

Trabajo social y calidad de vida con madres y mujeres gestantes en riesgo de exclusión

M^a José Lozano Lorenzo*
Juan Manuel Vázquez Lago**
Yolanda González Mayo***

Resumen

Las sociedades del siglo XXI dejan evidencias de profundas contradicciones que están afectando a la población mundial. La expansión de nuevas tecnologías y la primacía del principio de mercado llevan a que los más desfavorecidos queden privados de las condiciones mínimas de subsistencia, al tiempo que los más afortunados gozan de un bienestar social enfocado hacia un consumismo sin límite. A la par de estos dos extremos, otro fenómeno emergente surge con fuerza: el tercer sector. Uno de los colectivos de extrema vulnerabilidad son las mujeres gestantes en riesgo de exclusión social. El estrés que sufren por su condición de precariedad económica tiene repercusiones negativas de amplio espectro, tanto en la salud de la madre como posteriormente en la sociedad: los hijos. El abordaje interdisciplinar en este campo supone un avance innovador en el área de la prevención. Se presenta un trabajo de investigación, donde se verifica de manera científica, una vez más, que la intervención social impacta de manera positiva en la calidad de vida de esas mujeres.

Abstract

Societies of this century leave evidence of deep contradictions that are affecting the population. The expansion of new technologies and the primacy of the market principle that the most disadvantaged are deprived of minimum subsistence. Another emerging phenomenon arises with strength: the third sector. One of the extremely vulnerable groups is pregnant women at risk of social exclusion. The stress experienced by their precarious economic condition has wide-ranging negative impact both on the health of the mother and subsequently on society: children. The interdisciplinary approach in this field is an innovative advance in the area of prevention. A research project is presented where the hypothesis that social intervention has a positive impact on the quality of life of these women is verified.

* *Gestión Integrada Pontevedra y el Salnés. Hospital Montecelo (Galicia, España). Correo electrónico: mariajolozano@gmail.com*

** *Unidad Asistencial y Seguridad del paciente del Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela (Galicia, España). Correo electrónico: juan.manuel.vazquez.lago@sergas.es*

Palabras clave/Key words

Tercer sector, exclusión, intervención social, estrés, calidad de vida/Third Sector, exclusion, social intervention, stress, quality of life.

Introducción

La sociedad actual del siglo XXI de Occidente -también llamada por algunos autores “tecnológicamente avanzada” (Habermas, J ,1999)- se caracteriza por dirigirse hacia un sistema dual, donde una parte de la población, pro-sistema, plenamente integrada y con un nivel socio-económico alto, disfrutará en exclusiva del derecho a la ciudadanía social, mientras habrá otra parte -más numerosa cada día en España- que lucha por mantener cubiertas sus necesidades básicas, viéndose privada muchas veces de las oportunidades vitales: trabajo, vivienda, salud, etc. Al igual que las diferencias globales Norte-Sur, las sociedades contemporáneas llevan potencialmente en su seno la escisión ricos-pobres. Concretamente, las clases medias de los países mediterráneos acusan una creciente erosión, que entraña para los ahí encuadrados el riesgo latente de pasar en cualquier momento al ámbito de la marginalidad. Dependerá, en último caso, de que conserven o no su empleo.

Desde el punto de vista sociológico, resulta muy interesante observar cómo el Estado y el Mercado – primero y segundo sectores, (Donati, 1997) - van cambiando a lo largo del tiempo en función de los intereses y de la evolución histórica. También lo hace otra fuerza surgida de la propia ciudadanía: las asociaciones sin ánimo de lucro u organizaciones no gubernamentales, llamadas a ser el Tercer sector.

La constante polémica que genera este movimiento ciudadano, propiciada por sus notorias intervenciones en los más diversos escenarios fomenta suspicacias y da pie a interrogantes justamente motivados, como por ejemplo: ¿por qué se tiene que asociar la población de manera altruista para realizar tareas que competen a los Gobiernos? ¿Está señalando el Tercer Sector a los responsables políticos por “no hacer su parte”? ¿Existiría este Sector si el Estado y el Mercado asumieran sus cargos? ¿Es compatible con un Estado de Derecho que proclama la Igualdad, Libertad, Justicia....? Desde el Trabajo Social también habría muchas cosas que decir, pues sus orígenes partieron de “la buena voluntad” de las personas (Ander Egg, E. 1975), y ahora, durante casi tres siglos de profesión, lejos de desaparecer, las ONGs, son cada día más numerosas. Algunos se llegan a preguntar si constituyen una amenaza profesional que llevará a la extinción del Trabajo Social.

Si bien esas cuestiones son relevantes a la hora de un acercamiento a la materia, nuestro estudio atiende a un hecho no menos importante: el

impacto que generan las situaciones de exclusión en la salud de las mujeres embarazadas en el marco de la intervención social. Al elegir como objeto de investigación un colectivo de mujeres que acuden a una ONG hacemos abstracción de los aludidos aspectos polémicos, cuyo análisis –más propio de la literatura política y sociológica- aplazamos para otra ocasión.

El Trabajo Social es una disciplina que aborda las necesidades del ser humano de una forma global partiendo de la propia idiosincrasia del sujeto motivo de intervención y está a disposición, a su vez, de otras profesiones que necesiten de su aportación científica en la materia. Utiliza el método científico y una metodología adaptada a los individuos y el medio social para conseguir su objetivo propio, lograr el máximo desarrollo de las capacidades humanas y de la sociedad en que dicho colectivo sea posible (Ituarte, 1992).

A partir de estas premisas, focalizamos nuestro trabajo en un grupo de mujeres gestantes sin medios suficientes de subsistencia. En condiciones precarias, ser madre no es fácil. Aún con todo, la vida empuja a la vida y las personas continúan inexorablemente el ciclo vital, es decir, se siguen teniendo hijos más allá de que los gobiernos distribuyan mal los recursos, exista una desafección política o concurran cualesquiera otras circunstancias.

