

TRABAJO DE  
FIN DE GRADO  
EN TRABAJO  
SOCIAL

ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL AMBITO  
SOCIOSANITARIO Y SU CONTEXTO  
PSICOSOCIOFAMILIAR.



AÑO 2015-2016

TUTOR: JUAN MANUEL  
HERRERA HERNÁNDEZ

ALUMNA: NATALIA  
DOMÍNGUEZ  
HERNÁNDEZ.

# ÍNDICE

<i>Introducción.</i>	<i>Pág. 4</i>
<i>1. Justificación teórica.</i>	<i>Pág. 6</i>
<i>1.1 Etapas de la adolescencia.</i>	<i>Pág. 6</i>
<i>1.2 Estilo de vida saludable.</i>	<i>Pág. 7</i>
<i>1.3 Factores familiares y psicosociales que influyen en las adolescentes embarazadas.</i>	<i>Pág. 8</i>
<i>1.4 Incidencia de la problemática en la comunidad canaria.</i>	<i>Pág. 10</i>
<i>1.5 Actuaciones de prevención del embarazo por parte del gobierno de Canarias.</i>	<i>Pág. 11</i>
<i>1.6 Protocolo de actuación de aborto inducido.</i>	<i>Pág. 11</i>
<i>1.7 Datos estadísticos sobre la interrupción de embarazos.</i>	<i>Pág. 12</i>
<i>1.8 El embarazo en la adolescencia según la OMS.</i>	<i>Pág. 16</i>
<ul style="list-style-type: none"><li><i>• Riesgos en el embarazo adolescente.</i></li><li><i>• Complicaciones psicológicas para la adolescente embarazada.</i></li><li><i>• La influencia de los contextos.</i></li><li><i>• Consecuencias para la salud.</i></li><li><i>• Consecuencias económicas y sociales.</i></li><li><i>• La respuesta de la OMS ante esta situación.</i></li></ul>	
<i>1.9 Causas del embarazo adolescente.</i>	<i>Pág. 20</i>
<i>1.10 Repercusiones del embarazo adolescente.</i>	<i>Pág. 21</i>
<i>1.11 El aborto en las adolescentes</i>	<i>Pág. 23</i>
<i>1.12 Prevención del embarazo adolescente.</i>	<i>Pág. 24</i>
<i>1.13 Procedimiento de intervención en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.</i>	<i>Pág. 25</i>
<i>1.14 Función del trabajador/a social dentro del sistema sociosanitario.</i>	<i>Pág. 27</i>

Continuación.

<i>2. Método</i>	<i>Pág. 31</i>
<i>2.1 Objetivo general y específicos.</i>	<i>Pág. 31</i>
<i>2.2 Participantes.</i>	<i>Pág. 31</i>
<i>2.3 Tipo de estudio.</i>	<i>Pág. 32</i>
<i>2.4 Técnicas e instrumentos utilizados.</i>	<i>Pág. 33</i>
<i>2.5 Procedimiento.</i>	<i>Pág. 33</i>
<i>3. Resultados.</i>	<i>Pág. 34</i>
<i>3.1 El perfil socio educativo.</i>	<i>Pág. 34</i>
<i>3.2 Los apoyos recibidos.</i>	<i>Pág. 35</i>
<i>3.3 La situación socio-económica.</i>	<i>Pág. 36</i>
<i>3.4 El estado de salud.</i>	<i>Pág. 37</i>
<i>4. Discusión.</i>	<i>Pág. 39</i>
<i>5. Conclusiones y recomendaciones.</i>	<i>Pág. 49</i>
<i>6. Referencias bibliográficas.</i>	<i>Pág. 51</i>
<i>Anexos.</i>	<i>Pág. 53</i>
<i>1. Tabla codificada de todos los datos extraídos de las adolescentes.</i>	<i>Pág. 53</i>
<i>2. Tabla de la codificación establecida para el análisis de los datos.</i>	<i>Pág. 54</i>

## *Introducción.*

El presente documento recoge un estudio sobre el perfil psicosociofamiliar de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC) durante los años 2013, 2014, 2015.

Hemos elegido este tema para desarrollar nuestra investigación porque no existe un registro único y claro de adolescentes embarazadas usuarias de los servicios sociales hospitalarios, concretamente en el Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, y teniendo en cuenta que según los datos expuestos por la Consejería de Sanidad y publicado en el periódico El Día en 2010, las Islas Canarias se sitúan como la segunda comunidad con más embarazos y abortos entre adolescentes, sólo detrás de Extremadura. Lo que supone un dato bastante alarmante y queremos conocer las características del contexto familiar más cercano, las características psicológicas de la menor y sus relaciones sociales

Todo ello teniendo en cuenta las causas de los embarazos adolescentes son la no utilización de método anticonceptivo y el inicio, cada vez más precoz de las relaciones sexuales, como apuntó la OMS (2014).

Por otro lado, no podemos olvidar las múltiples consecuencias negativas que trae consigo a la menor y a su entorno, expuestas por la OMS (2014), que son:

- Cuadros de mala nutrición.
- Una mayor probabilidad de aborto espontáneo.
- Partos prematuros.
- Bajo peso del bebé.
- Niños con más problemas de salud y trastornos del desarrollo.
- Más posibilidades de nacer con malformaciones
- Miedo a ser rechazadas socialmente.
- Rechazo al bebé.
- Problemas con la familia.
- Los hijos de madres y padres adolescentes suelen sufrir mayor tasa de fracaso escolar, problemas de inserción social o de aprendizaje.

Para conocer la realidad actual de los embarazos adolescentes, se llevará a cabo una investigación a través del uso de metodología cualitativa y cuantitativa, analizando todos expedientes sociales de cada una de las adolescentes atendidas durante los años 2013, 2014 y 2015 y extrayendo toda la información relevante, teniendo en cuenta los contextos políticos, económicos y sociales que rodean a las mismas, para poder construir un perfil de las de adolescentes embarazadas de cada año.

## *1. Justificación teórica.*

Para el desarrollo del presente trabajo hemos analizado y tomado como referencia los siguientes contenidos teóricos de fuentes especializadas en la temática que nos ocupa.

### *1.1 Etapas de la adolescencia.*

A pesar de los consensos científicos a los que se va llegando en relación con esta etapa evolutiva, no existe unanimidad con respecto a cuántas subetapas la componen, cómo denominarlas y cuál es la duración de cada una de ellas, teniendo en cuenta que no es apropiado considerar la adolescencia como un periodo unitario y homogéneo (Graber & Brooks-Gunn, 1996) y que en los últimos tiempos se observa una amplitud en el número de años que abarca tanto por el comienzo de la etapa, cada vez más precoz, como por el final, cada vez más tardío (Goossens, 2006). A pesar de esto, desde hace décadas, en la mayoría de los estudios se habla de tres adolescencias:

- Primera adolescencia (12-14 años), etapa en la que se producen la mayor parte de los cambios físicos y biológicos que se mantendrán durante toda la adolescencia.
- Adolescencia media (15-17 años), etapa en la que el desarrollo se centra sobre todo en el plano mental, afectivo y social, produciéndose habitualmente cambios de estado de ánimo bruscos y frecuentes e incrementándose la implicación en conductas de riesgo.
- Adolescencia tardía (18-20 años), etapa que se inicia a partir del notable desarrollo de la personalidad alcanzado al término de la fase anterior, pero que se está prolongando en los últimos años, toda vez que los jóvenes permanecen más tiempo en el hogar parental y lejos aún de asumir roles y responsabilidades adultos.

De hecho, Arnett (2000) formula una cuarta etapa, entre los 20 y los 30 años, denominada adultez emergente, que aparece como consecuencia de la simultaneidad de tres procesos: la prolongación de la fase formativa, el retraso en la independencia económica a través de la ocupación y el retraso en la formación

de nuevas unidades de convivencia y parentesco (parejas y familias), que tiende a realizarse después del logro de una cierta consolidación de la inserción laboral. Estas razones contribuyen a que la emancipación familiar resulte crecientemente dependiente de las condiciones de acceso a la vivienda, fenómeno que estaría creando, especialmente en España, una auténtica sensación de frustración en toda una generación, a la que le resultaría imposible conseguir una de las metas más importantes en el desarrollo humano: emanciparse y comenzar a vivir su propia vida (García & Ponce de León, 2007). Keniston (1971) denominó a este periodo posterior a los 20 años como juventud, sin embargo esto es criticado ya que este término ha sido usado durante mucho tiempo en el ámbito anglosajón, y sigue siendo usado así, como la combinación de la niñez y la adolescencia (Goossens, 2006), por lo que en esta tesis doctoral se utilizará el término adultez emergente.

## 1.2 *Estilo de vida saludable.*

A lo largo de la historia del ser humano hemos observado la diversidad de disciplinas que utilizan el término estilo de vida y, como consecuencia de esto, existen innumerables definiciones y aplicaciones del mismo. En la disciplina de la salud, la OMS expuso una definición la cual constituye la base de los estudios sobre estilos de vida saludables, a pesar de ser criticada por amplia, ambigua y poco operativa. Dicha definición ha sido reconocida por expertos debido a que introduce los principales factores que influyen en los estilos de vida. De la definición que hablamos es la siguiente:

*“Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (WHO, 1986b, p. 118).*

Para el desarrollo del presente trabajo vamos a hablar de estilos de vida saludable, y actitudes que ponen en riesgo la misma, es decir, de comportamientos que realzan la salud y de los comportamientos que la ponen en riesgo (Donovan, Jessor & Costa, 1993).

El término estilo de vida saludable tiene en cuenta tanto aquellos comportamientos que implican un riesgo para la salud como aquellos otros que la protegen, tal y como defiende Dellert S. Elliot (1993), uno de los estudiosos en la materia con más relevancia internacional. Cockerhan, Rütten y Abel (1997) analizan las aportaciones de diversos autores relevantes en diferentes momentos del siglo XX: comienzos de siglo (Simmel y Weber), mediados (Bourdieu) y finales (Giddens) para crear una definición más actualizada. A partir de esta revisión, Cockerhan, Rütten y Abel definen los estilos de vida saludables como modelos colectivos de conducta relacionados con la salud, basados en elecciones desde opciones disponibles para la gente, de acuerdo con sus posibilidades en la vida. A su vez, plantean la disyuntiva entre los expertos que consideran la práctica de estilos de vida saludables como una elección personal y los expertos que la consideran como una actuación en función de las posibilidades que cada individuo tiene en su vida, refiriéndose en este segundo caso a aspectos más estructurales como sexo, edad, raza, recursos socioeconómicos o, incluso, límites percibidos derivados de la socialización y de la experiencia en un ambiente social particular. En un análisis más a fondo, este tipo de dilemas no hacen más que mostrar que aún no se ha dejado de replantear la disyuntiva básica entre el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial en lo que atañe a la adopción -o no- de estilos de vida saludables (Engel, 1977).

