención primaria, habría que ver qué apoyo económico y familiar tienen, muchas delegan en los abuelos.

ORIENTACIONES DE LAS PROFESIONALES

14. Por último, ¿Qué medidas cree que se deberían tomar para reducir los embarazos en menores?

Desde luego la información, desde el colegio primaria, la ESO, en el colegio se debería trabajar educación afectiva más que sexual y luego en secundaria que ya tienen 13, 14 años empezar ya una educación sexual, hablar de métodos anticonceptivos, información, si tienen alguna duda pueden ir a la matrona que el acceso es fácil, en sus centros de salud, que esos métodos anticonceptivos existen pero sobre todo informarles de la conveniencia de usarlos, ya no solo para prevenir embarazos sino también para evitar las enfermedades de transmisión sexual. Estas enfermedades están creciendo una barbaridad, cuando vino lo del SIDA se hicieron muchas campañas del uso del preservativo para evitar los contagios, pero ahora que el SIDA parece que está remitiendo un poco y está bajando, yo creo que no se incide suficiente en las campañas y en los adolescentes de la necesidad de utilizar preservativo para el SIDA, para el embarazo y para evitar enfermedades de transmisión sexual.

10. EM2

1. ¿Cuál es su profesión?

Soy matrona

2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con este colectivo?

Llevo 11 años trabajando como matrona

3. ¿Existe algún protocolo respecto a esta situación? Si existe, ¿cuáles son?

Si que existe un protocolo para los embarazos adolescentes

4. Por lo general, ¿qué rango de edad suelen tener las menores embarazadas que acuden a ustedes?

En el CS La Almozara el rango de edad de las adolescentes suelen ser de entre 16 y 19 años, pero por ejemplo en el CS Sagasta tengo el recuerdo de ver a varias de 14.

5. ¿Cuál suele ser la nacionalidad/etnia de las menores?

Por lo general suelen venir muchas jóvenes del este, de nacionalidad rumana.

6. ¿Tiene relación la religión/cultura de las menores con la decisión de seguir con el embarazo?

Yo creo que sí, que tiene mucho que ver, por lo general suele influir mucho la cultura por lo menos con las menores con las que yo he trabajado.

7. Este tipo de embarazos, ¿suelen ser planificados?

Algunos no, pero muchos sí que son planificados, debido como ya te he dicho a la cultura, ya están casadas a partir de los 16, y les parece que es lo siguiente que tienen que hacer.

8. ¿Tiene que ver la educación sexual de este colectivo con los embarazos a esta edad?

La mayoría de las jóvenes que vienen nunca han recibido clases de educación sexual, por lo que sí que diría que está relacionado.

9. ¿Las menores tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos que pueden utilizar?

Si que tienen conocimiento, en este CS la gran mayoría suelen tener planificados estos embarazos, por lo que no ponen ningún método de anticoncepción, pero sí que tienen conocimiento.

10. ¿Cuáles son los riesgos que puede haber en embarazos adolescentes?

Los embarazos que más riesgo tienen son sobre todo los de las jóvenes de entre 13-14 años, pero en este centro son más mayores, y sus embarazos suelen estar bastante controlados y siguen el curso de un embarazo cualquiera.

11. ¿Con qué disposición acuden las menores a las consultas?

Suelen venir muy predispuestas a contestar a todo, con una actitud bastante normal en situación de embarazo, son consultas comunes, contestan y participan lo normal.

12. ¿Qué actitud muestran las menores durante el embarazo?

Como son planificados y están controlados, la verdad que todas suelen venir con actitud normal ante el embarazo.

13. Y en relación con la pregunta anterior, ¿cómo se muestran las menores tras el nacimiento del bebé?

Suelen estar bastante contestas y activas con las actividades de su nueva vida.

14. ¿Cree que el embarazo hace madurar prematuramente a las adolescentes?

Por lo general sí, aunque depende mucho de la cultura. Las que vienen de culturas africanas o árabes, suelen ser mucho más maduras, a las embarazadas españolas el embarazo sí que les hace madurar mucho más, porque no suele ser planificado.

