



# Universidad de Valladolid

## Facultad de Educación y Trabajo Social

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Educación Social

*Gestación y maternidad en situaciones de  
vulnerabilidad social: un proyecto de  
intervención socioeducativa*

Presentado por:

Lioba Benavente Martín

Tutelado por:

Eduardo Fernández Rodríguez

## **Resumen**

Este trabajo pretende acercarse a la situación de gestación y maternidad en mujeres en situaciones de vulnerabilidad social, desde el punto de vista de la Educación Social. En primer lugar, abordaremos el fenómeno de la maternidad y el embarazo, desde una perspectiva social. A la vez, se recopilará las distintas situaciones de vulnerabilidad en las que una mujer puede enfrentarse durante este periodo de vida y sus consecuencias en ellas y en los hijos/as.

Posteriormente, se desarrolla un diseño de intervención socioeducativa el cual busca generar cambios en las prácticas y comportamientos de las madres y su entorno, favoreciendo el proceso gestante y el consiguiente vínculo entre la madre y el hijo/a. Esta intervención se realizará directamente con las madres y la figura de acompañamiento, creando una red de apoyo emocional, logístico, de seguridad y confianza.

**Palabras clave:** maternidad, gestación, crianza, red de apoyo, vulnerabilidad social.

## **Abstract**

This document aims to approach the situation of pregnancy and motherhood in women in situations of social vulnerability, from the point of view of Social Education. Firstly, we will approach the phenomenon of maternity and pregnancy from a social perspective. At the same time, we will compile the different situations of vulnerability in which a woman can face during this period of life and its consequences on them and their children.

Subsequently, a socio-educational intervention design will be developed which seeks to generate changes in the practices and behaviours of mothers and their environment, favouring the pregnancy process and the resulting bond between mother and child. This intervention will be carried out directly with the mothers and the accompanying figure, creating a network of emotional, logistical, security and trust support.

**Keywords:** motherhood, pregnancy, parenting, support network, social vulnerability.

# INDICE

1.	INTRODUCCIÓN .....	5
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS.....	7
2.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	7
2.2	OBJETIVOS .....	8
3.	JUSTIFICACIÓN .....	9
4.	MARCO TEORICO.....	11
4.1	GESTACIÓN Y MATERNIDAD.....	11
4.2	EMBARAZO Y MATERNIDAD VULNERABLE .....	13
4.3	SITUACIONES DE VULNERABILIDAD SOCIAL EN MUJERES GESTANTES .....	15
4.3.1	Insuficiencia de apoyo familiar .....	16
4.3.2	Violencia de genero .....	17
4.3.3	Abuso de sustancias psicoactivas o drogodependencia .....	19
4.3.4	Problemas de salud mental durante el embarazo.....	22
4.3.5	Falta de empleo y/o recursos económicos.....	23
4.3.6	Embarazo adolescente.....	25
4.4	CONSECUENCIAS EN MUJERES E HIJOS/AS .....	26
4.5	EDUCACIÓN SOCIAL ÁMBITO SANITARIO.....	28
5.	INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON MUJERES EMBARAZADAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD SOCIAL.....	31
5.1	INTRODUCCIÓN.....	31
5.2	OBJETIVOS .....	32
5.3	CONTENIDOS .....	33
5.4	METODOLOGÍA.....	34
5.5	RECURSOS .....	35
5.6	TEMPORALIZACIÓN .....	35

5.7	EVALUACIÓN.....	37
6.	CONCLUSIONES .....	39
	Bibliografía.....	41

# 1. INTRODUCCIÓN

El tema del Trabajo de Fin de Grado presentado por la estudiante tiene como eje principal de investigación la maternidad, especialmente aquellas situaciones que llegan en un momento en el que la mujer se encuentra en una situación de riesgo y exclusión social.

El motivo por el que la investigadora ha decidido optar por este tema es debido a múltiples factores. En primer lugar, de manera personal se presenta como un ámbito de estudio muy atractivo para la estudiante desde hace años, como algo a lo que siempre ha surgido un interés de manera intrínseca en ella misma, motivándola en la elección de este tema.

A este interés personal podemos añadir la experiencia pasada desde noviembre de 2021 a enero de 2022, que tuvo la estudiante en el Prácticum de Grado, dentro del CEIP Cristóbal Colón. Este centro de educación formal se encuentra situado en Valladolid, en el barrio de Los Pajarillos, el cual se caracteriza por tener un alumnado principalmente perteneciente a minorías étnicas. Aquí pudo conocer historias de mujeres que desde muy jóvenes se convertían en madres, donde una situación de riesgo de exclusión social acompañaba a este hecho. Estas mujeres presentaban historias difíciles donde las madres solían ser mujeres jóvenes, en una situación económica mayoritariamente precaria y tanto ellas como las personas que conformaban su red de apoyo se encontraban en situación de riesgo de exclusión social. De manera irónica, mientras la estudiante era oyente de estas historias de vida, en su familia, estaba ocurriendo la gestación y nacimiento de su sobrino, donde la situación tanto de las madres, los menores, como el contexto social, familiar y económico eran puntos opuestos. Ambas situaciones presentaban momentos de alegría, pero también aparecían ocasiones de estrés, tristeza y sentimientos de soledad, ante las cuales, aun enfrentándose a un mismo hecho, la intensidad de estos últimos y la historia cambia completamente entre mujeres.

Por otro lado, la estudiante ha realizado, precisamente, una investigación acerca de la maternidad, en un trabajo de Emprendimiento Social, asignatura cursada durante de segundo curso del Grado de Educación Social. Durante esta investigación se realizaron entrevistas a distintas mujeres las cuales contaban su experiencia tras el parto, en los

primeros meses de vida del/la recién nacido/a. A través de este estudio pudo acercarse mucho más a esta situación, comparando las distintas situaciones por las que las mujeres pasaban, las cuales siempre estaban muy condicionadas por el contexto familiar, social y económico en el que se encontraban. Todas presentaban momentos de vulnerabilidad a los que tenían que enfrentarse, desconociendo la existencia de algunos de los recursos que podían beneficiarlas en ese proceso. Especialmente, la mayoría destacaban el sentimiento de soledad y miedo ante una nueva etapa. Ya que, pese a tener una red de apoyo firme, en muchas ocasiones se sentían muy perdidas.

A partir de estas experiencias se observa como mujeres en condiciones favorables, con una buena situación social y económica y con una red de apoyo lo suficientemente fuerte como para poder sentirse seguras, había ocasiones en las que encontraban y sentían esa vulnerabilidad social, entonces la pregunta sería: ¿cómo debe sentirse una mujer ante el proceso de gestación, parto y crianza, careciendo de dichos apoyos, y presentando una situación de riesgo de exclusión social?

Esta pregunta es la que da pie al Trabajo de Fin de Grado, intentando evaluar estos procesos, investigando cuales son los recursos a los que pueden acceder estas madres y proponiendo una intervención desde la Educación Social, para aquellas maternidades que se encuentren en riesgo de exclusión social.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS**

### **2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Entender a las mujeres como un colectivo que a lo largo de la historia siempre se ha encontrado en una situación de vulnerabilidad, es esencial para comprender el objetivo de este Trabajo de Fin de Grado. La situación de vulnerabilidad, a la que pertenece la mujer durante toda la etapa de su vida, se puede incrementar debido a distintos factores externos y propios de la persona. A lo largo de las distintas etapas del ciclo vital esta situación se ve condicionada en función de variables como el sexo, la procedencia, o el contexto familiar, social y económico al que pertenecen, entre otros muchos factores. Por ello la estudiante realizando este Trabajo de Fin de Grado quiere centrarse en un momento crítico durante la vida de muchas mujeres: el embarazo y la maternidad.

Ante esta situación a la que muchas mujeres deciden enfrentarse con total libertad de elección a lo largo de su vida, hay que sumarle aquellas que no lo deciden, pues llega en un momento difícil de asumir, maternidades complicadas por motivos de salud, las que no cuentan con una red de apoyo o aquellas en las que la situación económica en la que se encuentran constituye una situación de precariedad. Es decir, hay que tener en cuenta como sociedad, y especialmente desde el ámbito de la Educación Social, a todo este grupo de personas en las que la situación en la que se encuentran a la hora de gestar no es el idóneo o deseado.

En el presente trabajo se analizará la posible aportación de la educación social dentro de la maternidad de mujeres en riesgo de exclusión social. Se pretende investigar acerca de esta situación, las necesidades que aparecen durante esta etapa, el cambio de vida y estado de vulnerabilidad en el que se encuentra la madre durante este proceso, todo ello incrementado por una situación de extremo riesgo de exclusión social.

## **2.2 OBJETIVOS**

Se enumeran a continuación los principales objetivos buscados en el trabajo que aquí presentamos, que serían:

- Recoger los distintos factores y causas que llevan a una mujer a encontrarse en una situación de vulnerabilidad durante la maternidad.
- Conocer los recursos existentes para mujeres en situación de vulnerabilidad durante la gestación y puerperio en España, realizando un análisis de sus problemáticas.
- Realizar una propuesta de intervención desde la Educación Social con mujeres en situación de vulnerabilidad durante su proceso de maternidad.
- Revindicar el papel del/a Educador/a Social en el ámbito de la maternidad enfocándose en el caso de mujeres en situación de vulnerabilidad.



### 3. JUSTIFICACIÓN

La maternidad es un hecho que no solo afecta a aspectos biológicos referentes a la gestación y al parto, también se ve afectada por consideraciones socioculturales, ya que está influida por factores psicológicos, sociales, culturales y afectivos de convertirse en madre y se crea a través de las interacciones de las mujeres con otros aspectos de la vida (Cáceres-Manrique et al, 2014). Tal y cómo podemos leer en definición otorgada por distintos profesionales, la maternidad no solo ha de ir relacionada con la salud biológica, también hay múltiples factores como la sociedad, el contexto cultural o afectivo en los que se encuentra inscrita la madre y el menor durante este proceso.