### *1.3 Factores familiares y psicosociales que influyen en las adolescentes embarazadas.*

En Marzo de 2002, se publicó un estudio desde el Centro de Salud María Luisa Espinoza del Barrio Juan Domingo Perón, de la ciudad de Formosa en Argentina, sobre “Factores familiares y psicosociales que influyen en la autoestima de la adolescente embarazada”. Dicho estudio se basó en entrevistar a un total de 19 adolescentes embarazadas, entre 15 y 19 años de edad.

Este estudio nos sirve para orientar nuestra búsqueda de datos y prestar atención a determinados aspectos que son muy relevantes para obtener una conclusión lo más exacta a la realidad que se nos presenta.



De este estudio destacamos la necesidad de conocer las características familiares de las adolescentes embarazadas:

- tipo de familia
- poseedor/a del la voz cantante
- nivel de ingresos
- composición familiar
- domicilio de la adolescente

En la inmensa mayoría de las familias de las adolescentes embarazadas presentan conflicto en el interior de las mismas (maltrato a la mujer, castigo corporal a los niños y adicciones: alcoholismo).

También es muy importante conocer las características psicosociales de las adolescentes embarazadas estudiadas en relación a su pareja y su grupo de pares.

- Nivel de estudios.
- Situación laboral.
- Estado sentimental.
- Reacción al enterarse del embarazo.

A modo resumen, cabe destacar la importancia de los factores protectores y la resiliencia de las propias adolescentes y su entorno:

<b>Factores protectores</b>		
En la familia	La pareja	Escuela y el CAPS
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Apoyo incondicional de la madre.</li> <li>➤ actitud de aceptación del embarazo.</li> <li>➤ abordaje de temas sobre sexualidad en la familia.</li> <li>➤ Comunicación entre los miembros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aceptación del embarazo</li> <li>➤ Acompañamiento</li> <li>➤ Contención afectiva (constitución de la pareja)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ calidad en la educación sexual</li> <li>➤ Atención interdisciplinaria en el CAPS (servicio de obstetricia, área de trabajo social, clínica general).</li> </ul>

Continuación.

<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Sentimiento de aceptación entre los miembros.</li><li>➤ respeto por la opinión de la adolescente.</li><li>➤ respeto a la privacidad</li></ul>		
---	--	--

Fuente: Centro de Salud María Luisa Espinoza, Argentina.

En relación a los factores protectores asociados a la autoestima de las adolescentes embarazadas que pueden hacer más fácil la tarea de afrontar la nueva situación, o por el contrario, pueden dificultar o imposibilitar la misma.

- aceptación de sí misma (capacidad de aceptarse con sus defectos y virtudes).
- capacidad para tomar sus propias decisiones.
- confianza en sí misma.
- optimismo ante el futuro

#### *1.4 Incidencia de la problemática en la comunidad canaria.*

Atendiendo a los datos expuestos por la Consejería de Sanidad y publicado en el periódico El Día en 2010, solo una de cada cuatro mujeres embarazadas con edades comprendidas entre los 11 y los 17 años sigue adelante con la gestación. De esta manera, las Islas se sitúan como la segunda comunidad con más embarazos y abortos entre adolescentes, sólo detrás de Extremadura. A su vez, tres de cada cuatro embarazadas con edades comprendidas entre los 11 y los 17 no continúa con la gestación hasta el final y la interrumpe voluntariamente.

Respecto a las interrupciones voluntarias del embarazo, la mayor parte se concentran en jóvenes de 16 y 17 años, si bien también abortan con 13 años, pero en mucha menor cantidad. Como dato puntual y alarmante, se da la circunstancia de que en 2008 abortó una joven de 11 años y otras tres de 12.

Cabe resaltar que estos datos se refieren a un periodo anterior a la entrada en vigor de la reforma de la Ley del Aborto, acometida durante este último verano y que permite abortar a las mujeres sin necesidad de informar a sus padres una vez que hayan cumplido los 16 años y acrediten tener capacidad de decisión. No obstante, no parece que los datos vayan a variar de forma significativa en este intervalo de edad que agrupa a las adolescentes, puesto que el grueso de los casos de aborto se da entre los 20 y 29 años.

### *1.5 Actuaciones informativas y de concienciación por parte del Gobierno de Canarias.*

Haciendo un análisis de la cartera de servicios del Gobierno de Canarias, se observa que actualmente el Gobierno de Canarias no dispone de ninguna campaña informativa o de concienciación propia para evitar los embarazos no deseados en el Archipiélago. Sin embargo el Instituto de la Mujer y el Instituto de la Juventud (Injuve), ambos dependientes del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, lanzaron en octubre de 2010 una nueva campaña que, bajo el lema "Si quieres, puedes. Evitar embarazos no deseados es cosa de dos". Esta campaña anima a los adolescentes a usar preservativo. La iniciativa cuenta con un presupuesto de 1,1 millones de euros, consta de tres anuncios para televisión de distinta duración, una cuña radiofónica que se emitirá 41 veces en las principales emisoras, 150.000 folletos, 15.000 carteles publicitarios, cinco inserciones en prensa y distintos formatos adaptados a internet, que se contempla como la principal vía de difusión.

### *1.6 Protocolo de actuación de aborto inducido.*

Actualmente, el Gobierno de Canarias cuenta con un Protocolo de Actuación de Aborto Inducido, en aquellos casos que las menores decidieran interrumpir su embarazo.

## 1.7 Datos estadísticos sobre la interrupción del embarazo.

Número de Centros que han notificado IVE. Número de abortos realizados. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años. Total Nacional.

Año	Centros notificadores de I.V.E.	Total I.V.E.	Tasa por 1.000 mujeres
2014	191	94.796	10,46
2013	198	108.690	11,74
2012	189	113.419	12,12
2011	173	118.611	12,47
2010	146	113.031	11,49

(Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España, 2015)

Tasas por 1.000 mujeres por cada grupo de edad. Total Nacional.

Año	19 y menos años	20 - 24 años	25 - 29 años	30 - 34 años	35 - 39 años	40 y más años
2014	9,92	16,56	15,34	12,33	8,65	3,83
2013	12,23	19,43	16,84	13,42	9,22	3,92
2012	13,02	20,55	17,58	13,40	9,00	3,90
2011	13,68	21,37	17,75	13,40	9,26	3,87
2010	12,71	19,82	16,34	12,09	8,27	3,50

(Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España, 2015)

Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años según Comunidad Autónoma de residencia. Total Nacional.

Comunidad Autónoma de residencia	año 2014	año 2013	año 2012	año 2011	año 2010
Andalucía	10,62	11,91	13,08	13,09	11,73
Aragón	8,58	10,09	10,83	11,43	10,74
Asturias, Principado de	12,70	13,62	14,34	13,79	10,42
Baleares, Illes	12,26	13,06	13,01	15,00	13,82
Canarias	11,87	13,03	12,79	13,16	10,46
Cantabria	8,60	9,19	9,90	10,36	9,12
Castilla y León	6,14	7,11	7,25	7,75	6,62
Cataluña	12,59	14,18	14,28	14,49	15,20
C. Valenciana	8,67	9,58	9,47	10,22	10,07
Extremadura	6,22	7,12	7,20	7,57	6,47
Galicia	6,78	6,78	7,01	7,76	6,46
Madrid, Comunidad de	12,58	14,62	14,90	15,14	14,77
Murcia, Región de	11,32	12,56	13,32	14,39	14,72
Navarra, Comunidad Foral de	7,53	7,82	8,94	8,64	6,92
País Vasco	8,88	9,97	10,04	10,34	8,26
La Rioja	6,19	6,78	8,23	8,62	7,95
Ceuta y Melilla, Ciudades Autónomas	3,53	3,74	4,50	4,59	4,31
Total	10,46	11,74	12,12	12,47	11,49

(Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España, 2015)

Distribución porcentual del número de abortos realizados según tipo de centro. Total Nacional.

Año	Centros públicos			Centros privados		
	Total (%)	Hospital (%)	Extrahosp. (%)	Total (%)	Hospital (%)	Extrahosp. (%)
2014	10,09	4,62	5,47	89,91	7,84	82,07
2013	8,96	4,22	4,74	91,04	7,62	83,42
2012	7,34	3,67	3,67	92,67	7,00	85,67
2011	2,89	1,86	1,03	96,60	8,15	88,45
2010	1,84	1,84	0,00	98,16	9,61	88,55

(Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España, 2015)

Distribución porcentual del número de abortos realizados según semanas de gestación. Total Nacional.

Año	8 ó menos semanas (%)	9 -12 semanas (%)	13 - 16 semanas (%)	17 - 20 semanas (%)	21 ó más semanas (%)	No consta (%)
2014	70,18	19,20	6,25	2,87	1,50	0,00
2013	68,51	21,62	5,92	2,63	1,33	0,00
2012	68,10	22,15	5,87	2,61	1,27	0,00
2011	65,56	24,22	6,14	2,73	1,35	0,00
2010	63,52	24,92	6,68	3,27	1,54	0,07

(Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España, 2015)

Distribución porcentual del número de abortos realizados según motivo de la interrupción. Total Nacional.

Año	A petición de la mujer (%)	Grave riesgo para vida o la salud de la embarazada (%)	Riesgo de graves anomalías en el feto (%)	Anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable (%)	Varios motivos (%)
2014	88,90	7,15	3,61	0,32	0,01

Continuación.

2013	89,93	6,94	2,84	0,28	0,01
2012	91,34	5,62	2,76	0,27	0,01
2011	89,60	7,28	2,73	0,30	0,09

(Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España, 2015)

Distribución porcentual del número de abortos realizados según la nacionalidad en mujeres residentes. Total Nacional.

	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014
<b>TOTAL IVE RESIDENTES</b>	110.966	116.650	111.378	106.756	93.279
<b>Nacionalidad</b>					
<b>EUROPA</b>	70,42	71,02	71,94	72,37	73,84
España	60,46	60,86	62,37	63,07	64,35
<b>ÁFRICA</b>	5,30	5,28	5,11	5,02	5,03
<b>AMÉRICA</b>	22,36	21,43	20,63	19,96	18,27
<b>ASIA</b>	1,89	2,23	2,29	2,54	2,82
<b>OCEANÍA</b>	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
<b>NO CONSTA</b>	0,02	0,04	0,03	0,10	0,02

(Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España, 2015)

## 1.8 *El embarazo en la adolescencia según la OMS.*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualizado en septiembre de 2014, la adolescencia es el período en la vida de una persona que comprende entre los 10 y los 19 años. En algunos casos la adolescencia se ve interrumpida cuando la joven se queda un embarazo. Y es que, una de cada cinco mujeres en el mundo ya tiene un hijo antes de los 18 años y cada año se producen 16 millones de nacimientos de mamás adolescentes. En las regiones más pobres del planeta a una de cada tres mujeres son madres en la adolescencia.

