



# **TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL**

## **“MUJERES EMBARAZADAS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL. INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL.”**

Autora:

D<sup>a</sup>. Marta Curieses Rodríguez

Tutor:

D. Rogelio Gómez García

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2019-2020

Mujeres embarazadas en riesgo de exclusión social.  
Intervención desde el Trabajo Social.

## **ÍNDICE DE CONTENIDOS**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....   | <b>8</b>  |
| <b>1.1. Justificación</b> .....  | <b>10</b> |
| <b>1.2. Objetivos</b> .....  | <b>11</b> |
| <b>1.3. Metodología y fuentes de recogida de datos</b> .....                         | <b>12</b> |
| <b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....  | <b>12</b> |
| <b>2.1. Exclusión social</b> .....   | <b>12</b> |
| <b>2.1.1. Exclusión social y desigualdades de género</b> .....                       | <b>14</b> |
| <b>2.1.2. El papel del Trabajo Social en los procesos de exclusión social</b> .....  | <b>15</b> |
| <b>2.2. Exclusión social en mujeres embarazadas</b> .....                            | <b>16</b> |
| <b>2.2.1. Situaciones de vulnerabilidad de las mujeres embarazadas</b> .....         | <b>16</b> |
| <b>2.2.1.1. Violencia de género</b> .....  | <b>17</b> |
| <b>2.2.1.2. Falta de apoyo</b> .....   | <b>19</b> |
| <b>2.2.1.3. Empleo/ ámbito laboral</b> .....   | <b>20</b> |
| <b>2.2.1.4. Falta de recursos/ pobreza</b> .....                                     | <b>21</b> |
| <b>2.2.1.5. Adolescencia</b> .....   | <b>23</b> |
| <b>2.2.1.6. Consumo de sustancias</b> .....  | <b>25</b> |
| <b>2.2.1.7. Enfermedad mental</b> .....  | <b>28</b> |
| <b>2.2.2. Consecuencias de no poder hacer frente a la maternidad</b> .....           | <b>29</b> |
| <b>2.3. Ámbitos de intervención del Trabajo Social con mujeres embarazadas</b> ..... | <b>33</b> |
| <b>2.3.1. Ámbito sanitario</b> .....   | <b>36</b> |
| <b>2.3.2. Ámbito de Servicios Sociales</b> .....                                     | <b>41</b> |
| <b>2.4. Políticas Sociales en materia de familia e infancia</b> .....                | <b>45</b> |
| <b>2.5. Normativa</b> .....  | <b>50</b> |
| <b>3. CONCLUSIONES</b> .....   | <b>54</b> |

**4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS** .....57

## **ÍNDICE DE TABLAS**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Tabla 1. Complicaciones derivadas del consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo (2017). .....</b>                   | <b>27</b> |
| <b>Tabla 2. Cadena con intervención social y sin intervención social en mujeres embarazadas en riesgo de exclusión social. ....</b> | <b>35</b> |

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Gráfica 1. Territorios y ayudas por nacimiento (2017). .....</b>   | <b>31</b> |
| <b>Gráfica 2. Número de abortos por cada mil nacimientos por territorios (2017). .....</b>                                    | <b>31</b> |
| <b>Gráfica 3. Niños en riesgo de pobreza o exclusión social (2018). .....</b>   | <b>46</b> |
| <b>Gráfica 4. Número de nacimientos y defunciones en España (2006-20016).....</b>   | <b>47</b> |
| <b>Gráfica 5. Número de abortos por cada mil nacimientos (2017). .....</b>  | <b>49</b> |
| <b>Gráfica 6. El gasto total por parte de las Administraciones Públicas en ayudas a la mujer embarazada y en aborto. ....</b> | <b>50</b> |

Mujeres embarazadas en riesgo de exclusión social.  
Intervención desde el Trabajo Social.

## **RESUMEN**

En este Trabajo de Fin de Grado, se va a reflejar la situación que viven actualmente algunas de las mujeres embarazadas en situación de exclusión social. Las mujeres embarazadas es uno de los sectores más propensos a la vulnerabilidad, por las dificultades a las que se enfrentan. En muchas ocasiones se encuentran con barreras a las que no pueden hacer frente a la hora de seguir con el embarazo, lo que les hace estar en una situación de exclusión social. Estas situaciones de vulnerabilidad pueden ser sufrir violencia de género, no contar con el apoyo suficiente, vivir una situación de pobreza, carecer de empleo, ser madre adolescente, el consumo de sustancias, o sufrir algún tipo de enfermedad mental.

Se contemplarán las funciones que tienen los/las trabajadores/as sociales con este colectivo, junto a los recursos, ayudas y servicios con los que se cuentan, destacando la importancia que juega el papel de lo social a la hora de intervenir. Los/las trabajadores/as sociales tienen un papel primordial a la hora de apoyar y acompañar a las mujeres embarazadas en la toma de decisiones.

## **PALABRAS CLAVES**

Exclusión social, Vulnerabilidad, Mujer embarazada, Apoyo social, Trabajo Social.

## **ABSTRACT**

In this Final Degree Project, it will be shown the current situation lived by some pregnant women who are socially excluded. Pregnant women are one of the communities more subject to vulnerability, due to the difficulties they have to face. Many times they find barriers which they aren't able to face when they go on with their pregnancy, which lead them to social exclusion. These situations of vulnerability can go from living in a situation of poverty, suffering from gender violence, not having enough support, being unemployed, being a teenage mother or suffering from some kind of mental illness to drug and alcohol addictions.

It has to be considered not only the role which social workers have to play to support this community but also the resources, social help and services which they have, highlighting how important this social role is in order to help these women. Therefore, social workers have an essential role to support and accompany pregnant women whenever they have to make a decision.

## **KEY WORDS**

Social exclusion, vulnerability, pregnant women, social support, social work.



## **1. INTRODUCCIÓN**

Este Trabajo de Fin de Grado (en adelante TFG) pretende dar a conocer las situaciones de vulnerabilidad por las que pasan muchas de las mujeres embarazadas, así como los servicios, recursos y ayudas con los que se cuenta desde el Trabajo Social a la hora de intervenir.

Las mujeres a lo largo del tiempo han sido y son un colectivo de especial vulnerabilidad. Son ellas quienes tienen mayor riesgo de caer en la exclusión social que los hombres, ya que se siguen apreciando desigualdades respecto al género.

El Trabajo Social juega un importante papel en temas de la exclusión social. Interviene para prevenir esas situaciones que conllevan a la exclusión y trabaja con aquellas personas que la sufren para mejorar su calidad de vida.

El embarazo y la maternidad puede llegar a ser una experiencia difícil para aquellas madres que viven situaciones de especial vulnerabilidad. Esas situaciones pueden ser sufrir violencia de género, no contar con apoyo formal o informal, vivir una situación de pobreza o carencia de recursos, en el ámbito laboral carecer de empleo debido a la difícil conciliación de la vida laboral y familiar, el ser madre adolescente, el consumo de sustancias, o sufrir algún tipo de enfermedad mental.

Las mujeres embarazadas en situación de exclusión social es un sector invisible, muchas de ellas no saben cómo salir de su situación debido a la falta de apoyo por parte de las Administraciones Públicas, dado que existen muy pocas medidas de apoyo. Se refleja la situación de las políticas sociales en España, donde la financiación en materia de maternidad es muy baja respecto a otros países de la Unión Europea. Es por ello que muchas mujeres se sienten olvidadas por el Estado y no reciben el apoyo suficiente. La poca ayuda que ofrecen las políticas sociales para afrontar la maternidad, hace que España sea uno de los países con mayor índice de pobreza infantil con respecto al resto de países de la Unión Europea.

La baja financiación en materia de maternidad y la falta de apoyo hace que en muchas ocasiones las mujeres embarazadas no tengan otra alternativa más que el aborto, al no

poder hacer frente a las barreras que se les presentan. La Fundación REDMADRE realizó *El Mapa de la Maternidad (2017)*, un estudio donde se observa que cuantas menos ayudas se ofrecen a mujeres embarazadas, mayor es el índice de abortos. La falta de apoyo y el sentimiento de abandono hace que no encuentren otra solución.

Los ámbitos de intervención desde el Trabajo Social son el ámbito sanitario, donde se trabaja desde los centros de salud y hospitales, y el ámbito de Servicios Sociales, todo ello en coordinación con el resto de profesionales del resto de entidades. Los/las trabajadores/as sociales son fundamentales a la hora de abordar las diferentes problemáticas de estas mujeres, son los encargados de promover los recursos y ayudas necesarias, ofrecer toda la información disponible, realizar un acompañamiento en la toma de decisiones, trabajar tanto con la persona como con su entorno, etc.

Se debe destacar la importancia que tiene el apoyo social a la hora de intervenir para lograr la plena inclusión y que las mujeres puedan salir de esas situaciones de dificultad.

### **1.1. Justificación**

He elegido este tema como TFG, ya que me parece un tema poco visible en la sociedad, donde las Administraciones Públicas destinan pocos recursos para salir de aquellas situaciones de dificultad.

En relación a mis prácticas realizadas en el Hospital General Río Carrión en Palencia como trabajadora social, pude ver de primera mano un caso que me llamó especialmente la atención sobre una mujer embarazada con cierta vulnerabilidad al presentarse dificultades a las que no podía hacer frente. Desconocía la manera en la que se interviene desde el Trabajo Social desde los hospitales, centros de salud y desde Servicios Sociales (Centros de Acción Social, en adelante CEAS), junto con los recursos y ayudas con los que se cuentan. Las prácticas me hicieron descubrir un ámbito que no conocía, provocándome diferentes dudas y resultándome de especial interés.

Mi motivación para realizar este trabajo ha sido que me parece un ámbito fundamental en el que los/las trabajadores/as sociales deben de intervenir y conocer en profundidad,

ya que es un colectivo muy vulnerable, donde el profesional debe de acompañar en la toma de decisiones y brindar el apoyo social necesario en estas situaciones. He comprobado la importancia que tiene el papel de lo social a la hora de intervenir con personas a las que se les presenta distintas barreras para seguir adelante con su vida.

Me parece esencial que se conozca el aspecto de lo social en un ámbito que puede considerarse sanitario como es el embarazo. La importancia que tienen los profesionales del Trabajo Social puede hacer que aquellas mujeres que no veían otra solución a abandonar el embarazo, puedan seguir adelante con ello.

Además, considero de gran importancia el tema en el ámbito académico debido a que es un sector con el que se interviene desde el Trabajo Social y es necesario conocer la manera de actuar frente a este colectivo. Los conocimientos abordados en el ámbito académico se asocian a los contenidos teóricos del presente trabajo.

También me parece de gran interés el conocer las políticas sociales respecto a esta temática, el nivel de ayuda que ofrecen las Administraciones Públicas, conocer si es el suficiente o no.

## **1.2. Objetivos**

A continuación, se presentan los objetivos que se pretender lograr a lo largo del TFG. Se contempla el objetivo general y los objetivos específicos, que son:

Objetivo General:

- Reflejar la situación que viven actualmente las mujeres embarazadas en situación de vulnerabilidad.

Objetivos Específicos:

- Conocer los recursos y ayudas que existen para las mujeres embarazadas en riesgo de exclusión social en Castilla y León.
- Recopilar la información respecto a los servicios que se prestan a este colectivo.

- Conocer las competencias de los trabajadores sociales de los CEAS, centros de salud y hospitales acerca de cómo intervienen con este colectivo.
- Valorar la importancia del Trabajo Social a la hora de intervenir con mujeres embarazadas.
- Destacar la importancia del apoyo social en las mujeres embarazadas.
- Conocer las políticas sociales existentes a este tema.
- Conocer la normativa existente con respecto a este tema.

### **1.3. Metodología y fuentes de recogida de datos**

La metodología utilizada ha sido una revisión bibliográfica para recabar la información y los datos más importantes acerca de la situación de vulnerabilidad que sufren muchas de las mujeres embarazadas, así como de los recursos y ayudas con los que se cuentan para intervenir desde el Trabajo Social.

Como fuentes de recogida de datos se han utilizado Dialnet, Scopus, INE, Eurostat. Las páginas web buscadas han sido los Servicios Sociales de Castilla y León, la página de Sanidad de Castilla y León, Fundación REDMADRE, Consejo General del Trabajo Social. Se han utilizado otras páginas web para buscar artículos académicos, informes, noticias de periódicos, etc.

## **2. MARCO TEÓRICO**

Para la elaboración del presente trabajo, se han analizado y tomado en cuenta los siguientes contenidos teóricos de diferentes fuentes especializadas sobre el tema a tratar.

### **2.1. Exclusión social**

El VIII Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España (en adelante FOESSA) entiende la exclusión social como “un fenómeno de acumulación de dificultades en distintos ámbitos, lo que incluye la pobreza económica pero también el empleo, vivienda, las relaciones sociales o el acceso a sistemas de protección social” (FOESSA, 2019, p. 211).

Según el Informe FOESSA (2019) son muchos los ámbitos en los que influye la exclusión social, como es el ámbito del mercado laboral, el aislamiento, la monoparentalidad, salud. Todo ello diferenciándolo en grados que se acercan o alejan de la plena integración.

En España, uno de los factores de exclusión social que tuvo gran importancia fue la crisis económica del 2008, afectando a más del 50% de la población, dando lugar al empleo precario y desempleo, poca protección social por parte del sistema, etc. (FOESSA, 2019).

De los datos obtenidos sobre la evolución de la integración social de la población en España entre el 2007 y 2008 del Informe FOESSA (FOESSA, 2019), se observa cómo la crisis económica provocó un aumento de la exclusión social. La poca eficacia de las prestaciones económicas frente al impacto de la exclusión social que provocó, hizo que disminuyera la integración plena. Se señala como más de un 50% no están integrados plenamente, por lo que resaltan unos datos alarmantes. Ya en 2018 se empieza a ver como aumenta la integración plena, un 48,4%, la situación de exclusión que provocó la crisis empieza a disminuir.