Además, el concepto de salud no solo ha de centrarse en un hecho meramente físico o médico, sino que también debemos apreciar un aspecto intangible. La salud se debe concebir como algo transversal, afectado por la biología, psicología, así como el contexto económico y político en el que se vea envuelta la persona, por lo que no atañe únicamente a lo personal sino también a la dimensión colectiva (Alcántara, 2008).

Sin embargo, no siempre la maternidad se ha abordado desde un punto de vista que fuera más allá de lo biológico. De hecho, en los servicios sanitarios la gran parte del tiempo se ha empleado en cuidar únicamente a la mujer desde un punto de vista físico, a través de un paradigma de intervención de tipo empírico-analítico (Cáceres-Manrique et al, 2014).

Entonces sabiendo que la salud no es solo aquello meramente biológico, ¿cómo atendemos a esa parte social, afectiva, económica, multidimensional, que nos asegura esta salud en las personas? Desde la Educación Social existe un papel importante en el proceso de toda mujer que, estando en un momento de gestación o maternidad, necesitan un apoyo en todos aquellos ámbitos en los que la salud entendida como un concepto multifactorial, no alcanza sus mínimos. Mujeres que se encuentran en una situación de riesgo y exclusión social la cual se acentúa por encontrarse en un periodo maternidad.

## **Competencias:**

Se recogen, a continuación, algunas de las competencias generales y específicas que pensamos que guardan relación con el Trabajo de Fin de Grado aquí presentado, y que están recogidas en la Memoria del Graduado/a en Educación Social por la Universidad de Valladolid (Universidad de Valladolid, 2008):

- (G5) *Utilización de las TIC en el ámbito de estudio y contexto profesional: para realizar esta Trabajo de Fin De Grado se han utilizado competencias TIC para poder investigar y recolectar información para el desarrollo de este.*
- (G6) *Gestión de la información: buscando, seleccionando, ordenando y relacionando la información bibliográfica recogida para poder desarrollar el tema a trabajar en el Trabajo de Fin de Grado.*
- (E2) *Identificar y emitir juicios razonados sobre problemas socioeducativos para mejorar la práctica profesional: analizando el sistema que existe acerca de la maternidad en España cuando se encuentra en mujeres en riesgo de exclusión social y la falta de educadores/as sociales en este ámbito.*
- (E4) *Diagnosticar situaciones complejas que fundamenten el desarrollo de acciones socioeducativas: analizando la problemática que existe en tema a tratar en el Trabajo de Fin de Grado con las mujeres gestantes en una situación de vulnerabilidad social.*

## **4. MARCO TEORICO**

Para la realización de este trabajo se ha realizado una investigación obteniendo información a través de diversos documentos, a modo de consulta, acerca del problema a investigar.

### **4.1 GESTACIÓN Y MATERNIDAD**

A lo largo de la historia, la importancia acerca de la maternidad y gestación ha ido en aumento. Ha pasado de ser considerado una cuestión doméstica, donde las madres y las matronas eran las únicas figuras encargadas de su correcto desarrollo, a ser un imperativo moral y político del siglo XXI (OMS, 2005).

El termino de maternidad está en constante evolución a lo largo de los años, tal y como hace la cultura y sociedad en la que se ve inscrita, impulsando el papel de la mujer, que ha ido ganando protagonismo e importancia en otras áreas distintas a la reproductiva (Molina, 2006). Así mismo, el concepto de maternidad va cambiando y recogiendo distintos significados, como constructo social y simbólico que es, y conformándose a través de la sociedad patriarcal a la que pertenece (Royo, 2011).

Es decir, este hecho viene acompañado e impulsado por el cambio existente en la visión de la maternidad. Esta pasa a ser percibida no solo como un hecho propio de la mujer sino como una preocupación global y social. Un ejemplo de cómo ha ido ganando importancia a lo largo de los años, se encuentra en el Renacimiento cuando la figura paternal comienza a coger peso y se empieza a otorgar más importancia a las relaciones afectivas madre e hijo (Barrantes y Cubero, 2014).

Sin embargo, a pesar de lo relacionado que se encuentra la maternidad con el contexto social y cultural, aún en los sistemas de salud tienden a separar la parte biomédica de las vulnerabilidades sociales y necesidades de cada mujer. Esta situación desde el ámbito de la antropología médica (Martínez, 2008) se explica por el papel jugado por el enfoque biomédico centrado en entender la salud y la enfermedad de manera biológica, separándolo de factores sociales o culturales. Si lo relacionamos con el tema en el que la estudiante se encuentra trabajando, es de entender que desde esta corriente separen la

salud materno-infantil de las influencias sociales y culturales que tiene la maternidad, centrándose mayoritariamente en componentes médicos.

Siguiendo lo planteado por Martínez (*ibídem*) es necesario analizar esta situación desde una perspectiva crítica y poder entender que la salud y la enfermedad se van a ver afectadas por el entorno y las situaciones personales y sociales del individuo, así como por el contexto económico y político propio de cada uno.

La situación en la que se encuentre cada mujer va a afectar al embarazo y maternidad de cada una. Así como las decisiones que tome y la manera en la que va a vivir el embarazo, parto, puerperio y crianza. Los factores que rodean a la mujer y/o a su familia, no solo afectarán a la gestante, sino también al menor que nazca, condicionando sus primeros años de vida. El principal problema radica cuando la madre se encuentra en una situación de vulnerabilidad social, no encuentra la suficiente red de apoyo en los sistemas de salud pública y administraciones, y su única vía de salida es el aborto, como ocurre en una de cada cinco mujeres que se encuentran en esta situación (Azcona, 2019).

Por el contrario, es necesario entender que la interrupción del embarazo no es la única solución a la que puede optar una madre que se encuentre en situación de vulnerabilidad social y/o económica. Tomando como evidencia científica los principios del desarrollo humano integral, se deduce que existen otras soluciones que se basan en el apoyo afectivo e integral a las madres para que no tengan que tomar una decisión de manera no voluntaria (Bambach & Valdés, 2015). Junto a esto, se encuentra la declaración de la ONU donde se expone que todas las mujeres y niñas deben tener el derecho de decidir sobre su embarazo (ONU, 2018).

## 4.2 EMBARAZO Y MATERNIDAD VULNERABLE

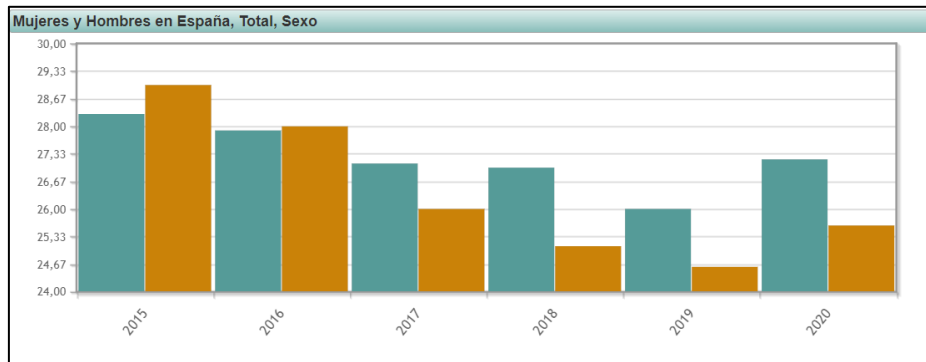
Una vez establecida la importancia entre el contexto social en el que se encuentra la mujer y como va a vivir durante el embarazo y la maternidad, podemos pasar a considerar qué es un embarazo vulnerable, qué se entiende por vulnerabilidad y los factores que pueden provocarlo.

El término de “vulnerabilidad” se emplea indistintamente en diferentes disciplinas, haciendo que este término sea mucho más ambiguo y que podamos encontrarlo tanto en documentos médicos o científicos como en contextos sociales, pero también haciendo referencia a disciplinas como el derecho, la psicología, la filosofía, etc. (Venezuela y Montero, 2017).

Es por esto por lo que cuando se establece una búsqueda acerca de embarazos en situación de vulnerabilidad, o maternidad en situación de vulnerabilidad, podemos encontrar, por una parte, artículos y fuentes médicas que nos hablan acerca de qué es un embarazo en situación de riesgo, es decir, aquellos que se encuentran en riesgo de aborto o que suponen un posible problema de salud para la madre y/o el feto. Y, por otro lado, desde un ámbito social también existen embarazos vulnerables, son aquellos que ocurren en un contexto social que es considerado perjudicial o no favorable para el bienestar tanto de la madre como del menor.

En este trabajo la estudiante va a centrarse desde esta última perspectiva, haciendo referencia a la vulnerabilidad social en la que viven muchas mujeres y se encuentran a la vez, en un proceso de gestación, puerperio o en los primeros años de crianza.

Para hablar de vulnerabilidad social es imprescindible que hablemos acerca de la exclusión social. Ya que uno de los grupos de mayor vulnerabilidad son las mujeres que se encuentran en situación de exclusión social.



**Figura 1:** Tasa de riesgo de pobreza y/o exclusión social por sexo. Fuente: (INE, 2020)

En la figura 1 se indica en azul, el porcentaje de mujeres en riesgo de exclusión social y en naranja, el porcentaje de hombres en esta misma situación. Se puede observar como a lo largo de los últimos años, la situación de la mujer en España se encuentra en una situación de vulnerabilidad mayor que la de los hombres, con un porcentaje de casi el 28% de la población.