Es importante adentrarnos en determinados aspectos de este tema, como son:

### **1. Riesgos en el embarazo adolescente.**

Según los expertos, la edad más apropiada para ser madre es entre los 20 y los 35 años, ya que el riesgo para la salud de la madre y el niño es mucho menor. El embarazo en la adolescencia supone un alto riesgo y conlleva más complicaciones. La adolescente no está preparada ni física ni mentalmente para tener un bebé y asumir la responsabilidad que conlleva este hecho.

Las adolescentes que se quedan embarazadas presentan en muchos casos las siguientes características:

- Cuadros de mala nutrición.
- Una mayor probabilidad de aborto espontáneo.
- Partos prematuros.
- Bajo peso del bebé.
- Niños con más problemas de salud y trastornos del desarrollo.
- Más posibilidades de nacer con malformaciones

### **2. Complicaciones psicológicas para la adolescente embarazada**



En general, los estudios exponen una serie de circunstancias que le suelen suceder a las madres adolescentes y a sus hijos:

- Miedo a ser rechazadas socialmente: una de las consecuencias de la adolescencia y el embarazo es que la joven se siente criticada por su entorno y tiende a aislarse del mismo.
- Rechazo al bebé: son niñas y no desean asumir la responsabilidad, el tiempo y las obligaciones que supone ser madre. Sin embargo, esto también las hace sentirse culpables, tristes y su autoestima se reduce.
- Problemas con la familia: comunicar el embarazo en la familia muchas veces es fuente de conflicto e incluso rechazo.
- Los hijos de madres y padres adolescentes suelen sufrir mayor tasa de fracaso escolar, problemas de inserción social o de aprendizaje.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda para evitar el embarazo en la adolescencia:

1. limitar el matrimonio antes de los 18 años.
2. aumentar el uso de anticonceptivos para los adolescentes
3. reducir las relaciones bajo coacción y apoyar los programas de prevención de embarazos en la adolescencia.

En cualquier caso, la mejor prevención es que los jóvenes tengan una buena educación sexual desde el mismo seno de la familia. Es importante informar sobre los riesgos y complicaciones del embarazo en la adolescencia y todos los cambios que se producirán desde el momento en que la adolescente se quede embarazada. También la comunicación en la familia esencial, por tanto, debe haber un diálogo abierto y transparente para que los jóvenes tengan toda la información a su alcance.

Cabe destacar que unos 16 millones de jóvenes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos.

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. Cada año, unos 3 millones de menores de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos. Por otro lado, los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años.

### **3. La influencia de los contextos.**

Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades con bajos recursos económicos, con escaso nivel cultural y de zonas rurales. En algunos países, los embarazos fuera del matrimonio es algo fuera de lo normal. En cambio, algunas mujeres pueden recibir presión social para contraer matrimonio y, una vez casadas, para tener hijos. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las mujeres contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años.

Algunas de ellas no saben cómo evitar el embarazo, pues en muchos países no hay educación sexual. Es posible que se sientan demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que los anticonceptivos sean demasiado caros o que no sea fácil conseguirlos o incluso que sean ilegales. Aun cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas. Puede que las muchachas no puedan negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas o a oponerse a las relaciones sexuales forzadas, que suelen ser sin protección.

### **4. Consecuencias para la salud.**

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Sin embargo, desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones, sobre todo en Asia Sudoriental, donde las tasas de mortalidad se redujeron de 21 a 9 por 100 000 muchachas. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre muchachas de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados.

Cabe destacar la importancia de que la procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo.

## **5. Consecuencias económicas y sociales.**

El embarazo en la adolescencia puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las menores y sus familias. Muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar sus estudios. Una adolescente con escasa o ninguna educación tiene menos oportunidades para encontrar un trabajo. Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz. A además del coste que supone en gastos sanitarios.

## **6. La respuesta de la OMS ante esta situación.**

En 2011 la OMS junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), publicó unas indicaciones sobre la prevención de los embarazos precoces y la reducción de los resultados negativos para la reproducción. Dichas directrices contienen recomendaciones sobre las medidas que los países podrían adoptar, con seis 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 posnatal por parte de las adolescentes.

### 1.9 *Causas del embarazo adolescente.*

El embarazo adolescente tiene múltiples. Actualmente la edad media aproximativa de la primera relación coital es de 16 años para los chicos y 17 años para las chicas. Este resulta ser un dato bastante constante en nuestro medio, no encontrando grandes causas y por ello requiere múltiples soluciones. No obstante, el grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia sociedad española de contracepción, en 2001 expone que hay dos hechos que son determinantes al analizar las causas del embarazo en adolescentes:

1. El inicio, cada vez más precoz de las relaciones sexuales.

Existen diferencias según el ámbito geográfico, según han informado diferentes autores. Entre los factores que condicionan el inicio precoz de las relaciones sexuales podemos citar: Los factores biológicos, pues se ha demostrado relación entre el comienzo de las relaciones sexuales y la edad de maduración sexual. Además con el adelanto de la menarquía que se está produciendo, se han adelantado las relaciones sexuales. Y los factores familiares, pues el modelo familiar se transmite de padres a hijos y se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes tienen el doble de posibilidades de repetir esta situación en sus vidas. Otro de los factores ambientales asociados al inicio precoz de las relaciones sexuales ha sido la falta de escolarización de los jóvenes, hecho que afortunadamente ya no sucede en nuestro país, pero que constituye una dramática realidad en otras latitudes. En Brasil, por ejemplo, de las jóvenes adolescentes embarazadas que se acogieron a un Programa Comunitario de control, un 46% de ellas habían abandonado la escuela bastante tiempo antes del embarazo. Otra de las cuestiones que se relaciona con el inicio de las relaciones sexuales es el ámbito o medio de hábitat de los jóvenes, habiéndose postulado que en el medio rural se inicia antes la actividad coital que en el medio urbano y, como consecuencia, se observan tasas más elevadas de embarazo adolescente.

2. No utilización de método anticonceptivo.

Teniendo en cuenta que cuanto más joven es la mujer, menos relaciones sin protección necesita para quedarse embarazada, es fácil concluir que la no utilización de método anticonceptivo supone el factor causal más importante para el embarazo adolescente. Para muchos, el verdadero problema del embarazo adolescente radica en que esta población no utiliza medidas anticonceptivas por falta de educación sexual, por desconocimiento de los métodos disponibles, por ignorancia en cuanto al peligro del embarazo y por la difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos.

Es la falta de previsión una de las principales causas. Normalmente las primeras relaciones sexuales son espontáneas, no planeadas, lo que dificulta la utilización de algún método anticonceptivo, al mismo tiempo que parece haberse observado una débil motivación, por parte de los jóvenes, para su uso. En otras ocasiones la no utilización de método anticonceptivo no obedece a falta de previsión sino, más bien, a la asunción de comportamientos de riesgo, propios de esta edad.

### *1.10 Repercusiones del embarazo adolescente.*

Una vez tomada la decisión de continuar con el embarazo la joven tiene tres alternativas (Rada, Lasa, Rahola, Lozano, 2001):

#### 1. Maternidad en soltería.

Esta alternativa posibilita, más fácilmente que las otras, el desarrollo de las capacidades de la joven, habiéndose constatado que aquellas adolescentes que permanecen solteras llegan a alcanzar una mayor autosuficiencia económica y un mayor desarrollo sociocultural. Ahora bien, esta alternativa no solventa la situación de ilegitimidad social que conlleva la maternidad en soltería y puede ser objeto, en determinados estratos sociales, de actitudes discriminatorias hacia la joven y su entorno. Otro de los problemas que se le puede presentar a la joven embarazada es el hecho de quedar sin casa por abandono, forzoso o voluntario, del hogar familiar, lo que añade complejidad al desarrollo de su gestación.

#### 2. Matrimonio.

Es obvio que la gran mayoría de los matrimonios son impuestos por los padres que, de esta manera, creen solucionar el problema dándole legitimidad social. La joven adolescente que no está preparada para ser madre tampoco lo está para ser esposa y, posiblemente, se va a casar con otro adolescente todavía inmaduro que tampoco lo está para ser padre y esposo. No resulta difícil aventurar que la situación no es la más adecuada para completar el desarrollo psicológico y personal de ambos y que el nuevo estado civil no va a hacer, sino agravar la situación que dio lugar al embarazo. En el caso de las jóvenes que se embarazan, prácticamente todas, abandonan sus estudios para integrarse en el nuevo núcleo familiar hipotecando, de esta manera, su desarrollo y futuro. El matrimonio conlleva, además, el riesgo de un nuevo embarazo, ahora ya socialmente admitido, que representa el agravamiento de los problemas económicos, educativos y de relación afectiva que el primero trajo consigo. En nuestro medio un 25% de los matrimonios jóvenes vuelven a tener otro.

### 3. Adopción.

Constituye la tercera de las alternativas cuando se decide no interrumpir la gestación y, probablemente, es la más compleja por cuanto puede generar angustia y culpabilidad. Algunos autores han demostrado que las mujeres jóvenes que dan a luz solteras y dejan a su hijo en adopción presentan mayores dificultades que las que decidieron abortar. Existe, además, un trastorno psicológico sostenido que persiste varios años después. Los padres de una adolescente que deja su hijo en adopción presentan, en ocasiones, una sensación de vergüenza, pena y dolor que suele mitigarse cuando la hija acaba casándose y queda nuevamente embarazada. La adolescente que ha abandonado su criatura muchas veces tiene sensaciones similares, siendo bastante frecuente que muchos años después del abandono sigan lamentando su decisión y preguntándose cómo estará ahora su hijo.

Esta opción tiene graves repercusiones psicológicas embarazo en el año siguiente al nacimiento de su primer hijo, embarazo que habitualmente finaliza en IVE. Suele ocurrir, además, que los hijos de estos matrimonios alcanzan un desarrollo socioeconómico y personal menor que los de madres de mayor edad, propiciando una situación que se caracteriza por: (a) clase social baja, (b) absoluta dependencia

económica y (c) falta de apoyo de las estructuras sociales; éstos son los factores que determinan el embarazo adolescente y al no corregirse condicionan que más del 50% de las jóvenes adolescentes que se embarazan sean, a su vez, hijas de mujeres que fueron madres adolescentes.