Aunque haya una mejora a medida que van pasando los años, se observa como la población excluida se deteriora y aleja, con consecuencias en la salud, educación, vivienda, todo ello debido a la crisis económica.

Según el Informe FOESSA (FOESSA, 2019), las causas de la exclusión social hoy son:

- **Procesos de exclusión del empleo:** El número de hogares que se encontraban con problemas de exclusión social ha disminuido un 42%. A lo largo del tiempo se han ido creando más empleos, pero la preocupación actual es la calidad de ello. Muchos de los contratos tienen una duración inferior a una semana, los empleos son precarios, por lo que aun en este ámbito siguen surgiendo problemas de exclusión.
- **Exclusión de la salud:** Aunque haya disminuido la problemática de salud, sigue existiendo una relación entre la salud y la exclusión social. Existen familias que no pueden hacer frente a comprar medicinas, seguir con tratamientos o dietas por falta de recursos económicos. No se encuentra mejoría en los datos sobre aquellas personas que se encuentran en una situación de aislamiento social, aún se encuentran con hogares que no cuentan con ningún apoyo para hacer frente a situaciones de enfermedad.

### **2.1.1. Exclusión social y desigualdades de género**

La institución de la familia va cambiando a lo largo del tiempo, caracterizada por ser cambiante, precaria, frágil y vulnerable. Los valores de la familia tradicional han ido variando, antes existía mayor cohesión familiar, los lazos familiares eran más duraderos, el número de hijos era mucho mayor, es decir, la estructura familiar era más estable. Actualmente, el número de hijos se ha reducido, se ha incorporado la mujer al mercado laboral, entre otros, lo que se ha considerado una inestabilidad en la estructura de la familia moderna (Cordero, 2011).

Según el Informe FOESSA (FOESSA, 2019), una de las desigualdades más importantes que se han generado a lo largo del tiempo es el género, contemplando todos los ejes de desigualdad como son el laboral, edad, raza, clase etc.

Rosetti (2017), señala que la crisis económica española ha aumentado las situaciones de desigualdad y de exclusión social en la población, acentuando las desigualdades

entre hombres y mujeres. Esta crisis afecta primordialmente a las familias, presionando a las mujeres en temas como el cuidado del hogar y conseguir un empleo.

Respecto a las desigualdades de género en el acceso al mercado laboral, las diferencias de empleabilidad entre hombres y mujeres han disminuido, siendo ahora cada vez más mujeres las que acceden al mercado laboral. Aunque en los últimos años, la diferencia se ha vuelto a incrementar, como es en el caso del desempleo. La contratación a tiempo parcial, sigue siendo primordial en el sector femenino, destacando la importancia de la brecha salarial (FOESSA, 2019).

La mayor vulnerabilidad económica y social se encuentra en las mujeres, debido a que el porcentaje que no tienen relaciones con el entorno y que no cuentan con ningún tipo de apoyo a la hora de hacer frente a una dificultad o enfermedad es mayor en ellas. Se da un mayor índice de exclusión social al afectar en los hogares cuyo cuidador principal es la mujer. La exclusión social conlleva a la pérdida de vínculos.

Sobre los cuidados y la conciliación, existe mayor vulnerabilidad en las mujeres. La mujer se sigue haciendo cargo de los cuidados y no pueden muchas veces acceder al mercado laboral, por lo que es un factor que conlleva a una situación de exclusión (FOESSA, 2019).

### **2.1.2. El papel del Trabajo Social en los procesos de exclusión social**

En el ámbito del Trabajo Social, “la intervención es la acción organizada y desarrollada por los trabajadores sociales con las personas, grupos y comunidades” (Barranco, 2011, p.79). Es aquí donde el profesional realiza un proceso de apoyo, acompañamiento y una capacitación a aquellas personas para que tengan la suficiente autonomía como para salir de su propia situación. No solo se interviene con el individuo sino también con su entorno, con el contexto.

El objeto del Trabajo Social trata de intervenir ante problemáticas sociales que viven las personas para intentar superar las situaciones o dificultades que en muchos casos les lleva a caer en la exclusión social. Trata de generar cambios, satisfacer necesidades,

superar dificultades, potenciar fortalezas, contribuir a promover el bienestar social, calidad de vida, etc.

El Trabajo Social busca promover el bienestar de la población, facilitando la cohesión social, ayudando a los individuos más vulnerables de la población. Los/las trabajadores/as sociales son los encargados de dar respuesta a las necesidades que presentan ofreciendo una ayuda y protección (Gómez, 2013)

Siguiendo a Gómez (2013), son muchas las desigualdades con las que se tiene que intervenir, distinguiendo así cuatro esferas: la esfera mercantil, la esfera estatal, la esfera relacional, y la esfera doméstico-familiar. El Trabajo Social tiene que tener en cuenta todas estas esferas.

El Trabajo Social juega un importante papel en temas de la exclusión social. Interviene para prevenir esas situaciones que conllevan a la exclusión y trabaja con aquellas personas que la sufren para mejorar su calidad de vida mediante las herramientas oportunas, realizando un acompañamiento en la toma de decisiones, movilizándolo los recursos pertinentes, etc.

## **2.2. Exclusión social en mujeres embarazadas**

Uno de los sectores de mayor vulnerabilidad son las mujeres que por diversas circunstancias se encuentran en una situación de exclusión social, teniendo repercusión tanto en la mujer como en el futuro hijo/a. A continuación, se reflejarán las situaciones de vulnerabilidad por las que pasan aquellas mujeres embarazadas que les lleva a la exclusión social, a tener dificultades para hacer frente al embarazo, junto con las consecuencias que ello tiene.

### **2.2.1. Situaciones de vulnerabilidad de las mujeres embarazadas**

Ser madre en condiciones de vulnerabilidad no es nada fácil, perciben la maternidad como algo negativo, angustioso, inesperado, donde se vive mucha soledad, se rompen



vínculos y genera abundante depresión. Dan absoluta importancia al apoyo social que necesitan y a la incertidumbre que tienen para cuidar en estas condiciones de vulnerabilidad (Muñoz, Sánchez, Arcos, Vollrath y Bonatti, 2013).

Cuando una mujer está embarazada aparecen cambios hormonales que afectan a su fisiología y psicología, creando una situación de especial vulnerabilidad. Si se suman las circunstancias personales puede que afecte tanto a la salud de la madre como a la del futuro hijo/a (Lozano, Vázquez y González, 2015). En la atención a la mujer incluye el aspecto físico junto al familiar, emocional, económico, social, etc.

Estas situaciones de vulnerabilidad por las que puede pasar una mujer embarazada pueden ser sufrir violencia de género, carecer de apoyo social, no tener recursos, en el ámbito laboral carecer de empleo, ser madre adolescente, consumir sustancias y/o tener una enfermedad mental. Todo ello está asociado a mayores niveles de ansiedad y depresión, que afectará tanto a la madre como al futuro desarrollo del hijo/a.

Muñoz et al. (2013), elaboraron un estudio para poder comprender la situación en la que se encuentran a la vez que comprender el mundo social por el que pasa este colectivo. Entre los resultados obtenidos se encuentran, ante un embarazo imprevisto, existe una gran dificultad de hacer frente a esa situación, en muchas ocasiones por la desesperanza por vivir una situación de pobreza. En otros casos, el embarazo deriva a una depresión, destacando el buen apoyo recibido por parte de los profesionales para salir adelante. Aunque esto no siempre es así, ya que muchas mujeres se sienten invisibles por el equipo de salud, ya que estos no llegaron a comprender la vulnerabilidad que sufrían y el apoyo social que necesitaban. También destacan la importancia del apoyo familiar debido al futuro incierto.

#### **2.2.1.1. Violencia de género**

La violencia de género tiene una importante repercusión sobre la salud y un importante impacto social en aquellas mujeres que la sufren. Son muchos los factores que influyen a que se dé una situación de violencia de género, como es tener bajos ingresos, tener hijos, depresión, miedo, consumo de sustancias, etc. También existen otros factores de

riesgo como es el embarazo. Numerosos estudios han destacado como tener mayor número de hijos influye en un mayor riesgo de violencia de género hacia la mujer. Tener cargas familiares influye, siendo un elemento más de estrés a la relación que resulta como factor de riesgo (Puente, Ubillos, Echeburúa y Páez, 2015).

Según el Boletín sobre vulnerabilidad social de Cruz Roja (Cruz Roja, 2014) cuando se da una situación de violencia de género, el embarazo es una circunstancia que aumenta la vulnerabilidad de la mujer. Se percibe en varios estudios que las agresiones a mujeres son mayores en aquellas que se encuentran embarazadas, sufren más agresiones físicas y sexuales. Esto supone un 10% más violencia que en aquellas mujeres que no se encuentran embarazadas.

Los efectos que provocan debido a la violencia repercuten tanto en la salud de la madre como en la del hijo, pudiendo provocar múltiples dificultades a la hora del parto y en el futuro desarrollo de este. No sólo afecta a nivel físico, sino también desarrollando trastornos de depresión, estrés, ansiedad, etc. Todo ello provoca una tendencia al aislamiento, presentando un alto riesgo de exclusión (Rodríguez, Navío y Miranda, 2013).

Las mujeres que sufren violencia pueden ser de varios tipos, donde se encuentran en un espacio de vulnerabilidad, como son la violencia física, psíquica, sexual y económica. El uso de violencia psíquica se utiliza en varias ocasiones a través de insultos, amenazas, utilizándolas también con el hijo que se espera, afectando gravemente en su salud mental. En ocasiones, aguantan la situación por varios motivos, por falta de recursos económicos, porque no quieren criar al hijo/a que esperan solas. Muchas de ellas no cuentan con el apoyo social necesario para poder salir de la situación (Mateo, 2016).

La violencia de género es un factor muy importante a tener en cuenta en procesos de exclusión social, teniendo un porcentaje más alto en mujeres embarazadas. Cuentan con la dependencia económica hacia su pareja, con no querer hacer frente al embarazo solas por no contar con más apoyo, por lo que encuentran muy difícil salir de esa situación.

Velasco (2019), comenta que el embarazo es un buen momento para la detección, identificación, prevención e intervención sobre la violencia de género debido al número

de visitas en las que la mujer acude a los servicios de salud. Se encuentran factores relacionados con la violencia de género durante el embarazo, cuyos resultados de varios estudios fueron:

- Ser madre adolescente. Estudios demuestran como el ser madre adolescente hace que se sufra más violencia de género. También, aquellas madres adolescentes víctimas de violencia de género, hace que aumente el riesgo de tener un embarazo no deseado.
- Estado civil. Presentan mayor índice de probabilidad las mujeres solteras, divorciadas y separadas que las casadas.
- Tipo de empleo. Las mujeres que se encuentran en paro o aquellas que trabajan en puestos más bajos que sus compañeros o parejas, tienen mayor probabilidad de sufrir violencia que aquellas que trabajan a tiempo completo.
- Nivel de educación. Estudios demuestran como un diferente nivel educativo entre hombres y mujeres se relaciona con la violencia. Tener mayor nivel educativo y un menor nivel hace que la probabilidad aumente frente a tener el mismo nivel educativo en ambos.
- Consumo de alcohol y tabaco. Las mujeres que sufren violencia durante el embarazo consumen más alcohol y tabaco durante el periodo. También se relaciona mayor violencia con el consumo de alcohol por parte de la pareja.
- Un apoyo social y económico deficiente. La mala situación económica y la carencia de apoyo social facilita el maltrato durante el embarazo.
- Embarazo no deseado. Se multiplica la violencia en un embarazo no deseado, pudiendo ser este producto de violencia que ha sufrido, como por ejemplo una violación, o ausencia de anticonceptivos.
- Insuficiente control del embarazo. Se relaciona el acudir menos a las visitas médicas programadas con que exista un maltrato durante el embarazo.

- Mayor número de infecciones de transmisión sexual.
- Número de hijos. Estudios comentan que la violencia de género se realiza con más frecuencia en familias con cuatro o más hijos.

#### **2.2.1.2. Falta de apoyo**

La falta de redes de apoyo describe una situación de vulnerabilidad. Según el VIII Informe FOESSA (FOESSA, 2019) el porcentaje de personas que no tienen relaciones con su entorno y que no cuentan con ningún apoyo a la hora de hacer frente a una enfermedad o una problemática es mayor en las mujeres. Esto hace que provoque un aislamiento social en ellas, repercutiendo en un mayor índice de exclusión social. Afectando en los hogares en los que la cuidadora principal es la mujer.

Mier, Samaniego, García, de María y Castañeda (2016) refieren que uno de los factores más importantes a parte del factor de la salud, es el apoyo social recibido por parte de la mujer gestante, considerado como un aspecto favorable para ella. Tiene un papel crucial donde se pueden prevenir la aparición de aspectos psicológicos adversos, como puede ser la ansiedad o depresión, afectando al desarrollo del embarazo. Es por ello que la percepción del apoyo recibido podrá generar efectos sobre la salud.

Una de las evidencias que muestra que la salud de la mujer embarazada es vulnerada, se produce cuando existe un riesgo psicosocial que se encuentra asociado a la insuficiencia del apoyo familiar (Muñoz et al., 2013).

Siguiendo con Muñoz et al. (2013), muchas de ellas no encuentran el apoyo necesario en el equipo de salud, al sentirse invisibles por estos. Relatan que no se sienten comprendidas ni ayudadas por los profesionales, no saben ver las necesidades que presentan ni ver el grado de vulnerabilidad. Comentan que la pobreza y la vulnerabilidad son aspectos que en muchas ocasiones los diferentes profesionales no saben ver ni están lo suficientemente sensibilizados. No se sienten acompañadas en un proceso de gran incertidumbre para ellas, provocando sentimientos de ira, depresión, impotencia, etc.