15. Durante el seguimiento del embarazo, ¿acuden solas o acompañadas a las citas?

Por lo general suelen acudir solas, a veces con las madres, pero muchas más veces solas sin duda.

16. Con respecto a la opción de interrumpir el embarazo, ¿qué reacción suelen tener las usuarias y familiares de las mismas con esta opción?

No lo quieren interrumpir por lo general, porque todas ellas suelen tenerlo muy planificado.

17. Por último, ¿Qué medidas cree que se deberían tomar para reducir los embarazos en menores?

Bajo mi punto de vista, sobre todo debería haber una educación sexual de calidad, tanto en las aulas de los institutos como en los CS.

11. EM 3

1. ¿Cuál es su profesión?

Soy matrona

2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con este colectivo?

Llevo en mi profesión desde hace 22 años

3. ¿Existe algún protocolo respecto a esta situación? Si existe, ¿cuáles son?

No, no tenemos ningún protocolo ante esta situación.

PERFIL DE LA MENOR

4. Por lo general, ¿qué rango de edad suelen tener las menores embarazadas que acuden a ustedes?

El rango por lo general es de entre 14 y 18 años.

5. ¿Cuál suele ser la nacionalidad/etnia de las menores?

La gran mayoría de las menores que acuden aquí son latinoamericanas, y también de etnia gitana.

6. ¿Tiene relación la religión/cultura de las menores con la decisión de seguir con el embarazo?

No siempre, aunque sí que es algo que en según qué caso, es determinante.

SALUD REPRODUCTIVA

7. Este tipo de embarazos, ¿suelen ser planificados?

Mayoritariamente no, suelen ser por despiste.

8. ¿Tiene que ver la educación sexual de este colectivo con los embarazos a esta edad?

Si, tiene mucho que ver.

9. ¿Las menores tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos que pueden utilizar?

No, creen que solo hay preservativos o pastillas y no saben que hay más diversidad de métodos anticonceptivos .

10. ¿Cuáles son los riesgos que puede haber en embarazos adolescentes?

Suelen ser eclampsia, partos pretérmino, ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer, prematuridad, complicaciones posparto e infecciones de herida quirúrgica; mientras que las adultas, hemorragias de tercer trimestre, diabetes gestacional y cesáreas.

ÁMBITO PSICOSOCIAL

11. ¿Con qué disposición acuden las menores a las consultas?

No suelen venir receptivas, suelen ser muy poco comunicativas.

12. ¿Qué actitud muestran las menores durante el embarazo?

Depende bastante de la situación, pero en general no participan mucho de las actividades de Educación Sanitaria y faltan a las consultas por motivos poco justificados.

13. Y en relación con la pregunta anterior, ¿cómo se muestran las menores tras el nacimiento del bebé?

Suelen tener apoyo familiar y se dejan ayudar y aconsejar por sobre todo otras mujeres de su familia.

14. ¿Cree que el embarazo hace madurar prematuramente a las adolescentes?

Sin ninguna duda, al fin y al cabo, pensar que van a ser madres les da un vuelco en la vida y tienen que madurar para poder seguir este proceso bien.

15. Durante el seguimiento del embarazo, ¿acuden solas o acompañadas a las citas?

Siempre acompañadas, sobre todo de sus madres.

16. Con respecto a la opción de interrumpir el embarazo, ¿qué reacción suelen tener las usuarias y familiares de las mismas con esta opción?

Siempre se les ofrece la información y ellos deciden, pero algunas mujeres ni siquiera se lo plantean.

ORIENTACIONES DE LAS PROFESIONALES DIRIGIDAS

17. Por último, ¿Qué medidas cree que se deberían tomar para reducir los embarazos en menores?

Yo creo que lo que más falta es información y sobre todo educación para la salud en todos los formatos disponibles formales e informales.

12. EM 4

1. ¿Cuál es su profesión?

Soy matrona

2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con este colectivo?