### *1.11 El aborto en las adolescentes.*

Según el Manual de Salud Reproductiva publicado en 2001 por Iñaki Lete Lasa, José Luis De Pablo Lozano, Carmen Martínez Arévalo y Juan José Parrilla Paricio, sobre el embarazo en la adolescencia, se considera que alrededor del 30% de las gestaciones adolescentes finaliza en IVE, si bien en algunas sociedades este porcentaje puede alcanzar el 50%. En España y según datos referidos a 1994 y publicados por Margarita Delgado, la proporción de adolescentes embarazadas que se somete a una IVE ha crecido en los últimos años, estimándose que prácticamente un tercio de las mismas optará por interrumpir su gestación. Habitualmente, cuanto mayor es el nivel cultural y educativo de la joven y sus padres, más probable es que se opte por la IVE. Según los datos publicados por esta misma investigadora había en España, en 1998, 1.418.641 jóvenes de 15 a 19 años. La tasa de aborto, por mil, estimada para esta población es de 4,17, lo que arroja una cifra total anual de alrededor de 6.000 IVEs practicadas en adolescentes. Esto supone que el 14% de todas las IVEs realizadas en España se hacen en mujeres menores de 20 años. Conviene matizar, de cara a analizar el problema de la IVE adolescente, que en este colectivo la subdeclaración es una constante, debido a problemas legales, económicos, etc. por lo que la realidad de la IVE en mujeres jóvenes será, probablemente, mayor.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que cuando la técnica de IVE utilizada es depurada, no se aprecian consecuencias ni complicaciones en el resultado de embarazos posteriores. La adolescente que está embarazada se enfrenta a una dura prueba al tener que tomar una decisión, la de interrumpir su embarazo, para la que, probablemente, no esté emocionalmente madura. Esta inmadurez, junto con el temor a descubrir su situación, hace que en adolescentes se produzcan un número excesivo de abortos del segundo trimestre. Suele ser frecuente que las adolescentes que

demandan una consulta por un posible embarazo, refieran que están embarazadas de menos tiempo que el real.

Otro problema bastante frecuente entre las jóvenes es el de la falta de recursos económicos para afrontar los gastos derivados de la IVE. Téngase presente que en España prácticamente el 99% de los abortos voluntarios se realizan en la red privada y el gasto medio de una IVE del primer trimestre ronda las 30.000-40.000 pesetas. Si el aborto se realiza en el segundo trimestre este costo se dispara, llegando a las 250.000 pesetas que puede costar una IVE en la semana 20 de embarazo. Este hecho es otro de los que condicionan el diagnóstico tardío de la situación y, por ello, la realización tardía de la IVE. No obstante todo lo anteriormente expuesto, la mayoría de los autores revisados y los expertos que trabajan en adolescencia opinan que, desde el punto de vista físico y psicológico, el aborto produce menos trastornos en la adolescente que la continuación del embarazo o la adopción.

### *1.12 Prevención del embarazo adolescente.*

Resulta evidente que el embarazo es consecuencia de las relaciones sexuales pero hay que señalar que el embarazo adolescente es mucho más probable allí donde se les niega la anticoncepción a los jóvenes y donde no se les ofrece información sobre la sexualidad y sus consecuencias.

La prevención primaria supone la base de la prevención y procura actuar sobre los factores de riesgo que favorecen u originan la aparición del problema. Una vez analizadas las causas del embarazo adolescente, y conscientes de que hay factores difíciles de modificar (estado socioeconómico), proponemos una actuación dirigida a implementar los programas de educación sexual y mejorar la accesibilidad de los jóvenes a los métodos anticonceptivos. Por otro lado, los padres son los primeros responsables de estos hechos puesto que no emplean el tiempo y las formas necesarias o adecuadas en informar a sus hijos sobre los temas relacionados con la sexualidad. Por norma general delegan este cometido a las escuelas.



Desde el punto de vista de la prevención secundaria, el embarazo adolescente necesita una mayor atención sanitaria para prevenir y tratar las causas que lo complican haciendo especial énfasis en los programas de Educación Sanitaria, puesto que se ha demostrado que las jóvenes embarazadas acogidas en los programas de Educación Prenatal presentan una menor incidencia de morbi-mortalidad, materna y perinatal, y utilizan más los métodos anticonceptivos después del parto.

Atendiendo a la prevención terciaria, es responsabilidad de la Administración proveer y garantizar los recursos necesarios a las madres adolescentes para que las repercusiones, a corto, medio y largo plazo, de su maternidad sean lo menos graves posibles. Son necesarias políticas comunitarias de acogida a estas madres que hagan posible la continuación de sus estudios y formación, para así alcanzar el desarrollo socioeconómico que les corresponde. A su vez, la mejora de las condiciones socioeconómicas es uno de los caminos más importantes para resolver este problema. (Lasa, Lozano, Arévalo, Paricio, 2001).

### *1.13 Procedimiento de intervención en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC).*

Centrándonos en el procedimiento de intervención concreto del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria en Tenerife, comienza tras recibir la interconsulta por parte del servicio pertinente, en este caso sería ginecología o maternidad. Después de esto, comienza el quehacer profesional con iniciativa propia del trabajador social.

En primer lugar el profesional del trabajo social ha de comunicarse con el personal sanitario que se encargue de la paciente, tanto médicos como enfermeros, para conocer todos los aspectos de su estado de salud y situación sanitaria, como podrían ser consumo de sustancias estupefacientes, tóxicas, problemas de salud importantes, hereditarios, etc.

Desde pediatría se llevara un seguimiento de la relación madre-hijo, para observar las primeras reacciones, las relaciones y las actitudes familiares.

Se comprueba que la vivienda que consta en sus datos sanitarios coincide con los actuales, puesto que podemos descubrir posibles cambios de domicilios, otras fuentes de contacto, diferentes formas de convivencias, etc.

También debemos investigar su proceso de escolarización. Si tiene la ESO, si tuvo que abandonar los estudios debido al embarazo, si desea continuarlos tras el nacimiento del bebé, o si por el contrario los ha abandonado con anterioridad a este suceso.

Debemos conocer los apoyos familiares que tiene la paciente para poder hacer frente a la nueva situación que le va a cambiar la vida y a la que se enfrenta con muy pocos conocimientos. También debemos conocer las condiciones del hogar donde se va a alojar reciente madre y su hijo.

Los recursos económicos que posee la paciente y su familia o entorno de la misma, si con ella se cuentan.

Finalmente, nos pondríamos en contacto con el trabajador social de la zona de residencia de la paciente para hacerle conocer del alta de la paciente y de la situación existente por si necesitara algún tipo de atención una vez se establezca en su hogar.

Para recabar todos estos datos realizamos una entrevista con la paciente para recoger los datos sociales personales y del entorno más relevante. Y en segundo lugar, se realizaría una entrevista a los padres de la mujer embarazada o madre menor de edad, con el objetivo de verificar o no los datos aportados por la paciente.

Para recabar la información pertinente a las relaciones con sus familiares y su entorno más cercano hacemos uso del genograma, en el mismo registramos los componentes de la unidad familiar y los datos más importantes de todos los miembros.

En los casos específicos de interrupción de embarazos, el organismo encargado es la dirección de área.

Cabe aclarar que los protocolos de intervención que se emplean para recabar datos de las pacientes están elaborados en base al modelo de la EFQM (European

Foundation for Quality Management) y se presentan como procesos: Un proceso es el conjunto de actividades interrelacionadas entre sí, que a partir de una o varias entradas de materiales o información, dan lugar a una o varias salidas de materiales o información con valor añadido. Para que un proceso sea estandarizable tiene que tener varias condiciones: ser repetitivo (que se pueda aplicar a muchos supuestos diferentes), tener diversos desenlaces y confluencia de diversas responsabilidades. La estandarización de los procesos se plasma en el flujograma o diagrama de flujo o diagrama de procesos. El diagrama o esquema de un proceso de trabajo, es una imagen que visualiza el modo en que las personas desempeñan su trabajo. Un proceso es estandarizable, pero una intervención nunca se puede estandarizar. Siguiendo el modelo de la EFQM, los protocolos que se presentan como anexos, siguen la siguiente estructura: definición funcional, objetivos, flujograma, pasos del proceso, criterios de actuación y normativa de referencia.

#### *1.14 Función del trabajador/a social dentro del sistema sociosanitario.*

El Trabajador Social de la Salud, según el Sistema de Salud de Castilla y León (2013), en su rol de “potenciador y facilitador” de los procesos de cambio en las distintas etapas de la intervención técnico metodológica, debe superar la visión paternalista, curativas y paliativas que coarta la trascendencia del usuario. Acompaña los procesos a partir del reconocimiento de la situación (diagnóstico), aporta sus herramientas conceptuales y técnicas para la organización y autogestión de las habilidades y destrezas, que permitan al usuario enfrentar las condiciones adversas de su realidad. (Butler, Katy. 1997).

Definimos las funciones como el ejercicio propio de una profesión que luego puede desarrollarse en diferentes campos de actividad y áreas de atención. Partiendo de esta premisa, los modelos de intervención proactivos en trabajo social sanitario, toman como punto de inicio el estudio social de los riesgos y sobre todo, diagnostican la existencia de problemas si los hubiera, estableciendo un plan de trabajo en función de los mismos, que persiga su resolución y que debe estar perfectamente integrado en

el plan de intervención global realizado por el equipo multidisciplinar. Son funciones generales del Trabajo Social Sanitario:

1. Incorporar y favorecer la inclusión de la perspectiva social en todas las actividades, ámbitos asistenciales y profesionales de los centros sanitarios.
2. Identificar los factores y situaciones de riesgo social relacionados con la salud en individuos, familias y comunidad.
3. Realizar el estudio y elaborar el plan de intervención social que complete la atención integral del proceso de salud-enfermedad como parte del trabajo en equipo.
4. Participar en la elaboración, desarrollo, implantación y evaluación de los procesos asistenciales, así como en los programas de salud y la cartera de servicios, aportando la dimensión social.
5. Proporcionar orientación, apoyo psicosocial y asesoramiento a la persona enferma, a la familia y a la comunidad.
6. Promover la utilización adecuada de los recursos del Sistema de Salud tanto en su gestión como en la cooperación con otros sistemas asistenciales, con el fin de garantizar la continuidad de cuidados y la sostenibilidad de los recursos públicos.
7. Fomentar la participación de profesionales de salud en actividades comunitarias que corresponsabilizan a la ciudadanía en la creación de entornos más saludables.
8. Facilitar la comunicación y coordinación con el Sistema de Servicios Sociales y con otros sistemas que garanticen una atención integral, evitando la prestación de servicios inconexos.
9. Participar y fomentar actividades de promoción y prevención de la salud, dirigidas a individuos, familias y comunidad, así como a colectivos específicos por causa de enfermedad o exclusión social.
10. Participar en los planes de formación continuada, de la formación pregrado y posgrado, así como diseñar y colaborar en proyectos de investigación relativos a la salud y factores psicosociales.