Muchas de las mujeres no cuentan con el apoyo suficiente para salir de su situación, ya sea por parte de la familia o relaciones cercanas, o porque se han sentido invisibles por parte del equipo de salud, dando estas una gran importancia al apoyo social. Será de gran importancia el conocer la red social de la persona, el entorno para valorar el apoyo social que percibe y poder trabajar con ello en caso de que sea insuficiente.

### **2.2.1.3. Empleo/ ámbito laboral**

La situación en la que se encuentre de empleo determina uno de los aspectos claves sobre la exclusión social, al ser fuente principal de ingresos de las personas.

El porcentaje de mujeres que se encuentra en paro representa un 53,6% de la población, siendo una de las tres razones más señaladas el tener que cuidar a los hijos/as cuando se está embarazada, representado por un 12,1% (Cruz Roja, 2017).

Según el VIII Informe FOESSA (FOESSA, 2019), sobre los cuidados y la conciliación, existe mayor vulnerabilidad en las mujeres. La mujer se sigue haciendo cargo de los cuidados y no pueden muchas veces acceder al mercado laboral, por lo que es un factor que conlleva a una situación de exclusión.

Mujeres que contaban con un empleo, en ocasiones tienen que renunciar a ello al no poder conciliar la vida laboral con la familiar.

Aunque las diferencias de empleabilidad entre hombres y mujeres han disminuido a lo largo del tiempo, siendo cada vez más mujeres las que acceden al mercado laboral, en los últimos años la diferencia se ha vuelto a incrementar, como en el caso del desempleo. La contratación a tiempo parcial predomina en el sector femenino. Cabe destacar la importancia que existe de la brecha salarial entre hombres y mujeres.

Debido a que las mujeres son más las que se encuentran en desempleo, hace que se limite su acceso a prestaciones de mayor calidad. Son más las mujeres que reciben la Renta Activa de Inserción (RAI). Las prestaciones contributivas suelen atribuirse a los hombres, mientras que las no contributivas a mujeres, siendo la protección económica que se recibe muy escasa (FOESSA, 2019).

En la actualidad, siguen surgiendo muchos actos discriminatorios hacia las mujeres en el ámbito laboral, es por ello que el Estado ha creado leyes que amparan a la mujer embarazada para su posible conciliación. En muchas ocasiones, el desconocimiento de las mujeres ante los derechos laborales que poseen, hace que no los exijan, por lo que seguirán surgiendo estos actos (Orodoñez, 2016).

#### **2.2.1.4. Falta de recursos/ pobreza**

No contar con recursos o estar en un estado de pobreza es uno de los indicadores para estar en una situación de exclusión social.

Según Cordero (2010), España es un país donde la maternidad se desarrolla en una edad cada vez más tardía, cada vez las mujeres tienen los hijos/as más tarde y cada vez son menos. Con respecto al resto de países de Europa, España es uno de los países en los que se demora más tener una estabilidad laboral, una vivienda adecuada, etc. por lo que la decisión de tener hijos/a se demora más. Las condiciones para que una mujer decida quedarse embarazada se encuentran muy unidas a los recursos económicos.

Este factor, se encuentra muy unido al apartado anterior, del ámbito laboral, ya que la falta de recursos y la pobreza puede surgir por la consecuencia de no poder acceder a un empleo que garantice unos ingresos, o por el alto nivel de desempleo que existe.

Es por ello, que el no poder contar con recursos, hace que muchas mujeres no puedan hacer frente a un embarazo con normalidad, experimentando sentimientos contradictorios durante el proceso, ya que suelen ver la maternidad como algo negativo. No saben cómo afrontar la crianza y el cuidado del futuro hijo/a al tener que hacerlo en un contexto de vulnerabilidad. Siendo la mayor vulnerabilidad económica de las mujeres.

Cotidianamente, el embarazo se concibe como una situación única y prometedora, pero existen evidencias que demuestran todo lo contrario. Es el caso de aquellas mujeres que viven en situación de pobreza, que reciben el embarazo de forma confusa y con

desesperación, al poder ser inesperado en el proyecto de vida actual (Muñoz et al., 2013)

Siguiendo a Muñoz et al. (2013), estas mujeres viven en gran precariedad. Suelen realizar las tareas del hogar y prestan los cuidados principales mientras que buscan un empleo, o mientras trabajan, suelen tener complicaciones en el proceso del embarazo, etc. Sienten gran incertidumbre para el futuro cuidado de los hijos/as, valorando con gran importancia la educación de estos y ven como amenaza la llegada de otro embarazo. El estudio realizado, donde aparecen relatos de mujeres embarazadas que viven en condiciones de pobreza, narran cómo transcurre su vida de una forma natural hacia la exclusión social. Se encuentran en un proceso de resignación en el que no salen de ahí al no presentarse ninguna otra alternativa, afectando a sus derechos mínimos de bienestar.

#### **2.2.1.5. Adolescencia**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), el embarazo en la adolescencia es uno de los principales factores que contribuyen a la enfermedad y a la pobreza, teniendo importantes consecuencias para la salud. Cuanto más joven es la madre, más aumenta el riesgo tanto para ellas como para los recién nacidos.

Siguiendo las directrices de la OMS (OMS, 2020), el ser madre adolescente, también tiene consecuencias económicas y sociales. Muchas mujeres se ven obligadas a abandonar el ámbito académico al no poder hacer frente, es por ello que hace que se tenga menos oportunidades para encontrar un trabajo.

La sociedad cambia y evoluciona a lo largo de los años, siendo cada vez más temprana la iniciación de la vida sexual de los jóvenes, llevando muchas veces al desconocimiento de las prácticas sexuales y métodos anticonceptivos. Por ello, es necesario tener una buena educación sobre la sexualidad para prevenir los embarazos no deseados, tener toda la información acerca de los métodos anticonceptivos, dar a conocer las enfermedades de transmisión sexual, etc.

El embarazo en la adolescencia es considerado como un problema de salud pública, debido a la problemática que genera en torno a consecuencias como abandonar el periodo escolar, las barreras de acceso al ámbito laboral que implica, relacionado con salarios más bajos, carencia de las condiciones laborales adecuadas, el riesgo que existe a caer en pobreza, etc. (Valdivieso, 2013).

Aunque la natalidad ha ido disminuyendo a lo largo de los últimos tiempos, se manifiesta mayor proporción de embarazos en los sectores más pobres, en las mujeres más jóvenes y en las zonas rurales. Existe una relación entre el embarazo adolescente y la pobreza, falta de apoyo familiar, desempleo y bajo nivel educativo, donde se puede comprobar una situación de riesgo que conlleva a la pobreza (Miguel, 2019). Es por ello, que aquellos hijos/as que se desarrollan en un ambiente de bajo nivel educativo o bajo nivel económico, tendrán más posibilidades de caer en la exclusión social.

Existe un miedo de las madres adolescentes a ser rechazadas socialmente, pueden existir dificultades con la familia, un rechazo hacia el bebé, mayores tasas de fracaso escolar de sus hijos/as, etc. (OMS, 2014). Todo ello afectando a nivel psicosocial.

Se considera que el embarazo durante la adolescencia cambia la vida de la mujer, ya que se ven limitadas sus metas vitales, se reducen las expectativas ante la vida, se ve obligada a reemplazar objetivos por otros para poder sacar a su futuro hijo/a adelante (Urgilés, Fernández y Durán, 2018). El embarazo durante este periodo, mayoritariamente no suele ser buscado, de ahí a que surjan las distintas problemáticas.

García y González (2018), realizaron una investigación donde analizaron los diferentes factores de riesgo que influyen en el embarazo adolescente, encontrándose los siguientes:

- Factores de riesgo individuales: Refiriéndose a las variables como el tipo de personalidad, tener una baja autoestima al considerarse como incomprendida ante las relaciones, tener un temprano inicio de las relaciones sexuales, tener una necesidad afectiva al tener sentimientos de soledad, etc.



- Factores de riesgo familiares: el tipo de familia y la composición familiar, el no haber tenido un referente materno o paterno, si su madre ha tenido algún embarazo durante la adolescencia, si existe poca comunicación con la familia al no preocuparse ni apoyarle en la toma de decisiones. La familia es la red básica y de apoyo con la que puede contar una mujer embarazada, pero si no se cuenta con este apoyo, existe gran riesgo de exclusión social.
- Factores de riesgo socioeconómicos: Tener bajos ingresos o no tenerlos hace que sea una de las variables más importantes. La presión del grupo social para la iniciación de relaciones sexuales tempranas, o que alguien del entorno se haya quedado embarazada durante la adolescencia es otro de los factores.
- Factores de riesgo culturales: el pertenecer a una cultura machista, condiciona el quedarse embarazada por decisión de la pareja, el tener bajo nivel cultural debido al abandono temprano escolar y al abandono del estudio.
- Factores de riesgo psicológicos: la necesidad por probar su fecundidad y el desconocimiento sobre los riesgos que puede tener el mantener relaciones sexuales en la adolescencia, el desconocimiento de los métodos anticonceptivos al no recibir la información suficiente por parte del entorno. Se encuentran en una etapa de inmadurez en la que no cuentan con una educación sexual suficiente como para conocer los métodos anticonceptivos y las consecuencias que pueden llegar a tener este tipo de prácticas.

El embarazo adolescente es considerado uno de los factores con mayor vulnerabilidad que puede tener una mujer embarazada, considerado como una problemática por los profesionales de salud. Siendo un condicionante muy importante el factor económico y la falta de apoyo por parte de su entorno.

#### **2.2.1.6. Consumo de sustancias**

Hasta hace poco tiempo, se desconocía sobre las formas de consumo de sustancias por parte de las mujeres, siendo cada vez mayores en ellas. Existen factores que las hace

consumidoras de drogas, como son tener una mayor susceptibilidad biológica, aspectos sociofamiliares, económicos y culturales, padecer algún tipo de trastorno psiquiátrico, etc. También influye el tener una pareja consumidora de drogas, que exista alguna vivencia de maltrato o violencia doméstica o de género (Pascale, 2017).

Siguiendo con Pascale (2017), el consumo de drogas durante el embarazo se asocia con trastornos neurológicos y neurocomportamentales en el recién nacido. Todo ello asociado a las drogas asociadas como ilegales, no tanto como las socialmente aceptadas legales, como son el tabaco o el alcohol. Este tipo de consumos provoca unas complicaciones tanto en la madre como fetales-neonatales, como podemos ver en la tabla N°1, que son:

**Tabla 1. Complicaciones derivadas del consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo (2017).**

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Complicaciones maternas           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Sobredosis – intoxicación aguda</li><li>• Obstétricas relacionadas con el consumo (aborto espontáneo, parto prematuro, estado hipertensivo del embarazo, etc.).</li><li>• Cuadros psiquiátricos agudos.</li><li>• Síndrome de abstinencia</li><li>• Por la vía utilizada (infección por el Virus de inmunodeficiencia humana, hepatitis a virus B Y C, enfermedades respiratorias, entre otras.</li><li>• Repercusión por consumo crónico.</li></ul> |
| Complicaciones fetales-neonatales | <ul style="list-style-type: none"><li>• Vinculadas al consumo materno durante el embarazo (malformaciones congénitas, restricción del crecimiento intrauterino, muerte fetal intrauterina, prematuridad).</li><li>• Por la vía utilizada (enfermedades infecciosas de transmisión vertical).</li><li>• Síndrome de abstinencia neonatal.</li><li>• Sobredosis – intoxicación aguda (lactancia).</li><li>• Trastornos del crecimiento y desarrollo (neuroconductuales).</li></ul>             |

Fuente: Elaboración propia a partir de Pescale (2017).

Según López y Ortega (2019), el consumo de sustancias por parte de una mujer embarazada es considerado como un factor de riesgo tanto para la madre, para el desarrollo del feto y en la adaptación del recién nacido. Tanto la madre como el feto se encuentran en una etapa de gran vulnerabilidad social y es considerado uno de los grupos de riesgo sociosanitario.

Siguiendo a López y Ortega (2019) se debe realizar un apoyo social a estas mujeres, realizar un seguimiento del embarazo, fomentar la promoción de los estilos de vida

saludables, aproximar a servicios, manejar los conflictos emocionales. Todo ello contando con los profesionales sanitarios y los profesionales de Servicios Sociales.

Hay que tener en cuenta que las mujeres embarazadas con esta problemática, suelen ocultar a los profesionales el consumo de drogas, por lo que conlleva a una dificultad de la detección para poder intervenir.

La manera de actuar con madres con este tipo de problemática se centra en las áreas de salud y de tipo social, debido a las características socioeconómicas que presentan al encontrarse con mayor dificultad para prestar los cuidados al bebé.

#### **2.2.1.7. Enfermedad mental**

Según Jorge, Da Silva, Bem, Rolim, Silva y Albuquerque (2019) durante el embarazo, la mujer se expone ante cambios físicos y psicológicos que puede afectar a su salud mental. Puede alterar en su organismo y en el bienestar alterando su papel sociofamiliar. Se evidencia que la mujer es más propensa a desarrollar trastornos mentales que los hombres, siendo la depresión uno de los trastornos más presentes en ellas. Se considera crucial el apoyo de la familia y de la sociedad en esta etapa de la vida.

Siguiendo con Jorge et al. (2019), los trastornos mentales comunes son la ansiedad y la depresión, ya que son los que más aparecen. Las causas vinculadas pueden estar relacionadas al bajo nivel de escolaridad, ser del sexo femenino, estar soltera o separada, no tener empleo, ser fumador, alcohólico, etc. Para los profesionales, la ansiedad y depresión son enfermedades considerados de gran importancia, debido a la gran población que lo padece, sobre todo las mujeres. Se considera que la mujer es más propensa a desarrollar trastornos emocionales, sobre todo en el embarazo, por lo que es común que aparezca la ansiedad y la depresión.