Llevo 3 años trabajando con este colectivo

3. ¿Existe algún protocolo respecto a esta situación? Si existe, ¿cuáles son?

No existe ningún protocolo.

PERFIL DE LA MENOR

4. Por lo general, ¿qué rango de edad suelen tener las menores embarazadas que acuden a ustedes?

Por lo general las menores suelen tener entre 14 y 18 años.

5. ¿Cuál suele ser la nacionalidad/etnia de las menores?

Suelen ser españolas gitanas.

6. ¿Tiene relación la religión/cultura de las menores con la decisión de seguir con el embarazo?

Percibimos que sí que tiene que ver, pero no todas nos hablan de esto.

SALUD REPRODUCTIVA

7. Este tipo de embarazos, ¿suelen ser planificados?

No suelen ser embarazos planificados, suelen ser por descuidos de las menores.

8. ¿Tiene que ver la educación sexual de este colectivo con los embarazos a esta edad?

Sí que tiene que ver. También tiene mucho que ver con la desigualdad en las relaciones sexo afectivas. Por eso la educación sexual debería ser transversal a la educación de las personas y no sólo enfocarse a la prevención de embarazos.

9. ¿Las menores tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos que pueden utilizar?

La mayoría de las menores no suelen tener conocimiento sobre métodos anticonceptivos más allá del preservativo o las pastillas. Tampoco de detección o prevención de enfermedades de transmisión sexual, ni de detección de abusos.

10. ¿Cuáles son los riesgos que puede haber en embarazos adolescentes?

Entendemos como factores de riesgo durante el embarazo la edad menor a 15 años por anatomofisiología; y el embarazo no deseado por el riesgo social que supone para el bebé.

ÁMBITO PSICOSOCIAL

11. ¿Con qué disposición acuden las menores a las consultas?

Suelen acudir asustadas y con muchas dudas, aunque normalmente cuesta facilitar la expresión de sentimientos.

12. ¿Qué actitud muestran las menores durante el embarazo?

Muchas se sienten un sujeto pasivo en su propio proceso y les cuesta tomar decisiones por la el propio grado de madurez correspondiente a su edad. Suelen necesitar mucho apoyo emocional y acompañamiento de confianza durante el embarazo, parto y especialmente puerperio y crianza.

13. Y en relación con la pregunta anterior, ¿cómo se muestran las menores tras el nacimiento del bebé?

Tras el nacimiento es cuando más apoyo necesitan, especialmente en la esfera emocional. Suelen depender de las madres/padres o abuelas/os durante las primeras etapas de la crianza. También a muchas esta situación les obliga a dar un salto de madurez y comienzan a tomar responsabilidades que quizás no correspondan a su edad.

14. ¿Cree que el embarazo hace madurar prematuramente a las adolescentes?

Creo que es una madurez forzada e impuesta por la situación, pero que no favorece el correcto desarrollo psicosocial de las jóvenes.

15. Durante el seguimiento del embarazo, ¿acuden solas o acompañadas a las citas?

Suelen acudir acompañadas casi siempre, de las parejas o de las madres.

16. Con respecto a la opción de interrumpir el embarazo, ¿qué reacción suelen tener las usuarias y familiares de las mismas con esta opción?

Por lo que he conocido hasta ahora, encuentro diversidad de reacciones a este respecto. A veces las familias insisten en plantear una interrupción del embarazo y las jóvenes no están del todo de acuerdo, pero ceden, y a veces ellas mismas quieren plantearlo, pero temen la reacción de la familia. Otras veces concuerdan las opiniones de ambos, pero no debemos perder de vista que en estas edades son especialmente influenciables y buscan mucho apoyo en sus familiares de confianza de cara a la toma de decisiones importantes.

ORIENTACIONES DE LAS PROFESIONALES DIRIGIDAS A LA MEJORA

17. Por último, ¿Qué medidas cree que se deberían tomar para reducir los embarazos en menores?

Creo que la mejor medida sería invertir en una educación sexual integral, integrada y transversal a todas las etapas de la vida de las personas.