11. Registrar la actividad realizada y emitir cuando sea preciso el correspondiente informe social.

Dentro de la Atención Directa se atiende a individuos o grupos como consecuencia de sus necesidades de salud. Y se realizan las siguientes tareas para ello:

- Información y orientación general sobre recursos sanitarios y sociales a usuarios. Son actividades de acogida, información, orientación y asesoramiento sobre: - Derechos y deberes relacionados con la asistencia sanitaria, con especial relevancia por su repercusión en la salud en colectivos vulnerables de entre Menores, Mayores, Mujeres, Personas con Discapacidad, Extranjeros y otros. - Prestaciones, acceso y utilización de los recursos sanitarios y sociales disponibles para la atención de sus necesidades. - Acceso a otros recursos educativos, laborales o económicos así como otros servicios de protección social, públicos y privados.
- Intervención individual y familiar. Engloba actividades de más o menos intensidad relacionadas con la atención a individuos y familias y suele constar de las siguientes fases:
  1. Captación del caso: detección precoz de necesidades sociosanitarias y de riesgo social para la salud.
  2. Valoración y estudio individual, familiar y social en el entorno social próximo: identifica las dificultades y circunstancias sociales y cómo afectan a su estado de salud y evolución
  3. Diagnóstico social sanitario: permite identificar las situaciones problema o de riesgo social que afectan a la persona y a su entorno familiar en el proceso de recuperación y normalización y que inciden en su salud. Se debe integrar en el diagnóstico global.
  4. Elaboración del plan individual/familiar de atención, derivado del diagnóstico social, que se incorpora al plan de intervención global como parte del equipo multidisciplinar para proporcionar, tanto a la persona como a la familia, los apoyos que precisan para mejorar o mantener su salud.
- Trabajo con Grupos. Son aquellas actividades que se realizan con grupos que tienen intereses o necesidades comunes:

Detección precoz y captación de grupos o colectivos de personas en riesgo de pérdida de la salud por presentar factores de vulnerabilidad sanitaria (enfermedad mental, discapacidad, enfermedad crónica...) o social (exclusión, etnia, idioma...)

Fomento, creación y participación en grupos de autoayuda, con personas afectadas por una problemática común. - Intervención grupal, con contenidos de educación para la salud, para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, con el fin de mejorar la salud y la calidad de vida.

- Intervención comunitaria en el ámbito de la salud. Actividades realizadas en el ámbito de la comunidad orientadas a potenciar la participación y capacitación individual y de la comunidad para la autorresponsabilidad y el autocuidado y que persiguen el objetivo de mejorar la salud, el bienestar social y la calidad de vida de las personas. - Conocer los recursos asociativos de la zona/áreas y sus actividades.

- Captar y atender las demandas surgidas en los grupos, instituciones u organizaciones de la comunidad.

- Promover la organización de la comunidad para lograr su participación activa en las actividades del centro/institución.

- Diseñar, desarrollar y evaluar actividades de educación para la salud con el resto de profesionales sanitarios, mostrando evidencias sobre la interrelación entre los determinantes sociales y el estado de salud, así como las formas de prevenir e identificar los conflictos sociales.

- Mantener contactos periódicos con colectivos de interés y asociaciones.

- Mantener contactos y coordinarse con instituciones de la comunidad, educación, servicios sociales, asociaciones en relación con la educación sanitaria.

En el siguiente apartado explicamos la metodología empleada para la obtención de los datos necesarios para el desarrollo del presente estudio y la obtención de los resultados finales. De tal modo, también se explica los objetivos que nos hemos planteado, como el tipo de estudio que vamos a realizar, las herramientas que hemos empleado y quienes son las participantes de la presente investigación.

## 2 Método.

### 2.1 Objetivo general y específicos.

El objetivo general de esta investigación es conocer el número y el perfil psicosociofamiliar de adolescentes atendidas por embarazo en el Hospital Universitario de Nuestra Señora de la Candelaria durante el año 2013, 2014 y 2015.

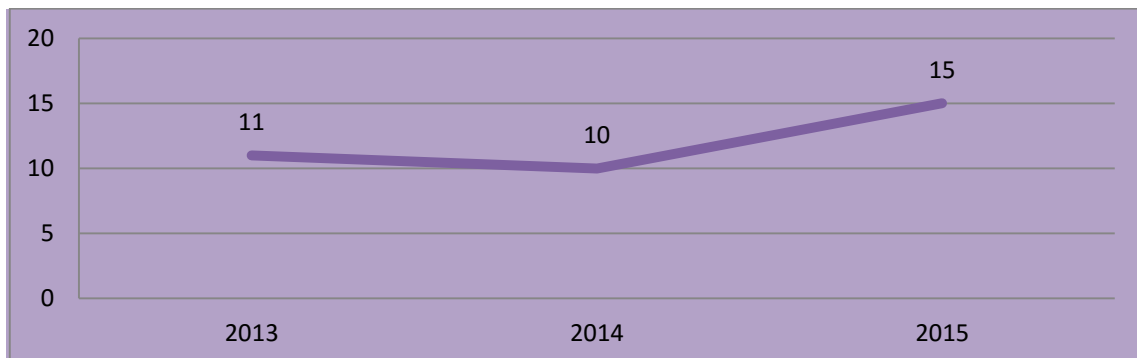
Y como objetivos específicos nos planteamos hacer un análisis comparativo entre los diferentes perfiles psicosociofamiliar y ver los cambios que se han producido en estos tres años, e intentar averiguar si existen relación entre las variables analizadas y las características de la menor. Más allá de las causas de ello. También localizar si hay alguna tendencia que nos indique como puede desarrollarse esta problemática en el futuro.

### 2.2 Participantes.

Las participantes son las treinta y seis adolescentes embarazadas que fueron atendidas en el Hospital Nuestra Señora de la Candelaria durante el 2013, 2014 y 2015.

Esto se recoge en el siguiente grafico que representa la evolución de la cantidad de menores embarazadas atendidas en el HUNSC, y tabla refleja las edades de las mismas.

**Gráfico 1. Evolución de las menores embarazadas de 2013 a 2015.**



Fuente: Datos de la investigación.

Gráfico 1. No existe un patrón definido de embarazos de menores. Así, en 2013 se producen 11, en 2014 10 embarazos y en 2015 se llega al máximo del periodo estudiado, estos son, 15 embarazos de menores.

**Tabla 1. Edades de las menores embarazadas.**

		Recuento	%
Edad de la menor	14	1	2,8%
	15	4	11,1%
	16	5	13,9%
	17	26	72,2%
	Total	36	100,0%
Edad de la menor		Media: 16,56	D.T. =0.81

Fuente: Datos de la investigación.

### 2.3 Tipo de estudio.

Se trata de un estudio correlacional-descriptivo, puesto que nuestro objetivo principal es describir la realidad de las menores adolescentes atendidas en el HUNSC y a su vez persigue medir el grado de relación existente entre dos o más variables de la realidad de dicha menores. Más allá de averiguar las causas que lo provocan o las consecuencias de las mismas.

Se trata de un estudio de casos no experimentales pues se realiza el análisis sin manipular deliberadamente las variables.

Utilizamos métodos cuantitativos, que hace referencia a utilizar la información de tipo cuantitativo directo, y cualitativos, que es aquella forma de estudio que persigue describir sucesos complejos en su medio natural, con información preferentemente cualitativa



## 2.4 *Técnicas e instrumentos utilizados.*

El instrumento utilizado para recabar la información de cada una de las pacientes menores embarazadas y su entorno más cercano, es la revisión del registro de la base de datos que recoge las valoraciones sociales de las trabajadoras sociales de dicho hospital.

## 2.5 *Procedimiento.*

Tras la obtención de los datos, se creó una base de datos en Excel donde se recogían todas las variables de cada uno de los expedientes de menores embarazadas del año 2013 al 2015. Tras la construcción de la base de datos, se cargó la base de datos en SPSS y se realizaron análisis descriptivos que se muestran en el estudio.

Dada la cantidad de menores embarazadas en cada año, no es posible estadísticamente analizar cómo evolucionan respecto a sus características sanitarias, económicas, etc., pues los pocos casos que harían que muchas casillas (al distribuir los casos según diferentes variables por cada año) se quedasen vacías.

Sin embargo, sí que hemos establecido el perfil de las usuarias utilizando las tablas de frecuencias agrupando las variables por grupos “temáticos”. Por el mismo motivo que el que se expuso anteriormente (ausencia de casos suficientes) resulta muy complicado y estadísticamente inviable la realización de cruces entre cada una de las variables. A ello se une el hecho de la inexistencia de variables independientes/dependientes, pues el objetivo de este trabajo es la realización del perfil socio-demográfico.

### 3 Resultados.

Los resultados que aquí se presentan están agrupados en cinco áreas:

El perfil socio-educativo, los apoyos recibidos, la situación económica y estado de salud de las mismas. Estos datos se recogen mediante tablas agrupando todas las variables que tienen relación entre sí, consiguiendo así simplificar y clarificar los resultados obtenidos.

#### 3.1 Perfil socio-educativo.

En cuanto a las edades, la mayor parte de las usuarias tienen 17 años (72%), mientras que sólo un 3% tiene 16 años.

**Tabla 2. Datos sobre nivel educativo de las menores embarazadas.**

		Recuento	%
Esta escolarizada	Se desconoce	2	5,6%
	Sí	16	44,4%
	No	18	50,0%
	Total	36	100,0%
Tipos de estudios que posee	Se desconoce	3	8,3%
	Básicos	16	44,4%
	ESO	12	33,3%
	Bachillerato/Ciclo	5	13,9%
	Total	36	100,0%

Fuente: Datos de la investigación.

Tabla 2. La mitad de las encuestadas no están escolarizadas. Sin embargo, un 44% tiene estudios básicos, seguidos de un 33% que tiene la ESO y un 13% que tiene Bachillerato/Ciclo Formativo.

### 3.2 Los Apoyos recibidos.

**Tabla 3. Apoyos familiares de las menores embarazadas**

		Recuento	%
Tiene pareja	Se desconoce	4	11,1%
	Sí	28	77,8%
	No	4	11,1%
	Total	36	100,0%
Edad de la pareja		Media=20,1 4	D.T.=3,04
Unidad de convivencia	Alquiler con su pareja/ Piso en pareja	4	11,1%
	Domicilio familiar	25	69,4%
	Ocupas en casa abandonada	1	2,8%
	Domicilio de sus suegros	6	16,7%
	Total	36	100,0%
De quien recibe apoyo la menor (primera opción)	Ninguno	2	5,6%
	Abuela	2	5,6%
	Padre	4	11,1%
	Suegros	6	16,7%
	Madre	22	61,1%
	Total	36	100,0%
De quien recibe apoyo la menor (segunda opción)	Ninguno	20	55,6%
	Abuela	3	8,3%
	Padre	4	11,1%
	Suegros	4	11,1%
	Madre	5	13,9%
	Total	36	100,0%

Fuente: Datos de la investigación.

Tabla 3. Respecto a la situación de la pareja, un 77% tiene pareja; siendo la media de la edad de las mismas de 20 años. Llama la atención que todas las parejas de

las menores tienen mayor edad que las propias menores embarazadas. Por otro lado, un 69% vive en su domicilio familiar, habitando un 16% en el domicilio de sus suegros y un 11% con su pareja.

Respecto al apoyo familiar recibido, sólo un 2% no recibe ningún apoyo. Sin embargo, un 22% tiene el apoyo de sus madres y sólo un 11% del padre. Además, un 16% recibe apoyo de sus suegros. Sin embargo, al preguntar por la segunda persona de la que más recibe apoyos, llama la atención que un 55% de las menores embarazadas declaran que sólo tienen un apoyo, mientras que un 13% declaran como segundo apoyo a la madre y un 11% a padres y suegros.