La sensibilidad para las mujeres aumenta durante el periodo del embarazo, lo que hace que se encuentren en una situación de vulnerabilidad hacia los problemas de salud mental.

Se estima que una de cada cuatro mujeres desarrolla algún tipo de enfermedad mental durante o después del embarazo, siendo el trastorno más común ya mencionado con anterioridad la depresión, siguiendo con la ansiedad, psicosis, fobias, trastornos obsesivos-compulsivos, trastornos bipolares, alimentarios o ideas suicidas. Es considerado como una situación grave de la cual se considera que alrededor de un 75% de los casos no se diagnostican ni se tratan como se debería, por lo que no se presta la atención suficiente a la salud mental de la mujer durante el embarazo (Sáez, 2019).

Siguiendo con la autora (Sáez, 2019), existen factores de riesgo que hacen que aparezca con mayor facilidad alguna de las enfermedades mentales mencionadas, como es la presión social que tiene la mujer, debido a que se encuentra en un estado en el que debe ser feliz y se encuentra en un estado de vulnerabilidad. Los cambios hormonales durante la gestación pueden contribuir a que se desarrolle una enfermedad mental, pero esto dependiendo a la genética de cada mujer. A todo esto, se le suman los factores sociales como son el contexto en el que vive, el apoyo familiar con el que cuenta, el estar sola o contar con una pareja, tener problemas laborales y económicos, las expectativas sobre la maternidad, etc.

Algunos de estos factores son inevitables y no se pueden prevenir, por lo que se considera de gran importancia realizar un acompañamiento a la mujer durante el embarazo y posteriormente, fortaleciendo el apoyo social.

### **2.2.2. Consecuencias de no poder hacer frente a la maternidad**

Cuando una mujer embarazada se encuentra en alguna de las situaciones de vulnerabilidad mencionadas anteriormente, genera niveles de estrés y depresión que en muchas ocasiones llegan a interrumpir el embarazo a través del aborto o a recurrir a la adopción, todo ello debido a no poder hacer frente a la maternidad.

- **Interrupción Voluntaria del Embarazo**

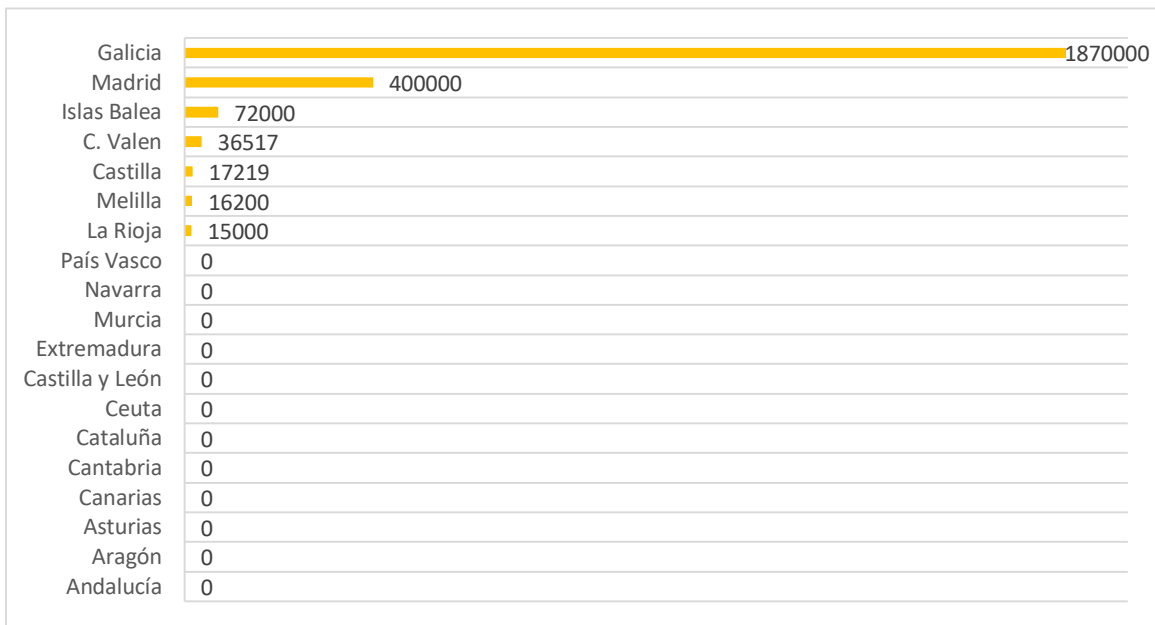
La OMS define el aborto como la “Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno” (OMS, 2009). Actualmente la viabilidad extrauterina se encuentra alrededor de las 22 semanas de gestación.

Según Amaya, la Directora General de RedMadre, debido a las múltiples situaciones sufridas por una mujer embarazada, se puede obtener como resultado que ellas se sometían a un aborto debido a la carencia de apoyo y recursos recibidos. Muchas mujeres no encuentran medidas de apoyo y esto hace que tomen la decisión de no seguir con el embarazo (Azcona, 2019).

Siguiendo con Azcona (2019), habla sobre las estadísticas acerca del aborto que salieron durante el año 2018, unos datos que cada año aumentan. Unas 96.000 mujeres se sometieron a un aborto, y esto es por la ausencia de medidas de apoyo con las que cuentan, por ello muchas veces las mujeres embarazadas no encuentran otra solución. Realizando un acompañamiento integral a estas mujeres podrían conseguir llevar un embarazo con normalidad.

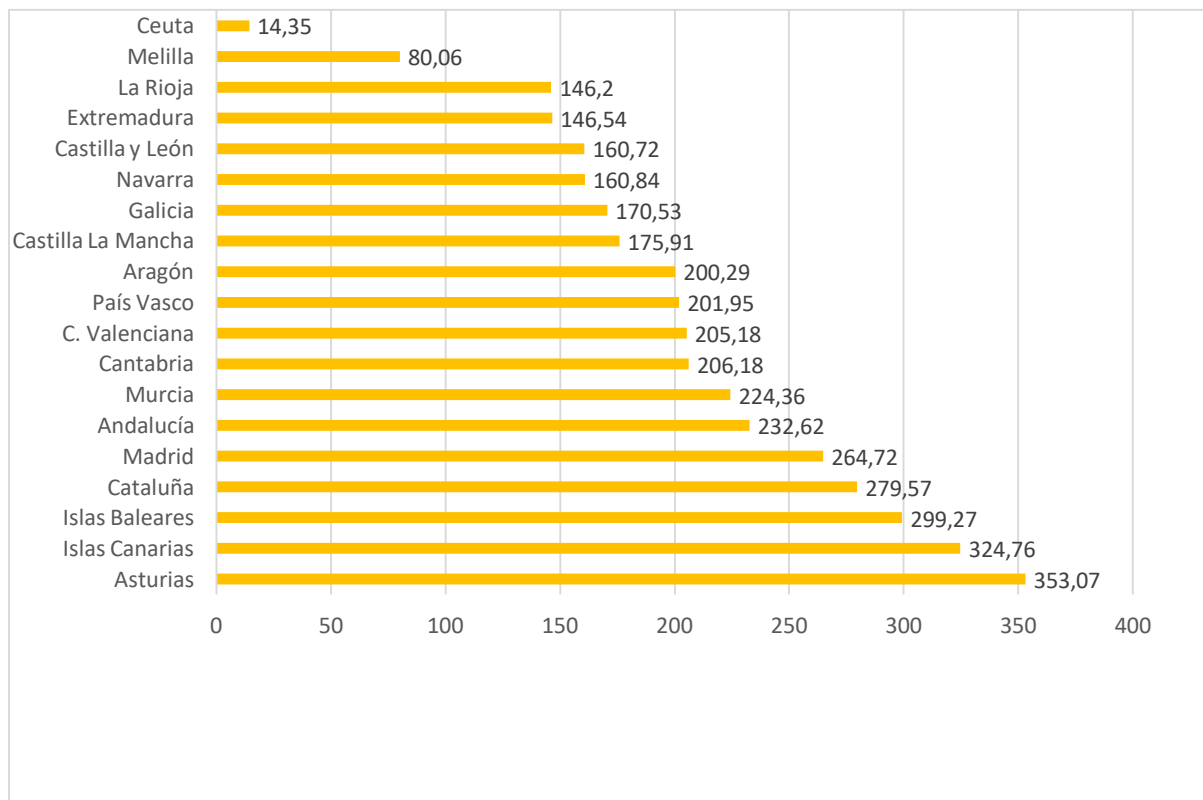
RedMadre (2017), con el Estudio Mapa de la Maternidad, cuenta con los datos de la ayuda media anual por embarazada en España como se puede observar en la gráfica N°1, elaborando un mapa donde se observan los datos por Comunidad Autónoma. En la gráfica N°2 se analiza el número de abortos por cada territorio.

**Gráfica 1. Territorios y ayudas por nacimiento (2017).**



Fuente: Elaboración propia a partir de RedMadre (2017)

**Gráfica 2. Número de abortos por cada mil nacimientos por territorios (2017).**



Fuente: Elaboración propia a partir de RedMadre (2017)

Como se observa en la gráfica Nº 2 en Asturias y Canarias al no ofrecer ninguna ayuda por mujer embarazada, tienen los porcentajes de aborto más altos de España. Existe relación entre las ayudas que ofrece la Administración Pública y el número de abortos, siendo a menor ayuda ofrecida, mayor es el número de abortos.

Se destaca de gran importancia el apoyo tanto por parte de las Administraciones Públicas como el ofrecido por profesionales de los diferentes ámbitos en relación con las mujeres embarazadas, para poder hacer frente al embarazo, y que no contemplen como única alternativa el aborto. Es importante que no se sientan abandonadas.

El estudio realizado en Chile por el profesor Koch (2014) donde los resultados han sido expuestos en las Naciones Unidas, muestran como aquellas mujeres embarazadas en situaciones de vulnerabilidad si contasen con los apoyos y el acompañamiento suficiente, cambiarían la decisión de interrumpir el embarazo y poder continuar con ello. Se destaca la importancia de crear programas para apoyar el embarazo y abordar las problemáticas que pueden surgir (Azcona, 2019).

- **Adopción**

Otra de las consecuencias de no poder hacer frente a la maternidad, puede hacer que la madre tenga la voluntad de dar al bebé en adopción una vez haya dado a luz. Es uno de los recursos de protección a la infancia donde se asegura que el menor se encuentre en un entorno familiar seguro y estable.

Es muy importante comprender los factores que inciden para que una mujer embarazada tome la decisión de querer dar a su hijo/a en adopción, influyendo factores socioeconómicos, familiares y emocionales. En muchas ocasiones, estas madres quieren tener a su hijo/a, pero por las diferentes dificultades no pueden hacer frente a los cuidados de este, llevándole a un sufrimiento por la imposibilidad de cuidarle.

Planned Parenthood (s.f.) analiza las razones por las que una madre pueda dar a su futuro bebé en adopción, considerando de gran importancia el apoyo y la información que se le debe ofrecer. Entre las razones se pueden encontrar el embarazo inesperado al no



poder hacer frente a ello y la depresión que puede provocar el no estar preparadas. No contar con los suficientes recursos económicos es un factor muy importante, también hay mujeres que no quieren ser madres solteras al no contar con el apoyo por parte del padre, o que no cuentan con el apoyo familiar. Hay mujeres que ya cuentan con otros hijos/as y se quieren centrar en su educación. La inestabilidad emocional, ya que algunas de esas mujeres no están atravesando por un buen momento, están en la adolescencia y quieren acabar con su educación o concentrarse en el trabajo, están en una relación en la que sufren violencia de género, etc.

En el momento en que la madre decida dar al bebé en adopción será informada, asesorada y orientada tanto en el Centro de Salud como en el hospital por parte del/la trabajador/a social, además de intervenir ante las situaciones de vulnerabilidad que pueda presentar la mujer, brindando el apoyo social con el fin de lograr el bienestar social (Rodríguez, 2018). En el momento del parto, una vez haya sido informada de todo el proceso y decida dar en adopción, se pondrá en contacto con el/la trabajador/a hospitalario, que realizará una entrevista para analizar su situación personal, sociofamiliar, económica, etc. para asegurar la decisión. Se le informará de los recursos y ayudas a los que tiene derecho, al igual que los servicios existentes.

Siguiendo a Rodríguez (2018), durante la estancia en el hospital, se le brindará apoyo psicosocial y se derivará el caso al trabajador/a social del centro de salud. El trabajador/a social hospitalario se coordinará con el servicio de prevención y protección a la infancia para establecer el alta del menor.

Se puede realizar una intervención por parte del hospital y centro de salud y también por parte de los servicios sociales, quienes intervendrán en la retirada del menor.

### **2.3. Ámbitos de intervención del Trabajo Social con mujeres embarazadas**

La Federación Internacional de Trabajadores Sociales (en adelante FITS), definen el Trabajo Social como:

Una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar. (FITS, 2014, p. 144)

Barranco (2011) señala que el objeto del Trabajo Social trata de intervenir ante problemáticas sociales que viven las personas para intentar superar las situaciones o dificultades que presentan. Trata de generar cambios, satisfacer necesidades, superar dificultades, potenciar fortalezas, contribuir a promover el bienestar social, calidad de vida, etc.

Es una profesión que interviene a la hora de hablar de inclusión social en los aspectos que la persona lo pueda necesitar, como es la falta de apoyo social, falta de recursos, falta de acceso al mercado laboral, etc. Es el/la trabajador/a social el que se encarga de elaborar un diagnóstico social y una buena intervención. Favoreciendo los factores positivos que pueda tener la persona para potenciar el cambio social y reduciendo los riesgos de exclusión social.