13. EP 1

1. ¿Cuál es su profesión?

Soy pediatra, neonatóloga.

2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con este colectivo?

Llevo trabajando 14 años.

3. ¿Existe algún protocolo respecto a esta situación? Si existe, ¿cuáles son?

No existe ningún protocolo, al menos en nuestra Unidad de Neonatología, aunque por norma, ante una menor que da a luz siempre realizamos interconsulta con la trabajadora social para que conozcan el caso y se tomen las medidas pertinentes si fuesen necesarias.

PERFIL DE LA MENOR

4. Por lo general, ¿qué rango de edad suelen tener las menores embarazadas que acuden a ustedes?

Nosotros tenemos conocimiento de ellas en el momento del parto, el rango es variable, pero de forma subjetiva, en mi opinión porque no dispongo de registros, generalmente entre 16-18 años .

5. ¿Cuál suele ser la nacionalidad/etnia de las menores?

Tampoco disponemos de registro como tal, pero, de forma subjetiva, es más frecuente en nacionalidad sudamericana y etnia gitana.

ÁMBITO PSICOSOCIAL

6. ¿Cómo se muestran las menores tras el nacimiento del bebé?

Tras el nacimiento del bebe la actitud es variable, y muy dependiente del apoyo que tengan. En general no vemos grandes problemas y la actitud es buena.

ORIENTACIONES DE LAS PROFESIONALES DIRIGIDAS A LA MEJORA

7. Por último, ¿Qué medidas cree que se deberían tomar para reducir los embarazos en menores?

Creo que es fundamental una buena educación sexual en este colectivo y un conocimiento de los métodos anticonceptivos. Identificar a las adolescentes de riesgo y realizar apoyo y seguimiento

14. EG 1

1. ¿Cuál es su profesión?

Ginecóloga en el Hospital Universitario Miguel Servet

2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con este colectivo?

Llevo trabajando en este hospital desde septiembre del 2020

3. ¿Existe algún protocolo respecto a esta situación? Si existe, ¿cuáles son?

No hay protocolo, se le trata igual que a una mayor de edad, la única diferencia es que pueden entrar acompañadas, aunque realmente al ser mayor de 16 años ya se le considera responsable por lo que no debería, pero bueno, al ser menor se hace una excepción, pero por lo que yo sé a nivel de ginecología en este hospital nada.

4. Por lo general, ¿qué rango de edad suelen tener las menores embarazadas que acuden a ustedes?

Yo sólo he visto a una de catorce, que es la más pequeña que he visto, pero por lo general son de unos 16, sobre todo 17 años, que cuando dan a luz puede que ya algunas estén en los 18.

5. ¿Cuál suele ser la nacionalidad/etnia de las menores?

Suelen ser latinas, sobre todo, y suelen ser personas con nivel social muy bajo, que no suelen llevar control del embarazo, que solo vienen aquí de urgencia de vez en cuando.

6. ¿Tiene relación la religión/cultura de las menores con la decisión de seguir con el embarazo?

Si seguro que tiene que ver, las latinas que son muy católicas, y no se permite realizar una IVE, ya no solo en relación con lo profesional y lo que he visto, sino que también por amigas que tengo latinas, tienen claro que no la realizarían por nada del mundo, por lo que te diría que es muy determinante la religión con esta decisión.

Aquí el protocolo general es que acuden las mujeres que quieren realizar una IVE y se les da un papel para dirigir las a atención al paciente y ahí se les explica que tienen unos días para pensárselo y se les derivan a la Clínica Actur que es donde se realizan las IVEs.

7. Este tipo de embarazos, ¿suelen ser planificados?

Igual sí, depende de la cultura, las gitanas puede que algunas sí, pero por lo general no suelen ser planificados.

8. ¿Tiene que ver la educación sexual de este colectivo con los embarazos a esta edad?