Esta desigualdad es multifactorial y no existe un motivo único por el que una mujer se pueda encontrar en situación de vulnerabilidad, sin embargo, existe un factor común en todas ellas, la desigualdad de género. Según el VIII Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España (en adelante FOESSA) la desigualdad de género es una de las principales desigualdades en nuestro país. Este hecho también se ve traducido en los contratos temporales y precarios donde la mujer está más afectada. A la problemática del mercado laboral, se le une el de la conciliación y la tradición de otorgar los cuidados a la mujer, lo que también produce una mayor vulnerabilidad en esta área, encontrándonos muchas veces con mujeres que no pueden acceder al mercado laboral (FOESSA, 2019).

A esta desigualdad propia del género, hay que sumarle la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres cuando están embarazadas, ya que se producen cambios físicos, psicológicos y hormonales que las hace situarse en una situación de aún mayor desventaja social.

### **4.3 SITUACIONES DE VULNERABILIDAD SOCIAL EN MUJERES GESTANTES**

Ser madre no es un proceso fácil ni sencillo para la mayoría de las mujeres. Por lo que no es de extrañar que una mujer en situación de vulnerabilidad o exclusión social pueda llegar a vivirlo de una manera totalmente negativa.

Existen hechos que determinan que mujeres con una buena salud reproductiva empeoran a causa de factores como el sufrir precariedad en el ámbito laboral, no tener acceso a la seguridad social, bajos recursos económicos, falta de apoyo, malas condiciones de vivienda, ausencia de pareja, aparición de enfermedades mentales, consumo de sustancias o la violencia de género, entre otros (Muñoz et al, 2013). Todo esto poniendo en riesgo a la salud de la madre y el feto.

También se ha podido encontrar una relación existente entre esta vulnerabilidad social y los niveles de estrés en la madre, y como estos afectan al feto. A mayor vulnerabilidad social, mayor ansiedad y, en consecuencia, mayores niveles de cortisol. Estos niveles de cortisol sostenidos en el tiempo pueden generar problemas en el bienestar del niño/a que esta por nacer, como mayor probabilidad de nacer prematuramente, bajo peso, problemas del lenguaje, síntomas de déficit de atención e hiperactividad, retrasos evolutivos y dificultad en el desarrollo de las habilidades sociales (Castro y Peñaranda, 2011).

Dentro del marco que engloba la exclusión social, hay muchas causas en las cuales la mujer embarazada puede verse afectada, incluso simplemente el hecho de encontrarse gestando puede ser un motivo. Sin embargo, una mujer gestante se pueda encontrar en una situación de vulnerabilidad o exclusión social, son muchas, en ocasiones por diversos factores aculados y no dependen del embarazo en sí. Algunas de las situaciones más frecuentes de exclusión social que sufren las mujeres y que más afectan al embarazo de una manera más directa, son las siguientes:

- Encontrarse en una situación con falta de apoyo familiar y/o social. Mujeres que carecen de una red de apoyo firme y estable.

- Mujeres que se encuentren en una situación de precariedad laboral o falta de ingresos económicos.
- Encontrarse en una situación de irregularidad administrativa por ser una mujer inmigrante (sin permiso de residencia, de trabajo, etc.).
- Mujeres embarazadas con enfermedades de salud mental, encontrando dificultades para atender correctamente las necesidades del feto o bebé.
- Mujer embarazada dentro de un contexto de prostitución y/o en situación de trata de personas.
- Mujer gestante en situación de abuso de sustancias.
- Embarazo adolescente, mujeres gestantes de 10 a 19 años.
- Mujer embarazada víctima de violencia de género

#### **4.3.1 Insuficiencia de apoyo familiar**

El impacto que ocasiona el tipo de red de apoyo familiar y social en la mujer gestante es una de las variables más importantes para como se vaya a desarrollar el embarazo.

Según Barra (2014) el apoyo social se entiende como el sentimiento propio de una persona de pertenecer a una red social, dentro de la cual las personas participes la valoran y aprecian. Esto aumentara la autoestima y confianza en uno mismo, empoderándose.

La red de apoyo con la que la mujer cuente es considerada uno de los factores de protección durante el embarazo, la atención, cuidados y/o apoyo emocional otorgado por las familias durante este proceso. Y va a determinar cómo se sienta la madre de protegida en esta etapa vulnerable de su vida (Pérez et al, 2019)

A su vez, Hernández (2016) explica cómo se constituyen las redes de apoyo en la que la mujer se ve envuelta. Formadas mayoritariamente por mujeres (desde la madre hermana o tía, al grupo de amigas o vecinas) en las que recaerá este papel, otorgando esos cuidados que la mujer necesita durante su proceso de gestación, parto y postparto, permaneciendo a lo largo del tiempo y pudiendo ser observado de una generación a otra. Esta red de prácticas y cuidados se reproduce desde esferas mas tradicionales como la rural, a zonas



urbanas mucho más modernas; repitiendo estos comportamientos basados en roles de género diferenciados, y manteniendo la idea de la importancia que existe en apoyar a la embarazada durante esta etapa de su vida (González et al, 2014).

Desde un enfoque centrado en la salud y la enfermedad, también se han hecho investigaciones que explican cómo un correcto apoyo social influye en el proceso de asimilación y adaptación de las enfermedades crónicas y en su pronóstico (Alonso, 2013).

Siguiendo con esta perspectiva, analizar también como objeto de este trabajo, la cuestión de que una firme y estable red de apoyo cambiará el proceso de maternidad que la mujer y su hijo/a vaya a vivir. Una mujer gestante requiere distintas ayudas desde una perspectiva familiar y social. Sin embargo, existen mujeres que no cuentan con este apoyo, o que existe de una forma que resulta perjudicial. Este hecho puede ser debido a múltiples causas, sea antes de la gestación o que tras la noticia haya sido rechazada por su entorno. Una mujer gestante requiere de distintas ayudas desde una perspectiva familiar y social

Es por esta última cuestión arriba señalada, que la variable psicosocial ha de estar presente dentro de los sistemas de salud, garantizando que la mujer tenga acceso a este apoyo. Evitando que se encuentre en una situación vulnerable para ella y su hijo/a, y garantizando una protección y respaldo durante todo el proceso.

#### **4.3.2 Violencia de genero**

Hasta la II Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer (1980), no se comenzó a hablar ni a tratar formalmente sobre la violencia hacia la mujer como una problemática extendida a lo largo del mundo. A partir de este momento, comenzaron a introducirse cada vez más en las agendas la cuestión de los derechos, libertades e igualdad de la mujer.

La violencia de género la podemos encontrar en diferentes áreas en cualquier momento de la vida de las mujeres, sea la ejercida de forma física, psicológica o sexual; sea en el ámbito familiar y de pareja (más común y extendida); o en aquellas relaciones fruto de la trata de personas y prostitución, la explotación laboral, el aborto selectivo, la

violencia obstétrica o la mutilación genital, entre otras. Todas ellas representan un atentado a los derechos fundamentales de las personas.

Desde 1996 los Estados Miembros durante la Asamblea Mundial de la Salud (1996), ponen en común la necesidad de abordar la violencia desde la Salud Pública como un aspecto de gran importancia e imprescindible. Las principales razones que se exponen para ello son:

- las consecuencias negativas para la salud física que provoca la violencia. Esta situación se ve reflejada en un número muy importante de mujeres, acompañadas de otros familiares como los hijos/as, que lo sufren o lo vivencian de forma indirecta;
- cómo afecta a la salud mental de las mujeres y del grupo familiar más cercano, reflejados en trastornos depresivos principalmente, siendo más común en mujeres y especialmente en aquellas que sufren o han sufrido malos tratos;
- los gastos provocados en el sistema sanitario siendo un 98% mayor en mujeres que han sufrido malos tratos a las que no (Campbell, 2002);
- el impacto claramente negativo que tiene sobre la maternidad segura y la planificación familiar.

Tal como se puede observar, las personas que trabajan en el área de salud son los principales recursos que las mujeres que están pasando por esta situación tienen para poder denunciarlo, ofrecerles ayuda, apoyo e información (Eguiguren, 2004). Por ello, es esencial que estas personas sean capaces de detectar esta violencia y saber actuar correctamente. Se realizó un estudio en Andalucía sobre la violencia de género en el embarazo, donde se preparó a matronas para ser capaces de detectar estas situaciones, obteniendo como resultado que el 22,7% de las mujeres gestantes sufren violencia, tanto emocional, física o sexual, dentro de la pareja, siendo un 3,6% violencia física o sexual. Sin embargo, en España solo se detecta alrededor del 1% de mujeres maltratadas durante este periodo, estando alrededor del 20% las mujeres que lo padecen. (Galiano, 2019)

Según Lafaurie (2015) se han realizado una serie de estudios, encuestas y estadísticas alrededor del mundo, poniendo en común una serie de factores todas ellas relacionadas con el hecho de sufrir violencia de género dentro de la pareja, concretamente durante el

embarazo: a) bajo nivel de estudios en las mujeres; b) bajo nivel socioeconómico de la mujer; c) mujeres que han pasado por más de cinco partos (multi-paridad); d) edad de la madre inferior a 19 años; e) el estado civil en el que se encuentre la pareja, donde no estar casada o cohabitando aumenta el nivel de riesgo; y f) otras causas como abuso de sustancias psicoactivas o alcohol.

Cada uno de estos factores van a afectar a la mujer y al feto o hijo/a que esta por nacer, y si a esta situación se le une la violencia emocional, física o sexual (no siendo éstas las únicas posibles a sufrir) encontramos distintas consecuencias. Como podido observar, la violencia de género en el ámbito familiar o de pareja afecta de manera multidimensional, a la madre, al hijo/a por nacer y a su entorno.