Como profesión, es muy importante conocer la sociedad, como va evolucionando y los cambios que se van produciendo, para conocer así las necesidades que puedan presentar las personas. Existe muy poco conocimiento sobre la exclusión social que sufren algunas de las mujeres embarazadas. Existen grandes dificultades por ser mujer, madre, por lo que, si se suman otros factores como es la falta de apoyo, de recursos económicos, o la poca ayuda que da el estado llevaría a sufrir una exclusión social.

A la hora de que una mujer se quede embarazada, puede llegar a afectarle en varios aspectos y producir cambios psicológicos, biológicos y sociales. Es ahí, donde surge la importancia de una intervención desde el Trabajo Social (Guillén, 2004).

Lozano, Vázquez y González (2015) elaboraron una comparativa de lo que puede ocurrir cuando se realiza una intervención social por parte de trabajadores/as sociales con

mujeres embarazadas en riesgo de exclusión social y cuando no se realiza dicha intervención. Como se puede observar en la tabla N°2 son muchos los beneficios y resultados que se podrían obtener si existiese la intervención y se realizase a tiempo.

**Tabla 2. Cadena con intervención social y sin intervención social en mujeres embarazadas en riesgo de exclusión social.**

| Cadena sin intervención   | Cadena con intervención   |
|---|---|
| Riesgo de estrés y ansiedad.  | Ayudas económicas<br>Apoyo psicosocial<br>Asesoramiento jurídico<br>Abordaje psicológico<br>Asesoramiento laboral |
| Riesgo de segregar elevados niveles de cortisol afectando al bebé mediante la placenta.   | Escaso o nulo riesgo de segregar elevado nivel de cortisol.   |
| Riesgo de que el niño nazca con problemas físicos, psíquicos y de aprendizaje.  | Altas probabilidades de que el niño nazca sano.   |
| Riesgo de salud y de fracaso social en la infancia.<br>Riesgo de drogadicción, delincuencia o cualquier desviación durante la adolescencia. | Altas probabilidades de que el niño y en su futuro desarrollo no tengan desviaciones psicosociales.               |

Fuente: Elaboración propia a partir de Lozano, Vázquez y González (2015).

La intervención social con familias se considera de gran importancia en la profesión a la hora de crear herramientas y distintos modelos de intervención para aquellas mujeres embarazadas con distintas problemáticas. Es necesario preguntar por los conflictos existentes, demandas y necesidades que establecen para realizar una valoración social.

Los ámbitos de intervención se encuentran en el ámbito sanitario, contando con el hospital y centro de salud, y el ámbito de Servicios Sociales, trabajando en red y coordinándose continuamente.

### **2.3.1. Ámbito sanitario**

Siguiendo a Masfret (2010), el Trabajo Social sanitario es la especialidad que se desarrolla dentro del sistema sanitario, en la atención primaria, atención sociosanitaria o la atención especializada.

El/la trabajador/a social interviene sobre los problemas sociales que afectan a la salud de las personas. Gira en torno a dos ejes, el trabajo asistencial, donde orienta tanto al paciente como a la familia aliviando su situación de enfermedad y buscando la mejor respuesta posible mediante un trabajo con ellos y con los recursos de los que dispone el sistema de salud. Otro de los ejes es la promoción y prevención de la salud, orientando y ofreciendo la información pertinente para asesorar a una mejor calidad de la salud (Miguel, 2019).

Se considera de gran importancia la figura del/la trabajador/a social sanitario en la intervención con la mujer embarazada antes y después del parto con el fin de ofrecer el apoyo necesario.

Se ayuda a las familias a evitar nacimientos no deseados y favorecer los deseados. Por ello se encuentra necesario una intervención por parte de los profesionales ofreciendo asesoramiento e información, es decir, una asistencia sanitaria eficaz (Rodríguez, 2018).

Ellos son promotores del bienestar social de aquellas personas y familiares cuyas problemáticas les afrontar el embarazo con total normalidad. Ofrecen apoyo social integral, mediante una coordinación con otros profesionales, con entidades o centros, buscando los recursos y ayudas precisos, así como realizando el acompañamiento en la toma de decisiones.

Otro de los aspectos tratados por el Trabajo Social sanitario, es la interrupción voluntaria del embarazo (en adelante IVE). En España, dentro de las primeras catorce semanas de embarazo es legal (Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo), lo que conlleva una intervención por parte de esta profesión antes de la semana catorce en el centro de salud, y después en el hospital.

- **Hospital**

Dentro del ámbito sanitario, se cuenta con el Trabajo Social Hospitalario.

El/la trabajador/a social interviene sobre los problemas sociales que afectan a la salud de las personas. Gira en torno a dos ejes, el trabajo asistencial, donde orienta tanto al paciente como a la familia aliviando su situación de enfermedad y buscando la mejor respuesta posible mediante un trabajo con ellos y con los recursos de los que dispone el sistema de salud. Otro de los ejes es la promoción y prevención de la salud, orientando y ofreciendo la información pertinente para asesorar a una mejor calidad de la salud (Miguel, 2019, p.8).

Rodríguez (2018) señala, las funciones de los/las trabajadores/as sociales dentro del ámbito hospitalario, presentan las funciones de promocionar la salud, prevenir enfermedades, investigación y docencia y la coordinación con los centros de salud. En el sector de la mujer embarazada, además de informar, orientar y asesorar sobre prestaciones y recursos, se intentará resolver la demanda planteada, trabajando sobre la aceptación del nuevo hijo/a y se detectarán los indicadores de riesgo que puedan presentarse, mediante la coordinación con el centro de salud. También asegurando la protección sexual y reproductiva de la mujer.

Se encuentra dentro del equipo multidisciplinar hospitalario coordinándose con el resto de profesionales, médicos/as, enfermeros/as, celadores/as, auxiliares de enfermería, psiquiatras, psicólogos/as, etc. También realiza una coordinación fuera del ámbito sanitario con otros sectores de intervención, ya sea públicos o privados. Se encargan de

trabajar tanto con el paciente como con la familia durante la estancia hospitalaria para poder planificar el alta del paciente.

Los factores que intervienen con esta temática pueden ser la adopción, el aborto, abuso, incesto, violencia de género, falta de recursos, etc.

Miguel (2019) señala que, cuando se detecta algún tipo de problemática de la mujer embarazada por parte de un profesional, se detecta mediante derivaciones e interconsultas, donde se contacta con el trabajador/a social del hospital. Es aquí cuando es derivada y se realiza una entrevista inicial para conocer su realidad. En esta primera entrevista se analizarán los siguientes aspectos:

- Dimensión embarazo y maternidad: si el embarazo fue planeado o no, si se conocen los tipos de métodos de planificación familiar, si se ha aceptado, qué significa el ser madre para ella, el lugar que ocupa el futuro hijo/a dentro de la familia, si cuenta con pareja estable o con el apoyo de otros vínculos.
- Dimensiones del contexto: tipo de familia y los vínculos que tiene, el apoyo que recibe, si cuenta o no con trabajo, si cuenta con patologías de orden psicosocial, los obstáculos y posibilidades que ofrece el contexto.
- Dimensiones sociodemográficas: edad, etnia, ocupación, dirección, estado civil, nacionalidad, etc.

Cuando se han recogido los datos de las diferentes dimensiones, se elaborará un diagnóstico social que indicará el grado de aceptación del embarazo, si presenta las condiciones para cuidar el embarazo y al futuro hijo/a, el lugar que ocupa el padre durante el embarazo, el nivel de apoyo que recibe por parte del entorno, el funcionamiento familiar (Miguel, 2019).

Además de intentar resolver las necesidades y demandas planteadas, se detectarán los posibles indicadores de riesgo trabajando mediante una coordinación con Atención Primaria de Salud. También, una vez el paciente haya sido dado de alta, se podrá derivar

el caso a su centro de salud correspondiente, para que el/la trabajador/a social pueda seguir con el caso.

Ya mencionado en el apartado de adopción, será desde el hospital donde se pondrá en marcha el procedimiento de adopción por parte del trabajador/a social hospitalario, ofreciendo el apoyo social e informando sobre ayudas y prestaciones al apoyo de la maternidad.

- **Centro de Salud**

Siguiendo con el ámbito sanitario, se encuentra el/la trabajador/a del centro de salud. Al igual que los/las trabajadores/as sociales hospitalarios, trabajan sobre los aspectos sociales en el binomio salud-enfermedad. Se realiza una atención social a partir del concepto de salud, no solo viéndolo como la ausencia de enfermedad, sino mediante la visión biopsicosocial, con la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales.

El centro de salud se encuentra en primer nivel de atención en salud desde el Trabajo Social. Es considerado como la puerta de entrada de acceso.

En Atención Primaria, las actuaciones se dirigen a: “promoción de la salud, la educación sanitaria, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria, el mantenimiento y la recuperación de la salud, la rehabilitación física básica y el trabajo social, con una atención individual resolutive de primer nivel y en el ámbito familiar y comunitario.” (Castrillo et al., 2013, p.14)

Son muchos los colectivos con los que se interviene desde el Trabajo Social de Atención Primaria, siendo aquellos de especial vulnerabilidad entre los que se encuentran menores, personas mayores, mujeres, personas con discapacidad, etc. Al igual que en el Trabajo Social hospitalario, en Atención Primaria, forman parte del equipo multidisciplinar donde las mujeres embarazadas llegan a consulta por derivación del médico de cabecera o por iniciativa propia.

Según Velázquez y Chugani (2018), las funciones se agrupan en cinco áreas:

- Atención directa. Refiriéndose a todas las intervenciones directas que se establecen tanto con las personas como con sus familias. Es la primera etapa donde se recaba toda la información posible. Es aquí donde el/la trabajador/a social orienta, asesora, informa sobre recursos, realiza el informe social, realiza gestiones, informa sobre los derechos y deberes, etc. Elabora una valoración social del caso. El profesional podrá coordinarse con otros organismos o entidades, especialmente con Servicios Sociales, para poder realizar el seguimiento con otros organismos.
- Apoyo social. Se encarga de promover las redes de apoyo formales e informales, utilizando en ocasiones los grupos de ayuda mutua y el voluntariado. Informa sobre actividades y recursos. Realiza un acompañamiento a la persona en su proceso ofreciendo el apoyo necesario para que pueda salir de su situación.
- Promoción de la salud y participación comunitaria. El profesional se encarga de coordinarse con otras instituciones, entidades u organismos para impulsar acciones para promocionar la salud. Se encarga de estudiar como la sociedad va evolucionando, identificando la dinámica social, detectando los factores de riesgo. Debe promover que las personas participen en la comunidad mediante programas, actividades, etc.
- Investigación y docencia. Es muy importante la investigación propia y la difusión de los resultados obtenidos, al igual que participar en estudios.

El/la trabajador/a social es el encargado de brindar el apoyo social necesario que puedan necesitar aquellas mujeres, clarificar dudas, reducir los temores, explicar la protección de la salud sexual y reproductiva de la mujer. Encargándose de abordar los factores sociales que inciden en las condiciones de salud de la población. Se trabajará con ellas acompañándolas en la decisión que quieran tomar, informando sobre recursos y ayudas.

Uno de los aspectos que se trata en Atención primaria sobre la mujer embarazada, es la interrupción voluntaria del embarazo, que al ser legal antes de la semana 14, la intervención por parte del/ la trabajador/a social se realiza en el centro de salud. Este informa, orienta y asesora a la mujer. En muchas ocasiones la entrevista realizada se



realiza casi en el límite legal. El profesional se encargará de informar sobre las ayudas y prestaciones de apoyo a la maternidad, a la vez que apoyará y creará un vínculo en el que trabajará las circunstancias y factores de riesgo que ha existido durante el embarazo o futuras intervenciones (Rodríguez, 2018).

### **2.3.2. Ámbito de Servicios Sociales**

Ya explicadas con anterioridad, son varias las situaciones las que hacen que una mujer embarazada se encuentre en situación de vulnerabilidad social, afectándola tanto a ella como a su futuro hijo/a. Uno de los ámbitos en los que se interviene por parte de los/las trabajadores/as sociales es en Servicios Sociales, en los Centros de Acción Social (CEAS).

Los Servicios Sociales son los encargados de atender las necesidades de cada persona con el fin de lograr el bienestar social y la vida digna, persiguiendo la integración plena en la sociedad (Servicios Sociales de Castilla y León). Es el conjunto de servicios y actuaciones mediante el cual se realiza un acompañamiento a aquellas personas que viven situaciones de vulnerabilidad para que puedan lograr salir de su situación.

El Consejo General del Trabajo Social (s.f.) contempla los siguientes sectores específicos de los que se encarga la profesión: familia, infancia y juventud, personas mayores, mujer, personas con discapacidad y/o en situación de dependencia, reclusos y exreclusos, toxicómanos, minorías étnicas, personas sin hogar, inmigrantes, otros, etc.

El acceso se realizará mediante los Centros de Acción Social, donde se encargan de informar a la persona, valorar su situación, orientarle y se le derivará al servicio social más adecuado a su situación.

La principal figura es el/la trabajador/a social, que junto a otros profesionales como son psicólogos/as, educadores/as sociales, etc. serán los encargados de intervenir con las personas.

Según Los Servicios Sociales de Castilla y León (s.f.) entre las funciones del/la trabajador/a social de servicios sociales, se encarga de ofrecer un apoyo a las familias que presentan dificultades para atender a los menores. Se trabaja con los miembros que

componga la familia mediante la provisión de ayudas económicas, apoyo de equipos de intervención familiar, etc. El objetivo es que el menor pueda permanecer con la familia, cubriendo así sus necesidades. También se encargará de detectar y recibir el caso, ofreciendo la información y asesoramiento adecuado para cada caso específico. Se realizará la valoración y diagnóstico de las necesidades y se realizará una intervención individual, trabajando con la persona y/o familia gestionando recursos o servicios. Se realizará un seguimiento del caso y en caso necesario se derivará al recurso más idóneo. El/la trabajador/a social estará en continua coordinación con el resto de profesionales de servicios sociales o con profesionales del ámbito de salud, educación, organizaciones, etc.