### 3.3. *La situación socio-económica.*

**Tabla 4. Datos económicos de las menores embarazadas.**

		Recuento	%
Condiciones del hogar	Se desconoce	2	5,6%
	Nada apta/Poco Apta	11	30,6%
	Apta	17	47,2%
	Muy apta	6	16,7%
	Total	36	100,0%
Recursos económicos de la unidad de convivencia	Se desconoce	2	5,6%
	Inexistentes	3	8,3%
	Insuficientes	19	52,8%
	Básicos/Suficientes	12	33,3%
	Total	36	100,0%

Fuente: Datos de la investigación.

Tabla 4. Respecto al nivel económico de las unidades de convivencia de las menores embarazadas, sólo un 33% tiene recursos básicos o suficientes. Un 52% tiene recursos insuficientes, mientras que un 8% tiene recursos inexistentes para la manutención de éstas.

Por otro lado, en lo que se refiere a las condiciones del hogar, un 47% tiene viviendas aptas y un 16% muy aptas. Sin embargo, un 30% tiene viviendas nada o poco aptas para vivir.

### 3.4. El estado de salud.

**Tabla 5. Estado de salud de las menores embarazadas**

		Recuento	%
Tiene problemas de salud	Sí	6	16,7%
	No	30	83,3%
	Total	36	100,0%
Problema de salud	Ninguno	30	83,3%
	Consumo de tóxicos	2	5,6%
	Traumatismos por maltrato de la pareja	1	2,8%
	Embarazo de riesgo	1	2,8%
	Infección de orina	1	2,8%
	Trastorno alimenticio	1	2,8%
	Total	36	100,0%
Perfil psico-socio-emocional	Se desconoce	1	2,8%
	Baja autoestima, miedo, indefensión	4	11,1%
	Normales asociados a su edad	23	63,9%
	Conflictiva e irritable	4	11,1%
	Madurez por encima de su edad	4	11,1%
	Total	36	100,0%
Desea interrumpir el embarazo	Sí	0	0,0%
	No	36	100,0%
	Total	36	100,0%
Condiciones de salud del RN	Se desconoce	1	2,8%
	Normales	28	77,8%
	Exitus	3	8,3%
	Problemas intestinales/respiratorios	4	11,1%
	Total	36	100,0%

Continuación

Nº de embarazos	1	31	86,1%
	2	4	11,1%
	3	1	2,8%

Fuente: Datos de la investigación.

Tabla 5. En lo que se refiere al estado de salud de las entrevistadas, sólo un 16% declaran que tienen problemas de salud. De entre esos problemas de salud destacan el consumo de tóxicos, los embarazos de riesgo, los traumatismos por maltrato de la pareja, la infección de orina y los trastornos alimenticios.

Respecto al perfil psico-socio-emocional, un 63% tiene un perfil normal para la edad que tiene, mientras que un 11% declara que tiene una baja autoestima, siendo similares porcentajes las que son conflictivas e irritables y las que tienen una madurez por encima de su edad.

Cabe destacar que ninguna de las menores embarazadas desea interrumpir su embarazo. Por otro lado, un 86% declara que es su primer embarazo, mientras que un 11% declara que es el segundo y un 2% que es el tercero. Respecto al recién nacido, un 77% tienen una salud normal, siendo los que han tenido exitus un 8% y los que tienen problemas intestinales/respiratorios de un 11%.

#### *4. Discusión.*

La situación actual que vive la comunidad canaria es bastante complicada debido a la precariedad económica, política y social existente. En la que el Sistema Público de Servicios Sociales ha sido el que más se ha visto afectado, de todos los sistemas públicos de protección social. Este contexto está fuertemente relacionado con la problemática conductora de la presente investigación, así como los agentes de socialización, sus estilos y los patrones aprendidos.

Cabe destacar que esta problemática se ve influenciada por un contexto en el que aumenta la precariedad en las condiciones de vida de la mayoría de las personas y se recrudecen las situaciones de empobrecimiento, el Sistema Público de los Servicios Sociales no está dando respuesta adecuada a las necesidades y derechos de la población en Canarias, lo cual contribuye directamente en el aumento de la desigualdad.

De este modo, crece la desprotección social, con un notable aumento de la demanda de Servicios Sociales, una reducción del personal de atención al público y de los servicios que se ofertan, y una disminución de la financiación en este sistema público, causando así, un aumento de los niveles de privatización de los servicios y un empeoramiento de la calidad de la atención pública.

Durante la presente crisis económica, en Canarias ha crecido la población más deprisa que el PIB, produciendo una disminución del nivel de vida de la población en general. Esto supone una reducción aproximada de 1.591 euros en apenas 5 años. La media estatal se sitúa unos 3.500 euros sobre la media de Canarias. Esto ha influenciado notablemente en la problemática que nos ocupa, pues hacer frente a un nacimiento en la adolescencia no es fácil, y mucho menos en condiciones precarias.

Esta situación de crisis general produce desigualdades en los diferentes territorios de las islas y el incumplimiento de la legislación vigente en materia de servicios sociales, todo ello impide alcanzar los principios de universalidad, cercanía y proximidad. Incumpléndose así, dos de sus funciones principales: la redistribución

justa y equitativa de la riqueza y la satisfacción de las necesidades y el acceso a los derechos de todas las personas.

Actualmente en Canarias, estamos viviendo una inversión en la pirámide poblacional, donde aumentan las personas mayores de 40 años, y disminuye la población joven. Las estimaciones reflejan que la población menor de 15 años retrocede del 14,5 al 13% entre 2011-2021, mientras que los nacimientos proyectados ya están por debajo de las previsiones iniciales del INE. La evolución demográfica en los próximos años estará marcada tal como hemos descrito y si ningún factor no lo revierte, por una fuerte caída de la natalidad y un progresivo envejecimiento de la población.

Centrándonos en los resultados obtenidos de nuestra investigación:

**En primer lugar**, cabe destacar que el año que mayor número de embarazos adolescentes ha habido es en el 2015. Estos datos nos llevan cuestionarnos varias cosas: que las menores desean quedarse embarazadas, que no son conocedoras de los métodos anticonceptivos existentes, que no desean usar ningún tipo de anticonceptivo o que no desean interrumpir el embarazo.

Ante esto debemos aclarar que, como anteriormente hemos expuesto, en Canarias no existe ninguna campaña informativa o de concienciación propia para evitar los embarazos no deseados en el Archipiélago. Sin embargo, cuenta con un Protocolo de Actuación de Aborto Inducido, en aquellos casos que las menores decidieran interrumpir su embarazo. En cuanto a campañas informativas sobre los métodos anticonceptivos, si podemos afirmar que la comunidad canaria hace hincapié en la difusión de esta información por múltiples centros insulares, y cada vez más por medios más efectivos como son publicidades televisivas y carteles. Por ello nos extraña que en el 2015 hubiera 15 embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital de Nuestra Señora de la Candelaria, teniendo en cuenta que con el paso del tiempo se supone que los conocimientos de todo lo relacionado con esta problemática son mayores. Ante esto nos preguntamos si la difusión de estos conocimientos se está realizando, si se está realizando adecuadamente, y de qué forma está llegando a la población. Puesto que vemos que no parece efectiva.



Otro punto de vista que debemos estudiar es, qué está sucediendo en las nuevas generaciones que desean ser madres a muy temprana edad. Debemos tener en cuenta que los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades con bajos recursos económicos, con escaso nivel cultural y de zonas rurales. Tenemos que tener en cuenta que no hemos obtenido un patrón definido de los embarazos adolescentes durante los tres años analizados que nos posibilite afirmar que el año venidero aumentara esta cifra, pero si es importante estar pendiente de su evolución pues esto produciría muchos cambios en la comunidad canaria.

**En segundo lugar**, analizando las edades, el 72% de las usuarias tienen 17 años. Es decir, están al límite de ser mayores de edad, a punto de dejar a tras la incapacidad general de la persona a su capacidad de obrar plena, es decir, la posibilidad de ejercer por sí misma los derechos y obligaciones atinentes a su persona y bienes. Como la Constitución Española recoge en su artículo 12: los españoles son mayores de edad a los dieciocho años, a partir de esa edad, se obtiene plena capacidad para realizar actos jurídicos válidos y ser responsables de los mismos, y, en consecuencia, ser responsable personalmente de las consecuencias de todos tus actos.

Esto significa que aun están bajo la patria potestad de sus padres y bajo su tutela. La patria potestad se origina del vínculo natural que surge de la consanguinidad, por lo cual unos descienden de otros, pudiendo originarse también de la adopción, generando en ambos casos una relación paterno-filial. La tutela hace referencia a la obligación de velar por el tutelado, es decir, la obligación de dar alimentos, el deber de educarle y proporcionarle una formación integral y promover la adquisición o recuperación de la capacidad de obrar del pupilo, dependiendo de si es menor o incapacitado respectivamente. Al igual que con la patria potestad, el tutelado tiene la obligación de obediencia y respeto frente al tutor.

En cuanto a la representación, coincidentemente también con la patria potestad, el tutor asume la representación del menor o incapacitado para todos los actos que no puede realizar por sí mismo.

Ante esto nos planteamos si esta situación es un reflejo de los patrones generacionales familiares, es decir, si los padres de la menor también fueron padres adolescentes. Pues entonces podría ser fruto de la socialización primaria, patrones y roles aprendidos en el contexto familiar que son repetidos por las diferentes generaciones del hogar. O si por el contrario, son un dato aislado y sin relación alguna con el aprendizaje dentro del contexto familiar.

Cabe aclarar que este contenido está regulado en el Real Decreto de 24 de Julio de 1889, por el que se aprueba el Código Civil, el cual fue revisado el 15 de Octubre de 2015. Concretamente en el Libro I: Título VII De las relaciones paterno-filiales.

**En tercer lugar**, cabe destacar que la mitad de las encuestadas no están escolarizadas. Sin embargo, un 44% de las mismas tiene estudios básicos. Esto nos indica que las menores embarazadas estuvieron estudiando hasta que abandonaron los mismos. No sabemos si fue debido a que se quedaron embarazadas o si no quisieron continuar sus estudios sin motivo alguno. También se debe analizar si los padres y su entorno familiar más cercano tiene estudios, o si esa falta de formación escolar se repite como un patrón aprendido durante la socialización primaria dentro del entorno familiar.

Como comentamos con anterioridad, y según la OMS (2014), muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar sus estudios. Una adolescente con escasa o ninguna educación tienen menos oportunidades para encontrar un trabajo. Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz. A además del coste que supone en gastos sanitarios.

**En cuarto lugar**, los resultados arrojan que un 77% tiene pareja; siendo la media de la edad de las mismas de 20 años. Llama notablemente la atención que todas las parejas de las menores tienen mayor edad que las propias menores embarazadas. Debemos analizar el por qué de esta prevalencia en el que se observa claramente que las adolescentes eligen parejas bastante mayores que ellas, concretamente tres años

mayor. Esto quiere decir que por norma general, según la población estudiada, las menores embarazadas tienen parejas que son mayores de edad.