CONSECUENCIA	TIPO DE EFECTO (MADRE/BEBE)
<i>Complicaciones en el embarazo</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aborto espontaneo</li> <li>- Fuertes dolores abdominales</li> <li>- Hemorragias preparto</li> <li>- Problemas en el crecimiento del útero</li> <li>- Muerte perinatal</li> <li>- Nacimientos prematuros</li> <li>- Más probabilidad de nacimiento por cesárea</li> </ul>
<i>Efectos en la salud mental</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntomas de depresión</li> <li>- Depresión postparto</li> <li>- Angustia emocional</li> </ul>
<i>Efectos en el recién nacido</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajo peso al nacer</li> <li>- Muerte neonatal</li> </ul>
<i>Problemas neuroendocrinos en la madre y en el recién nacido</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afecta al eje HPA (hipotalámico-pituitario-suprarrenal) de la madre</li> <li>- Incrementa los niveles de excitación e inhibición en el recién nacido</li> </ul>

Tabla 1: Consecuencias de la violencia durante el embarazo para la salud materna y perinatal. Elaborado a partir de Lafaurie (2015)

### 4.3.3 Abuso de sustancias psicoactivas o drogodependencia

Existen muchos motivos por los que una persona puede llegar a consumir sustancias psicoactivas o a padecer una drogodependencia. Se encuentran diferencias en función de la cultura de origen, de la situación socioeconómica vivida, o por razones de sexo y género. En esta última se puede observar un cambio en el modo y en los motivos y factores que llevan al consumo de sustancias, y que debemos de tener en cuenta para poder acercarnos a la maternidad con esta situación. Las mujeres suelen consumir menos antes de caer en una adicción, pueden sentir unos deseos más fuertes por consumir y sufrir mayor número de recaídas, las hormonas también juegan una pasada haciendo que sean más sensibles a los efectos. La violencia de género en la pareja o en el ámbito familiar

acentúan el consumo al igual que pasar por un divorcio o la pérdida de custodia de un hijo/a (National Institute on Drugs Abuse, 2020).

A menudo, el consumo de drogas puede acarrear problemáticas relacionadas con las hormonas, el ciclo menstrual, la fertilidad y de manera más obvia, con el embarazo y la lactancia.

Las sustancias psicoactivas afectan de múltiples maneras al funcionamiento correcto del cuerpo humano y tiene unas consecuencias sobre éste. En el caso del periodo de gestación, tanto la mujer como el feto o hijo/a que está por nacer, van a padecer una serie de circunstancias y problemáticas que pueden afectar gravemente a su salud. También hay que destacar que, dependiendo de la sustancia, tendrá sus propios efectos secundarios.

<p><b>Síntomas en un recién nacido o hasta 14 días después de nacer</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas en la piel</li> <li>- Problemas en el sistema digestivo</li> <li>- Fiebre</li> <li>- Frecuencia cardiaca acelerada</li> <li>- Convulsiones</li> <li>- Problemas para dormir</li> <li>- Temblores</li> <li>- poco peso al nacer</li> <li>- nacimiento prematuro</li> <li>- ...</li> </ul>
<p><b>Efectos a largo plazo o crónicos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- defectos congénitos</li> <li>- cabeza pequeña</li> <li>- síndrome de muerte súbita del lactante</li> <li>- enfermedades infecciosas</li> <li>- síndrome de abstinencia neonatal</li> </ul>
<p><b>Complicaciones en la madre</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sobredosis</li> <li>- cuadros psiquiátricos agudos</li> <li>- infecciones (VIH, hepatitis B y C, entre otras)</li> <li>- repercusión por consumo crónico</li> </ul>

Tabla 2: Consecuencias consumo de drogas en mujeres embarazadas  
Elaborado a partir de National Institute on Drugs Abuse (2020)

Estos son algunos de los efectos que podemos destacar del consumo de drogas durante el embarazo. Sin embargo, muchas autoras han escrito sobre los peligros y consecuencias que pueden tener en la madre y en el feto. Por ejemplo, Lester et al., (1996) investigaron acerca de estos efectos en los infantes desde diversas áreas:

- Atención: afectando a la toma de decisiones y procesamiento de la información.
- Activación cortical: afectado la modulación de los estados conductuales.
- Afecto: problemas en el desarrollo social y emocional.

- Acción: funciones y desarrollo de habilidades motoras finas y gruesas afectadas

A su vez, cuando una persona está dejando de tomar sustancias psicoactivas normalmente sufre síndrome de abstinencia, pudiendo ser observadas distintas reacciones físicas y psicológicas que el cuerpo sufre, por sentir un deseo casi incontrolable por volver a consumir y puede alargarse unas semanas.

Durante esta etapa también el feto sufre distintos afectos adversos, tanto dentro del útero de la madre como una vez nacido:

- Dentro del útero de la madre: morbimortalidad fetal, malformaciones congénitas, retraso en el crecimiento intrauterino o partos prematuros, entre otros.
- Una vez ha nacido (Calvo, 2004): puede desarrollar problemas en la excitabilidad neurológica (temblores, irritabilidad, insomnio, hipertonía muscular, convulsiones, llanto agudo...), disfunciones gastrointestinales (poco a petito, deshidratación, vómitos, poca ganancia de peso, sudoración descoordinada...) y sintomatología autonómica (sudoración excesiva, fiebre, problemas respiratorios, inestabilidad térmica, piel moteada...).

El estilo de vida que en la mayoría de los casos se relaciona el consumo de drogas, tampoco es el idóneo para ninguna persona, y menos para una mujer embarazada. Cuando se encuentra en esta situación, puede encontrarse en contextos de marginalidad, tener escaso contacto con los servicios de salud, sufrir desnutrición o de procesos infecciosos.

Por todo esto es esencial que se realice una rápida detección de esta problemática. Desde el sistema sanitario se debe de abordar esta problemática lo antes posible en las mujeres embarazadas que sufran de drogodependencias o consuman sustancias psicoactivas, para que tanto ella como el menor en camino sufran el menos daño posible. Dentro de los grupos de riesgo sociosanitarios se consideran *colectivos especiales* por la gran complicación y dificultad que esta situación conlleva. Sin embargo, dentro del sistema sanitario en España apenas ofrecen, ni se pueden encontrar, respuestas rápidas protocolizadas donde se pueda abordar de una manera correcta y rápida a las mujeres embarazadas que se encuentren en esta situación (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2007).

#### **4.3.4 Problemas de salud mental durante el embarazo**

El periodo de embarazo durante la vida de una mujer es un momento crítico donde numerosos cambios aparecen. No solo cambia el cuerpo, es decir, la parte física que se puede observar a simple vista, sino que se producen además cambios psicológicos que dependiendo la predisposición de la madre, su entorno, su bagaje personal con la salud mental, etc., an a afectar de una manera más intensa (o no) a la mujer. A esto también hay que sumarle que las mujeres son más propensas que los hombres a desarrollar un trastorno mental (Caballero, 2021).

El proceso de gestación, parto y puerperio se caracteriza por la alteración de su bienestar, generando cambios en su psiquismo y en el papel socio-familiar desempeñado. Algunos de estos cambios y síntomas relacionados con la ansiedad, el estrés o la tristeza pueden ser considerados como normales debido a los cambios que están apareciendo en la vida de las mujeres y su entorno.

Se pueden observar mayor número de síntomas propios del sufrimiento emocional o del trastorno psíquico. Además, durante el periodo gestacional aumentan los factores de riesgo para sufrir una depresión, acarreando una serie de consecuencias para ella y el bebé. Esta depresión aumenta los niveles de estrés pudiendo ser muy perjudicial para el feto, guardando relación con los partos pre término. Añadido a lo anterior, la depresión hace que tiendan a descuidarse, a ellas y al embarazo, abandonar los controles médicos o no seguir las recomendaciones médicas. Se ha analizado cómo la depresión puede afectar al feto ocasionando finales neonatales no deseados, bajo peso en el menor al nacer, circunferencias craneales más pequeñas (Jadresic, 2014).

A su vez, desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria también es más frecuente en esta etapa. Se suele desarrollar en mujeres jóvenes en edad fértil, y puede acarrear grandes problemas para la salud física de ella y de la madre. Es más común que presenten trastornos como la anorexia o la bulimia y en muchas ocasiones esta acompañada de un trastorno de depresión (García & Olza, 2013).

	<b>COMPLICACIONES MATERNAS</b>	<b>COMPLICACIONES EN EL BEBÉ</b>
<b>ANOREXIA NERVIOSA</b>	Ganancia de peso inadecuada Aborto Sangrado vaginal Disminución del tamaño uterino Hiperémesis	Bajo peso al nacer Retraso en el desarrollo Parto prematuro Muerte prenatal
<b>BULIMIA NERVIOSA</b>	Aumento de síntomas de bulimia Ejercicio físico excesivo Ganancia de peso baja o excesivamente alta Aborto Hipertensión	Muerte fetal Bajo peso al nacer Baja puntuación Apgar Parto de nalgas Paladar hendido

**Tabla 3:** Consecuencias Trastornos conducta alimentaria en mujeres embarazadas.  
Elaborado a partir de García del Castillo & Fernández (2013)

Estos son alguno de los trastornos más frecuentes que puede sufrir la madre durante la gestación o el puerperio. Sin embargo, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno bipolar, el trastorno afectivo o la esquizofrenia son algunos de los que se pueden llegar a desarrollar, relacionados todos ellos con la edad de la mujer a la hora de gestar, sus antecedentes y el efecto que tenga los cambios psíquicos del embarazo en ella.