Siguiendo con los Servicios Sociales de Castilla y León (s.f.), existe una red de protección a las familias más vulnerables, donde se coordinan una serie de servicios para resguardar a las familias más afectadas por la crisis monetaria. Se atienden las diferentes necesidades de las familias, ofreciendo una respuesta individualizada y una intervención personalizada de inserción para cada familia. Se realizará un acompañamiento y apoyo para la mejora de las relaciones del entorno, así como garantizar unas necesidades básicas de subsistencia.

Desde Servicios Sociales de Castilla y León (s.f.), se cuenta con el Servicio de apoyo a mujeres embarazadas o madres en situación de especial vulnerabilidad, con el fin de que consigan la suficiente autonomía como para prestar el adecuado cuidado a las necesidades del futuro hijo/a, mediante el apoyo necesario y ofreciendo los recursos y ayudas necesarios para poder salir de esa situación de dificultad. Entre las actuaciones se encuentran la de ofrecer ayuda durante el embarazo, ofrecer asesoramiento sobre la adopción y acogimiento familiar, promocionar el apoyo del entorno y formar y orientar sobre la integración laboral. Siendo el servicio más general para atender a este colectivo.

El Catálogo de Servicios Sociales (Servicios Sociales de Castilla y León, 2019) ofrece servicios específicos en materia de familia e infancia que sirven para paliar las diferentes situaciones, cabe destacar:

- Servicio de apoyo familiar para la protección a la infancia.

- Servicio de apoyo post-adopción.
- Servicio de apoyo personal y familiar para las víctimas de violencia de género.
- Servicio de mediación gratuita en situaciones de conflicto familiar.
- Servicio de apoyo familiar para la inclusión social.
- Servicio integral de apoyo a las familias en riesgo de desahucio por deuda hipotecaria.
- Acogimiento familiar para menores en protección.
- Prestación económica para el apoyo a la familia extensa acogedora de menores protegidos.
- Prestación económica para excedencia por cuidado de hijos, hijas o menores a su cargo.
- Prestación económica para reducción de la jornada laboral.
- Servicio de atención en centros infantiles de 0 a 3 años.
- Atención lúdica de niños y niñas para la conciliación de la vida laboral y familiar durante los periodos vacacionales (Conciliamos)
- Ampliación horaria para la conciliación en escuelas infantiles del primer ciclo de educación infantil titularidad de la Administración de Castilla y León (Pequeños madrugadores)

El Protocolo de actuación conjunta entre las Consejerías de Familia e Igualdad de oportunidades, Sanidad y Educación para la atención y apoyo a la mujer embarazada en situación de vulnerabilidad (Junta de Castilla y León, 2013), tiene el objeto de coordinar las actuaciones de las tres Consejerías para aquellas mujeres que cuentan con dificultades para continuar con su embarazo. En las tres Consejerías se establece una permanente coordinación con los/las trabajadores/as sociales de Servicios Sociales, CEAS.

Siguiendo con el Protocolo (Junta de Castilla y León, 2013), se establece un proceso de actuación por fases, que es el siguiente:

- **Detección.** Cualquier profesional de los distintos ámbitos que detecten el caso de una mujer embarazada en situación de vulnerabilidad se pondrá en contacto con el/la trabajador/a social del CEAS.
- **Valoración del caso.** El profesional del CEAS realizará la valoración oportuna para derivarle al recurso correspondiente y empezar a trabajar con la persona.
- **Plan de Intervención.** El CEAS deriva el caso al equipo multidisciplinar del Programa de apoyo a la familia, donde estudian el caso y se elabora el programa de intervención correspondiente. Se recogen las actuaciones de las áreas del apoyo personal, promoción de la salud, educación y cuidados prenatales y postnatales, área socio-laboral y el área de apoyos familiares y sociales. El diseño de este plan cuenta con la coordinación de profesionales de diferentes áreas que así requiera el caso.
- **Ejecución del Plan de Intervención familiar.** Se realiza por parte de los profesionales del equipo de apoyo a la familia, y se requiere de la aceptación por parte de la persona interesada y de su familia. El plan se llevará a cabo mediante la coordinación con diferentes servicios, como es con el CEAS, el sistema de salud, servicios de salud mental, recursos de drogodependencias, centros educativos, equipos de protección a la infancia de Servicios Sociales, con otros que intervengan en el caso, etc.
- **Notificación.** Se informa sobre el resultado de la evaluación a la persona correspondiente por parte del CEAS.

## **2.4. Políticas Sociales en materia de familia e infancia**

Según Rodríguez (2018), la política social debe basarse en la regulación de los derechos y deberes de la familia, entre esta y las instituciones sociales y políticas, y, por otro lado, que los servicios y prestaciones económicas puedan cubrir las necesidades.

El VIII Informe FOESSA señala que en la política familiar y de infancia se incluyen medidas para facilitar la tendencia de los hijos y para evitar que al tenerles se deriven a situaciones de pobreza en los hogares. Se distinguen tres instrumentos acerca de las políticas familiares, que son el tiempo, acerca de los permisos de maternidad y paternidad, formas de flexibilizar el tiempo en el trabajo, los servicios de atención y cuidado y el dinero (FOESSA, 2019).

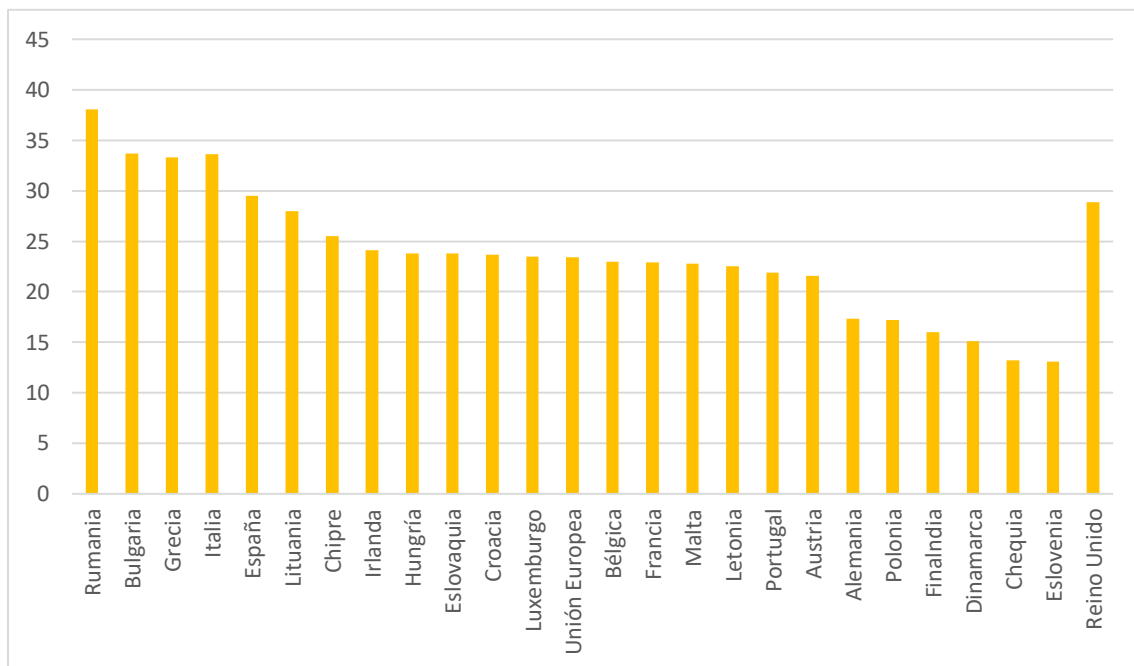
Se han ido generando situaciones de vulnerabilidad en las familias por lo que se han tenido que crear políticas de protección a la familia y a la infancia dentro de las políticas sociales. Antes de la crisis económica del 2008 en España, el gasto en protección social en políticas de familia en infancia aumentó en mayor medida que el resto de la Unión Europea, pero la crisis hizo que se frenara el avance en las primeras semanas de desarrollo (FOESSA, 2019). En cuanto a la inversión pública en infancia y familias, las prestaciones ofrecidas son bajas en comparación con otros países de la UE. En 2013, el gasto no superaba el 0,5%, mientras que el resto de países el gasto llegaba al 1,5% del PIB.

En España, se cuenta con la prestación económica por nacimiento o adopción de hijo, en supuestos de familias numerosas, monoparentales y en los casos de madres con discapacidad; prestación por hijo a cargo; prestación económica por parto o adopción múltiples y prestación familiar en su modalidad contributiva. Son prestaciones que buscan cubrir las necesidades de las familias más vulnerables.

Sosa (2019) refiere que España destaca por su escasa inversión en familia e infancia, siendo uno de los países de la Unión Europea que menos se encarga de reducir la pobreza infantil con las prestaciones. Más de dos millones de menores, alrededor de un 28,3%, se encuentran en situación de vulnerabilidad y pobreza, pidiendo la Unión Europea a España que tomase medidas al respecto para invertir más en esta materia.

La deficiente ayuda que ofrecen las políticas sociales en dicha materia para que las familias más vulnerables puedan desarrollarse con normalidad, se deriva a una elevada tasa de riesgo de pobreza en la infancia, véase en la gráfica N°3, donde España cuenta con un 29,5%, frente a la media europea con un 23,4%.

**Gráfica 3. Niños en riesgo de pobreza o exclusión social (2018).**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de Eurostat (2018).

Son varios los autores que hablan sobre la desprotección que ofrecen las Administraciones Públicas en materia de maternidad, de las políticas sociales ofrecidas en España respecto a otros países de la Unión Europea.

Cordero (2011), habla sobre el abandono de las administraciones. Cada vez las familias necesitan más de ayudas y apoyo por parte de las institucionales, no siendo una prioridad por parte de estas. Mientras que en Europa la política familiar que se desarrolla es considerada como de primer nivel, en España los apoyos que ofrecen son muy escasos.

Siguiendo a Cordero (2011), existe una clara relación entre la ayuda que se ofrecen a las familias y el número de hijos que tienen. Países que conceden más ayudas a las familias

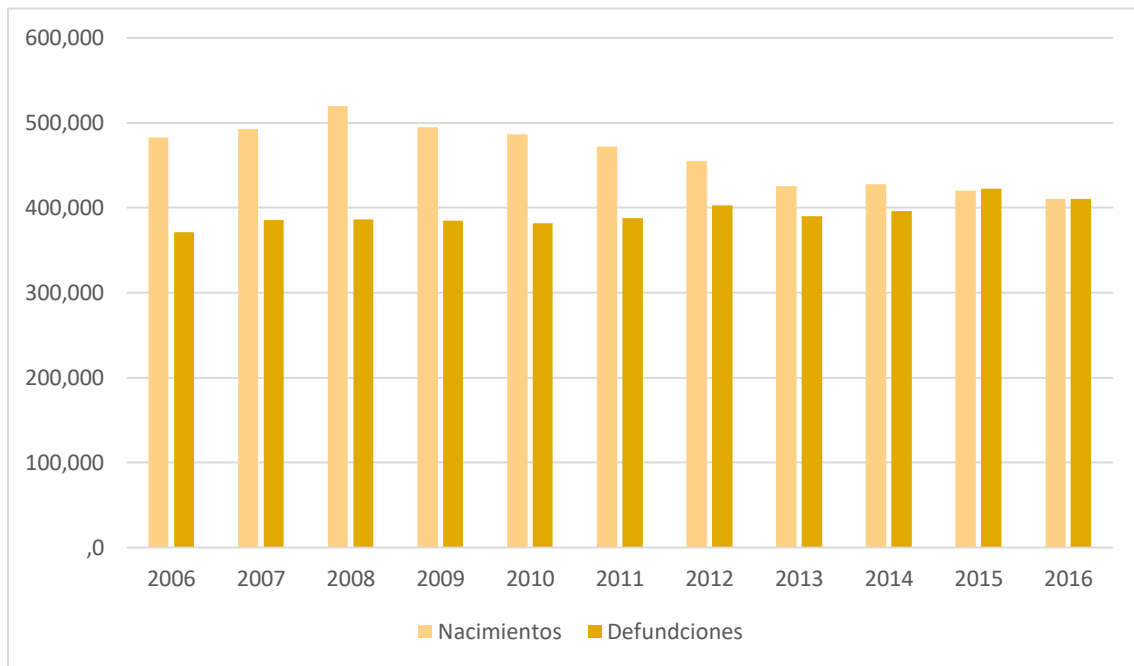
son aquellos países que tienen mayor natalidad, como son Francia, Irlanda y Luxemburgo. Por el contrario, España es uno de los países de Europa que sigue manteniendo las ayudas más bajas y también la natalidad es muy baja. Mientras que en la UE ocho de cada diez hijos reciben ayuda directa por hijo, en España solo uno de cada diez tiene derecho a esa prestación. En Europa se destina el 2,2% del PIB, en España el 1,2%. Viendo como no es un tema de interés a nivel administrativo en España.

Pardo (2018), señala que en España se da mucha importancia a las pensiones por vejez, al sistema sanitario y a una protección frente al desempleo, pero ofrece una ayuda reducida en materia de maternidad y ayudas a las familias. Hace una comparativa sobre los modelos de bienestar entre España, Alemania, Suecia y Estados Unidos para reflexionar sobre el tema a tratar. Con respecto a las ayudas que se ofrecen en materia de familia e hijos, Suecia destina un 3,6% del PIB, le sigue Alemania con 2,2% del PIB, después España con un 1,4% y Estados Unidos 0,7%. (pp.14).

En España queda mucho camino por recorrer para cubrir las necesidades que presentan en materia de maternidad y para el cuidado de los hijos, no pudiendo hacer frente a ello en muchas ocasiones.