El tratamiento psicosocial de una mujer embarazada comprende medidas preventivas en una escala de gran amplitud, pero cuando esa misma mujer presenta factores de riesgo social (falta de recursos económicos, apoyo familiar, vivienda, etc.), el nivel de la intervención da un salto cualitativo, ya que no sólo se atiende a la madre, sino, de manera indirecta, al niño gestado y a los otros miembros de la unidad familiar. Esta intervención beneficia incluso a toda la sociedad, pues aquellos factores, no tratados como corresponde, se convertirán fácilmente en problemas sociales (familias desestructuradas, fracaso escolar, delincuencia juvenil, violencia, etc.) a medio o a largo plazo.

Al margen del concreto entorno social de la mujer gestante, es lo cierto que el hecho de pro-crear ocasiona a esta cambios hormonales que afectan directamente a toda su fisiología y la sitúa en una situación de cierta vulnerabilidad. Por citar algunos ejemplos, hay cambios en la homeostasis del agua corporal (aumenta dos litros), variaciones cardiovasculares (el gasto cardíaco aumenta de un 30% a un 50%), así como respiratorias, gastrointestinales, en las vías urinarias, etc. Y todo ello afecta directamente en su calidad de vida (Hill, 2008).

Si a estas variables físicas y psíquicas se añaden contingencias y circunstancias personales de carencia afectiva, económica y de apoyo social, se producirá un nivel de estrés, cuyas repercusiones en el feto, como apunta Vivette Glover, traerán problemas.

La relación Trabajo Social – Salud es reflejo de la interacción del ser humano con el medio dónde vive. Por poner algunos ejemplos, circunstancias como el hacinamiento en determinado medio, la falta de higiene en la vivienda, una familia desestructurada, en situación de violencia o con enfermedad crónica alguno de sus miembros, repercuten directamente en la salud emocional, mental y/o física de las personas que forman ese grupo social. Y a la inversa: una persona enferma o con poca salud tendrá peor pronóstico clínico si su medio es inadecuado o no existen recursos económicos para afrontar los gastos de la enfermedad (Ituarte, 1992).

Por otro lado, la influencia del estrés crónico en los diferentes momentos evolutivos del ser humano (desde su vida uterina, luego como bebé, y en su desarrollo infantil hasta la adultez), ha sido y es objeto de atención de numerosos investigadores. Entre ellos destaca Vivette Glover, psicobióloga del Imperial College de Londres, quien sostiene la necesidad de dedicar recursos económicos y sociales para la protección de la mujer embarazada habida cuenta de la influencia de estos cuidados (emocionales, sociales y no sólo físicos) en la prevención de patologías en el bebé y futuro adulto (Punset, 2008). Los estudios de esta autora al frente de su equipo de investigación demuestran que las mujeres con más nivel de ansiedad reducen el flujo sanguíneo que llega al bebé; que a mayor presencia de cortisol (la hormona del estrés) en el líquido amniótico (el que rodea al feto) menor coeficiente intelectual del futuro niño; que niveles altos de cortisol en la matriz afectan al cerebro y posterior aprendizaje del niño; que si una madre está ansiosa su nivel de cortisol aumenta y llega a placenta. Para sintetizarlo en una frase: el bebé recibe todo lo bueno que necesita para vivir y también todo lo malo.

Igualmente, el prestigioso científico Robert Sapolsky, experto en Antropología biológica, ha llegado a conclusiones decisivas con respecto a la influencia del estrés en los individuos. Otros estudios refieren que el estrés social tiene efectos importantes sobre el comportamiento y la salud, especialmente sobre la integridad estructural y funcional cerebral (Valencia – Alfonso, 2004).

La relación existente entre los factores de riesgo social y la salud no significa que toda persona en tales condiciones desarrolle necesariamente una enfermedad, ni que la ausencia de estos factores se la evite. Lo que multitud de estudios neurológicos aseguran es que el estrés crónico derivado de un medio hostil repercute nocivamente en el individuo e, inversamente, que un medio adecuado aumenta las probabilidades de bienestar. Como afirman algunos investigadores, el estrés social provoca alteraciones importantes en el sistema nervioso de los individuos expuestos en forma de trastornos variables del comportamiento y de las habilidades cognitivas; sin embargo, no siempre resultan efectos adversos todos los ambientes naturales, ya que las

comunidades equilibradas brindan apoyo, protección y numerosas ventajas a los individuos (Valencia –Alfonso, 2004).

Este hincapié en los efectos perniciosos del estrés derivado de un medio social que priva de oportunidades de vida dignas a los individuos nos remite a un punto clave de la materia que nos ocupa: la prevención en el Trabajo Social. Uno de los máximos tratadistas en este campo, el norteamericano Milton Wittman, señaló que una sociedad prudente debe aplicar el conocimiento sobre la conducta humana y los bienes sociales para desarrollar pautas sociales humanas y crear mecanismos que finalmente eviten la aparición de problemas (Wittman, 1977). El mismo autor entiende el Trabajo Social Preventivo como un esfuerzo organizado y sistemático para aplicar el conocimiento de la salud y la patología social de forma que favorezca y conserve la salud social y mental de las personas, las familias y las comunidades (Wittman, 1977).

Por nuestra parte, consideramos prioritaria la intervención en el colectivo de mujeres embarazadas en situación de riesgo social en aras de evitar extremos patológicos indeseables para ellas mismas, sus familias y el conjunto de la sociedad.

Metodología

Este trabajo se llevó a cabo con las mujeres que acuden a la Asociación sin ánimo de lucro, AYUVI, desde el 15 de marzo al 15 de septiembre de 2013, en Vigo, Galicia, noroeste de España.

Características del estudio:

Se trata de un estudio piloto y preliminar de seguimiento prospectivo de un grupo de mujeres mediante un diseño cuasiexperimental y un análisis antes-después para establecer hasta qué punto la intervención psicosocial mejora la calidad de vida relacionada con la salud de las participantes.

Participantes:

Todas las mujeres estudiadas cumplían los criterios de inclusión definidos.