Todas estas situaciones pueden verse agravadas por la creencia común en la que la maternidad se idealiza y se comprende como un periodo total de felicidad y autosatisfacción. Y aunque la vivencia de la maternidad, en la mayoría de las ocasiones no sea así, crea un mayor sentimiento de culpa en la madre, experimentando ésta sentimientos encontrados y aumentando este círculo de efectos en su salud mental. Una rápida detención de esta problemática, ayudará a las madres y al bebé a un mejor embarazo y a un periodo con mucha más salud psicológica y física.

#### **4.3.5 Falta de empleo y/o recursos económicos**

La falta de empleo y recursos económicos es una de las principales causas o factores por las que una persona puede llegar a encontrarse en una situación de exclusión social. Esta posibilidad va a verse aumentada si se combina con otros factores que afecten a la persona y a su estado en la sociedad. Por lo general, suele tratarse de situaciones encadenadas que van afectando a la persona y creando esta multicausalidad, haciendo aún más difícil su intervención. Por consiguiente, estar en una etapa de gestación y vivir sin empleo, en una situación de precariedad laboral o sin recursos económicos, va a ocasionar

problemáticas mayores y con un efecto en la persona que lo sufre y en el feto o hija/o por nacer.

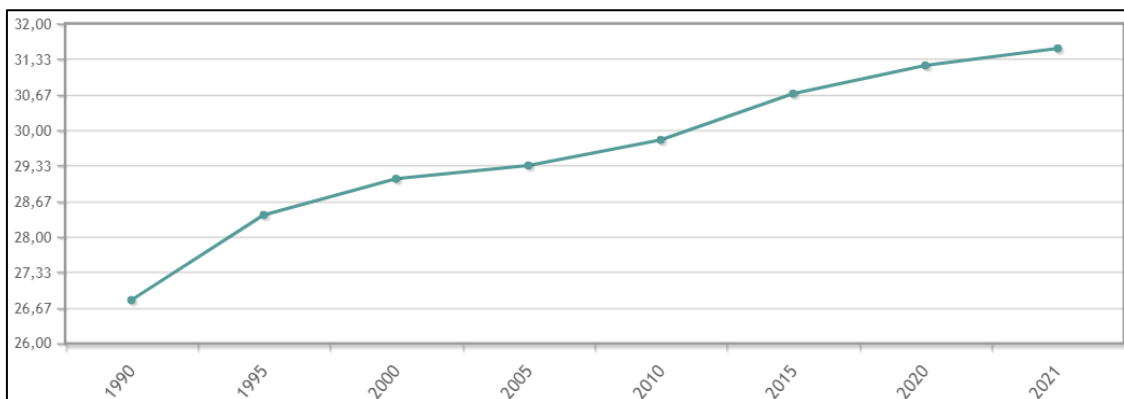


Figura 2: Edad Media a la Maternidad primer hijo (INE, 2021)

La edad media a la que se inicia la maternidad en España ha ido aumentando considerablemente en las últimas décadas. El cambio de estilo de vida, la incorporación de la mujer al mercado laboral y las dificultades que existen para conseguir una estabilidad laboral y económica, hacen que la decisión de tener hijos cambie y se retrase en muchas ocasiones. Las mayorías de las mujeres deciden no tener hijos hasta conseguir una estabilidad; por lo que, una situación precaria y con falta de recursos es un factor que influye en esta decisión.

Por ello, cuando el embarazo ocurre bajo estas condiciones afectan negativamente a la salud emocional de la madre; y como hemos visto anteriormente, afecta a la salud del bebé que está por nacer. La complejidad ya existente en esta fase se ve incrementada, y crea un ambiente hostil en el que la madre muchas veces abandona también su salud física.

Por último, debemos mencionar que esta situación de maternidad dentro de un contexto de vulnerabilidad económica, unida con una vulnerabilidad social, suele ser más común en familias que sufren de pobreza estructural y modos de vida donde la maternidad infantil y las llamadas “niñas mamá” son comunes, lo que la une a otro factor importante a tratar: el embarazo adolescente.



### 4.3.6 Embarazo adolescente

La Organización Mundial de la Salud acota la etapa de adolescencia en el periodo de vida comprendido entre los 11 y los 19 años, caracterizado por un conjunto de cambios físicos y psicológicos para las personas. El embarazo durante esta etapa va a suponer un impacto para las mujeres gestantes y para su entorno. Con consecuencias físicas, psicológicas, emocionales, culturales y económicas (Vélez & Figueredo, 2015).

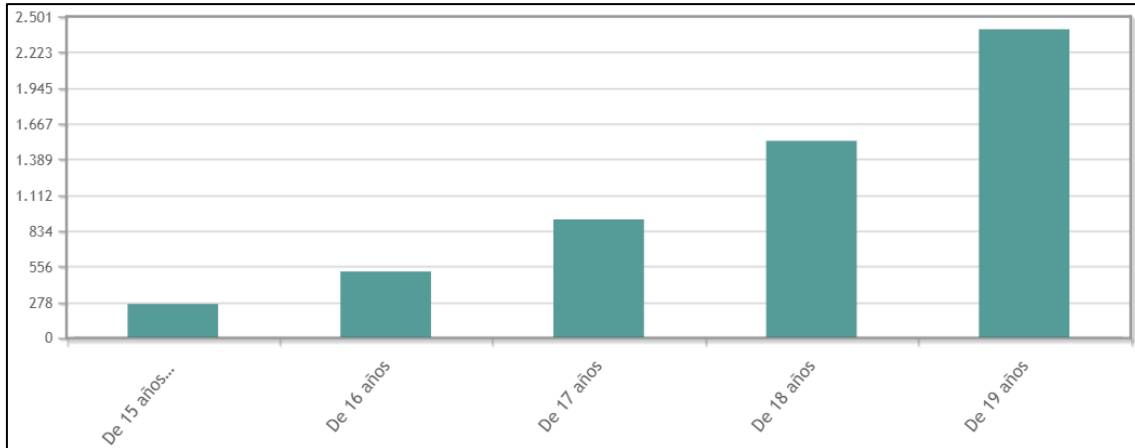


Figura 3: Nacimientos en España por edad de la madre en 2021 (INE, 2021)

Los embarazos adolescentes en España han ido disminuyendo a lo largo de los años. Sin embargo, en 2021 casi el 2% de los nacimientos pertenecía a madres adolescentes. Estos nacimientos van a crear un impacto sobre la madre que se ve reflejado en diferentes ámbitos personales y socioeconómicos, como se ha descrito anteriormente.

Inciendo en estas consecuencias, se pueden observar que las adolescentes gestantes presentan mayor probabilidad de sufrir abandono escolar de manera prematura, un pronóstico laboral deficiente con dificultad para la inserción laboral; y, por tanto, consecuencias socioeconómicas, dificultad en la crianza aumentando la patología infantil, peores condiciones de apego; y casi con gran probabilidad, el varón progenitor acabe desvinculándose de la madre y menor. También existen unas consecuencias físicas propias de la estructura fisiológica de las mujeres durante esta etapa de vida. Pues se encuentra en una etapa de desarrollo caracterizada por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor, creando complicaciones en la salud del feto (como la pérdida de llegada de nutrientes), y empeorando el crecimiento del bebé (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia).

Para Hernández et al (2018) existen distintas causas que originan embarazos no deseados en menores adolescentes como son: a) la inestabilidad en el hogar que pertenecen; b) donde los progenitores carecen de una educación cultural adecuada o de valores, y son un mal ejemplo para sus hijos; c) una mala situación emocional, económica y cultural; d) la sensación de inseguridad que esto provoca, y la violencia intrafamiliar.

A su vez, García y González (2018) realizaron una investigación donde recopilaron los factores principales que llevan a una adolescente a quedarse embarazada. Como podemos observar, existe una relación de la gestación en la adolescencia con factores que se han desarrollado anteriormente a lo largo del marco teórico. Son situaciones que afectan y que en su mayoría no afectan de forma única a la madre, sumando consecuencias y efectos tanto en ella, como en el entorno y el menor:

<b>Factores de riesgos individuales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de personalidad</li> <li>- Baja autoestima</li> <li>- Iniciar las relaciones sexuales a una edad temprana</li> <li>- Sentimientos de soledad</li> </ul>
<b>Factores de riesgo familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de familia</li> <li>- Antecedentes de embarazos tempranos</li> <li>- Falta de apoyo familiar</li> </ul>
<b>Factores de riesgo socioeconómico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel bajo de ingresos en la familia</li> <li>- Consumo de drogas o alcohol</li> </ul>
<b>Factores de riesgo culturales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertenecer a una cultura claramente machista</li> <li>- Bajo nivel cultural</li> </ul>
<b>Factores de riesgo psicológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clara inmadurez cuando se inician las relaciones sexuales</li> <li>- Presencia de trastornos que conducen a la promiscuidad</li> </ul>

Tabla 4: Factores originarios de adolescentes gestantes (García y González, 2018)

#### **4.4 CONSECUENCIAS EN MUJERES E HIJOS/AS**

Existen consecuencias propias de cada una de las situaciones de vulnerabilidad, como se ha visto anteriormente, que afectan en la salud física y psicológica de la madre y el feto, así como a su estabilidad social y económica. Sin embargo, cuando estos factores se acumulan llevan a la mujer a tomar decisiones drásticas como la interrupción voluntaria del embarazo o la adopción.

El objetivo principal de este apartado es conocer como los factores sociales y económicos influyen en la toma de decisión a la hora de continuar con el embarazo, interrumpirlo o tomar otras decisiones como la adopción.