Puede ser debido a que su grupo de pares se compone de gente generalmente mayor que ellas, por eso que su pareja sea mayor. También a la imitación de patrones familiares, es decir, que la madre o las abuelas de la misma hayan solido tener parejas bastante mayores que ella. O a una nueva moda por la que se crea que si tienen parejas mayores ellas son más adultas, esto puede influenciarlas mucho ya que están en una etapa del desarrollo en el que el autoconcepto y la autoestima no está del todo formado ni estable.

Ante esta situación debemos hablar del consentimiento sexual. Actualmente está situado en los 13 años, según la legislación vigente.

**En quinto lugar**, un 69% de las menores embarazadas vive en el domicilio familiar. Esto es bastante evidente puesto que al no poseer estudios superiores ni evidentemente, empleo alguno, han de seguir junto a su familia para afrontar a nueva situación y por las funciones básicas que las familias tienen como la satisfacción de necesidades psicológicas, socialización, económicas, alimentación, protección, generar estructuras, aprendizaje de roles y patrones sociales, etc.

Cabe destacar que un 16% de las mismas residen en el domicilio de sus suegros. Este dato es curioso pues por norma general creemos que en estas situaciones la menor solo recibe apoyo de sus padres y familiares más cercanos como abuelos y tíos. Creando así un núcleo familiar extenso extensa. Debemos plantearnos el por qué de algunas de las menores embarazadas elijen el domicilio de sus suegros para afrontar la gestación y crianza de su hijo.

Dentro del contexto familiar la menor espera recibir lo siguiente:

- Apoyo incondicional de la madre.
- Actitud de aceptación del embarazo.
- Abordaje de temas sobre sexualidad en la familia.
- Comunicación entre los miembros.

- Sentimiento de aceptación entre los miembros.
- Respeto de su opinión.
- Respeto a la privacidad.

**En sexto lugar**, atendiendo al apoyo familiar recibido, sólo un 2% no recibe ningún apoyo. Sin embargo, un 22% tiene el apoyo de sus madres y sólo un 11% del padre. Además, un 16% recibe apoyo de sus suegros.

Estos datos son curiosos a la par que reveladores puesto que por un lado nos tranquiliza que la inmensa mayoría de las menores embarazadas tengan apoyos familiares para hacer frente su embarazo. Por otro lado algo que no resulta tan agradable es conocer que son solo las madres, por norma general, las que apoyan a sus hijas cuando se encuentran en esta situación, pues como reflejan los datos, los padres no suelen estar presentes para apoyar a sus hijas adolescentes cuando están embarazadas. Deberíamos investigar el por qué de este hecho, si es porque los padres se desentienden de las, porque existen conflictos familiares, o si simplemente es la percepción de la menor y no una realidad objetiva.

Otro aspecto importante es el gran apoyo que suponen la figura de los suegros. Debemos conocer porque son ellos los segundos en prestar apoyo a la menor y no otras figuras dentro del grupo familiar de la misma, como podrían ser los abuelos o los tíos.

**En séptimo lugar**, analizando el nivel económico de las unidades de convivencia de las menores embarazadas destacamos que sólo un 33% de las mismas tiene recursos básicos o suficientes, en contraste con un 52% que tiene recursos insuficientes, siendo un 8% las que ni siquiera tiene recursos inexistentes para la manutención de la unidad familiar.

Ante esta situación, tenemos que tener en cuenta la fuerte crisis económica que sufre España y por consiguiente, la comunidad canaria,

**En Octavo lugar**, en lo que se refiere a las condiciones del hogar, un 47% tiene viviendas aptas y un 16% muy aptas. Sin embargo, un 30% tiene viviendas nada o poco aptas para vivir.

Como ya hemos comentado los ingresos familiares se han visto reducidos por la crisis económicas que estamos viviendo, esta puede ser una de las razones por las que los domicilios no están todo lo bien acomodado y equipado que debiese para acoger al recién nacido y la madre adolescente. Por otro lugar, otra razón podría ser que los propietarios del domicilio no vieran necesario modificar o adecuar dicho lugar.

**En noveno lugar**, En lo que se refiere al estado de salud de las entrevistadas, sólo un 16% declaran que tienen problemas de salud. Esto quiere decir que la inmensa mayoría están en perfecto estado de salud, lo que conlleva una buena alimentación, controles periódicos de la gestación, estabilidad emocional y cierta protección familiar y económica. Todo esto hace que la embarazada este en plenas condiciones de salud para hacer frente su gestación.

**En decimo lugar**, De entre esos problemas de salud destacan el consumo de tóxicos, los embarazos de riesgo, los traumatismos por maltrato de la pareja, la infección de orina y los trastornos alimenticios.

Según la OMS, las adolescentes que se quedan embarazadas presentan en muchos casos las siguientes características:

- Cuadros de mala nutrición.
- Una mayor probabilidad de aborto espontáneo.
- Partos prematuros.
- Bajo peso del bebé.
- Niños con más problemas de salud y trastornos del desarrollo.
- Más posibilidades de nacer con malformaciones

Según La Oficina para la Salud de la Mujer en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU (2016), cuando se está embarazada hay que controlar

numeroso aspectos. Y hay que tener en cuenta que si fuma o consume alcohol o drogas, también lo hace el feto.

En primer lugar, se debe dejar de fumar. Si fuma durante el embarazo la nicotina y las sustancias generadoras de cáncer se le pasan al bebé. Fumar también impide que el bebé reciba los nutrientes y aumenta el riesgo de nacimiento sin vida y nacimientos prematuros. No beba alcohol. No se conoce una cantidad de alcohol que sea sana para una mujer embarazada. El alcohol puede causar problemas físicos y de conducta para toda la vida en los niños, inclusive el síndrome de alcoholismo fetal. No consuma drogas ilegales. El consumo de drogas ilegales puede dar como resultado bebés con poco peso, defectos congénitos o síntomas de abstinencia después del nacimiento

En relación a los traumatismos producidos por la pareja de la adolescente embarazada, cabe aclarar que se trata de violencia de género, y evidentemente de violencia física, la cual se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato o agresión que afecte su integridad física.

Los trastornos alimenticios son muy perjudiciales para el bebe en periodo de gestación, pues su desarrollo depende de la alimentación de la madre Y para la misma entrañan trastornos emocionales importantes.

Existen tres tipos principales de trastornos alimenticios: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y sobreingesta compulsiva. Las personas que están afectadas por anorexia literalmente se prohibirán consumir alimentos e irán adelgazando de manera alarmante. Otros síntomas propios de la anorexia incluyen: ejercitarse excesivamente, evitar la comida, y mantener hábitos alimenticios sumamente inusuales. Por otra parte, la bulimia implica darse atracones de comida y luego tratar de expulsar todo lo que ha consumido, tomando purgantes, vomitando o realizando ejercicios de manera excesiva. Los síntomas de la bulimia pueden llegar a ser más difíciles de detectar, ya que las personas que padecen este trastorno alimenticio generalmente conservan su peso normal. Las personas que comen compulsivamente se comportan de manera similar a las personas que padecen bulimia, ya que son incapaces de controlar la cantidad de alimentos que consumen. No obstante, las personas que comen

compulsivamente no toman purgantes o laxantes luego de haberse dado un atracón y - por lo general - se sienten culpables o avergonzadas por sus acciones. Como consecuencia de ello, la mayoría de las personas que comen compulsivamente son obesas o presentan sobrepeso. Las personas que comen compulsivamente se comportan de manera similar a las personas que padecen bulimia, ya que son incapaces de controlar la cantidad de alimentos que consumen.

**En decimoprimer lugar**, respecto al perfil psico-socio-emocional, un 63% tiene un perfil normal para la edad que tiene. Por lo que entendemos que no existe ninguna característica que pueda dar a entender que no conozcan lo que supone un embarazo a su edad, y la nueva situación que deben afrontar.

Sin embargo, según la OMS (2014) las adolescentes tienen ciertas inquietudes tales como:

- Miedo a ser rechazadas socialmente
- Rechazo al bebé
- Problemas con la familia

**En decimosegundo lugar**, cabe destacar que ninguna de las menores embarazadas desea interrumpir su embarazo. Aun no teniendo recursos o no teniendo los suficientes apoyos, por norma general deciden hacer frente a su embarazo.

Tenemos que dejar claro que según la legislación que lo regula, se fijan los 16 años como la mayoría de edad para abortar. Las embarazadas menores de edad tendrán que informar al menos a uno de sus representantes legales (padre, madre o tutor) si toman la decisión de abortar. Sin embargo, no será necesario informar a los progenitores si se alega coacción, situación de violencia familiar, malos tratos, amenazas, o se produzca una situación de desamparo. Esta ley garantiza la interrupción voluntaria del embarazo siempre y cuando se realice por un médico especialista, ya sea en un centro sanitario público o uno privado acreditado.

**En decimotercer lugar,** la inmensa mayoría de las embarazadas adolescentes declara que es su primer embarazo. Sin embargo existen menores que ya han hecho frente a dos, incluso a tres.

Como anteriormente hemos comentado ser madre primeriza y adolescente supone hacer frente a una situación complicada en una etapa bastante compleja de la vida de las mismas. Pues es cuando su desarrollo se centra sobre todo en el plano mental, afectivo y social, produciéndose habitualmente cambios de estado de ánimo y conductas de riesgo.

Respecto al recién nacido, un 77% tienen una salud normal, siendo los que han tenido exitus un 8% y los que tienen problemas intestinales/respiratorios de un 11%.

Como comentamos con anterioridad y según la OMS (2014), cabe destacar la importancia de que la procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo.



## *5. Conclusiones y recomendaciones.*

Respecto a los resultados obtenidos, podemos decir que no existe un patrón definido de embarazos de menores. Sin embargo, el perfil predominante es una menor de diecisiete años que posee los estudios básicos y que ha abandonado su actividad docente. La inmensa mayoría tiene pareja, siempre mayor que ellas, y por norma general de veinte años. La menor reside en el domicilio familiar, el cual es apto para afrontar la gestación y crianza de la criatura. Pero sin embargo las condiciones económicas para el son insuficientes. Y cabe destacar que en la inmensa mayoría solo recibe apoyo de la madre. Con respecto a la menor, presenta buenas condiciones de salud, sus características psicosociales son normales de acuerdo a su edad. Ninguna desea interrumpir su embarazo, que suele ser el primero. En relación al recién nacido, suelen ser criaturas sanas, son ningún problema de salud.

Otro aspecto importante es hacer especial hincapié en la necesidad de conocer cuáles son las causas que dan pie a que existan embarazos adolescentes y, lo que más nos preocupa, en condiciones familiares inestables y condiciones económicas precarias. En lo que respecta a las menores, la mayoría de ellas no presentan un perfil psicológico anormal para la edad que tienen, pues esto nos indica que el problema no está en la menor, sino en las circunstancias que la rodean.