Estos criterios fueron los siguientes:

- 1) Tener al menos 18 años de edad.
- 2) Que acudían libremente a la Asociación AYUVI por primera vez.
- 3) Con hijos menores de 3 años y/o embarazadas en el momento del reclutamiento.
- 4) En condiciones precarias y sin medios económicos.
- 5) Que aceptaron participar con la firma de su consentimiento informado.

Fueron excluidas aquellas mujeres

- 1) Menores de 18 años.
- 2) Con dificultades para comprender el propósito del estudio.
- 3) Dificultades con el idioma.
- 4) Que rehusaron firmar el consentimiento informado.

La intervención social cumplió los siguientes requisitos definidos por F. Santova para este tipo de actividad: 1) que se realice de una manera formal u organizada; 2) intentando responder a necesidades sociales, 3) incidiendo de manera importante en la interacción de las personas, de manera que se logre una contribución identificable y significativa con el ajuste entre autonomía personal e integración comunitaria, y 4) aspirando a una legitimación pública o social (Santova, 2007).

La metodología utilizada en la intervención psicosocial con este grupo de mujeres se engloba en el marco del Trabajo Social Individualizado o de Casos (Northen, 1995), el familiar, el grupal y también el Trabajo Social Comunitario.

El protocolo de actuación comenzaba cuando la madre acudía a AYUVI. En todos los casos se solicitó y se contó con su consentimiento. Este protocolo de actuación, desde el punto de vista interprofesional, consta de la participación del ginecólogo, la matrona, el psicólogo y la coach prenatal. Los cuatro componen la primera atención a la mujer embarazada. Cada uno ofrece un importante abordaje de la mujer a nivel físico, mental, emocional y transpersonal. En la primera entrevista con estos profesionales la madre gestante encuentra un espacio de acogida, y es ahí dónde puede expresar sus miedos, temores, preocupaciones, necesidades, etc. Las Trabajadoras Sociales recogen todos los datos, los comprueban, y en seguida ofrecen a la madre las ayudas básicas urgentes –por lo común, alimentos y ropa- para continuar luego su labor adaptada a cada supuesto individual, que puede incluir la derivación a los otros profesionales.

En esta intervención no sólo se atienden las necesidades básicas y urgentes de estas mujeres, sino que se estimulan sus habilidades y competencias a través de la formación para favorecer su integración social y laboral. Las Trabajadoras Sociales, así mismo, realizan un acompañamiento profesional en cuanto a la salud y desde el punto de vista social, psicológico y jurídico, y las apoyan en la crianza de los niños hasta los tres años de edad.

Seguimiento:

Las mujeres acuden de manera periódica a AYUVI, y esto da la oportunidad para realizar una evaluación continuada, consistente en la supervisión de

sus condiciones de vida mediante entrevistas y el empleo de indicadores de control, estadillos donde aquellas han de señalar las asistencias a cursos y clases de alfabetización, formación u otras, las visitas a los profesionales, las comparecencias en la oficina de colocación, etc.

Definición de variables e instrumentos de recogida de datos

El principal objetivo del presente estudio es valorar cómo la intervención psicosocial repercute de manera positiva en la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres participantes. Para ello se realizó una recogida de datos combinando dos metodologías, una cualitativa: la entrevista cerrada mediante un cuestionario; y otra cuantitativa: la escala de medición de calidad de vida relacionada con la salud, SF-12.

Se definió como presencia de factores de riesgo sociales aquellas características o cualidades de una persona o grupo que con alta probabilidad pueden desembocar en daños para la salud y/o problemas psico-sociales.

Algunos de estos factores son:

- Bajos o nulos ingresos económicos
- Embarazos accidentales traumatizantes
- Convivencia conflictiva en el núcleo familiar
- Padres con bajo coeficiente intelectual
- Enfermedades graves, alcoholismo, drogadicción de algún miembro familiar
- Madres adolescentes
- Sospecha de malos tratos en el núcleo familiar, etc.

La entrevista recoge la información sobre la situación socio-familiar a través de ocho ítems: país de origen; tiempo que lleva en España; edad; estado civil; número de hijos; persona con quien convive; situación laboral, y mes de gestación.

La calidad de vida relacionada con la salud fue estimada mediante el cuestionario SF-12, llevado a efecto antes de la intervención psicosocial y dos meses después. El término "calidad de vida relacionada con la salud" pretende valorar aspectos de la salud que no son estrictamente clínicos, sino relacionados con la vida diaria de la persona y desde el punto de vista subjetivo de la mujer. Con tal objetivo, el cuestionario citado valora ocho dimensiones o subescalas de la calidad de vida: función física; rol físico; dolor corporal; salud general; vitalidad; función social; rol emocional, y salud mental.

La función física, el rol físico y el dolor corporal reflejan el componente físico de la salud (*Componente Sumarial Físico* -CSF-). La función social, el rol emocional y la salud mental recogen los aspectos psicosociales (*Componente*

Sumarial Mental -CSM-), los cuales, junto con la vitalidad y la salud general, dan una idea global de la salud subjetiva que se asocia tanto a los aspectos físicos como a los mentales, que se corresponden con el índice sumarial del componente físico y mental (*The International Clasification of Headache Disorders*, 2004). El mencionado cuestionario es una forma abreviada del SF-36. En España, ha sido validado por autores tales como Gemma Vilagut, José María Valderas, Montserrat Ferrer y otros (2008). Este grupo encontró que los componentes sumarios físico y mental calculados con pacientes españoles son fiables y válidos (Lozano, 2010). Las puntuaciones para cada dimensión oscilan de 0 a 100, de forma que las puntuaciones más altas reflejan mejor calidad de vida relacionada con la salud. Se utilizó como puntuación de referencia el valor de 50.

Estudio estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables estudiadas en la muestra. Las variables discretas se midieron como número (n) y porcentaje (%), y las variables cuantitativas en términos de media y desviación típica. Se evaluó la normalidad de las variables estudiadas mediante el test *Kolmogorow-Smirnoff*.