Se han realizado diferentes estudios que relacionan factores socioeconómicos y psicosociales con el aborto inducido. Se ha podido señalar que el motivo principal por el que las mujeres deciden realizar una interrupción voluntaria del embarazo es el de la edad (al encontrarse en el periodo de adolescencia), otro motivo es el de presentar bajos recursos socioeconómicos, falta de apoyo familiar y problemas con la pareja (Becerra, 1995).

La adopción es otro de los caminos que eligen las mujeres gestantes que se encuentran en una situación de vulnerabilidad social. De esta manera, la o el menor pasa a manos de los recursos de protección a la infancia asegurando un futuro seguro al bebé que esta por nacer.

En el caso de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se han realizado estudios acerca de los motivos principales por el cual las mujeres que se someten a esta intervención tienen para realizarlo. Existen diferentes motivos dependiendo la persona, la edad, el entorno que las rodea o su situación socioeconómica, aspectos tratados anteriormente en el apartado anterior.

<b>MOTIVO</b>	<b>IVE</b>	<b>EMBARAZADA</b>
<i>Situación económica</i>	65%	12%
<i>Situación laboral</i>	55%	7%
<i>Pareja</i>	17%	6%
<i>No tener pareja estable</i>	14%	7%
<i>Familia</i>	14%	2%
<i>Amigo/a</i>	1%	0%
<i>Algún profesional sanitario</i>	2%	61%

Tabla 5: motivo de realización de una IVE en mujeres (Martínez, 2015)

Se realizaron unos informes donde se pretendía examinar el perfil de las mujeres que decidían abortar de manera voluntaria. En ellos se recopilaron los diferentes motivos que llevaban a las mujeres a realizar esta intervención; a su vez, realizaron entrevistas a mujeres embarazadas interrogándolas por las razones que las llevarían a interrumpir su embarazo de manera voluntaria.

El 61% lo haría si algún profesional sanitario se lo recomendase. La situación económica es la principal razón (65%) por la cual las mujeres se sometieron a una IVE, y el 12% de mujeres embarazadas lo haría si su situación económica empeorara, convirtiendo este motivo en uno de los más importantes a la hora de tomar esta decisión. Este factor está relacionado con la situación laboral y como afecta a la economía de la mujer. El apoyo social y familiar también es determinante para las mujeres que abortaron, ya que el 46% de las mujeres, abortó por alguna razón relacionada con este ámbito, como, por ejemplo, no tener pareja estable, presión familiar, de pareja o amigos.

También existen diferentes motivos dependiendo de la edad en la que la mujer se realice la intervención.

CAUSAS IVE	PORCENTAJE	
	≤ 25 años	>26 años
<i>Demasiado joven</i>	65,9%	2,8%
<i>Economía</i>	55,3%	50%
<i>Interrupción del desarrollo personal</i>	36,8%	18,1%
<i>Inestabilidad, presión, falta de apoyo, maltrato</i>	29,4%	41,7%

Tabla 6: causas interrupción voluntaria del embarazo por diferencia de edad (Alcalde, 2021)

Siguiendo los datos de esta tabla podemos realizar distintas asociaciones. La edad a la que se realiza una IVE es en muchos casos determinante, ya que el 65,9% de las mujeres entrevistadas menores de 25 años, optaron por una IVE por considerarse demasiado jóvenes. La economía es un factor que afecta igualmente en ambas poblaciones de edad, junto con la falta de apoyo. Y en ambos casos, interrumpe el desarrollo personal, pero las menores de 25 años en mayor porcentaje, ya que se entiende que aún se encuentran formándose y la escasa conciliación en esta etapa interrumpe su crecimiento educativo y laboral.

## 4.5 EDUCACIÓN SOCIAL ÁMBITO SANITARIO

El estudio de la vida y la salud humana ha ido cambiando y avanzando a lo largo de los años. Un ejemplo de esto es como hace años la visión de la salud y la vida solo se analizaba desde una perspectiva biologicista y médica; sin embargo, esta percepción ha ido evolucionando y adquiriendo nuevos puntos de vista, observando a la salud desde una mirada mucha más amplia que engloba un carácter bio-socio-psico-social, que lejos de

enfrentar perspectivas antagónicas, permite un abordaje holístico y complementario (Educació social i salut, 2017).

Es por ese motivo, el de centrarnos en el componente social, donde podemos relacionar estos planteamientos con el ámbito profesional de la Educación Social. Para Froufe (1997) la Educación Social es una acción educativa que interfiere de manera multidimensional, y trata de colaborar con las personas a la hora de desarrollarse de manera integral y en el ámbito social, apoyando en la resolución de necesidades y/o problemas que puedan surgir ante acontecimientos de la vida cotidiana.

Uniendo esta definición al concepto de salud, el/la Educador/a Social puede contribuir en la elaboración de un entorno social sano, mejorando la calidad de vida, la importancia del cuidado, promoviendo la salud, tratando la prevención de problemas de salud y la rehabilitación dentro del entorno social de las personas (Gutierrez & Quintanal, 2018). Así es como esta figura cumple con estos propósitos a través de intervenciones socio educativas, siendo el productor de cambios y dinamizador dando el apoyo necesario para conseguir la integración de la persona de manera global en la vida social, política, económica y cultural y a comprender este entorno (ANECA, 2004).

Desde el 22 de Enero de 2018 se hizo público en el Boletín Oficial de Cantabria la Orden SAN/62/2017, de 29 de diciembre, por la que se creaba una nueva categoría en las Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud, Técnico/a Medio-Educador/a Social. Principalmente, su principal función es realizar el acompañamiento y apoyo a los pacientes y sus familiares y a su vez, mejorar la relación médico-paciente (Boletín Oficial de Cantabria, 2018).

De manera más específica se han establecido una serie de funciones del Educador/a Social en los sistemas de salud que pueden ayudar en el proceso, tanto a los pacientes, y a familiares como a todos los agentes que se integran en este ámbito. Se establecen cuatro funciones claves (Gutierrez & Quintanal, 2018):

- el/la Educador/a Social como acompañante de procesos, dentro del sistema sanitario acompañando a los pacientes y a sus familias en los procesos de cambio y para mejorar la autonomía;

- el/la Educador/a Social como agente de humanización. Colocar a las personas en el centro del proceso, haciéndoles protagonistas y participes de las decisiones médicas;
- el/la Educador/a Social como educador de adultos, promoviendo la salud dentro de la sociedad, elaborando planes y programas, acercando este ámbito a la ciudadanía;
- el/la Educador/a Social como animador sociocultural, creando espacios de encuentro y grupos tanto de ayuda como de ocio, junto con la dinamización de estos.

# **5. INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON MUJERES EMBARAZADAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD SOCIAL**

## **5.1 INTRODUCCIÓN**

Uno de los momentos más importantes en la vida de las personas, donde la salud va a condicionar en muchas ocasiones el resto de su vida es durante el periodo de gestación. No solo durante la gestación nos desarrollamos físicamente. A su vez, el feto recibe información del exterior a través de la madre; y las vivencias, influidas por factores ambientales, sociales y emocionales durante el embarazo van a repercutir en el vínculo materno-fetal y tras el parto, el comportamiento y desarrollo del bebé (Patricia et al, 2015).

Debido a esto, es esencial que existan programas educativos prenatales donde los progenitores puedan conocer los riesgos que el feto puede sufrir cuando no existe una buena vivencia o hábitos adecuados durante el embarazo. Cuando se les da la información, se les da el poder de aumentar el control de la salud tanto de la madre como del bebé que viene en camino. A su vez, se genera un cambio en el ambiente social cuando conoces las necesidades de crianza que aparecen en cada ámbito familiar y personal. Este tipo de programas favorecen un desarrollo familiar y social de mayor calidad en los nuevos núcleos de las familias que están creándose (Matilde y Fernández-Arroyo, 2021).

El problema llega cuando existe una falta de iniciativas educativas dentro de espacio socio-sanitario; al no estar presente en los hospitales y en la atención primaria, y ser impartida principalmente por sanitarios que no están especializados en realizar intervenciones socioeducativas. Es por eso que la presencia de Educadores/as Sociales en el ámbito sociosanitario debería de existir, realizando funciones educativas, acompañando durante los procesos de cambio, realizando actividades de animación sociocultural, como agente humanizador que promueva la salud dentro de la sociedad.

En el caso de la sección de ginecología y obstetricia son las matronas las encargadas de realizar este tipo de intervenciones, enfermeras que están formadas en aspectos sanitarios. Centrarnos en las diferentes realidades sociales que acompañan a las mujeres

embarazadas, detectar situaciones de vulnerabilidad y crear intervenciones socioeducativas prenatales focalizadas en ellas, pueden ser algunas de las funciones realizados por profesionales de la Educación Social.

Es importante resaltar que para que exista una mejora real a la hora de impartir estos programas prenatales en mujeres en situación de vulnerabilidad, es esencial la colaboración de profesionales de distintos ámbitos, realizando un trabajo multidisciplinar, pudiendo garantizar una mejor intervención con las mujeres que lo necesiten, centrándonos en necesidades propias de cada vivencia personal.

## **5.2 OBJETIVOS**

1. Crear espacios de apoyo sociales y emocionales para mujeres embarazadas en situación de vulnerabilidad social.
2. Reducir conductas de riesgo que puedan afectar a la madre y al menor que esta por nacer durante este proceso.
3. Informar acerca de las necesidades físicas y afectivas durante el proceso del embarazo.
4. Mejorar la interacción madre e hijo y la importancia del apego.