La Fundación REDMADRE, en su Mapa de la Maternidad (2017), argumenta con que mujeres embarazadas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad, no se encuentran apoyadas por las políticas sociales, donde se refleja los datos que desde el 2015 mueren más personas de las que nacen.

**Gráfica 4. Número de nacimientos y defunciones en España (2006-2016).**

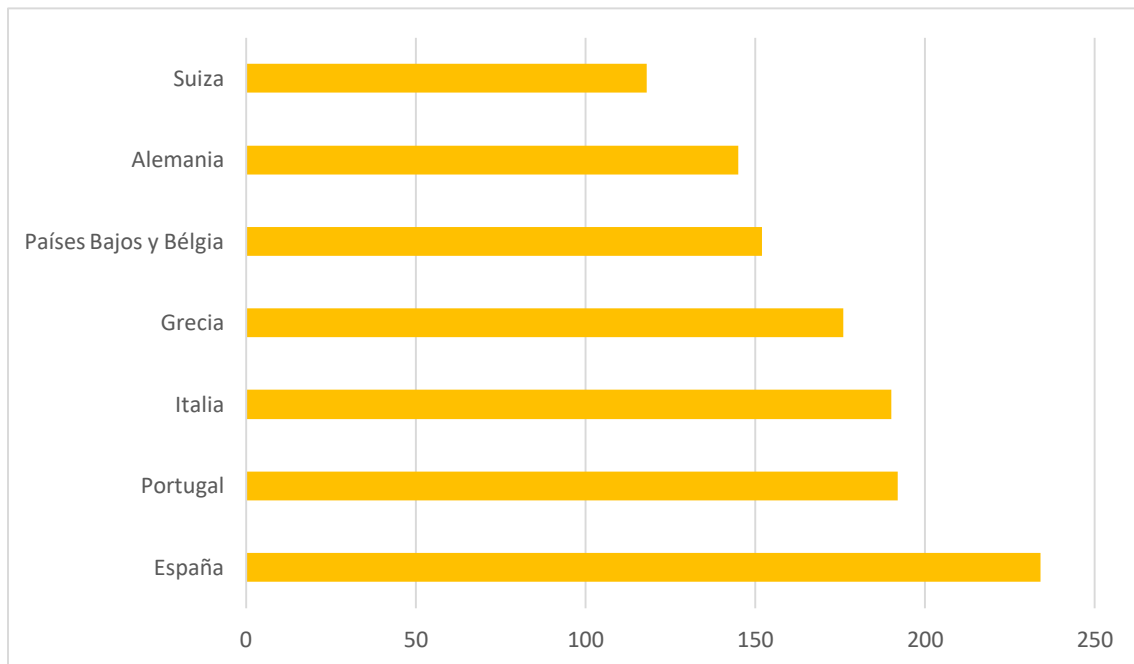


Fuente: Elaboración propia a partir de RedMadre (2017).

Como se puede comprobar en la gráfica Nº 3 sobre el número de nacimientos y defunciones en España, con datos obtenidos desde el 2006 hasta el 2016, el número de nacimientos ha ido disminuyendo a lo largo de los años, mientras que el número de defunciones ha ido en aumento.



**Gráfica 5. Número de abortos por cada mil nacimientos (2017).**

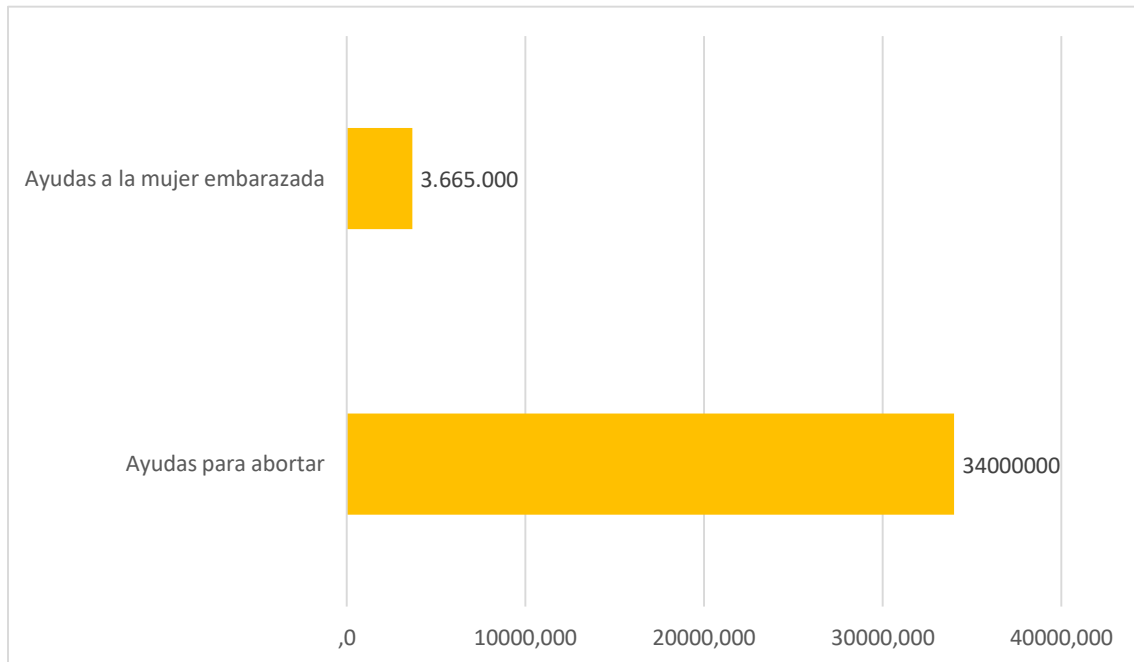


Fuente: Elaboración propia a partir de RedMadre (2017).

Como podemos observar en la gráfica Nª4 respecto al número de abortos por cada mil nacimientos, en comparación con varios países de Europa, España se encuentra en la cola, siendo una cifra más alta que el resto.

Siguiendo con la comparación con Europa, España es uno de los países de la Unión Europea con más riesgo de pobreza infantil, también es uno de los países con menos porcentaje del PIB dedicado a las ayudas para la familia. Se encuentra relación el porcentaje dedicado a ayudas para la familia con el número de abortos, a menor gasto por parte de las Administraciones Públicas, mayor será el índice de abortos.

**Gráfica 6. El gasto total por parte de las Administraciones Públicas en ayudas a la mujer embarazada y en aborto.**



Fuente: Elaboración propia a partir de RedMadre (2017).

Como se observa en la gráfica N°5, el Estado destina más dinero a financiar el aborto, en vez de ofrecer el apoyo hacia esas mujeres que se encuentran en situación de vulnerabilidad para que no se sientan abandonadas ni olvidadas.

En el ámbito de la política social en materia de maternidad es muy deficiente, no se busca potenciar el número de nacimientos, debido a las pocas ayudas públicas que se ofrecen. Las mujeres embarazadas en riesgo de exclusión social al no contar con las suficientes medidas de apoyo hacen que tomen la decisión de no seguir con el embarazo al no encontrar con ninguna otra salida.

## **2.5. Normativa**

Haciendo referencia a la normativa a nivel autonómico, de Castilla y León, la primera Ley integral de Apoyo a la Mujer Embarazada, creó una red de apoyo a las mujeres que

tienen dificultades para la finalización de su embarazo, es la Ley 14/2008, de 18 de diciembre por la que se regula una red de apoyo a la mujer embarazada. Fue Castilla y León la pionera en crear dicha ley.

Como indica en la Ley, son muchas las circunstancias por las que puede pasar una mujer embarazada y por ello hace que en muchas ocasiones debido a la falta de información o carencia de apoyo no les quede otra alternativa que recurrir al aborto. Prestará especial atención a la mujer embarazada adolescente, al igual que aquellas mujeres que se encuentren en especial vulnerabilidad.

**Artículo 1. Objeto de la ley.** La presente ley crea una red de apoyo a las mujeres embarazadas, promoviendo los recursos sanitarios, sociales, educativos, laborales y cualesquiera, coordinando a la mujer embarazada a cada sistema correspondiente con su situación.

**Artículo 4. Recursos en red.** La Ley incluye los siguientes recursos para atender las dificultades:

- Información y asesoramiento personalizado sobre los recursos existentes.
- Alojamiento temporal.
- Apoyo psicológico.
- Asesoramiento jurídico.
- Ayudas por nacimiento.
- Integración socio laboral.

**Artículo 6. Sistema sanitario.** Se ofrecerá la información sobre la interrupción voluntaria del embarazo por parte de los centros sanitarios por los diferentes profesionales

**Artículo 7. Sistema educativo.** En aquellos casos en los que la mujer embarazada siga cursando los estudios se facilitará la adaptación de la educación a sus necesidades durante el embarazo.

**Artículo 10. Plan integral de Apoyo a la Mujer embarazada.** Contemplando cuatro áreas: sensibilización y formación; información; formación; atención social, laboral, educativa y sanitaria.

Haciendo referencia a la normativa de Castilla y León respecto al tema, se encuentran destacadas las siguientes leyes:

- **Ley 14/2002, de 25 de julio, de promoción, atención y protección a la infancia en Castilla y León.** Tiene como objeto la protección a los menores asegurando una atención integral. Se encarga de prevenir las causas y factores que impiden que el menor se desarrolle con total normalidad en su entorno familiar.
- **Ley 1/2007, de 7 de marzo, de Medidas de Apoyo a las Familias de la Comunidad de Castilla y León**
- **Decreto 131/2003, de 13 de noviembre, por el que se regula la acción de protección de los menores de edad en situación de riesgo o de desamparo y los procedimientos para la adopción y ejecución de las medidas y actuaciones para llevarla a cabo.**
- Artículo 33. El apoyo a la familia. Se realizará un apoyo a la familia integrando acciones de tipo económico, técnico o ayuda material para satisfacer las necesidades básicas y que el menor pueda permanecer en su familia de origen.
- **Ley 4/2018 de 2 de julio, de ordenación y funcionamiento de la Red de Protección e Inclusión a personas y familias en situación de mayor vulnerabilidad social o económica en Castilla y León.** En un principio se creó con el fin de integración de recursos y medidas dirigidas a aquellas personas y familias afectadas por la crisis que se encontraban en situaciones de vulnerabilidad o en riesgo de exclusión social. Actualmente se han ampliado las

herramientas con las que se trabaja en red para llegar a más personas, con el fin de lograr la inclusión social y laboral de aquellas en situación de vulnerabilidad.

A nivel estatal, se cuenta con la **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**. Destacando los siguientes artículos:

- Artículo 1. Objeto. La presente Ley tiene como objeto “garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y establecer las correspondientes obligaciones de los poderes públicos” (pp.7).
- Artículo 11. Elaboración de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva. La Estrategia se centrará en jóvenes y adolescentes y en aquellos colectivos que presentan necesidades especiales. (pp.9).
- Artículo 14. Interrupción del embarazo a petición de la mujer. Podrá la mujer interrumpir el embarazo dentro del plazo de las primeras 14 semanas de gestación, siempre que se haya informado sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas sobre el apoyo a la maternidad. (pp. 10).

### **3. CONCLUSIONES**

A continuación, se expondrán las conclusiones a las que se ha llegado mediante la revisión bibliográfica de los aspectos más importantes sobre el tema “Mujeres embarazadas en riesgo de exclusión social. Intervención desde el Trabajo Social”.

Las evidencias expuestas a lo largo del trabajo muestran como el tema de la exclusión social siempre ha tenido mayor repercusión en las mujeres debido a que a lo largo del tiempo han existido y existen desigualdades sociales. Se evidencia como la mayor vulnerabilidad económica y social se encuentra en mujeres, debido a factores como el empleo deficiente o el aislamiento. El tema principal gira en torno a la exclusión social que sufren muchas de las mujeres embarazadas debido a las diferentes situaciones que les puede tocar vivir. Cuando una mujer se queda embarazada se encuentra en una situación de vulnerabilidad, el cual si se le suman diversas dificultades puede generar un proceso de exclusión social.

Las diversas situaciones explicadas a lo largo del trabajo pueden ser el sufrir violencia de género durante el embarazo, aumentando la vulnerabilidad de la mujer. Numerosos autores evidencian como la violencia de género aumenta durante el proceso de gestación, teniendo repercusiones a nivel social y de salud tanto en la madre como en el futuro desarrollo del hijo/a. La falta de apoyo condiciona el desarrollo del embarazo, siendo mayor el porcentaje en mujeres que sufre aislamiento al no contar con apoyo para poder salir de las dificultades. Se da gran importancia al apoyo social por parte de los profesionales, siendo un papel crucial para cuidar aspectos psicológicos, dando también gran importancia al apoyo familiar y por parte del entorno.

El empleo condiciona la situación a la hora de enfrentarse al embarazo, aunque a lo largo del tiempo la mujer se ha ido incorporando al ámbito laboral, siguen existiendo desigualdades debido a que el mayor porcentaje de paro y de empleos precarios se da en las mujeres. La difícil conciliación laboral hace que en ocasiones las mujeres no puedan hacerse cargo del trabajo. Unido a la falta de empleo, se encuentra el estar en una situación de pobreza. Existe gran precariedad para cuidar y desesperación por sacar

al hijo/a adelante. Se encuentran ante un futuro inesperado al que no saben cómo afrontar.

El embarazo adolescente es considerado un problema de salud pública debido a que se tiene consecuencias para la salud, económicamente y sociales. Cuanto más joven es la mujer embarazada más riesgo existe tanto para ella como para el feto. Cada vez la iniciación en la vida sexual se desarrolla más tempranamente por lo que es necesario una educación sexual. El embarazo durante la adolescencia se asocia a un mayor riesgo de fracaso escolar, lo que conlleva a una dificultad por encontrar empleo estable. Otra de las situaciones es el consumir sustancias durante el embarazo, siendo considerado como un grupo de riesgo sociosanitario debido a la etapa de vulnerabilidad en la que se encuentra y a las complicaciones tanto maternas como fetales-neonatales que pueden provocar tanto en la madre como en el hijo/a.