Para las comparaciones de las puntuaciones obtenidas mediante el cuestionario *SF-12 del CSF* y *CSM* antes-después de la intervención se utilizó el test *t-Student* para muestras pareadas cuando la variable seguía distribución normal y test de la suma de rangos de *Wilcoxon* si no seguía distribución normal. Las variables continuas se categorizaron en dos grupos en función del valor de la mediana.

Para la comparación de la diferencia antes-después entre diferentes grupos se utilizó el test *t-Student* para muestras independientes (cuando se comparaban dos grupos) o el test ANOVA de un factor (cuando se comparaban más de dos grupos) si la variable seguía distribución normal, y el test de *Mann-Withney* para datos no apareados, o la variación de *Cuzick* de la suma de rangos de *Wilcoxon* cuando la variable no seguía distribución normal. Se consideraron como significativos aquellos valores $p < 0,05$.

Los datos se analizaron con el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences SPSS v15.

Resultados

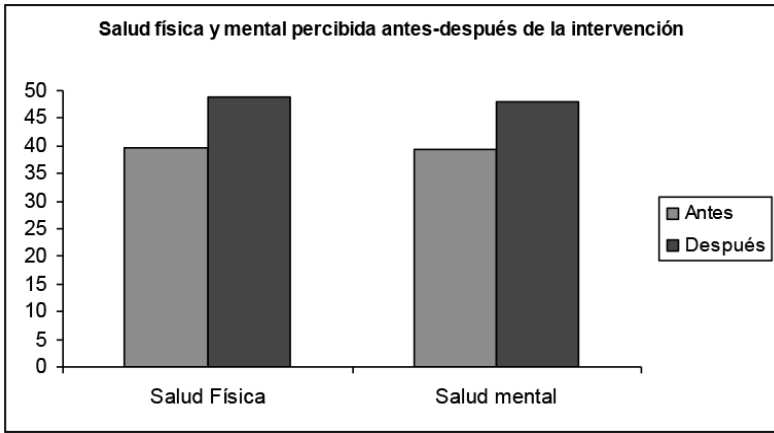
Se estudiaron a 38 mujeres, todas embarazadas y/o con niños menores de tres años y con claros factores de riesgo social. Su media de edad fue de $29,45 \pm 7,59$ años. Las características sociodemográficas de la muestra se muestran en la tabla 1.

Tabla 1
Características sociodemográficas de la muestra

Características sociodemográficas de la muestra			
		n	%
Idioma	Español	31	81,58
	Otros	7	18,42
País de procedencia	España	8	21,05
	Portugal	1	2,63
	Brasil	3	7,89
	Guatemala	1	2,63
	Cuba	3	7,89
	R. Dominicana	3	7,89
	Bolivia	4	10,5
	Colombia	1	2,63
	Perú	4	10,52
	Honduras	1	2,63
	Uruguay	1	2,63
	Nigeria	2	5,26
	Rumania	2	5,26
	Argelia	1	2,63
Marruecos	3	7,89	
Estudios	no	9	23,68
	primaria	19	50
	secundaria	5	13,15
	universitarios	5	13,15
Ocupación	Desempleada	30	78,95
	Cuidadora niños	4	10,53
	Hostelería-camarera	2	5,26
	Estudiante	2	5,26
Hijos	0	12	31,58
	1	13	34,21
	2	6	15,79
	3	6	15,79
	4	1	2,63
Convivencia	Sola	15	39,47
	Con padres	3	7,89
	Con pareja	15	39,47
	Con esposo	5	13,16
Tiempo residiendo en España*		5,25	4,04
Mes de gestación*		5,81	2,34
Edad*		29,45	7,59
		* media dt	

La salud física percibida asciende de 39,77±8,45 -antes de la intervención- a 48,98±7,48 -después de la intervención- ($p < 0,01$), y la salud mental percibida pasa de 39,47±10,8 a 47,98±9,2 ($p < 0,01$), respectivamente. Ver gráf. 1.

Gráfico 1



En la gráf. 2 podemos observar aquellas características que parecen mostrar un mayor cambio en las puntuaciones medias obtenidas en la salud física percibida antes y después de la intervención ($p < 0,05$). Las que mayor diferencia mostraron fueron las mujeres que tenían 3 o más hijos, cuya salud física percibida ascendió de 36,47 a 51,46; las mujeres sin estudios pasaron de un valor de 33 a 47,06, y las que presentaban un embarazo de 7 o más meses, de 35,78 a 49,75 (gráf. 3).

Gráfico 2

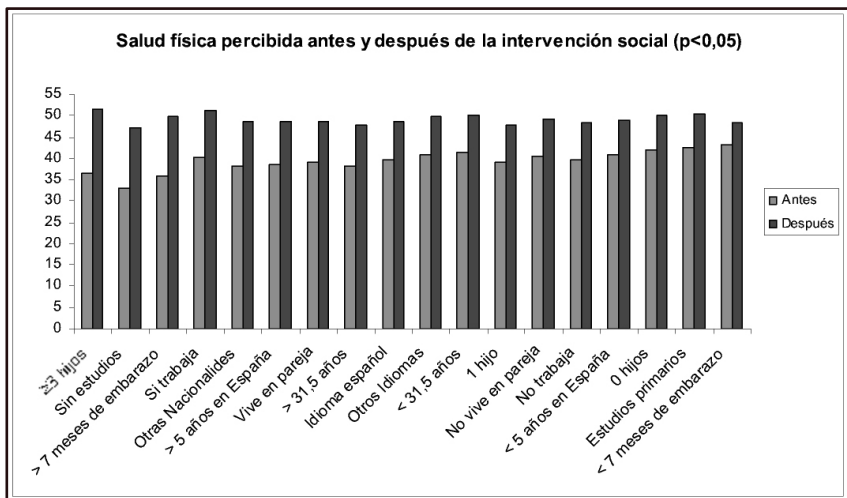
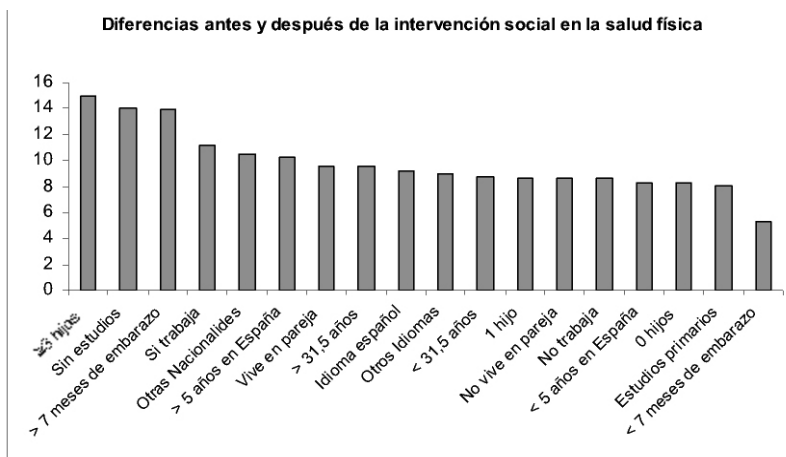