La idea de proponer estos cuatro objetivos es que a través de la intervención socioeducativa podamos generar cambios en el comportamiento y en las prácticas de las madres, que favorezca una mejor percepción del embarazo y la relación madre e hijo, de manera prenatal y postnatal. De esta manera también ayudamos a prevenir limitaciones en el desarrollo del menor o enfermedades que puedan sufrir.



## 5.3 CONTENIDOS

### Bloque I - Educación prenatal:

- Cambios físicos durante el embarazo
- Parto (parto natural, instrumentalizado, cesárea)
- Postparto, cuidados físicos en la madre y el recién nacido/a
- Lactancia y alimentación

En este primer bloque se tratarán aspectos básicos acerca de las nociones fisiológicas del embarazo, parto, nacimiento y lactancia.

### Bloque II – Comunicación y relación afectiva prenatal:

- ¿Qué es el apego prenatal? Su importancia en la relación madre e hijo
- Como crear un apego prenatal seguro
- Autocuidado como forma de vínculo madre-hijo/a, actividad física y mindfulness

En este segundo bloque se pretende coger conciencia acerca de la importancia en la relación madre-hijo/a desde la gestación. Formas de crear ese vínculo, trabajar dificultades y la importancia del autocuidado.

### Bloque III – Crianza y vinculación afectiva

- Crianza respetuosa
- Detectar patrones adquiridos durante la infancia
- Técnicas de regulación emocional

Durante el tercer bloque analizaremos la importancia de crear un vínculo afectivo fuerte y seguro con nuestro hijo/a y centrarnos en como desarrollar una crianza respetuosa alejándonos de antiguos patrones y vivencias negativas que nos perjudiquen en el proceso.

#### Bloque IV- Redes de apoyo y conciliación

- Conciliación
- Red de apoyo familiar y social
- Recursos de apoyo desde las instituciones

En este ultimo bloque se tratará de informar acerca de la importancia de una conciliación que permita a la madre seguir creciendo como persona. Se tratará acerca de la importancia de las redes de apoyo y se dotará de información acerca de recursos existentes que puedan ayudar a las mujeres durante este proceso.

### **5.4 METODOLOGÍA**

Para la realización de esta propuesta de intervención socioeducativa se van a utilizar diferentes metodologías dependiendo el momento y tema a tratar. Al inicio de cada bloque, se realizarán clases teóricas las cuales se llevarán a cabo a través de un método explicativo, donde distintos profesionales, como la matrona, expondrán los conocimientos y los aspectos más técnicos. Cada clase contará con una introducción seguido de una exposición de los contenidos.

En las siguientes sesiones de cada bloque, se dejará la metodología expositiva y se trabajará siguiendo una metodología participativa, y donde junto con las usuarias se podrá poner en común de manera más coloquial aquellos aspectos que se estén trabajando en cada bloque de contenido. La excepción será la del primer bloque, el cual es más teórico y por tanto necesita de más contenido expositivo, añadiendo al mismo pequeñas actividades prácticas al final de cada sesión. Se introducirá un trabajo basado en el aprendizaje cooperativo, al realizar pequeños grupos heterogéneos donde cada participante puede exponer su punto de vista acorde a las diferentes vivencias, de manera libre, respetuosa y resolviendo dudas entre todos y todas.

A través de esta metodología, se trabajarán temas como la comunicación y la asertividad, que pueden favorecer a la posterior crianza y relación con nuestros hijos, siendo así también un ejemplo para ellos, enseñándoles habilidades interpersonales y grupales.

## **5.5 RECURSOS**

Para llevar a cabo este programa de educación prenatal dirigida a mujeres en situación de vulnerabilidad social se van a necesitar una serie de recursos humanos y materiales. En el caso de los recursos humanos contaremos con:

- Matrona
- Psicólogo/a
- Educador/a Social

Para los recursos materiales vamos a contar con diferentes herramientas que nos va a facilitar la elaboración del programa.

- En primer lugar, se necesitará un espacio habilitado, una sala dentro del centro de salud donde las participantes pueden sentirse cómodas, donde se realizarán todos los talleres.
- Un despacho donde se podrán realizar las distintas entrevistas que se tendrá con las usuarias a lo largo del proceso.
- Una pizarra con ruedas transportable, para poder disponer de ella cuando sea necesario, especialmente en las clases que exista una exposición de contenidos.
- Se necesitarán mesas y sillas donde puedan sentarse en las clases teóricas.
- Esterillas para la realización de diferentes ejercicios de mindfulness y actividad física
- Material fungible como lápices y cuadernos donde se puedan tomar notas y apuntes.

## **5.6 TEMPORALIZACIÓN**

El tiempo destinado previsto para la realización de esta intervención se plantea para siete meses, centrándonos especialmente en el segundo y tercer trimestre del embarazo. Se realizará una temporalización dividida en fases, donde cada una tendrá una duración determinada dependiendo de lo que vamos a realizar en cada una de ellas.

### 1ª Fase: Diagnóstico

Durante esta primera fase se realizarán entrevistas a todas las mujeres que acudan al centro de salud por motivos de embarazo. La matrona aportará los datos y junto al expediente médico se realizará una entrevista a la mujer que se encuentra en periodo de gestación. El objetivo de esta entrevista es conocer a las distintas posibles usuarias y seleccionar aquellas que se detecte que se encuentran en situación de vulnerabilidad social, por cualquiera de los motivos expuestos en puntos anteriores en este trabajo. A su vez, trataremos de recopilar información y elaborar planes detallados con cada una de ellas, ajustándose a los contenidos que se van a trabajar.

En esta primera entrevista se tendrá en cuenta la necesidad de que la mujer encuentre una figura de acompañamiento durante el proceso. Esta persona deberá de acudir con ella a las sesiones, esto evitará que se siga otorgando todo el peso de la maternidad sobre la madre, aportándole no solo apoyo emocional, si no logístico, de seguridad y confianza. Esta persona puede ser la pareja, o en caso de familias monoparentales, otro familiar o amigo/a. Esta persona ha de ser responsable y comprometerse con el proceso e implicación que conlleva.

La duración de esta primera fase se sitúa durante los dos primeros meses.

### 2ª Fase: Implementación

Se llevará a cabo el programa con el grupo de mujeres que hayamos realizado durante la fase anterior. En esta fase se realizarán las exposiciones, los talleres y las entrevistas personales a cada una de las mujeres que participen, para poder ir evaluando de forma personal como van viviendo el programa. La duración de esta fase es de 12 semanas.

### 3ª Fase: Seguimiento

Después de realizar los talleres se realiza un seguimiento de las madres, donde deban acudir cada 15 días, antes y después del parto, para ir observando cómo han implementado los recursos y herramientas otorgados durante el proceso en su día a día. También resolveremos dudas o necesidades que vayan encontrando. Esta fase se realizará durante los meses restantes y dependerá de la situación personal de cada madre y lo que tarden en dejar de requerir esta atención.

#### 4ª Fase: Evaluación

Por último, realizaremos una evaluación final en la cual podremos ver junto con los datos obtenidos durante el proceso como ha ido evolucionando el programa de intervención.

<b>1ª FASE: DIAGNOSTICO</b>	<i>Realización de entrevistas previas al programa</i>	2 meses	
<b>2ª FASE: IMPLEMENTACIÓN</b>	<u>BLOQUE I</u> : Educación prenatal	3 semanas	12 semanas
	<u>BLOQUE II</u> : Comunicación y relación afectiva prenatal	3 semanas	
	<u>BLOQUE III</u> : Crianza y vinculación afectiva	3 semanas	
	<u>BLOQUE IV</u> : Redes de apoyo y conciliación	3 semanas	
<b>3ª FASE: SEGUIMIENTO</b>	<i>Reuniones post programa</i>	No especificado	
<b>4ª FASE: EVALUACIÓN</b>	<i>Realización evaluación final</i>	1 semana	

## 5.7 EVALUACIÓN

Para la realización de la evaluación de programa se van a utilizar registros donde se pueda ir observando la evolución de las participantes y el resultado final de este, así como su opinión sobre el programa, obteniendo una evaluación continuada del proceso.

- Al final de cada bloque de contenidos se realizará una pequeña evaluación donde agrupadas se pondrá en común el bloque tratado, dando las opiniones de manera oral y voluntaria, en las cuales se recogerá opiniones de las participantes, peticiones, dudas, etc., para poder seguir tratando y añadiendo a los distintos bloques. De esta manera se puede observar lo que las participantes opinan del programa y recopilar información para realizar cambios o añadir nuevos puntos a tratar.
- De manera individual, puntualmente se realizará una entrevista con cada una de las madres. El objetivo es poder observar su evolución, como se sienten de manera personal y como están viviendo la experiencia. Para ver que existe una evolución real, lo idóneo sería observar cambios en las dinámicas personales y sociales que tenían antes del proceso, que podían ser perjudiciales y que se generen nuevos a favor de un buen estado de la madre y el/la bebé.

- En la fase de seguimiento, las reuniones irán destinadas a valorar la evolución de las usuarias, seguir resolviendo dudas y que continúen sintiéndose participes del cambio. Con cada una de ellas se establecerán objetivos que se podrá ir observando si se van logrando o no.
- Finalmente, en la última sesión se realizará un cuestionario con aspectos personales tratados en el programa con el objetivo de poder observar de manera más objetiva la opinión y evaluación de nuestras participantes.