Es importante tener una visión holística de de cuál es la situación de estas menores para poder enfocar nuestros esfuerzos como trabajadores y trabajadoras sociales. Y también hacer hincapié en determinadas acciones y servicios que son de vital relevancia para desarrollar una buena praxis profesional.

Debemos desarrollar nuevas y más efectivas campañas de concienciación de los riesgos que conlleva ser madre adolescentes, de los estilos de vida saludable. También se deben mejorar las pocas campañas informativas que existen sobre la prevención de embarazos en la adolescencia, pues con los resultados obtenidos entendemos que no está llegando de forma efectiva ni eficaz a la población canaria. Con respecto a los entornos familiares, también se debería formas e informar sobre estas situaciones,

pues son los agentes encargados de la socialización primaria y los responsables de inculcar ciertos patrones que los más pequeños aprenden desde pequeños y no son demasiado adecuados.

## 6. Referencias bibliográficas.

1. Alonso, J. (2012). *Diagnóstico de la situación de la juventud en Canarias. Encuesta de Jóvenes de Canarias*. Recuperado de: [http://www.juventudcanaria.com/opencms8/export/sites/juventudcanaria/multimedia/documentos/programas/publicaciones/encuesta\\_jovenes\\_canarias\\_2012/ejc2012\\_diagnostico\\_juventud\\_canarias\\_2012\\_completo\\_13feb.pdf](http://www.juventudcanaria.com/opencms8/export/sites/juventudcanaria/multimedia/documentos/programas/publicaciones/encuesta_jovenes_canarias_2012/ejc2012_diagnostico_juventud_canarias_2012_completo_13feb.pdf)
2. Buil, C., Lete, I., Ros, R., y De Pablo, J.L. (2001). Embarazo en la adolescencia. En I. Lete (coord.), *Manual de salud reproductiva en la adolescencia*. Zaragoza: INO Reproducciones.
3. Castrillo, J., Díez, T., Escaja, M. & García, J. (2013). *Documento de consenso sobre las funciones del profesional del trabajo social sanitario* [versión electrónica]. Recuperado de: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/documento-consenso-funciones-profesional-trabajo-social-san>
4. Colom Masfret D. “ *El Trabajo Social Sanitario Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica.*” Siglo XXI ;2008.
5. Faneite, P., Rivera, C. Faneite, J., Guinand, M. & Delgado, P. (2004). El tabaco, el alcohol, las drogas y el embarazo. *Revista de Obstetricia y Ginecología*, 64 (2). Recuperado de: <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/El-tabaco-el-alcohol-las-drogas-y-el-embarazo>
6. Gobierno de Canarias. (1999). *Plan Integral del Menor en Canarias*. Recuperado de: <http://docplayer.es/10673343-Plan-integral-del-menor-en-canarias.html>
7. Guillén, M. E. (2004). Enfoque resiliente en Trabajo Social y Salud: “Descubriendo factores protectores en adolescentes embarazadas”. *Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 35. Recuperado de: <http://www.margen.org/suscri/margen35/guillen.html>
8. Hernández, M., Moreno, M. & Barata, M. (2012). *Actuación al aborto inducido. Gobierno de Canarias*. Recuperado de: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/ee23ad48-0327-11e3-8241-7543da9dbb8a/ActuacionAbortoInducido.pdf>
9. Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y Alcoholismo. (2016). *Abuso de sustancias durante el embarazo*. Recuperado de: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/pregnancyandsubstanceabuse.html>
10. Ley 1/1997, de 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores. Boletín Oficial de Canarias, 17 de febrero de 1997, núm. 023.

11. Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, 22 de septiembre de 2015, número 227.
12. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, 4 de marzo de 2010, número 55.
13. Maestre, G. (2010). *Tres de cada cuatro menores de edad que se quedan embarazadas abortan*. Recuperado de: <http://web.eldia.es/canarias/2010-12-31/1-Tres-cada-cuatro-menores-edad-quedan-embarazadas-abortan.htm>
14. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (2016). *Prestaciones/Pensiones de Trabajadores. Asistencia Sanitaria*. Recuperado de: [http://www.seg-social.es/Internet\\_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Asistenciasanitaria/index.htm](http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Asistenciasanitaria/index.htm)
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Interrupción voluntaria del embarazo. Datos estadísticos*. Recuperado de: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas\\_figuras.htm](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm)
16. Organización Mundial de la Salud (2014). *El embarazo en la adolescencia*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
17. Ramos, M.J. (2010). *Estilos de vida y salud en la adolescencia*. Recuperado de: <http://www.injuve.es/observatorio/tesis-doctorales/estilos-de-vida-y-salud-en-la-adolescencia>
18. Rol profesional de Trabajo Social en la Atención Primaria de Salud. Gobierno de Canarias. Recuperado de: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=91278956-a2ae-11de-ae50-15aa3b9230b7&idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c>

# Anexos

## 1. Tabla codificada de todos los datos extraídos de las adolescentes.

Participante Nº	año	Edad de la menor	Tiene pareja	Edad de la pareja	Tiene problemas de salud	Problema de salud	Unidad de convivencia	Perfil psico- socio- emocional	Esta escolarizada	Tipos de estudios que posee	Tiene apoyos familiares	De quien recibe apoyo la menor	De quien recibe apoyo la menor?	Recursos económicos de la unidad de convivencia		Desea interromper el embarazo	Condiciones de salud del RN	Nº de embarazos	Relación con el TS de zona
														Condiciones del hogar	de				
1	2015	15	1	18	2	0	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1
2	2015	17	1	19	2	0	1	2	1	2	1	5	4	3	3	2	1	1	1
3	2015	16	1	28	2	0	2	2	1	1	1	2	5	0	3	2	1	1	3
4	2015	16	1	21	1	6	3	2	2	1	1	0	0	1	2	2	3	1	3
5	2015	17	1	19	2	0	4	2	2	1	1	5	4	4	3	2	1	1	2
6	2015	16	1	21	2	0	2	2	1	0	1	5	0	3	3	2	1	1	1
7	2015	15	1	18	2	0	2	4	2	2	1	5	1	3	2	2	1	2	2
8	2015	17	1	0	2	0	4	2	1	2	1	5	4	4	1	2	1	1	3
9	2015	17	0	0	2	0	2	2	2	2	1	5	0	3	3	2	1	1	3
10	2015	17	1	21	2	0	4	2	2	2	1	4	0	4	2	2	1	1	2
11	2015	17	0	0	1	1	2	2	0	0	1	2	5	0	0	2	1	2	3
12	2015	17	0	0	2	0	2	0	1	2	1	2	5	4	3	2	1	1	3
13	2015	17	1	0	1	3	2	1	1	1	1	0	0	1	2	2	2	1	1
14	2015	17	1	17	1	4	2	2	1	1	1	0	0	2	0	2	1	1	1
15	2015	17	1	0	2	0	2	3	2	1	1	4	0	1	2	2	1	2	1
16	2014	17	2	0	2	2	2	3	2	1	1	5	0	3	2	2	1	3	1
17	2014	15	2	0	2	2	2	2	2	1	1	2	5	3	2	2	1	1	3
18	2014	16	1	18	2	2	1	2	2	2	1	4	1	3	2	2	1	1	2
19	2014	17	1	27	2	2	5	2	2	1	1	5	0	3	3	2	0	1	1
20	2014	17	1	18	2	2	2	2	1	3	1	5	4	3	3	2	1	1	1
21	2014	17	1	17	1	5	4	3	2	2	1	4	0	3	2	2	1	1	1
22	2014	17	1	0	2	2	4	1	1	4	1	4	5	2	1	2	1	1	1
23	2014	17	1	0	2	2	2	2	2	2	1	5	0	3	2	2	4	1	3
24	2014	16	1	18	2	2	2	4	2	1	1	5	0	3	2	2	1	1	2
25	2014	17	2	0	1	1	2	2	2	1	1	5	0	2	2	2	1	1	2
26	2013	14	0	0	2	2	2	1	1	2	1	5	2	3	2	2	1	1	2
27	2013	17	1	0	2	2	2	4	2	1	1	5	0	3	2	2	1	1	1
28	2013	17	1	17	2	2	2	2	1	3	1	5	0	2	2	2	1	1	1
29	2013	17	2	0	2	2	2	2	1	2	1	5	2	2	1	2	3	1	1
30	2013	17	1	20	2	2	5	2	2	2	1	5	0	3	4	2	1	1	1
31	2013	17	1	0	2	2	4	4	0	0	1	4	0	4	4	2	1	1	1
32	2013	17	1	20	2	2	2	2	1	1	1	5	0	3	2	2	1	1	1
33	2013	17	1	21	2	2	2	2	1	1	1	5	0	3	4	2	1	1	1
34	2013	15	1	23	2	2	2	2	1	4	1	5	2	4	3	2	2	1	1
35	2013	17	1	19	2	2	2	3	2	4	1	5	0	2	2	2	4	1	3
36	2013	17	1	23	2	2	2	1	2	1	1	5	1	2	2	2	1	1	2

2. Tabla de la codificación establecida para el análisis de los datos.

Edad de la menor:	15---1 16---2 17---3 14---4
Tiene pareja:	Si---1 No---2 No se conoce---0
Edad de la pareja:	No se conoce--- 23---8 20---7 27---6 28---5 21---4 19---3 18---2 17---1
Tiene problemas de salud:	Si---1 No---2
Problema de salud:	Consumo de tóxicos---1 Ninguno---2 Traumatismos por maltratos de su pareja---3 Embarazo de riesgo---4 Infección de orina---5 Trastorno alimenticio---6
Unidad de convivencia:	Alquiler con su pareja---1 Domicilio familiar ---2 Ocupas en una casa abandonada---3 Domicilio de los suegros---4 Piso de la pareja---5
Perfil psico-socio-emocional:	Baja autoestima, miedo, indefensión---1 Normales asociadas a la edad---2 Conflictiva e irritable---3 Madurez por encima de su edad---4
Esta escolarizada:	Sí---1 No---2
Tipos de estudios que posee:	Básicos---1 ESO---2 Bachillerato---3 Ciclo---4
Tiene apoyos familiares:	Sí---1 No---2
De quien recibe apoyo la menor:	Abuela---1 Padre---2 Hermano---3 Suegros---4 Madre---5 Ninguno---0
Condiciones del hogar:	Nada Apta ---1 Poco Apta ---2 Apta---3 Muy apta---4
Recursos económicos de la unidad de convivencia:	Inexistentes---1 Insuficientes---2 Básicos---3 Suficientes---4
Desea interrumpir el embarazo:	Si---1 No---2
Condiciones de salud del RN	Normales---1 Exitus---2 Problemas intestinales---3 Problemas respiratorios---4
Nº de embarazos:	1---1 2---2 3---3
Relación con el TS de zona:	Inexistente---1 Seguimiento---2 Conoce el caso---3