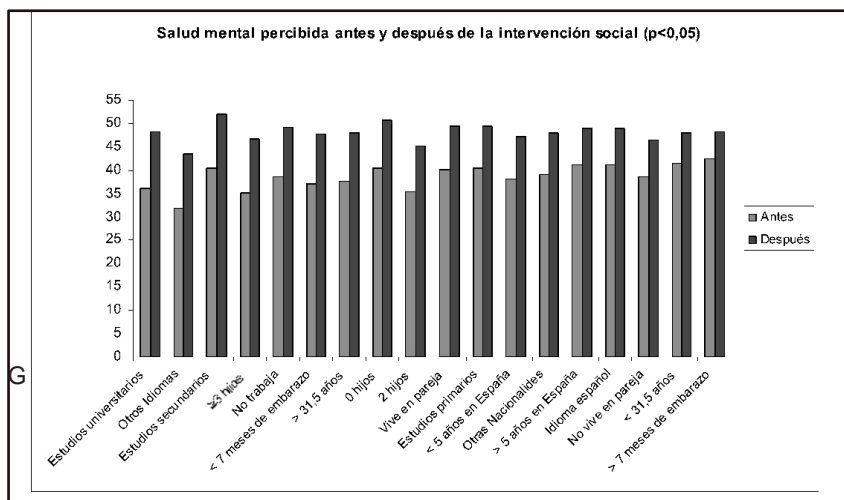
Gráfico 3



Además, en el grupo de mujeres que presentaban estas características: cero hijos; ≥3 hijos; con trabajo; <31,5 años, y estudios primarios, la salud física percibida ascendió de <50 a >50 valores después de la intervención, si bien el valor de la salud física de todas ellas percibida después de la intervención estuvo muy próximo a ese último valor (rango= 47,06 ; 51,46).

Si nos centramos en la salud mental percibida, en los gráf. 4 y 5, observamos que fue el grupo de mujeres con estudios universitarios el que mostró la mayor diferencia, pasando de un valor de 36,26 a 48,20; las mujeres que hablaban idiomas diferentes al español pasaron de un valor de 31,79 a 43,57; las que tenían estudios secundarios de 40,46 a 51,98.

Gráfico 4



Además, las mujeres que presentaban las características: cero hijos y estudios secundarios, su salud mental percibida pasó de <50 valores antes de la intervención a >50 valores después de la intervención. La salud mental percibida presenta un rango mayor que la salud física, estando los valores más alejados del valor... (rango= 43,57; 51,98).

En las tablas 2 y 3 se pueden observar los valores alcanzados de los CSF y CSM del cuestionario SF-12.

Tabla 2

Mejoría en el estado físico de las pacientes antes y después de la intervención, y asociación de la misma con las distintas variables recogidas

		n	%	Antes físico		Después físico		Diferencia físico		Antes-después	Asociación con variables	Tendencia
				Media	DE	Media	DE	Media	DE	pvalor(1)	p valor(2)	p valor(3)
Total		38	100	39,77	8,45	48,92	7,48	-9,15	10,81	<0,01		
Idioma	Español	31	81,58	39,52	8,75	48,70	7,26	-9,18	11,34	<0,01		
	Otros	7	18,42	40,90	7,47	49,89	8,99	-8,99	8,81	0,036	0,966	
Nacionalidad	Española	8	21,05	46,14	5,64	50,41	6,96	-4,28	11,41	0,324		
	Otras	30	78,95	38,07	8,32	48,52	7,68	-10,45	10,46	<0,01	0,154	
Edad	< 31,5 años	19	50,00	41,42	7,29	50,18	7,51	-8,76	7,54	<0,01		
	> 31,5 años	19	50,00	38,13	9,37	47,66	7,45	-9,53	13,53	<0,01	0,830	
Estudios	no	9	23,70	33	9,49	47,06	9,04	-14,06	10,68	<0,01		
	primaria	19	50,00	42,43	7,23	50,45	6,47	-8,03	9,35	<0,01		
	secundaria	5	13,15	40,26	9,13	45,98	11,03	-5,72	17,76	0,511		
	universitarios	5	13,15	41,38	4,61	49,38	3,86	-8,00	8,25	0,096		0,470
Trabaja	si	8	21,05	40,21	9,39	51,35	9,11	-11,14	11,08	0,025	0,565	
	0	12	31,58	41,94	8,34	50,20	6,65	-8,26	9,42	0,011		
Hijos	1	13	34,21	39,12	8,71	47,79	8,70	-8,68	10,54	0,012		
	2	6	15,79	40,70	8,40	45,83	8,00	-5,13	14,16	0,415		
	≥3	7	18,42	36,47	8,86	51,46	6,04	-14,99	10,54	<0,01		0,409
Vive con pareja	no	18	47,37	40,66	7,16	49,31	7,21	-8,64	9,41	<0,01		
	si	20	52,63	38,97	9,58	48,57	7,89	-9,60	12,17	<0,01	0,790	
Tiempo residiendo en España	< 5 años	22	57,89	40,75	9,01	49,06	7,33	-8,31	10,52	<0,01		
	> 5 años	16	42,11	38,42	7,69	48,72	7,93	-10,30	11,45	<0,01	0,582	
Mes de gestación	< 7 meses	21	55,26	43,00	6,06	48,25	7,49	-5,25	10,21	0,029		
	> 7 meses	17	44,74	35,78	9,42	49,75	7,62	-13,96	9,76	<0,01	0,012	