## 6. CONCLUSIONES

Con este trabajo se pretende reivindicar la necesidad de establecer intervenciones sociales dentro del ámbito sanitario, concretamente dentro de un contexto tan vulnerable como es el proceso de gestación. Existen múltiples factores que pueden llevar a una mujer a encontrarse en una situación de vulnerabilidad social, hecho que se ve acentuado en el periodo de embarazo. No solo es la cuestión física de la que debemos preocuparnos, sino que existe también un importante impacto psicológico y sociocultural en las mujeres que deciden llevar a cabo este proceso. Por ello, sería necesario implementar el desarrollo de intervenciones, donde se otorgue a las madres una atención integral, atendiendo a todos aquellos factores psicosociales que afectan a las madres en este periodo de vida. Apoyándonos en la igualdad y la inclusión en la sociedad, basando la intervención en su participación y dotándoles del apoyo social que requieran.

Sin embargo, existen limitaciones que se han encontrado a lo largo de la realización de este trabajo. Existen pocos estudios que relacionen la Educación Social con el periodo de gestación y/o maternidad. Ya que la mayoría de los estudios se centran en aspectos biológicos y médicos. Al igual, la figura del Educador/a Social en el ámbito sanitario solo se encuentra en pocas ciudades de España, a pesar de la existencia de estudios que apuesten por una perspectiva más social de la sanidad y recojan las funciones que puede realizar este profesional en el mundo de la salud.

De cara al futuro, es imprescindible que se siga reivindicando la Educación Social en todos los ámbitos. Seguir incluyendo esta figura en el ámbito sanitario, demostrando su importancia y analizando la salud desde una perspectiva social. Los/as Educadores/as Sociales nos centramos en el cambio y mejora de las situaciones sociales, especialmente de aquellos más vulnerables. Relacionándolo con el tema del trabajo, la maternidad es un aspecto complejo, que hoy en día sigue acompañada de desigualdad, poniendo en riesgo a las mujeres que deciden ser madres. Por ello la Educación social a de acompañar en este proceso.

Por último, siguiendo con el Código Deontológico de Educadores/as Sociales, este trabajo se apoya en la importancia de crear una conciencia crítica sobre las problemáticas

sociales, cooperar con los servicios existentes, creando iniciativas que mejoren y amplíen los recursos ya existentes y los beneficiarios de estos.



## Bibliografía

- Alcalde, M. V. (2021). *Perfil Epidemiológico Y Prácticas En Salud Reproductiva De La Interrupción Voluntaria De Embarazo En Salamanca*. Salamanca: Departamento De Ciencias Biomédicas Y Del Diagnóstico Facultad De Medicina.
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 93-107.
- Alonso Fachado, A., Menéndez Rodríguez<sup>2</sup>, M., & González Castro, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Para saber de...*, 118-123.
- ANECA (Agencia Nacional De Calidad Y Evaluación). (2004). *Libro blanco. Título de grado en Pedagogía y Educación Social Volumen II*. Madrid: ANECA.
- Asamblea Mundial de la Salud, 4. (1996). 49a Asamblea Mundial de la Salud. *resoluciones y decisiones: anexos* (págs. 49-125). GINEBRA: Organización Mundial de la Salud.
- Azcona, A. (2019). Mujeres Abocadas Al Aborto Y Ausencia De Programas De Apoyo. *Redmadre*.
- Bambach, F. E., & Valdés, L. R. (2015). Embarazo vulnerable, realidad y propuestas. *IdeaPaís*, 4.
- Barra Almagiá, E. (2014). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 233-243.
- Barrantes Valverde, K., & Cubero Cubero, M. F. (2014). La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. *Wimblu*, 29-42.
- Becerra, S. (1995). Factores demograficos y psicosociales asociados a la decisión de continuar o terminar con el embarazo en un grupo de adolescentes de estrato socioeconómico bajo. *Revista de Psicología de la PUCP*, 51-61.

- Boletín Oficial de Cantabria. (2018). *Orden SAN/62/2017, de 29 de diciembre, por la que se crea la categoría de Técnico/a Medio-Educador/a Social, en el ámbito de las Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud*. Boletín Oficial de Cantabria.
- Bravo, P. E. (2004). Violencia de género y salud. *Diálogo Filosófico*, 261-274.
- Caballero, S. T. (2021). *Psicopatología y género determinantes socioculturales de los trastornos psicológicos en las mujeres*. Madrid.
- Cáceres-Manrique, F., Molina-Marí, G., & Ruiz-Rodríguez, M. (2014). Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. *Aquichan*, 316-326.
- Campbell, J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Violence Against Women*, 1331-1336.
- Castro Franco, B., & Peñaranda Correa, F. (2011). La comprensión de los significados de la maternidad: el caso de un programa de cuidado prenatal en un centro de salud en Popayán, Colombia. *Salud Colectiva*, 333-345.
- Educació social i salut. (2017). *Educació social. Revista d'intervenció socioeducativa*, 5.
- FOESSA. (2019). *VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid. <https://www.foessa.es/viii-informe/> nforme - Foessa
- Froufe Quintas, S. (1997). *Los ámbitos de intervención en la Educación Social*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Galiano, J. M. (2019). El embarazo, un factor de riesgo para sufrir violencia de género. *Inquietudes*, 03-04.
- García del Castillo, I., & Olza Fernández, I. (2013). Psicoterapia integradora de trastornos de la conducta alimentaria durante el embarazo. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 55-63.

- García Odio, A. A., & González Suárez, M. (2018). Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes en un área de salud. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 1561-3194.
- González, B., Alvarez Aguirre, A., & García Falconi, S. (2014). Prácticas culturales de cuidado de las mujeres otomíes durante su embarazo. *ENE, Revista de Enfermería*.
- Gutierrez Fernandez, R., & Quintanal Díaz, J. (2018). La Educación Social en el Ambito Sanitario. *RES, Revista de Educación social*, 252-273.
- Helena Calvo Botella, H. (2004). Maternidad, infancia y drogas: implicaciones clínicas. *Adicciones*, 3-8.
- Hernández Cordero, A. (2016). Cuidar se escribe en femenino: Redes de cuidado familiar en hogares de madres: Redes de cuidado familiar en hogares de madres migrantes. *Psicoperspectivas*, 46-55.
- Hernández Ramos, E., Guamán Chacha, K., & Ochoa, C. (2018). Teenage pregnancy and its social consequences. *Revista digital de Ciencia, Tecnología e Innovación*, 1314-1329.
- INE. (2020). *Riesgo de pobreza y/o exclusión social*. Indicador AROPE. [https://www.ine.es/ss/Satellite?c=INESeccion\\_C&cid=1259941637944&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout](https://www.ine.es/ss/Satellite?c=INESeccion_C&cid=1259941637944&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout)
- Instituto Nacional de Estadística. (2021). *Edad Media a la Maternidad por orden del nacimiento*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1579>
- Jadresic, E. (2014). Depresión Perinatal: Detección Y Tratamiento. *Revista medica clinica condes*, 1020-1025.
- Lafaurie, M. M. (2015). Intimate partner violence against women during pregnancy: a critical reading from a gender perspective. *Revista colombiana de enfermería*, 64-77.

- Lester BM, L. L. (1996). Studies of cocaine-exposed human infants. *NIDA Research*, 175-210.
- Martinez Hernaez, A. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Martínez, L. S. (2015). *Estudio sociodemográfico y de niveles de ansiedad de las mujeres que optan a la interrupción voluntaria del embarazo en Castilla y León*. Valladolid: Universidad de Valladolid/Facultad De Medicina.
- Matilde Fernandez, & Fernandez-Arroyo . (2021). Los Programas De Educación Para La Maternidad Como Medio De Empoderamiento Social. Un Ejemplo. *Global Journal of HUMAN-SOCIAL SCIENCE: C Sociology & Culture*, 15-20.
- Mier Álvarez, J., Samaniego Garay, R., García Alonso, I., Sánchez Morales, F., & Castañeda Bañuelos, J. (2017). El Apoyo Social y su importancia en el Embarazo. *Ibn Sina*.
- Molina, M. E. (2006). Transformaciones Histórico Culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. *Psykhé*, 93-103.
- Muñoz, L., 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*, 913-919.
- National Institute on Drugs Abuse. (2020). El consumo de sustancias en las mujeres. *DrugFacts*, 1-6.
- OMS. (2005). *Informe sobre la salud en el mundo 2005 – ¡Cada madre y cada niño contarán!* Ginebra: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43133>
- ONU. (2018). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Ginebra: Organización de las Naciones Unidas.

- Patricia Roncallo, C., Sánchez De Miguel, M., & Arranz Freijo, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología, Vol. 8, n° 2*, 14-23.
- Patricia Roncallo, C., Sánchez De Miguel, M., & Arranz Freijo, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología, Vol. 8, n° 2*, 14-23.
- Pérez Pinto, M., Cruz León, A., & Arriaga Zamora, R. (2019). Significado del cuidado familiar como red de apoyo en las embarazadas en una comunidad de Tabasco. *CuidArte*, 45–55.
- Royo Prieto, R. (2011). *Maternidad, paternidad y conciliación en la CAE: ¿Es el trabajo familiar de mujeres?* Bilbao: DeustoDigital.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (s.f.). *Embarazo en la Adolescencia*.
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. (2007). El papel de la Atención Primaria Ante Los Problemas De Salud Relacionados con el Consumo de Drogas. *Semfyc ediciones*.
- Universidad de Valladolid. (2008). *Grado Adaptación Bolonia Graduado/a en Educación Social*. Escuela Universitaria de Educación de Palencia – Facultad de Educación y Trabajo Social de Valladolid.
- Valenzuela Puchulu, S., & Montero Orphanopoulos, C. (2017). Embarazo vulnerable. ¿Cuál es el aporte de la bioética? . *Revista Iberoamericana de Bioética*, 01-11.
- Vélez, E., & Figueredo, L. (2015). Impacto psicosocial del embarazo en las adolescentes. *Revista Educación en Valores. Universidad de Carabobo*, 18-27.