Es que es muy relativo, sí que existe la falta en la educación sexual, pero lo que pasa es que muchas veces es gente más despreocupada por decirlo de alguna manera, que aunque tuvieran esta información, yo creo que

no le harían mucho caso, porque muchas mujeres menores y mayores, que acuden aquí sin desear el bebé, les preguntas que si han utilizado anticonceptivos y te dicen que no, de ningún tipo, y les preguntamos que si son conscientes de que les podía pasar esto (quedarse embarazadas) y dicen que si, y ya está, sin decir nada más.

9. ¿Las menores tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos que pueden utilizar?

Si que están muy desinformadas, muchas creen que solo hay pastillas y preservativos, y bueno hay a menores que yo les he puesto DIUs, pero muy pocas, y realmente esto está mal porque no se les protege de las ETS, pero bueno el embarazo lo previenen, pero claro, hay mucha gente que no tiene conocimiento de toda la amplitud de anticonceptivos que existen.

10. ¿Cuáles son los riesgos que puede haber en embarazos adolescentes?

Los riesgos son sobre todo de cara al parto, porque las niñas si son muy jóvenes tienen la pelvis muy estrecha, y los riesgos estacionales no solo se dan en mayores de 40, sino también en las menores porque sus cuerpos no están igual de desarrollados. En estos casos se suele ver en el parto, porque si él bebe nace muy grande y la madre es muy joven y no está desarrollada va a haber complicaciones por descompensación, pero bueno también es verdad que, al fin y al cabo, cuanto más joven eres más fértil eres.

11. ¿Con qué disposición acuden las menores a las consultas?

Yo en consultas no las he visto, pero realmente en urgencia sí que las he visto y son más introvertidas más paradas, salvo una excepción que era una chica muy salada de etnia gitana, pero por lo general las latinas suelen ser más introvertidas, encima muchas de ellas de repente aparecen de 30 semanas embarazadas porque no se les nota la tripa, y en general esconden mucho todo.

12. Y en relación con la pregunta anterior, ¿cómo se muestran las menores tras el nacimiento del bebé?

Tras el nacimiento del bebe no te lo sé decir, no creo que se muestren muy afines con él bebe, pero realmente no tengo suficiente experiencia para responderte, pero sí que es verdad, que en un primer momento les impactará, pero igual luego les entra el instinto maternal, pero no lo sé.

13. ¿Cree que el embarazo hace madurar prematuramente a las adolescentes?

Bueno ya no el embarazo es lo que les hace madurar prematuramente, si no la maternidad, ósea el embarazo a lo mejor se empieza a preocupar un poco más por su salud por sus hábitos y todo, porque igual les ayuda pensar que tienen que centrarse un poquito para ayudar a su futuro hijo, pero realmente, se ven más maduras por el hecho de la maternidad.

14. Durante el seguimiento del embarazo, ¿acuden solas o acompañadas a las citas?

Es que nosotras ahora no dejamos pasar a la gente por la situación en la que estamos, entonces no sabría decirte si realmente en la sala de espera hay alguien o no, pero creo que sí que vienen acompañadas, aunque sea con amigas, pero realmente como ahora no se puede pasar, no sabría decirte al 100%.

15. Por último, ¿Qué medidas cree que se deberían tomar para reducir los embarazos en menores?

A ver, si, la educación sexual les servirá para estar más concienciadas, pero al final es también muy importante la relación con sus padres y que sean ellos los que les expliquen con confianza lo que realmente es tener relaciones sin protección y les digan los riesgos que tienen, como algo que fuera más a nivel de la casa, y también en la propia educación, porque hay muchas jóvenes que no están bien educadas y pretenden vivir la vida sin pensar en las consecuencias, sin embargo también hay padres que educan bien a sus hijos pero luego la hija es muy independiente a pesar de la educación de los padres. También es verdad que algunas de las clases que nos daban en el instituto de educación sexual a alguien les servirá, pero a otros no y no insisten más. A lo mejor si también existieran más protocolos para profesionales respecto a este tema podríamos ayudar más a esto, pero esto como no existe no lo sé.