Tabla 3
Mejoría en el estado mental de las pacientes antes y después de la intervención, y asociación de la misma con las distintas variables recogidas

		n	%	Antes_mental		Después_mental		Diferencia mental		Antes-despues	Asociacion con variables	Tendencia
				Media	DE	Media	DE	Media	DE	pvalor(1)	p valor(2)	p valor(3)
Total		38	100	39,47	10,80	47,98	9,20	-8,51	9,76	<0,01		
Idioma	Español	31	81,58	41,20	10,90	48,98	8,66	-7,77	9,79	<0,01	0,333	
	Otros	7	18,42	31,79	6,36	43,57	10,90	-11,79	9,63	0,018		
Nacionalidad	Española	8	21,05	40,64	12,93	47,95	11,26	-7,31	11,86	0,125	0,701	
	Otras	30	78,95	39,16	10,39	47,99	8,79	-8,83	9,34	<0,01		
Edad	< 31,5 años	19	50,00	41,33	12,79	47,88	10,18	-6,55	10,12	0,011	0,220	
	> 31,5 años	19	50,00	37,61	8,29	48,08	8,38	-10,47	9,24	<0,01		
Estudios	no	9	23,70	38,72	14,10	42,52	9,41	-3,80	11,09	0,334	0,367	
	primaria	19	50,00	40,41	11,41	49,46	9,52	-9,05	10,33	<0,01		
	secundaria	5	13,15	40,46	3,28	51,98	5,58	-11,52	6,66	0,018		
	universitarios	5	13,15	36,26	8,01	48,20	8,29	-11,94	5,81	0,010		
Trabaja	no	30	78,95	38,63	10,34	49,32	8,58	-10,69	8,34	<0,01	<0,01	
	si	8	21,05	42,60	12,61	42,96	10,27	-0,36	10,91	0,928		
Hijos	0	12	31,58	40,53	11,04	50,83	6,99	-10,31	11,83	0,012	0,359	
	1	13	34,21	42,67	9,90	47,25	10,47	-4,58	7,75	0,054		
	2	6	15,79	35,32	12,24	45,27	12,57	-9,95	7,56	0,023		
	≥3	7	18,42	35,27	10,59	46,77	7,37	-11,50	10,52	0,028		
Vive con pareja	no	18	47,37	38,76	11,82	46,45	9,06	-7,69	10,51	<0,01	0,630	
	si	20	52,63	40,11	10,06	49,36	9,33	-9,25	9,25	<0,01		
Tiempo residiendo en España	< 5 años	22	57,89	38,25	11,36	47,29	8,96	-9,04	10,64	<0,01	0,704	
	> 5 años	16	42,11	41,14	10,09	48,94	9,72	-7,79	8,69	<0,01		
Mes de gestación	< 7 meses	21	55,26	37,11	10,75	47,70	10,13	-10,60	9,49	<0,01	0,146	
	> 7 meses	17	44,74	42,38	10,44	48,32	8,20	-5,94	9,75	0,023		

Discusión

Una vez más -en este caso, al estudiar una población de mujeres gestantes en situación de riesgo- se ha hecho patente la relación entre la calidad de vida y la intervención social. Como apuntamos al comienzo del texto, la atención a la mujer embarazada incluye su mundo físico al lado de sus otros mundos -familiar, relacional, emocional, económico, social...-. Afortunadamente, se ha comenzado a incluir el abordaje psicosocial en los embarazos gracias a las investigaciones sobre el estrés de la madre transmitido desde la placenta al futuro bebé.

Por razones obvias, las mujeres que acuden a AYUVI soportan una excesiva cantidad de cortisol (la hormona segregada en situaciones estresantes) que, en caso de gestación, es detectada por el feto. Sin embargo, conforme se fue prolongando su estancia en la asociación, se ha observado que estas mujeres fueron capaces de realizar por sí mismas cambios positivos en el manejo de su vida. Se observó, a la vez, una clara mejoría de su estado de ánimo que revirtió en una mayor participación en las actividades de su entorno, en una mejor comunicación con las demás mujeres y en la creación, entre todas, de una red social de apoyo, a modo de cadena de madres gestantes donde las primeras que llegan se convierten para las siguientes en

una referencia importante por el simple hecho de haber llevado el embarazo a término, con su familia y en condiciones precarias.

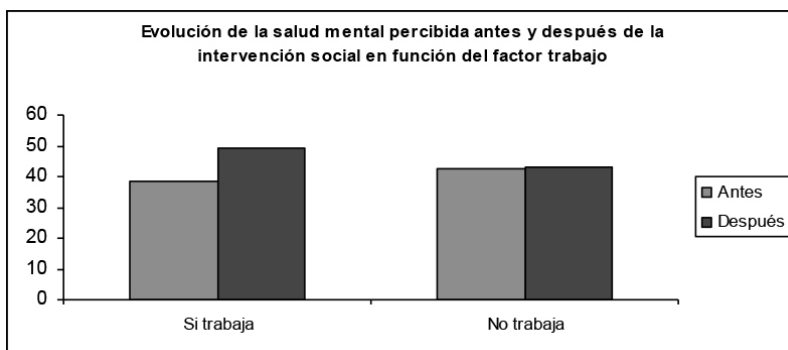
Este estudio verifica estadísticamente que la intervención social influye de manera positiva en la calidad de vida. En efecto, al darse valores por debajo de 0,05, los datos son significativos y debe rechazarse la hipótesis nula de la independencia de variables.