El embarazo es un proceso de cambios físicos y psicológicos que afectan a la salud mental de las mujeres, donde una de cada cuatro desarrolla algún tipo de enfermedad mental. Las enfermedades más comunes que se dan durante la gestación es la depresión y la ansiedad, seguidas de psicosis, fobias, trastornos obsesivos compulsivos, trastornos bipolares, alimentarios e ideas suicidas.

Todas estas situaciones dificultan el desarrollo normal del embarazo, por lo que, si no se cuenta con las herramientas y el apoyo suficiente por parte de los profesionales y de las Administraciones Públicas, estas mujeres no tendrán otra alternativa a no continuar con el embarazo. Una de las consecuencias de no poder hacer frente a la maternidad es el someterse a una Interrupción Voluntaria de Embarazo el cual se encuentra asociado a una carencia de apoyo y de recursos recibidos. En los últimos años el número de abortos se encuentra en aumento, debido a que las mujeres no encuentran otra solución. Evidencias demuestran que aquellas Comunidades Autónomas que no ofrecen ninguna ayuda a la maternidad, son las que presentan los índices más altos de abortos. Otra de las soluciones que encuentran es dar al bebé en adopción, donde influyen factores socioeconómicos, familiares y emocionales.

Desde el punto de vista del Trabajo Social, juega un importante papel en temas de exclusión social, interviene para prevenir esas situaciones y trabaja con aquellas personas que la sufren para mejorar su calidad de vida mediante las herramientas oportunas, realizando un acompañamiento en la toma de decisiones, movilizándolo los recursos pertinentes, etc. Con respecto a la intervención de los/las trabajadores/as sociales con mujeres embarazadas intervienen a la hora de hablar de inclusión social reduciendo los riesgos de caer en la exclusión social. La intervención desde esta profesión es necesaria para realizar el apoyo social oportuno, el acompañamiento en la toma de decisiones, orientar sobre las ayudas económicas existentes, realizar un asesoramiento jurídico, un asesoramiento laboral, etc. El Trabajo Social se encarga de conocer los conflictos existentes, las demandas y necesidades por parte de la mujer y de trabajar con ella ante las dificultades que se puedan presentar. Estas mujeres le dan gran importancia al apoyo social recibido por parte de los profesionales.

Los ámbitos de intervención que se realizan ante estas situaciones por parte de los/las trabajadores/as sociales es el ámbito sanitario, donde se interviene desde el hospital y el centro de salud, temas como la adopción, incesto, abuso, intervención voluntaria de embarazo, violencia de género, carencia de recursos etc. Se trabaja tanto con la persona como con la familia, en continua coordinación con Servicio Sociales, otro de los ámbitos de intervención. Se encarga de ofrecer un apoyo a las familias que presentan dificultades para atender a los menores. Se trabaja con los miembros que componga la familia mediante la provisión de ayudas económicas, apoyo de equipos de intervención familiar, etc. junto a los servicios y recursos existentes.

Las políticas sociales juegan un importante papel a la hora de comprobar que los servicios y prestaciones económicas puedan cubrir las necesidades de la familia. En España, la deficiente ayuda que ofrecen las políticas sociales en dicha materia para que las familias más vulnerables puedan desarrollarse con normalidad, se deriva a una elevada tasa de riesgo de pobreza en la infancia. Cada vez las familias necesitan más de ayudas y apoyo por parte de las instituciones, no siendo una prioridad por parte de estas. Mientras que en Europa la política familiar que se desarrolla es considerada como de primer nivel, en España los apoyos que ofrecen son muy escasos.



#### 4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Azcona, A. (2019). *Mujeres abocadas al aborto y ausencia de programas de apoyo.*

Recuperado de:

<https://www.redmadre.es/conocenos/prensa/articulos/item/mujeres-abocadas-al-aborto-y-ausencia-de-programas-de-apoyo#.XlPu-ChKg2w>

Barranco, E. C. (2011). La intervención en Trabajo Social desde la calidad integrada. La intervención en Trabajo Social desde la calidad integrada. *Cuadernos de Trabajo Social*, 12, 79-102.

Castillo, J.L., Díez, T.J., Escaja, M<sup>o</sup>.A., García, J.L, González, E., González, R., Guzmán, M<sup>o</sup>. A., Mercado, T., Torres, T. y Velasco, M.C. (2013). Documento de Consenso sobre las Funciones del Profesional del Trabajo Social. Recuperado de: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/documento-consenso-funciones-profesional-trabajo-social-san.ficheros/330043-Documento%20Consenso%20Funciones%20Trabajadores%20Sociales.pdf>

Consejo General del Trabajo Social. (s.f.). *Servicios Sociales*. Recuperado de: [https://www.cgtrabajosocial.es/ejes\\_sss\\_inicio](https://www.cgtrabajosocial.es/ejes_sss_inicio)

Cordero, P. (2011). La familia española entre el tradicionalismo y la postmodernidad. *Humanismo y Trabajo Social*, 9, 157-170.

CRUZ ROJA (2017). Boletín sobre vulnerabilidad social de Cruz Roja. Recuperado de: <https://www.cruzroja.es/principal/documents/449219/1920157/BOLETIN+14+A+TENPRO+interactivo.pdf/36863df0-23f8-4410-a6ef-250823ca7225>

Documento de Consenso sobre las Funciones del Profesional de Trabajo Social Sanitario. Recuperado de: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/documento-consenso-funciones-profesional-trabajo-social-san.ficheros/330043-Documento%20Consenso%20Funciones%20Trabajadores%20Sociales.pdf>

FOESSA (2019). VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Recuperado de: <https://caritas-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/sites/16/2019/05/Informe-FOESSA-2019-completo.pdf>

Fundación REDMADRE. (2017). *El Mapa de la Maternidad en España*. Recuperado de: <https://www.redmadre.es/conocenos/prensa/mapa-de-la-maternidad/mapa-de-la-maternidad-2017>

García, A.A. y González, M. (2018). Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes en un área de salud. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 22(3), 3-14.

Gómez, R. (2013). Los trabajadores sociales en las diferentes esferas de la estructura social. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, (53), 165-176.

Jorge, F., Da Silva, F., Bem, A., Rolim, V., Silva, G., Albuquerque, J. (2019). Enfermedad mental en mujeres embarazadas. *Enfermería Global*. 53, 1695-6141. Doi: 10.6018/18.1.328331

Junta de Castilla y León. (2013). *Protocolo de actuación conjunta entre las Consejerías de Familia e Igualdad de oportunidades, Sanidad y Educación para la atención y apoyo a la mujer embarazada en situación de vulnerabilidad*. Recuperado de: <https://www.dipsegovia.es/documents/963029/2495334/PROTOCOLO+MUJER+EMBARAZADA.pdf>

Ley 14/2002, de 25 de julio, de Promoción, Atención y protección a la Infancia en Castilla y León. Boletín oficial del Estado, núm. 197, de 17 de agosto de 2002, pp. 30657 a 30695. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/08/17/pdfs/A30657-30695.pdf>

Ley 14/2008, de 18 de diciembre, por la que se crea y regula una red de apoyo a la mujer embarazada. Boletín Oficial del Estado, núm. 15, de 17 de enero de 2009, pp. 5582 a 5584. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2009/01/17/pdfs/BOE-A-2009-813.pdf>

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, núm. 55, de 04 de marzo de 2010, pp. 21001 a 21014. Recuperado de:

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-3514-consolidado.pdf>

Ley 4/2018, de 2 de julio, de ordenación y funcionamiento de la red de protección e inclusión a personas y familias en situación de mayor vulnerabilidad social o económica de Castilla y León. Boletín Oficial del Estado, núm. 132, de 10 de julio de 2018, pp. 80623 a 80652. Recuperado de:

<https://www.boe.es/boe/dias/2018/08/10/pdfs/BOE-A-2018-11415.pdf>

López, M.J. y Ortega, T. (2019). Atención integral a mujeres drogodependientes embarazadas. Propuesta de protocolo de actuación sociosanitaria. *Trabajo Social Global*, 9(16), 248-267. Recuperado de:

[https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/56225/TSG%20V9\\_N16\\_12%20L%c3%b3pez%20y%20Ortega.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/56225/TSG%20V9_N16_12%20L%c3%b3pez%20y%20Ortega.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Lozano, M.J., Vázquez, J.M., y González, Y. (2015). Trabajo social y calidad de vida con madres y mujeres gestantes en riesgo de exclusión. *Revista Perspectivas Sociales*. 17 (2), 99-118.

Masfret, D. C. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, (47), 109-119.

Mateo, G. M. (2016). La violencia de género en las historias de vida de las mujeres que inician su trayectoria vital en la situación de vulnerabilidad. *Comunitania: Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales*, (11), 45-67.

Mier, J., Samaniego, R.A., García, I., de María, F. y Castañeda, J.E. (2017). El apoyo social y su importancia en el embarazo. *IBN SINA*, 7(2). Recuperado de:

<http://148.217.50.37/index.php/ibnsina/article/view/33>

Muñoz, L. A., Sanchez, X., Arcos, E., Vollrath, A., & Bonatti, C. (2013). Vivenciando la maternidad en contextos de vulnerabilidad social: un enfoque comprensivo de la fenomenología social. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(4), 913-919.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *El embarazo en la adolescencia*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Orodoñez, G.M. (2016). El rol del trabajador social para el cumplimiento de los derechos laborales de la mujer embarazada trabajadora (examen complejo). UTMACH, Unidad Académica de Ciencias Sociales, Machala, Ecuador.

Pascale, A. (2017). Consumo de drogas durante el embarazo. *Efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención*. Recuperado de: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-de-drogas-durante-el-embarazo-Revision-MSP.pdf>

Pardo, D. (2018). Política Comparada. *Análisis comparado de los modelos de bienestar social vigentes en España, Alemania, Suecia y Estados Unidos*. Recuperado de: [https://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio\\_documentos\\_archivos/437327b4cbe04f01597709aad4766ff8.pdf](https://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/437327b4cbe04f01597709aad4766ff8.pdf)

Planned Parenthood. (s.f.). *Embarazo*. Recuperado de: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/embarazo/dar-en-adopcion-es-lo-indicado-para-mi>

Puente, A., Ubillos, S., Echeburúa, E., y Páez, D. (2015). Factores de riesgo asociados con la violencia contra las mujeres en parejas: una revisión de metanálisis y estudios recientes. *Anales De Psicología*, 32 (1), 295-306. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.1.189161>.

Revista de Treball Social (2016). *Derechos sociales y justicia social*, (207). Recuperado de: [file:///C:/Users/user/Downloads/rts\\_207\\_castellano%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/rts_207_castellano%20(1).pdf)

- Rincón, D., y Ramírez, R. (2013). Determinantes sociales, cuidado prenatal y depresión posparto. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2010: estudio transversal. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 56(10), 508-514.
- Rodríguez, A. M. (2018). La intervención social en el abordaje de la maternidad y paternidad desde el contexto de salud: la figura del/de la trabajador/a social sanitario/a. *Trabajo Social Hoy*, 85, 7-26. doi.org/10.12960/TSH.2018.0013
- Rodríguez, V., Navío, C. y Miranda, M.D. (2013). Violencia de Género en gestantes. *Revista de Transmisión del Conocimiento Educativo y de la Salud*. (4), 375-372.
- Rosetti, N. (2017). Exclusión social, políticas de inclusión y desigualdades de género. *Revista de investigación y análisis social*. Recuperado de: <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/revista-castellano/07-exclusion-social-politicas-de-inclusion-y-desigualdades-de-genero.pdf>
- Sáez, C. (08 de agosto de 2019). El estrés más oculto de la maternidad. *La Vanguardia*. Recuperado de: <https://www.lavanguardia.com/vida/20190808/463940021575/maternidad-estres-trastorno-psiquiatrico-embarazo-perinatal.html>
- Santibáñez, R., Flores, N., y Martín, A. (2018). Familia monomarental y riesgo de exclusión social. *Iqal. Revista de género e igualdad*, (1), 123-144.
- Servicios Sociales de Castilla y León. (s.f.). *Los servicios Sociales*. Recuperado de: <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/como-acceder-servicios-sociales/servicios-sociales.html>
- Servicios Sociales de Castilla y León. (2019). *Catálogo de Servicios Sociales*. Recuperado de: <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/como-acceder-servicios-sociales/catalogo-servicios-sociales.html>

- Sosa, M. (01 de febrero de 2019). Alemania paga ocho veces más que España a las familias pobres con hijos. *El País*. Recuperado de: [https://elpais.com/sociedad/2019/01/25/actualidad/1548410200\\_680174.html](https://elpais.com/sociedad/2019/01/25/actualidad/1548410200_680174.html)
- Urgilés, S., Fernández, N. y Durán, J. (2018). Influencia socio familiar en adolescentes embarazadas. *Killkana sociales: Revista de Investigación Científica*, 2(1), 49-54.
- Valdivieso, C. C. (2013). *El embarazo adolescente: un problema de salud pública* (Tesis Doctoral). Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10492/TESIS-PUCE-Valdivieso%20Acosta%20Carla.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Velasco, M.C. (2016). *Violencia de la pareja durante el embarazo en mujeres que dan a luz en hospitales públicos de Andalucía* (Tesis doctoral). Recuperado de: [file:///C:/Users/user/Downloads/24703308%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/24703308%20(1).pdf)
- Velázquez, M. C. A., y Chugani, V. M. (2018). Las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en atención primaria de salud: evolución, redefinición y desafíos del rol profesional. *Cuadernos de Trabajo Social*, 31(2), 355.