Otro de los resultados obtenidos en esta investigación es que el hecho de vivir en pareja lleva asociado un incremento de la salud física percibida y de la salud mental, pasando de valores de <50 antes de la intervención social a prácticamente valores de >50 después, lo que parece indicar que el apoyo emocional que genera la pareja en las mujeres gestantes repercute positivamente en la calidad de vida relacionada con la salud, con valores por encima de la media española.

Así mismo, parece que la intervención social tiene mayor efecto en la salud mental percibida de las mujeres con estudios avanzados (secundarios y universitarios), mientras que la salud física percibida tiene mayor efecto en las mujeres con estudios básicos. Puede ello ser debido a que, al gozar las primeras de mayor comprensión verbal, tienen más facilidad para integrar los conceptos transmitidos por los profesionales de AYUVI y de obtengan así un bienestar psíquico. Las gestantes con menos estudios tienen, quizás, menor comprensión verbal y mayor dificultad para afrontar sus problemas, que acaban somatizándose en dolencias físicas. Esto explica que sea el nivel físico el primero en lograr una mejoría derivada de la ayuda profesional.

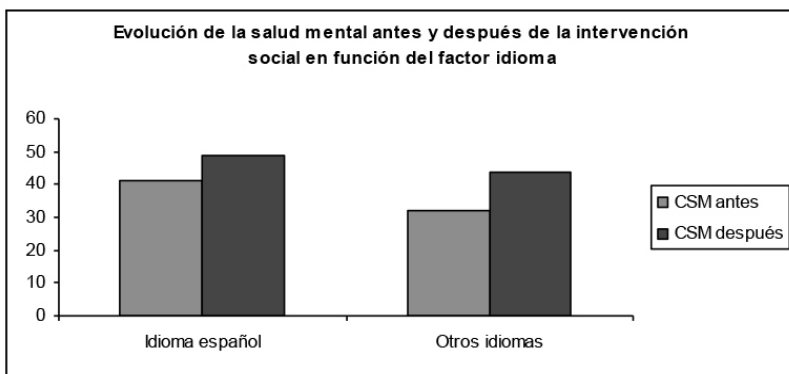
Con respecto a la variable “tener un trabajo o estar desempleadas”, tal y como se ve en la gráfica 6, la intervención social tiene mayores efectos en la salud mental de las mujeres que trabajan. Algo lógico, ya que el factor económico, al igual que los anteriores, crea una sinergia importante a la hora de incrementar su calidad de vida.

Gráfico 6



También el factor idioma modula los efectos de la intervención social. Todas las mujeres, tanto las de habla hispana como las que no, perciben las diferencias en la salud mental antes y después de la intervención. Ahora bien, como se muestra en la gráfica 7, la diferencia es mayor en las personas que no hablan español, ya que, a medida que desaparece la barrera de comunicación idiomática, se sienten más seguras, aumenta su autoestima y confían más en ella mismas, en beneficio todo ello de su salud psíquica, cuya mejoría es notable.

Gráfico 7



Resumiendo, los factores “tener pareja”, “tener estudios”, “tener un empleo” y “hablar español”, parece que influyen directamente en los resultados de la intervención social y son decisivos para una mejora de la calidad de vida de estas mujeres.

Después de este breve recorrido, es interesante hacer un ejercicio de comparación entre las cadenas que podrían existir en el caso de no haber intervención social con las mujeres gestantes en riesgo y si tal intervención existe y se produce a tiempo. Como veremos, la diferencia entre ambas es sustancial:

Cadena sin intervención

Madres embarazadas en situación de riesgo social (carencias económicas, sociales, afectivas, etc.) → riesgo de estrés y ansiedad → riesgo de segregar elevados niveles de cortisol → riesgo de que el cortisol a través de la placenta le afecte al bebé → riesgo de que nazca el niño con problemas físicos, psíquicos y de aprendizaje → riesgo de salud y de fracaso social en la infancia → riesgo de drogadicción, delincuencia o cualquier desviación psicosocial en la adolescencia → riesgo de agresividad en el adulto con

múltiples daños sociales → riesgo de deterioro del sistema de bienestar con gastos multiplicados por la atención asistencial a estas consecuencias.

Cadena con intervención social

Madres embarazadas en situación de riesgo social (carencias económicas, sociales, afectivas, etc.) → INTERVENCIÓN SOCIAL (abordaje global: ayudas económicas esenciales → apoyo psicosocial → asesoramiento jurídico → abordaje psicológico → coaching prenatal → promoción profesional → asesoramiento laboral, etc.) → escaso o nulo riesgo de segregar elevado nivel de cortisol → escaso o nulo riesgo de que afecte al niño a través de la placenta → altas probabilidades de que nazca sano → altas probabilidades de que el niño, el adolescente y el adulto no tengan desviaciones psicosociales que dañen al conjunto de la sociedad.

Obviamente, con la intervención social en la mujer embarazada de riesgo no desaparecerán los problemas sociales, pues éstos dependen de un complejo dinámico de factores en recíproca conexión. Dos ideas que queremos resaltar a la vista de los anteriores esquemas son la importancia de la prevención para evitar resultados adversos y la responsabilidad de la sociedad entera en el hecho de la gestación, pues que una mujer geste un nuevo ser concierne a los cuatro sectores que define Donati: Estado, Mercado, Asociaciones sin ánimo de lucro, familia y redes primarias relacionales. Los hijos de las madres gestantes son después de la sociedad.

El camino es largo, pero a la vista de estos resultados se confía en que los profesionales sociales y de salud se participen de manera proactiva en la consecución del bienestar global.

El Trabajo Social individual, centrandolo su atención en el empoderamiento, aspira a recuperar el derecho a la ciudadanía de un grupo, el de las mujeres gestantes en riesgo de exclusión, que llegan a ser consideradas por el resto de la sociedad y muchas veces por ellas mismas como un sector cautivo, privado de libertades y condiciones sociales dignas. A tratar de romper este esquema tienden las investigaciones llevadas a cabo por Vivette Glover y otros científicos que han abierto un nuevo paradigma de abordaje médico y social en el Trabajo Social. Y, en esta perspectiva, hemos pretendido nosotros hacer una aportación más a todas las disciplinas vinculadas a la prevención y mejora calidad de vida de las mujeres gestantes.

Conclusiones e implicaciones:

Con este estudio piloto sobre una muestra heterogénea de 32 mujeres de características muy especiales intentamos poner de relieve que una intervención psicosocial multidisciplinar y protocolizada puede mejorar la calidad de vida percibida relacionada con la salud y aliviar la situación social en que aquellas se encuentran. En las tablas 2 y 3 podemos observar que existen diferencias significativas antes y después de la intervención, lo que sugiere -a pesar del reducido tamaño de la muestra- la existencia de un efecto de dicha intervención sobre este grupo de mujeres, y que este efecto es positivo. Sin embargo, no existen diferencias significativas al tratar de establecer el efecto que ejercen las propias características de las mujeres, por lo que no se pueden establecer una asociación entre determinadas variables y mejor calidad de vida percibida. Para llegar a alguna conclusión a este respecto, necesitamos incrementar el tamaño de la muestra. Actualmente proseguimos con el proyecto para poder analizar dicha información.

Queremos agradecer a la Directora de la Asociación sin ánimo de lucro, AYUVI, de Vigo (Galicia, España) Rosa Castromil Vázquez, por haber permitido que este estudio se realizara y a la Coordinadora de Trabajo Social de dicha Asociación, Elena Burbano De Lara Truque, por su colaboración activa con nuestro proyecto. Se lo dedicamos a todas las mujeres que acuden a AYUVI buscando ayuda. Su actitud de superación ante la adversidad constituye nuestro más valioso estímulo.

Bibliografía

Ander Egg, Ezequiel y otros (1975). *Del ajuste a la transformación: apuntes para una historia del Trabajo Social*. Buenos Aires. ECR

Applegate, Jeffrey y Janet Shapiro (2005). *Neurobiology for Clinical Social Work: Theory and Practise*. Boston: Norton W.W.

Baer y Federico (1978). *Educating the Baccalaureate Social Worker*. Pág 61
Cambridge, MA Ballinger Publishing.

Cooper, Marlene y Joan Granucci (2008). *Clinical Social Work Practise*. Boston: Pearson Educative.

Dilts, Roberts (2008). "Creación de modelos con PNL". Barcelona: Urano.

Danura, J. H y J.E Morgan (1990). "Psychosocial effects on immune function : neuroendocrine pathways". *Psychosomatics*, núm 31, pp. 4-12.

Donati, Pier Paolo (1997). La crisis del Estado Social y la emergencia del tercer sector : hacia una nueva configuración relacional Madrid. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales nº 5*

Fantova, F (2007). Repensando la intervención social. *Revista Documentación Social nº 147* pp183-198

Fischer, J (1978). *Effective Casework Practise*, Nueva York, McGraw-Hill.

Habermas, J (1999). *Teoría de la acción comunicativa*. Barcelona: Taurus

Hellinger, Bert. (2006). *Los órdenes de la ayuda*. Buenos Aires: Alma Lépik.

Hill, C y Pickinpaugh, J. Surg Clin (2008). *N Am* 88 Pág. 391-401

Ituarte, Amaya (1992). *Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico*. Madrid: Siglo XXI

Lozano Lorenzo, M. J. (2010). Trabajo Social Clínico. Modelo de prevención y desarrollo social. *Revista Perspectivas Sociales*. Vol.12 nº2 págs 69-109
Facultad de Trabajo Social, UANL y University of Tennessee

Northen Helen (1995). *Clinical Social Work*. Knowledge and Skills. New York: Columbia University Press

O'Donnell, K., O'Connor, T.G, Glover, V. (2009). Prenatal stress and neurodevelopment of the child: focus on the HPA axis and role of the placenta. *Developmental Neuroscience* 31.285-292

Payme, M, (1995). *Teorías contemporáneas del Trabajo Social*, Barcelona: Paidós

Perls, Fritz (2002). *Sueños y existencia: terapia gestáltica*. Madrid: Cuatro vientos

Rodríguez Bausá, L, Gil Ramos, JM y otros (2011). *Competencias del Trabajador Social en poblaciones de especial riesgo*. Madrid: Mad

Salvatierra, V (2000). *Psicología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca

Salleras, L "La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención" *MED clin (Barc)* 1994; 102 supl. 1: 5-12

Satir, V. (2004). *Autoestima*. México: PAX México

Satir, V. (2005) *En contacto íntimo. Cómo relacionarse con uno mismo y con los demás*. México: Pax México

Smale, G., Tuson, G., Statham, D. (2003). *Problemas sociales y Trabajo Social*, Madrid: Monte

Tezanos, JF. (2008). *La sociedad dividida. Estructuras de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas*. Madrid : Biblioteca Nueva

Valdes, Manuel y T De Flores (1985). *Psicobiología del estrés*. Barcelona : Martínez Roca

Valencia-Alfonso, C.C. et Al (2004). Efectos cerebrales del medio ambiente social. *Rev.neurol.* 2004 ; 38(9) : 869-878

Vilagut. G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, JM., et al. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España : componentes físico y mental. *Revista Médica Clínica*, vol. 130, num. 19, pp.726-735.

Weber, Guntard (2001). *Felicidad dual. Hellinger y su psicoterapia sistémica*. Barcelona: Herder

Wittam, M (1977). "Preventive Social Work" Encyclopedia of Social Work (17ª ed) Washington DC, National Association of Social Workers. Pág. 1052

Documental de Redes: Educación emocional desde el útero materno: [http://www.redesparalaciencia.com/1292/redes/2009/redes40-educacion-](http://www.redesparalaciencia.com/1292/redes/2009/redes40-educacion-emocional-desde-el-utero-materno) emocional-desde-el-utero-materno (Recuperado el 9 de marzo de 2013).